

Introducción

Las evidencias de validez de un test son cruciales porque de ello depende la solidez de su interpretación y, por lo general, incluyen dos tipos de análisis. Por un lado los estudios de validez interna permiten, mediante el uso de técnicas de análisis factorial exploratorio y confirmatorio, la exploración o comprobación de la estructura subyacente de las puntuaciones que avalan o desestiman las presunciones teóricas acerca de la variable en estudio. Por otro los estudios de validez externa permiten, a través de la comparación con un criterio, analizar los resultados del WISC-IV con otras medidas cognitivas y de rendimiento y evaluar las diferencias entre grupos clínicos y control. Ambos tipos de evidencias coadyuvan a una interpretación fundamentada de los resultados del test.

Por estas razones, cuando una prueba psicológica es adaptada a otro país, los encargados de la adaptación deben realizar estudios para comprobar que la estructura interna y la capacidad discriminativa son análogos a la original y de ninguna manera dar por sentado que estas evidencias son universales (Marín, 1986). Por ello, en la adaptación argentina del WISC-IV se incluyeron estudios para analizar las evidencias de validez interna y externa del test y los procedimientos para la adaptación lingüística y cultural que se describieron exhaustivamente en la publicación correspondiente (Taborda, Barbenza & Brenlla, 2011).

Además, se llevaron a cabo estudios adicionales para analizar la concordancia de las medidas del WISC-IV con su ajuste a la teoría Cattell-Horn-Carroll (CHC) sobre la cual se basa esta nueva versión del test (Carroll, 1997). Los resultados de este estudio (Brenlla, 2013) revelan que los subtests Aritmética, Matrices, Completamiento de figuras y Búsqueda de símbolos presentan cargas factoriales compartidas en ambos modelos. Aritmética puede considerarse primariamente como una medida de memoria operativa tal como postula el modelo WISC-IV pero también de habilidad cristalizada. En cambio, no se relaciona significativamente con razonamiento fluido como ocurre en la muestra de EE UU. En este sentido, deberían desestimarse las interpretaciones de Aritmética como un indicador de razonamiento fluido basadas en estudios norteamericanos cuando los realizados en nuestro medio indican lo contrario. Matrices, refleja primariamente el razonamiento perceptivo y el razonamiento fluido mientras que Búsqueda de símbolos y Completamiento de figuras expresan la habilidad en tareas de procesamiento visual. Por su parte, Vocabulario, Semejanzas y Comprensión son subtests claros de inteligencia cristalizada. De este modo, los resultados de este estudio avalan la idea de una visión integrativa entre los modelos WISC-IV y CHC para la interpretación de las puntuaciones del test.

Pero, como se indicó, la utilidad clínica y la especificidad de un test son esenciales cuando sus resultados sirven como elementos de juicio para la toma de decisiones en el ámbito clínico o educacional. Debido a que el WISC-IV se utiliza a menudo como parte de una evaluación diagnóstica, en la adaptación argentina del WISC-IV (Taborda, Barbenza, Brenlla, 2011) se incluyeron estudios con grupos especiales para examinar la utilidad clínica del instrumento. Los resultados de dichos estudios fueron recogidos en el libro "Guía para una interpretación integral del WISC-IV" (Brenlla y Taborda, 2013) parte de los cuales se resumen en esta presentación.

¹ Doctora en Psicología. Investigadora Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía (CIPP). Profesora titular Técnicas de Evaluación Psicológica I. Carrera de Psicología. Universidad Católica Argentina (UCA). Trabajo presentado en las XV Jornadas Trasandinas de Aprendizaje el 12 de septiembre de 2014, UCALP.

WISC-IV: estudios con grupos clínicos en Buenos Aires

Para la realización de los estudios con grupos clínicos se convocó a un grupo de Investigadores y profesionales independientes que reunieron los datos para los estudios con grupos especiales. En todos se respetaron los criterios internacionales para la inclusión los casos a cada uno de los grupos especiales. Es importante notar que estas muestras no fueron seleccionadas al azar sino en función de la disponibilidad. También, que los tamaños para algunos de los estudios son pequeños y cubren únicamente una porción del rango de edad del WISC-IV y que sólo se reporta el rendimiento del grupo. Por estas razones, los datos obtenidos de estas muestras se presentan como ejemplos y no intentan ser totalmente representativos de la categoría diagnóstica. El propósito de estos estudios es proporcionar evidencia de que el WISC-IV puede aportar estimaciones válidas de la aptitud intelectual de los niños pertenecientes a estos grupos especiales. No obstante, las puntuaciones del WISC-IV nunca deben ser utilizadas como criterio único para fines diagnósticos o clasificatorios sino como otro elemento de juicio para ello.

En esta presentación se hace foco en dos grupos de trastornos: los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y los Trastornos de Aprendizaje (TA).

Respecto de los primeros, en el DSM-IV TR-*texto revisado*- (A.P.A., 2002) se los define como un conjunto de alteraciones generalizadas y déficit graves en varias áreas del desarrollo –interacción social, comunicación– y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto y se distinguen diversos subtipos (Trastorno Autista, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil, Trastorno de Asperger y TGD no especificado). Actualmente, varios de los autores más importantes en el área vienen impulsando la denominación de Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) en pos de reflejar la gran variabilidad clínica y sintomática que se observa en estos niños.

Dado que estos trastornos afectan ciertos procesos cognitivos, se comprende porqué las escalas de Wechsler son una de las herramientas más usadas para su evaluación. Las tareas que lo componen brindan información acerca de la memoria operativa, la velocidad de procesamiento y la capacidad de razonamiento verbal y no verbal que se encuentran afectadas diferencialmente según el cuadro que se trate (Siegel, Minshew y Goldstein, 1996).

En nuestro medio se llevaron a cabo estudios donde se administró el WISC-IV a 24 niños diagnosticados con estos trastornos (Abbona, 2013, D’Anna, 2013 y Steinberg, 2013 en Brenlla y Tordada, 2013). Para la selección de los casos se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión/exclusión indicados en el Manual Técnico del WISC-IV (Wechsler, 2011: 183-184) acerca de estos trastornos así como el hecho de haber sido diagnosticados por al menos dos profesionales de la salud (psicólogo y neurólogo).

El grupo clínico estuvo conformado en su totalidad por varones siendo probable que esta sobre-representación refleje la mayor tasa de prevalencia de estos trastornos en niños que en niñas (4 veces superior). No se excluyeron de este estudio los casos que presentaron puntuaciones bajas de habilidad cognitiva general (es decir, CIT < 60), por considerar que ello describe diferencias sustantivas entre los cuadros clínicos incluidos.

En concreto se evaluaron 12 casos con Trastorno de Asperger, 5 con diagnóstico de TGD no especificado (TGDNE) y 7 con Trastorno Autista. Los resultados más salientes fueron:

- Los niños del grupo con trastorno autista presentaron puntuaciones significativamente inferiores a todos los demás grupos y co-morbilidad con retraso mental leve (CIT: M = 46,4 DE = 8,9).

- Los niños del grupo de TGDNE presentaron puntuaciones bajas en CIT (M = 76,4; DE = 9,1) así como en IMO, ICV e IVP. En cambio, las de IRP, se clasifican como medio bajas (M =

80,6, DE = 13,9). Pero todas son claramente inferiores a las exhibidas en el grupo control (CIT: M = 98,7, DE = 14,1; IRP: M = 100, DE = 13,7).

- Los niños con Trastorno de Asperger presentaron índices ICV (M = 94,5, DE = 17,2) e IRP (M = 96,3, DE = 16,7) medios semejantes a los del grupo control pero índices IVP e IMO, medio bajos, que difieren significativamente de éstos. Probablemente el valor de IVP (M = 86,8, DE = 16,5) refleje el perfeccionismo que muchas veces acompaña a este cuadro y el IMO (M = 85,9, DE = 12,3), la dificultad característica para el procesamiento simultáneo. Aún así, en todos los casos, este grupo presentó un mejor nivel de desempeño que los otros grupos clínicos.

- El diagnóstico diferencial entre el trastorno autista y el síndrome de Asperger depende principalmente de los niveles de lenguaje general y la interacción social. En concordancia con los antecedentes, los niños diagnosticados con Trastorno Asperger obtuvieron puntuaciones muy superiores a los autistas en ICV (M = 94,5 DE = 12,3; M = 56, DE = 11,3, respectivamente).

Los trastornos del aprendizaje incluyen una amplia gama de trastornos que se caracterizan por afectar el rendimiento escolar y que están vinculados a la adquisición o expresión de la lectura, la escritura o las habilidades de razonamiento matemático sin que ello se deba a otros problemas como el retraso mental o las enfermedades orgánicas y neurológicas. Las clasificaciones diagnósticas más actuales sugieren la noción de Desórdenes del Aprendizaje e incluyen a la dislexia, la discalculia y los desórdenes de la expresión escrita.

Para el estudio de Buenos Aires se solicitó la colaboración de profesionales especialistas quienes reunieron una muestra de 45 niños con Trastornos de Aprendizaje (véase los participantes en Gottheil & Salvino, 2013 en Brenlla y Taborda, 2013). Este grupo fue clasificado en 5 categorías (Trastornos específicos de aprendizaje (n = 12); dislexia (n = 13); trastorno no verbal (n = 10); trastorno de origen emocional (n = 6) y déficit lingüístico (n = 4) para poder establecer relaciones y diferencias entre los trastornos considerados. Para una descripción detallada de estos trastornos, consúltese Gottheil & Salvino (2013). Entre los resultados más importantes se destacan:

- Los niños diagnosticados como Trastornos no específicos del aprendizaje obtuvieron medidas descendidas en todas las puntuaciones pero más marcadas en el IVP (M = 90, DE = 13,5), comparadas con el grupo control (M = 98,9, DE = 18).

- Los niños que presentaron Trastorno específico del lenguaje solo mostraron puntuaciones descendidas en el ICV (M = 76, DE = 7,1) que, probablemente, haya contribuido a bajar la media de CIT (M = 92,3, DE = 5,7). En cambio las medidas de los IRP, IMO e IVP rondan o superan la media.

- Los disléxicos obtuvieron, sistemáticamente, las mejores puntuaciones en todas las puntuaciones compuestas (ICV: M = 96.5, DE = 12.6; IRP: M = 105.0, DE = 10.5; IMO: M = 101.2, DE = 12.6; IVP: M = 101.7, DE = 10.4; CIT: M = 101.0, DE = 9.2)

- Los clasificados dentro del grupo de trastorno de origen emocional, registraron un descenso promedio de 10 puntos en ICV respecto de la media normativa pero, en las demás medidas, valores promedio similares.

- Los niños con TNV exhibieron los desempeños más bajos de toda la muestra en todos los índices (ICV: M = 91.3, DE = 8.7; IRP: M = 85.7, DE = 14.1; IMO: M = 85.3, DE = 11.2; IVP: M = 92.7, DE = 16.0) y CI (M = 86,8, DE = 10,1).

Conclusiones

Los estudios con grupos clínicos son de relevancia para realizar inferencias psicológicas fundamentadas. Los resultados obtenidos en Buenos Aires muestran que el WISC-IV es una herramienta eficaz para detectar diferencias entre los perfiles de TGD. En concordancia con

estudios previos (Siegel et al, 1996), el desempeño fue claramente mejor en los niños que padecían trastorno de Asperger comparados con los niños con trastornos autistas quienes presentaron, además, co-morbilidad con retraso mental.

Por su parte, en el grupo de trastornos de aprendizaje, los niños con dislexia obtuvieron las mejores puntuaciones en todos los índices, de hecho similares o incluso algo superiores a los del grupo control. Por su parte, es interesante notar que en los niños con trastornos específicos del lenguaje, el único índice descendido fue el de comprensión verbal. En tal sentido la prueba muestra sensibilidad para la detección de estos casos.

Estas evidencias, sumadas a las indicadas respecto de la estructura interna del test, avalan el uso del WISC-IV como un recurso válido y fiable para la evaluación de los aspectos intelectuales, cuyas interpretaciones se hallan sólidamente fundamentadas en estudios empíricos como los presentados en este trabajo. No obstante, en cuanto a los grupos clínicos, hay que señalar las limitaciones devenidas de la cantidad y heterogeneidad de los casos considerados. En este sentido la información brindada aquí debería servir para tener una semblanza del desempeño de estos grupos pero no la obtención de perfiles clínicos definidos.

Referencias bibliográficas

A.P.A. (2002). *DSM-IV TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales*. Breviario. Barcelona: Elsevier Masson.

Brenlla, M. E. (2013). WISC-IV, Puntuaciones compuestas y Modelos CHC. *Revista Ciencias Psicológicas*, VII (2) 183 - 197.

Brenlla, M.E. y Taborda, A. (2013). *Guía para una interpretación integral del WISC-IV*. Buenos Aires: Paidós.

Carroll, J. B. (1997). The three-stratum theory of cognitive abilities. En D. P. Flanagan, J. L. Genshaft, & P. L. Harrison (eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* (pp. 122-130). Nueva York: Guilford Press.

Siegel, D. J.; Minshew, N. J. y Goldstein, G. (1996). Wechsler IQ profiles in diagnosis of high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 389-406.

Wechsler, D. (2003). *Wechsler intelligence scale for children-fourth edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Wechsler, D. (2011). *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños IV (WISC-V)*. Buenos Aires: Paidós.