
**EL IMPACTO DE LA COGNICIÓN SOCIAL SOBRE EL COMPORTAMIENTO VOCACIONAL
DEL PERSONAL DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

**THE SOCIAL COGNITION'S IMPACT ON VOCATIONAL BEHAVIOR
OF CARE STAFF FOR PEOPLE WITH DISABILITIES**

José María Benavent Estrada¹

Fecha de recepción: 16-06-2020

Fecha de aceptación y versión final: 19-11-2020

Resumen

En los últimos años, numerosos modelos teóricos basados en la teoría de la empatía y autoeficacia fundamentaron la explicación del comportamiento vocacional. El hallazgo de un perfil particular de la función cognición social en el personal que atiende personas con discapacidad obliga a evaluar la dimensión de su influencia, para su inclusión en la evaluación del comportamiento vocacional. El presente trabajo es un estudio de tipo cuantitativo correlacional de diseño transversal para el cual se seleccionó un grupo de estudio de 115 sujetos de ambos sexos y un grupo de control de 30 sujetos con actividades similares, pero sin atención de personas con discapacidad. Se evaluó con cuestionario sociodemográfico, cociente de empatía, cociente de sistematización, test de la mirada, test faux pas, escala de estrategias de coping modificado, inventario de temperamento y carácter revisado de Cloninger y escala de autoeficacia general. Se encontró un perfil particular de la función cognitivo social en la población que se desempeña en el ámbito de la atención de personas con discapacidad, con diferencias significativas definidas por muy altos niveles de empatía cognitiva y emocional, altos niveles de sistematización y con elevados resultados en la variable cooperación y una relación directa en la disminución en la capacidad de reconocimiento de miradas hostiles en el test de las miradas. Estas características especiales no son explicadas o alcanzadas solo por los conceptos de autoeficacia o empatía, por lo cual, el estudio de función cognición social debería incluirse en todo estudio de comportamiento vocacional y desarrollo profesional.

Palabras clave: atención en discapacidad - cognición social - comportamiento vocacional - desarrollo profesional.

Abstract

In recent years, numerous theoretical models based on the theory of empathy and self-efficacy founded the explanation of vocational behavior. The finding of a particular profile of the social cognition function in the staff that attends for people with disabilities makes it necessary to evaluate the dimension of their influence for inclusion in the evaluation of vocational behavior. The present work is a cross-sectional correlational quantitative type study for which a study group of 115 subjects of both sexes and a control group of 30 subjects with similar activities but without attention to people with disabilities were selected. The test used for the work were a

¹ Médico Pediatra, Especialista en Neurología Infantil. Especialista en Neurorehabilitación, Doctorando en Neurociencias Universidad Maimónides. Director Médico de CIBA, Centro Terapéutico. Director Médico HIRPaCe, Ex-Presidente de la Sociedad de Neurología. Salta, República Argentina. Tel. celular: 0387-4712705. Correo electrónico: ciba34@gmail.com

sociodemographic questionnaire, empathizing and systemizing test, modified coping strategies scale, reading the mind in the eyes test, temperament inventory and revised character of cloning, faux pastest and scale of general self-efficacy. A particular profile of social cognitive function was found in the population that works in the field of care for people with disabilities, with significant differences defined by very high levels of cognitive (empathizing) and emotional empathy, high levels of systemizing and high results in variable cooperation and a direct relationship in the decrease in the ability to recognize hostile glances in the gaze test. These special characteristics are not explained or achieved only by the concepts of self-efficacy or empathy, so the study of social cognition function should be included in all studies of vocational behavior and professional development.

Key words: disability care - social cognition - vocational behavior - professional development.

1. Introducción

En los últimos años numerosos modelos teóricos, especialmente basados en los conceptos de empatía y de la teoría de la autoeficacia de A. Bandura, intentaron explicar el comportamiento vocacional (Caprara y otros, 2008). En el área de la atención de la discapacidad se presenta la particular situación de que además del conocimiento científico, se debe adquirir y mantener una especial sensibilidad hacia los pacientes y familiares, y que en conjunto con adecuadas habilidades sociales y de comunicación permitan comprometerse con el paciente, comprender su idiosincrasia, sus padecimientos, en una situación con un perfil evolutivo crónico.

El comportamiento de la persona enfrentada con la toma de decisiones respecto a la elección de una carrera es definido como *comportamiento vocacional* (Hackett, 1995), y es parte del proceso de socialización en el cual se aportan motivaciones, capacidades, intereses, expectativas y se dirige a un entorno social en el que se desea participar libre y activamente a través de actuaciones laborales o productivas. Su estudio es complejo, ya que, excediendo las capacidades y habilidades a desarrollar, debe incluir el concepto de temporalidad, es decir, de sostenimiento del comportamiento en el tiempo (desarrollo profesional).

Allegri & Butman (2001) definen la cognición social como un proceso neurobiológico que permite interpretar adecuadamente los signos sociales y, consecuentemente, responder de forma apropiada. Es un proceso psicológico y social por medio del cual se perciben, reconocen y evalúan los eventos sociales, para construir una representación del ambiente, de interacción de los individuos (Adolphs, 2001), y posteriormente generar el comportamiento social, es decir, la respuesta más adecuada respecto de la circunstancia particular (Uribe Valdivieso, 2010).

Por la complejidad de las características que presenta el comportamiento vocacional y la búsqueda de su mayor comprensión es necesario incluir el estudio de la relación con la función cognición social, siendo esta la responsable de como los seres humanos percibimos las emociones propias y de los otros y así evaluar mentalmente las interacciones interpersonales (Frith & Frith, 2007).

2. Objetivo

Como objetivo central se examinó la función cognición social para identificar un perfil particular de una población adulta dedicada a la atención de personas con discapacidad, y su influencia en el comportamiento vocacional.

Para lograr este objetivo, se han definido los siguientes objetivos específicos:

- Seleccionar una población de demostrado comportamiento vocacional (en base a capacitación y experiencia alcanzada) en el ámbito de la atención a personas con discapacidad y una población testigo-control del ámbito de atención de pacientes con patologías agudas.
- Examinar en ambas poblaciones seleccionadas cognición social, personalidad-temperamento, autoeficacia general, mecanismos de afrontamiento y mediciones socio-demográficas.

3. Sujetos y métodos

Es un estudio de tipo cuantitativo correlacional de diseño transversal en el que se seleccionaron y aplicaron evaluaciones desde abril a septiembre del año 2018 en dos grupos. Un grupo A de 115 sujetos adultos de entre 18 y 60 años de ambos sexos, que se desempeñan como personal de centros de atención interdisciplinaria a la persona con discapacidad en la ciudad de Salta (Argentina) que cumplen las habilitaciones Categoría A otorgadas por el Servicio de Rehabilitación Nacional, según el Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad. Un segundo grupo B de control de 30 sujetos que realizan actividades laborales similares, pero en áreas de atención de pacientes agudos (Servicio de Emergencias de Hospital Público) (ver Tabla 1).

El procedimiento para la obtención de la población consistió en una solicitud a las autoridades institucionales respectivas para el desarrollo de la investigación y, una vez obtenida, se realizaron entrevistas con el personal, explicando el alcance del trabajo y sus características de anonimidad y no obligatoriedad.

Para la recolección de datos se elaboró un protocolo que incluyó consentimiento informado, un cuestionario sociodemográfico y se aplicaron test Mini-Mental (Mini Mental State Examination), pruebas de cognición social compuestas por el Coeficiente de empatía, Coeficiente de Sistematización, Test de las Miradas y Test de Faux Pas; y se enfatizó con la evaluación de la relación entre el modelo biopsicosocial de Cloninger (especialmente en autoeficacia y de un aporte sobre el rol del afrontamiento a nivel de interrelación personal y carácter organizacional del ambiente laboral), por medio del Inventario del Temperamento y el Carácter-versión revisada (ITC- R) de la Adaptación Argentina de la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer y la Escala de Estrategias de *Coping* Modificada (EEC-M).

En el análisis de la muestra se aplicó la técnica no probabilística en el grupo de estudio y en el grupo control, tomándolos como dos grupos independientes, por lo que se aplicó el Test de Wilcoxon y el de Diferencia de Proporciones para muestras independientes. Para el tratamiento de los resultados se aplicaron análisis descriptivos, como el cálculo de medidas de resumen y las tablas de frecuencias. Se

construyeron representaciones tabulares y gráficas adecuadas al tipo de variable y se efectuaron test de significancia estadística para comparar los grupos. Los valores p reportados se obtienen de la distribución exacta del estadístico de Fisher. Se analizaron correlaciones basadas en el coeficiente de Spearman. Estos análisis se realizaron con el programa InfoStat versión 2014.

Tabla 1.
Cuestionario socio-demográfico: Descriptivos de la muestra.

Grupo A	N: 115	Grupo B	N: 30
Docentes	46	Docentes	2
Médicos	6	Médicos	4
Auxiliares	17	Auxiliares	13
Profesionales de la salud	40	Profesionales de la salud	6
Administrativos	6	Administrativos	5
Media de edad	35, 13 años	Media de edad	34, 80 años
Media años formación	16, 30 años	Media años formación	13, 20 años
Género	10 varones	Género	6 varones

Fuente: Elaboración propia.

4. Análisis estadístico y discusión de los resultados

Se exponen los resultados obtenidos de acuerdo con el orden de los instrumentos utilizados. El primer resultado indica que el análisis psicométrico realizado en los instrumentos seleccionados para realizar el estudio muestra buen nivel de consistencia interna y, específicamente en esta investigación, presentaron una mayor sensibilidad los test de Coeficiente de Sistematización, Coeficiente de Empatía y Test de la Mirada.

Cuestionario sociodemográfico

En la composición de ambos grupos hay una marcada heterogeneidad dada por la presencia de mayor cantidad de docentes dentro del equipo interdisciplinario de atención a pacientes con discapacidad (Grupo A), en tanto el resto de la muestra presenta personal de salud con profesiones similares. También es similar el promedio de edad de ambos grupos (Media del Grupo A: 35, 13 años y 34, 80 años en el Grupo B).

Se encontraron diferencias entre los grupos A y B para la variable "Años de formación", en promedio, el grupo de estudio tuvo más años de formación que los individuos del grupo control (Media grupo A: 16, 30 años, media grupo B: 13, 20 años) (Michalska, Kinzler & Decety, 2013). Este valor es alterado por la composición del

grupo de estudio, en donde se encuentran docentes que elevan la media de años de capacitación, y en mayor representación en los participantes con formación no universitaria (60, 52%: Docentes: 45, 61%, Auxiliares: 14, 91%). En estos índices se encuentra una relación directa con el promedio encontrado en el grupo A en el Test de Coeficiente de Sistematización, lo cual refuerza el concepto de que la capacitación y la formación continua es una necesidad para el apoyo del comportamiento vocacional (Figura 1).

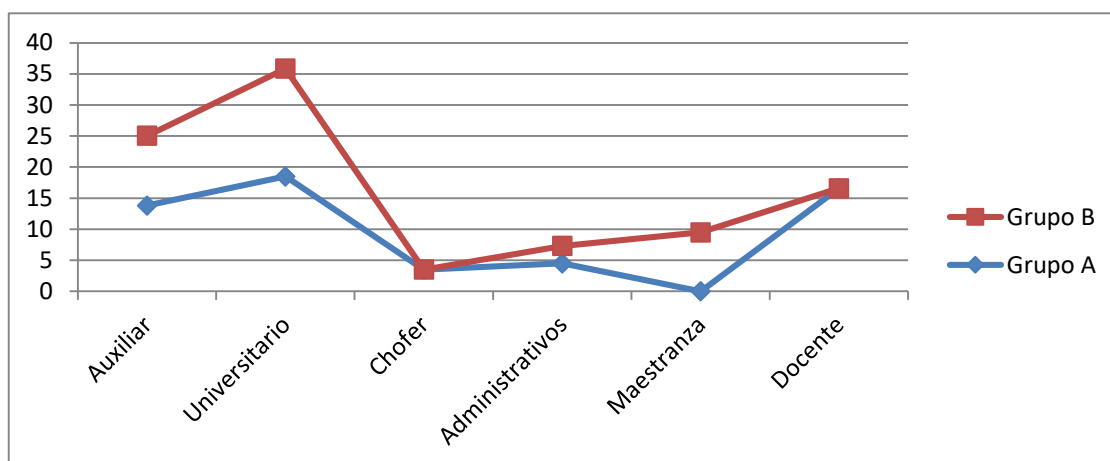
Con respecto al género hay diferencia entre ambos grupos, con un porcentaje de varones de 3, 50% en el grupo de estudio y 13, 3% en el grupo control. Este porcentaje es una fiel representación de la situación de atención de discapacidad en la ciudad de Salta y que presenta una variación, aunque siempre con menor cantidad de varones, en la atención pública de pacientes agudos.

En el cuestionario sociodemográfico se incluyó un apartado relacionado con la presencia de familiares con discapacidad, a fin de establecer si existe una relación que influya vocacionalmente, y los resultados mostraron que la elección vocacional estuvo más influenciada por aspectos prácticos como son las tareas a desarrollar, el horario o proximidad geográfica de los centros de trabajo, representando la presencia de familiares directos con discapacidad solo el 4, 38%. Es interesante que, en contra a lo esperable en el grupo control, la frecuencia de casos fue proporcionalmente mayor, representando un 6, 06%.

En la variable “Origen de los participantes”, en ambos grupos la mayoría son de la provincia de Salta, y solo el 8, 77% son procedentes de otras provincias.

Se exponen los resultados obtenidos de acuerdo con los instrumentos utilizados.

Figura 1.
Comparativa variable años de educación en ambos grupos.



Fuente: Elaboración propia.

Test Cociente de Empatía (QE)

Se observa en el Grupo A que el resultado promedio se ubica en los valores muy altos de corte del test, la media de este grupo fue 52, 73 con una mínima de 32 (docentes) y una máxima de 65 (trabajadoras sociales). El Grupo control tiene una media de 45, 67 (el punto de corte del test es una media de 33 - 52, media femenina de 47 y masculina de 42).

En la Prueba de Wilcoxon para muestras independientes, al comparar los resultados para todas las variables entre los dos grupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas con un $p < 0,0001$. Estos resultados eran totalmente esperables por la relevancia de la empatía en la disposición pro-social de las personas según la composición del Grupo A.

En el ejercicio de la actividad profesional de atención y cuidado de personas con discapacidad se requiere la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar a partir de lo que se observa, de la información verbal o de la información accesible desde la memoria (toma de perspectiva), y la reacción afectiva de compartir su estado emocional favoreciendo así la empatía, la percepción tanto de las emociones (alegría, tristeza, sorpresa) como de las sensaciones (dolor) de otras personas (Costa, Alves, Neto, Marvão, Portela y Costa, 2014). Por este motivo, la empatía desempeña un papel central en la disposición pro-social de las personas y para las interacciones sociales. En este estudio no se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres con respecto a la dimensión cognitiva, sí siendo marcada la diferencia a nivel de la dimensión afectiva/emocional (Gleichgerrcht & Decety, 2013; Mercer & Reynolds, 2002).

Test Cociente de Sistematización (QS)

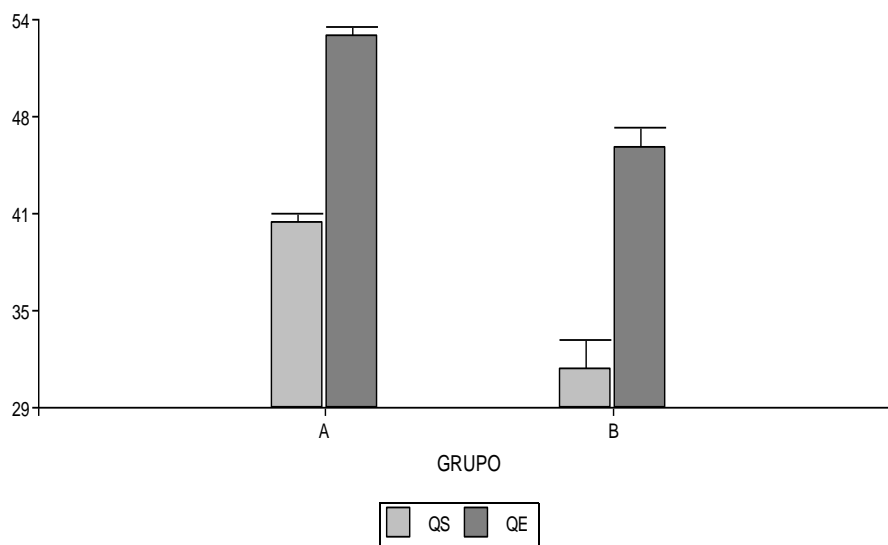
El promedio del índice del QS en el Grupo A (40,75) es mayor que el del grupo control (31,13) con un $p < 0,0001$. Se puede observar que las medias del Grupo A son superiores a las medias del Grupo B y el 80% del grupo A, se encuentra en valores muy altos y el 20% restante, en valores de la media alta para los puntos de corte del test: media de corte 20-39, media femenina 24 y masculina 30. La media fue de 40,76 con una máxima de 52, que se mantuvo en el 60% del grupo (auxiliares, docentes y profesionales de la salud) y la mínima fue de 21 (kinesiólogos).

En tanto, en el grupo control presentó una media de 31,13 que es levemente mayor que la media de corte, tanto masculina (30) como femenina (24). Con la prueba de Wilcoxon para muestras independientes se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$), lo que se relaciona directamente con los elevados resultados obtenidos en el Test de Cociente de Empatía (QE), con un $p < 0,0001$. Este índice también está directamente relacionado con la variable "mayor nivel educativo". En el grupo control se encontró correlación indirecta significativa entre: QS y QE ($r = -0,43$; $r = 0,02$). Específicamente, el cociente de sistematización evalúa cómo la persona analiza las variables de un sistema para descubrir las reglas subyacentes que rigen su comportamiento y permite predecir el comportamiento de un sistema y cómo controlarlo. La sistematización es una poderosa forma de comprensión y predicción de lo regido por la ley del universo inanimado, en tanto la empatización es la manera de entender y predecir el mundo social. La sistematización es

predominantemente de dominancia masculina, pero todos tenemos habilidades tanto para la sistematización como para la empatización, lo diferente es nuestra preferencia para el uso de una u otra habilidad, y en ello influye la formación y el entrenamiento recibido.

A esto se debe agregar la posibilidad de que, mientras que la cultura y la socialización podrían en parte determinar si se desarrolla un mayor interés en los sistemas o en la empatía, la biología también determina en parte este desarrollo. Hay requisitos necesarios en común, tanto para la sistematización como para el ejercicio de la actividad profesional, como es la atención al detalle sin llegar a ser una atención extrafina al detalle como en el caso del autismo. Pero esta también es una característica sumamente necesaria en la práctica rehabilitatoria clínica como una actividad basada en normas o información estructurada, objetiva y protocolizada. En este grupo de estudio es una característica necesaria para el desarrollo de la actividad, favoreciendo el pensamiento analítico, como el típico caso de los sistemas clasificables, en donde el pensamiento analítico introduce mayor diferenciación y una mayor consistencia entre uno y otro ítem (Figura 2). La clasificación y organización implican sistematizar, porque las categorías son predictivas: cuanto más fina sea la clasificación, mejor será el sistema de predicción. Es decir, hay características de procesamiento que son fundamentales para el correcto ejercicio de la profesión, y ello explicaría que los resultados obtenidos sean tan elevados y asociados directamente al grado de formación y experiencia alcanzada (Masten, Morelli & Eisenberger, 2011).

Figura 2.
Comparativa de Test de QS/QE en ambos grupos



Fuente: Elaboración propia

Test de las Miradas

Se aplicó un test de diferencias de proporciones para probar si existen y si son significativas entre el grupo A de estudio y el grupo B de control, y el resultado es que

fueron altamente significativas entre los dos grupos ($p=0,02535$). Para el grupo A, el 64% dio respuesta correcta al test en tanto que para el grupo B el 87% (Ver Tabla 2).

La diferencia observada entre los grupos se debe a errores en el reconocimiento de emociones en los rostros, específicamente relacionados con las figuras de rostro hostil y rostro severo. Estos hallazgos son coincidentes con trabajos (Adolphs, Baron-Cohen & Tranel, 2002; Avenanti, Paluello, Bufalari & Aglioti, 2006) que demostraron que el reconocimiento de una amplia variedad de expresiones faciales, incluyendo las emociones básicas como felicidad e ira o emociones sociales como culpa, admiración y coquetería, dependen de la amígdala (Morris et al., 1998; Acharya & Shukla, 2012), observadas en estudios realizados en médicos disminuye la excitación negativa en respuesta al dolor de los demás (Keyzers, Kaas & Gazzola, 2010; Dozolme, Prigent, Yang & Amorim, 2018), siendo esta una cualidad que se desarrolla durante el entrenamiento profesional, permitiendo la no influencia en los recursos cognitivos y consecuentes beneficios para poder realizar la terapia rehabilitatoria (Iacono, Ellenbogen, Wilson, Desormeau & Nijjar, 2015).

Tabla 2.

Test de las Miradas (TDLM), correlación de Spearman (coeficientes/ probabilidades)

GRUPO A					
Variable	Clase	Categorías		FA	FR %
Test Mirada	1	Correcta	73		0,64
Test Mirada	2	Incorrecta	41		0,36
		Total	114*		
GRUPO B					
Variable	Clase	Categorías		FA	FR %
Test Mirada	1	Correcta	26		0,87
Test Mirada	2	Incorrecta	4		0,13
		Total	30		

Fuente: Elaboración propia.

* En el grupo A no se consideró una evaluación TDLM por no presentarse completa, no pudiéndose adjudicar tampoco como categoría incorrecta.

Test Faux Pas

En esta prueba, habitualmente las mujeres son mejores que los hombres en juzgar lo que sería socialmente insensible o potencialmente hiriente y ofensivo (Baron-Cohen, 2009). Además del género, hay una tendencia a asociarse con un nivel educativo alto: cuanto mayor sea éste, menor es la frecuencia de errores. Estas dos situaciones (altos niveles educativos y predominancia femenina en ambos grupos) influyeron para que en este test no se registrasen errores.

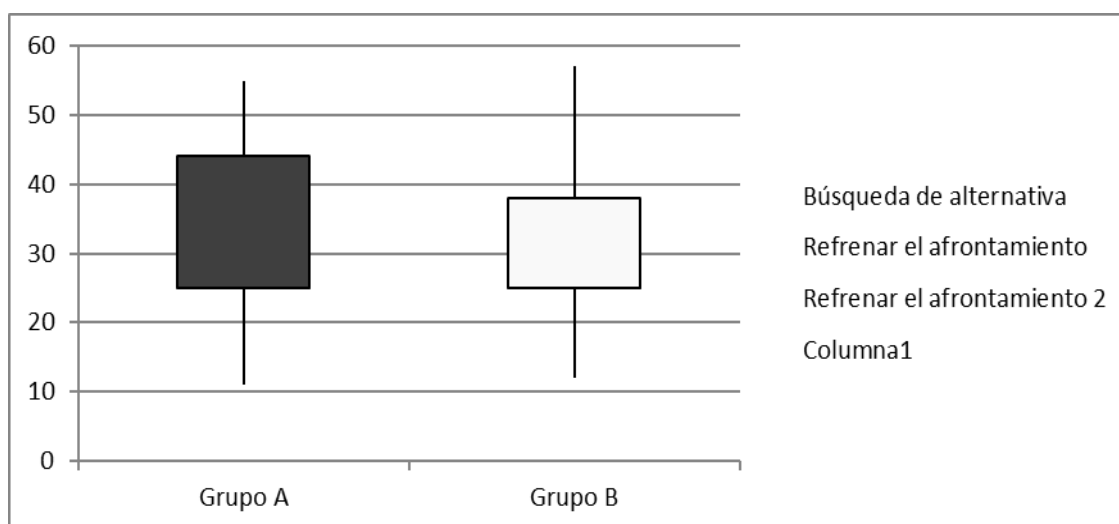
Escala Adaptada para Argentina de Autoeficacia General

La Escala de Autoeficacia General muestra un nivel auto-percibido alto en ambos grupos con una media de 35.73 para el grupo A y una media de 36.26 el grupo control, siendo valores estándares para la escala (Brenlla, Aranguren, Rossaro y Vázquez, 2010).

Escala de Estrategias de Coping o Afrontamiento Modificada (EEC-M)

Como conjunto de recursos y esfuerzos -tanto cognitivos como comportamentales- orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación, el Grupo A presentó estilo de afrontamiento similar al Grupo B y a la muestra poblacional utilizada en baromización de la Escala de Estrategias de Coping (EEC-R).

Figura 3.
Comparativa entre ambos grupos de estilos de Coping



Fuente: Elaboración propia

Inventario de Temperamento y Carácter Revisado

Los resultados de los estadísticos descriptivos del ITC-R indican que la distribución de las dimensiones del ITC-R tiende a ser normal en este grupo, excepto en la dimensión Cooperación: el Grupo A tiene mayor promedio (30,53) en este índice que el grupo control (28,17) y esta diferencia es estadísticamente significativa ($p=0,0152$).

Con respecto a las dimensiones del ITC-R se realiza pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov cumpliéndose en cinco de las dimensiones mayores: Evitación del Daño (HA), Dependencia de Recompensa (RD), Persistencia (PS), Autodirección (SD) y Autotranscendencia (ST) y no se cumplió en Cooperación (C). La consistencia del ITC-R es buena presentando un alfa 0,76. Se realiza prueba de normalidad para probar la distribución normal de las dimensiones del ITC-R y no se cumple la normalidad en dimensiones de Cooperación (C) (Figura 4). La consistencia interna es

buena, con un alfa 0.76 con valores de consistencia interna para las dimensiones principales y las facetas de coeficientes entre 0.73 y 0.81.

Cuando se analiza la relación entre rendimiento en cognición social y las dimensiones del Modelo de Personalidad de Cloninger, el Cociente de Empatía es el que muestra correlación moderada ($r: 0.46$) entre Cociente de Empatía y la dimensión Dependencia de la Recompensa (RD) del ITC-R. Esta dimensión de temperamento se caracteriza por la tendencia a responder intensamente a los signos de recompensa y a mantener conductas asociadas a premios y resistir las conductas asociadas a castigos, sentimentalismo, dependencia social, sensibilidad y calidez. Apego (RD2) - subdimensión de Dependencia de la Recompensa (RD)- correlaciona moderadamente con el Cociente de Empatía ($r:0.41$) (Hernangómez Criado, Fernández Belinchón y González Díaz, 2016).

Se encuentra correlación moderada entre Cociente de Empatía y la dimensión Cooperación (C) del ITC-R ($r: 0.45$). La Cooperación (C) es una dimensión de carácter adquirida que se describe como la capacidad de aceptar a otras personas, identificarse con ellas, aceptar incondicionalmente al otro, ser empático con los sentimientos de otros, ser útil presentando buena disposición para ayudar al prójimo a lograr sus metas, ser tolerantes y compasivos. Dentro de la dimensión Cooperación (C), la subdimensión Empatía (C1) presenta una correlación moderada con el Cociente de Empatía ($r: 0.55$).

Se estimó la correlación existente entre ITC-R y el Test de la Mirada y con el Test Faux Pas, pero no se encontraron correlaciones significativas con las dimensiones de personalidad. Del análisis de regresión lineal entre Faux Pas se encuentra que su rendimiento sí se relaciona con género femenino, nivel educativo alto y la dimensión Evitación del Daño (HA).

Por último, el análisis de regresión lineal con Cociente de Empatía arroja que la Empatía -para el modelo integral- se asocia con la dimensión Dependencia de la Recompensa (RD) y Cooperación (C).

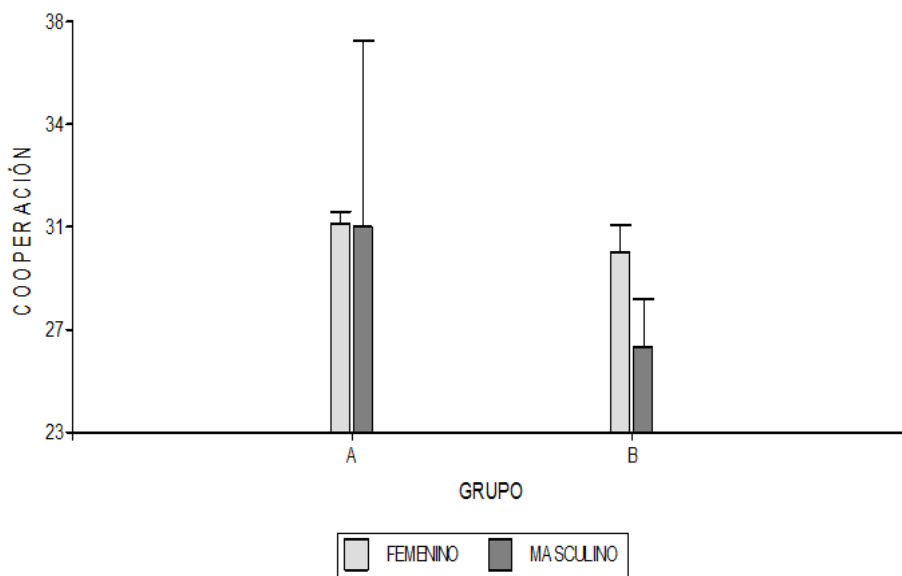
Al valorar la cognición social con el Cociente de Empatía-instrumento que responde a una mirada integradora de la empatía- se encuentra que correlaciona moderadamente con la dimensión Cooperación (C), subdimensión Empatía (C1) y por el otro correlaciona moderadamente con la dimensión Dependencia de la Recompensa (RD), subdimensión Apego (RD2) del modelo psicobiológico de personalidad. Acerca de los otros dos instrumentos de cognición social aplicados -el Test de la mirada y Faux Pas- se puede reportar que no correlacionan directamente con personalidad; pero al asociar Test de la Mirada y Faux Pas con dimensiones Personalidad y variables sociodemográficas, se encuentra una asociación significativa entre Faux Pas con Evitación del Daño (HA), nivel educativo y género femenino.

En el grupo de estudio se encontró correlación estadística significativa (Relación directa) entre: Años de formación y Evitación al daño ($r=0,25$; $p=0,01$); Años de formación y Dependencia a la recompensa ($r=0,36$; $p <0,0001$); Dependencia a la recompensa y persistencia ($r=0,36$; $p <0,0001$); Autodirección y Cooperación ($r=,39$; $p <0,0001$); Autodirección y QS ($r=0,46$; $p=0,01$); Autotrascendencia y Cooperación ($r=0,41$; $p=0,03$) y relación indirecta entre Evitación al daño y Persistencia ($r=-0,36$; p

<0,0001), y Persistencia y Evitación al daño ($r=-0,56$; $p<0,0001$). Asimismo, se encontró correlación estadísticamente significativa entre Búsqueda de la Novedad y Persistencia ($r=0,19$; $p=0,04$). En el grupo control se encontró correlación altamente significativa entre (Relación directa): Autotrascendencia y Cooperación ($r=0,41$; $p=0,03$); Autodirección y QS ($r=0,46$; $p=0,01$) y relación indirecta entre Persistencia y Evitación al daño ($r=-0,56$; $p<0,0001$).

Figura 4.

Comparativa por género de la variable Cooperación entre ambos grupos



Fuente: Elaboración propia

A partir de estos resultados, el estudio permite revalidar las conclusiones acerca de que la empatía es una variable que se relaciona con diferencias individuales, como personalidad y género (Fernández-Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008).

Por otra parte, un aporte significativo de este trabajo es el hallazgo sobre la importancia del nivel educativo, en sujetos sanos, como variable que se asocia a la personalidad y a la cognición social cuando ésta es medida a partir de Faux Pas. Esto muestra que la comprensión de “meteduras de pata” o errores sociales no intencionales depende del nivel de formación del sujeto; entonces, la escolaridad tiene -en esta muestra- cierta ventaja para que el sujeto pueda comprender cuándo una persona dice o hace algo inadecuado, sin tener la intención de hacerlo y entender que la otra persona puede sentirse herida y ofendida.

6. Conclusiones

En cuanto a la hipótesis planteada, en los sujetos que trabajan en atención a personas con discapacidad (Grupo de estudio A), se encontraron diferencias significativas: presenta un perfil definido con altos niveles en empatía cognitiva/emocional y sistematización. Los niveles altos hallados en el Coeficiente de

sistematización estuvieron directamente relacionados con mayor nivel educativo, lo cual podría definir la necesidad de un componente formativo continuo y específico en el mantenimiento del comportamiento vocacional.

Dentro del perfil definido encontrado, se asoció el hallazgo en el Test de las Miradas de mayor cantidad de errores en la falta de reconocimiento para las miradas de hostilidad y enojo. En el resto de los test, como los niveles de autoeficacia fueron altos en ambos grupos y con respecto a la esperada elevada expectativa de autoeficacia basada en la abundante referencia de la literatura que la presenta como predictora de elección vocacional y que debería haberse expresado en las dimensiones referentes a la búsqueda de novedad, perseverancia, autodirección y toma de decisión en la evaluación de dimensiones de personalidad de Cloninger, no hubo diferencias en ambos grupos.

El desarrollo de este trabajo muestra que en el estudio de la elección vocacional debe incluirse necesariamente la función de cognición social y, en especial, los instrumentos más útiles para esclarecer los principales indicadores del desarrollo vocacional fueron el conjunto del Coeficiente de empatía y de sistematización, junto con el Test de las Miradas. Las diferentes experiencias, conductas y hechos que con estos instrumentos se recogen permiten conocer su eficacia a la hora de planificar la trayectoria evolutiva académica, así como la preparación profesional necesaria.

En relación con la motivación o intereses por la opción laboral escogida, los universitarios y docentes se relacionan positivamente con dos elementos cruciales de la empatía cognitiva: la preocupación empática y la toma de perspectiva. Los niveles elevados de empatía cognitiva, que tienen una acción mediadora entre la función de la cognición social, actúan como base para la perseverancia ante los obstáculos, constituyéndose en el mayor predictor del desarrollo vocacional. Es así que el desarrollo de ésta a través de la formación continua y el apoyo en un trabajo en equipo interdisciplinario constituyeron la base referencial para apoyar el desarrollo profesional.

7. Referencias bibliográficas

- Acharya, S. & Shukla, S. (2012). Mirror neurons: enigma of the meta-physical modular brain. *J Nat Sci Biol Med*, 3 (2), 118-24. doi: [10.4103/0976-9668.101878](https://doi.org/10.4103/0976-9668.101878)
- Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current Opinion in Neurobiology*, 11 (2), 231- 239. [https://doi.org/10.1016/S0959-4388\(00\)00202-6](https://doi.org/10.1016/S0959-4388(00)00202-6)
- Adolphs, R., Baron-Cohen, S. & Tranel, D. (2002). Impaired recognition of social emotions following amygdala damage. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14 (8), 1264-1274. <https://doi.org/10.1162/089892902760807258>
- Allegrí, R. F. & Butman, J. (2001). A Cognição Social e o Córtex Cerebral. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 14(2), 275-279. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/188/18814203.pdf>
- Avenanti, A., Paluello, M. I., Bufalari, I. & Aglioti, S. M. (2006). Stimulus-driven modulation of motor-evoked potentials during observation of others' pain. *NeuroImage*, 32 (1), 316-324. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2006.03.010>

- Brenlla, M. E.; Aranguren, M.; Rossaro, M. F. & Vázquez, N. (2010). Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Autoeficacia General. *Interdisciplinaria*, 27(1), 77-94. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/180/18014748006.pdf>
- Caprara, G. V., Fida, R., Vecchione, M., Del Bove, G., Vecchio, G. M., Barbaranelli, C. & Bandura, A. (2008). Longitudinal analysis of the role of perceived self-efficacy for self-regulated learning in academic continuance and achievement. *Journal of Educational Psychology*, 100 (3), 525–534 <https://doi.org/10.1037/0022-0663.100.3.525>
- Baron-Cohen, S. (2009). Autism: The Empathizing–Systemizing (E-S) Theory. *Annals of the New York Academy of Science*, 1156, 68–80. DOI: [10.1111/j.1749-6632.2009.04467.x](https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04467.x)
- Costa, P., Alves, R., Neto, I., Marvão, P., Portela, M. & Costa, M. J. (2014). Associations between Medical Student Empathy and Personality: A Multi-Institutional Study. *PLOS ONE* 9 (3), e89254. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089254>
- Dozolme, D., Prigent, E., Yang, YF. & Amorim, M.A. (2018). The neuroelectric dynamics of the emotional anticipation of other people's pain. *PLOS ONE*, 13 (8), e0200535. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200535>
- Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. & Márquez, M. (2008). Empatía: Medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología*, 24 (2), 284-298. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=167/16711589012>
- Frith, C.D. & Frith, U. (2007). Social cognition in humans. *Current Biology* 17 (16), 724-732. DOI [10.1016/j.cub.2007.05.068](https://doi.org/10.1016/j.cub.2007.05.068)
- Gleichgerrcht, E. & Decety, J. (2013). Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout and emotional distress in physicians. *PLoS ONE* 8 (4), e61526. DOI: [10.1371/journal.pone.0061526](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061526)
- Hackett, G. (1995). Self-efficacy in career choice and development. En A. Bandura (Ed.) *Self-efficacy in changing societies* (pp. 232-258). Nueva York: Cambridge University Press.
- Hernangómez Criado, L., Fernández Belinchón, C. & González Díaz, R. (2016). *Manual CEDE de preparación PIR. Psicología de la Personalidad y Diferencial*. Madrid, España: CEDE. Recuperado de <https://pir.es/temasmuestra/07tema.pdf>
- Iacono, V., Ellenbogen, M., Wilson, A., Desormeau, P. & Nijjar, R. (2015) Inhibition of personally-relevant angry faces moderates the effect of empathy on interpersonal functioning. *PLoS ONE* 10(2), e0112990. DOI: [10.1371/journal.pone.0112990](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112990)
- Keysers, C., Kaas JH. & Gazzola V. (2010) Somatosensation in social perception. *Nature Reviews Neuroscience*, 11 (6), 417–428 <https://doi.org/10.1038/nrn2833>

-
- Masten, C., Morelli, S. & Eisenberger, N. (2011). An fMRI investigation of empathy for 'social pain' and subsequent prosocial behavior. *NeuroImage*, 55 (1), 381-388 <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.11.060>
- Mercer, S. & Reynolds, W. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52(Suppl), S9–12. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1316134/>
- Michalska K., Kinzler K. & Decety J. (2013). Age-related gender differences in dispositional empathy do not predict brain responses. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 3, 22-32 <http://dx.doi.org/10.1016/j.dcn.2012.08.001>
- Morris, J.S., Friston, K. J., Büchel, C., Frith, C.D., Young, A.W., Calder, A.J. & Dolan, R. J. (1998). A neuromodulatory role for the human amygdala in processing emotional facial expressions. *Brain*, Jan, 121,47-57 DOI: [10.1093/brain/121.1.47](https://doi.org/10.1093/brain/121.1.47)
- Uribe Valdivieso, C. (2010). Una breve introducción a la cognición social: procesos y estructuras relacionados. *Contextos Revista Virtual del Programa de Psicología*, Año 2 (4), 1-10. http://www.contextos-revista.com.co/Revista%204/Revista4_a_05.html