

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ESTUDIO
E INVESTIGACIÓN EN PSICODIAGNÓSTICO

ISSN 0328-2104

PSICODIAGNOSTICAR

VOLUMEN 32 – 2024

Sergio Marcelo Mejail

Habilidades sociales y discapacidad intelectual ¿Limitaciones o fortalezas para la escolarización?

Adriana Elizabet Quiroga, Juan Emilio Rodríguez, María Valeria Main, Leticia Rosa Prendes, María Laura Olivera, Lucas Facundo Giulioni

Síndrome de desgaste por empatía en Profesionales de la Salud Integral en Entre Ríos y en las Regiones Centro y Norte de la provincia de Santa Fe

Yanina Fernanda Bertini y Nora Abate de Tadeo

Memoria operativa y comprensión verbal en niños de 4^{to} grado

Nicole Jimena Silva y Marcelo Antonio Pérez

Estudio de validez convergente y confiabilidad en el desarrollo de escala de autoconcepto

Ana Kohan Cortada, Daniela Elorrieta, Gabriela Spada, Cecilia Martínez, Dorita Ceberio Macías, Rosiel Pardo

Test Raven2. Análisis preliminares para la construcción del baremo de adultos entre 19 y 64 años de las provincias del nordeste argentino

Normas de Publicación

PSICODIAGNOSTICAR

2024 – VOLUMEN 32 – 1/86

Publicación anual de la Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico que publica trabajos originales en español en el campo de la evaluación y diagnóstico psicológico.

SUMARIO

Sergio Marcelo Mejail	Habilidades sociales y discapacidad intelectual ¿Limitaciones o fortalezas para la escolarización?	9
Adriana Elizabet Quiroga, Juan Emilio Rodríguez, María Valeria Main, Leticia Rosa Prendes, María Laura Olivera y Lucas Facundo Giulioni	Síndrome de desgaste por empatía en Profesionales de la Salud Integral en Entre Ríos y en las Regiones Centro y Norte de la provincia de Santa Fe	31
Yanina Fernanda Bertini y Nora Abate de Tadeo	Memoria operativa y comprensión verbal en niños de 4 ^{to} grado	45
Nicole Jimena Silva y Marcelo Antonio Pérez	Estudio de validez convergente y confiabilidad en el desarrollo de escala de autoconcepto	59
Ana Kohan Cortada, Daniela Elorrieta, Gabriela Spada, Cecilia Martínez, Dorita Ceberio Macías y Rosiel Pardo	Test Raven2. Análisis preliminares para la construcción del baremo de adultos entre 19 y 64 años de las provincias del nordeste argentino	73
Normas de Publicación		85

SUMMARY

Sergio Marcelo Mejail	Social skills and intellectual disabilities. Limitations or strengths for schooling?	9
Adriana Elizabet Quiroga, Juan Emilio Rodríguez, María Valeria Main, Leticia Rosa Prendes, María Laura Olivera and Lucas Facundo Giulioni	Compassion fatigue in Health Professionals in Entre Ríos, and in Santa Fe's Center and North Regions.	31
Yanina Fernanda Bertini and Nora Abate de Tadeo	Working memory and verbal understanding in 4 th grade children	45
Nicole Jimena Silva and Marcelo Antonio Pérez	Study of convergent validity and reliability in the development of the self-concept scale	59
Ana Kohan Cortada, Daniela Elorrieta, Gabriela Spada, Cecilia Martínez, Dorita Ceberio Macías and Rosiel Pardo	Raven2 test. Preliminary analysis for the construction of a scale for adults between 19 and 64 years of age in the provinces of northeast argentina	73
Normas de Publicación		85

PSICODIAGNOSTICAR

Incluida en la Base de Datos Bibliográfica Internacional PSICODOC
que edita el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

EDITORA **SILVINA LIS GARCÍA**

COMITÉ EDITORIAL **MÓNICA GUINZBOURG**
(Universidad del Salvador)

NORMA CONTINI
(Universidad Nacional de Tucumán)

ERNESTO PAIS
(Universidad Abierta Interamericana)

ANA JOSEFA MARTOS Y MULA
(Universidad Nacional de Jujuy)

CONSEJO EDITORIAL

HILDA ALONSO (Universidad del Salvador)

NÉLIDA ÁLVAREZ (Universidad del Salvador y Universidad Nacional de Rosario)

DANIEL BELAUSTEGUI (Universidad Católica Argentina de Buenos Aires)

ALICIA BETRÍA (Universidad Nacional de Rosario)

GRACIELA ECHAIRE (Universidad Católica Argentina)

ZUNILDA GAVILÁN (Asociación de Rorschach de Rosario)

BEATRIZ MERCADO (Universidad Católica de La Plata)

MARÍA ELENA OCAMPO (Universidad del Salvador)

CRISTINA PÉCORA (Práctica privada, Neuquén)

TELMA PIACENTE (Universidad Nacional de La Plata)

SILVIA PUGLIESE (*Sociedad Interamericana de Psicología y Biblioteca Virtual de Psicología*)

MATILDE RÁEZ (*Pontificia Universidad Católica del Perú*)

VALENTINA RODRÍGUEZ AMENÁBAR (*Universidad del Salvador*)

ALEJANDRA TABORDA (*Universidad Nacional de San Luis*)

NÉSTOR ROSELLI (*Universidad Nacional de Entre Ríos e IRICE–CONICET*)

SUSANA LEVANTINI (*Universidad del Salvador*)

CICERO VAZ (*Pontificia Universidad Católica de Porto Alegre*)

ANNA ELISA DE VILLEMOR AMARAL (*Universidade de Sao Francisco, Itatiba, Brasil*)

LOÏCK VILLERBU (*Université de Rennes 2*)

IRVING WEINER (*University of South Florida*)

LATIFE YAZIGI (*Universidad Federal de Sao Paulo*)

ANA BETINA LACUNZA (*Universidad Nacional de Tucumán*)

DANIELA ESCOBEDO BELLOC (*Universidad Autónoma de Nuevo León*)

ADEIP

Asociación Argentina de Estudios e Investigación en Psicodiagnóstico

CONSEJO DIRECTIVO

PERIODO OCTUBRE DE 2022 A OCTUBRE DE 2025

PRESIDENTE	MARÍA ELENA OCAMPO
VICEPRESIDENTA 1º	ANA MARÍA BERNIA
VICEPRESIDENTE 2º	ERNESTO PAIS
SECRETARIA	SILVINA COHEN IMACH
PRO-SECRETARIA	SILVINA LIS GARCÍA
TESORERA	LILIANA PERNETTI
PRO TESORERA	MARIA AURELIA LÓPEZ
VOCALES TITULARES	ALICIA BETRIA OSCAR MELILLO ANA MARTOS Y MULA MIRNA PONTIKOS ANDREA FALOCCHI
VOCALES SUPLENTE	FERNANDO CASTRO SUSANA LEVANTINI LAURA LESIK CECILIA DIEZ MARCELO ALÉ
SÍNDICOS TITULARES	BEATRIZ MERCADO GABRIELA COSTANZA
SÍNDICO SUPLENTE	ROMINA COLACCI
PAST PRESIDENT	MÓNICA GUINZBOURG

PSICODIAGNOSTICAR

VOLUMEN 32

2024

ISSN 0328-2104

HABILIDADES SOCIALES Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL ¿LIMITACIONES O FORTALEZAS PARA LA ESCOLARIZACIÓN?

Sergio M. Mejail¹

RESUMEN

Objetivos: Comparar las habilidades sociales (HHSS) de adolescentes con discapacidad intelectual (DI) y sus pares sin dicho diagnóstico. Diferenciar las características de las HHSS entre adolescentes con DI, según el tiempo de permanencia en el sistema educativo ordinario y el tiempo transcurrido en el sistema de educación especial.

Estudio descriptivo de corte transversal. Muestra de 90 adolescentes de entre 11 y 17 años ($M=14.06$, $s=1.53$), con DI leve o moderada, con un 65.6% de sexo masculino, escolarizados en una institución de régimen especial, emparejados por sexo, edad y nivel sociocultural con adolescentes sin discapacidad. Instrumentos: Batería de Socialización (BAS-3) y encuesta sociodemográfica.

Se obtuvieron diferencias significativas en favor de los adolescentes con DI de mayor Autocontrol, mayor Liderazgo y menor Retraimiento social. En los adolescentes sin diagnóstico de DI aparecieron menos conductas de Aislamiento social/timidez. Se encontraron diferencias significativas en Liderazgo, a favor de los que menos tiempo permanecen en el sistema escolar ordinario, y en Autocontrol, a favor de los que menos tiempo permanecen en el sistema escolar especial, lo que indicaría que permanecer mucho tiempo en la escuela común afectaría la autoconfianza y la autopercepción de popularidad, mientras que permanecer mucho tiempo en la escuela especial limitaría el respeto por las normas sociales de convivencia por falta de tolerancia a los límites.

Las HHSS son un aspecto de la conducta adaptativa, la cual se considera para diagnosticar DI, sin embargo, ambos constructos no están necesariamente vinculados entre sí. Tener en cuenta aspectos contextuales serviría para precisar la vinculación entre las variables abordadas.

Palabras clave: Adolescencia, Discapacidad Intelectual, Escolaridad, Habilidades Sociales.

¹ Docente e investigador Facultad de Psicología (UNT). Av. Benjamín Araoz 800, San Miguel de Tucumán (CP 4000) y Facultad de Ciencias de la Salud (UNSTA). Av. Perón 2000, Yerba Buena (CP 4107). smmejail@gmail.com.
ORDID: 0000-0001-5399-2515

ABSTRACT

Objectives: To compare the social skills (SS) of adolescents with intellectual disabilities (ID) and their peers without such a diagnosis. To differentiate the characteristics of SS between adolescents with ID, according to the time spent in the regular education system and the time spent in the special education system.

Descriptive cross-sectional study. Sample of 90 adolescents between 11 and 17 years old ($M=14.06$, $s=1.53$), with mild or moderate ID, 65.6% male, enrolled in a special regime institution, matched by sex, age and sociocultural level of adolescents without disabilities. Instruments: Socialization Battery (BAS-3) and sociodemographic survey.

Significant differences were found in favour of adolescents with ID with greater Self-control, greater Leadership and less Social Withdrawal. Adolescents without an ID diagnosis showed less Social Isolation/Shyness behaviours. Significant differences were found in Leadership, in favour of those who spent less time in the regular school system, and in Self-control, in favour of those who spent less time in the special school system, which would indicate that spending a long time in a regular school would affect self-confidence and self-perception of popularity, while spending a long time in a special school would limit respect for social norms of coexistence due to a lack of tolerance for limits.

The SS are an aspect of adaptive behavior, which is considered to diagnose ID, however, both constructs are not necessarily linked to each other. Taking into account contextual aspects would serve to specify the link between the variables addressed.

Keywords: *Adolescence, Intellectual Disability, Schooling, Social Skills.*

INTRODUCCIÓN

A partir de la experiencia en el desempeño en instituciones abocadas al cuidado y educación de personas con discapacidad intelectual (DI) y en investigaciones sobre las habilidades sociales (HHSS) en adolescentes, surgieron interrogantes acerca de posibles diferencias en la socialización auto percibida por los adolescentes con DI y sus pares sin dicho diagnóstico; igualmente se planteó la pregunta sobre cómo influiría en las HHSS de los adolescentes con DI, su permanencia en diferentes regímenes educativos (común/especial).

La importancia del tema radica en que el sujeto se construye en la interacción con los otros (Toledo Jofré, 2012). Su capacidad para formar grupos y mantener relaciones resulta esencial, en cuanto es absolutamente necesaria para sobrevivir, aprender, trabajar y amar (Alcivar Chávez, 2022). Si bien el comportamiento social se internaliza a lo largo de toda la vida, es en la infancia y en la adolescencia donde el sujeto resulta más permeable a la influencia de la socialización, mediante la interacción con las figuras significativas de su entorno familiar, su grupo social y la sociedad en su conjunto (Lacunza y Contini, 2011).

A partir de entrevistas con responsables parentales, se observa que la presencia de una discapacidad, suele estar asociada –en la creencia popular– a una limitación que abarca todos los aspectos de la vida. En el caso particular de las personas con DI, suele considerarse que están limitadas para adquirir razonamientos de nivel abstracto, para emanciparse, para expresar sus emociones, y para relacionarse de manera adecuada con los demás miembros de la sociedad; por nombrar sólo algunas de las creencias populares (Hernández Posada, 2004).

Este trabajo se propone encontrar evidencia empírica acerca de la vinculación entre HHSS y DI, con el objeto de ajustar los

programas de inclusión educativa, así como la creación de estrategias que permitan superar las limitaciones reales de las personas con DI, con recursos específicos y adecuados al contexto.

A pesar de las diferentes aproximaciones teóricas del constructo comportamiento social, existe consenso en señalar que se trata de aquellas conductas que permiten al sujeto interactuar con sus pares y su entorno de una manera socialmente aceptable (Méndez López et al., 2022). Estos comportamientos, denominados también *habilidades*, pueden ir desde los más simples –tales como saludar, sonreír, hacer y pedir favores–, a los más complejos –como hacer amigos, expresar sentimientos y opiniones o defender sus propios derechos–. Las HHSS, entonces, resuelven problemas interpersonales inmediatos y minimizan la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 2007; McFall, 1982; Monjas Casares, 2000, 2002, 2004).

El término *habilidad* se utilizó aquí para designar un conjunto de comportamientos adquiridos y aprendidos (Inglés et al., 2009; Páez, 2011). Alude a capacidades que se aprenden, más allá de que un cierto componente biológico pudiera favorecer u obstaculizar las relaciones iniciales con los progenitores y otras personas significativas. La calidad de esas relaciones está determinada en gran medida por las oportunidades y experiencias durante la infancia y la adolescencia.

Los objetivos de este trabajo fueron:

1. Comparar las HHSS de adolescentes con DI y sus pares sin dicho diagnóstico.
2. Diferenciar las características de las HHSS entre adolescentes con DI, según el tiempo de permanencia en el sistema educativo ordinario y el tiempo transcurrido en el sistema de educación especial.

ACERCA DE LAS HABILIDADES SOCIALES

El ser humano pasa gran parte de su tiempo en interacción con otros; es gregario por naturaleza. El interés por conocer la esencia y función de las HHSS en la organización subjetiva en la niñez y la adolescencia se debe a la comprobación de que los vínculos interpersonales son una de las mayores fuentes de satisfacción y bienestar. Tal como señalan Ballester y Gil Llario (2002), las relaciones interpersonales saludables proporcionan sentimientos de autoeficacia. Ser reconocido y aceptado por otro produce un impacto favorable en la autoestima, y ello refuerza la satisfacción vital. También puede afirmarse que constituye un recurso salugénico y es parte del capital psíquico –desde la perspectiva de la psicología positiva– con el cual cuenta un sujeto (Contini, 2008).

En este sentido, las HHSS constituyen un recurso indispensable para la inclusión del sujeto en su grupo de referencia (Gil Rodríguez y León Rubio, 1998) y la salud integral tiene fuertes conexiones con la amplitud y solidez de las redes de apoyo social que se construyen en dicho grupo (Contini, 2015). Tan es así que, en grupos clínicos como el de niños y adolescentes con DI, las conceptualizaciones y criterios diagnósticos incluyen esta gran área de la organización subjetiva, las HHSS, como esenciales (Schalock et al., 2021).

El estudio de las HHSS ha cobrado gran auge en las últimas décadas (Ballester y Gil Llario, 2002; Gil Rodríguez y León Rubio, 1998; Monjas Casares, 2000), sobre todo en la infancia y adolescencia, al haberse comprobado que son mejores predictores de un afrontamiento saludable de la vida cotidiana que las clásicas habilidades cognitivas; también porque se ha constatado la relación entre la competencia social en la infancia y un adecuado ajuste psicológico en la vida

adulta. A la inversa, el aislamiento social o la vinculación agresiva con otros dan cuenta de modos disfuncionales de interacción con los demás.

Con respecto a las pruebas de Cociente Intelectual (CI) se encontraron correlaciones positivas con el rendimiento escolar, pero no así con la resolución de problemas de la vida cotidiana. A pesar de ello, la escuela y la cultura han puesto énfasis en las habilidades académicas en desmedro de las HHSS, aunque estas tengan mucha relevancia para la calidad de la vida diaria. A su vez, existen diversas investigaciones que constatan la existencia de relaciones entre el desarrollo de HHSS en la infancia y adolescencia y el ajuste social, psicológico y académico en la vida adulta (Garaigordobil Landazábal, 2008; Monjas Casares, 2000). Así también muestran correlación entre HHSS disfuncionales e indicadores de desajustes psicológicos y comportamiento agresivo en la adolescencia (Hidalgo García et al., 2008).

Tanto los estudios iniciales como los contemporáneos sobre el comportamiento social han destacado la influencia que tienen las variables psicosociales en la conformación de la personalidad y en el ajuste del sujeto al medio. De aquí que proliferaron instrumentos centrados, principalmente, en evaluar aspectos clave en la interacción social, aunque con diferencias conceptuales y metodológicas.

Desde los modelos teóricos actuales se defiende que no existe un conjunto aislado de factores responsables de un desarrollo infantil inadecuado. Consideran que las probabilidades de un incremento en la aparición de episodios traumáticos es consecuencia de una descompensación entre los factores de riesgo y protección presentes en el contexto de desarrollo (Hidalgo García et al., 2008). Se definen los factores de riesgo como aquellas circunstancias que predisponen al sujeto a desajustes de diverso tipo (Rodríguez, 2009). Dentro de los factores de riesgo para el desa-

rollo infantil y adolescente se pueden citar el aislamiento social, el maltrato paterno-filial y la acumulación de acontecimientos vitales estresantes en los contextos donde se habitan (Martorell, 1997).

¿Qué son las habilidades sociales?

No existe una definición única de HHSS debido a su naturaleza pluriconceptual. En la literatura se encuentran diversas acepciones tales como conducta social (Martorell, 1997), habilidades sociales (Gil Rodríguez y León Rubio, 1998; Trianes, 1996), habilidades de interacción social (Garaigordobil Landazábal, 2006; Monjas Casares, 2000), asertividad (Wolpe, 1997) y prosocialidad o conducta social positiva (Garaigordobil Landazábal, 2008).

Monjas Casares (2002, 2004) afirma que la competencia social hace referencia a un conjunto de capacidades y estrategias, que permiten a un sujeto construir y valorar su propia identidad, actuar con eficacia, relacionarse satisfactoriamente con otras personas y afrontar las demandas y las dificultades de la vida. Plantea, además, que el constructo competencia social es multidimensional ya que incluye dos grandes aspectos: el personal, referido al autoconcepto, emociones, optimismo, sentido del humor, manejo de la ansiedad y autocontrol; y el interpersonal, que alude a la socialización, a las HHSS y a la vinculación de estas con la solución de problemas interpersonales.

Algunos investigadores, como Caballo (2007) toman como sinónimos los conceptos de HHSS y de competencia social; y otros autores, como McFall (1982) los diferencian. A su vez, utilizan el constructo *competencia social* en un sentido evaluativo, es decir, lo emplean para calificar el nivel de eficacia del sujeto en su actuación social.

Siguiendo a Caballo (1993) y a Monjas Casares (2000), se puede definir las HHSS

como las conductas de un sujeto en un contexto interpersonal que expresan sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación. Tales comportamientos permiten la resolución de problemas inmediatos.

Monjas Casares (2002, 2004), quien ha llevado a cabo numerosas investigaciones en este campo, afirma que las HHSS se caracterizan por ser comportamientos aprendidos en el entorno interpersonal en el que se desarrolla el niño; agrega que son también situaciones en las cuales las interacciones con otros son mutuamente satisfactorias e implican componentes motores, emocionales y cognitivos. La autora ha hecho sustanciales aportes acerca de las *funciones* de las HHSS. En tal sentido, afirma que permiten el conocimiento de sí mismo y de los demás; hacen posible el desarrollo de conductas sociales, por ejemplo, la reciprocidad, la adopción de roles, el intercambio en el control de la relación; acciones de cooperación; estrategias sociales de negociación y de acuerdos. Otra de las funciones que destaca es el logro del autocontrol. Operan asimismo como apoyo emocional y fuente de disfrute. Por último, señala que permiten el aprendizaje del rol sexual, de valores y el desarrollo moral.

Habilidades sociales y discapacidad intelectual

Habiendo realizado un sintético recorrido por el área de las ciencias humanas referido a las HHSS, se busca entrelazar, además de introducir, el otro gran tema de este trabajo: la DI.

Para Arrigoni y Solans (2018), las HHSS son aprendidas. Atendiendo a ciertos rasgos y/o déficits en el neurodesarrollo, afirman que se observan niños con algún síndrome o condición neurológica que, en ocasiones, evidencian mayores dificultades para alcanzar habilidades que otros adquieren

más espontánea y rápidamente. García Ramos (2011) enfatiza que, al trabajar con niños con DI es necesario, por un lado, enseñar cada habilidad planificando oportunidades para que se ensaye la destreza adquirida; y, por otro lado, es conveniente repetir la experiencia de aprendizaje tantas veces como sea necesario hasta que los niños sean capaces de ejecutar la destreza aprendida en distintos entornos sociales, es decir, hasta que logren la generalización de lo aprendido.

El vínculo entre HHSS y DI ha sido estudiado por diferentes autores, e incluso se pueden encontrar propuestas para la adquisición y mejoramiento de las mismas en personas con discapacidad. En todas ellas se da por descontado que las limitaciones intelectuales dificultan la adquisición de las destrezas necesarias para relacionarse con otros. En el presente estudio se busca desvincular *necesariamente* estos conceptos, proponiendo el interrogante de si las HHSS podrían favorecer las experiencias de escolaridad en niños y adolescentes con DI.

UNA APROXIMACIÓN A LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La DI se caracteriza por limitaciones significativas, tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, entendiéndose ésta como un conjunto de manifestaciones en habilidades conceptuales, sociales y prácticas (García Ramos, 2011). Esta definición, acuñada por Schalock et al. (2021), está incluida en las últimas versiones de la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y Desarrollo (AAIDD) y es resultado de una serie de cambios que han sido evidenciados durante los últimos cincuenta años.

Pueden diferenciarse cuatro cuestiones, además de la conceptualización, que muestran la evolución del paradigma de DI: la

terminología, la explicación de la DI, el modo de clasificar a las personas con esta condición y el objetivo central de los servicios educativos y sociales (Verdugo Alonso, 2003). La última versión brindada por la AAIDD continúa con la denominación de DI en reemplazo de la expresión retraso mental, sin modificaciones significativas en la definición. Solo ajusta el criterio de la edad de inicio: desde el nacimiento hasta los 22 años (mientras que en la versión anterior se consideraba hasta los 18 años) (Schalock et al., 2010).

En relación a la terminología

Con respecto a qué nombre dar a la cuestión, se han empleado diferentes términos con el correr del tiempo, hasta llegar a la que se considera más apropiada en la actualidad para nombrar a quienes tienen características diferenciales en algunos aspectos comportamentales, intelectuales, lingüísticos y/o físicos. Si se considera la evolución de la terminología durante el último siglo, hasta 1958 predominó la denominación de *deficiencia mental*. A partir de 1959, y por los siguientes cincuenta años, se utilizó el término de *retraso mental* (se puede encontrar en las versiones anteriores del Manual de la Asociación Americana, el de Clasificación de enfermedades mentales o el Diccionario de Salud Mental). El debate para reemplazar la expresión *retraso* por *discapacidad* es reciente, y al respecto han argumentado investigadores como Glidden (2006), Greenspan (2008), MacMillan et al. (2006), Schalock y Luckasson (2004), Switzky y Greenspan (2006). Varias publicaciones aportan fundamentos al respecto (Schalock et al., 2007; Schalock et al., 2021; Verdugo Alonso y Schalock, 2010) y enuncian cinco factores que deben tenerse en cuenta cuando se elige un término, aludiendo también a cinco aspectos a favor del nuevo término para hacer referencia a las mismas características, hasta hace poco referidas

como *retraso mental*. Lo más importante que debe considerarse al elegir un término es que sea específico, consistente, representativo, robusto y que refleje valores referidos al grupo que representa.

En consideración de estos cinco factores, la AAIDD argumenta la conveniencia de la utilización del término *discapacidad* en lugar de *retraso*. En primer lugar, argumentan que la expresión *discapacidad intelectual* pone en evidencia un constructo asociado al modelo socioecológico, desde el cual se logra un abordaje más abarcativo, completo y adecuado que el de otros modelos más acotados y sesgados si son considerados de forma unívoca (Schalock y Luckasson, 2004). El término discapacidad está mejor alineado con las prácticas profesionales actuales, tanto en el abordaje de las conductas funcionales de los individuos como en la consideración de los factores contextuales. La palabra discapacidad se configura mejor como base lógica para los apoyos individualizados y contextualizados. Se estima un término como menos ofensivo en los distintos sectores sociales, incluyendo a personas que tienen este diagnóstico. Y, por último, resulta un término más consensuado a nivel internacional.

Acerca de cómo explicar la discapacidad intelectual

La explicación de la discapacidad, de un modo más adecuado a la época, se basa en el modelo teórico denominado socioecológico (Down España, 2013). Este considera tres líneas principales para dar cuenta de las personas con DI. La primera hace referencia a que las limitaciones en el rendimiento individual de una persona deben ser consideradas en relación al contexto al cual pertenece el individuo. El segundo principio del modelo socioecológico presenta una visión más amplia del origen de la DI en cuanto que, además de los factores orgánicos, se tienen en cuenta

los factores sociales. Estos pueden intervenir aislada o conjuntamente en el desarrollo de la condición limitante. En tercer lugar, este modelo plantea que, al considerarse la discapacidad como una combinación de factores orgánicos y sociales respecto del desempeño limitado de una persona inmersa en un grupo social mayor, la falta de habilidad para la realización de tareas o roles esperables deben circunscribirse a ese entorno social específico (Rodríguez Díaz et al., 2007).

Puede destacarse entonces que con la incorporación del modelo socioecológico para explicar la DI se obtuvieron ciertos beneficios como el de valorar el desempeño de las personas en interacción con su ambiente (Verdugo Alonso y Rodríguez Aguilera, 2012). Aleja el foco de la limitación individual (defectología) haciendo partícipe al entorno y sus necesidades en la valoración de las capacidades individuales. De esta manera, el desajuste no es exclusivo de la persona, sino que se manifiesta en la relación individuo/ambiente. Permite la incorporación de dimensiones como la autoestima, el bienestar subjetivo y algunas alternativas políticas que favorecen la *identidad de la discapacidad* como condición posible (Down España, 2013). Con este modelo, las personas en condición de discapacidad pueden ser partícipes –junto a sus familiares y comunidad– de la conformación de redes de apoyo para adecuar su desempeño individual a las necesidades del entorno.

El segundo concepto significativo para explicar la etiología de la discapacidad es el *enfoque multidimensional*, en contraposición a los enfoques específicos de factores orgánicos o ambientales que causan la DI. El nuevo enfoque considera factores pre, peri y post natales que aumentan el riesgo de generar DI, entre los que se destacan aspectos biomédicos, sociales, conductuales, educativos y económicos (Schalock, 2013).

El tercer concepto para explicar la DI, desarrollado en la última edición del

manual de la AAIDD (Schalock et al., 2021), diferencia entre dos tipos de definiciones, la operativa y la constitutiva. La definición operativa: establece los límites del término y separa lo que está incluido dentro del mismo de lo que no lo está. Una definición operativa incluye a) la definición actual y las premisas subyacentes; b) los límites del constructo; y c) el uso del concepto estadístico de *error típico de medida* para establecer un intervalo de confianza estadística dentro del cual se sitúan las puntuaciones de las personas. Por otra parte, la definición constitutiva refiere al constructo en relación con otros y, por tanto, ayuda a comprender mejor los fundamentos teóricos del constructo inicial. Una definición constitutiva de DI alude a la condición en términos de limitaciones en el funcionamiento humano, implica una comprensión de la discapacidad consistente con una perspectiva multidimensional y socioecológica, y subraya el rol significativo que los apoyos individualizados desempeñan en la mejora del funcionamiento humano.

Definición de discapacidad intelectual

En función de lo que viene desarrollándose hasta aquí, debe considerarse que ya no puede presentarse una definición de manera aislada, por sí misma, en cuanto requiere del conocimiento profesional de ciertas premisas para así poder implementarse en relación a estándares de funcionamiento aportados por equipos interdisciplinarios (Rodríguez Díaz et al., 2007). Para Beledo (2018), las cinco premisas esenciales a tener en cuenta a la hora de definir la DI son: a) las limitaciones del funcionamiento actual deben considerarse en el contexto ambiental-comunitario habituales para pares en edad y cultura; b) una evaluación válida considera tanto la diversidad cultural y lingüística como las diferencias en la comunicación y aspectos sensoriales, motores y conductuales; c) las

limitaciones habitualmente coexisten con las capacidades; d) la descripción de las limitaciones se realiza para el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo; y e) si se mantienen los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento de las personas con DI generalmente mejora.

El diagnóstico de DI

Existen corrientes emergentes que se oponen a la rotulación de los individuos con un diagnóstico del ámbito de la salud mental, en la que la DI está incluida. El argumento predominante es que se estigmatiza a la persona apartándosela de los estándares sociales. Sin embargo, captar con exactitud características asociadas al diagnóstico de DI es un objetivo que permitirá el acceso a prestaciones, servicios y apoyos necesarios para el individuo y su entorno familiar. En Argentina existen programas que dan amparo legal en salud, en educación, e incluso en la economía de las personas con discapacidad en general (DI incluida), permitiendo el acceso a abordajes que de otra manera no serían accesibles, en especial en los estratos sociales más vulnerables.

La definición más reciente y que goza de mayor prestigio en la actualidad es la mencionada por la AAIDD (Schalock et al., 2021), la cual hace referencia a tres ejes principales: a) el funcionamiento intelectual, b) la conducta adaptativa, y c) la edad de inicio.

• El funcionamiento intelectual

El constructo funcionamiento intelectual incorpora características que suelen definir la inteligencia tales como el razonamiento, la capacidad de planificar, la resolución de problemas de cierta complejidad, la capacidad para comprender ideas elaboradas, aprender de la experiencia y con cierta rapidez (Gottfredson, 1997). También considera las habilidades que suelen incluirse en las técnicas estandari-

zadas para la evaluación de la inteligencia y la influencia de otras dimensiones del funcionamiento humano y los sistemas de apoyo. Con esto se pretende dejar claro que el término *funcionamiento intelectual* es más amplio que el de inteligencia, pero más acotado que el de funcionamiento humano.

Para valorar las limitaciones en el funcionamiento intelectual, la AAIDD se apoya en el modelo de inteligencia CHC. Este modelo integra la teoría de la inteligencia fluida y cristalizada de Horn y Cattell (1966), con el modelo de tres estratos de Carroll (1993).

- **La conducta adaptativa**

Una dimensión esencial para diagnosticar DI es la conducta adaptativa, que se define como un conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas y son desempeñadas por las personas en su vida diaria (Schalock et al., 2021). Las limitaciones en las habilidades adaptativas disminuyen sus capacidades para adaptarse con éxito a las demandas de su entorno. Conocer las características de las limitaciones en esta dimensión de la conducta permitiría adecuar planes de rehabilitación o incorporar sistemas de apoyo específicos para favorecer la inclusión social.

La definición de la AAIDD (Schalock et al., 2021) menciona capacidades conceptuales, sociales y prácticas. ¿Cuándo estamos en condiciones de expresar la presencia de una limitación significativa en alguno de estas tres capacidades?

Para las habilidades conceptuales pueden considerarse limitaciones en la capacidad de planificación independiente, la resolución de problemas o el pensamiento abstracto; dificultades para buscar una solución ante una situación particular o problema; dificultades para comunicar pensamientos o ideas de manera efectiva;

dificultades para anticipar las consecuencias de una conducta; entre otras. Las habilidades conceptuales están relacionadas con las intelectuales, en especial con la denominada inteligencia cristalizada mencionada anteriormente.

Las HHSS, por su parte, tienen un importante desarrollo teórico y empírico. Afirmar que este aspecto presenta limitaciones significativas podría ejemplificarse con dificultades manifiestas en el trabajo con otros para resolver un problema; pensamientos y conductas rígidas, sin capacidad de flexibilizar el comportamiento cuando la situación lo requiere; vulnerabilidad y victimización en las relaciones sociales; inocencia o ingenuidad en las relaciones interpersonales; tendencia a negar o minimizar la propia condición aun en perjuicio propio; entre otras.

La dimensión referida a las habilidades prácticas evidencia limitaciones en el autocuidado y desempeño doméstico; dificultades en lo referente al desempeño laboral; limitaciones en el manejo del dinero; incapacidad de mantener un entorno seguro para sí mismo y los demás, midiendo consecuencias, anticipando situaciones y/o previniendo accidentes.

El criterio diagnóstico para la conducta adaptativa es similar al utilizado en el desempeño intelectual. Se requiere de una disminución de dos o más desviaciones típicas por debajo de lo esperado, en al menos una de las tres áreas.

Si bien la conducta adaptativa se valora con un criterio similar al del funcionamiento intelectual, los instrumentos y pruebas son distintos. Existe una correlación moderada entre ambos y deben ser considerados como constructos independientes, con el mismo peso al momento de determinar un diagnóstico de DI.

- **Edad de inicio**

El tercer criterio para el diagnóstico de

DI es la edad a la que se manifiestan por primera vez las dificultades significativas en el desarrollo. En las últimas actualizaciones se ha extendido la edad límite hasta antes de cumplir los 22 años, en vez de 18 años como se especifica en las ediciones 9.^a a 11.^a de la AAIDD (Schallock et al., 2021). Esta extensión se debe a las diferencias que pueden encontrarse en las distintas regiones según sus normas culturales o sociales.

MATERIALES Y MÉTODOS

En relación a los aspectos metodológicos, el presente es un estudio descriptivo comparativo de corte transversal. Descriptivo en cuanto se buscó detallar cómo se manifiestan los aspectos abordados, comparativo en cuanto recolecta datos sobre las HHSS en dos muestras (con y sin DI), así como en una muestra según tiempo de permanencia en el sistema educativo ordinario y especial, y transversal en cuanto los datos fueron recolectados en un momento único, sin realizarse un seguimiento o mediciones sucesivas de las variables abordadas.

La población objeto del estudio refirió a adolescentes de entre 11 y 17 años, con diagnóstico de DI leve o moderada, escolarizados en instituciones con modalidad especial de San Miguel de Tucumán (provincia de Tucumán, Argentina), durante el periodo lectivo 2023. El criterio de selección de los participantes fue abarcar a todos los adolescentes que concurrían a una escuela especial del lugar y periodo mencionados, que aceptaran participar, contaran con la autorización firmada de un responsable parental y que no presentaran comorbilidad psiquiátrica o discapacidad sensorial. De los 92 adolescentes con DI a los que se les administró la prueba, se descartaron dos protocolos; uno por falta de comprensión de las consignas y otro por

inconsistencia en las respuestas; quedando así una muestra de 90 adolescentes con diagnóstico de DI escolarizados en una institución de educación especial.

Para el cumplimiento del primer objetivo, comparar las HHSS de adolescentes con DI y sus pares sin dicho diagnóstico, se solicitó autorización a la Dra. Contini, directora del proyecto de investigación SCAIT 26K 603 denominado *Comportamiento agresivo en adolescentes de Tucumán que viven en condiciones de vulnerabilidad*, para acceder a la base de datos generada por el equipo de dicho proyecto, donde se registraron respuestas para la misma batería de socialización (BAS-3) en 909 adolescentes escolarizados en instituciones de nivel secundario de San Miguel de Tucumán. De dicha base se extrajo únicamente el dato de las respuestas a la prueba BAS 3, de 90 adolescentes sin DI, emparejados en edad y sexo con la muestra clínica (con DI). Posteriormente, se integró esta información con la generada para este trabajo y se realizaron los análisis correspondientes.

Los instrumentos aplicados fueron:

- » *Batería de Socialización BAS-3* (Silva Martorell y Martorell Pallás, 2018) para evaluar la percepción que los propios adolescentes tienen sobre su conducta social. Contiene 75 frases que los evaluados deben responder por SÍ o NO según lo que mejor represente algún comportamiento o actitud del adolescente. Los ítems pueden tener una polaridad positiva o negativa en función del tipo de dimensión que exploren (facilitadoras o inhibidoras de la socialización). A cada respuesta se le otorga un punto si está orientada a lo que la dimensión considera, lo cual se encuentra predeterminado en el manual de la BAS-3. Las dimensiones a las que se hace alusión son: *Consideración con los demás* (Co), con 14 elementos que detectan sensibilidad social o preocupación por los demás, en particular por aquellos

que tienen problemas o son rechazados o postergados. *Autocontrol en las relaciones sociales* (Ac), con 14 elementos que evidencian dos posturas opuestas: en su polo positivo evidencia acatamiento a reglas y normas sociales que facilitan la convivencia y el respeto mutuo; mientras que en el polo negativo implica conductas agresivas, impositivas, de terquedad e indisciplina. *Retraimiento social* (Re), también con 14 elementos para detectar apartamiento de los demás, tanto pasivo como activo, pudiendo evidenciar un claro aislamiento. *Ansiedad social/timidez* (At) cuenta con 12 elementos que detectan distintas formas de ansiedad, como miedos y nerviosismo, junto a reacciones de timidez como vergüenza o apocamiento en las relaciones sociales. *Liderazgo* (Li) que detecta, mediante 12 elementos, popularidad, iniciativa y confianza en sí mismo. Además de estas cinco dimensiones, la BAS-3 cuenta bajo la denominación de *Sinceridad* (S), con 10 elementos inversos que buscan detectar si el evaluado busca dar una imagen socialmente esperable de sí mismo.

- » *Batería de Socialización (BAS-3) pre-administrada*. En el primer objetivo se propuso comparar las HHSS entre adolescentes con y sin DI. Para la valoración de las HHSS en adolescentes sin DI se utilizó parte de una base de datos construida por el equipo de investigación al que pertenecía el autor del presente trabajo. En esta base están registrados los datos obtenidos con el mismo instrumento anteriormente mencionado (BAS-3, Silva Martorell y Martorell Pallás, 2018) en una muestra de 909 adolescentes de entre 10 y 17 años escolarizados en instituciones secundarias con modalidad común u ordinaria, de gestión pública y privada de San Miguel de Tucumán. De dicha matriz se seleccionaron 90 casos, emparejados en

sexo y edad con los de la muestra obtenida en la escuela especial, construyéndose una matriz mixta que permitió realizar las comparaciones mencionadas en el objetivo citado precedentemente.

- » *Encuesta sociodemográfica elaborada ad hoc* para registrar datos referidos al tipo de discapacidad (información obtenida de los certificados de discapacidad emitidos por la Junta de Evaluación de Discapacidad y Categorización de Prestadores de la Provincia de Tucumán), fecha de nacimiento, sexo, año de ingreso a la institución y obra social, constitución del grupo familiar, lugar de residencia y experiencia educativa anterior (registrado a partir de ficha social y/o informe de admisión). Todos los datos fueron consultados en los legajos personales de quienes conformaron la muestra, con colaboración de informantes clave para obtener datos extra en casos de necesidad.

Las variables que se abordaron en este estudio fueron HHSS, DI y tiempo de permanencia en institución educativa de régimen ordinario y de régimen especial.

- » *Habilidades Sociales: por HHSS se interpreta las capacidades que permiten a los individuos interactuar con pares y con el entorno de una manera socialmente aceptable*. Estas capacidades pueden generar comportamientos que vayan desde los aspectos más sencillos (saludar, sonreír, etc.) a los más complejos (defender los propios derechos, expresar sentimientos y opiniones, etc.) y sirven para resolver dificultades interpersonales (Caballo, 2007; Monjas Casares, 2004).

Para evaluar las HHSS se administró la Batería de Socialización BAS-3 (Lacunza et al., 2013; Silva Moreno y Martorell Pallás, 1991), según se consignó anteriormente en apartado *instrumentos*.

- » *Discapacidad Intelectual*: la DI se caracteriza por limitaciones significativas,

tanto en funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, entendiéndose esta como manifestaciones en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas (García Ramos, 2011). Los tres factores considerados para diagnosticar DI son: a) el funcionamiento intelectual, b) la conducta adaptativa y c) la edad de inicio. El funcionamiento intelectual incorpora características que suelen definir la inteligencia, tales como el razonamiento, la capacidad de planificar, la resolución de problemas de cierta complejidad, la capacidad de comprender ideas elaboradas, aprender de la experiencia y con cierta rapidez (Schalock et al., 2007). La conducta adaptativa se define como un conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que han sido aprendidas y son desempeñadas por las personas en su vida diaria (Schalock et al., 2010). El tercer criterio para el diagnóstico de DI es la edad a la que se manifiestan por primera vez las dificultades significativas en el desarrollo. En las últimas actualizaciones, se ha extendido la edad límite hasta antes de cumplir los 22 años (en vez de 18 años como se especifica en las ediciones anteriores).

- El criterio para determinar la presencia de DI fue registrar el diagnóstico determinado por la Junta de Evaluación de Discapacidad y Categorización de Prestadores, dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tucumán. El Certificado Único de Discapacidad (CUD) emitido por la Junta es requisito para el ingreso al establecimiento de educación especial seleccionado, debiendo estar vigente, ya que tienen fecha de vencimiento.
- » *Tiempo de permanencia en los sistemas educativos común y especial*: esta variable hace referencia a la historia educativa de los alumnos, considerando fundamentalmente el tiempo que asistieron a institu-

ciones de régimen educativo ordinario y posteriormente el tiempo de concurrencia al régimen educativo especial. Cabe mencionar que un factor común en todos los adolescentes que conformaron la muestra clínica, fue la experiencia de escolarización en instituciones de los dos tipos de regímenes.

Para registrar esta información se recurrió al informe de admisión y/o informe social, donde se da cuenta, en un apartado específico, sobre las características del trayecto educativo. La categorización de estas variables considera el tiempo, medido en años, qué cada adolescente asistió a escuelas comunes y a escuelas especiales.

RESULTADOS

La muestra clínica quedó conformada por 90 adolescentes de entre 11 y 17 años ($M=14.06$, $s=1.53$), con un 65.6% de sexo masculino, que asistían a una escuela de educación especial, ubicada en el microcentro de San Miguel de Tucumán (Argentina), durante el periodo lectivo 2023 (Véase Tabla 1).

Tabla 1.
Distribución según sexo y edad (n=90)

Edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
11	2	0	2
12	11	4	15
13	7	10	17
14	17	4	21
15	11	6	17
16	8	5	13
17	3	2	5
Total	59	31	90

La institución donde se realizó el trabajo de campo cuenta con diferentes tipos de prestaciones, seleccionándose alumnos de nivel de Educación Primaria y Secundaria de modalidad especial. Los adolescentes que fueron escogidos ingresaron al establecimiento en diferentes momentos: los de mayor antigüedad lo hicieron en 2010, mientras que otros son de 2022. La edad de ingreso también es variada. Algunos ingresaron a los 5 años de edad, mientras que otros comenzaron a asistir a los 17 años. La edad promedio de ingreso fue de 11 años.

El primer objetivo planteado fue comparar las HHSS de adolescentes con DI

y sus pares sin dicho diagnóstico. Para ello se recurrió a una base de datos generada por el equipo de investigación al que pertenecía el autor (*SCAIT código: 26K 603*), de donde se seleccionaron 90 casos, pareados por edad y sexo con cada uno de los integrantes de la muestra de adolescentes con DI. Se aplicaron pruebas de diferencia de medias (*t* para muestras independientes) en cada una de las dimensiones de las HHSS según presencia (*N*=90) o ausencia (*N*=90) de diagnóstico de DI. Se utilizó el programa *IBM SPSS Statistics 25* para la realización de los análisis estadísticos. Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2.

Diferencias de medias en las dimensiones de la socialización según presencia o ausencia de DI: con DI (*N*=90) vs. Sin DI (*N*=90).

<i>Dimensión</i>	<i>Presencia de DI</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Co: Consideración con los demás	Con DI	11.30	2.33	1.59	.115
	Sin DI	10.78	2.08		
Ac: Autocontrol social	Con DI	8.02	2.50	8.98	.000**
	Sin DI	5.21	1.61		
Li: Liderazgo	Con DI	7.32	2.47	2.64	.009**
	Sin DI	6.37	2.39		
Re: Retraimiento social	Con DI	4.77	2.88	-3.11	.002**
	Sin DI	5.80	1.28		
At: Ansiedad social/timidez	Con DI	6.66	3.12	5.85	.000**
	Sin DI	4.30	2.20		

Nota: ** Diferencias altamente significativas ($p < .001$)

De las cinco dimensiones consideradas por la Batería empleada, en cuatro se evidenciaron diferencias significativas entre los grupos comparados.

En las dimensiones facilitadoras de la socialización (*Autocontrol* y *Liderazgo*), obtuvieron puntuaciones más elevadas los adolescentes con DI. La autopercepción de control sobre los propios impulsos y la popu-

laridad aparecieron más elevadas en quienes asistían a la escuela especial.

En las dimensiones inhibitoras de la socialización, el *Retraimiento social* se presenta incrementado entre quienes no presentan diagnóstico de DI; en *Ansiedad social/timidez* ocurre lo contrario, es decir, puntuaciones más altas en quienes presentan una DI diagnosticada.

Consideración con los demás es la única dimensión en la cual las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre la muestra clínica (con DI) y no clínica (sin DI).

El segundo objetivo propuso diferenciar las características de las HHSS entre adolescentes con DI según el tiempo de permanencia en la modalidad educativa ordinaria y el tiempo de permanencia en la modalidad de educación especial. Para desarrollar este objetivo se calcularon los años de permanencia de cada adolescente en ambas modalidades educativas y se utilizó la mediana como punto de corte entre menor y mayor tiempo en cada una de las modalidades. Para la perma-

nencia en la escuela común se dicotomizó la variable en *seis años o más* (N=51) y *menos de seis años* (N=36) con tres casos perdidos por falta de información. Se aplicó la prueba de diferencia de medias (*t* para muestras independientes) en cada una de las dimensiones de las HHSS. Se utilizó el programa *IBM SPSS Statistics 25* para la realización de los análisis estadísticos. De las dimensiones que evalúa la batería de socialización, sólo se encontraron diferencias estadísticas en *Liderazgo*, siendo el grupo de menor permanencia en escuelas comunes el que presentó mayor liderazgo que el grupo con más tiempo en escuelas comunes (Véase Tabla 3).

Tabla 3.

Diferencias de medias en las dimensiones de la socialización según tiempo de permanencia en el régimen educativo ordinario (Escuela común): seis años o más (N=51) vs. Menos de seis años (N=36).

<i>Dimensión</i>	<i>Diagnóstico</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Co: Consideración con los demás	6 años o más	11.45	2.26	0.56	.578
	Menos de 6 años	11.17	2.46		
Ac: Autocontrol social	6 años o más	8.14	2.41	0.70	.483
	Menos de 6 años	7.75	2.69		
Li: Liderazgo	6 años o más	6.80	2.14	-2.80	.006**
	Menos de 6 años	8.19	2.47		
Re: Retraimiento social	6 años o más	4.96	2.98	0.90	.370
	Menos de 6 años	4.39	2.82		
At: Ansiedad social/timidez	6 años o más	6.49	3.03	-0.66	.510
	Menos de 6 años	6.94	3.32		

Nota: ** Diferencias altamente significativas ($p < .01$)

El mismo tipo de análisis se realizó con el tiempo de permanencia de los adolescentes en escuelas de educación especial. En este caso, el punto de corte fue la mediana de los datos obtenidos de los legajos personales, la cual fue de tres años, quedando un grupo con permanencia de *tres años o más* (N=50), otro de permanencia en la escuela especial de *menos de tres años* (N=37) y tres casos

perdidos por falta de información. Al realizar las pruebas de diferencias de medias (*t* para muestras independientes) se obtuvieron resultados con significación estadística en *Autocontrol*, con mayores puntuaciones entre quienes permanecieron menos tiempo en la escuela especial que quienes permanecieron más tiempo (Ver Tabla 4).

Tabla 4.

Diferencias de medias en las dimensiones de la socialización según tiempo de permanencia en el régimen educativo diferencial (Escuela especial): tres años o más (N=50) vs. Menos de tres años (N=37).

<i>Dimensión</i>	<i>Diagnóstico</i>	<i>M</i>	<i>s</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Co: Consideración con los demás.	3 años o más	11.24	2.34	-0.43	.667
	Menos de 3 años	11.46	2.35		
Ac: Autocontrol social	3 años o más	7.46	2.81	-2.41	.018*
	Menos de 3 años	8.68	1.89		
Li: Liderazgo	3 años o más	7.56	2.32	0.83	.411
	Menos de 3 años	7.14	2.44		
Re: Retraimiento social	3 años o más	4.88	2.78	0.58	.565
	Menos de 3 años	4.51	3.12		
At: Ansiedad social/timidez	3 años o más	6.66	3.12	-0.06	.950
	Menos de 3 años	6.70	3.21		

Nota: * Diferencias significativas ($p < .05$)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el primer objetivo se propuso comparar las HHSS de adolescentes con DI y sus pares sin dicho diagnóstico. Los resultados obtenidos evidenciaron diferencias altamente significativas en favor de los adolescentes con DI reflejadas en mayor capacidad de *Autocontrol*, mayor autopercepción de *Liderazgo* y menor *Retraimiento social*. En los adolescentes sin diagnóstico de DI aparecieron menos conductas de *Aislamiento social/timidez*. En *Consideración con los demás* no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos.

Estos resultados indicarían que los adolescentes escolarizados en la institución de modalidad especial evidencian un mayor acatamiento a reglas y normas sociales que facilitan la convivencia y el respeto mutuo, menos frecuencia de conductas agresivas, impositivas, de terquedad o indisciplina (Ac), mayor autopercepción de popularidad, ini-

ciativa y confianza en sí mismo (Li) y menor tendencia al aislamiento o apartamiento de los demás, tanto pasivo como activo (Re). Los adolescentes escolarizados en el sistema de educación común u ordinario, presentarían niveles de ansiedad menores, manifestados como miedos y nerviosismo, así como menos reacciones de timidez, vergüenza o apocamiento en las relaciones sociales (At). En lo que atañe a la sensibilidad social o preocupación por los demás, en particular por aquellos que tienen problemas o son rechazados o postergados, las condiciones serían similares en todos los adolescentes, independientemente de la condición de DI.

Para la AAIDD, la presencia de DI implica limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, siempre que estas hayan sido detectadas antes de los 22 años (Schalock et al., 2021). Considerando con mayor profundidad estos constructos, puede afirmarse que las diferencias entre los grupos comparados

deberían darse en: a) las habilidades de razonamiento para resolver problemas y la capacidad para recurrir a la información y conocimientos almacenados (Carroll, 1993; Horn y Cattell, 1966), y b) en la capacidad de planificación independiente, comunicación efectiva de pensamientos e ideas propias (habilidades conceptuales), dificultades para trabajar con otros, vulnerabilidad y victimización social (habilidades sociales), limitaciones en el desempeño doméstico, escolar o laboral, dificultades para medir consecuencias (habilidades prácticas), entre otras (Schalock et al., 2021).

Para operacionalizar la variable que diferencie los grupos se utilizó el criterio de tener un certificado de discapacidad otorgado por la Junta de Clasificación (Ministerio de Educación, Provincia de Tucumán), que concluye si se trata de DI leve o moderada. Sin embargo, por lo expresado anteriormente, tener o no DI es mucho más que la presencia de un certificado.

Por otra parte, cabe destacar que las HHSS forman parte de la conducta adaptativa que se debe considerar para la determinación de DI.

Para Monjas Casares, la competencia social implica un conjunto de capacidades y estrategias que permiten actuar eficazmente, relacionarse satisfactoriamente y afrontar dificultades (Monjas Casares, 2000, 2002, 2004; Monjas Casares y González Moreno, 1998). La alteración esperable en el diagnóstico de DI implicaría dificultades manifiestas en el trabajo con otros para resolver problemas; rigidez en el pensamiento y conducta sin capacidad de flexibilidad; vulnerabilidad y victimización en las relaciones sociales; inocencia e ingenuidad en las relaciones interpersonales; tendencia a negar o minimizar la propia condición incluso en perjuicio propio (Schalock et al., 2021). En la Batería de Socialización aplicada se valoraron tres dimensiones facilitadoras (*Consideración con los*

demás, Autocontrol social y Liderazgo) y dos inhibitoras de la socialización (*Retraimiento social y Ansiedad social/timidez*).

Se sabe que el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa se correlacionan de manera moderada, aunque deben ser estudiados de manera independiente según la AAIDD (Schalock et al., 2021). Considerando que la conducta adaptativa implica habilidades sociales (además de conceptuales y prácticas), es esperable que las valoraciones de las HHSS sean inferiores en quienes presentan limitaciones a nivel intelectual.

Sin embargo, la evidencia obtenida pone de manifiesto que la condición de DI no está necesariamente vinculada a las HHSS, siendo incluso el aprendizaje de estas una característica más estimulada en los niños y adolescentes con alguna limitación en el razonamiento intelectual que en quienes presentan un neurodesarrollo dentro de los parámetros esperables. El hecho de que la dimensión de *Ansiedad social* se presente significativamente superior en los adolescentes con DI (Ver Tabla 2), es un hallazgo que está más vinculado con el contexto socio-cultural en el que se desenvuelve el individuo, que con una característica del funcionamiento individual (Contini, 2015).

Respecto del segundo objetivo, donde se buscó diferenciar las características de las HHSS entre adolescentes con DI, según el tiempo de permanencia en el sistema educativo ordinario y el tiempo transcurrido en el sistema de educación especial, se diferencian dos aspectos: a) donde se compararon las HHSS en relación al tiempo que permanecieron en el sistema educativo común, se detectaron diferencias significativas en *Liderazgo*, a favor de los que menos tiempo estuvieron en dicho sistema escolar. Es decir, quienes más tiempo permanecieron en un sistema educativo sin las adecuaciones curriculares necesarias y sin la incorporación de apoyos específicos, presentaron una autopercepción

de popularidad disminuida, con menores niveles de autoconfianza e iniciativa personal. La experiencia de integración sin diseño parece afectar la autoconfianza de los adolescentes con una DI (leve o moderada), donde la presencia de ciertas limitaciones es percibida y los recursos para afrontarla son limitados. Por su parte, el análisis comparativo b) realizado en función del tiempo de permanencia en la escuela de modalidad de educación especial, evidenció mejores niveles de *Autocontrol* entre quienes permanecieron menos tiempo en la escuela especial. Quienes más tiempo estuvieron en el sistema educativo preparado para su atención, presentan más dificultades para el acatamiento de normas y reglas sociales y una mayor tendencia a imponerse y presentar conductas agresivas, de terquedad e indisciplina.

En este objetivo se observan entonces dos aspectos vinculados con la concurrencia prolongada a los dos sistemas educativos considerados. Permanecer mucho tiempo en la escuela común afectaría la autoconfianza y la autopercepción de popularidad, mientras que permanecer mucho tiempo en la escuela especial limitaría el respeto por las normas sociales de convivencia por falta de tolerancia a los límites. Estos datos vienen a poner en evidencia, mediante pruebas empíricas, algo que en el ámbito de la educación especial se percibe. Queda en manos de quienes intervie-

nen en la planificación de las experiencias de inclusión educativa y de quienes diagnostican, recomiendan y participan de los sistemas de apoyo de los niños y adolescentes con DI, considerar los vestigios de un trayecto escolar que no pone al beneficiario como principal protagonista de la experiencia, la cual se vuelve un círculo vicioso en el sentido de que a menor sensación de reconocimiento por parte del entorno, menor participación en el devenir cotidiano.

Para finalizar, debe reconocerse que una limitación en este estudio, podría considerarse al hecho que las muestras seleccionadas para conformar los grupos de adolescentes en el primer objetivo, con y sin DI, son de instituciones diferentes. Si bien se tomaron recaudos de emparejamiento en edad, sexo y nivel socio-económico; las instituciones de régimen especial están preparadas para responder a las necesidades del alumnado, contando con personal especializado (maestros especiales, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros), con una currícula y manual de procedimientos que hace de la institución un lugar preparado para las necesidades tanto educativas como emocionales. Para futuros abordajes de la temática, se cree conveniente incorporar aspectos referidos al contexto, dimensión destacada en el modelo multidimensional del funcionamiento humano (Schalock et al., 2021).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcívar Chávez, A. C. (2022). El diagnóstico psicopedagógico y el comportamiento infantil. Estudio de caso. *Horizontes. Revista De Investigación En Ciencias De La Educación*, 6(22), 48–62. <https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v6i22.313>.
- Arrigoni, F. y Solans, A. (2018). Programa de promoción de habilidades sociales (PHAS) para niños con discapacidad intelectual. *Revista RUEDES*, 8, 65–85. Disponible en: <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs3/index.php/ruedes/article/view/1660>.
- Ballester, R. y Gil Llario, M. D. (2002). *Habilidades sociales*. Síntesis.
- Beledo, J. (2018). La comprensión actual de la discapacidad intelectual. *Sal Terrae*, 106, 479–492. Disponible en: <https://www.lacusaragon.org/wp-content/uploads/2018/07/AQU%C3%8D.pdf>.
- Caballo, V. (1993). Relaciones entre diversas medidas conductuales y de autoinformes de las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 1, 73–99. Disponible en <https://www.researchgate.net/publication/259528322>.
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. 7ª edición. SigloXXI. España Editores.
- Carroll, J. B. (1993). Psychometrics, intelligence, and public perception. *Intelligence*, 24(1), 25–52. [https://doi.org/10.1016/S0160-2896\(97\)90012-X](https://doi.org/10.1016/S0160-2896(97)90012-X).
- Contini, N. (2008). Las habilidades sociales en la adolescencia temprana. Perspectivas desde la Psicología Positiva. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 9, 45–63. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645279>.
- Contini, N. (2015). Agresividad y habilidades sociales en la adolescencia. Una aproximación conceptual. *Psicodebate*, 15(2), 31–54. DOI: <https://doi.org/10.18682/pd.v15i2.533>.
- Down España. (2013). *Formación para la autonomía y la vida independiente*. Fundación Española de Síndrome de Down en colaboración con Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- Garaigordobil Landazábal, M. (2006). Psychopathological symptoms, social skills and personality traits: a study with adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(2), 182–192. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/172/17290205.pdf>.
- Garaigordobil Landazábal, M. (2008). Assessment of the effects of a cooperative play programmed for children aged 10–11 years on social adaptation and on the perception that parents, teachers and peers have of children's prosocial behaviors. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, 31(3), 303–318. <https://doi.org/10.1174/021037008785702974>.
- García Ramos, M. (2011). *Habilidades sociales en niños y niñas con discapacidad intelectual*. Academia SE 1222. Disponible en https://www.academia.edu/29296324/HABILIDADES_SOCIALES_EN_NI%C3%91OS_Y_NI%C3%91AS_CON_DISCAPACIDAD_INTELLECTUAL.
- Gil Rodríguez, F. y León Rubio, J. M. (coords.) (1998). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. Síntesis.
- Glidden, L. (2006). Personalidad, estilo de afrontamiento y bienestar de los padres que crían niños con discapacidades en el desarrollo. *JIDR*. 50(12), 949–962. Disponible en <https://doi.org/10.1111/>

- j.1365–2788.2006.00929.x.
- Gottfredson, L. S. (1997). Mainstream Science on Intelligence. An Editorial with 52 Signatories, History, and Bibliography. *Intelligence*, 24(1), 13–23. Disponible en: <https://www1.udel.edu/educ/gottfredson/reprints/1997mainstream.pdf>.
- Greenspan, S. (2008). Mental retardation in the real world: Why the AAMR definition is not there yet. En H.N. Switzky y S. Greenspan (Eds.), *What is Mental Retardation? Ideas for an Evolving Disability in the 21st Century*. American Association on Mental Retardation.
- Hernández Posada, A. (2004). *Las personas con discapacidad. Su calidad de vida y su entorno*. Aquichán.
- Hidalgo García, M. V., Sánchez Hidalgo, J. y Lorence Lara, B. (2008). Procesos y necesidades de desarrollo durante la infancia. *XXI. Revista de Educación*, 10, 85–95. Disponible en: <https://rabida.uhu.es/dspace/bits-tream/handle/10272/2150/b1548001x.pdf?sequence=1>.
- Horn, J. L. y Cattell, R. B. (1966). Refinement and test of the theory of fluid and crystallized general intelligence. *Journal of Educational Psychology*, 57(5), 253–270.
- Inglés, C., Benavides, G., Redondo, J., García-Fernández, J. M., Ruiz-Esteban, C., Estévez, C. y Huéscar, E. (2009). Conducta prosocial y rendimiento académico en estudiantes españoles de educación secundaria obligatoria. *Anales de Psicología*, 25(1), 93–101. Disponible en <https://revistas.um.es/analesps/article/view/71541>.
- Lacunza, A. B., Caballero, S. V. y Contini, E. N. (2013). Adaptación y evaluación de las propiedades psicométricas de la BAS-3 para población adolescente de Tucumán (Argentina). *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 9(1): 29–44. Disponible en <https://www.re-dalyc.org/pdf/679/67926246006.pdf>.
- Lacunza, A. B. y Contini, E. N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, XII(23), 159–182. <https://www.re-dalyc.org/pdf/184/18424417009.pdf>.
- MacMillan, D. L., Siperstein, G. N. y Leffert, J. S. (2006). Children with mild mental retardation: A challenge for classification practices– revised. En H.N. Switzky y S. Greenspan (Eds.), *What is Mental Retardation? Ideas for an Evolving Disability in the 21st Century* (pp. 197–220). American Association on Mental Retardation.
- Martorell, M. (1997). Evaluación de la conducta social. En M. Casullo, (compilador), *Evaluación psicológica en el campo socioeducativo*. Paidós.
- McFall, R. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4(1), 1–33. <https://doi.org/10.1007/BF01321377>.
- Méndez López, A. J., de la Yncera Hernández, N. C. y Cabrera Ruíz, I. I. (2022). Premisas y reflexiones teóricas para fundamentar un Programa de Entrenamiento en habilidades sociales para adolescentes. *Revista Dilemas Contemporáneos*. 9(3). <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i3.3208>.
- Monjas Casares, M. (2000). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. CEPE.
- Monjas Casares, M. (2002). *La competencia personal y social: Presente y futuro. Jornadas sobre habilidades sociales*. Autora.
- Monjas Casares, M. (2004). *Ni sumisas ni dominantes. Los estilos de relación*

- interpersonal en la infancia y en la adolescencia*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Monjas Casares, M. y González Moreno, B. (1998). *Las habilidades sociales en el currículo*. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, Centro de Investigación y documentación educativa.
- Páez, E. (compilador). (2011). *Suicidio en niños y jóvenes. Un encuentro entre salud y educación*. Rojo editores.
- Rodríguez, M. (2009). Factores psicosociales de riesgo laboral. ¿Nuevos tiempos, nuevos riesgos? *Observatorio Laboral Revista Venezolana*, 2(3), 127–141. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/faces/revista/lainet/index.htm>.
- Rodríguez Díaz, M. C., Alvarado García, A. y Moreno Fergusson, M. E. (2007). Construcción participativa de un modelo socioecológico de inclusión social para personas en condición de discapacidad. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 181–198. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552007000200017&script=sci_art-text.
- Schalock, R. L. (2013). La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. Siglo Cero*, 40(1), 22–39.
- Schalock, R. L., Borthwhick–Diffy, S. A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E. M., Gómez, S. C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Sjogren, K.A., Snell, M.E., Spreat, S., Tasse, M.J., Thompson, J.R., Verdugo–Alonso, M.A., Wehmeyer, M.L. y Yeager, M.H. (2010). *Intellectual disability. Definition, Classification, and Systems of Supports*. 11.ª Edición. AAIDD.
- Schalock, R. L., Luckasson, R. y Tassé, M. J. (2021). *Discapacidad intelectual: definición, diagnóstico y clasificación y sistemas de apoyos*. AAIDD, 12ª edición. Hogrefe TEA Ediciones.
- Schalock, R. L. y Luckasson, R. (2004). *Clinical judgment*. American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. L., Luckasson, R. y Shogren, K. A. (2007). El Nuevo concepto del retraso mental: comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. Siglo Cero*, 38(4), 5–20.
- Silva Martorell, F. y Martorell Pallás, M. C. (2018). *Batería de Socialización (Autoevaluación) Manual*. 5ª Edición. Tea.
- Silva Moreno, F. y Martorell Pallás, M. (1991). La Batería de Socialización: nuevos datos sobre estructura y red nomológica. *Psychological Assessment*, 7(3), 349–367.
- Switzky, H. N. y Greenspan, S. (2006). *What is Mental Retardation? Ideas for an Evolving Disability in the 21st Century*. American Association on Mental Retardation.
- Toledo Jofré, M. I. (2012) Sobre la construcción identitaria. *Atenea (Concepción)*. 506: 43–56. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-04622012000200004>.
- Trianes, M. (1996). *Educación y competencia social: un programa en la escuela*. Aljibe.
- Verdugo Alonso, M. A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre Retraso Mental de 2002. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. Siglo Cero*, 34(205), 5–19. Disponible en: http://sid.usal.es/docs/F8/FDO19661/AAMR_2002.pdf.

- Verdugo Alonso, M. Á. y Rodríguez Aguilera, A. (2012). La inclusión educativa en España desde la perspectiva de alumnos con discapacidad intelectual, de familias y de profesionales. *Revista de Educación*, 358, 450–470. DOI: 10–4438/1988–592X–RE–2010–358–086.
- Verdugo Alonso, M. A. y Schalock, R. L. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual. Siglo Cero*, 41(4), 7–21.
- Wolpe, J. A. (1977). Statement of Principles for ethical practice of assertive behavior training. En R. Alberti (Ed), *Assertiveness: Innovations, Applications, Issues* (pp. 165–183). Impact.

Artículo recibido: 04/10/2024

Artículo aceptado: 30/10/2024

SÍNDROME DE DESGASTE POR EMPATÍA EN PROFESIONALES DE LA SALUD INTEGRAL EN ENTRE RÍOS Y EN LAS REGIONES CENTRO Y NORTE DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Adriana E. Quiroga¹, Juan E. Rodríguez², María V. Main³, Leticia R. Prendes⁴, María L. Olivera⁵ y Lucas F. Giullioni⁶

RESUMEN

El Síndrome Desgaste por Empatía (SDpE) es un padecimiento susceptible en profesionales de la salud que asisten a personas que sufren (Main et al., 2009). Se caracteriza por la reexperimentación de traumas, evitación, embotamiento psíquico e hiperactivación (Figley, 1995). Este estudio tiene como objetivo evaluar dicho síndrome en profesionales de la región norte y centro de la provincia de Santa Fe, y la región de Entre Ríos. A tal efecto se seleccionó una muestra intencional, quienes respondieron al Interpersonal Reactivity Index (IRI, Davis, 1980) adaptado a la argentina por Müller et al., (2015), con el propósito de desestimar aquellos que puntúan bajo en Empatía; y el Inventario de Desgaste por Empatía (IDE, Main et al., 2009). La muestra final quedó conformada por 657 sujetos en total. Tras una exhaustiva revisión crítica de la herramienta y actualización de los procesos de baremación, se concluye que la gran mayoría (92%) de los profesionales no presenta riesgo de padecer Síndrome de Desgaste por Empatía. Sin embargo, se identificaron diversos factores protectores y de riesgo, con significación estadística tales como la realización de actividades de autocuidado, la profesión y el ámbito de trabajo.

Palabras clave: Factores Protectores y de Riesgo, Profesionales de la Salud, Síndrome de Desgaste por Empatía.

¹ Universidad Católica de Santa Fe, Echagüe 7151. CP S3004JBS, Santa Fe (Santa Fe); aequirolga@ucsf.edu.ar

² Universidad Católica de Santa Fe, Echagüe 7151. CP S3004JBS, Santa Fe (Santa Fe); juanemilio.rodriguez@ucsf.edu.ar

³ Universidad Católica de Santa Fe, Ludueña 612. CP S3560DYR, Reconquista (Santa Fe); mariamain@ucsf.edu.ar

⁴ Universidad Católica de Santa Fe, Ludueña 612. CP S3560DYR, Reconquista (Santa Fe); leticiaprendes@playcomla.com.ar

⁵ Universidad Católica de Santa Fe, Echagüe 7151. CP S3004JBS, Santa Fe (Santa Fe); lauragunico@gmail.com

⁶ Universidad Católica de Santa Fe, Echagüe 7151. CP S3004JBS, Santa Fe (Santa Fe); lucas.giullioni@ucsf.edu.ar

ABSTRACT

Compassion Fatigue Syndrome (CFS) is a condition susceptible to health professionals who assist people who suffer (Main, et al., 2009). It is characterized by the re-experiencing of traumas, avoidance, psychic dullness and hyperactivation (Figley, 1995). This study aims to evaluate this syndrome in professionals from Santa Fe province's northern and central regions and from the Entre Rios province. For this purpose, an intentional sample was selected, who responded to the Interpersonal Reactivity Index (IRI, Davis, 1980) adapted to Argentina by Müller, et al., (2015), with the purpose of dismissing those who score low in Empathy; and the Empathy

Burnout Inventory (IDE, Main, et al., 2009). The final sample consisted of 657 subjects in total. After an exhaustive critical review of the instrument and updating of the assessment processes, it is concluded that the vast majority (92%) of professionals are not at risk of suffering from Compassion Fatigue Syndrome. However, various protective and risk factors were identified, with statistical significance such as the performance of self-care activities, the profession and the work environment.

Keywords: *Compassion Fatigue Syndrome, Health Professionals, Protective and Risk Factors.*

INTRODUCCIÓN

En materia de políticas públicas atinentes a salud, prevención y estrategia sanitaria, para el 2020–2030 se expresan una serie de desafíos: incremento de enfermedades crónicas, accidentes y violencia, riesgos ambientales, nuevas enfermedades infecciosas; enfermedades transmisibles como el dengue y el COVID–19; envejecimiento poblacional acompañado por multimorbilidad y dependencia; incremento de la esperanza de vida; problemas de coordinación y articulación entre los subsectores; insatisfacción de las personas usuarias; condiciones de trabajo de los/as trabajadores/as, sumadas al desgaste psicofísico que deriva de la atención durante la pandemia y post pandemia, entre otros (Buriyovich et al., s.f). Estas contingencias afectan la relación entre el usuario de los servicios de salud y el profesional, como así también la capacidad empática de este último.

La empatía se define como la “sensibilidad y comprensión de los estados mentales de los demás” (Smith, 2006, p. 3). Desde una perspectiva neuro–sociocognitiva, si se permite tal denominación, en su devenir se ancla a circuitos neuronales y programas genéticamente predeterminados de percepción–acción constante del y en el medio social que los activa. La autoconciencia de sí mismo, de los otros, la autorregulación emocional y el lenguaje como vehículo que promueve la expresión y reflexión, es decir, procesos de mentalización, diferencian al hombre de la especie animal. En este sentido, la empatía humana implica una capacidad de compartir o sentir la experiencia emocional del otro y de tomar la perspectiva de ese otro, lo cual conlleva vasta flexibilidad mental; esto es, incluye habilidades tanto emocionales como cognitivas (Decety y Jackson, 2004). Esta cualidad del comportamiento humano presente en mayor o menor grado en los individuos, que no distingue género como así lo informa

el estudio sobre empatía, deseabilidad social y género de Nanda (2013); y que posibilita una convivencia social en armonía, es indispensable cultivar en aquellas actividades profesionales ligadas a la salud integral que se sustentan en un vínculo o alianza terapéutica. Por ello resulta necesario contar con herramientas objetivas que la valoren. En Argentina, Müller et al. (2015), adaptaron el Interpersonal Reactivity Index (IRI), técnica psicométrica que evalúa este constructo en adultos y que fuera elaborada por Davis (1980). Empero, ¿qué sucede cuando dicho profesional presenta un nivel alto de empatía tal, que resulta perjudicial para sí mismo y para su quehacer? Este fenómeno se asocia a lo que en el campo científico se conoce como *Compassion Fatigue*, es decir, Fatiga por Compasión (Figley, 1995) o *Síndrome de Desgaste por Empatía* (Main et al. 2009).

El Síndrome de Desgaste por Empatía (SDpE) es un padecimiento susceptible en profesionales de la salud que asisten a personas que sufren (Main et al., 2009). Es importante ahondar en sus raíces teóricas que se remontan a la década de los ‘80. En ese tiempo, el trauma psicológico ingresa oficialmente como diagnóstico en el *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III* (DSM III, 1980) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), bajo la nosología de *Trastorno por Estrés Post Traumático* (TEPT). Aunque las reacciones psicológicas frente a hechos traumáticos han sido observadas desde hace más de un siglo, el estudio del trauma psicológico ha crecido en las últimas décadas especialmente impulsado por los movimientos contra la violencia doméstica y sexual. Posteriormente, en el *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV* (DSM IV, 1994) la atención se focalizó hacia la reacción de la persona expuesta al hecho traumático y ya no en los requisitos que debía cumplir un evento

para ser considerado traumático. Esto significó que el hecho traumático podía ser considerado como tal no sólo por representar una amenaza para la integridad, sino porque también la respuesta de la persona implicaba temor intenso que debía estar acompañado de tres tipos de síntomas: reexperimentación del hecho traumático, evitación y embotamiento psíquico e hiperactivación (Cazabat y Mosca, 2002). El hecho de presenciar o conocer un acontecimiento que haya amenazado la integridad física de alguna persona, es motivo suficiente para desarrollar un estrés postraumático.

Hacia los '90 aparece un concepto más evolucionado asociado con el costo del cuidado hacia los demás en el sufrimiento emocional. Se trata del concepto de *Compassion Fatigue* anteriormente mencionado, acuñado por Charles Figley (1995). Este término fue traducido al español como Síndrome de Desgaste por Empatía (SDpE). Sin embargo, Cazabat y Mosca (2002) indican que el término en español no refleja exactamente lo que se entiende por *compassion*, el cual implica “un sentimiento de profunda empatía y pena por otro que está sufriendo, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el dolor o resolver sus causas” (párr.15). Según el autor, la compasión y empatía son una capacidad que debe poseer el terapeuta y que simultáneamente constituye una puerta de entrada vulnerable mediante la cual ser lastimados por el trabajo.

Si bien Figley fue el primer investigador que publicó un texto referido al tema—*Compassion Fatigue: Coping with secondary Traumatic stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*, 1995—, este término había sido utilizado anteriormente por algunos investigadores (Joinson, 1992; Kottler, 1992, como se citó en Figley, 1995). Estos autores hacían referencia a la importancia de la compasión en la relación con pacientes resistentes y extremadamente difíciles. Sin embargo, Figley (1995) considera que solo se limitaron

a mencionar el término y no lo desarrollaron o definieron adecuadamente. En contrapartida el autor sugiere que el concepto de *Compassion Fatigue* alude a un fenómeno particular de la relación terapéutica, y también se ha intentado explicar a través de una serie de términos tales como: victimización secundaria, estrés traumático secundario, traumatización vicaria, sobreviviente secundario. Asimismo, distingue el concepto de *contagio emocional*: “*is defined as an affective process in which ‘an individual observing another person experiences emotional responses parallel to that person’s actual or anticipated emotions’*” [Se define como un proceso afectivo en el que “un individuo que observa a otra persona experimenta respuestas emocionales paralelas a las emociones reales o anticipadas de esa persona”] (Miller et al., 1988, p. 254)” (1995, párr. 11); es decir, un proceso afectivo donde un individuo que observa a otra persona experimenta respuestas emocionales paralelas a las emociones actuales o anticipadas de la otra persona. En el caso del TEPT, el diagnóstico es posible solamente cuando la persona experimenta el trauma de forma directa—recibiendo el daño—o indirecta—como observador de la persona que sufre—; el último estadio se denomina estrés traumático secundario o *compassion fatigue*. A su vez, la victimización secundaria se refiere a una experiencia de transformación interna del terapeuta a partir del trauma ajeno, que repercute en su vida personal y profesional (Pearlman & Saakvitne, 1995; como se citó en Figley, 1995). De acuerdo con Figley, el concepto de *compassion fatigue* es un término más amigable que el desorden por estrés traumático secundario. A diferencia del TEPT, afecta a las personas que se involucran emocionalmente con traumas de otros—usualmente pacientes o familiares—, e incluye tensión y preocupación constante por los pacientes traumatizados; es decir cuando se es testigo del sufrimiento del otro en el marco de una relación interpersonal establecida. De acuerdo con el investigador

este fenómeno se caracteriza por tres grupos de síntomas:

Reexperimentación: pensamientos e imágenes asociadas con las experiencias traumáticas del paciente o cliente, deseo obsesivo de ayudar a ciertos pacientes, clientes o alumnos, progresiva sensación de falta de idoneidad profesional, invasión del tiempo libre por cuestiones relacionadas con el trabajo.

Evitación y embotamiento psíquico: respuesta silenciadora, evitando que el paciente o cliente manifieste claramente sus problemas; pérdida de interés en los problemas presentados por los pacientes, clientes o alumnos.

Hiperactivación o *hyperarousal*: aumento de la ansiedad, de la impulsividad y de la irritabilidad. Aumento de la sensación de mayores exigencias ante problemas semejantes, trastornos del sueño y otros trastornos psicosomáticos.

Por otra parte, las manifestaciones de este cuadro suelen confundirse con el *Síndrome de Burnout* descrito y medido por Maslach y Jackson (1981); puesto que comparten determinadas manifestaciones psicológicas y a nivel del comportamiento, tales como agotamiento emocional, cinismo, distanciamiento y evitación de los clientes, baja satisfacción en el trabajo, ausentismo, entre otros (Mathieu, 2012, como se citó en Martínez González, 2014). Sin embargo, este último responde a la confluencia de diversos estresores del ambiente laboral, en el que la habilidad empática del profesional no tiene participación como disparador. Una serie de herramientas se desarrollaron con el fin de valorar este desgaste. Según reporta Martínez González (2014), se distingue: el *Compassion Fatigue Self Test* (CFST), el *Compassion Satisfaction and Fatigue Test* (CSFT), and *Compassion Fatigue Scale* (CFS) de Figley (1995); la *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL) de Stamm

(2005); la *Compassion Fatigue– Short Scale* de Adams et al. (2006); entre otras. Cabe destacar que a escala regional Main et al. (2009) construyeron el primer instrumento que evalúa el nivel de Desgaste por Empatía en dichos profesionales: el *Inventario de Desgaste por Empatía* (IDE).

Con todo y bajo estándares de calidad psicométrica, se comenzó a describir la prevalencia del constructo y sus variables asociadas en la población precedente. Así a escala mundial se realizó un estudio meta-analítico, reportando que dicho síndrome está presente en diferentes profesiones (Cavanagh et al., 2020). Este resultado es similar a otro metaanálisis, pero atendiendo al impacto de la pandemia por COVID-19 (Lluch et al., 2022); en él, se concluyó que existe prevalencia de desgaste por empatía y que el género es un factor de riesgo, siendo las mujeres quienes presentan mayor probabilidad de contraerlo; otro factor fue la profesión—como la enfermería— y aquellas otras que abordaban de forma directa a los pacientes con COVID-19. En lo que respecta a estudios empíricos, se llevó a cabo una investigación con cardiólogos de los hospitales de Rawalpindi y Lahore en Pakistán y se halló que más de la mitad de ellos padecían SDpE; allí se señaló que aquellos médicos menores de 40 años presentaban puntajes ligeramente superiores en comparación con aquellos médicos mayores (Ghazanfar et al., 2018). En el contexto latinoamericano, se efectuó un estudio con enfermeros de cuidados intensivos en un hospital de Arequipa durante la pandemia por COVID-19 en 2021. Los resultados arrojaron que, más de la mitad de la muestra poseía un funcionamiento empático anormal con SDpE (Capacoila Diaz, 2022). En México se evaluó a profesionales de la salud que trabajaban en el Instituto Mexicano de Seguridad Social de la ciudad de Puebla durante 2020; se observó que una quinta parte de ellos se encontraban en riesgo de contraer el SDpE y se lo atribuyó a la ayuda

relacional que realizaban (Ramírez Dueñas et al., 2022). Por último, se menciona el estudio desarrollado en Paraguay con psicólogos de un hospital psiquiátrico (Agüero y Sanabria, 2021); se encontró que una proporción mayor de la muestra presentaba un funcionamiento empático normal sin riesgo a contraer el SDpE; y que sólo un 9% de los profesionales estaban en riesgo de padecerlo. Aquí también se identificó al género femenino como un factor crítico, además de las características de la población con la que se trabajaba—niños, adolescentes y situaciones de abuso— y la cantidad de pacientes atendidos a diario—más de 25—. Otro estudio contempló el Desgaste por Empatía en personal médico de la unidad de cuidados intensivos de un hospital Gineco-Obstétrico Pediátrico en Ecuador; en él se observó que casi la mitad de los profesionales estaban en riesgo de contraer el SDpE a causa de la situación prolongada y los factores estresantes asociados a sus empleos (Lomas Amagua y Ubieda Masabanda, 2020).

A nivel nacional, no se han localizado investigaciones *actuales* respecto a la temática. En diversos buscadores se han ubicado algunas reflexiones teóricas respecto al Desgaste por Empatía, abordado desde diversos marcos teóricos (Albornoz, 2021; Díaz et al., 2021). Las únicas investigaciones de características empíricas y metodologías cuantitativas se llevaron adelante hace más de una década en la ciudad de Mar del Plata con profesionales del Hospital Internacional General de agudos Dr. Alende; allí se advirtió coincidentemente que son las mujeres más propensas a padecer el SDpE (Bravo et al., 2012). Otro estudio evaluó a psicólogos que trabajaban en el área clínica con adultos, pero con el objetivo de realizar baremos regionales (D'Onofrio y Depaoli, 2014). Por lo expuesto, existe un lugar de vacancia respecto a la observación actual de la temática, que contraste con lo hallado en el histórico período 2020–2021, incluso con anteceden-

tes. En este sentido, resulta relevante revisar la prevalencia del SDpE y cuáles variables podrían estar vinculadas a dicho síndrome en los profesionales de la salud integral, en las regiones de Entre Ríos, Centro de Santa Fe y Norte de Santa Fe. Alumbrar este campo, permitiría actuar de manera preventiva a través de una guía orientada a la psicoeducación, al manejo de estrategias de afrontamiento y a la resiliencia con relación a la *Compassion Fatigue*, como suele ser denominado el SDpE en la lengua anglosajona.

MATERIALES Y MÉTODO

En principio participaron de este estudio 677 profesionales de la salud—médicos, nutricionistas, odontólogos, enfermeros, psicólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, kinesiólogos y fonoaudiólogos—, de ambos sexos, que desempeñaban sus roles tanto en el sector público como privado. Se utilizaron procedimientos no probabilísticos de tipo sujetos—tipo (Cortada de Kohan et al., 2008) para su conformación. Se excluyeron 20 casos por puntuar por debajo del percentil 25 en todas las subescalas del *Interpersonal Reactivity Index* (IRI, Müller et al., 2015): Toma de Perspectiva, Fantasía, Angustia Personal y Preocupación Empática—las dos primeras se asocian con las dimensiones cognitivas de la empatía y las otras dos con las dimensiones afectivas (Davis, 1980) y por obtener puntuaciones dentro de los rangos de normalidad en el *Inventario de Desgaste por Empatía* (IDE, Main et al., 2009)—. La muestra final la conformaron 657 profesionales de áreas de la salud con relación a lo bio—psico—social; 79% mujeres y 21% hombres, con edades media entre 38 y 41 años.

Mediante una encuesta, además del IRI (Müller et al., 2015) se implementó un cuestionario *ad hoc* para indagar variables

sociodemográficas y laborales. A su vez se administró el IDE (Main et al., 2009). Esta última técnica consta de tres subescalas: *Involucración profesional*, *Cuidado de la salud* y *Vulnerabilidad*, distribuidas en 27 ítems con formato de respuesta tipo Likert.

Para el análisis de los datos mediante el Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v.22, se extrajeron en primer término las estadísticas descriptivas de todas las variables. Al recopilar evidencias de parametricidad en el constructo meta, se procedió a realizar pruebas t de diferencia de medias y ANOVA entre los puntajes del IDE, del IRI y las variables de interés. También se realizaron pruebas de correlación de Pearson entre los puntajes del IDE y los puntajes de las cuatro subescalas del IRI, previo análisis crítico de las propiedades psicométricas del IDE.

RESULTADOS

Se extrajeron medidas descriptivas para las variables de interés y de los puntajes del IRI y el IDE (Tabla 1). Bajo la hipótesis de trabajo sobre la prevalencia en los profesionales de las regiones norte y centro de la provincia de Santa Fe y Entre Ríos de un funcionamiento empático con significación clínica, hallamos que en más del 92% no existe tal riesgo en oposición a los resultados advertidos en otros estudios (Capacoi-la Diaz, 2022; Ghazanfar et al., 2018; Lluch et al., 2022). En la población con riesgo de contraer SDpE no se encontraron diferencias según las distintas profesiones ($H = 4.274$; $p = .748$) tal por los tamaños acotados de cada grupo; sin embargo, en la población sin riesgo se hallaron diferencias significativas ($F = 6.437$; $p < .001$, $\eta^2 = .099$) en este sentido, siendo los psicólogos quienes se encontraban en mejor posición.

Tabla 1
Estadísticos Descriptivos del IRI y el IDE

	IRI-PT	IRI-FS	IRI-EC	IRI-PD	IDE
Mediana	25.000	19.000	27.000	14.000	31.000
Media	24.834	19.437	26.461	14.703	31.154
Error Típico de la Media	0.172	0.186	0.162	0.165	0.380
Desviación Típica	4.402	4.765	4.140	4.224	9.748
Varianza	19.373	22.701	17.139	17.846	95.021
Asimetría	0.021	0.440	-0.247	0.669	0.115
Error Típico de la Asimetría	0.095	0.095	0.095	0.095	0.095
Curtosis	-0.338	0.036	0.159	0.464	-0.070
Error Típico de la Curtosis	0.190	0.190	0.190	0.190	0.190
Mínimo	14.000	7.000	10.000	7.000	7.000
Máximo	35.000	35.000	36.000	29.000	62.000
Primer cuartil	22.000	16.000	24.000	12.000	24.000
Segundo cuartil (mediana)	25.000	19.000	27.000	14.000	31.000
Tercer cuartil	28.000	23.000	30.000	17.000	38.000

En relación con las dimensiones del IRI (Davis, 1980, 1983) en función de estos grupos, se hallaron diferencias estadísticas en la subescala Angustia Personal ($t=-4.119$; $p<.001$; $D=-0.6$), siendo el grupo en riesgo el que presenta la media superior ($\bar{x} = 17.040$).

A su vez se observaron leves diferencias en el IDE al comparar el constructo por región ($F = 4.44$; $p = .01$; $\eta^2 = .01$); la media en el constructo es escasamente superior en el norte de la provincia de Santa Fe en relación con el resto (Tabla 2).

Tabla 2
Diferencias en el IDE según Región

		Diferencia de Medias	ET	t	D de Cohen	p Tukey
Norte de Santa Fe	Centro de Santa Fe	2.41	0.81	2.97	0.25	.01
	Entre Ríos	1.81	1.37	1.32	0.19	.38
Centro de Santa Fe	Entre Ríos	-0.6	1.32	-0.46	-0.06	.89

Al mismo tiempo, se advirtió una leve disparidad con significación estadística en los puntajes de Desgaste por Empatía según: (a) las conductas de autocuidado, siendo quienes presentan conductas de autocuidado puntajes ligeramente inferiores a quienes no las

practican (Tabla 3); (b) el ámbito de trabajo, siendo los profesionales que se desempeñan en el ámbito público quienes tienen puntajes levemente superiores (Tabla 4); (c) la cantidad de horas de trabajo (Tabla 5) y (d) de pacientes atendidos (Tabla 6).

Tabla 3
Prueba de diferencia de medias en el IDE según conductas de autocuidado

	Contraste	Estadístico	gl	p Tamaño del efecto	ET Tamaño del efecto
IDE	Student	-2.66	655	-0.3	0.11
	Mann-Whitney	20334	-0.2	0.07	

Tabla 4
Diferencias en el IDE según ámbito de trabajo

	Diferencia de Medias	ET		D de Cohen	p Tukey
Público Privado	3.6	1	3.62	0.37	<.001
Ambos	2.41	1.08	2.24	0.25	.07
Privado Ambos	-1.19	0.87	-1.37	-0.12	.36

Tabla 5
Relación entre puntajes del IDE y las horas de trabajo diarias

Variable		IDE	Horas de trabajo
1. IDE	R de Pearson	—	
	Valor <i>p</i>	—	
	Magnitud del efecto (z de Fisher)	—	
	ET de la Magnitud del efecto	—	
2. Horas de trabajo	R de Pearson	0,1	—
	Valor <i>p</i>	0,01	—
	Magnitud del efecto (z de Fisher)	0,1	—
	ET de la Magnitud del efecto	0,04	—

Tabla 6
Relación entre puntajes del IDE y cantidad de pacientes diarios

Variable		IDE	Cantidad de pacientes
1. IDE	R de Pearson	—	
	Valor <i>p</i>	—	
	Magnitud del efecto (z de Fisher)	—	
	ET de la Magnitud del efecto	—	
2. Cantidad de pacientes	R de Pearson	0,11	—
	Valor <i>p</i>	0	—
	Magnitud del efecto (z de Fisher)	0,11	—
	ET de la Magnitud del efecto	0,04	—

Este último aspecto converge con lo encontrado en psicólogos de Paraguay (Agüero y Sanabria, 2021). En cuanto a la variable sexo, no existen diferencias significativas respecto a los puntajes de Desgaste por Empatía, en contraste con otros estudios

(Agüero y Sanabria, 2021; Bravo et al., 2012; Lluch et al., 2022).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La empatía puede entenderse tanto cómo un proceso top-down partiendo de una Teoría de la Mente y generando una respuesta emocional; y cómo proceso bottom-up percibiendo una emoción y controlándola desde los procesos cognitivos superiores (López et al., 2014). En este sentido, las correlaciones entre el IDE (Main et al., 2009) y todas las dimensiones del IRI (Müller et al., 2015) fueron débiles, negativas o no significativas, constituyendo una fuente de evidencia de validez divergente según los criterios establecidos por Tornimbeni et al., (2008) respecto a la calidad psicométrica de la técnica por un lado; y por otro, apoyando con contundencia el desarrollo teórico de Figley:

Helping professionals have also found that their empathy and ability to connect with their loved ones and friends is impacted by compassion fatigue (...) The most insidious aspect of compassion fatigue is that it attacks the very core of what brings helpers into this work: their empathy and compassion for others. [Los profesionales que ayudan a otros también han descubierto que su empatía y su capacidad para conectarse con sus seres queridos y amigos se ve afectada por la fatiga por compasión (...). El aspecto más insidioso de la fatiga por compasión es que ataca el núcleo mismo de lo que lleva a los ayudantes a este trabajo: su empatía y compasión por los demás] (2012, p. 136).

Llamativamente se encontró una media mayor en la subescala Angustia Personal

en quienes se sospecha podrían estar en riesgo de contraer el síndrome. Esta dimensión de la empatía es una medida afectiva y se relaciona con sentir malestar cuando se percibe el dolor ajeno. Los estudios de Davis (1980) reportan que puntajes altos en esta escala también se relacionan con baja autoestima y un pobre funcionamiento interpersonal. De las escalas del IRI (Müller et al., 2015), es esta dimensión la que más se asocia con la vulnerabilidad emocional y con la definición de empatía de Figley (2013). A modo de hipótesis interpretamos que ese valor hallado puede evidenciar aquel momento que el autor describe a la empatía como una especie de “arma de doble filo”, en la que se empatiza mucho más con el otro a la vez que aumenta su estrés frente a esta actitud. De persistir y progresar en su magnitud puede desencadenar el síndrome y paradójicamente afectar a la empatía mermándola.

Por otra parte, se encontró que los médicos, enfermeros y kinesiólogos tienen mayores puntajes en esta dimensión del IRI (Müller et al., 2015), y los psicólogos los más bajos, estableciendo diferencias estadísticamente significativas. Asimismo, son los psicólogos quienes en su mayoría integran la población sin riesgo de contraer el síndrome. Podría pensarse que los psicólogos cuentan con más herramientas para controlar los procesos afectivos de la empatía, y de esta manera estarían mejor protegidos ante el SDpE. Además, que sean los médicos, enfermeros y kinesiólogos sin riesgos a contraer el síndrome quienes presentan puntajes más altos nos haría sospechar que son más sensibles a contraerlo y, de suceder esto, se hallarían convergencias con los resultados de algunos estudios efectuados durante la pandemia por COVID-19 (Capacoila Diaz, 2022; Lluch et al., 2022; Ramírez Dueñas et al., 2022). Puede pensarse que tal vez aquellas proximidades físicas que solapan espacios personales e íntimos y su asiduidad

en determinadas profesiones, puede ser un potencial factor proclive para padecer SDpE, entre otros aspectos de índole psicológica y ambiental concomitantes.

Por último, se encontró como factores de riesgo la cantidad de horas trabajadas y cantidad de pacientes, como anteriormente se expresó. Este estudio aporta al estado actual del tema, que el ámbito de trabajo podría ser también un factor de riesgo; el ámbito público parecería exigir a los profesionales de la salud

un sobre esfuerzo de la empatía. Esto resulta congruente con la diferencia en los puntajes del IDE (Main et al. 2009) según las regiones, ya que es el norte de Santa Fe donde hay una mayor inserción en el ámbito público y la media en esta escala es superior. Se considera que las disimilitudes en la complejidad de las instituciones públicas de salud, en las partidas presupuestarias según su categoría, y lo ya señalado por Burijovich et al. (s.f) podrían explicar en parte estos resultados señalados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agüero, L. y Sanabria, C. H. (2021). Síndrome de desgaste por empatía en profesionales psicólogos del Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Asunción, año 2019. *Revista Científica UCMB*, 1(1), 51–63.
- Albornoz, O. (2021). La fatiga por compasión y las estrategias de autocuidado en contexto de pandemia. En *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología–Universidad de Buenos Aires*.
- American Psychological Association [APA]. (1994). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM–IV 4ta ed.).
- American Psychological Association [APA]. (1980). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM–III 3ra ed.).
- Bravo, M. J., D'Alessandro, V. y Ferro, M. (2012). *Síndrome de desgaste por empatía en Mar del Plata, Argentina: estudio exploratorio en una población de personal profesional médico* [Tesis de Grado, Universidad Nacional de Mar del Plata, inédita].
- Burijovich, J., Sy, A., Drovetta, R., Buhlman, S. (s.f). *Nuevo pacto por la salud en la Argentina postpandemia*. Informe Foro Universitario del Futuro. Jefatura de Gabinete de ministros. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/salud_prevenccion_y_estrategia_sanitaria.pdf.
- Capacoila Diaz, M. E. (2022). *Resiliencia y síndrome de desgaste por empatía durante la pandemia Covid–19 en enfermeros de la unidad de cuidados intensivos. Hospital nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Essalud, Arequipa 2021* [Tesis de especialización, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/dfb9aa7b–55ef–4b6c–a694–c6b7e0f65278/content>.
- Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J. R., Page, S., Mitchell, I. & Doig, C. J. (2020). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Ethics*, 27(3), Article 3. <https://doi.org/10.1177/0969733019889400>.
- Cazabat, E y Mosca, D. (2002). Desgaste por empatía: las consecuencias de ayudar. *Revista de Psicotrauma*, 1 (1), s.p.
- Cortada de Kohan, N., Macbeth, G. y López Alonso, A. (2008). *Técnicas de Investigación Científica: con aplicaciones en psicología, ciencias sociales y ciencias de la educación*. Lugar Editorial.
- Davis, M. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10(85), 1–17. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/34891073_A_Multidimensional_Approach_to_Individual_Differences_in_Empathy.
- Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022–3514.44.1.113>.
- Decety, J. & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human

- empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2), 71–100. DOI:10.1177/1534582304267187.
- Díaz, M. S., González, M. L. y Kaucher, M. B. (2021). La importancia del autocuidado en psicoterapeutas desde una perspectiva conductual contextual en tiempos de pandemia: desgaste por empatía y burn out. En *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología–Universidad de Buenos Aires*.
- D’Onofrio, M. y Depaoli, M. (2014). *Síndrome de desgaste por empatía* [Tesis de Grado. Universidad Nacional de Mar del Plata, inédita].
- Figley, C.R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (Ed.). (2012). *Encyclopedia of trauma: An interdisciplinary guide*. Sage Publications.
- Figley, C. R. (Ed.). (2013). *Treating Compassion Fatigue* (0 ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203890318>.
- Ghazanfar, H., Chaudhry, M. T., Asar, Z. U. & Zahid, U. (2018). Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue in Cardiac Physicians Working in Tertiary Care Cardiac Hospitals in Pakistan. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.3416>.
- Lluch, C., Galiana, L., Doménech, P. & Sansó, N. (2022). The Impact of the COVID–19 Pandemic on Burnout, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction in Healthcare Personnel: A Systematic Review of the Literature Published during the First Year of the Pandemic. *Healthcare*, 10(2), Article 2. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020364>.
- Lomas Amagua, F. C. y Ubieda Masabanda, T. P. (2020). *Efectos de la fatiga por compasión en cuidadores de pacientes paliativos. Estudio realizado desde el enfoque Cognitivo Conductual en 24 profesionales de la salud en el Hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi de la ciudad de Quito durante el período 2020* [Tesis de grado, PUCE].
- López, M. B., Arán Filippetti, V. y Richaud, M. C. (2014). Empatía: Desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1), Article 1. <https://doi.org/10.12804/apl32.1.2014.03>.
- Maín, V., Rondón, J., Tauber, L., Viñuela, M. y Zamponi, J. (2009). Creación de una escala–ESAPE para evaluar SDpE [Manuscrito inédito]. Universidad Católica de Santa Fe, Secretaría de Ciencia y Técnica, Santa Fe, Argentina.
- Martínez González, A. S. (2014). *Fatiga por Compasión. Escalas, medidas y mecanismos de prevención*. [Tesis de grado, Universitat de les Illes Balears, España]. Disponible en: <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/866>.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.
- Müller, M., Ungaretti, J. y Etchezahar, E. (2015). Evaluación multidimensional de la empatía: Adaptación del Interpersonal Reactivity Index (IRI) al contexto argentino. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 3(1), 42–53.

- Nanda, S. (2013). Are there gender differences in empathy? Undergraduate *Journal of Psychology at Berkeley*, VII, 28–34. Disponible en: <https://www.ocf.berkeley.edu/~ujpb/assets/pdf/vol7.pdf#page=40>.
- Ramírez–Dueñas, L., Fernández–Vázquez, M., Hernández–Domínguez, J., Ruge–rio–Ramos, M. y Cortés–Cuayahuilt, A. (2022). Riesgo de fatiga por compasión y vulnerabilidad al estrés en los profesionales de la salud. *Revista de Educación y Desarrollo*, 63, 83–96. Disponible en: https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/63/63_Ramirez.pdf.
- Smith, A. (2006). Cognitive empathy and emotional empathy in human behavior and evolution. *The Psychological Record*, 56, 3–21. Disponible en: <https://www.dlss.univr.it/documenti/Seminario/documenti/documenti122928.pdf>.
- Tornimbeni, S., Pérez, E., Olaz, F., de Kohan, N. C., Fernández, A. y Cupani, M. (2008). Validez. En *Introducción a la psicometría* (pp. 101–135). Paidós

Artículo recibido: 03/09/2024

Artículo aceptado: 15/11/2024

MEMORIA OPERATIVA Y COMPRENSIÓN VERBAL EN NIÑOS DE 4to. GRADO

Yanina F. Bertini¹ y Nora Abate de Tadeo²

RESUMEN

El objetivo del trabajo fue analizar el rendimiento de dos dominios de la inteligencia poco indagados de manera conjunta: memoria operativa (MO) y la comprensión verbal (CV). Se trató de un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y comparativo, cuya muestra estuvo constituida por 96 niño/as de 9 años, mitad (N=48) de una institución pública y mitad (N=48) de una institución privada de la zona céntrica de la ciudad de San Miguel de Tucumán. Como instrumentos de recolección de datos se utilizaron los subtests principales de los índices de MO (Retención de Dígitos y Letras y Números) y CV (Semejanzas, Conceptos y Vocabulario) de la Escala Wechsler de Inteligencia para niños y adolescentes (WISC IV). Los principales resultados a los que se arribó reflejan que existe una relación entre estos dominios. Se obtuvo, en ambos índices, un valor promedio de puntaje compuesto correspondiente a una categoría media-baja. También se evidenciaron diferencias en el rendimiento según el tipo de institución educativa.

Se destaca que la presente investigación se realizó en el marco de la Maestría en Psicología Educacional, carrera de posgrado dictada por la Universidad Nacional de Tucumán.

Palabras clave: *Comprensión Verbal, Escala Wechsler de Inteligencia para niños y adolescentes, Memoria Operativa.*

¹ Yanina Fernanda Bertini. Magíster en Psicología Educacional. Psicóloga en el Servicio de Salud Mental del Hospital de Burruyacú–Sistema Provincial de Salud de Tucumán– SIPROSA– Correo institucional: areaopburruyacu@hotmail.com

² Nora Abate de Tadeo. Magíster en Psicología Educacional. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Tucumán. Correo institucional: maestria.psic.edu.unt@gmail.com

ABSTRACT

The objective of the work was to analyze the performance of two little-researched domains of intelligence together: working memory (OM) and verbal comprehension (VC). It was a quantitative, cross-sectional, descriptive and comparative study, whose sample consisted of 96 9-year-old children, half (N=48) from a public institution and half (N=48) from a private institution in the area central of the city of San Miguel de Tucumán. As data collection instruments, the main subtests of the MO (Retention of Digits and Letters and Numbers) and CV (Similarities, Concepts and Vocabulary) indices of the Wechsler Intelligence Scale for children and adolescents (WISC IV) were used. The main results obtained reflect that there is a relationship between these domains. In both indices, an average composite score value corresponding to a medium-low category was obtained. Differences in performance were also evident depending on the type of educational institution.

It is highlighted that this research was carried out within the framework of the Master's Degree in Educational Psychology, a postgraduate course taught by the National University of Tucumán.

Keywords: *Verbal Comprehension, Wechsler Intelligence Scale for children and adolescents, Working Memory.*

INTRODUCCIÓN

Para Wechsler (1939) “la inteligencia es la capacidad global que tienen los individuos para actuar de manera intencionada, pensar racionalmente y adaptarse al medio” (p.3). Es decir, el comportamiento inteligente es un todo en el que intervienen tanto factores intelectivos (razonamiento, memoria, vocabulario, etc.) como no intelectivos (motivación, rasgos de personalidad del sujeto, etc.). Sin desconocer la importancia de estos últimos factores (los cuales son difíciles de cuantificar), el mencionado autor realizó un esfuerzo por elaborar un instrumento para medir la inteligencia. Es así como confeccionó la conocida Escala Wechsler de Inteligencia para Niños y Adolescentes (2011), la cual, a partir de la distinción y medición de cuatro dominios de la inteligencia (razonamiento perceptivo, comprensión verbal, memoria operativa y velocidad de procesamiento), nos brinda una información completa acerca del funcionamiento del sujeto en dichas habilidades intelectuales.

Se puede afirmar que las habilidades intelectuales cumplen un importante papel en el aprendizaje escolar de los niños. Aunque cabe destacar que se entiende por aprendizaje al “proceso según el cual se relaciona un nuevo conocimiento con los conocimientos previos de la persona, de forma no arbitraria y no literal” (Ausubel, 1963, p.58). Es decir, el aprendizaje es un proceso complejo en el cual intervienen varios elementos: el contexto, el material a aprender, los conocimientos previos que tiene el sujeto, el desarrollo de ciertas habilidades cognitivas; la motivación; entre otros (Pozo, 2010).

Retomando, el presente trabajo se propuso analizar dos de estos dominios de la inteligencia, los cuales inciden en el aprendizaje escolar y han sido poco indagados de manera conjunta: Memoria Operativa (MO) y Comprensión Verbal (CV).

En cuanto a la MO, se la definió desde la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños y Adolescentes como “la habilidad de apprehender y mantener información en la consciencia inmediata y después usarla en cuestión de unos cuantos segundos. Incluye el conocimiento tanto declarativo (estático) como el de procedimiento (dinámico)” (Wechsler, 2011, p. 9). Pero también se reconoce el trabajo de Baddeley y Hitch (1974), quien la entiende como “un mecanismo cognitivo responsable del almacenamiento temporal de información y su procesamiento” (p. 47). Se encuentra conformada por 4 componentes (Baddeley, 2007):

- Ejecutivo central: es el subcomponente más importante del modelo de MO ya que gobierna a los otros subsistemas de memoria. Se trata de un sistema de control voluntario y toma de decisiones, encontrándose estrechamente relacionado con la atención y la experiencia consciente.
- Agenda viso-espacial: es un subcomponente que funciona como interfaz entre la visión, la atención y la acción.
- Bucle fonológico: es un subcomponente capaz de mantener la información hablada e información puramente acústica en un almacén temporal.
- Buffer episódico: tiene como rasgo central ser la base de la experiencia conciente y la capacidad de combinar la información desde diversas fuentes en segmentos de información unificados.

En cuanto a la CV, se trata de “un dominio de la inteligencia que expresa habilidades de formación de conceptos verbales, expresión de relaciones entre conceptos,

riqueza y precisión en la definición de vocablos, comprensión social, juicio práctico, conocimientos adquiridos y agilidad e intuición verbal” (Wechsler, 2011, p. 14). Siguiendo a Widdowson (1978), en la CV se da un proceso de escucha que difiere al de oír ya que, en el primero, se presta atención a la secuencia sonora emitida por un hablante; en cambio, en el segundo sólo se da un proceso de recepción sin decodificación o análisis de la secuencia sonora.

En esta misma línea, Cuetos (1990) identifica cuatro niveles de procesamiento implicados en la CV: los procesos perceptivos, los procesos léxicos o de reconocimiento de palabras, los procesos sintácticos que permiten identificar las distintas unidades de la oración para poder acceder eficazmente al significado, y por último los procesos semánticos que permiten extraer el mensaje de la oración para integrarlo con los conocimientos previamente almacenados en la memoria. Los dos primeros niveles de procesamiento corresponden a lo que se denomina proceso de decodificación, mientras que los dos últimos corresponden al proceso de comprensión.

Evaluar y valorar estos dominios de la inteligencia cobra relevancia ya que, además de cumplir un papel fundamental en el aprendizaje; podrían tratarse de habilidades intelectuales que se encuentren asociadas en su funcionamiento.

Cabe destacar que, al hacer un recorrido del estado de la cuestión, estos aspectos de la inteligencia han sido poco indagados de manera conjunta y la mayoría de las investigaciones los vinculan con discapacidad o con variables socioeconómicas. Partiendo de un orden geográfico, a nivel internacional, se destacan un estudio realizado en México por Salgado Magallanes (2012) sobre influencia de la MO en la adquisición de la conciencia fonológica; y un estudio realizado en Colombia por Schmalbach Castaño (2016) sobre la influencia de la MO y la CV en el rendimiento

escolar en la asignatura de lengua en niños de escuela primaria.

En nuestro país se destaca una investigación realizada en Salta por Flores (2015) sobre el desarrollo del bucle fonológico y ejecutivo central (componentes de la MO) a través del tiempo.

Finalmente, en Tucumán, cobra relevancia un estudio realizado por Coronel et al. (2006) sobre las habilidades cognitivas en niños privados culturalmente; una investigación realizada por Contini et al. (2007) sobre el desarrollo de habilidades cognitivas y su relación con las condiciones de pobreza y; finalmente, un estudio realizado por Villalonga Penna (2012) sobre comprensión lectora en niños escolarizados de entre 9–10 años, con necesidades básicas insatisfechas y niños escolarizados con necesidades básicas satisfechas.

El trabajo planteó también, como tercera variable de estudio, el tipo de institución educativa (privada o pública), distinguiendo las mismas mediante el tipo de gestión que lleva cada institución. Se propuso comparar el rendimiento de MO y CV de ambas instituciones educativas, con el fin de indagar si existen diferencias. Si bien no se hallaron investigaciones específicas acerca de dicha comparación, el planteo del estudio se apoyó en algunos de los resultados de las pruebas Aprender 2022, los cuales reflejan la existencia de diferencias en el rendimiento de los escolares según el tipo de institución educativa. Dichas diferencias son entendidas a partir de la idea de que el tipo de gestión educativa es un proxy del nivel socio-económico y cultural.

A partir de lo anteriormente expuesto, y quedando definidas como variables del estudio MO, CV e institución educativa de gestión privada y pública, se propusieron los siguientes objetivos generales:

- Analizar las características de la inteligencia en cuanto a sus dimensiones de memoria operativa y comprensión verbal, en niños y

niñas escolarizados residentes en San Miguel de Tucumán.

- Determinar el grado de asociación entre la memoria operativa y la comprensión verbal en los escolares analizados.

Por último, se plantearon como objetivos específicos:

- Valorar la memoria operativa y la comprensión verbal en niños y niñas de 4^{to} grado de una institución privada y una pública de San Miguel de Tucumán.
- Identificar diferencias y similitudes en las dimensiones de la inteligencia de acuerdo al tipo de institución educativa.

MATERIAL Y MÉTODO

Se definió el estudio como no experimental–transversal, con un enfoque cuantitativo, descriptivo, comparativo y correlacional.

Muestra

La población estuvo conformada por 96 niños/as de 9 años, 48 pertenecientes a una institución educativa pública y 48 a una institución educativa privada, ambas ubicadas en zona céntrica de la ciudad de San Miguel de Tucumán.

Se tomó como criterio de inclusión a todos los niños/as de 4^{to} grado que asistían a la institución pública y la institución privada donde se realizó el estudio. Se consideraron como criterios de exclusión: niños/as en proceso de inclusión escolar derivados de la Dirección de Educación Especial del Ministerio de Educación de Tucumán, niños/as con diagnóstico del Gabinete Psicopedagógico Interdisciplinario que presentaban notorias dificultades cognitivas o de entidades del sector salud (Hospitales, Centros de Atención

Primaria de Salud) de problemas de aprendizaje y a niños/as repitentes con sobreedad, niños/as con limitaciones físicas (escolares ciegos, con sordera y mutismo) y niños/as cuyos padres no autorizaron la participación en el presente estudio, o que el niño/a no diera su asentimiento. Por último, como criterio de eliminación, se descartaron aquellos protocolos cuyos niños/as no poseían un diagnóstico ligado a dificultades cognitivas, pero su rendimiento fue dudoso debido a que no lograron avanzar en las subpruebas.

Instrumento

Como instrumentos de recolección de datos se utilizaron los subtests principales del índice de MO (Retención de dígitos y Letras y Números) y del índice de CV (Semejanzas, Vocabulario y Comprensión) de la Escala Wechsler de Inteligencia para Niños y Adolescentes, WISC IV. En relación a los puntos de corte, se tomaron de referencia las puntuaciones compuestas del WISC IV y su interpretación cualitativa.

Procedimiento

Para la recolección de la información, se trabajó en dos instituciones educativas, una de gestión pública y otra privada, ambas ubicadas en zona céntrica de la ciudad de San Miguel de Tucumán.

Para el muestreo se solicitó autorización a los directivos de las instituciones educativas y se realizó una reunión informativa con los padres de los niños de 4^{to} grado, con el propósito de explicarles acerca de la administración de las subpruebas de CV y de MO del WISC IV en los niños, despejar dudas y solicitar su consentimiento por escrito.

Luego, se dispuso un espacio silencioso en cada institución para la administración de la prueba. Al hacer ingresar al aula a cada niño, se le explicó acerca de la investigación

y solicitó su asentimiento.

Se administró a cada escolar, de forma individual, las subpruebas principales del índice de MO y CV de la Escala Wechsler de Inteligencia para niños y adolescentes (Wechsler, 2011). El tiempo estimativo con cada alumno fue de 20–30 minutos.

Se comenzó dando la consigna general de la prueba. Luego se dio la consigna de cada subtests de dichos índices siguiendo el orden propuesto por la escala.

Las respuestas se puntuaron siguiendo el manual de la escala, transformando las puntuaciones directas en puntajes escalares y; luego, se los convirtió en puntuaciones compuestas, obteniéndose el percentil e intervalo de confianza de cada índice. Finalmente se realizó la descripción cualitativa del percentil. Cabe destacar que se utilizó la adaptación argentina de la escala realizada para la población de AMBA.

Análisis Estadístico

Para el análisis de los datos fue necesario crear una base de datos en el programa Excel. Se utilizó la prueba Chi cuadrado ($p < .05$) para la distribución de variables y

establecer intervalos de confianza.

Para el análisis estadístico inferencial según el tipo de institución, se utilizó la prueba T de Student.

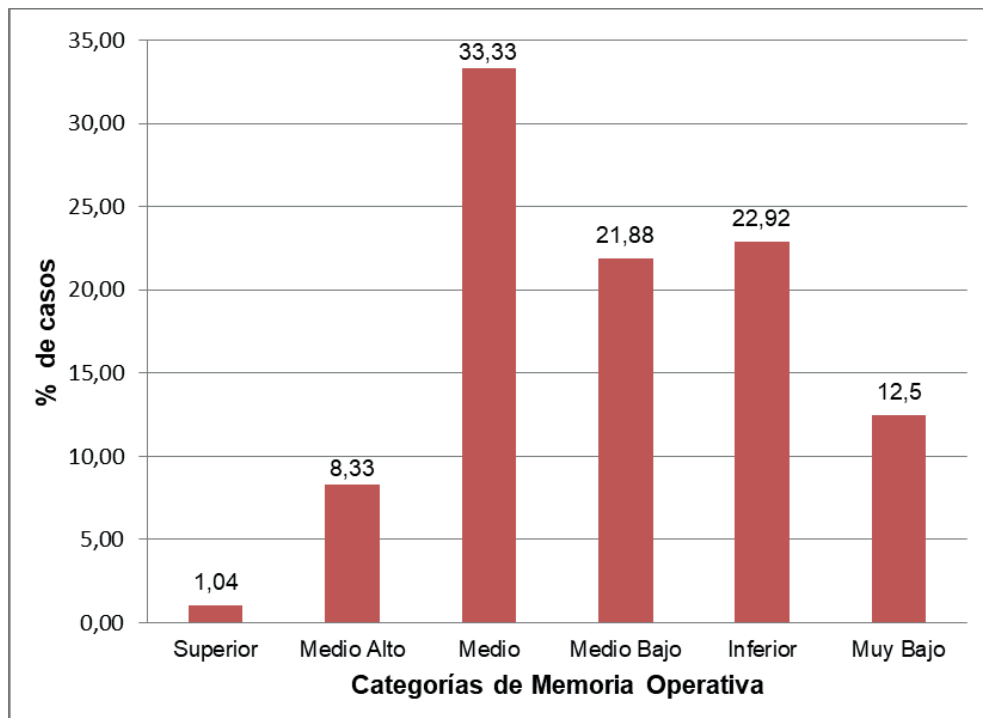
Se tomó el coeficiente de correlación R de Pearson, para establecer el tipo de relación entre MO y CV.

El procesamiento estadístico se efectuó en Excel y SPSS 25.

RESULTADOS

Considerando la población en estudio, la muestra final se integró de 96 niños/as, de los cuales el 58% fueron varones ($n=56$) y el 42% ($n=40$) mujeres ($n=96$). Se distribuyó de manera semejante entre participantes de la institución pública y la institución privada. En el caso de la institución pública asistieron 29 niños y 19 niñas, mientras que en la institución privada se trabajó con 27 niños y 21 niñas.

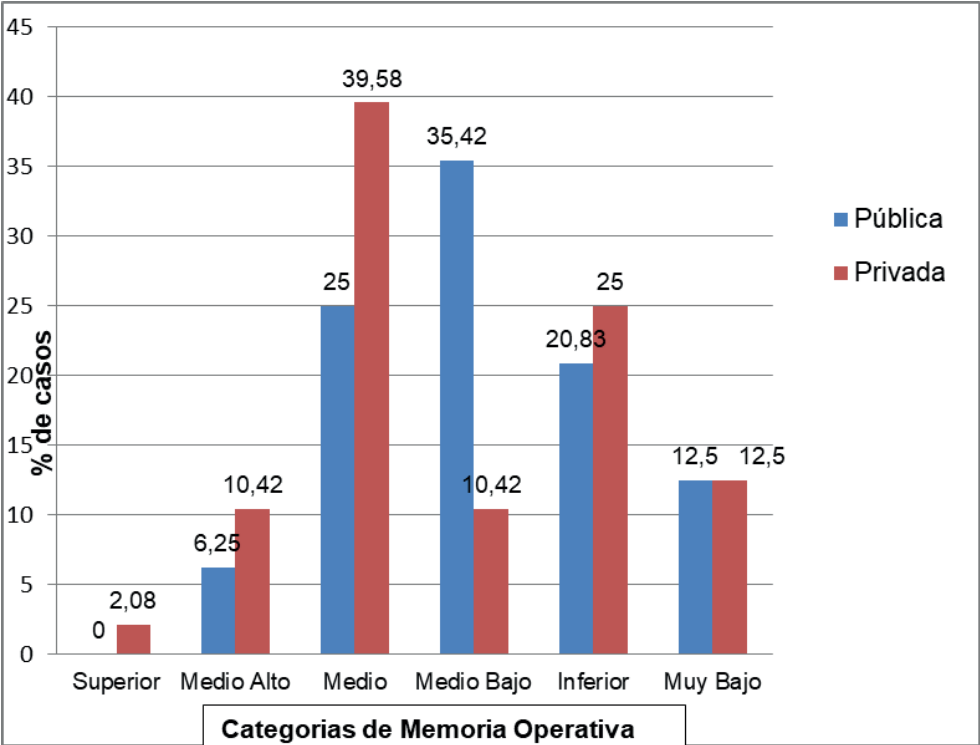
Al valorar la MO en la muestra total, se detectó un valor promedio de 86.28, correspondiente a una categoría media–baja de MO. Los valores obtenidos evidenciaron una alta variabilidad, con puntajes máximos de 123 y mínimos de 61 (ver Gráfica N°1).

Gráfica N° 1 Distribución de la muestra general según categorías de MO

Tal como lo refleja la Gráfica N° 2, el análisis inferencial mediante la administración de la prueba T de Student no arrojó

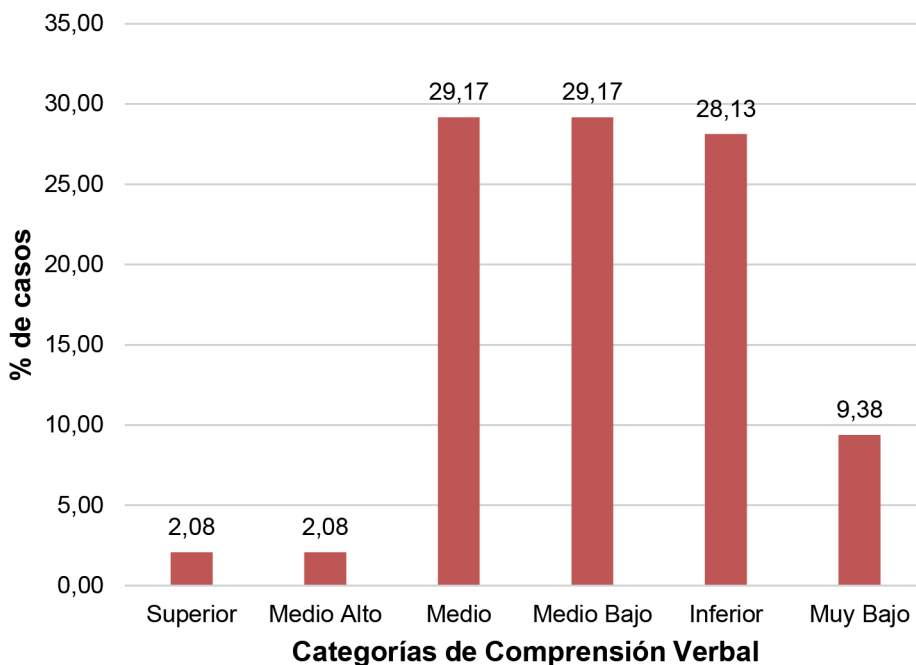
diferencias sustanciales entre puntajes de MO según tipo de establecimiento educativo ($T_{(94,0.5)} = 0.75$; $p = .45$).

Gráfica N° 2 Categorías de MO de acuerdo al tipo de Institución Educativa



En cuanto a la CV, se detectó un valor promedio de 84.93 correspondiente a una categoría media–baja de CV. Los valores

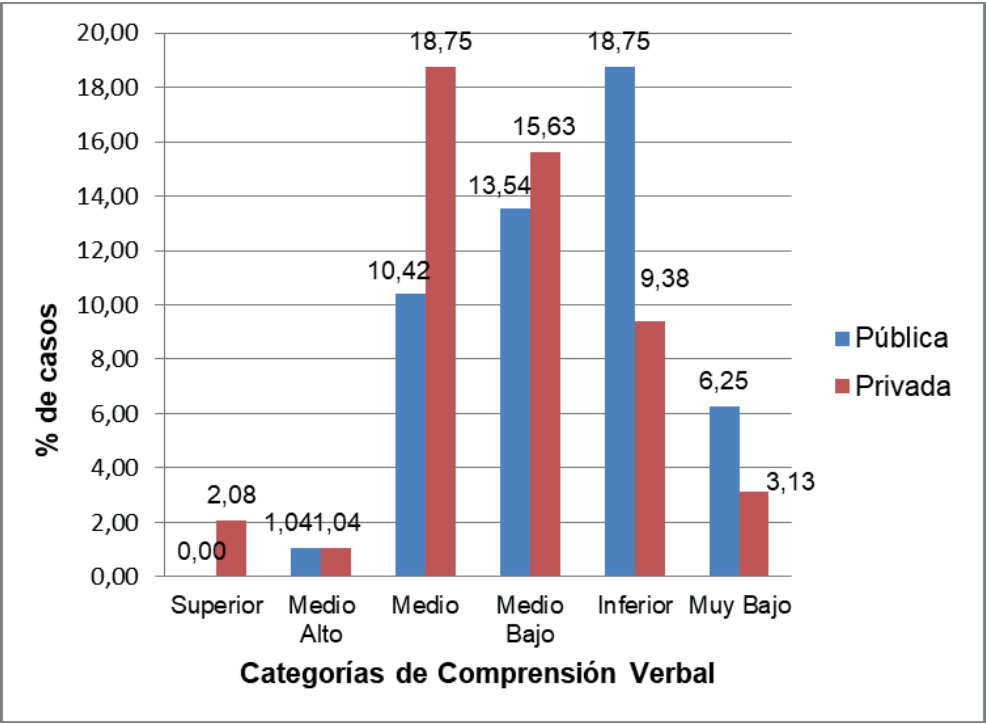
obtenidos evidenciaron una alta dispersión con puntajes máximos de 128 y mínimos de 62 (ver Gráfica N°3).

Gráfica N° 3 *Distribución de la muestra general según categorías de CV*

Tal como lo refleja la Gráfica N° 4, el análisis estadístico inferencial con la prueba T de Student arrojó diferencias significativas entre el rendimiento de los estudiantes de la institución privada y pública ($T_{(94, .05)} = 0.35$;

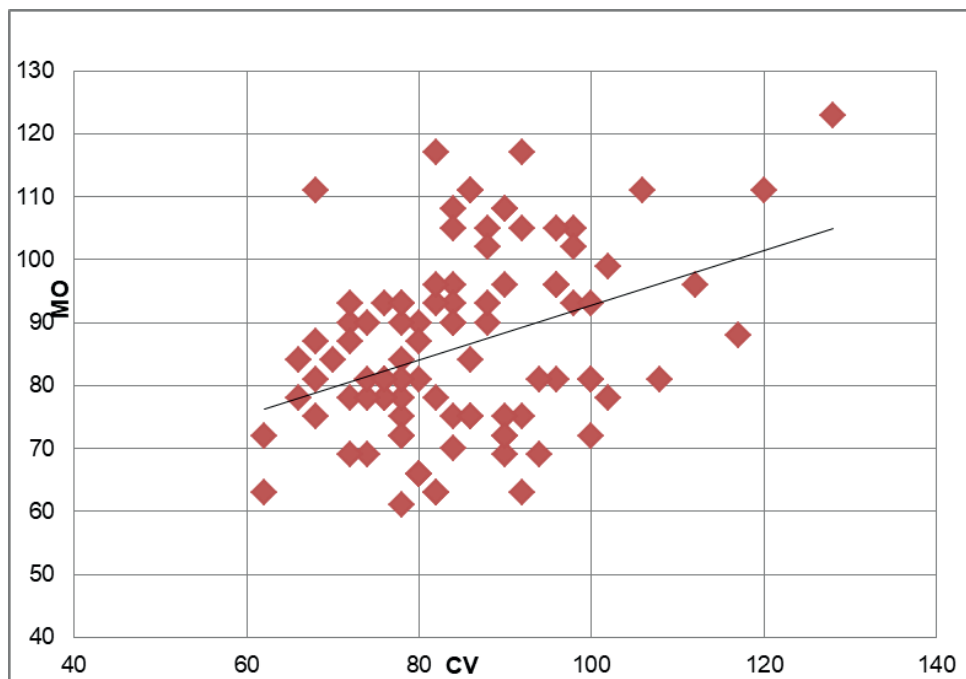
$p = .02$). Se destaca un mejor desempeño de los alumnos que asisten a la institución privada por sobre los alumnos que asisten a la institución pública.

Gráfica N° 4 Categorías de CV de acuerdo al tipo de Institución Educativa



En cuanto a la asociación entre MO y CV, el coeficiente de correlación de Pearson arrojó un resultado de $r = .4, p < .001$, lo que

indica que existiría una correlación positiva moderada (ver Gráfica N°5).

Gráfica N° 5 Asociación entre MO y CV

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación se propuso analizar las características de la inteligencia en cuanto a los dominios de MO y CV, ya que involucran habilidades que estarían implicadas en el aprendizaje escolar. Cabe destacar que se tratan de dos dominios poco indagados en el norte de nuestro país, por lo que los datos aportados por dicho estudio cobran relevancia como precedente para futuras investigaciones.

En cuanto a los resultados arribados, los niños/as de la muestra presentaron un rendimiento promedio correspondiente a una categoría media-baja en MO (N=86) y CV (N=84) en relación a su grupo de referencia de AMBA. En este sentido, es importante señalar que se trabajó con una muestra perteneciente a

instituciones educativas ubicadas en una zona céntrica de la ciudad de San Miguel de Tucumán, la cual pertenece a una zona favorable en condiciones de vida. Por lo que sería interesante, en futuras investigaciones, indagar el rendimiento de estos dominios en niños/as pertenecientes a otras zonas de San Miguel de Tucumán o, incluso, de la provincia.

Un dato significativo es que más de la mitad de los niños/as evaluados obtuvieron puntajes correspondientes a una categoría baja a inferior. Es decir, tanto en los puntajes obtenidos en MO como en CV, más de la mitad de la muestra total se ubicó en categorías por debajo de la media de su grupo de referencia; lo que lleva a inferir que el grupo de la muestra se encontraría en desventaja en estos dominios en comparación con el grupo

de niños/as de AMBA. Se entiende entonces que presentarían mayores dificultades que su grupo de referencia en tareas que implican retener y combinar dos tipos de información, organizarla, definir vocablos con riqueza y precisión; y solucionar problemas cotidianos que involucren razonamiento y juicio social. Se destaca que las mayores dificultades se observaron en los subtests Letras y Números de MO y en Vocabulario y Comprensión de CV.

También es importante señalar que, debido a la alta confiabilidad de Escala Wechsler de Inteligencia para Niños y Adolescentes y su estandarización para nuestro país a partir de una muestra de AMBA, no se realizó una prueba piloto previo a su administración. Sin embargo, un descubrimiento interesante de este estudio tuvo lugar durante la administración de la subprueba vocabulario. Al utilizar el cuaderno de estímulos, donde aparecen los ítems gráficos, muchos niños/as respondieron “tacho” frente a la imagen del “balde”. En este sentido, sería importante y valioso poder hacer la adaptación de la escala para Tucumán o para el norte del país, ya que podrían existir diferencias tanto en el vocabulario comúnmente empleado según la región; así como en las puntuaciones que componen los datos normativos que nos permiten arribar a un CI. La posibilidad de una adaptación del instrumento y la confección de baremos locales que contemplen las particulares características culturales y socioeconómicas de la región norte del país, permitiría arribar a diagnósticos más confiables, evitando sobre-diagnosticar. Un avance en esta línea mejoraría nuestro quehacer como evaluado-

res, mejorando y enriqueciendo nuestra labor.

Retomando con los resultados arribados en el estudio, los mismos se encuentran en concordancia con algunos hallazgos obtenidos en estudios realizados en Tucumán (Contini et al., 2009) y también en otras provincias (Flores, 2015; Labin y Taborda, 2014).

En cuanto a la comparación del rendimiento de los niños de la institución educativa pública y la privada, no se evidenciaron diferencias significativas en relación a la MO ($T_{(94,0.5)} = .75; p = .45$), pero sí en cuanto a la CV ($T_{(94,0.5)} = .35; p = .02$). Es decir, se encontraron diferencias en la CV entre los escolares de la institución educativa pública y los de la institución educativa privada, en las cuales los primeros presentaron un rendimiento más bajo que los segundos. Cabe señalar que la CV implica habilidades ligadas a la comprensión social, conocimientos adquiridos y juicio práctico. Es decir, habilidades que el individuo desarrolla en el vínculo con un otro, en un medio y cultura determinada. En este sentido, varios estudios reflejan la importancia del rol materno y el nivel educativo de las mismas en el aprendizaje y comprensión del lenguaje de sus hijos (Cohen Imach et al., 2006; Labin y Taborda, 2014). Se podría pensar que las diferencias encontradas en las habilidades de la CV podrían deberse a estos condicionantes culturales y socio-económicos.

Por último, los resultados reflejan una correlación positiva-moderada entre MO y CV ($r = .4, p < .001$). Se propone, como futuras líneas de trabajo, profundizar la relación entre un subcomponente de la MO, el bucle fonológico, y el desarrollo de habilidades ligadas a la CV.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ausubel, D. P. (1963). *The Psychology of meaningful verbal learning*. Grune and Stratton.
- Baddeley, A. D. (2007). *Working memory, thought and action*. Oxford University Press.
- Baddeley, A. y Hitch, G. (1974). *Working memory. The Psychology of Learning and Motivation*. Academic Press.
- Cohen Imach, S., Contini, N., Coronel, P. y Caballero, V. (2006). Habilidades Cognitivas en niños de contextos de pobreza. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 8, 17–36. DOI: <https://doi.org/10.18682/pd.v8i0.414>.
- Contini, N., Estekind de Chein, A., Caballero, V. y Levin, M. (2007). Aprendizaje mediado y cambio cognitivo: la teoría en la práctica. Análisis de un caso. *Revista alternativa. Serie Espacio Pedagógico*, XII(49), 69–82.
- Contini, N., Coronel, P., Cohen Imach, S. y Lacunza, B. (2009). Evaluación, intervención y cambio cognitivo. Un abordaje innovador en niños privados culturalmente. *Revista Investigaciones en Psicología*, 2, 25–46.
- Coronel, P., Lacunza, A. B. y Contini, N. (2006). Las habilidades cognitivas en niños privados culturalmente. Resultados preliminares de la primera fase de evaluación. *Revista Iberoamérica de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 22(2), 49–74. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2007-02922-003>.
- Cuetos, F. (1990). *Psicología de la lectura*, 7^{ma} Edición. Editorial Wolters Kluwer.
- Flores, R.M. (2015). *Evolución del bucle fonológico y ejecutivo central*, [Tesis de grado, Universidad Católica de Salta]. Disponible en: [https://es.scribd.com/document/387520777/Evolucion-](https://es.scribd.com/document/387520777/Evolucion-del-bucle-fonologico-y-ejecutivo-central-pdf)
- [del-bucle-fonologico-y-ejecutivo-central-pdf](https://es.scribd.com/document/387520777/Evolucion-del-bucle-fonologico-y-ejecutivo-central-pdf).
- Labin, A. y Taborda, A. (2014). Relación entre el nivel educativo materno y el desempeño en el WISC-IV: un estudio piloto. En *Memorias del VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXI Jornadas de Investigación. Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (Vol. 2., pp. 18–21). Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-035/795.pdf>
- Ministerio de Educación de la Nación Argentina. Pruebas Aprender 2022. <https://www.argentina.gob.ar/educacion/evaluacion-informacion-educativa/aprender/aprender-2022>.
- Pozo, I. (2010). *Aprendices y Maestros. La Psicología Cognitiva del Aprendizaje. 2da Edición*. Alianza Editorial.
- Salgado Magallanes, J. (2012). Memoria verbal en niños de 4 a 6 años de edad y su relación con el desarrollo de habilidades escolares. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Educación*, 11(1), 3–20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4053163>.
- Schmalbach Castaño, A. (2016). *Influencia de la comprensión verbal y la memoria verbal en el rendimiento escolar en la asignatura de lengua castellana en educación infantil*, [Tesis de maestría, Universidad Internacional de la Rioja]. Disponible en: <https://reunir.unir.net/handle/123456789/4581>.
- Villalonga Penna, M. (2012). Comprensión lectora en niños de escolaridad primaria de San Miguel de Tucumán que viven en contextos de pobreza. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de

- Tucumán]. Disponible en: <https://n2t.net/ark:/13683/phYc/wQMVillalonga>.
- Wechsler, D. (1939). *The measurement of adult intelligence*. Editorial Williams & Wilkins.
- Wechsler, D. (2011). *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños IV (WISC-IV)*. Manual Técnico y de Interpretación. Editorial Paidós.
- Widdowson, H. G. (1978). *Teaching Language as Communication*. Oxford University Press.

Artículo recibido: 17/10/2024

Artículo aceptado: 30/11/2024

ESTUDIO DE VALIDEZ CONVERGENTE Y CONFIABILIDAD EN EL DESARROLLO DE ESCALA DE AUTOCONCEPTO

Nicole J. Silva¹ y Marcelo A. Pérez²

RESUMEN

El autoconcepto puede entenderse como la percepción que tiene una persona sobre sí-mismo. Al hablar de este sí-mismo (self), se hace referencia al conjunto de características que lo conforman, por ejemplo: sus aspectos sociales, habilidades intelectuales, estados emocionales, identidad propia, su aspecto físico y hasta estimaciones éticas. Dentro de la Psicología no solo se han elaborado múltiples modelos teóricos que permitan explicar el funcionamiento del Autoconcepto, sino que también sirvieron como base para la construcción de múltiples Instrumentos, para su medición y análisis empírico. Ello implica que estos Instrumentos, a fin de poder lograr un resultado certero y de calidad, deban ser continuamente actualizados o que se vayan elaborando nuevas técnicas que habiliten a poseer un conocimiento más acabado del concepto. Es por eso que el objetivo principal de este trabajo es evaluar la validez convergente de un Instrumento de Autoconcepto confeccionado en la Cátedra de Técnicas de Exploración Psicológica I y II de la Facultad de Psicología y Relaciones Humanas de la Universidad Abierta Interamericana. A su vez, también se propone evaluar la consistencia interna del instrumento con un estudio de confiabilidad por Alfa de Cronbach. Es un estudio empírico de nivel correlativo, con una muestra conformada por 90 casos de CABA y GBA (19–33 años). El instrumento fue administrado de manera remota, fue enviado vía mail a la persona evaluada, quién la respondió en el mismo archivo. Los resultados principales demostraron una validez convergente entre el Autoconcepto y los Estilos de Personalidad más valorados socialmente.

Palabras clave: Autoconcepto, Confiabilidad, Validez, Validez Convergente.

¹ Nicole Jimena Silva. Facultad de Psicología y Relaciones Humanas. Universidad Abierta Interamericana (Av. 14, 5179, Berazategui), nicolejimenasilva@gmail.com

² Marcelo Antonio Pérez. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires (Av. Independencia 3065, CABA), map@psi.uba.ar

ABSTRACT

Self-concept can be understood as the perception that a person has about himself. When talking about this self, reference is made to the set of characteristics that make it up, for example: its social aspects, intellectual abilities, emotional states, self-identity, its physical appearance and even ethical estimates. Within Psychology, not only have multiple theoretical models been developed to explain the functioning of the Self-concept, but they also served as a basis for the construction of multiple Instruments, for their measurement and empirical analysis. This implies that these Instruments, in order to achieve an accurate and quality result, must be continually updated or that new techniques be developed that enable a more complete knowledge of the concept. That is why the main objective of this work is to evaluate the convergent validity of a Self-Concept Instrument prepared in the Chair of Psychological Exploration Techniques I and II of the Faculty of Psychology and Human Relations of the Universidad Abierta Interamericana. At the same time, it is also proposed to evaluate the internal consistency of the instrument with a reliability study using Cronbach's Alpha. It is an empirical study of a correlational level, with a sample made up of 90 cases of CABA and GBA (19–33 years old). The instrument was administered remotely, it was sent via email to the person evaluated, who responded to it in the same file. The main results demonstrated convergent validity between Self-concept and the most socially valued Personality Styles.

Keywords: *Self-concept, Reliability, Validity, Convergent Validity.*

INTRODUCCIÓN

Para introducir la importancia de construir y validar un instrumento que evalúe Autoconcepto, es necesario primero hacer una desglose de cada uno de los elementos que componen la temática central y un breve recorrido conceptual.

Es posible definir al término Validez de una técnica de evaluación psicométrica mediante la pregunta relacionada a qué mide una técnica (Anastasi & Urbina, 1998) y cómo lo mide (Casullo et al., 1991). Es necesario encontrar evidencias empíricas que verifiquen que efectivamente la denominación de dicha técnica corresponde estrictamente con el constructo que los autores pretenden evaluar (Fernández Liporace et al., 2009).

Hay varios aspectos de la Validez que son tomados en cuenta para conseguir este fin. Por un lado, la evidencia empírica/práctica con Validez de Criterio (externo) y Validez de Facies y por otro lado la parte relacionada con el contenido y el marco teórico de la misma.

Cook y Campbell (1979) determinan que hay cuatro preguntas fundamentales que realizar a la hora de evaluar la validez de un estudio: ¿Cuáles son los constructos en particular que están implicados a modo de “causa-efecto”?; ¿Hay una relación entre la presunta causa y efecto?; ¿Es esta relación efectivamente causal? y ¿Qué tan generalizable es esta relación según las personas, los entornos y a través del tiempo?. Mientras que las dos últimas se refieren a la Validez Interna y Externa respectivamente, la primera se refiere a la Validez de Constructo y la segunda a la Validez Estadística (Cook & Campbell, 1979), referida al conocimiento más profundo de los constructos que se ponen en juego en una prueba o técnica.

Es importante detenerse en los aspectos de Validez relacionados con el modelo teórico empleado en la elaboración de una técnica. Más específicamente, centrarse en la Validez de Constructo Teórico. Esto se refiere a que

permite despejar el interrogante respecto de si la técnica de evaluación armada es producto de una correcta operacionalización del constructo teórico que se intenta medir. Dicho de otro modo, que sea coherente con el modelo teórico en que se basa fundamentalmente (Fernández Liporace et al., 2009). La validación de constructo puede ser además tomada como un proceso continuo (persiste en el tiempo) ya que requiere de constantes renovaciones por medio de múltiples investigaciones (Martínez Arias, 1995). El fin de estas investigaciones es poner a prueba la gran cantidad de hipótesis que puedan surgir para desafiar la estructura interna de un constructo y las relaciones que podrían establecerse con otras variables o constructos.

Dentro de la Validez de Constructo, se encuentra un subtipo: la Validez Convergente, una de las múltiples evidencias de Validez de Constructo Teórico que se pueden evaluar, siendo otra de ellas la Validez Divergente. Las llamadas evidencias de Validez Convergente se recogen cuando los productos de un estudio de validez de un constructo “convergen en un mismo sentido, verificando la relación entre constructos vinculados teóricamente” (Fernández Liporace et al., 2009). El propósito será validar el nuevo instrumento en comparación con otro, teóricamente vinculado. Es decir, la correlación entre dos instrumentos que evalúan constructos diferentes pero que la teoría prevé relaciones.

De acuerdo a estos últimos autores tanto la validez como la confiabilidad de un instrumento brinda una prueba empírica de su nivel de calidad; específicamente, la confiabilidad se refiere a la consistencia y precisión entre puntajes.

En la misma línea brindada por estos autores, Cortada de Kohan (1999) refiere que la misma supone la tendencia a la consistencia de un grupo de medidas de determinado atributo. También, se le suma el hecho de que se

relaciona con la consistencia de los puntajes obtenidos por los mismos sujetos cuando se los evalúa en diferentes momentos con una misma técnica (Anastasi y Urbina, 1998). Una de las formas más utilizadas para obtener un estimativo de la fiabilidad de los test es el estadístico Alfa de Cronbach, permitiendo así evaluar la confiabilidad de su consistencia interna.

Resumidas hasta aquí las nociones que refieren a la validez y confiabilidad pertinentes a este trabajo, a continuación se realiza una breve revisión sobre el constructo a evaluar: Autoconcepto.

Los primeros acercamientos a la construcción de una noción de autoconcepto como tal se inician con el entendimiento sobre el Yo o el Self (González Pienda et al., 1990), incluso han sido un importante punto de reflexión hasta para los filósofos de las antiguas civilizaciones. No obstante, dentro de la disciplina psicológica se le atribuye a William James (1890) ser el primero en trabajar y plantearse el concepto como tal.

Su tarea consistió en diferenciar al Yo del Mi. Siendo el Yo la conceptualización del sujeto en tanto subjetividad y sujeto o ser que conoce; mientras que el Mi es la concepción de uno mismo como objeto del conocimiento, entendido como el contenido de aquel conocimiento (James, 1890).

Varios autores han sostenido que esta primera definición resultaba muy poco clara y beneficiosa al momento de realizar investigaciones, complicando su diferenciación (González Pienda et al., 1990). Fue Rogers (1950) el que aseguró que la única forma en la que una persona pueda llegar a tener un completo conocimiento respecto de sí mismo es mediante el Yo y el Mí, ambas determinan al sujeto.

Aun así, James (1890) logró establecer la diferenciación inicial entre autoconcepto y autoestima. Siendo esta última considerada como el resultado que da la división del éxito de una persona por sus aspiraciones.

Otro autor que en psicología ha

establecido o preparado los inicios para la definición del autoconcepto fue George Mead (1934). Su postura, que parte del interaccionismo simbólico, sostiene firmemente que los orígenes del Yo se encuentran arraigados en la interacción social. Su teoría de base, planteaba que los seres humanos suelen reaccionar al ambiente que los rodea teniendo en cuenta los significados otorgados por los mismos (Mead, 1934). Al ser el Yo una estructura que se va conformando a partir de las reacciones significativas de los otros en relación al individuo, se transforma en una entidad meramente social, teniendo sus sedimentos en la experiencia social (Mead, 1934).

Rogers (1950) sostiene que el autoconcepto es un todo gestáltico y organizado de perspectivas que conciernen a uno mismo, con sus propias capacidades y características. Lo relaciona con los demás, su entorno, los ideales, los valores percibidos tanto positivamente como negativamente, pero se sostiene por dos motivaciones: la de tener una consideración positiva y la necesidad de autoestima.

Otros autores como Allport (1955) afirman que la concepción del sí mismo se encuentra en todos los rasgos de la personalidad. Según él, el trabajo de enfocarse sobre el autoconcepto permite a los investigadores localizar su atención particular en áreas de la psicología que podrían quedar relegadas, ayudando a entender su relación con otras variables de interés.

Epstein (1973) es uno de los primeros en comenzar a teorizar y pensar al autoconcepto como un conjunto de estructuras cognitivas que permiten la organización, modificación e integración de funciones en el sujeto. Es considerada, así como un conjunto de normas que permite regular el procesamiento de información, siendo central en la regulación del pensamiento y mensajes de tipo sensorial.

Markus (1977) explica que visto desde la perspectiva cognitiva las diferencias entre las personas respecto del autoconcepto se

suelen explicar debido a que el mismo está formado por las estructuras que solo permiten identificar los aspectos más importantes de nosotros mismos.

La última conceptualización es de González Pienda y Martín Del Buey (1987), estos autores terminan de pensar al autoconcepto como una imagen que le es devuelta a la persona según las ideas, hipótesis u opiniones que el sujeto tenga sobre sus rasgos, características y comportamientos. Siendo esta imagen la que utilizará para explicar y comprender no sólo cómo es él mismo sino también los demás.

Todas las definiciones y teorías de autores citados, independiente de la postura en la cual decidan, se mantienen en una comprensión que se constituye como compuesta a la naturaleza del autoconcepto, ya sea implícito o explícito (González Pienda et al., 1990).

En un primer aspecto, el autoconcepto parte de la conceptualización del Yo, es parte de ella, y coexiste con otros constructos como la autoestima. En un segundo aspecto, las distintas comprensiones del Yo son sistemas dinámicos y en desarrollo que dan un reflejo del comportamiento. El tercer y último aspecto es que siempre ocupa un lugar privilegiado y de enorme importancia en la personalidad del ser humano.

Se transforma en una característica intrínseca el hecho de que las acepciones de las características del autoconcepto puedan ser entendidas o valoradas de manera específica o general (González-Pienda et al., 1990).

Siempre es importante entender que aquí el concepto primordial es la percepción que el sujeto puede tener respecto de sí-mismo y todas sus complejas características: identitario, a nivel corporal, emocional, los procesos sociales y familiares, cuestiones de habilidades intelectuales, los estados emocionales (junto con sus correspondientes cambios dependiendo las situaciones) y la moralidad (más allá de lo religioso, más referido a los

pensamientos sobre la honestidad del sujeto).

En virtud de estas características es que se procedió a diseñar un instrumento nuevo que las contemplara a todas, proceder a validarlas, y con ello cotejar cuales dimensiones podrían ser de utilidad en la evaluación del constructo en cuestión.

MATERIAL Y MÉTODO

La investigación fue de tipo empírica de nivel correlativo, ya que se estableció una correlación con otros instrumentos que miden un constructo similar que la teoría preveía relacionado. Este tipo de vínculo se estableció a través de variables y un patrón que pueda ser predictivo para un grupo delimitado (Hernández Sampieri et al., 2014). La investigación fué de corte transversal.

La muestra se encontró conformada por hombres y mujeres de un rango de edad entre 19-33 años, que residían en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires (N=119). Se les aplicó ambos instrumentos, el Instrumento de Autoconcepto y el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS) de manera remota. Se excluyeron menores de 18 años.

Es importante aclarar que a la mayoría de los casos se les aplicó tanto el Instrumento de Autoconcepto como el MIPS, a excepción de 19 casos, en donde por motivos de fuerza mayor relacionados con la pandemia de COVID-19 no se les pudo administrar el MIPS. Este es el motivo por el cual, en lugar de trabajar con el total de esos 119 casos, hubo que utilizar 100 casos, descartándose finalmente otros 10 por no estar completos todos los datos requeridos en los protocolos; quedaron finalmente 90 casos (N=90).

De la muestra establecida se encontró que el 60% de la misma correspondía al sexo femenino (N=54), mientras que el 40% correspondía al sexo masculino (N=36). Se

determinó una media de edad de 23.16 años, con una desviación típica de 2.25, un máximo de 33 y mínimo de 19. La moda fue de 25 años. No hay datos perdidos. La recolección de todos los casos se efectuó entre finales de noviembre y el mes de diciembre del año 2021.

El instrumento, que se confeccionó en las etapas preliminares a los objetivos de este trabajo –pero que fueron simultáneas con el desarrollo de esta propuesta de validación–, consta de 90 ítems, que evalúan 7 dimensiones del Autoconcepto. Cada uno es relevado por 12 ítems, siendo una mitad de evaluación directa (a mayor nivel de acuerdo con el enunciado presentado, mayor autoconcepto) y la otra mitad de forma inversa.

Las 7 dimensiones del Autoconcepto evaluadas por el instrumento son:

- **INTELLECTUAL:** Percepción respecto de las propias habilidades intelectuales y cognitivas. Son ejemplos de los ítems que los componen: *Soy lento para resolver los problemas; Soy convencional, poco creativo.*
- **EMOCIONAL:** Comprensión sobre la auto regulación y estado emocional. La conforman ítems como: *Me pongo nervioso con facilidad; Con frecuencia tengo temor o miedo.*
- **SOCIAL:** Impresión establecida en torno a las habilidades para las relaciones interpersonales. Se evalúa con ítems como: *Tengo muchos y buenos amigos; Estoy incómodo en situaciones sociales.*
- **FAMILIAR:** Apreciación sobre el estado de las relaciones familiares y el interés en formar parte de las mismas. Algunos ítem que conforman esta escala son: *Mi familia me quiere y defiende; Mis padres no me comprenden.*
- **PERSONAL:** Percepción sobre

la propia identidad, intereses y autoevaluaciones. Dos de los ítems que la componen son: *Soy una persona alegre; Me falta iniciativa, motivación.*

- **FÍSICO:** Entendimiento respecto a la imagen física de sí mismo, el estado corporal y la apariencia reflejada. Se evalúa respondiendo a frases como: *Mi cuerpo es sano; Me disgusta como soy físicamente.*
- **MORAL:** Percepción sobre la honradez, honestidad, valores e ideales. Ítems que reflejan esta dimensión son: *Respeto las creencias y valores de los otros; Actúo sin guías, según lo que me dicta el momento.*
- **AUTOCRÍTICA:** Se añade una escala de Validez cuyos ítems son similares a los que también se utilizan en el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota con el mismo objetivo (Casullo et al., 1999). Está compuesta por 6 ítems que evalúan la tendencia a sesgar las respuestas por parte del examinado, formando una escala de Validez por infrecuencia.

Se considera agregar a futuro una escala de inconsistencia una vez que se haya estudiado poblacionalmente la forma en que se comportan los ítems.

La persona deberá leer todas las frases y responder de acuerdo a cómo se valora en una escala que va desde Totalmente en Desacuerdo (1) hasta Totalmente de Acuerdo (4). Por razones de posibles sesgos culturales, no se agregó una respuesta neutra e intermedia. La puntuación transformada prevista que pondera el nivel del autoconcepto es percentilar. El instrumento fue diseñado para su aplicación remota; no obstante, es posible tomarla de manera presencial.

La técnica empleada para la realización de la validez convergente del Instru-

mento de Autoconcepto fue el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS). Se trata de un inventario que permite evaluar dimensiones de personalidad normal de sujetos adultos de entre 18 y 65 años, que suele completarse en un lapso de alrededor de 30 minutos (Millon, 2013).

Se conforma por 24 escalas ordenadas en 12 bipolaridades, clasificadas en tres grandes áreas de evaluación: Metas Motivacionales, Modos Cognitivos y Conductas Interpersonales, e incluye también tres indicadores (escalas) para evaluar la validez de las respuestas: Impresión Positiva (tendencia a percibirse de modo demasiado positivo), Impresión Negativa (tendencia a percibirse de una forma demasiado negativa) y Consistencia (coherencia que poseen las respuestas del evaluado en cuestión).

El área Metas Motivacionales brinda una evaluación respecto de la orientación de la persona para conseguir refuerzos del medio, y está conformada por tres bipolaridades a saber: Apertura–Preservación, Modificación–Acomodación e Individualismo–Protección.

El primer par permite comprender la medida en que las acciones del sujeto nacen de motivaciones para alcanzar refuerzos positivos (Apertura) o evitar los refuerzos negativos del ambiente (Preservación). El par siguiente, analiza qué tanto una persona está dispuesta a efectuar actividades que modifiquen el entorno que lo rodea (Modificación) o acomodarse al mismo (Acomodación). El último par se concentra en el origen de las fuentes que movilizan al sujeto, es decir si están enfocadas en sí mismo (Individualismo) o en los otros (Protección).

La segunda área, Modos Cognitivos, otorga una evaluación respecto del estilo de procesamiento de la información y está conformada por cuatro bipolaridades: Extraversión–Introversión, Sensación–Intuición, Reflexión–Afectividad y Sistematización–Innovación.

Las dos bipolaridades iniciales se relacionan con la noción de las estrategias efectuadas para la recolección de información, la Extraversión–Introversión permite comprender si la estimulación para las ideas proviene de los demás o si ello se origina dentro de la misma persona y Sensación–Intuición ayuda a entender la preferencia por la información tangible y concreta o lo desconocido y simbólico.

Las dos bipolaridades restantes se refieren a distintos modos de procesamiento de la información. El primer par (Reflexión–Afectividad) informa sobre el predominio de la lógica y el razonamiento en la toma de decisión, o si estas se basan mayoritariamente en reacciones afectivas. Por otro lado, en el segundo par (Sistematización–Innovación) se repara sobre la necesidad de organización y eficiencia, o por la disconformidad con la rutina y las elecciones creativas (Millon, 2013). Posee un fundamento teórico desde las teorías cognitivas construidas por Carl Jung (1921).

Por último, el área de Conductas Interpersonales releva información sobre los estilos para relacionarse de manera interpersonal, es decir, cómo el sujeto configura sus relaciones con otras personas y cómo se maneja en ellas, y está compuesta por cinco bipolaridades: Retraimiento–Comunicatividad, Vacilación–Firmeza, Discrepancia–Conformismo, Sometimiento–Control e Insatisfacción–Concordancia.

La primera bipolaridad refiere por un lado, a la necesidad de evitar cualquier tipo de vínculo social, ser callado o distante y por otro lado a la necesidad de establecer relaciones sociales más a menudo y ser más simpático con los otros. En la segunda bipolaridad se observa el nivel de nerviosismo o confianza que presente el sujeto ante situaciones sociales. En la tercera, qué tan independiente o conformista se puede ser ante la visión de un otro. La cuarta, permite establecer el nivel de

dominancia o sumisión de un individuo ante los demás y por último, la quinta bipolaridad registra la posible inestabilidad o cordialidad en el trato con otros pares.

En relación a estas cinco bipolaridades, Millon (1969) formuló una teoría biosocial sustentada en los orígenes y naturaleza de los reforzadores y en las estrategias utilizadas, activas y pasivas. Esto le sirvió para la construcción de los primeros 10 trastornos de personalidad del Eje II del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), pero esta forma de clasificación fue desplazada por un modelo evolutivo.

Se administraron ambos instrumentos a la muestra referida y, para el procesamiento de la información, se ingresaron las respuestas a una base de datos de SPSS 25, donde se calcularon los valores obtenidos en cada una de las escalas para cada sujeto.

En la misma aplicación se realizaron primero pruebas de calidad de los datos ingresados (allí se descartaron 10 casos quedando $N=90$), luego se realizaron pruebas de normalidad para cada una de las variables y –en virtud de los resultados de estas últimas– se calcularon los coeficiente de correlación pertinentes (Pearson o Spearman) entre todas las escalas de ambos instrumentos, para evaluar Validez Convergente.

Finalmente –para evaluar la confiabilidad– se calculó el Alfa de Cronbach de las escalas del nuevo instrumento.

RESULTADOS

Se puede observar las trece correlaciones entre Autoconcepto y las escalas del MIPS, cuyo nivel de significación fue $p \leq .01$. Es posible apreciar una diferenciación por tablas, las cuales hacen referencia a los tres grupos que organizan dimensiones del Instrumento propuesto por Millon (2013), siendo estos las categorías de Metas Motivacionales,

Modos Cognitivos, y Conductas Interpersonales; se agregó, a su vez, las escalas de Validez.

Tabla N° 1. *Correlaciones significativas $p \leq .01$ entre Autoconcepto y Estilos de Personalidad del MIPS*

Correlaciones $p \leq .01$ Autoconcepto y Estilos de Personalidad		
A9	Vacilación	–.640**
B9	Firmeza	.529**
B4	Introversión	–.522**
A8	Retraimiento	–.519**
B8	Comunicatividad	.505**
A1	Apertura	.495**
A4	Extraversión	.474**
A12	Insatisfacción	–.464**
A11	Sometimiento	–.459**
IN	Impresión Negativa	–.446**
B1	Preservación	–.412**
B2	Acomodación	–.369**
IP	Impresión Positiva	–.298**
Correlaciones $p \leq .01$ Autoconcepto y Estilos de Personalidad (Conductas Interpersonales)		
A9	Vacilación	–.640**
B9	Firmeza	.529**
A8	Retraimiento	–.519**
B8	Comunicatividad	.505**
A12	Insatisfacción	–.464**
A11	Sometimiento	–.459**
Correlaciones $p \leq .01$ Autoconcepto y Estilos de Personalidad (Metas Motivacionales)		
A1	Apertura	.495**
B1	Preservación	–.412**
B2	Acomodación	–.369**

Correlaciones $p \leq .01$ Autoconcepto y Estilos de Personalidad (Modos Cognitivos)		
B4	Introversión	-,522**
A4	Extraversión	,474**

** $p \leq .01$

Es importante poder observar que en esta Tabla, los valores de las correlaciones obtenidas con las escalas del MIPS (Metas Motivacionales, Modos Cognitivos, y Conductas Interpersonales) varían entre los valores (absolutos— es decir sin signo—) .36 y .64, todas ellas correlaciones significativas a nivel $p \leq .01$ y que están dentro de los rangos aceptables y esperables para correlaciones que evalúan Validez Convergente.

La correlación más fuerte de Autoconcepto se encuentra con las escalas del grupo de Conductas Interpersonales del MIPS, encontrando así a la escala A9 (Vacilación) con una correlación (inversa) de $-.640$. Luego, se observa la segunda correlación más alta con $.529$ con la escala B9 (Firmeza). Continúa la escala A8 (Retraimiento) una correlación de $-.519$ a la cual le sigue la escala B8 (Comunicatividad) con una correlación de $.505$. Por último, en el interior del mismo grupo de Conductas Interpersonales, se encuentran correlaciones con las escalas A12 (Insatisfacción), y A11 (Sometimiento).

En el grupo Modos Cognitivos se encuentran correlaciones de Autoconcepto con dos Estilos de Personalidad: B4 (Introversión), con un coeficiente de correlación de $-.522$ y A4 (Extraversión), con un Rho $.474$; la correlación con la escala B4 es la tercera más alta de las obtenidas.

Dentro del grupo de Metas Motivacionales se encuentra un coeficiente de correlación de $.495$ entre Autoconcepto y la escala A1 (Apertura), continuando la correlación de $-.412$ con la escala B1 (Preservación); finalmente la escala B2 (Acomodación) correlaciona con Autoconcepto con un Rho $-.369$.

Finalizando, se pueden hallar algunos coeficientes de correlación significativos entre Autoconcepto y las escalas de Validez. Las mismas son: IN (Impresión Negativa, con $-.446$) e IP (Impresión Positiva, con $-.298$).

En lo que respecta a la consistencia interna, el resultado del alfa de Cronbach del Autoconcepto fue de $.840$, lo que indica una muy buena fiabilidad del instrumento en una primera revisión.

Tabla N° 2. Coeficiente Alfa de Cronbach de Autoconcepto y sus dimensiones

Escala	α
Autoconcepto	.840
Autoconcepto Emocional	.820
Autoconcepto Familiar	.771
Autoconcepto Social	.759
Autoconcepto Personal	.742
Autoconcepto Intelectual	.731
Autoconcepto Físico	.712
Autoconcepto Ético	.454
Validez	.369

Respecto al resultado del Alfa de Cronbach de las dimensiones de la escala, el coeficiente más elevado lo obtuvo la escala Autoconcepto Emocional ($\alpha = .820$), le continúa el Autoconcepto Familiar con $\alpha = .771$, seguido del Autoconcepto Social, con $\alpha = .759$. Siguen en orden descendente Autoconcepto Personal ($\alpha = .742$), Autoconcepto Intelectual ($\alpha = .731$), Autoconcepto Físico ($\alpha = .712$).

Nótese que la escala de Autoconcepto Ético obtuvo un $\alpha = .454$, muy alejado respecto de los otros índices. En virtud de ellos se resolvió calcular el Alfa de Cronbach de la escala Autoconcepto sin incluir esta dimensión (es decir compuesta por las seis restantes), resultando un Alfa de Cronbach $\alpha = .853$, superior al obtenido incluyéndola ($\alpha = .840$).

DISCUSIÓN

El modelo teórico de Personalidad planteado y elaborado por Millon (2013) se ve mayoritariamente representado en las áreas Metas Motivacionales y Conductas Interpersonales. Justamente en estas dos áreas de evaluación es que se encontró que más de la mitad de las escalas que la componen correlacionaron significativamente ($p \leq .01$) con Autoconcepto, lo que era esperable desde la teoría. En cambio, en el conjunto de ocho escalas que evalúan Modos Cognitivos, sólo hubieron dos correlaciones significativas al mismo nivel; esto también era lo esperable ya que el modelo teórico que nutre esta área de evaluación de personalidad no proviene de Millon; éste es el trabajado por Carl Jung (1921), y está más vinculado a las teorías sobre procesamiento y fuentes de información, que son más lejanas a la autodescripción y al autoconcepto (Ver Tabla N°1).

En el caso de Conductas Interpersonales, hay tres bipolaridades cuyos dos componentes correlacionaron en forma significativa con Autoconcepto: la primera es Vacilación (A9)–Firmeza (B9). Según Millon (2013) Vacilación indica un estilo de personalidad tímida, pasiva, sensible y con tendencia a aislarse de otros; las personas que dan puntuaciones elevadas son mayoritariamente solitarias, que tienden a mostrarse nerviosas ante situaciones sociales. Esta escala correlacionó en forma negativa con el Autoconcepto ($\rho = -.640$) lo que es congruente con la teoría, ya que las personas que tiene una mejor autopercepción de sí misma tienden a verse como competentes, con mayor seguridad en sus palabras y sin escaparse a las relaciones interpersonales, estilos que evalúa la escala Firmeza. Esta última escala –tal como la teoría preveía– correlacionó positivamente con Autoconcepto ($\rho = .529$). Es decir, la descripción de los sujetos en cuanto a su Autoconcepto fue convergente con ambos

estilos de personalidad tal cual se esperaba.

La segunda bipolaridad que correlacionó con Autoconcepto y que obtuvo resultados análogos fue Retraimiento (A8)–Comunicatividad (B8). Retraimiento se refiere a personalidades calladas, silenciosas, poco activas, desmotivadas y reacias a los contactos sociales, en cambio la Comunicatividad lo hace a personas simpáticas, en búsqueda de estimulaciones, gregarias y populares. Siguiendo lo referido por la teoría, se obtuvieron correlaciones negativas entre Autoconcepto y Retraimiento ($\rho = -.519$) y positiva entre Autoconcepto y Comunicatividad ($\rho = .505$), hecho que está en consonancia con la valoración sobre ser extrovertido o introvertido.

La tercera bipolaridad cuyos dos componentes correlacionaron con Autoconcepto fue Sometimiento–Control. En el caso del primer estilo, dio una correlación negativa ($\rho = -.459$) significativa a nivel $p \leq .01$; y en el segundo estilo, también correlacionó, pero en forma positiva ($\rho = .244$), y en este caso a nivel $p \leq .05$, (no fue incluida en la Tabla N°1 por simplicidad). Se vuelve a notar que el estilo que refiere a cuestiones de seguridad o sociabilidad, personalidades ambiciosas e intrépidas (que evalúa Control), estuvo vinculado en forma directa con Autoconcepto; en contraposición, estilos como Sometimiento, que implican sumisión y abnegación ante los demás, humildad y modestia, covariaron en forma inversa.

En las dos bipolaridades restantes (Discrepancia–Conformismo e Insatisfacción–Concordancia), sólo se obtuvo correlación con Autoconcepto en uno de sus componentes. En la primera bipolaridad, Conformismo obtuvo un $\rho = .214$ que fue significativo a nivel $p \leq .05$ (tampoco fue incluido en la Tabla N°1), y en la segunda quién correlacionó en forma significativa a nivel $p \leq .01$ fue Insatisfacción, con un $\rho = -.464$; ambas también son consistentes con la teoría, ya que según Millón

Conformismo indica convencionalismo, orden, responsabilidad y respeto por las tradiciones o costumbres, e Insatisfacción implica ambivalencia en sus relaciones cotidianas, irritabilidad, comportamientos pasivo-agresivos y sentimiento de incompreensión.

En resumen, de las diez (10) polaridades que conforman las Conductas interpersonales, ocho (8) fueron convergentes con Autoconcepto, mostrando que las escalas nominadas con la letra A (Vacilación, Retraimiento, Sometimiento e Insatisfacción) dieron correlaciones inversas con Autoconcepto; en cambio las polaridades nominadas con la letra B (Firmeza y Comunicatividad), lo hicieron de forma directa. Es interesante tener en cuenta que el ajuste psicológico, de acuerdo a lo planteado por Millon, está asociado con mayores puntajes en las polaridades de Conductas interpersonales nominadas con la letra B (obteniéndose correlaciones positivas entre Autoconcepto y dos de esas polaridades), y con menores puntajes en las polaridades nominadas con la letra A (obteniéndose correlaciones inversas con Autoconcepto en todas esas escalas). Por todo lo expuesto, es que se plantea que se cumple con la condición de Validez Convergente.

Para las Metas Motivacionales, las escalas que por teoría deberían converger con Autoconcepto lo hicieron, y se repite la relación positiva con los estilos de actividad y toma de decisión (Apertura y Modificación), y la negativa con los estilos que se caracterizan por la pasividad (Preservación y Acomodación).

Apertura se refiere a personalidades optimistas y con facilidad para superar altibajos; Preservación a personalidades preocupadas, que tienden a esperar siempre lo peor. Puede observarse en este caso que Autoconcepto correlacionó en forma directa con la primera ($\rho = .495$) y negativamente con la segunda ($\rho = -.412$), tal cual era esperable desde la teoría que sucediera.

Millon refiere al estilo Modificación como personalidades que siempre se mantienen activas ante sus dificultades en lugar de permanecer pasivas y dio una correlación significativa a nivel $p \leq .05$ con Autoconcepto, con una $\rho = .266$, lo que es consistente con la teoría. Esta escala no está expresada en la Tabla N°1 por las razones ya indicadas.

El estilo Acomodación caracteriza a aquellas personas que hacen poco por modificar su vida, tendiendo a adaptarse pasivamente a los acontecimientos que se le presentan. En este caso se obtuvo una correlación negativa a nivel $p \leq .01$ con Autoconcepto, con un $\rho = -.369$, lo que es consistente con lo esperable según la teoría para una población como la que ha conformado la muestra.

Finalmente, los estilos Individualismo-Protección, que tiene que ver con satisfacer en primer lugar las necesidades individuales o satisfacer prioritariamente las necesidades de los otros, no covariaron con Autoconcepto. Esto no sorprende ya que, de las Metas Motivacionales, la teoría prevé que Apertura-Preservación son las dos escalas capitales en relación al autoconcepto.

Por último, en Modos Cognitivos, los estilos que correlacionaron con Autoconcepto fueron: Introversión-Extraversión. La primera con $\rho = -.522$ y la segunda con $\rho = .474$. Estas dos escalas no dan cuenta de las habilidades sociales del sujeto, sino que se refieren a las fuentes predilectas de información que pueda llegar a tener. Introversión tiene como motor sus propios pensamientos y su mundo interno, Extraversión posee como motor a los demás para enriquecer sus ideas e inspiraciones. Se reitera lo antes mencionado, es más valorado lo que denote mayor sociabilidad que aquello que implique un mayor cierre en sí mismo.

Por simplicidad de los resultados se removió de la Tabla N° 1 la escala Innovación, que obtuvo significación a nivel $p \leq .05$. Correlacionando con Autoconcepto con un $\rho =$

.247. Esta relación también era esperable, debido a la importancia de modificar la rutina y crear situaciones o cuestiones novedosas e imprevistas. Otras escalas removidas de ser presentadas en los resultados por motivos de simplicidad cuya significación también fue a nivel $p \leq .05$ son: Sensación, la cual refiere a priorizar conocimientos concretos, tangibles y observables antes que lo abstracto, con $\rho = .212$ y Reflexión relacionada al procesamiento de conocimientos por medio de un razonamiento analítico y el uso de la lógica, con $\rho = -.208$.

Para concluir, en los estilos restantes de Modos Cognitivos como Intuición (preferencia por lo simbólico y especulativo antes que lo concreto), Afectividad (formación de juicios en consideración de los estados afectivos) y Sistematización (Predictibilidad, eficiencia, minuciosidad y perfeccionismo), no presentaron correlaciones con Autoconcepto. De este modo, puede observarse que todos los resultados siguen una misma línea coherente y concisa, existe una convergencia entre los Estilos de Personalidad valorados socialmente y el Autoconcepto.

Existen dos escalas más dentro del Inventario de Estilos de Personalidad de Millon denominadas Impresión Positiva e Impresión Negativa y, si bien estas dos escalas no evalúan Estilos de Personalidad sino estilos de respuesta (posible tendenciosidad a distorsionar las auto-descripciones de personalidad), ambas dieron correlaciones significativas a nivel $p \leq .01$ con Autoconcepto (Impresión Positiva $\rho = -.298$. Impresión Negativa $\rho = -.446$).

Nótese que ambas dieron inversas, cuando a prima facie era esperable que Impresión Positiva –tendencia a sobrevalorarse– diera directa. Esto podría interpretarse como que las personas con mejor autoconcepto ni se sobrevaloran ni se infravaloran, y por ello habría aparecido una relación inversa con ambas.

De los coeficientes de confiabilidad por consistencia interna obtenidos (Alfa de Cronbach) se desprenden dos cuestiones: la primera es el buen nivel de confiabilidad que obtuvieron Autoconcepto y todas sus subescalas –a excepción de Autoconcepto Ético–, con valores de Alfa de Cronbach que variaron entre .712 a .840; la segunda es en referencia a Autoconcepto Ético, que solo obtuvo un $\alpha = .454$.

Respecto a los buenos coeficientes Alfa obtenidos, se puede expresar que tanto el Autoconcepto como las seis dimensiones son consistentes y por lo tanto permitirán una evaluación confiable de dichos constructos. Téngase en cuenta que el instrumento es experimental y está en su primera versión, lo que supone que los ítems se han elegido correctamente y son un buen punto de partida para perfeccionarlos en pos de un instrumento definitivo; también que las seis subescalas en cuestión son adecuadas como dimensiones del constructo principal.

Respecto a la subescala Autoconcepto Ético, su valor de $\alpha = .454$ es bajo y máxime en contraste con el α de las demás escalas. Esto hace suponer que las valoraciones de las auto-percepciones éticas no son estables, cosa que se preveía debido a que es una construcción muy valorativa, que depende del momento histórico y de la cultura o subcultura a la que pertenece cada sujeto.

En todo caso, el valor de confiabilidad de la subescala Autoconcepto Ético, implicó que se debiera trabajar sobre la reconstrucción de dicha escala (la otra alternativa era eliminarla); si se calcula la confiabilidad de Autoconcepto sin contabilizar esta subescala, da un valor de $\alpha = .853$ (sube), por lo que el instrumento es más consistente si se elimina esta subescala, lo que obligó a re-confeccionarla para la versión final. Ese trabajo de re-confección y el instrumento final están en previa de publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allport, G. W. (1955). *Becoming: basic considerations for a psychology of personality*. Yale University Press.
- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Tests Psicológicos*. Prentice Hall.
- Casullo, M. M., Brenlla, M. E., Fernández Liporace, M. M., Ferrante, V. y Prado, A. (1999). *Aplicaciones del MMPI-2 en los ámbitos clínico, forense y laboral*. Paidós.
- Casullo, M. M., Leibovich de Figueroa, N. B. y Aszkenazi, M. (1991). *Teoría y Técnicas de Evaluación Psicológica*. Psicoteca.
- Cook, T. D. & Campbell, D.T. (1979). *Quasi-Experimentation: Design & Analysis Issues for Field Settings*. Rand McNally.
- Cortada de Kohan, N. (1999). *Teorías Psicométricas y Construcción de Tests*. Lugar Editorial.
- Epstein, S. (1973). The self-concept revisited: Or a theory of a theory. *American Psychology*, 28(5), 404–416.
- Fernández Liporace, M.M., Cayssials, A. N. y Pérez, M.A. (2009). *Curso básico de psicometría. Teoría clásica*. Lugar
- González Pienda, J. A. y Martín Del Buey, F. (1987). La incidencia del autoconcepto en el aprendizaje y el rendimiento escolar. *Magister: Revista miscelánea de investigación*, 5, 11–31.
- González Pienda, J. A., Núñez Pérez, J. C., Santorum Paz, R. y Valle Arias, A. (1990). Autoconcepto: Conceptualización, desarrollo y modelos explicativos. *Magister: Revista miscelánea de investigación*, 8, 229–250.
- Hernández Sampieri, R., Collado Fernández, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación (6ta edición)*. McGraw Hill.
- James, W. (1890). *Principles of psychology*. Holt.
- Jung, C.G. (1921). *Tipos psicológicos*. Edhasa.
- Markus, H. (1977). Self chemate and processing information about the self. *Journal of Personality Social Psychology*, 35, 63–78.
- Martínez Arias, R. (1995). *Psicometría: Teoría de los test psicológicos y educativos*. Síntesis.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, Self and Society*. Universidad de Chicago.
- Millon, T. (1969). *Psicopatología moderna: Un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Salvat.
- Millon, T. (2013). *MIPS: Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. Paidós
- Rogers, C. R. (1950). *Psicología Social de la Enseñanza*. Aprendizaje/Visor-MEC

Artículo recibido: 10/11/2024

Artículo aceptado: 30/11/2024

TEST RAVEN2. ANÁLISIS PRELIMINARES PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL BAREMO DE ADULTOS ENTRE 19 Y 64 AÑOS DE LAS PROVINCIAS DEL NORDESTE ARGENTINO

Ana Kohan Cortada¹, Daniela Elorrieta², Gabriela Spada², Cecilia Martínez², Dorita Ceberio Macías² y Rosiel Pardo²

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es presentar los análisis preliminares que servirán como base para la elaboración de un baremo del Test Raven2, para adultos de entre 19 y 64 años residentes en las provincias del Nordeste Argentino (NEA). Este proyecto cuenta con el respaldo financiero de la Universidad de la Cuenca del Plata (UCP) y está desarrollado por un equipo interdisciplinario compuesto por docentes, gestores, becarios y estudiantes de Psicología, comprometidos con el diseño de pruebas psicológicas y su aplicación ética y confiable, bajo la dirección de la Dra. Ana Kohan Cortada.

El Raven es un test altamente utilizado en Argentina, sin embargo, se ha constatado que no hay baremos en la región del NEA (Kohan Cortada et al., 2024). Por la gran difusión que han tenido los ítems de las distintas versiones utilizadas del Raven a lo largo del tiempo, se considera útil estudiar esta nueva versión que posee todos sus ítem nuevos y generados con la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) para evaluar las capacidades cognitivas. Se necesita contar con herramientas estandarizadas, válidas, confiables y que las extranjeras a utilizar posean baremos locales, como prueba eficaz para la evaluación de la capacidad intelectual y su aplicación en los ámbitos de la psicología clínica, educacional, jurídica y laboral.

El equipo administró el Raven2 a 917 personas de un total de 1680 participantes previstos de diferentes localidades del NEA. La muestra estuvo integrada por un 68% de mujeres y el 32% hombres, con una edad promedio de 31.30 ± 11.23 , de distintos niveles educativos, todos participantes de la población general que dieron su consentimiento informado.

Se llevaron a cabo análisis de la consistencia interna del test, el índice de dificultad, el índice de discriminación y la correlación Biserial–Puntual para cada ítem del test.

Palabras clave: *Adultos, Confiabilidad, Nordeste argentino, Raven2.*

¹ Centro interdisciplinario de investigaciones en Psicología Matemáticas y Experimental (CIIPME–CONICET). Instituto de Investigaciones Científicas (IDIC). Universidad de la Cuenca del Plata (UCP). Salguero 1692 8° CABA anakohancortada@yahoo.com.ar. anakohancortada@conicet.gov.ar.

² Instituto de Investigaciones Científicas (IDIC). Universidad de la Cuenca del Plata (UCP).

ABSTRACT

The objective of this work is to present the preliminary analyses that will serve as a basis for the elaboration of a scale of the Raven2 Test for adults between 19 and 64 years of age living in the provinces of Northeastern Northeast Argentina (NEA). This project is financially supported by the Universidad de la Cuenca del Plata (UCP) and is developed by an interdisciplinary team composed of teachers, managers, scholarship holders and Psychology students, committed to the design of psychological tests and their ethical and reliable application, under the direction of Dr. Ana Kohan Cortada.

The Raven is a test highly used in Argentina, however, it has been found that there are no scales in the NEA region (Kohan Cortada et al., 2024). Due to the great diffusion that the items of the different versions of the Raven have had over time, it is considered useful to study this new version, which has all its items new and generated with the Item Response Theory (IRT) to assess cognitive abilities. It is necessary to have standardized, valid, reliable tools and that the foreign ones to be used have local scales, as an effective test for the evaluation of intellectual capacity and its application in the fields of clinical, educational, legal and work psychology.

The team administered the Raven2 to 917 people out of a total of 1680 planned participants from different locations in the NEA. The sample is composed of 68% women and 32% men, with an average age of 31.30 ± 11.23 , from different educational levels, all participants from the general population who have given their informed consent.

Analyses of the internal consistency of the test, the difficulty index, the discrimination index and the Biserial–Point correlation were carried out for each test item.

Keywords: *Adults, Reliability, Northeast Argentina, Raven2.*

INTRODUCCIÓN

En la evaluación psicológica es necesario emplear herramientas estandarizadas, válidas y confiables. También, a la hora de utilizar instrumentos extranjeros, los mismos se deben adaptar, validar, así como construir baremos locales para la toma de decisiones en los distintos ámbitos: clínico, educativo, laboral o jurídico (International Test Commission [ITC], 2000, 2017).

En 2018, se terminó de construir en Estados Unidos el Raven2. Esta nueva versión presenta todos sus ítems nuevos pero se conservan los constructos a medir.

El objetivo de este artículo es comunicar los análisis preliminares realizados que permitirán avanzar hacia la construcción del baremo. En este trabajo se analizaron las propiedades psicométricas del test Raven2 con una muestra no probabilística de 917 adultos de entre 19 y 64 años. Se llevaron a cabo análisis de la consistencia interna del test, así como también la proporción de respuesta correcta por distractor, el índice de dificultad, el índice de discriminación y la correlación Biserial-Puntual para cada ítem del test.

El proyecto está financiado completamente por la Universidad de la Cuenca del Plata. El equipo de trabajo está integrado por docentes, gestores, becarios y alumnos de la carrera de psicología y es dirigido por la Dra. Ana Kohan Cortada del CIIPME-CONICET.

El Test de Raven es una de las pruebas más utilizadas mundialmente. En 1938 J. Raven construye el Test de Matrices Progresivas para reflejar el factor G de Spearman o inteligencia general, que estaba constituida por dos componentes identificados como habilidad educativa y habilidad reproductiva (Raven et al., 1993), afirmando que su prueba específicamente mide la capacidad educativa.

El test propone problemas de dificultad y complejidad creciente. Se trata de una prueba no verbal ya que no requiere respues-

tas orales ni escritas, además utiliza formas geométricas universales, que no dependen de la formación ni de la cultura para identificarse. Esto permite que la prueba pueda ser realizada independientemente del nivel cultural y de conocimientos que posea quien la ejecuta.

Hasta 2018 existían tres versiones del test: Las escalas General, Coloreada y Avanzada. Todas requieren que el sujeto ponga en marcha el proceso de la educación, implica que la persona realice inferencias de las relaciones entre reactivos abstractos, que pueda dar sentido al desorden, buscar lo que no es obvio y formarse ideas que ayuden a afrontar problemas complejos. Esta capacidad se relaciona con diversas funciones cognitivas como la atención visual, aptitud de clasificación, razonamiento inductivo, memoria operativa, aptitud espacial (Pearson Inc, 2019).

El nuevo Raven2:

Esta nueva versión del test posee todos sus ítems nuevos (tanto para los formatos online y como papel), se han calibrado en base a la TRI, son en color, con un total de 5 series (A, B, C, D, y E), cada serie posee 12 problemas a resolver. Ofrece 5 opciones para dar la respuesta a cada problema, por lo tanto, el cálculo de la probabilidad de responder por azar es la misma a lo largo de toda la prueba.

En esta versión las 3 primeras series (A, B y C) sirven para administrar a niños de 4 a 8.11 años de edad, mientras que para los individuos de 9 a 69 años se usan las series B a la E.

El formato online se puede aplicar a través de la plataforma de Pearson Clinical & Talent Assessment (Q-global), lo que agiliza tanto el tiempo de corrección como la obtención del informe de cada sujeto, que es inmediata. Este formato posibilita administrarlo en dos versiones según la cantidad de ítems, una forma larga y otra corta (48 y

24 ítems, respectivamente). Una vez que se elige la cantidad de ítems a aplicar el sistema asigna de forma automática un grupo único de ítems aleatoriamente extraídos de un banco de 329 ítems. Dichos ítems fueron generados sobre la base de la Teoría de Respuesta al Ítem (Lord, 1980; Rasch, 1963).

La Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) se centra en entender cómo las respuestas de una persona a una pregunta de un test se relacionan con un rasgo que se está midiendo, como puede ser el nivel de conocimiento o habilidad de la persona. Para esto, se utilizan fórmulas matemáticas que calculan la probabilidad de que alguien responda correctamente según su nivel de habilidad.

El objetivo principal de la TRI es crear herramientas de medición que funcionen igual de bien para diferentes grupos de personas. Esto significa que dos personas con el mismo nivel de habilidad deberían tener la misma probabilidad de responder correctamente una pregunta, sin importar de qué grupo social, cultural o educativo provengan.

A diferencia de la Teoría Clásica de los Test (TCT), que se basa en el puntaje total de la prueba, la TRI analiza cada pregunta de forma individual y se enfoca en medir el rasgo que se está evaluando. Esto permite que, al medir el nivel de habilidad de una persona a partir de sus respuestas, esa medición sea precisa incluso si cambian las preguntas del test. Es decir, la TRI permite obtener resultados más exactos sin depender de un grupo específico de personas o de las características de las preguntas del test.

La TRI tiene en cuenta tres aspectos clave: la dificultad de las preguntas, la habilidad de la persona y la probabilidad de que una persona con cierto nivel de habilidad responda correctamente o no a una pregunta.

En esta nueva versión del Raven2 tanto los ítems de sus dos formas digitales, corta y larga, como la que se presentan en formato papel son equivalentes (Cortada de Kohan, 2004).

En este trabajo, dado que es el primer estudio realizado con el Raven2 en nuestro país, se ha decidido llevar a cabo los análisis descritos con el propósito de evaluar el rendimiento de los ítems y las características psicométricas globales del test. Esto representa un paso preliminar esencial para la adaptación y baremación del instrumento en el contexto específico del nordeste argentino.

MATERIALES Y MÉTODO

El presente estudio es cuantitativo de tipo instrumental, según la clasificación (Ato et al., 2013), ya que se trata de un estudio tendiente a la obtención de evidencias sobre el funcionamiento de la prueba en nuestro medio, específicamente en el NEA; y psicométrico, como información preliminar para avanzar hacia la obtención de un baremo, como herramienta que permita aplicarse en nuestro medio para la evaluación psicológica, específicamente de la capacidad cognitiva.

Se utilizó el Raven2 en formato papel. Se trabajó con población adulta. Población y muestra:

El universo sobre el cual se obtuvo la muestra está compuesto por sujetos de población general, entre 19 y 64 años, residentes en los distintos conglomerados del NEA (Formosa, Posadas, Corrientes, Resistencia, Sáenz Peña y zonas urbanas y rurales vecinas).

La muestra fue de tipo no probabilística. Al momento la muestra está constituida por 917 sujetos evaluados de los 1680 planificados.

Procedimiento para la recolección de datos:

El procedimiento seguido contempló las normativas profesionales internacionales para la adaptación y la validación de tests usados en la práctica clínica e institucional (ITC, 2000).

Durante el desarrollo del trabajo se respetaron los principios éticos de la investigación con seres humanos, procurándose las condiciones necesarias para proteger el anonimato y la confidencialidad de los datos. Los participantes accedieron voluntariamente a colaborar con la investigación después de haber firmado el consentimiento informado.

Para implementar la aplicación del Raven2 los participantes fueron contactados por los integrantes del equipo de investigación, en el que participan docentes, gestores, alumnos avanzados y becarios de la UCP especialmente capacitados para administrar la técnica. Los mismos fueron entrenados con el fin de garantizar la homogeneidad de los procedimientos.

Se convocó a participantes entre los 19 y 64 años, utilizando redes sociales, flyers, mailing, formularios de Google, se invitó a organizaciones que tuvieran convenios con la Universidad y, se utilizó la recomendación personal de los docentes, becarios, alumnos y gestores que participan en la investigación, así como, los mismos sujetos incluidos en el estudio, que luego de su participación recomendaron la experiencia sumando más voluntarios.

Se elaboró un instructivo estandarizado donde se explicitaba de qué se trataba la investigación y la importancia de su participación.

Aquellos sujetos que aceptaron fueron citados en grupos, que no superaban las 13 personas por vez, en las instalaciones de la Universidad o bien en las instituciones conveniadas, indicándoles que toda la aplicación llevaría unos 90 minutos como máximo para que puedan responder de forma grupal en un espacio que cumplía con las condiciones de iluminación y comodidad destinado a tal fin.

Antes de comenzar con la administración, una vez reunidos junto con el equipo de investigación, se les volvió a explicar a los voluntarios el objetivo del proyecto y se leyeron las indicaciones para la firma del consentimiento informado.

A cada participante se le entregaron

tres hojas con un mismo código impreso en el ángulo superior derecho, lo cual permitió separar a la primera (consentimiento informado y datos de contacto del sujeto) de las otras dos, cuestionario sociodemográfico básico y la hoja de respuestas del Raven2.

Luego, los integrantes del equipo de investigación entregaron el cuadernillo de estímulos junto con un lápiz con goma a cada participante.

La consigna para dar comienzo se dio simultáneamente, los administradores permanecieron en el salón de aplicación atentos, durante cada encuentro, para poder desplazarse y dar respuesta a cualquier duda que pudiera aparecer de los participantes no relacionada con la resolución de los problemas. Se les solicitó a todos los participantes que mantuvieran apagados los celulares para impedir que los sujetos fotografiaran los estímulos.

Una vez finalizada la toma, y que no quedara nadie en el salón, se hacía pasar al siguiente grupo.

Se llevó a cabo la recolección de los datos siguiendo los procedimientos y consignas ya estandarizadas para la administración. En cada sede se contó con un docente responsable del equipo para resguardar, controlar y ordenar los protocolos.

Al finalizar la administración los integrantes del equipo verificaron que estuviera completo el material entregado, y separaron la primera hoja de las restantes para ser guardadas en un sobre cerrado, con lo cual todos los datos personales quedan protegidos.

Criterios de inclusión de los participantes: Audición y visión normal (o corregida), no estar bajo tratamiento psiquiátrico o tomando medicación que pudiera afectar el rendimiento en la prueba, ausencia de enfermedad que pudiera afectar el rendimiento cognitivo durante la prueba, no haber sido diagnosticado con una afección neurológica (cirugías, tumores, encefalitis, etc.), no haber sido evaluado en cuanto a la aptitud cognitiva

con pruebas similares en los últimos 6 meses antes de la fecha de aplicación del Raven2.

Todos los protocolos completos se ordenaron y numeraron, para luego volcar los datos de la información adquirida en una matriz de datos construida especialmente para su posterior análisis estadístico.

Para la carga de datos los miembros del equipo utilizaron en programa Excel de Microsoft y para los análisis estadísticos más complejos se trabajó con el paquete IBM–SPSS 24 o bien el Jamovi.

La descripción de las variables género y nivel educativo (dicotomizado en dos niveles: hasta 12 años y más de 12 años de educación), se llevó a cabo por medio de frecuencias absolutas y relativas simples. En el caso de la variables edad, para su descripción se empleó el cálculo de medidas de tendencia central (Media) y dispersión (desviación estándar); así como el cálculo de las frecuencias absolutas de cada grupo de edad considerado (19 a 24 años, 25 a 34 años, 35 a 44 años, 45 a 54 años, 55 y más) en función del género. Con respecto a la puntuación total obtenida en el Raven2, para la misma se calcularon los descriptivos Media, Desviación estándar (DE), Mediana (Md), valor Máximo (Máx) y Mínimo (Mín) en función del género y nivel educativo dicotomizado (hasta 12 años y con más de 12 años de educación).

Seguidamente, se realizó un análisis preliminar de los datos a modo exploratorio para verificar los supuestos estadísticos y también detectar casos atípicos que pudieran

distorsionar los resultados.

Se realizaron los análisis psicométricos de confiabilidad utilizando la prueba Kuder–Richardson (KR–20).

Luego, se realizó un análisis del desempeño de los ítems individuales del test, considerando la cantidad de respuestas correctas por ítem y por opción de respuesta (índice de dificultad, valor p), también se calculó el índice de discriminación (valor d) y la correlación biserial puntual (ítem–test, Rbp) para evaluar el poder discriminativo de los mismos, es decir, su capacidad para distinguir entre quienes evidencian niveles elevados y quienes evidencian niveles bajos en el criterio.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados preliminares del estudio.

La muestra hasta el momento posee 917 participantes.

En relación con la edad, los 917 participantes informaron tener entre 19 y 64 años (Edad: $M = 31.29$; $DE = 12.20$). La cantidad de mujeres en la muestra fue de 626 (68.04%) y 291 (31.73%) hombres. La variable educación se dicotomizó teniendo en cuenta aquellos que tenían hasta 12 años y más de 12 años de escolaridad, 39,58% y 60,41% respectivamente.

La distribución de género por edad agrupada se puede apreciar en la Tabla 1.

Tabla 1
Género y Edad

Género	EDAD					Total
	19 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 y más	
Hombre	130	66	48	32	15	291
Mujer	268	149	103	57	49	626
Total	398	215	151	89	64	917

En la Tabla 2 se puede apreciar el puntaje Total del Raven2 por género y nivel educativo dicotomizado.

Tabla 2

		MEDIA	DE	Md	Máx.	Mín.	N
Género	Mujer	23.68	6.7	24	43	0	626
	Hombre	25.39	7.93	24	45	0	291
N. Educ.	<=12 años	21.08	7.25	21	44	0	363
	> 12 años	25.65	6.77	25	45	0	554

Funcionamiento del instrumento:

Con el objetivo de estudiar el funcionamiento del instrumento se llevó a cabo el estudio de la fiabilidad calculando el índice de Kuder–Richardson–20, que es un tipo especial de alfa de Cronbach para escalas con respuestas dicotómicas (Kuder y Richardson, 1937). El mismo expresa el grado de correlación promedio entre todas las divisiones por mitad posibles de un instrumento de medición, asumiendo que estos ítems miden la misma variable que dicen medir.

Se realizó el análisis de los 48 ítems (series B, C, D y E) y alcanzó un índice KR–20 = .865, lo que evidencia una consistencia interna muy buena.

También para estudiar el funcionamiento de los nuevos ítems del Raven2 en el NEA se calcularon los índices de dificultad y de discriminación.

El índice de dificultad indica la prevalencia de respuestas correctas por ítem, sirve para evaluar la adecuación de las opciones de respuesta y el nivel de dificultad de los ítems.

Dicho índice expresa la proporción de sujetos que respondieron correctamente al ítem sobre el total de sujetos que hicieron el test (p). Los valores que presenta oscilan entre 0 y 1, siendo la dificultad de ítem menor cuanto mayor sea el valor del índice (Tabla 3).

Entre los valores obtenidos, aquellos que oscilaron entre .30 y .70 fueron los óptimos, pues indicaron que no serían ítems ni excesivamente fáciles ni excesivamente difíciles de resolver.

En la Tabla 3 se puede observar, respecto del índice de dificultad, que en la serie B se obtuvieron valores muy altos de p , lo que indica la facilidad de resolución del ítem; pero no sucede lo mismo con la serie E, en donde los ítems resultaron sumamente difíciles para los participantes. Se ha de recordar que esta nueva versión del Raven2 integra ítems de las tres versiones anteriores, es decir contiene ítems con las características de las escalas coloreada, general y avanzada.

En base a los resultados encontrados, y siguiendo a Cortada de Kohan (1999), la clasificación de los ítems del Raven2 por el índice de dificultad se agruparían en:

- Muy fácil (.81 a 1): B1 al B12.
- Relativamente fácil (.66 a .80): C: 1, 2, 3, 5 y D: 1, 5
- Dificultad adecuada (.51 a .65): C: 4, 6, 8 y D: 6, 7
- Relativamente difícil (.31 a .50): C: 7, 10; D: 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11 y E: 7
- Difícil (.11 a .30): C: 9, 11, D: 12, E: 1 al 6 y 9

- Muy difícil (0 a .10): C: 12 y E: 8, 10, 11 y 12.

También se llevó a cabo el cálculo del índice de discriminación (d). Dicho índice permite identificar la capacidad del ítem para distinguir entre aquellos que muestran niveles altos y bajos en el criterio (d).

Con respecto a la discriminación de un ítem se han seguido las pautas sugeridas por la literatura actual (Lloret–Segura et al., 2014). Para el cálculo de este índice de discriminación (d) se emplearon pruebas de contraste T de Student (Backhoff et al., 2000; Cortada de Kohan, 1999), mediante los cuales se compararon la cantidad de personas con puntajes altos en el test que respondieron correctamente a cada ítem (grupo superior), con la cantidad de personas con puntajes bajos en el test que respondieron correctamente al mismo ítem (grupo inferior).

Los grupos superior e inferior se establecieron considerando el 27% superior e inferior de la muestra completa respectivamente, a partir del puntaje general (Media=24.57 y DE=7.2). El grupo superior estuvo formado por los participantes con un puntaje mayor o igual de 29, mientras que para el grupo inferior fue un puntaje menor o igual a 19 puntos.

En la Tabla 3 se pueden observar los valores d para cada uno de los ítems. Al emplear los valores T de Student como indicadores de este índice, hay que señalar que cuanto más alto sea el índice de discriminación (d), el ítem diferenciará mejor a las personas con puntajes altos y bajos.

Hay que señalar que todos los ítem resultaron estadísticamente significativos con $p < .05$ a excepción de tres ítem que pertenecen a la Serie E (10, 11 y 12). Si bien los índices de discriminación encontrados con esta muestra oscilaron entre los valores .008 y .669, siguiendo la clasificación propuesta por Díaz Rojas y Leyva Sánchez (2013), se

puede decir que tienen:

- Excelente poder discriminativo ($d > .35$): B: 7, 11, 12, C: 1 a 10, D: 1 a 11 y E: 2, 7.
- Buen poder discriminativo (d entre .26 y .35): B: 4, 6, 8, D: 12 y E: 1, 3, 5, 6.
- Regular poder predictivo (d entre .15 y .25): B: 5, 9, 10, C: 12 y E: 9.
- Pobre poder predictivo (d entre 0 y .14): B: 1 a 3; C: 11 y D: 4, 8, 10, 11, 12.

No se encontraron índices de discriminación negativos, que sería los que peor poder predictivo implicarían.

Aunque se trata de una medida sencilla y ampliamente utilizada del poder discriminativo del ítem, el valor d está sesgado hacia los grados intermedios de dificultad. Es decir, si un ítem es muy fácil o muy difícil, el valor d puede ser bajo aunque el ítem sea discriminante.

Por esta razón, se calculó además la correlación biserial puntual (Rbp), como otra medida que permite determinar el grado en que el constructo que se mide con el test también es medido por ítem. Proporciona una estimación de la correlación producto–momento de Pearson entre la calificación total del test y el continuo hipotético del ítem dicotómico (Henrysson, 1971). Por lo que es otra medida de la relación entre el ítem y el criterio, independiente de la dificultad que presente el ítem. Para Guilford y Frutchter (1978), los valores de esta correlación pueden oscilar entre -1 y $+1$, pasando por cero (ausencia de correlación).

En la presente muestra, los valores de la correlación biserial–puntual se encontraron entre .05 y .517. Es decir, todos los ítem del test presentaron correlaciones positivas y significativas con el criterio, a excepción del ítem E11 (Ver Tabla 3).

Tabla 3.

Proporción de respuesta por distractor, Índice de Dificultad, Discriminación y Correlación biserial-puntual. Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ (bilateral)

Serie	Item	Opciones de respuesta ¹							
		1	2	3	4	5	Índice Dificultad (<i>p</i>)	Índice Discriminación ² (<i>d</i>)	Correlación Biserial-puntual ³ (Rbp)
B	1	.021	0	0	0	.949	.963	0.097	.253**
	2	.03	0	.003	.938	0	.954	0.101	.196**
	3	.94	0	.015	.006	.009	.964	0.101	.256**
	4	.003	.015	.006	.027	.914	.892	0.274	.349**
	5	.009	.935	.003	.006	.015	.932	0.190	.343**
	6	.866	0	.009	.003	.089	.859	0.298	.357**
	7	0	.003	.024	.086	.857	.826	0.387	.422**
	8	.006	.024	.911	.018	.012	.898	0.270	.377**
	9	.018	.018	.012	.899	.024	.909	0.169	.290**
	10	.003	0	.938	.015	.015	.940	0.177	.324**
	11	.003	.003	.077	.836	.051	.825	0.419	.439**
	12	.848	.009	.024	.057	.033	.822	0.496	.502**
C	1	.042	.021	.042	.036	.827	.779	0.508	.484**
	2	.003	.110	.033	.815	.009	.750	0.512	.470**
	3	.042	.128	.021	.030	.747	.721	0.456	.403**
	4	.685	.051	.036	.182	.018	.635	0.613	.484**
	5	.030	.149	.744	.036	.012	.716	0.423	.381**
	6	.054	.006	.643	.241	.027	.616	0.581	.455**
	7	.241	.095	.482	.018	.131	.457	0.605	.454**
	8	.688	.071	.119	.080	.012	.634	0.524	.435**
	9	.292	.307	.089	.170	.110	.284	0.375	.363**
	10	.095	.405	.173	.092	.202	.350	0.565	.446**
	11	.256	.086	.116	.146	.360	.177	0.008	.083*
	12	.057	.113	.214	.202	.378	.103	0.206	.331**

D	1	.048	.042	.045	.789	.048	.772	0.391	.369**
	2	.054	.423	.378	.042	.074	.403	0.476	.378**
	3	.033	.417	.065	.411	.045	.402	0.585	.462**
	4	.188	.051	.232	.369	.131	.350	0.399	.347**
	5	.065	.051	.738	.083	.033	.700	0.560	.471**
	6	.048	.649	.036	.104	.134	.585	0.641	.511**
	7	.116	.045	.074	.125	.607	.526	0.492	.395**
	8	.063	.470	.140	.039	.259	.443	0.516	.405**
	9	.048	.226	.515	.128	.051	.449	0.669	.517**
	10	.083	.128	.122	.232	.402	.363	0.581	.483**
	11	.113	.211	.071	.104	.467	.384	0.569	.452**
	12	.036	.289	.256	.256	.131	.239	0.339	.357**
E	1	.256	.152	.265	.065	.229	.252	0.327	.311**
	2	.223	.336	.137	.086	.185	.171	0.411	.465**
	3	.211	.256	.202	.250	.045	.160	0.339	.408**
	4	.113	.158	.119	.458	.110	.170	0.085	.101**
	5	.134	.250	.149	.226	.205	.209	0.298	.306**
	6	.348	.205	.265	.104	.036	.180	0.262	.305**
	7	.122	.414	.229	.134	.063	.414	0.367	.298**
	8	.134	.229	.083	.068	.443	.085	0.052	.113**
	9	.113	.277	.146	.396	.033	.114	0.157	.231**
	10	.110	.286	.414	.116	.039	.102	0.069	.117**
	11	.110	.185	.083	.173	.414	.100	0.016	.05
	12	.238	.045	.039	.274	.366	.058	0.024	.092**

¹ Proporción por opción de respuesta.
² Índice de discriminación entre los grupos superior e inferior dividiendo la distribución (27% sup. y 27% inf.).
³ Correlación Biserial Puntual.

DISCUSIÓN

El estudio, a pesar de sus limitaciones muestrales, presenta evidencias que conforman una sólida base para interpretar los resultados. Se trata de una muestra no probabilística de personas que accedieron a participar de manera voluntaria. La muestra debería ser equilibrada en cuanto a cantidades similares de género, edad y nivel educativo alcanzado

para que sea lo más representativa posible de la población destinataria. Si por algún modo no se alcanzara esa equiparación la representatividad de dichos elementos en la muestra se vería afectada, quedando algunos grupos sub o sobre representados. Desde los aspectos psicométricos se ha alcanzado una consistencia interna muy adecuada (KR-20=0,865). Este resultado es alentador, ya que informa sobre el grado en

que los distintos ítems del test miden lo mismo. Significa la constancia de los ítems para operar sobre un mismo constructo psicológico de un modo similar; en este caso, el Raven2, en el que subyace la idea de que la persona usa el proceso cognitivo esperado al responder a los ítems (capacidad cognitiva). La resolución de las Matrices Progresivas implica que los distintos dominios del funcionamiento cognitivo como la percepción, la atención, el razonamiento inductivo, la aptitud de clasificación, la espacial, el procesamiento simultáneo, el razonamiento fluido y la memoria de trabajo son requeridos para la resolución de los ítems, que se presentan de menor a mayor complejidad.

Lo antedicho se pudo observar en los índices calculados, tanto en el índice de dificultad (que se aprecia la progresión de la dificultad de resolución de los ítem a lo largo del test), como en el de discriminación (que permite diferenciar para cada ítem a sujetos con puntajes altos y bajos en el test).

Por último es importante mencionar que en Argentina se utilizan muchos tests extranjeros que son adaptados de forma adecuada, sin embargo no todos cuentan con baremos locales.

Por lo tanto este estudio resulta pertinente para poder establecer un nivel de comparabilidad interpretando las puntuaciones al utilizar con baremos locales, ya que se tendría en cuenta la información demográfica contextualizada.

CONCLUSIONES

Debido a que es un trabajo en progreso (sólo se cuenta con el 54% del total de sujetos planificado) la muestra presenta sesgos ya que hay más mujeres que hombres, más cantidad de jóvenes y con más cantidad de participantes con una educación mayor a los 12 años.

Con respecto al estudio del instrumento se han observado propiedades adecuadas ya que, a pesar de las limitaciones mencionadas sobre las características muestrales, los ítem presentan complejidad creciente entre series, dificultad de los ítem y valores de una adecuada discriminación y consistencia interna.

Estos análisis aquí descritos estuvieron sujetos a las características muestrales, por lo que tal vez al incrementar la muestra se cuente con una mayor cantidad de personas con capacidades superiores que permitan observar puntajes totales más elevados, sobre todo en aquellos ítems de la serie E, la última serie del test.

Contar con los datos obtenidos en este trabajo resultan de gran utilidad de cara a la finalización del estudio con la muestra completa de 1680 participantes para poder realizar los análisis estadísticos con vistas a la construcción de los baremos de la región del NEA para adultos entre 19 y 64 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ato, M., López-García, J. J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>.
- Backhoff, E., Larrazolo, N. y Roses, M. (2000). Nivel de dificultad y poder de discriminación del Examen de Habilidades y Conocimientos Básicos (EXHCOBA). *Revista Electrónica de Investigación Educativa*: 2(1). <http://redie.uabc.mx/vol2no1/contenido-backhoff.html>.
- Cortada de Kohan, N. (1999). *Teorías psicométricas y construcción de tests*. Lugar.
- Cortada de Kohan, N. (2004). Teoría de Respuesta al Ítem: Supuestos Básicos. *Evaluar*, 4, 95–110. <https://blogs.ffyh.unc.edu.ar/indicadoresyevaluacion/files/2014/03/Teoria-de-Respuesta-al-item-1.pdf>.
- Díaz Rojas, P. A. y Leyva Sánchez, E. (2013). Metodología para determinar la calidad de los instrumentos de evaluación. *Educación Médica Superior*, 27(2), 269–286. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v27n2/ems14213.pdf>.
- Guilford, J. y Frutchter, B. (1978). *Estadísticas fundamentales en psicología y educación*, 6ª ed. McGraw-Hill.
- Henrysson, S. (1971). Gathering, Analysing, and Using Data on Test Items. En R.L. Thorndike (Ed.), *Educational Measurement*. American Council on Education.
- International Test Commission (2000). *Pautas internacionales para el uso de los test*. Versión argentina. (Trad. Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico ADEIP). [Archivo PDF] <https://www.psicodiagnosticos.com.ar/pdf/pautas-internacionales.pdf>.
- International Test Commission (2017). *The ITC guidelines for translating and adapting tests*. 2nd ed. [Archivo PDF]. www.InTestCom.org.
- Kohan Cortada, A., Spada, G., Martínez, C., Rosental, S. y Carballo, N. (2024). Test de Raven en Iberoamérica. Una revisión sistemática de sus baremos. *Conexiones I*(10), 48–58. Disponible en <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/233428>.
- Kuder, G. F. y Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2, 151–160.
- Lord, F. (1980). *Applications of item response theory to practical testing problems*. Hillsdale: Erlbaum Associates.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, 30(3), 1151–1169. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>.
- Pearson, Inc. (2019). *Raven's 2. Matrices Progresivas. Manual*. NCS Pearson Incorporated.
- Rasch, G. (1963). *Probabilistic models for some intelligence and attainment tests*. Denmarks Paedagogiske Institut.
- Raven, J. C., Court, J. y Raven, J. (1993). *Test de Matrices Progresivas: Escalas Coloreada, General y avanzada. Manual*. Paidós.

Artículo recibido: 18/10/2024

Artículo aceptado: 16/12/2024

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Los trabajos publicados en la revista deben ser originales, no habiendo sido publicados previamente, así como tampoco deberán estar postulados simultáneamente, en otras revistas u órganos editoriales. Se incluyen artículos dentro del campo de la evaluación y diagnóstico psicológico.

Las producciones deberán ser investigaciones, ensayos o estudios de casos clínicos escritos en español. También se podrán presentar artículos de revisión, actualización o difusión, aunque la inclusión de este tipo de producciones estará limitada dentro de cada uno de los volúmenes de la revista.

Las propuestas serán sometidas a un proceso de revisión por pares externos que valorarán su contenido (doble ciego, se conserva el anonimato de los autores y evaluadores). Los artículos, tras dicha evaluación, podrán ser aceptados directamente, aceptados con pedido de modificaciones o rechazados. Aquellas producciones aceptadas serán publicadas por orden de aceptación.

Los trabajos deberán ser enviados en un archivo Word, tamaño del papel A4, con 3 cm. en todos los márgenes; presentando una extensión máxima de 30 carillas, siendo todas ellas debidamente numeradas. Deberá ser redactado con tipografía Arial, tamaño 12, interlineado 1,5.

Para la citación de autores en el texto, así como en el apartado de Referencias bibliográficas, se debe seguir las normas de la American Psychological Association (APA) en su 7ª edición. En el apartado de Referencias Bibliográficas solo deben aparecer aquellos autores que se hayan citado en el texto, ordenándose los mismos de forma alfabética.

Las propuestas serán enviadas al siguiente correo electrónico: psicodiagnosticar@gmail.com

**ASOCIACIÓN ARGENTINA
DE ESTUDIO E INVESTIGACIÓN
EN PSICODIAGNÓSTICO**

