



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>





PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS QUE
ACUDEN A UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

**Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología
con mención en Psicología Clínica**

que presenta la

Bachiller:

CARLA SILVANA OTOYA GUTIÉRREZ

ASESORA: LUPE JARA CASTRO

LIMA – 2011



RESUMEN

Funcionamiento psicológico de niños que acuden a un hospital psiquiátrico

Si bien se espera que el ambiente donde se desarrolla un niño lo provea de elementos suficientes para potencializar sus recursos, en un país como el Perú, la pobreza, la violencia y la desestructuración familiar configuran un entorno desfavorable. En este contexto, la niñez llega a ser la población más vulnerable, ya que, como menciona Tessier (1994), a medida que las condiciones de vida en las familias se tornan difíciles, los niños son los organismos que más rápidamente se ven sometidos al abuso, a la negligencia y al abandono. Esto afecta su desarrollo y facilita la emergencia de dificultades emocionales que interfieren en su adaptación. Por otro lado, aún cuando en el Perú las perturbaciones emocionales en la niñez constituyen uno de los problemas vistos con mayor frecuencia en los centros de salud mental (Ministerio de Salud, 2004), existen escasos estudios y estadísticas referentes a ello.

En este marco, la presente investigación intenta un acercamiento al mundo interno de los niños que a través de sus síntomas piden ayuda, y que a partir de algún miembro cercano a ellos que recoge este pedido, asisten a consulta psicológica. Se busca así, conocer las características de personalidad de estos niños, considerando además el entorno social en el que se desenvuelven. De ahí que nos preguntamos: *¿Cómo es el funcionamiento psicológico de un grupo de niños entre los 8 y 12 años que acude a un hospital psiquiátrico estatal de Lima?*

Los objetivos que se plantean son:

Objetivo general:

- Describir el funcionamiento psicológico de un grupo de niños que acude a consulta psicológica en un hospital psiquiátrico limeño.

Objetivos Específicos:

- Describir en los niños del grupo de estudio: la capacidad de control y tolerancia al estrés, el estrés situacional, la forma cómo procesan, traducen y conceptualizan la información, la autopercepción, y la percepción y conducta interpersonales.
- Identificar diferencias en el funcionamiento psicológico de los niños del grupo de estudio a partir del género, edad, grado de escolaridad y tipo de colegio (particular-estatal).

Aspecto metodológico:

La presente investigación es descriptiva debido a que evalúa una variable para mostrar con precisión las dimensiones asociadas a ella. El diseño utilizado es no experimental de tipo transeccional, ya que no se manipuló ninguna variable y se recolectó los datos en un solo momento (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Para elegir a los participantes se consideró un muestreo de tipo no probabilístico, debido a que la elección de los participantes no dependió de la probabilidad, sino que se eligió aquellos que se presumió eran típicos en la muestra (Hernández et al., 2006). La muestra estuvo integrada por 60 niños de

nivel socioeconómico bajo, la mitad conformaron el grupo de estudio y la otra mitad el grupo de comparación. Ambos grupos estuvieron conformados por 16 niños y 14 niñas, de edades entre los 8 y los 12 años, y que cursaban entre 2° grado de primaria y 1° año de secundaria. Los niños del primer grupo, a diferencia del primero, asistían a consulta psicológica en un hospital psiquiátrico estatal de Lima.

Se utilizó el Psicodiagnóstico de Rorschach, que consta de 10 láminas de manchas de tinta como elementos estimulares. Esta prueba permite evaluar diferentes aspectos de personalidad, que el Sistema Comprehensivo de Exner divide en las siguientes agrupaciones: Capacidad de control y tolerancia al estrés, Estrés de origen situacional, Mediación Cognitiva, Ideación, Procesamiento de la Información, Afecto, Autopercepción y Percepción interpersonal. Se utilizó también una Ficha Sociodemográfica para poder controlar los criterios de selección de la muestra y obtener información adicional acerca de algunas características familiares del grupo de estudio.

Conclusiones

Los resultados revelan que aun cuando los niños del grupo de estudio acudieron a consulta por diferentes síntomas y problemas emocionales, comparten características similares de personalidad que los diferencian de los niños del grupo de comparación. Estas semejanzas parecieran estar asociadas a su condición de pacientes y al contexto sociofamiliar en el que se desarrollan, permitiendo observar elementos de vulnerabilidad en su funcionamiento psicológico.

El grupo de estudio, comparado con el grupo de comparación, presenta en un mayor grado: dificultad para manejar el estrés actual y situacional, elementos invasivos en su ideación, sentimientos de indefensión, tendencia a retener la exteriorización de las emociones, impulsividad en el manejo de las emociones, ambivalencia afectiva, hostilidad y oposicionismo, afectos depresivos asociados a inhabilidad social. También muestran mayor posibilidad de presentar un trastorno afectivo significativo.

Respecto al área cognitiva, los niños pacientes muestran mayor tendencia a: invertir más esfuerzo y energía en el procesamiento de la información, distorsionar la realidad, mostrar descontrol ideacional y perder fácilmente la concentración. Su pensamiento es más pesimista y rígido, con mayor tendencia a generar atribuciones negativas respecto a sí mismos. Anticipan con mayor frecuencia agresividad en las relaciones, manteniendo en mayor medida una percepción parcial y escindida de los otros y predisposición a desarrollar patrones de conductas interpersonales inadecuados.

Dentro del grupo de estudio, las niñas se diferencian de los niños por presentar mayor tendencia a traducir los estímulos de manera idiosincrásica.

La división por grupos de edad muestra en los niños mayores mayor negligencia en el procesamiento de información. Además, a pesar de que muestran mayor probabilidad de conductas interpersonales adaptativas, su percepción de los otros es más fragmentada y existe mayor pasividad en sus vínculos.

La división por grado de escolaridad muestra en los niños de grados superiores una mejor calidad en el procesamiento de la información y mayor

tendencia a traducir los estímulos de manera idiosincrásica. Presentan también, mayor actividad ideacional deliberada y activa, con tendencia al uso de la fantasía. Son más asertivos y están más interesados en los demás. No obstante, son más suspicaces y menos responsivos afectivamente. Además, muestran mayor control en la expresión de las emociones.

La división por grupos de edad y grado de estudios, coincide en una menor disfunción mediacional y mayor apego a lo convencional en los niños de más edad y/o de grados superiores. Sin embargo, estos niños muestran también mayor actividad mental periférica, y mayor rigidez y constricción ideativa.

Finalmente, los niños de colegios estatales muestran mayor dificultad en la conceptualización, con más probabilidad de impulsividad a nivel de pensamiento.

REFERENCIAS

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Ministerio de Salud (2004). *Lineamientos para la acción en salud mental*. Lima: MINSA.
- Tessier, R. (1994). Dimensiones ecológicas de la familia: la situación social de los niños. *Revista de Psicología de la PUCP*, 12 (1), 3-31.

AGRADECIMIENTOS

A Lupe Jara, por su dedicación y perseverancia a lo largo de este proyecto. Por compartir su conocimiento de manera cálida y lúcida. Así como por mantener siempre su confianza en la realización de esta investigación.

A Matilde Ráez, por su disposición para compartir su experiencia y dominio en el Psicodiagnóstico de Rorschach, de una manera siempre didáctica y reflexiva.

A Mónica Salas, por su trabajo minucioso y dedicado en la parte estadística.

A Sigrid Buitrón y Marcela Cornejo, por su valiosa colaboración en la codificación de los protocolos.

A María Elena Bardales y Amparo Carrillo, por la confianza brindada al permitirme formar parte del proceso de evaluación de sus pequeños pacientes.

A cada uno de los niños de esta investigación, que a pesar de su sufrimiento me brindaron la posibilidad de acceder a su mundo íntimo. Gracias por darle sentido a este proyecto.

A mis padres por su apoyo incondicional. Y a Fabi, por recordarme siempre que había que continuar.

RESUMEN

Funcionamiento psicológico de niños que acuden a un hospital psiquiátrico

La presente investigación tiene como objetivo describir el funcionamiento psicológico de niños que acuden a un hospital psiquiátrico. El estudio es descriptivo y el diseño es no experimental de tipo transversal.

Se evaluó a 60 niños entre los 8 y 12 años de edad que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. La mitad de estos niños (grupo de estudio) asiste a consulta psicológica en un hospital psiquiátrico y la otra mitad no. La comparación entre ambos grupos buscó conocer las características de personalidad en los niños pacientes, en base a las agrupaciones que propone el Psicodiagnóstico de Rorschach según del Sistema Comprehensivo de Exner. Además, se buscó identificar las características dentro del grupo de estudio a partir de las diferencias por sexo, edad, grado de escolaridad y tipo de colegio (particular o estatal). Los resultados indican diferencias significativas entre ambos grupos en las áreas de Control y Tolerancia al estrés, Afecto, Procesamiento de la información, Mediación, Ideación, Autopercepción y Percepción y Conductas Interpersonales. Ello muestra que estos niños comparten características similares de personalidad asociadas a su condición de pacientes y al contexto sociofamiliar en el que se desarrollan, observando elementos de vulnerabilidad en su perfil psicosocial. Asimismo, la comparación intragrupal mostró diferencias según sexo, edad, grado de estudios y tipo de colegio en algunas variables del Sistema Comprehensivo.

Palabras clave: Niñez, funcionamiento psicológico, problemas emocionales, Psicodiagnóstico de Rorschach.

ABSTRACT

Psychological performance of children who assist to a psychiatric hospital

The objective of the current investigation is to describe the psychological performance of children who attend to a psychiatric hospital. The study is descriptive and the design is nonexperimental of the transectional type.

There have been evaluated 60 children between 8 and 12 years old who belong to a disfavored social-economical level. Half of these children (studied group) attend to psychological consultation in a psychiatric hospital, and the other half does not. The comparison between both groups looked for knowing the personality characteristics in child patients, based on the clusters that the Rorschach Psychodiagnostic Test proposes using the Comprehensive System. Besides, it was looked for identifying the characteristics within the studied group from the sex, educational level, and school type (private or stata) differences. The results indicate significant differences between both groups in the areas of stress Control and Tolerance, Affection, information Processing, Mediation, Ideation, Selfperception and Interpersonal Peception and Behavior. This shows that this children share similar personality characteristics associated to their patient condition and the social-familiar context where they develop, watching vulnerability elements in their psycosocial profile. Also, the intragroupal comparisons show differences in sex, age, educational level, and school type in some Comprehensive System variables.

Keywords: Childhood, psychological performance, emotional problems, Rorschach Psychodiagnostic Test

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	i
CAPÍTULO I: Desarrollo psicosocial y salud mental en la niñez`	1
El desarrollo psicosocial en la niñez	1
Factores de riesgo en el desarrollo del niño peruano.....	4
La salud mental en la niñez	7
Dificultades emocionales en los niños.....	8
La salud mental de los niños en el Perú.....	14
El estudio de las dificultades emocionales en la niñez a través del Psicodiagnóstico de Rorschach	18
Planteamiento del problema	22
CAPÍTULO II: Método.....	25
Participantes.....	25
Medición	27
Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprehensivo de Exner	27
Ficha sociodemográfica	29
Procedimiento.....	30
CAPÍTULO III: Resultados	32
CAPÍTULO IV: Discusión	58
Conclusiones y recomendaciones	75
Referencias	80
ANEXOS	92
Anexo A: Ficha sociodemográfica	93
Anexo B: Consentimiento informado	95
Anexo C: Confiabilidad de jueces signos Rorschach.....	97
Anexo D: Tablas de resultados	98



INTRODUCCIÓN

En la región de las Américas los problemas de salud mental en los niños alcanzan una prevalencia de 10% a 20%, afectando principalmente a los sectores socioeconómicos más bajos. Asimismo, se encuentra que más del 20% de niños del sector urbano que ingresa al primer grado de la escuela muestra trastornos psiquiátricos asociados especialmente a conductas desadaptativas y al hecho de haber sido víctimas de maltrato (Ministerio de Salud, 2006).

Esos datos nos alertan sobre un problema social y de salud grave. No obstante, como señala el Ministerio de Salud (2004), en el Perú no existe información epidemiológica consistente y organizada sobre la prevalencia de trastornos mentales. Además, los escasos estudios y estadísticas referentes a ello están basados en su gran mayoría en población adulta y/o adolescente, quedando la niñez excluida. Así pues, aun cuando hay interés por mejorar la calidad de vida de los niños, éste se centra especialmente en la educación y la salud física, dejando de lado el tema de la salud mental.

Por otro lado, existe una elevada cifra de adultos en el Perú que padecen algún trastorno emocional (siendo los más comunes la depresión y la ansiedad generalizada) (Saavedra, 2002). Entonces, si consideramos cuántos de estos adultos están encargados de cumplir una función parental con los niños; no es difícil imaginar las dificultades que tendrán para proveer a éstos de los recursos internos suficientes para desarrollarse adecuadamente. Desde otra mirada, podemos preguntarnos cuántos de estos adultos han sido también niños con perturbaciones emocionales y ahora en la adultez siguen sufriendo -muchas veces en mayor escala- los estragos de un trastorno que pudo ser abordado en la niñez.

Por otro lado, siendo el Perú un país donde la pobreza alcanza cerca del 35% de la población (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2009), se generan serios problemas psicosociales como la exclusión, la anomia, la violencia y la corrupción; que atentan contra el desarrollo de los individuos y por tanto contra su salud mental (Ministerio de Salud, 2004). En este contexto, la

niñez llega a ser la población más vulnerable a los efectos de la pobreza; como menciona Tessier (1994), a medida que las condiciones de vida en las familias se tornan difíciles, los niños son los organismos que más rápidamente se ven sometidos al abuso, a la negligencia y al abandono. Entonces, considerando los efectos negativos que puede implicar un contexto de carencias afectivas y materiales, podemos imaginar el impacto que esta interacción genera en el mundo interno de los niños. Así pues, uniéndose muchas veces a factores genéticos y biológicos, llegan a afectar su desarrollo socioemocional e interfieren en su adecuada adaptación. De estos niños, un grupo menor acude a consulta psicológica, muchas veces motivados por problemas de conducta en la casa, el colegio y/o entorno social; aunque detrás de estos problemas subyacen dificultades emocionales.

A partir de lo anterior, nos preguntamos en este estudio: ¿cómo es el funcionamiento psicológico de los niños que acuden a un hospital psiquiátrico?, intentando explorar la calidad de sus relaciones interpersonales, sus afectos, su autopercepción, las características de su pensamiento y su capacidad de tolerancia al estrés.

Para responder esta pregunta se ha evaluado a 30 niños y niñas entre los 8 y 12 años que acudieron a consulta psicológica en un hospital psiquiátrico, a través del Psicodiagnóstico de Rorschach. Este instrumento ha demostrado ser válido y efectivo en diferentes contextos, dando cuenta no solo de la dinámica de personalidad en los niños, sino también de la presencia y severidad de algún trastorno en ellos.

Consideramos que conocer las características principales del funcionamiento psicológico de estos niños nos permitirá hacer un balance de las áreas más vulnerables en ellos, y establecer así estrategias de prevención más acordes a su realidad. Además, creemos que prevenir trastornos emocionales en la niñez, es una manera también de prevenir problemas severos en la adolescencia, como: el suicidio, las adicciones, los trastornos alimentarios, entre otros. Finalmente, si logramos conocer con mayor profundidad cómo estos niños manejan sus afectos, se perciben a sí mismos y perciben su entorno, se relacionan con los otros y organizan sus pensamientos, vamos a poder establecer para ellos tratamientos más efectivos que los miren desde un lado

más profundo e integral, y no solo bajo la mirada estática de un diagnóstico psiquiátrico.





CAPÍTULO I

DESARROLLO PSICOSOCIAL Y SALUD MENTAL EN LA NIÑEZ

El desarrollo psicosocial tiene a la base una serie de factores que involucran tanto a las persona como al entorno que la rodea. Por tanto, el desarrollo en los niños es un proyecto que para cumplirse necesita de determinadas condiciones y cuidados, y que se ve afectado cuando las necesidades que ellos requieren no son adecuadamente cubiertas y atendidas (López, 2008). Así, encontramos niños y niñas que han sufrido y/o sufren carencias y riesgos que amenazan su desarrollo, afectando su salud mental en las diversas áreas que subyacen a la personalidad.

EL DESARROLLO PSICOSOCIAL EN LA NIÑEZ

Craig y Baucum (2001) se refieren al desarrollo como los cambios en el tiempo que debido a la biología y a la experiencia se generan en el cuerpo, el pensamiento o en el comportamiento. Dentro de esta perspectiva, la niñez es considerada como una etapa con características propias dentro del proceso evolutivo, que incluye a su vez varios periodos.

Papalia, Olds, Feldman y Gross (2005) mencionan como uno de estos periodos a la *niñez intermedia*, que comprende las edades entre los 6 y 12 años. El niño en esta etapa tiende a dirigir su energía emocional a las relaciones con los compañeros, a las actividades creativas, y al aprendizaje en la escuela y la comunidad (Craig & Baucum, 2001). Se espera que en este proceso se establezca en el niño un cierto orden interior y el logro de un relativo grado de estabilidad afectiva y desarrollo del Yo; que le permitirá el acceso a los juegos reglados y a la internalización progresiva de normas sociales (Grifa & Moreno, 2001).

A nivel psicosocial la escuela genera, como mencionan Griffa y Moreno (2001), que el proceso de socialización se desarrolle en mayor medida, pues la convivencia con pares presupone el logro de la amistad, que se convierte poco a poco en una necesidad. Esta proximidad e intimidad se da generalmente entre niños del mismo sexo, ya que los niños evitarán a las niñas y éstas a ellos.

Si bien los padres en esta etapa siguen siendo el centro de la vida del niño, a medida que los intereses y lealtades van dirigiéndose gradualmente hacia sus pares, la forma de relacionarse con sus padres cambia notablemente. Además, a los 9 o 10 años de edad el niño empieza a darse cuenta de los defectos y limitaciones de sus padres, realidad que puede implicar un golpe para su mundo íntimo y para su amor propio (Guy, 2001).

Shafii y Shafii (1985) señalan que un balance saludable entre las alegrías y penas de la amistad y la seguridad de la vida familiar, ayudan al niño en la edad de latencia a desarrollar su potencial y a enriquecer su sentido de logro en la escuela o en la comunidad. En tanto, como menciona Cantero (citado por Córdoba, Descals & Gil, 2006, cap. 7), si el niño no resuelve sus necesidades de vinculación en esta etapa, experimentará sentimientos de soledad y se tornará más vulnerable.

En términos del desarrollo cognoscitivo, en esta etapa los niños van desarrollando el pensamiento lógico y la capacidad para considerar diferentes aspectos de una situación (siempre y cuando ésta sea real y relacionada con el aquí y ahora). De ahí que Piaget (1962) llama a esta etapa de operaciones lógicas. Asimismo, los niños de 6 a 12 años de edad van desarrollando procesos secundarios de pensamiento, prueba de la realidad y sentimientos de moral (Shaffi & Shafii, 1985). Como mencionan Craig y Baucum (2001), el pensamiento en esta etapa es flexible, reversible y multidimensional; a la vez surge una mayor comprensión de los conceptos espaciales y aparecen los principios de causalidad, conservación y números.

Durante la niñez intermedia, los niños están también en mejores condiciones para entender e interpretar la comunicación oral y escrita (Craig & Baucum, 2001). Como refieren Descals y Ávila (2006), en esta etapa se refinan las capacidades de conversación y se logra desarrollar aspectos pragmáticos y semánticos del lenguaje. Por otro lado, Papalia, Olds, Feldman y Gross (2005) señalan que el crecimiento cognoscitivo permite a los niños en este periodo

desarrollar su autoconcepto con una mayor comprensión y control de sus emociones.

El cuerpo también cambia: hay una disminución del ritmo de crecimiento (en cuanto a estatura y peso), aumento de fuerza y mejoramiento de las habilidades atléticas (Papalia et al., 2005). Lo anterior lleva a que los niños adquieran mayor dominio sobre movimientos controlados y propositivos; así como mayor coordinación en las habilidades motoras finas (Craig & Baucum, 2001). Asimismo, son capaces de moverse demostrando conocimiento de las diversas partes del cuerpo y de las diferencias sexuales; mostrando además distinción de profundidad y perspectiva (Shafii & Shafii, 1985). Respecto al género, las niñas madurarán más rápido y, al final de esta etapa, se adelantarán en dos años a los varones de la misma edad (Shafii & Shafii).

Por otro lado, el entorno psicosocial donde se desenvuelve el niño determinará en gran medida el curso de su desarrollo. En ese sentido, la familia constituye el lugar de referencia dentro del cual los niños toman sus principales recursos de desarrollo (Tessier, 1994); por ello requiere prácticas adecuadas y recursos esenciales, que dependen en gran parte del nivel educativo, el conocimiento y la información, la autonomía sobre el uso de recursos, el tiempo disponible y la salud física y emocional de los padres (principalmente de la madre) (Cortez, 2004). Sin embargo, estas condiciones no siempre se dan y la familia se convierte en “un campo de incertidumbres, de ansiedades, y por todo eso, con frecuencia, de conflictos y violencia” (Pimentel, 2000, p.22), violencia que recae generalmente en los miembros con menos poder, entre ellos los niños (Castro, 2001), interfiriendo así en su desarrollo socioemocional.

Papalia et al. (2005) resaltan también la importante relación que existe entre el nivel socioeconómico y los procesos de desarrollo en los niños. Así pues, los niños pobres son más propensos que otros niños a tener problemas emocionales o conductuales y su potencial cognoscitivo y desempeño se ve más afectado (Brooks-Gunn, Britto & Brady, citados por Papalia et al., 2005). El impacto causado por la pobreza en los niños puede ser también indirecto, ya que recae sobre el estado emocional y las prácticas parentales de sus padres y el ambiente del hogar que estos crean (Papalia et al., 2005). Al respecto, datos epidemiológicos a nivel mundial informan que los niños cuyas condiciones de vida son difíciles, se ven rápidamente sometidos a abusos, a la negligencia, al

abandono y a toda clase de malos tratos (Tessier, 1994). Así por ejemplo, las madres de los sectores menos favorecidos, no poseen los recursos culturales o materiales para la estimulación básica del desarrollo de sus hijos, ni tampoco el tiempo para responder a las necesidades psicológicas de éstos, lo que pone en desventaja el desarrollo psicosocial de estos niños (Thorne, 1996).

FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DEL NIÑO PERUANO

En el Perú, las carencias de salubridad, deficiencias alimenticias, marginalidad, migración, niveles de violencia, analfabetismo y falta de estabilidad en la estructura familiar, interfieren negativamente con el desarrollo infantil (Bello et al., 1995 & Gonzales, 1995; citados por Thorne, 1996).

En el ámbito socioeconómico, el Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2009), señala que el 30.8% de los hogares que tienen al menos un niño menor a 12 años es pobre. Por su parte, Cortez (2004) refiere que de los 3,8 millones de pobres extremos que se registran en el Perú; 2,1 millones son niños; teniendo además 6,5 millones de niños que sin ser pobres extremos viven bajo la línea de pobreza. En tal sentido, en nuestro país los niños son uno de los grupos más vulnerables y desprotegidos; y son los más afectados por la pobreza debido al impacto que ésta tiene en su desarrollo a todo nivel (Cortez, 2004).

En el ámbito de la educación, los datos del Censo Escolar del Ministerio de Educación correspondiente al año 2009, señalan que en ese año el 4.7% de niños abandonó sus estudios de educación primaria, siendo mayor el porcentaje en los grados menores respecto a los mayores. Asimismo, un 6.7% de niños repitió algún año de educación primaria, y el 13.6% mostró atraso escolar (Ministerio de Educación, 2009). Estos datos corroboran lo mencionado por Cortez (2004), quien refiere que el atraso escolar es uno de los grandes problemas que enfrenta la educación en el Perú; y está asociado a dos factores: el mal desempeño escolar (repetición de año) y/o el ingreso tardío a la escuela. Por otro lado, Thorne (1996) menciona que las políticas de gobierno en el Perú se han centrado principalmente en niños de cinco o seis años de edad; donde la estimulación cognitiva a través de la estimulación temprana y preescolaridad -

necesaria para un normal desarrollo del niño- no se ha dado de manera suficiente.

En el ámbito de la salud física, en el Perú el 18.3% de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2009). Al respecto, Thorne (1996) menciona que si bien cerca de la mitad de niños que padecen desnutrición sobreviven; se los considera como *sobrevivientes vulnerables*, ya que presentan deficiencias específicas en el desarrollo físico y en el comportamiento. Asimismo, Cortez (2004) refiere que en el Perú un millón cien mil niños menores de 2 años sufren anemia por deficiencia de hierro, lo que es más común en los sectores socioeconómicos bajos; siendo la anemia un tipo de desnutrición silenciosa que perjudica el desarrollo mental del niño, su crecimiento y la formación de defensas contra infecciones.

La salud mental en los niños es un tema que debe ser incluido cuando se habla de salud; sin embargo, figura escasamente en la mayoría de estadísticas referidas a la niñez en el Perú.

Por otro lado, en nuestro país muchos niños viven dentro de familias disfuncionales; donde la violencia, la indiferencia y el desamparo conviven con ellos y afectan su normal desarrollo (Castro, 2001). Además, si bien la violencia familiar no se da solamente en los sectores socialmente menos favorecidos, es ahí donde asume tonalidades más intensas y dramáticas y donde las condiciones estresantes son casi una constante de la vida cotidiana (Castro). Al respecto, Cortez (2004) postula que la pobreza es uno de los principales factores para que la violencia se desencadene; asociada a su vez al bajo nivel educativo de los padres, y en particular de la madre. Así pues, refiere este autor, que estudios realizados en el Perú señalan que las madres que emplean violencia física para castigar a sus hijos pertenecen principalmente a los dos segmentos más pobres del país (a diferencia de la violencia psicológica que también es común en sectores económicos más altos). Entonces, si se considera que las experiencias infantiles contribuyen a configurar patrones psicológicos cognitivos y afectivos; podemos imaginar las secuelas nefastas que la violencia genera en el desarrollo del niño (Cortez).

Por otro lado, si bien algunos cambios que la postmodernidad implica generan un creciente reconocimiento, una mayor identidad cultural y un mayor significado de la niñez (The United Nations Children's Fund [UNICEF], 2004); la

gestión deficiente de los asuntos públicos, los conflictos armados, los abusos y la violencia, implican un riesgo de que la exclusión e invisibilidad afecten las vidas de millones de niños y niñas (UNICEF). Además, aun cuando estos cambios asociados a la economía de mercado y revolución informática –entre otros- nos colocan en el umbral de un futuro lleno de posibilidades, también pueden implicar riesgos que apenas alcanzamos a vislumbrar (Castro, 2001), riesgos a los que los niños no son ajenos.

Así por ejemplo, Lutenberg (1999) menciona que la revolución tecnológica de los últimos años ha generado en la niñez una sobrecarga de estímulos, a los que se ve expuesta a través de la televisión, la internet, los videojuegos, entre otros. Además, la realidad virtual es muchas veces utilizada para compensar sentimientos de vacío interior en los niños, donde los “objetos tecnológicos” actúan como sustitutos de figuras parentales, hermanos, amigos, etcétera.

Para Bruce (2007), existe una precocidad en la niñez vinculada a la *sobresexualización* y *sobreagresificación* en la televisión, la publicidad, el cine, la internet. Para este autor, ello genera un proceso de *ingerir* sin *digerir* en los niños; ya que al no poder tolerar los materiales culturales que reciben, se quedan en una posición de indefensión de la que ni siquiera son conscientes. En concordancia, Trahtemberg (2001) resalta como las mentes infantiles se impactan día a día con las noticias que muestran, por ejemplo, sobre la corrupción y el uso perverso del poder, sin que se les ayude a elaborar estas imágenes, generando en ellos incertidumbre y confusión de valores. Por lo que, en opinión de este autor, los niños padecen igual que los mayores la crisis ética, política y familiar.

Por su parte, Elkind (citado por Guy, 2001) menciona la sobrecarga de responsabilidades (por ejemplo: cuidar hermanos, limpiar la casa, cocinar), la sobrecarga de cambios (e.g., de domicilio, de familiares, de cuidadores) y la sobrecarga emocional (e.g., riñas de padres, exposición a la violencia); sobrecargas que generan vivencias intensas de estrés en la niñez afectando su desarrollo.

LA SALUD MENTAL EN LOS NIÑOS

La salud mental es un interjuego entre el mundo interno (afectos, sentimientos, pensamientos, etcétera) y el mundo externo (familia, roles sociales, demandas de la realidad, etcétera) (Vega, Valz Gen, Rivera & Moya, 2005). En tal sentido, para Pimentel (2000) los problemas de salud mental deben ser entendidos como dificultades de la subjetividad y de las relaciones intersubjetivas, vinculados a la calidad de vida de las personas y de los grupos sociales. Por ello, no puede existir un modelo único de salud mental, ya que cada edad y cada circunstancia crea sus propias necesidades; cada etapa de desarrollo se basa en la anterior y demanda un nuevo grupo de respuestas adaptativas (Pimentel).

Entonces, para entender el proceso de salud-enfermedad (psicológicamente hablando) en el niño hay que comprender la realidad de éste como un ser en desarrollo, como una personalidad en formación (Guerra, Proenza & Calero, 2002). Así pues, como refiere Buendía (1996), el estudio de la psicopatología en niños requiere tomar en cuenta los aspectos relacionados a la psicología del desarrollo, ya que no es fácil delimitar el concepto de conducta anormal en una etapa tan cambiante. Además, hay que tener en cuenta el modo cómo es percibida esa conducta por el entorno familiar, el medio social, la escuela y por los propios niños.

En los niños los trastornos psíquicos aparecen a través de síntomas que varían de acuerdo a las características en formación de cada niño y a las particularidades de su contexto familiar. Estos síntomas son desviaciones en el desarrollo que actúan como señales de que alguna dificultad a nivel psicológico está ocurriendo en el niño (Guerra, Proenza & Calero, 2002).

Respecto a la salud mental de los niños en la actualidad, según datos de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2007), cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años; calculándose que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales. Además, se observa en todas las culturas tipos de trastornos similares. Sin embargo, las regiones del mundo con los porcentajes más altos de población menor de 19 años son las que disponen de menores recursos para la atención de la salud mental.

Papalia et al. (2005) señalan estadísticas que refieren que uno de cada cinco chicos entre 9 y 17 años padece trastornos mentales susceptibles de diagnosticarse; los cuales generan ciertas interferencias en su funcionamiento cotidiano. Y más de 1 de cada 10 chicos sufren de un deterioro funcional significativo. Los más comunes son los trastornos de ansiedad o anímicos (sentirse triste, deprimido, no querido, nervioso, temeroso o solo) y los trastornos de conducta disruptiva (agresividad, rebeldía, o comportamiento antisocial).

Por otro lado, Lemos (citado por Buendía, 1996) refiere que la psicopatología de los padres constituye un factor de riesgo para la salud mental de los niños. Este autor refiere que se han encontrado mayores problemas psicológicos en hijos de madres deprimidas; mayor riesgo de desadaptación y de sufrir depresión en los hijos de esquizofrénicos; y menor control conductual, mayor hiperactividad y agresividad en hijos de padres alcohólicos o consumidores de otras drogas.

A continuación, se describirán las dificultades emocionales más comunes encontradas en los niños: la depresión y la ansiedad (OMS, 2007). Asimismo, se describirán las dificultades emocionales asociadas al bajo rendimiento académico, así como aspectos relacionados a la agresión y autoagresión en los niños. Finalmente se describirán dificultades emocionales asociadas a niños víctimas de abuso. Se han considerado estas dificultades emocionales y aspectos asociados a ellas, por ser temas recurrentes en la población del presente estudio.

Dificultades emocionales en los niños

Los niños requieren satisfacer necesidades emocionales y sociales para lograr bienestar, desarrollarse adecuadamente y establecer vínculos positivos con los demás. Sin embargo, existen niños que muestran dificultades para expresar, comprender, compartir, regular, controlar y usar sus emociones; lo que a veces se traduce en síntomas y, en casos más severos, en trastornos que interfieren en su desarrollo y adaptación (López, 2008).

Entre las dificultades emocionales más comunes tenemos la depresión, que se caracteriza por una tristeza constante; presentando también síntomas psicológicos, comportamentales y físicos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007). La depresión puede presentarse en la niñez en diversos ejes:

como síntoma (humor disfórico); síndrome (cambios a nivel de la motivación, cognición y afectos; alteraciones psicomotrices); y desorden psicopatológico (Polaina, citado por Tomás, Teixidó & Gastaminza, 1996).

La depresión es actualmente reconocida como un desorden psicopatológico diagnosticable y diferenciado en niños y adolescentes (OMS, 2007). Así por ejemplo, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM IV-TR] (2002) señala como uno de los criterios que diferencian la depresión en niños de la de los adultos, la presencia de irritabilidad en el caso de los primeros.

Actualmente hay cierto consenso respecto a que los niños clínicamente deprimidos presentan tristeza y facilidad de llorar, cierta lentitud psicomotora, voz monótona y desesperanza. Además, su rendimiento escolar es bajo y tienden a abandonar sus actividades preferidas. Asimismo, pueden presentar síntomas somáticos como dolor de cabeza o estómago (Teixidó & Gastaminza, 1996).

Klorman (1997) refiere que existe una depresión infantil “enmascarada”, donde los síntomas parecen no reflejar depresión pero son una expresión de ella. Algunos de estos síntomas son: ideas de fuga de casa, irritabilidad, fatigabilidad alternada con hiperactividad, accidentes frecuentes, trastornos de conducta y agresividad. Además, síntomas asociados al colegio como falta de atención; fallas en la concentración y negativa a ir a la escuela.

Por otro lado, los niños con trastornos del estado de ánimo -como la depresión- pueden presentar también otros trastornos asociados, como ansiedad, trastornos del comportamiento, abuso o dependencia de sustancias ilegales, trastornos alimentarios, dificultades de aprendizaje y problemas médicos (Shaffer & Waslick, 2003).

Otra dificultad emocional es la ansiedad. Para Klorman (1997) la ansiedad, la angustia y el miedo son inherentes al ser humano. Sin embargo, se transforman en patológicos -en el caso de los niños- cuando: a) la intensidad del factor que provoca la angustia sobrepasa las defensas psíquicas del niño, b) cuando el factor angustiante se mantiene durante largo tiempo y el niño se cansa de defenderse contra él, c) cuando el niño tiene un Yo débil que no le permite enfrentar ningún factor de angustia, d) cuando el medio ambiente, especialmente sus padres, no actúan conteniéndolo ni apoyándolo (Klorman, 1997).

Bassas, Bielsa y Tomás (1996) señalan cuatro tipos de ansiedad en los niños: a) de intrusión (miedo del niño a ser captado, anulado, absorbido); b) de

separación (miedo del niño a ser abandonado, al alejamiento de personas significativas para él); c) de disociación (miedo del niño a ser reducido, miedo a la muerte, al vacío); d) de castración (miedo del niño a ser agredido, mutilado). Estos autores también mencionan que la ansiedad en los niños pequeños se expresa de manera somática, ya que no tienen recursos de mentalización suficientes para elaborar la angustia. Entonces, el cuerpo vehiculiza la ansiedad y a su vez se convierte en un objeto de angustia. Luego, cuando el niño es más grande posee mayor capacidad de controlar la angustia, apareciendo como manifestación de ésta la inestabilidad, la oposición, crisis de cólera, etcétera.

En un estudio realizado por Guerra, Proenza y Calero (2002) en niños con trastorno de ansiedad, los síntomas más frecuentes fueron la intranquilidad, los trastornos del sueño, dificultades mnémicas, agresividad, miedo, distractibilidad, preocupación, irritabilidad, taquicardia, cefalea, tristeza, onicofagia y la disminución del rendimiento intelectual. Las conclusiones de este estudio determinaron que las expresiones psicopatológicas de la ansiedad en estos niños influyeron de manera especial en su cognición y afectividad. Además, se encontró una relación entre la ansiedad en los niños y las características de su ambiente familiar. Los resultados mostraron que el origen, la estructuración y evolución del estado ansioso en los niños, estaban relacionados directamente con el grado de intensidad y gravedad de las situaciones familiares inadecuadas, de la psicopatología de los padres y de las situaciones estresantes. En esa misma línea, Klorman (1997) encontró mayores índices de ansiedad en hijos de padres separados (a los que mayormente no se les informa de su separación), niños que están en constante contacto con personas ansiosas (absorben esta ansiedad y las manifiestan), niños que son sobreprotegidos por sus padres o rechazados por ellos, y niños que están sometidos desde pequeños al cumplimiento de normas demasiado exigentes y rígidas.

Respecto a las dificultades emocionales asociadas a la agresión, Serrano (2003) menciona que generalmente se habla de agresividad cuando se provoca daño a una persona u objeto, ya sea éste animado o inanimado. Klorman (1997) refiere que la agresividad en los niños es una forma de comunicación que ellos utilizan cuando se sienten enojados, celosos, frustrados, etcétera. Entonces, si bien los arrebatos de agresividad son normales en la niñez; se convierten en un problema cuando estos persisten; generando problemas a los padres, maestros

y otros niños (Serrano, 2003). Esta autora también señala que cuando un niño mayor realiza la misma frecuencia de conductas coercitivas que un niño de 2 ó 3 años; podemos decir que es un niño agresivo.

La agresividad en los niños puede manifestarse de diferentes maneras. Klorman (1997) menciona que hay niños que demuestran su agresividad cuestionando permanentemente la autoridad: enfrentan, no obedecen y muestran rebeldía constante. Sin embargo, Rodríguez (1995) menciona que hay agresiones que no se perciben a simple vista; como aquellas que se dirigen contra uno mismo, o las que conducen a la pasividad, al desánimo, a la depresión y a las enfermedades psicosomáticas.

Existen diferentes causas que llevan a un niño a comportarse de manera agresiva. Al respecto, Pugliese (2005) menciona que los padres violentos transmiten a sus hijos un modelo de vínculo ligado a la agresión, donde los conflictos se aprenden a abordar de esta manera: agrediendo. Desde otra mirada, Klorman (1997) refiere como causa importante de la agresividad en los niños, la amenaza de abandono o la separación real de una figura parental; mencionando que la ansiedad intensa es muchas veces predecesora de la agresividad. Este autor reporta que diversas investigaciones encuentran que los niños separados de sus padres presentan mayor tendencia a exhibir conductas agresivas. Entre otras causas, Lebrero y Quicio (2005), señalan que la agresividad (contra otros o hacia sí mismo) puede estar asociada a la depresión, ya que los niños no manifiestan la tristeza al estar deprimidos sino que modifican sus conductas.

Por otro lado, Cervone, Slapak, Passalacqua, Menestrita, Simonotto y Nuñez (2000), refieren que el deterioro de las condiciones de vida familiar, unido al deterioro social, económico y cultural; influye en el incremento de las “nuevas” patologías, dentro de las cuales se encuentran las conductas violentas en niños de edad escolar. Así pues, en una investigación realizada por estas autoras sobre conductas violentas en niños entre 6 y 12 años; se encontró que el entorno familiar de estos niños estaba marcado en su mayoría por: violencia explícita y por omisión, separaciones de la pareja de padres, abandono de alguno de los padres, muerte de algún miembro de la familia, conductas impulsivas de ambos padres, mudanzas, migraciones, entre otros.

En complemento a estos aportes, Klorman (1997) refiere que la escuela en algunos casos se convierte en un lugar de aprendizaje de violencia, pero también sirve para descargar la agresión que el niño trae de casa. Entonces, encontramos niños que debido a una serie de situaciones difíciles en el hogar están permanentemente conflictuados y descargando su agresividad con los demás niños o maestros.

Como vemos, la agresión puede estar dirigida hacia los otros, pero muchas veces la agresión en el niño es dirigida hacia sí mismo, autoagresión que se manifiesta de diversas formas y en distintos niveles. Al respecto, Lebrero y Quicio (2005, cap. 8), mencionan que a partir de los 6 años (con una mayor conciencia en el niño de lo que implica la muerte), se pueden encontrar en los niños conductas que desde el punto de vista psicológico estarían consideradas como "intentos de suicidio". Refieren por ejemplo casos de niños con historia de accidentes frecuentes, en los que quizá actúa una intención suicida inconsciente. Desde otra mirada, Klorman (1997) refiere cómo la presencia de una serie de enfermedades psicosomáticas (asma, úlceras, alopecia, etc.) y/o la ingesta de alcohol o drogas; pueden ser también formas de autoagresión en los niños.

Por otro lado, Cervone et al. (2000) encontraron indicadores de riesgo suicida, generalmente en los niños con conductas violentas asociadas a rasgos psicóticos. Sin embargo, hallaron también que los niños con conductas violentas y cuyas manifestaciones de defensas se asocian a lo psicopático, también podían dirigir la agresión hacia sí mismos (aunque en menor proporción que los niños con rasgos psicóticos).

Finalmente, Belgich (2003) refiere la importancia de considerar tanto en las conductas agresivas como autoagresivas en los niños, la falta de acceso que estos tienen a sus propios sentimientos. Así, quizá todas estas acciones de contenido agresivo pueden estar dispuestas para evitar el reconocimiento de los afectos y sentimientos.

Otra dificultad en la niñez es el bajo rendimiento académico. Al respecto, Cornella (1996) señala que éste puede estar asociado a diferentes causas, como: falta de motivación, problemas de aprendizaje no diagnosticados, problemas de salud, profesores de dudosa calidad pedagógica, problemas emocionales y problemas familiares. Respecto a estas últimas causas, Cornella menciona que diferentes autores coinciden en que un alto porcentaje de niños

que fracasan en la escuela provienen de ambientes socio-familiares negativos, o presentan trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad. Así pues, como refiere Trahtemberg (2000), en la actualidad uno de los mayores problemas de los colegios son los niños que “no andan bien”, pero no necesariamente por falta de habilidades intelectuales, sino por falta de motivación, afecto y sentido de pertenencia. En ese sentido, este autor concluye que las necesidades de los niños en los colegios están más asociadas a asuntos de orden familiar, personal y social, que a asuntos más intelectuales o académicos.

Cornella (1996) menciona las situaciones de estrés, el divorcio de los padres, el fallecimiento de un ser querido, como posibles desencadenantes de conflictos emocionales en los niños que afectan su rendimiento académico. Así, refiere cómo estos hechos pueden generar síntomas como impulsividad, tendencia a soñar despierto, errores en trabajos cotidianos, etc. Asimismo, este autor señala que cuando el niño atraviesa periodos de falta de interés, poca energía, llanto fácil o silencio cuando se le pregunta en clase, habría que investigar las causas, ya que muchas veces estas conductas están asociadas a un problema emocional.

Por otro lado, las dificultades emocionales en los niños no solo pueden afectar su rendimiento académico, sino que el fracaso en éste puede incrementar, a su vez, los conflictos emocionales de base. Al respecto, Trahtemberg (2003) comenta acerca del daño psicológico generado en los niños que por diversos motivos repiten el año escolar o se ven forzados a abandonar el colegio. El autor menciona como estos hechos pueden quedar grabados en la psique de estos niños como una huella de fracaso; huella que los afecta a nivel psicológico, sobretodo a nivel de la autoestima.

Finalmente, respecto a las dificultades emocionales en los niños asociadas a la violencia, Shein, Szydlo y Marans (2003), mencionan síntomas comunes en niños expuestos a ella, como: síntomas internalizados (depresión, ansiedad, retraimiento, baja autoestima); síntomas externalizados (impulsividad, agresión, problemas escolares y de atención y de aprendizaje); evasión, sobreexcitación, y problemas en relaciones interpersonales con pares y adultos.

Ahora, si bien las características del agente, la fuente y el receptor de violencia influyen en las consecuencias psicológicas que ésta generará en el

niño, se han encontrado dificultades comunes asociadas a cada tipo de abuso. Por ejemplo, los niños que han experimentado negligencia física presentan conductas de evitación de la interacción social, difiriendo de los niños físicamente abusados, quienes presentan con mayor frecuencia agresión activa (Prino & Pierrot, citados por Buendía, 1996). La violencia psicológica también genera dificultades en los niños. Así por ejemplo, Belgich (2003, cap.2) menciona como las manipulaciones psicoafectivas y las extorsiones a nivel subjetivo hacia el niño, generan en él un gran temor al abandono, lo que se traduce en un temor constante al dolor psíquico. Respecto al abuso sexual en los niños, Noguerol (1997) menciona diferentes manifestaciones psicológicas, como: a) conducta sexualizada: interacción sexual con pares, agresión sexual a niños más pequeños, conducta seductora con adultos, conocimiento sexual avanzado en niños pequeños; b) trastornos funcionales: trastornos de sueño, de alimentación, enuresis, encopresis; c) problemas conductuales: pataletas, llanto incontrolado, agresión a otros niños o adultos, conducta autodestructiva, retraimiento, negación a bañarse o desnudarse; d) problemas escolares: problemas de concentración, atención y memoria. No obstante, la autora señala que hay niños que pueden ser asintomáticos, y a pesar de haber sido abusados no mostrar manifestaciones conductuales que permitan sospechar del daño sufrido.

La salud mental de los niños en el Perú

La salud mental se constituye como inseparable de la salud integral, y está asociada a aspectos tan importantes como las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social (Ministerio de Salud, 2006). En el Perú, el debilitamiento de la familia y otras redes de soporte social; los problemas psicosociales asociados a la pobreza y las mayores exigencias a nivel social, económico y ambiental; funcionan como desestabilizadores del desarrollo y salud mental de la población (Ministerio de Salud).

Como menciona Cortez (1994), el bienestar y calidad de vida de los niños dependen de las decisiones de sus padres y del entorno familiar y comunitario; entorno que muchas veces se encuentra en condiciones críticas. Además, aún cuando en el Perú las *perturbaciones emocionales en la niñez* constituyen uno

de los problemas vistos con mayor frecuencia en los centros de salud mental (Ministerio de salud, 2004); este tema ha sido muy poco trabajado. Así pues, el derecho de los niños a la salud mental es apenas reconocido; siendo ejercido por una reducida parte de la población (Vega et al., 2005).

Ahora, si bien en el Perú no hay un estudio epidemiológico acerca de los trastornos psicológicos en los niños, existen diversas investigaciones que nos dan luces acerca de este tema. Así por ejemplo, Carazas (2003) realizó un estudio para determinar cuáles eran los trastornos psiquiátricos de niños y adolescentes que acudían por agresividad como motivo de consulta a un hospital psiquiátrico en Lima. La patología más frecuente fue el Trastorno de Conducta (21.21%), seguido del Trastorno de Hiperactividad (14.25%) y Retraso Mental (13.94%). Entre las edades de 0-6 años, el Trastorno de Hiperactividad fue el más frecuente, y el Trastorno de Conducta y Retardo Mental los más comunes en las edades de 7 a 17 años. Además, se encontró que un alto porcentaje de estos niños presentaban escolaridad retrasada.

En un estudio realizado por Pimentel (2000) en Villa el Salvador con niños que acudían a los servicios psicológicos, se encontró que principalmente padecían temores, ansiedades, frustraciones y depresiones permanentes; así como violencia entre los padres y hacia los niños en el entorno familiar. En las entrevistas psicológicas que se realizaron con los niños, surgió información acerca de los efectos de la violencia al interior de la familia de estos, como: tensión, temor, angustia e inseguridad. Además, se encontró que la mayoría de los niños que asistían a estos servicios psicológicos, evidenciaban trastornos emocionales que se manifestaban en enuresis y encopresis. Esto último coincide con los hallazgos de Montoya, Perales y Sogi (1995) en el distrito de Independencia, donde la enuresis fue uno de los trastornos más frecuentes, ocupando el 7.7%. Estos autores también señalan que los problemas de salud mental eran percibidos, con mayor frecuencia, por las quejas somáticas presentadas por los pacientes.

Por otro lado, Perales, Salas y Sogi (1996) realizaron un estudio donde evaluaron la salud mental de adolescentes entre 12 a 17 años, cuya mayoría pertenecía a un estrato socioeconómico medio bajo y bajo. Los resultados mostraron que aproximadamente 1 de cada 5 adolescentes registraba síntomas asociados a síndrome ansioso y depresivo, como: sentirse nervioso, tener bajo

apetito, dormir mal, sentirse más colérico que de costumbre y triste con frecuencia. Una de las conclusiones de este estudio fue la alta prevalencia de síntomas de distrés en estos adolescentes, lo que sugiere que muchos de ellos están sometidos a condiciones de estrés elevado.

Respecto a la relación entre las características familiares y la psicopatología en los niños, Bardales (2005) encontró que el 46% de familias de una muestra de niños pacientes de un hospital psiquiátrico estatal de Lima se caracterizaba por la extrema separación emocional entre sus integrantes, frente a solo un 15% caracterizada por lo contrario. Asimismo, la investigación realizada en Lima por Quintana y Sotil (2000) mostró una correlación positiva entre el número de acontecimientos estresantes experimentados por el padre de familia (o el sustituto) y el número de síntomas de problemas de salud mental presentados por sus niños. Por su parte, Livia (citado por Majluf, 1993) encontró una prevalencia de psicopatología infantil del 18% en una zona urbano marginal de Collique-Comas, psicopatologías asociadas a la desestructuración familiar y a los bajos niveles educativos y ocupacionales de los padres. Según estos investigadores, estos hallazgos confirmarían la correlación negativa entre el nivel socioeconómico y la enfermedad mental en nuestro medio.

Ahora bien, según estadísticas presentadas por el Ministerio de Salud (2004), entre los problemas atendidos con mayor frecuencia en los puestos y centros de salud en el Perú, figura la violencia familiar contra niños (11,9%). Estos datos se corroboran con los resultados encontrados en diferentes investigaciones. Así por ejemplo, Anicama (citada por el Ministerio de Salud, 2004), señala que 1 de cada 3 limeños maltrata psicológicamente a sus hijos, y 2 de cada 4 ó 5 lo hace físicamente. Sin embargo, dado que 1 de cada 5 de ellos no responde a las dos preguntas, se puede suponer que el índice es aún mayor.

Complementando estos datos, en un estudio realizado por Manrique y Aguado (1993) con pacientes clínicos entre 3 y 15 años, pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo y medio bajo de la ciudad de Lima; se encontró que la gran mayoría eran castigados física o verbalmente de manera frecuente y extensa por sus padres o sustitutos. Sin embargo, en el Perú, aun cuando los índices de maltrato físico son alarmantes, se mantienen en el tiempo porque el maltrato es aceptado socialmente muchas veces como “castigo” y como una manera de “educar” (Vega et al., 2005).

Por otro lado, en el Perú, 3 mil 257 niños menores de 17 años han sido víctimas de abuso sexual en el año 2010, siendo la mayoría del sexo femenino (2,888) y el resto masculino (312) (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social [MINDES], 2011). Asimismo, una de cada 5 mujeres adultas en Lima y Callao reporta abuso sexual en la niñez (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social). Estos datos confirman lo mencionado por Vega et al. (2005) acerca de que la niñez y la adolescencia son los grupos más vulnerables respecto a la violencia sexual, la que puede generar un impacto duradero y devastador en el desarrollo de las víctimas.

Estudios como los mencionados anteriormente, corroboran el hecho de que la violencia, en cualquiera de sus formas, afecta la salud mental de los niños (Vega et al., 2005). Además, como menciona Parmelee (1997, cap.1), aunque el maltrato y la falta de atención no constituyen un trastorno médico o psiquiátrico en los niños, es una de las situaciones en las que se centra a menudo la intervención clínica.

Por otro lado, las condiciones desfavorables a nivel económico, social y cultural en el Perú actúan en contra de la salud mental. En tal sentido, influyen en la capacidad de ajuste y afronte a las crisis, y al acceso a los servicios de salud, así como a la calidad y eficiencia de éstos (Ministerio de Salud, 2004).

Respecto a esto último, Figueroa (2002) menciona que estos servicios de salud mental en el Perú suelen ser centralizados, de base individual no-comunitaria, con modelos de atención deshumanizada, y con recursos humanos profesionales insuficientes y/o mal distribuidos. Además, según datos del Ministerio de Salud (2004), en los centros de salud se encuentra que los ambientes destinados para la atención de salud mental son transitorios, precarios y con poca privacidad.

Por otro lado, Figueroa (2002) cuestiona la labor de los psicólogos peruanos frente a la salud mental. Resalta por ejemplo que aun siendo los niños y adolescentes cerca de la mitad de la población peruana; sólo un 8.33% de las especialidades en psicología estén dedicadas a la Niñez y Adolescencia. Asimismo, enfatiza la necesidad de preparar a los psicólogos en la investigación y prevención de los problemas psicosociales de estas etapas de desarrollo.

Ahora, con respecto a la atención en salud mental a los niños, como señala la OMS (2005), la falta de tratamiento o un tratamiento insuficiente de los

desórdenes mentales en niños y adolescentes, implica un riesgo de que estos puedan cronificarse e incluso agravarse en la adultez. Al respecto, Shein, Szydlo y Marans (2003) refieren también, que cuando no podemos ayudar a un niño a reorganizarse y volver a la línea del desarrollo normal, sus síntomas pueden convertirse en adaptaciones crónicas, con sentimientos de impotencia y de miedo.

Por otro lado, la OMS (2005) enfatiza la necesidad de considerar el grado de deterioro e inhabilidad asociados con el diagnóstico de los niños, principalmente en países en vías de desarrollo (como el Perú). Además, considera que para evaluar la salud mental no sólo hay que considerar el diagnóstico aislado, sino considerar también el problema de niños en “circunstancias difíciles”, como: conflicto, hambre, desplazamientos, etc. Así pues, el diagnóstico específico en estos contextos puede ser menos importante que el grado de deterioro y la capacidad del individuo de participar en sociedad; lo cual varía con las circunstancias de los niños, la naturaleza de la comunidad, las demandas de la sociedad, la familia, etcétera.

Finalmente, en el Perú la salud mental enfrenta un gran obstáculo que es el elevado índice de pobreza, siendo los niños peruanos víctimas de las consecuencias que ésta genera, entre ellas, mayor vulnerabilidad frente a los trastornos mentales.

EL ESTUDIO DE LAS DIFICULTADES EMOCIONALES EN LA NIÑEZ A TRAVÉS DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

De acuerdo a Andronikof (2006), el Psicodiagnóstico de Rorschach en los niños debe ser comprendido de manera diferente que en los adultos. La autora refiere que en los adultos se sabe qué esperar y no esperar dentro del protocolo, porque ellos no cambian mucho en un periodo de tiempo; contrariamente, al ser los niños inmaduros en el desarrollo, están en constante de cambio. En ese sentido, tal como refiere Erdberg (citado por la Fundación Catalana de Rorschach y métodos proyectivos [SCRIMP], 2002), en el estudio del Rorschach de un niño es de suma importancia establecer si éste se halla en la etapa evolutiva que le corresponde. Es entonces, a partir de las teorías sobre las

etapas de desarrollo afectivo, cognoscitivo y psicosocial, que el Rorschach permitirá encontrar variables que nos permitan conocer la dinámica particular de cada niño (Andronikof).

A fin de mostrar los diferentes alcances del Rorschach en investigaciones con niños, a continuación se expondrán algunos resultados de estudios realizados en los últimos años.

Pugliese (2005) realizó una investigación con niños asociada al tema de agresión en la familia, y encontró que no existían muchas diferencias entre el grupo de niños que eran agredidos directamente y aquellos que presenciaban agresión entre sus padres. Así pues, en ambos se encontró un elevado porcentaje de F y $F-$, frente a un disminuido porcentaje de $F+$ y respuestas populares. Asimismo, se encontró en ambos grupos escaso número de determinantes, e índices elevados de fenómenos especiales. Para la autora, esto demuestra que la agresión familiar dirigida a cualquiera de sus miembros (y no necesariamente al niño) tiene un impacto negativo en el psiquismo del niño.

Smith, Baity, Hilsenroth y Knowles (2001) aplicaron el Rorschach a 42 niños y adolescentes entre 8 y 18 años, que habían sido admitidos en un hospital psiquiátrico para diagnóstico y/o tratamiento. Analizaron cada protocolo Rorschach según el índice de esquizofrenia ($SCZI$); pero también según el índice de Percepción- Pensamiento (PTI), y encontraron menos falsos positivos en éste último. Señalaron que el $SCZI$ produce muchos falsos positivos, especialmente en los niños más brillantes y creativos, cuyo pensamiento suele ser más divergente. Así pues, estos niños daban en el Rorschach respuestas a veces inesperadas; que el $SCZI$ interpretaba como pensamiento desordenado. Estos autores concluyeron que el PTI puede medir de manera más exacta el pensamiento desordenado y la psicosis en los niños.

Slapak, Passalacqua, Cervone, Luzzi, Menestrina y Núñez (2001) realizaron un estudio con una población clínica infantil de Argentina, utilizando -entre otras pruebas- el Psicodiagnóstico de Rorschach. En sus resultados encontraron características comunes entre los niños evaluados, como por ejemplo, la presencia de alteraciones en alguna de las funciones de realidad.

Por su parte, Pfefferbaum, Mullins, Rhoades y McLaughlin (2001), estudiaron si los puntajes Rorschach podían ser útiles para diagnosticar el trastorno Borderline en niños. Para ello se aplicó el Rorschach a un grupo de niños

diagnosticados con este trastorno y a un grupo de niños diagnosticados con Desorden de Conducta. La comparación de los resultados de ambos grupos mostró que había diferencias significativas en tres variables: análisis de contenidos, movimiento humano y movimiento animal; concluyendo así que los niños en estos dos grupos pudieron ser correctamente clasificados a través del Psicodiagnóstico de Rorschach.

Holaday (2000) en una investigación con Rorschach a niños con desorden de estrés postraumático, encontró valores elevados en la variables que componen el índice de *SCZI*. A raíz de estos resultados, la autora menciona que en los niños expuestos a situaciones traumáticas, el trauma llega a interrumpir sus creencias ingenuas (por ejemplo, que el mundo tiene reglas fiables, que la gente es justa y digna de confianza; y que el castigo y el dolor son consecuencias del mal comportamiento). Explica entonces que este elevado índice de *SCZI* puede estar asociado a la dificultad de las víctimas jóvenes para comprender o darle un sentido a lo que les ha sucedido; convirtiéndose la vida para ellos en irracional, ilógica y confusa.

Adan, Fumanal, García, González, Pastor y Roura (2002) realizaron una investigación sobre patrones de respuesta Rorschach en niños con dificultades de aprendizaje. Los resultados mostraron que existían diferencias importantes en los protocolos de Rorschach en función del estrato socio-económico de estos niños. En esa línea, se encontró en los sectores bajo y medio respecto al alto, menor calidad de las operaciones cognitivas ($X+\%$ bajo y $X-\%$ alto), mayor rigidez (*Lambda* elevado), tendencia al oposicionismo (*S* alto), menor tolerancia al estrés (*D-*) y déficit en la comprensión de los demás (*H* pura disminuida). Los resultados destacaron también indicadores comunes para toda la muestra, como: índices bajos de *Zf*, *EA* y *es*, y elevado número de *MOR*. Para los autores, estos datos podrían indicar qué variables en la estructura cognitiva y emocional subyacen a las dificultades de rendimiento de estos niños.

En el Perú (especialmente en Lima) se han realizado en los últimos años investigaciones que buscan explorar diferentes características en los niños a través del Psicodiagnóstico de Rorschach. A continuación se mencionarán tres de estos estudios, cuya población se asemeja en algunas características a la de la presente investigación, y cuyos datos nos parecen relevantes tomar en cuenta.

Puga (2008) investigó acerca de las relaciones interpersonales de niños en edad preescolar, de nivel socioeconómico bajo; que recibían castigos físicos y emocionales como parte de la disciplina cotidiana en el hogar. Comparó los resultados de estos niños con los de un grupo cuya historia no reportó este tipo de castigos. Ambos grupos presentaron: Lambda (L) elevado (mayor a 1), una media de respuestas de textura (T) y una media de respuestas cooperativas (COP) menores a las esperadas según las normas de Exner (2001). Los índices de Egocentrismo (EGO) y de Responsividad Afectiva (Afr) también fueron menores a lo esperado.

El grupo de estudio respecto al grupo de comparación se caracterizó por presentar: un nivel de respuestas de representación humana pobre (PHR) mayor al de respuestas de representación humana buena (GHR); mayor proporción de contenidos parciales y fantaseados ([H], Hd, [Hd]) y mayor número de respuestas agresivas (AG) y respuestas mórbidas (MOR). Asimismo, la media de color acromático (C'), así como la de Códigos especiales (SumPond6) fueron mayores en este grupo.

Algunas de las conclusiones de esta investigación indican que los niños que son castigados de manera física o emocional, presentan: dificultades para involucrarse en relaciones de respeto mutuo, tienen niveles elevados de agresión, sentimientos disfóricos y alteraciones en las capacidades cognitivas. Sin embargo, estos niños también mostraron mayor número de repuestas activas (a) respecto al grupo de comparación, lo que según la autora, sugiere un mayor nivel de iniciativa y actividad, debido a una necesidad de expresar, ya sea de manera negativa o positiva, el malestar que sienten.

Cornejo (2005) realizó una investigación con una población de condición socioeconómica baja, que evaluó a niños talentosos. El grupo de comparación estuvo constituido por una muestra de niños con inteligencia promedio, y se utilizó como referencia las normas propuestas por Exner. Entre las variables que fueron semejantes, tanto en el grupo de estudio como en el comparativo, tenemos: número elevado de respuestas (R), respuestas cooperativas (COP) y agresivas (AG) disminuidos, textura (T) igual a cero en la mayoría de niños e índice de egocentrismo menor al esperado. Asimismo, los contenidos mórbidos (MOR) fueron elevados en ambos grupos. Tanto en los niños talentosos como no talentosos, se evidenciaron notorias situaciones de tensión (*m* e *Y* elevadas) y

respuestas *S* elevadas (con un promedio mayor a 2). Ello que denota, según la autora, no autoafirmación sino cierta hostilidad en estos niños.

Rivera (2000) investigó la calidad de las relaciones objetales a través del Psicodiagnóstico de Rorschach en una muestra de niños institucionalizados de nivel socioeconómico bajo, que habían sufrido maltrato físico y/o sexual. Comparó sus resultados con las normas para niños propuestas por Exner. Entre los resultados encontró escasas respuestas cooperativas (*COP*); sin embargo, la cantidad de contenidos agresivos (*AG*) fue la esperada según la norma, a pesar –como menciona la autora– de tratarse de niños maltratados. También resaltaron dentro de los resultados, un índice de egocentrismo (*EGO*) por debajo de la norma y un elevado índice de contenidos anatómicos (*An*). No obstante, los contenidos mórbidos (*MOR*) fueron menores respecto a las normas de Exner.

Por otro lado llama la atención, para esta autora, que *FC* predomine sobre *CF* y *C*, cuando según la etapa evolutiva de esta población se esperaría lo contrario. Este dato sugirió hipercontrol en la expresión afectiva de estos niños. Siguiendo con el área afectiva; se encontró también una menor cantidad de respuestas de color comparada con el grupo normativo.

Esta investigación mencionó como una de sus conclusiones, que la mayoría de niños de esta muestra presenta interés por establecer vínculos con el otro. Sin embargo, sus relaciones se caracterizan por ser superficiales y distantes; evitando la cercanía emocional en el contacto con el otro. Asimismo, la visión de sí mismos y de los otros están basadas más en la fantasía que en la realidad.

En conclusión, aun cuando cada una de las poblaciones de estas investigaciones poseen características propias, en todas se trabajó con niños de nivel socioeconómico bajo; encontrándose algunas coincidencias en las variables Rorschach, como: índice de egocentrismo (*EGO*) por debajo de lo esperado, respuestas de textura (*T*) y respuestas cooperativas (*COP*) disminuidas respecto al grupo normativo de Exner.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien se espera que el ambiente donde se desarrolla un niño lo provea de elementos suficientes y adecuados para potencializar sus recursos, en un país

como el Perú, la pobreza, la violencia y la desestructuración familiar configuran un entorno donde priman muchas veces las carencias (afectivas y materiales), el maltrato y la indiferencia. Es así que los niños, uno de los grupos más vulnerables de la sociedad, ven afectado su desarrollo, desencadenando una serie de dificultades emocionales que interfieren en su adaptación, mermando sus potencialidades y sus posibilidades.

No obstante, aun cuando la salud mental en la niñez es un problema clínico que por su prevalencia se transforma en un problema social, los estudios sobre ésta son escasos. Por tal motivo, esta investigación intenta un acercamiento al mundo interno de los niños que a través de sus síntomas piden ayuda, y que a partir de algún miembro cercano a ellos que *recoge* este pedido, asisten a consulta psicológica. Se busca así, conocer las características de personalidad de estos niños, considerando además el entorno social en el que se desenvuelven. De ahí que nos preguntamos: **¿Cómo es el funcionamiento psicológico de un grupo de niños entre los 8 y 12 años que acude a un hospital psiquiátrico estatal de Lima?**

Para responder a esta pregunta se analizarán las diferentes agrupaciones del Psicodiagnóstico de Rorschach, considerando la etapa de desarrollo en las que se encuentran estos niños, así como el contexto sociocultural donde se desenvuelven.

Al respecto, se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general:

- Describir el funcionamiento psicológico de un grupo de niños que acude a consulta psicológica en un hospital psiquiátrico limeño.

Objetivos Específicos:

- Describir cómo es la capacidad de control y tolerancia al estrés en los niños del grupo de estudio.
- Describir las características del estrés situacional en los niños del grupo de estudio.
- Describir cómo procesan, traducen y conceptualizan la información los niños del grupo de estudio.
- Describir las características de la autopercepción en los niños del grupo de estudio.

- Describir las características de percepción y conducta interpersonales en el grupo de estudio.
- Identificar diferencias en el funcionamiento psicológico de los niños del grupo de estudio a partir del género, edad, grado de escolaridad y tipo de colegio (particular-estatal).



CAPÍTULO II

MÉTODO

La presente investigación tiene un alcance descriptivo (Hernández, R; Fernández, C. & Baptista, P, 2006), debido a que detalla las características del funcionamiento psicológico de un grupo de niños de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre los 8 y los 12 años, y que acuden a consulta psicológica en un hospital estatal psiquiátrico de Lima.

Siguiendo a Hernández et al. (2006), el diseño es no experimental de tipo transeccional. No experimental, porque no se manipuló deliberadamente ninguna variable, y transeccional porque se recolectó los datos en un solo momento.

PARTICIPANTES

Los participantes de la presente investigación son 60 niños, la mitad son parte del grupo de estudio y la otra mitad del grupo de comparación. El primer grupo consta de 16 niños y 14 niñas, cuyas edades fluctúan entre los 8 y los 12 años, cursan entre 2° grado de primaria y 1° año de secundaria, y asisten a consulta psicológica en un hospital psiquiátrico estatal de Lima. Según el distrito de procedencia; el 30% pertenece a un nivel socioeconómico C; el 50% a un nivel D y el 20% a un nivel E (Apoyo, 2005)¹. El segundo grupo está formado también por 16 niños y 14 niñas, los cuales poseen las mismas características que el grupo anterior, excepto el de asistencia a consulta psicológica.

El muestreo fue de tipo no probabilístico (Hernández et al., 2006), debido a que la elección de los participantes no dependió de la probabilidad, sino que se eligió aquellos que se presumió eran típicos en la muestra, considerando como variables control: el sexo, la edad, grado de escolaridad, nivel socioeconómico,

¹ En Perfiles zonales de Lima Metropolitana - estudio realizado por Apoyo: Opinión y Mercado (2005) - se determinó 5 niveles socioeconómicos (A, B, C, D y E) en esta ciudad; tomando como criterio de clasificación las características del distrito donde habitan las personas.

tipo de colegio (particular-nacional) y nivel intelectual². Asimismo, se consideró como variable control para el grupo de estudio el diagnóstico psiquiátrico (se excluyó trastornos del desarrollo y psicosis). En el grupo de comparación se consideró que los niños no tengan algún antecedente de atención psicológica o psiquiátrica (o que no presenten algún tipo de sintomatología psíquica evidente); así como el hecho de que no sean considerados por los profesores como niños con problemas severos de conducta.

Las características de los niños del grupo de estudio son las siguientes: 14 niños (46.7%) se ubican en el rango de edad de 8 – 10 años, y 16 niños (53.3%) se ubican en el rango de edad de 11 – 12 años. Respecto al grado de escolaridad, 16 niños (53.3%) cursan entre el segundo y quinto de primaria, mientras que 14 niños (46.7%) cursan sexto de primaria o primero de secundaria. Catorce niños (46.7%) estudian en un colegio estatal y 16 (53,3%) lo hacen en un colegio particular.

Respecto a las características familiares de estos niños, 13 (40.3%) viven con un solo padre, 10 (33.3%) vive con ambos padres y 7 (23.3%) vive con otro miembro de la familia. Según lo referido en la historia clínica de los niños, en el 33.3% de casos (n=10) uno de los padres consume drogas o alcohol de manera reiterada; en igual porcentaje de casos se consigna agresión física del padre hacia la madre, y en el 26.7% de casos (n=8) alguno de los padres padece un trastorno psiquiátrico diagnosticado (depresión y/o ansiedad, esquizofrenia).

Finalmente, respecto al motivo principal de consulta de los padres o apoderado del niño, el 53.3% (n=16) hace referencia a algún problema en el colegio: bajo rendimiento, desinterés en el estudio, falta de atención en clases. Mientras que solo el 10% (n=3) refiere como motivo de consulta principal el malestar emocional del niño: tristeza, llanto frecuente, ansiedad, temores.

Respecto al grupo de comparación, 14 niños (46.7%) se ubican en el rango de edad de 8 – 10 años (46.7%), y 16 niños (53.3%) se ubican en el rango de edad de 9 – 12 años. En cuanto al grado de escolaridad, 18 niños (60%) cursan entre el segundo y quinto de primaria, mientras que 12 niños (40%) cursan sexto

² Se consideró para el grupo de estudio un Coeficiente Intelectual mínimo de 80 (correspondiente al nivel Promedio Inferior) obtenido a través de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños: WISC-III. Para el grupo de comparación se tomó en cuenta que los niños no hayan repetido ningún año de estudios y que no presenten actualmente algún problema severo en su rendimiento escolar.

de primaria o primero de secundaria. De este grupo, catorce niños (46.7%) estudian en un colegio estatal y 16 (53,3%) lo hacen en un colegio particular. Respecto a las características familiares, 16 niños (53.3%) viven con ambos padres, 10 (33.3%) con un solo padre y 4 (13.3%) con otro miembro de la familia.

MEDICIÓN

Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprehensivo de Exner

El Psicodiagnóstico de Rorschach fue creado por Herman Rorschach en 1921. Consta de 10 manchas de tinta como elementos estimulares. El carácter de su consiga (“¿Qué podría ser esto?”) y la ambigüedad de sus estímulos permiten una amplia gama de respuestas que ponen en actividad muchas de las operaciones psicológicas de la persona, permitiendo revelar aspectos de su personalidad (Weigle, 1998).

Desde su creación se han intentado establecer sus propiedades psicométricas, siendo Exner, quien en 1974, propuso el Sistema Comprehensivo. Este sistema organiza los datos en un sumario estructural, compuesto por una sección principal y ocho agrupaciones: Capacidad de control y tolerancia al estrés, Estrés de origen situacional, Mediación Cognitiva, Ideación, Procesamiento de la Información, Afecto, Autopercepción y Percepción interpersonal.

El Sistema Comprehensivo de Exner consiguió una estandarización del método de aplicación, codificación y obtención de porcentajes e índices diversos (Weiner, 2001), hecho que contribuyó a la proliferación de estudios que apoyaron su solidez teórica y metodológica (Hetz, 1992). Las variables que lo componen han sido investigadas en distintos diseños (algunos experimentales), usando análisis estadísticos modernos y en diferentes poblaciones, adoptándose solamente las que mostraron utilidad interpretativa (Fundación Estudios de Rorschach Sistema Comprehensivo [FERSIC], 2006).

Respecto a la validez del Psicodiagnóstico de Rorschach, diversos autores (Ganellen, 2001; Hiller, Rosenthal, Berry & Brunnel-Neulerb, 1999; Viglione & Taylor, 2003) realizaron estudios con diferentes grupos de sujetos pacientes y no

pacientes. Los resultados mostraron que el Rorschach es un instrumento psicométricamente estable y válido.

Para evaluar la confiabilidad del Rorschach bajo el Sistema Comprehensivo de Exner, se realizaron diferentes pruebas de confiabilidad con el método test-retest, comprobando la estabilidad de los puntajes en el tiempo. Así, los resultados mostraron que casi todas aquellas variables que estaban relacionadas con rasgos de personalidad, presentaban estabilidad sustancial en el corto y en el largo plazo (con coeficientes superiores a 0.75). Las únicas variables que mostraron menor estabilidad en el tiempo fueron movimiento inanimado (m) y sombreado difuso (Y), pero al ser variables relacionadas al estrés situacional, se espera que varíen a lo largo del tiempo (Weiner, 2001).

Asimismo, tal como refieren Viglione y Hilsenroth (2001), una gran cantidad de estudios publicados (Exner, 1993; Meyer, 1997b; Acklin, McDowell & Verschell, 2000), muestran evidencia empírica de que la codificación del Rorschach mediante el Sistema Comprehensivo presenta un adecuado acuerdo entre jueces, demostrando su confiabilidad.

Respecto al Rorschach y su utilización en población de niños, Vera Campo (1995) menciona que esta prueba permite apreciar en niños y adolescentes la dinámica de la estructuración de su personalidad, y comprender, al mismo tiempo, a través de la percepción, las posibilidades o los trastornos de desarrollo afectivo e intelectual que pudiesen presentar. Sin embargo, como el Rorschach es un instrumento sensible a los cambios en el desarrollo evolutivo; si bien en niños y adolescentes se mantienen las 10 láminas, la interpretación es diferente (Vera, 1995). Por ello, cuando se evalúa a niños y adolescentes es indispensable recurrir a normas de desarrollo, presentando el Sistema Comprehensivo de Exner normas para niños y adolescentes entre 5 y 16 años (Exner, 2006). Incluso, en los últimos años, en países como Italia, Japón, Portugal, Estados Unidos y México, se ha aplicado el Psicodiagnóstico de Rorschach a poblaciones de niños, con el fin de establecer normas bajo el sistema Comprehensivo de Exner más acordes al contexto sociocultural de cada país (Shaffer, Erdberg & Mayer, 2007).

Además, en cuanto al proceso de aplicación del Rorschach en niños, Exner y Weiner (1982) sugieren que es muy importante que el evaluador invierta el

tiempo suficiente para lograr una confianza mínima y disminuir los niveles de ansiedad en estos.

Finalmente, en cuanto a los alcances del Rorschach, un estudio longitudinal de Exner, Thomas & Mason (1985, citado por Weiner, 1996) demostró que es una medida válida del desarrollo de la personalidad, ya que es capaz de detectar los incrementos en la estabilidad de las variables de personalidad que ocurren a lo largo del desarrollo, desde la niñez, pasando por la adolescencia hasta la adultez.

Asimismo, mediante esta prueba se puede evaluar diferentes tipos de poblaciones, en cuanto a sexo, edad, nivel socioeconómico y contexto cultural, como lo demuestran diferentes investigaciones hechas en el Perú (Garrido-Lecca, 1997; Ráez, 1998; Delgado, 2001, Mayo, 2003; Cornejo, 2005; Florián, 2006; Brahim, 2006, Puga, 2008; Jacoby, 2008).

Ahora, si bien la evidencia acerca de la validez del Rorschach es abundante, es una prueba que se encuentra en constante evolución, por lo que muchos autores sugieren que se sigan realizando investigaciones para resolver ciertas controversias (Viglione & Hilsenroth, 2001). Al respecto, diferentes investigadores han desarrollado en los últimos años datos normativos en base a muestras representativas de sus respectivos países. Es el caso del Perú, donde Ráez (2007), siguiendo el Sistema Comprehensivo de Exner, planteó normas peruanas en base a un estudio con 223 adultos no pacientes.

Ficha Sociodemográfica

Se elaboró una ficha personal para poder controlar los criterios de selección de la muestra y obtener información adicional acerca de algunas características familiares del grupo de estudio. Esta ficha registró: sexo, edad, grado de instrucción, tipo de colegio (particular – estatal), distrito de residencia y constelación familiar. Asimismo, en base a la historia clínica de los niños del grupo de estudio se registró: nivel intelectual, motivo de consulta y antecedentes de los padres (presencia de algún trastorno psiquiátrico, abuso de sustancias, agresión física).

PROCEDIMIENTO

Para la evaluación del grupo de estudio se asistió a un hospital psiquiátrico estatal (Área de Consulta Externa de Niños y Adolescentes). Se coordinó con la psicóloga encargada para que sean derivados aquellos niños que cumplieran con los criterios de la muestra. Asimismo, se revisó la Historia Clínica de los niños sugeridos para verificar que el diagnóstico no incluyera algún trastorno del desarrollo o psicosis, y que la evaluación de su CI mediante el WISC-III no fuera menor a la categoría Promedio Inferior. Además, la Historia Clínica permitió recoger los datos necesarios para la Ficha Sociodemográfica.

Luego de esto se inició la evaluación individual con los niños seleccionados, aplicando el Psicodiagnóstico de Rorschach como parte de la batería de pruebas que utiliza la institución para la evaluación psicológica. Siguiendo lo propuesto por el Sistema Comprehensivo de Exner, se descartaron aquellos protocolos que obtuvieron menos de 14 respuestas en el Psicodiagnóstico de Rorschach. Cabe resaltar, que este grupo presentó constantes interferencias durante la evaluación, con mayor predisposición a salirse de la tarea y dificultad para organizar sus ideas al emitir una respuesta

Para la evaluación al grupo de comparación se coordinó con 2 colegios estatales y 2 particulares (con poblaciones semejantes en cuanto a nivel socioeconómico al grupo de estudio) y se aplicó el Psicodiagnóstico de Rorschach a niños de edades y grado de instrucción análogos al primer grupo, considerando además que cumplieran con los requisitos propuestos en la selección de la muestra. Al igual que con el grupo de estudio, se descartó aquellos protocolos con menos de 14 respuestas.

Una vez obtenidos los resultados de ambos grupos, se codificaron a partir del programa computarizado para el Sistema Comprehensivo de Exner: RIAP5. Luego se seleccionaron de forma aleatoria 16 protocolos (8 del grupo de estudio y 8 del grupo de comparación), que fueron entregados codificados a dos jueces para que los revisen de forma independiente. Se buscó un nivel de confianza mayor al 80%, que garantice la confiabilidad de la corrección.

Al verificarse la confiabilidad esperada se realizaron los procesos estadísticos necesarios y acordes a nuestros objetivos. El análisis de las variables se realizó según dos tratamientos estadísticos, contrastando los datos del grupo de estudio

con los del grupo de comparación y el grupo de Exner. El primer tratamiento estadístico consideró el valor de la media (\bar{x}) y de la Desviación Estándar (D.S), registrando el nivel de significación obtenido a través de la prueba *U de Mann Whitney* (p). En el segundo tratamiento se consideró la frecuencia y porcentaje (%), utilizando el estadístico Chi-Cuadrado y la probabilidad (p). En ambos análisis se consideró un nivel de significación de $p < 0.05$ para los resultados.





CAPÍTULO III

RESULTADOS

Siguiendo los objetivos del presente estudio organizamos los resultados según las agrupaciones del Sistema Comprensivo de Exner (2000), presentando en un primer momento las variables Lambda (L) y Estilo Vivencial (EB), ya que por sus características requieren ser analizadas particularmente.

En un segundo momento, se describen los puntajes del grupo de estudio en las diferentes agrupaciones del Sistema Comprensivo (objetivo general). Para ello, se consideran las diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes del grupo de estudio y el grupo de comparación. Se utiliza también como marco de referencia los datos de la muestra de Exner para niños entre los 8 y 12 años (2001).

Finalmente, se realiza un análisis intragrupal, considerando las diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sexo, edad, grado de estudios y tipo de colegio dentro del grupo de estudio.

Se inicia con el análisis de Lambda (L), que evalúa el grado en que el sujeto tiende a ignorar o no, psicológicamente los estímulos (Exner, 2005). Al respecto, tal como lo muestra la tabla 1, la media del grupo de estudio ($X = 2.34$, $DS = 4.32$) es estadísticamente inferior a la del grupo de comparación ($X = 4.94$, $DS = 9.30$); sin embargo, ambas son elevadas en relación a la media de la muestra americana de Exner ($X = 0.68$). Asimismo, si bien predomina en ambos grupos un estilo sobre-simplificador ($L > 0.99$), el porcentaje de niños del grupo de estudio que lo presenta es estadísticamente inferior (56.7%) al del grupo de comparación (83.3%). Ahora bien, un elevado valor de Lambda según Exner (2000) puede corresponder a un estilo básico de respuesta evitativo o una forma de defensividad situacional desarrollada ante la administración del test. No obstante, en ambos grupos, una minoría de niños (G. de estudio: $N = 2$, 6.7% y G.

de comparación: $N=7$, 16.7%) presenta $L > 0.99$ y además $R^3 < 16$ y $EA^4 < 4$, indicadores que según Exner (2000) confirman la hipótesis de una actitud defensiva frente a la situación del test. Es decir, la mayoría de niños en ambos grupos tiende a ignorar psicológicamente la complejidad o ambigüedad del campo estimular, para afrontar solo sus características más básicas u obvias (Exner, 2000), siendo este estilo más común en el grupo de comparación.

Tabla 1: *Lambda*

Variable	Estudio		Comparación		Exner
	X	DS	X	DS	X
L	2.34	4.32	4.94*	9.30	0.68*
	n=30	%	n=30	%	
L > 0.99	17	56.7%	25*	83.3%	
Promedio	5	16.7%	2	6.7%	
L < 0.60	8	26.7%	3	10.0%	

* $p < 0.05$

En cuanto al Estilo vivencial (EB⁵), tal como se muestra en la tabla 2, y según los resultados del Lambda, en la mayoría de niños de ambos grupos prevalece un estilo evitativo. Siendo la proporción en el grupo de comparación (83.3%) significativamente mayor a la del grupo de estudio (56.7%), y ambas mayores a la encontrada en la muestra de Exner (14.2%). Además, ambos grupos presentan una proporción menor de niños con un estilo Extratensivo (G. de estudio: 13.3%, G. de comparación: 3.3%) y Ambitendente (G. de estudio: 6.7%, G. Control: 3.3%), respecto al grupo de Exner (Extratensivo: 35.8%, Ambitendente: 33.6%).

³ Número de respuestas que da el sujeto.

⁴ Recursos disponibles: se refiere al conjunto de capacidades cognitivas que el sujeto ha desarrollado, incluyendo también cómo identifica y emplea las emociones (Exner, 2000).

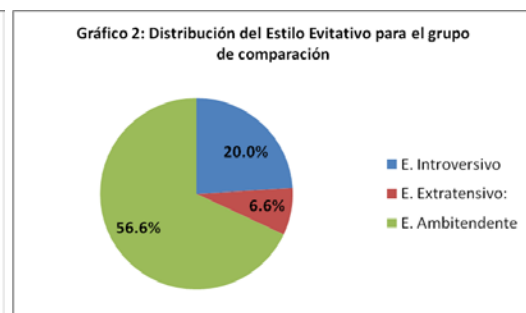
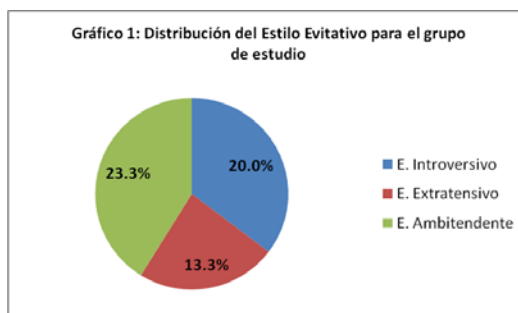
⁵ Evalúa la relación de los afectos con la psicología de la persona, definiendo tres estilos: Introversivo, Extratensivo y Ambigüo (Exner, 2000)

Tabla 2: *Estilo Vivencial*

Variable EB	Estudio		Comparación		Exner %
	n=30	%	n=30	%	
Evitativo	17	56.7%	25*	83.3%	14.2%*
Introversivo	7	23.3%	3	10.0%	17.8%
Extratensivo	4	13.3%	1	3.3%	35.8%*
Ambitendente	2	6.7%	1	3.3%	33.6%*

*p<0.05

Ahora bien, si consideramos la distribución del estilo evitativo en el grupo de estudio (Gráfico 1), observamos que los tres tipos de estilo evitativo están distribuidos de manera relativamente pareja. Así, el 23.3% de niños (N=7) presentan un estilo evitativo-ambitendente, es decir, una tendencia evitativa dominante cuando perciben una situación como demasiado compleja (Exner, 2000). Un porcentaje similar (N=6, 20.0%) presenta un estilo evitativo-introversivo, caracterizado, como menciona Ráez⁶, por separar los sentimientos cuando se soluciona problemas, pero con menor efectividad global de la orientación ideacional. Finalmente, el 13.3% de niños (N=4) presenta un estilo evitativo-extratensivo, caracterizado por el uso frecuente de las emociones en la toma de decisiones, aunque sin profundizar en ellas (Ráez). Mientras tanto, en el grupo de comparación (Gráfico 2), la mayoría de niños posee un estilo evitativo-ambitendente (N=17, 56.6%), frente a un 20% de niños (N=6) que presentan un estilo evitativo-introversivo, y solo un 6.6% (N=2) con un estilo extratensivo-ambitendente.



⁶ Comunicación personal, 15 de Octubre de 2005

En conclusión, la prevalencia del estilo evitativo en la mayoría de niños de ambos grupos (con mayor predominio en el grupo de comparación), nos habla de una tendencia a simplificar en exceso la complejidad de las situaciones de demanda estimular, lo que puede reducir la eficacia del comportamiento (Exner & Sendín, 1995). Así pues, aun cuando esta táctica es más frecuente en los niños, implica igualmente un proceso de evitación (Exner, 2000).

A continuación se expondrán los resultados en base a las diferentes agrupaciones propuestas por el Sistema Comprehensivo de Exner (2000).

En cuanto a la agrupación de **Control y Tolerancia al Estrés**, tal como se muestra en la tabla 3, existe una diferencia entre la media de la Experiencia Accesible (EA) del grupo de estudio ($X=5.72$, $DS=3.97$) y la del grupo de comparación ($X=3.50$, $DS=3.01$), siendo estadísticamente mayor en el primer grupo; aunque ambas significativamente menores a la propuesta por Exner ($X=8.19$). Ahora, si bien estos datos señalan una mayor accesibilidad a recursos tanto afectivos como cognitivos en el grupo de estudio, esto no necesariamente implica una buena adaptación en el control y tolerancia al estrés. Así pues, un análisis detallado de las variables que conforman la EA permite observar el aumento en el grupo de estudio de respuestas de Color Puro (C), existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de ambos grupos (G. de estudio: $X=0.73$, $DS=2.00$; G. de comparación: $X=0.03$, $DS=0.18$). Asimismo, si bien la media de Movimiento Humano (M) es mayor en el grupo de estudio ($X=3.33$, $DS=3.02$) respecto al grupo de comparación ($X=2.23$, $DS=2.42$), ésta tiene una calidad menor en el primer grupo (M-: $X=1.30$, $DS=2.02$) respecto al segundo (M-: $X=0.73$, $DS=1.41$), aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa. Estos datos muestran que si bien el grupo de estudio moviliza más recursos para afrontar situaciones de demanda, estos suelen ser poco eficaces y adaptativos, ya que la posibilidad de actuar impulsivamente es mayor y el pensamiento suele distorsionarse, estableciéndose en estos niños formas impulsivas de pensamiento y acción (Exner, 1994).

Respecto a la capacidad actual de control del estrés (D), la media del grupo de estudio ($X= -0.77$, $DS=0.97$) es estadísticamente menor a la del grupo de comparación ($X= -0.50$, $DS=1.28$), alcanzando ambas un valor inferior respecto al grupo de Exner ($X= -0.17$). Además, el porcentaje de niños con $D=0$ es significativamente menor en el grupo de estudio (33.3%) respecto al grupo de

comparación (70.0%) y al grupo de Exner (81.6%). Mientras que el porcentaje de niños con $D < 0$ es significativamente mayor en el grupo de estudio (60.0%) respecto a ambos grupos (G. de comparación: 26.7%, Exner: 15.4%). Todo ello sugiere una mayor dificultad en el grupo de estudio para hacer frente a las demandas actuales. Lo anterior cobra sentido si se toma en cuenta las variables de Estimulación sufrida (es) y Estimulación sufrida ajustada (Adj es); ambas significativamente mayores en el grupo de estudio (es: $X=8.57$, $DS=5.46$; Adj es: $X=7.27$, $DS=5.07$) respecto al grupo de comparación (es: $X=8.57$, $DS=5.46$; Adj es: $X=7.27$, $DS=5.07$). Ello muestra que en el grupo de estudio existe un mayor nivel de demanda que no es solo situacional (Adj es), sino que corresponde a un estado habitual de estos niños, donde sienten que las demandas exceden sus recursos (Exner, 1994).

Por otro lado, se observa una proporción significativamente mayor de niños del grupo de estudio ($N=13$, 43.3%) respecto al grupo de comparación ($N=3$, 10%), donde el lado izquierdo de la eb (Experiencia Base) es menor al derecho, siendo además el valor de la estimulación sufrida (es) igual o mayor a 4. Estos valores son contrarios a los que se espera en niños y adultos (Exner, 2000), lo que implica que en el grupo de estudio hay mayor presencia de experiencias afectivas irritantes originadas por demandas, con mayor posibilidad de vivenciar malestar o sufrimiento (Exner, 1994). Además, esta misma proporción de niños en el grupo de estudio ($N=13$, 43.3%), frente a solo el 6.6% ($N=2$) en el grupo de comparación, presenta un incremento de respuestas de color acromático ($C' > 2$), lo que muestra una mayor tendencia en el primer grupo a la internalización excesiva de emocionalidad, que aumenta su sobrecarga interna.

Finalmente, el Lambda significativamente mayor en el grupo control respecto al grupo de estudio, implicaría menor defensividad en el acercamiento a los estímulos en los niños del grupo de estudio, y por lo tanto mayores posibilidades de afrontar el estrés. Sin embargo, como menciona Exner (2000), el estilo evitativo puede en ocasiones estar asociado a la capacidad de control, ya que ignorar la complejidad representa una forma indirecta de control, disminuyendo las posibilidades de ser abrumado por la situación. Entonces, se podría entender esta disminución del Lambda en el grupo de estudio respecto al del grupo control, como una mayor vulnerabilidad para dejarse abrumar por las situaciones.

Tabla 3: *Capacidad de Control y Tolerancia al Estrés*

Variable	Estudio		Comparación		Exner
	X	DS	X	DS	X
EA	5.72	3.97	3.5*	3.01	8.19*
PuntD	-0.77	0.97	-0.50*	1.28	-0.17*
Es	8.57	5.46	5.23*	4.96	8.51
Adjes	7.27	5.07	4.73*	4.96	-
	n=30	%	n=30	%	%
D = 0	10	33.3%	21*	70.0%	81.6%*
D < 0	18	60.0%	8*	26.7%	15.4%*
eb:SumFM+m < C'+SumSHy es > 4	13	43.3%	3*	10.0%	-
AdjD = 0	16	53.3%	21	70.0%	80.6%*
AdjD < 0	11	36.7%	7	23.3%	11.0%*
C' > 2	13	43.3%	2*	6.6%	-

*p<0.05

Respecto a la agrupación de **Estrés de origen situacional**, además de lo ya señalado respecto a D y EA, se agrega que si bien el grupo de estudio y el grupo de comparación difieren en la capacidad actual de control (D), su manera habitual de dirigir los comportamientos es similar (Adj D). Además, tal como se muestra en la tabla 4, hay un porcentaje de niños del grupo de estudio (N=11, 36.7%) significativamente mayor al del grupo de comparación (N=4, 13.3%) que muestra D < Adj D. Estos datos sugieren que en los niños del grupo de estudio, con mayor frecuencia que en los del grupo de comparación, la capacidad actual de control del estrés (D) es menor a la que ejercen habitualmente (Adj D). Además, el hecho de que la mayoría de niños del grupo de estudio (60%) presenten un puntaje D<0, indica la existencia de un estado de sobrecarga, por el cual estos niños experimentan más demandas internas de las que pueden responder de manera simple o efectiva (Exner, 2000), siendo más probable que respondan con impulsividad en relación al grupo de comparación (C: G. de estudio: X=0.73, DS=2.00; G. de comparación: X=0.03, DS=0.18).

Por otro lado, respecto a las Respuestas Complejas de color-sombreado (Compljs.Col-SH), existe una diferencia significativa en la proporción de niños que presentan este tipo de respuestas en el grupo de estudio y el grupo de comparación (G. de estudio: 36.7%; G. de comparación: 6.7%), con mayor tendencia a la ambivalencia afectiva en el primer grupo, la cual podría estar asociada a factores estresantes. En complemento a estos datos, se observa una diferencia significativa en ambos grupos respecto a la proporción de niños cuyos protocolos muestran $D=-1$ y $M>0$ (G. de estudio: 33.3%; G. de comparación: 10.0%), lo que indicaría, siguiendo a Exner (2000) que en el grupo de estudio, con mayor frecuencia que en el grupo de comparación, el estrés situacional puede estar interfiriendo en el pensamiento y generando pensamientos extraños en estos niños.

También se observan diferencias significativas en las variables m (forma de ideación invasiva) y $SumY$ (sensación de desvalimiento) en ambos grupos, con medias superiores en el grupo de estudio (m : $X=1.70$, $DS=1.60$; Y : $X=0.77$, $DS=0.90$) respecto al grupo de comparación (m : $X=0.83$, $DS=0.83$; Y : $X=0.40$, $DS=1.16$). Y donde m es también significativamente superior en el grupo de estudio comparado con el grupo de Exner ($X=0.86$), aunque con medias semejantes respecto a la variable Y , cuya media en el grupo de Exner es de 0.81. Asimismo, la proporción de niños del grupo de estudio (66.7%) que presentan respuestas complejas que incluyen m ó Y , es significativamente mayor a la del grupo de comparación (33.3%). Estos datos indican que la complejidad psicológica en los niños del grupo de estudio se ha incrementado por el aumento de demandas estimulares asociadas al estrés situacional (Exner, 2000), influyendo tanto a nivel del pensamiento (m) como de las emociones ($SumY$).

En conclusión, se observan diversos datos que muestran que existe en el grupo de estudio mayor nivel de estrés situacional que en el grupo de comparación; lo que genera una vivencia de mayor demanda y sobrecarga en el primer grupo, interfiriendo en su capacidad de control actual.

Tabla 4: Estrés de origen situacional

Variable	Estudio		Comparación		Exner
	X	DS	X	DS	
PuntD	-0.77	0.97	-0.50*	1.28	-0.17*
EA	5.72	3.97	3.50*	3.01	8.19*
M	1.70	1.60	0.83*	0.83	0.86*
SumY	0.77	0.90	0.40*	1.16	0.81
C pura	0.73	2.00	0.03*	0.18	-
	n=30	%	n=30	%	%
D < AdjD	11	36.7%	4*	13.3%	-
D < 0	18	60.0%	8*	26.7%	15.4%*
Compl.Col-SH	11	36.7%	2*	6.7%	-
D=-1 y M->0	10	33.3%	3*	10.0%	-
Compljs (m & Y)	20	66.7%	10*	33.3%	-

*p<0.05

Respecto a la agrupación de **Afecto**, consideraremos en primer lugar el Índice de Depresión (DEPI), cuya media es significativamente mayor en el grupo de estudio (X=4.30, DS=1.18) respecto al grupo de comparación (X=3.40, DS=1.19). Sin embargo, la significación de DEPI varía de acuerdo a los valores que alcance, por lo que la siguiente tabla permitirá un análisis más detallado de éste índice.

Tabla 5: Distribución de los valores de DEPI

Variable	Estudio		Comparación	
	n=30	%	n=30	%
DEPI = 5	7	23.30%	7	23.30%
DEPI = 6 ó 7	5	16.70%	0	0.00%

Tal como muestra la tabla 5, tanto el grupo de estudio como el grupo control coinciden en la proporción de casos que presentan DEPI=5, lo que significa que el 23.3% de niños de ambos grupos presentan cierta vulnerabilidad a caer en estados depresivos o sufrir fluctuaciones de humor (Exner, 1994). No obstante,

el 16.7% de niños del grupo de estudio presenta algún trastorno afectivo significativo (DEPI=6 ó 7), mientras que ningún niño del grupo de comparación presenta esta dificultad.

Ahora bien, del 40.0% de niños del grupo de estudio que marcan DEPI positivo (DEPI > 4), la mayoría (58.3%) presenta también positivo el Índice de Inhabilidad Social (CDI). Ello quiere decir, que en este grupo la mayoría de niños que presentan DEPI positivo son vulnerables a desorganizarse emocionalmente, pero por lo general, el problema afectivo es secundario respecto a su dificultad para establecer y mantener relaciones interpersonales profundas y gratificantes (Exner, 2000). Contrariamente, en el grupo de comparación, del 23.3% de niños que marcan DEPI positivo (DEPI > 4) solo el 14.3% presenta también CDI positivo. Entonces, en este grupo DEPI no está asociado en su mayoría a dificultades para hacer frente a las demandas sociales.

Por otro lado, la tabla 6 permite observar, tal como se mencionó en la agrupación anterior, que el porcentaje de niños del grupo de estudio que muestran el lado derecho de la Experiencia base (eb) mayor al izquierdo (43.3%), es significativamente superior al del grupo de comparación (10.0%), lo que sugiere mayor presencia de emocionalidad irritativa y sufrimiento en el primer grupo; con afectos que pueden influir en su conducta, pero sobre los cuales tienen escaso control (Exner & Sendín, 1995). Estos datos concuerdan con lo encontrado en la variable C' , cuya media es significativamente superior en el grupo de estudio ($X=3.10$, $DS=4.20$) respecto al grupo de comparación ($X=0.90$, $DS=1.18$) y al de Exner ($X=1.08$), información que indica que en el grupo de estudio existe mayor tendencia a retener la exteriorización de las emociones, lo que genera sentimientos irritantes o negativos (Exner, 2000). Asimismo, considerando que la media de C pura (C) es significativamente mayor en el grupo de estudio ($X=0.73$, $DS=2.00$) que en el grupo de comparación ($X=0.03$, $DS=0.18$), podemos concluir que cuando el primer grupo logra expresar sus emociones, suele hacerlo con mayor descontrol que el grupo de comparación.

En cuanto a la Proporción Afectiva (Afr), que evalúa el interés del sujeto por experimentar sensaciones o rodearse de emociones (Exner, 2005), solo el 6.7% ($N=2$) de niños del grupo de estudio presenta $Afr < 0.50$, frente a un 60.0% ($N=18$) de niños en el grupo de comparación. Ello implica mayor atracción por la

estimulación afectiva y mayor interés por los intercambios emocionales en el grupo de estudio. Sin embargo, considerando la realidad de estos niños, este mayor interés por el mundo emocional puede generar más frustración debido a las limitaciones del contexto donde se desenvuelven. Además, el mayor valor de respuestas de espacio (S) en el grupo de estudio ($X=3.13$, $DS=2.15$), respecto al grupo de comparación ($X=2.00$, $DS=2.15$) y al grupo normativo de Exner ($X=1.72$), sugiere que existe más oposicionismo y negativismo hacia el entorno en el grupo de estudio

Por otro lado, respecto a las Respuestas Complejas, el grupo de estudio presenta una media estadísticamente superior a la del grupo de comparación (G. de estudio: $X=2.77$, $DS=2.76$; G. de comparación: $X=1.27$, $DS=1.82$), pero estadísticamente menor a la de la muestra americana de Exner ($X=5.55$). Ello señalaría mayor complejidad psicológica actual en el grupo de estudio que en el grupo de comparación. No obstante, esta mayor complejidad podría estar asociada a vivencias de estrés y conflicto, incrementando la posibilidad de que la emocionalidad ejerza una influencia negativa en el grado de coherencia de las conductas y/o en la estabilidad de estos niños (Exner, 2000). Sin embargo, la menor complejidad del grupo de comparación respecto al grupo de estudio, se asocia también a la mayor proporción de niños con estilo evitativo en el primer grupo. Así pues, como menciona Exner (2000), si Lambda es elevado, se espera que la cantidad de respuestas complejas disminuya. No obstante, en el grupo de estudio hay también una mayor proporción de niños con Respuestas Complejas de Color-Sombreado (Complj. Col-SH) (36.7%) que en el grupo de comparación (6.7%), lo que denota mayor confusión a nivel emocional en el primer grupo, con mayor probabilidad de experimentar sentimientos negativos y positivos hacia la misma situación estimular (Exner, 1994).

Tabla 6: *Afecto*

Variable	Estudio		Comparación		Exner
	X	DS	X	DS	
DEPI	4.30	1.18	3.40*	1.19	-
SumC'	3.10	4.20	0.90*	1.18	1.08*
C pura	0.73	2.00	0.03*	0.18	-
S	3.13	2.15	2.00*	2.15	1.72*
Complejas	2.77	2.76	1.27*	1.82	5.55*
Compl.Col-SH	0.13	0.35	0.03	0.18	0.33*
	n=30	%	n=30	%	%
eb: SumFM+m <					
C'+SumSH	13	43.3%	3*	10.0%	-
Afr < 0.50	2	6.7%	18*	60.0%	18.4%*
Compl.Col-SH	11	36.7%	2*	6.7%	-

*p<0.05

Respecto a las actividades cognitivas, el Sistema Comprehensivo de Exner considera tres agrupaciones: Procesamiento de la Información, Mediación Cognitiva e Ideación.

En relación al **Procesamiento de Información**, se analizan primero las variables que componen la proporción W:D:Dd⁷ (tabla 7). Los datos muestran que la media de *D* es estadísticamente inferior en el grupo de estudio (X=7.90, DS=5.74) respecto al grupo de comparación (X=10.53, DS=6.11); lo que sugiere menor economía en el procesamiento de información en el primer grupo. Asimismo, la media de la variable *Dd* es significativamente mayor en el grupo de estudio (X=6.40, DS=4.43) respecto al grupo de Exner (X=1.54); y si bien no es significativamente mayor a la del grupo de comparación (X=4.93, DS=4.94), alcanza un valor más elevado. Además, el 76.7% de niños del grupo de estudio presenta un *Dd* > 3, proporción significativamente diferente a la del grupo de comparación (50.0%). Estos datos señalan que en los niños del grupo de estudio hay una mayor tendencia a realizar un esfuerzo atípico en el

⁷ Proporción de respuestas globales (W), respuestas de detalle usual (D) y respuestas de Detalle inusual (Dd). Esta proporción evalúa cómo se procesa la información, considerando las posibles estrategias utilizadas y el esfuerzo invertido (Exner, 2000).

procesamiento de información, realizando más virajes exploratorios de los necesarios y prestando atención a los rasgos más inusuales o insignificantes de los estímulos (Exner, 2000).

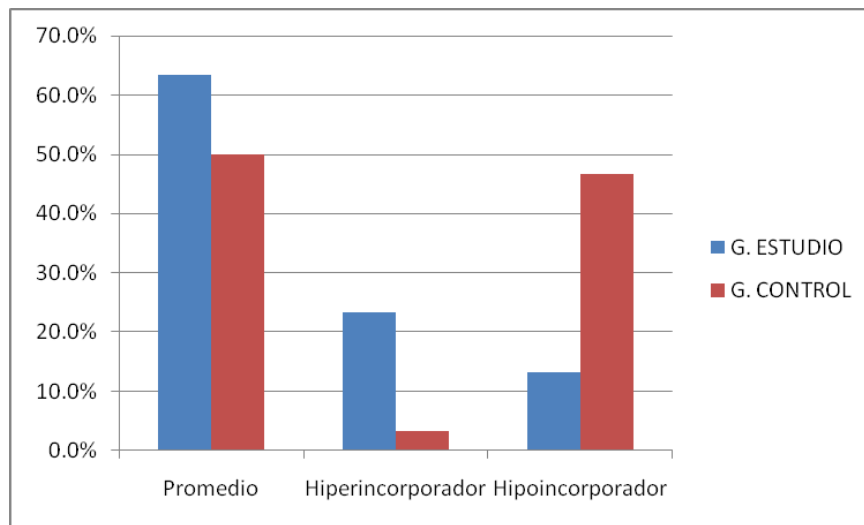
Tabla 7: Proporción W:D:Dd

Variable	Estudio		Comparación		Exner
	X	DS	X	DS	X
W	9.07	6.10	9.10	5.93	9.66
D	7.90	5.74	10.53*	6.11	9.39
Dd	6.40	4.43	4.93	4.94	1.54*

* $p < 0.05$

Respecto al grado de eficacia en la actividad exploratoria durante las operaciones de procesamiento (Zd), tal como se muestra en el gráfico N° 3, el 63% de niños del grupo de estudio y el 50.0% de niños del grupo de comparación poseen un Zd promedio (entre +3.0 y -3.0). Sin embargo, la proporción de niños hiperincorporadores ($Zd > +3$) es significativamente mayor en el grupo de estudio (23.3%) respecto al grupo de comparación (3.3%); sucediendo lo contrario con los hipoincorporadores ($Zd < -3$), donde el grupo de comparación muestra un número significativamente mayor (46.7%) que el grupo de estudio (13.3%). Entonces, según los resultados, en el grupo de comparación hay mayor tendencia a explorar el campo estimular de manera negligente, incrementando el riesgo de cometer fallos de mediación y patrones de conducta ineficaces, lo cual, siguiendo a Exner, 2000), es esperable en niños menores de 10 años. Por otro lado, en el grupo de estudio, hay mayor tendencia a invertir más esfuerzo y energía en actividades exploratorias del campo estimular; lo que podría ser perjudicial para estos niños porque implica rasgos de hipermadurez que no concuerdan con lo esperado para su nivel evolutivo (Exner & Sendín, 1995).

Gráfico 3: Eficacia de la actividad exploratoria (Zd)



Finalmente, tal como se muestra en la tabla 8, existen diferencias significativas en la variable de Perseveración (PSV), con una media menor en el grupo de estudio ($X=0.77$, $DS=2.11$) respecto al grupo de comparación ($X=1.30$, $DS=2.02$). Además, la mayoría de niños del grupo de comparación (53.3%) presentan $PSV > 0$, frente a solo el 26.7% del grupo de estudio. Esto implica mayor dificultad en el grupo de comparación para cambiar el foco de atención, mostrando rigidez en el procesamiento de información.

Tabla 8: Perseveración

Variable	Estudio		Comparación		Exner
	X	DS	X	DS	X
PSV	0.77	2.11	1.30*	2.02	0.17
	n=30	%	n=30	%	%
PSV > 0	8	26.7%	16*	53.3%	-

* $p < 0.05$

En la agrupación de Mediación Cognitiva, tal como se observa en la tabla 9, existen diferencias significativas entre el grupo de estudio, el grupo de comparación y el grupo de Exner, asociadas a la Forma Ampliada Apropriad

(XA%⁸) y a la Forma Apropriadada en Áreas Comunes (WDA%⁹). Así pues, hay una proporción de niños estadísticamente superior en el grupo de estudio (73.3%) respecto al grupo de comparación (36.7%) y al grupo de Exner (7.2%), que presentan $XA% < 0.70$. Asimismo, la proporción de niños que presentan $WDA% < 0.75$, también es estadísticamente superior en el grupo de estudio (70.0%) comparada con la del grupo de comparación (30.0%) y al grupo de Exner (1.0%). Estos datos reflejan mayor deficiencia en la mediación en el grupo de estudio, lo que puede generar dificultades en la prueba de realidad y una mayor predisposición a actuar o responder de manera inapropiada a las diferentes situaciones (Exner, 2000).

Asimismo, existe un porcentaje estadísticamente mayor de niños en el grupo de estudio (66.7%) respecto al grupo de comparación (36.7%), que presenta un valor de la Forma Distorsionada (X-%) mayor a lo esperado ($X-% > 0.29$). Ello significaría según Exner (2000) una mayor presencia en el grupo de estudio de deterioro en la función de mediación, que hace que se desestime el campo estimular distorsionando la realidad. A ello se agrega que, la media de S- es significativamente mayor en el grupo de estudio respecto al grupo de comparación (G. de estudio: $X=0.15$, $DS=0.14$; G. de comparación: $X=0.08$, $DS=0.10$), lo que señala mayor negativismo o enojo en los niños del primer grupo, lo cual podría estar interfiriendo en sus procesos de mediación (Exner, 2000).

Respecto a la Forma Única (Xu%), se observa que la media del grupo de estudio es estadísticamente menor a la del grupo de comparación (G. de estudio: $X=0.34$, $DS=0.11$; G. de comparación: $X=0.43$, $DS=0.12$). No obstante, ambas medias son superiores a la encontrada en el grupo de Exner ($X=0.16$). Si consideramos además la media de X-%, observamos que ésta es menor que Xu% en el grupo de comparación ($X=0.29$, $DS=0.15$), tal como se espera según Exner. Contrariamente, en el grupo de estudio, la media de X-% ($X=0.36$, $DS=0.13$) es mayor a la de Xu%. Entonces, en el grupo de comparación hay rasgos de mayor individualidad, pero con menor distorsión perceptiva; mientras que en el grupo de estudio, aun cuando hay menor tendencia a apartarse de lo

⁸ XA% se refiere a la proporción de respuestas con buen ajuste formal de todo el protocolo.

⁹ WDA% se refiere a la proporción de respuestas con buen ajuste formal dadas en las áreas W y D.

convencional respecto al grupo de comparación, se distorsiona más la información.

Tabla 9: *Mediación Cognitiva*

Variable	Estudio		Comparación		Exner
	X	DS	X	DS	X
S-	0.15	0.14	0.08*	0.10	0.12
XU%	0.34	0.11	0.43*	0.12	0.16*
	n=30	%	n=30	%	%
X-%> 0.29	20	66.7%	11*	36.7%	-
XA%<0.70	22	73.3%	11*	36.7%	7.2%*
WDA%<0.75	21	70.0%	9*	30.0%	1.0%*

*p<0.05

En cuanto a la agrupación de **Ideación**, tal como se muestra en la tabla 10, y tomando en cuenta lo que se mencionó al analizar el Estilo Vivencial, se puede decir que si bien en ambos grupos predomina un estilo Evitativo, y dentro de éste el ambivalente, la proporción es estadísticamente menor en el grupo de estudio respecto al grupo de comparación. A nivel de ideación, ello significa que si bien en ambos grupos la tendencia a evitar la complejidad se superpone a la inconsistencia en el pensamiento conceptual, ésta es más frecuente en el grupo de comparación (Exner, 2000).

Respecto a la forma cómo se conceptualizan y se utilizan las traducciones, hay un número estadísticamente mayor de niños en el grupo de estudio (33.3%) respecto al grupo de comparación (10.0%) que presentan la siguiente condición: a+p igual o mayor a 4 y el valor de un lado mayor al doble del otro. Esto mostraría, según Exner (2000), que en el grupo de estudio hay mayor tendencia a que las predisposiciones ideacionales y los valores sean fijos y difíciles de alterar.

Considerando las respuestas MOR, que están asociadas a un tipo de pensamiento conceptual impregnado de pesimismo (Exner, 2000), se observa que éste se presenta con una mayor frecuencia (MOR > 2) en los niños del grupo de estudio (30.0%), respecto al grupo de comparación (6.7%) y al grupo de Exner (6.2%). Por otro lado, tal como se mencionó en la agrupación de Estrés

de origen situacional, el movimiento inanimado (m) es significativamente mayor en el grupo de estudio respecto al grupo de comparación y al de Exner, lo que a nivel de ideación implica que en el primer grupo existe mayor actividad cognitiva no deliberada, que puede interrumpir fácilmente el curso del pensamiento (Exner & Sendín, 1995).

Se observa también que las medias en las variables DR1 (Respuestas desviadas de nivel 1) y DR2 (Respuestas desviadas de nivel 2) son estadísticamente mayores en el grupo de estudio (DR1: $X=1.03$, $DS=1.40$; DR2: $X=0.37$, $DS=0.85$) respecto al grupo de comparación (DR1: $X=0.13$, $DS=0.43$; DR2: $X=0.0$, $DS=0.0$) y al grupo de Exner (DR1: $X=0.32$, DR2: $X=0.02$). Ello significa que en el grupo de estudio hay una menor capacidad de juicio y de control ideacional, lo que puede producir divagaciones en la tarea y dificultades para permanecer concentrado, llegando incluso (DR2) a un pensamiento conceptual impulsivo y deshilvanado (Exner, 2000; Exner & Sendín, 1995).

Tabla 10: *Ideación*

Variable	Estudio		Comparación		Exner
	X	DS	X	DS	X
MOR	1.83	1.97	0.67*	1.06	0.63*
m	1.70	1.60	0.83*	0.83	0.86*
DR1	1.03	1.40	0.13*	0.43	0.32*
DR2	0.37	0.85	0.00*	0.00	0.02*
	n=30	%	n=30	%	%
Evitativo	17	56.7%	25*	83.3%	14.2%*
a:p (suma 4 o mayor y un lado mayor al doble)	10	33.3%	3*	10.0%	-
MOR > 2	9	30.0%	2*	6.7%	6.2%*

* $p < 0.05$

Para una mayor comprensión de las funciones de mediación e ideación en los sujetos, Exner (2000) planteó el Índice de Percepción-Pensamiento (PTI) que, tal como se muestra en la tabla 11, presenta en el grupo de estudio una media estadísticamente superior ($X=2.60$, $DS=1.35$) en relación al grupo de

comparación ($X=1.33$, $DS=1.60$). Si bien el PTI no tiene un valor crítico de corte, siguiendo a Exner (2000), se considera que los valores mayores son menos preferibles que los menores, por lo que con fines de diferenciarlo en ambos grupos se ha considerado para este estudio dos puntos de corte: $PTI > 2$ y $PTI > 3$. Los resultados muestran que aunque no hay diferencia significativa respecto al porcentaje de niños que presentan $PTI > 3$ (G. de estudio: 20.0%; G. de comparación: 10.0%), sí la hay respecto al porcentaje de niños que presentan $PTI > 2$ (G. de estudio: 56.7%; G. de comparación: 26.7%). Entonces, aun cuando en los sujetos más jóvenes se esperan más falsos positivos respecto al índice de PTI (Exner, 2000); los datos encontrados sugieren una mayor dificultad a la esperada en los procesos de mediación e ideación en el grupo de estudio.

Tabla 11: Índice de Percepción-Pensamiento

Variable	Estudio		Comparación	
	X	DS	X	DS
PTI	2.60	1.35	1.33*	1.60
	n=30	%	n=30	%
PTI > 3	6	20.0%	3	10.0%
PTI > 2	17	56.7%	8*	26.7%

* $p < 0.05$

Respecto a la agrupación de **Autopercepción**, tal como se muestra en la tabla 12, la media de MOR (Contenido Mórbido) es estadísticamente superior en el grupo de estudio ($X=1.83$, $DS=1.97$) respecto al grupo de comparación ($X=0.67$, $DS=1.06$) y al grupo de Exner ($X=0.63$). Asimismo, el porcentaje de niños que presentan $MOR > 2$, es significativamente mayor en el grupo de estudio (30.0%), respecto a los porcentajes del grupo de comparación (6.7%) y el grupo de Exner (6.2%). A nivel de autoimagen, ello sugiere una mayor tendencia en los niños del grupo de estudio a generar atribuciones fuertemente negativas y pesimistas respecto a sí mismos (Exner, 2000).

Tabla 12: *Autopercepción*

Variable	Estudio		Comparación		Exner
	X	DS	X	DS	X
MOR	1.83	1.97	0.67*	1.06	0.63*
	n=30	%	n=30	%	%
MOR > 2	9	30.0%	2*	6.7%	6.2%*

*p<0.05

En relación a la agrupación de **Percepción y Conducta Interpersonales**, tal como se muestra en la tabla 13, en la Suma de Respuestas de Contenido Humano y H pura (SumContH&H), el grupo de estudio presenta una media significativamente mayor ($X=6.63$, $DS=3.80$) respecto al grupo de comparación ($X=4.10$, $DS=3.17$), pero cercana a la media del grupo de Exner ($X=5.41$). Esto señalaría mayor interés por los demás en el grupo de estudio respecto al grupo de comparación (Exner, 2000). Sin embargo, al analizar las variables de Contenido Humano, observamos que, aun cuando la diferencia no es significativa, hay una mayor proporción de niños en el grupo de estudio (86.7%) respecto al grupo de comparación (66.7%) que presenta $H < (H) H_d (H_d)$. Esto sugiere que si bien hay un mayor interés por los demás en el grupo de estudio que en el grupo de comparación, las percepciones del primer grupo están más teñidas de fantasía, lo que puede generar una mayor tendencia en estos niños a no comprender a los otros de la manera esperada (Exner, 2000). Por otro lado, se encuentra que si bien ambos grupos no difieren en la media de movimiento cooperativo (COP) (G. de estudio: $X=0.70$, $DS=1.15$, G. de comparación: $X=0.80$, $DS=1.24$), la media de movimiento agresivo (AG) es significativamente mayor en el grupo de estudio ($X=0.93$, $DE=1.55$) respecto al grupo de comparación ($X=0.20$, $DS=0.48$), aunque semejante a la del grupo de Exner ($X=1.27$). Además, en el grupo de estudio la media de AG ($X=0.93$, $DS=1.55$) es mayor a la de COP ($X=0.70$, $DS=1.15$), en tanto que en el grupo de comparación y en el grupo de Exner sucede lo contrario; lo que sugiere que en el grupo de estudio hay una mayor tendencia a presuponer que los intercambios personales estarán determinados por cierta forma de agresividad o rivalidad (Exner, 2000). Estos datos coinciden con los resultados asociados a las Respuestas de Representación Humana Pobre (PHR), donde la media del grupo de estudio es

significativamente mayor ($X=4.73$, $DS=3.28$) a la del grupo de comparación ($X=2.93$, $DS=2.75$) y el grupo de Exner ($X=1.15$), lo que implica una mayor predisposición en los niños del grupo de estudio a desarrollar patrones de conductas interpersonales ineficaces o desadaptativos, tornándolos más vulnerables al rechazo o evitación de los demás (Exner, 2000).

Tabla 13: *Percepción y conducta interpersonales*

Variable	Estudio		Comparación		Exner
	X	DS	X	DS	X
SumContH&H	6.63	3.80	4.10*	3.17	5.41
PHR	4.73	3.28	2.93*	2.75	1.15*
AG	0.93	1.55	0.20*	0.48	1.27

* $p<0.05$

Por otro lado, si bien no hay diferencias en cuanto al índice de aislamiento, tal como se observa en la Tabla 14, los contenidos de Botánica (Bt) y Paisaje (Ls), asociados a este índice, obtienen un valor significativamente menor en el grupo de estudio. Sin embargo, hay también una mayor tendencia en estos niños a percibir a los otros de manera parcial y escindida (Ad).

Tabla 14: *Contenidos*

Variable	Estudio		Comparación		Exner
	X	D.E.	X	D.E.	
Ad	3.03	2.71	1.53*	1.98	1.14*
Bt	0.80	1.32	1.57*	1.50	1.74*
Ls	0.43	0.73	1.07*	1.44	1.10*

* $p<0.05$

A continuación se describirá las diferencias significativas encontradas dentro del grupo de estudio, según las variables de sexo, edad, grado de estudios y tipo de colegio.

Tal como se muestra en la tabla 15, en cuanto a la variable sexo, las niñas del grupo de estudio obtuvieron una media significativamente mayor ($X=0.46$, $DS=0.13$) que los sujetos varones ($X=0.32$, $DS=0.09$) en la variable $Xu\%$. Ello sugiere mayor tendencia en las niñas a traducir los estímulos de manera poco convencional e idiosincrásica, lo que puede llevarlas a procesar la mediación desatendiendo las exigencias sociales (Exner, 2000).

Por otro lado, las niñas obtuvieron una media significativamente mayor en el contenido Ge ($X=0.29$, $DS=0.47$) respecto a los varones, quienes no presentaron este contenido, lo que podría indicar mayor proclividad en las niñas a experimentar sentimientos de soledad.

Tabla 15: Variables significativas según sexo

Variable	Hombres n=14		Mujeres n=16		p
	X	DS	X	DS	
$Xu\%$	0.32	0.09	0.46	0.13	0.045*
Ge	0.00	0.00	0.29	0.47	0.024*

* $p < 0.05$

Para establecer comparaciones en el grupo de estudio asociadas a la edad de los sujetos, se consideraron dos grupos, el primero formado por niños de 8, 9 y 10 años; y el segundo por niños de 11 y 12 años. La selección de las edades correspondientes a cada grupo se basó en las teorías de desarrollo, que consideran mayor semejanza en niños entre 8 y 10 años, y entre niños de 11 y 12 años. Tal como se muestra en la tabla 16, se encontraron diferencias significativas en estos dos grupos en variables asociadas a la agrupación de Procesamiento de la Información, Mediación, Ideación y Percepción y Conducta Interpersonales.

Respecto a la agrupación de **Procesamiento de la Información** se observa que si bien ambos grupos de edad obtienen un puntaje Z_d entre +3 y -3, contrariamente a lo esperado, son los niños menores quienes tienden a invertir mayor esfuerzo y energía en las actividades exploratorias (Exner, 2000).

En cuanto a la agrupación de **Mediación**, en concordancia a lo que señalan las teorías de desarrollo, la disfunción mediacional ($X\%$) es mayor en los niños

menores, disminuyendo a medida que avanza la edad. Las respuestas X+ y F+, asociadas a una actividad mediacional acorde a la realidad (Exner, 2000), aumentan en los niños de mayor edad. Asimismo, la media de respuestas populares (P) es significativamente mayor en el segundo grupo (niños entre 11 y 12 años), dato que implica mayor probabilidad de respuestas convencionales en estos niños (Exner, 2000).

Respecto a la agrupación de **Ideación**, se observa que en las variables que forman el lado derecho de la eb (FM+m), el grupo de 11 y 12 años presenta una media significativamente superior ($X=5.06$, $DS=2.67$) a la del grupo de 8 a 10 años ($X=3.71$, $DS=3.29$). Estos datos sugieren que en los niños mayores del grupo de estudio hay una mayor actividad mental periférica, que puede ser generada por experiencias de necesidad o por un reconocimiento de situaciones de demanda externa (Exner, 2000). Por otro lado, en la variable p (movimiento pasivo), el grupo de niños mayores presenta una media significativamente superior ($X=4.38$, $DS=2.96$) respecto al grupo de niños menores ($X=2.21$, $DS=2.55$), hecho que señala mayor rigidez y constricción ideativa en los niños de 11 y 12 años.

En la agrupación de **Percepción y Conducta Interpersonales** se observa que la media de representaciones humanas buenas (GHR) es significativamente mayor en los niños de 11 y 12 años, lo que implica mayor probabilidad de conductas interpersonales adaptativas. Sin embargo, contrariamente a lo esperado, los niños mayores muestran también mayor pasividad en las relaciones interpersonales (p) y una percepción fragmentada del otro (Ad).

Tabla 16: Variables significativas según grupo de edad

Variable	8 - 10 años		11 - 12 años		p
	n=14		n=16		
	X	D.E.	X	D.E.	
Zd	1.93	4.26	-0.59	4.07	0.039*
X+%	0.19	0.10	0.33	0.11	0.001*
F+%	0.15	0.13	0.35	0.20	0.001*
X-%	0.40	0.44	0.32	0.13	0.024*
P	2.29	1.68	3.38	1.63	0.040*
p	2.21	2.55	4.38	2.96	0.010*
FM+m	3.71	3.29	5.06	2.67	0.044*
GHR	1.36	1.01	2.44	1.75	0.033*
Ad	2.00	1.71	3.94	3.13	0.017*

*p<0.05

Considerando que el grado de instrucción es muchas veces más representativo que la edad, en estudios que emplean el Psicodiagnóstico de Rorschach (Ráez, 1998), se consideraron dos grupos a ser comparados en torno a esta variable. El primero formado por niños que cursan entre el segundo y quinto grado de primaria, y el segundo formado por niños que cursan el sexto de primaria o primero de secundaria. Tal como se muestra en la tabla 17, se encontraron diferencias significativas en estos dos grupos en variables asociadas a la agrupación de Afecto, Procesamiento de Información, Mediación, Ideación y Percepción y Conducta Interpersonales.

En la agrupación del **Afecto** observamos mayor responsividad a la estimulación emocional (Afr) en el grupo que cursa grados inferiores (2do primaria – 5to primaria). Asimismo, el descontrol en la expresión de las emociones (C) es mayor en estos niños (X=1.25, DS=2.62), disminuyendo en los niños que cursan grados mayores (X=0.15, DS=0.55).

Respecto a la agrupación de **Procesamiento de la Información**, se observa que la calidad del procesamiento (DQ+) aumenta a medida que el grado de estudios es mayor. Así, encontramos una media significativamente mayor en el grupo de niños que cursa sexto o primero de secundaria (X=5.85, DS=3.16), respecto a los que cursan entre segundo y quinto de primaria (X=3.69, DS=3.72).

En la agrupación de **Mediación**, en concordancia con las diferencias encontradas según grupos de edad, la disfunción mediacional ($X-\%$) es mayor en los niños que cursan grados menores. Asimismo, las respuestas $X+\%$ y $F+\%$, aumentan en los niños que cursan grados mayores. La media de respuestas populares (P) es también significativamente mayor en este último grupo. Sin embargo, hay mayor tendencia a traducir los estímulos de manera idiosincrásica ($Xu\%$) en el grupo que cursa grados mayores (6to de primaria o 1ro de secundaria).

En cuanto a la agrupación de **Ideación**, el lado derecho de la eb ($Fm+m$), sigue el mismo patrón que en la comparación por grupos de edad. Así, se observa que en los niños que cursan grados superiores (6to de primaria o 1ro de secundaria) éste es mayor que en los que cursan grados inferiores (2do de primaria – 5to de primaria). Por otro lado, la media de movimiento humano (M) es mayor ($X=4.38$, $DS=2.81$) en el grupo de niños que cursan grados superiores, que en aquellos que cursan grados inferiores ($X=2.56$, $DS=3.10$). Ello indica que la actividad ideacional deliberada y activa (Exner, 1994) aumenta en el grupo de estudio a medida que el grado escolar de los niños es mayor. Asimismo, se observa una media superior de movimiento humano pasivo (Mp) en el grupo de niños que cursan grados superiores ($X=2.23$, $DS=2.20$), lo que sugiere mayor uso de la fantasía en estos niños respecto al grupo que cursa grados inferiores. Sin embargo, la media superior en esta variable puede estar asociada también a que en el grupo que cursa grados superiores la frecuencia de M es mayor.

En la agrupación de **Percepción y Conducta Interpersonales** la media de contenido humano (H) es significativamente mayor en el grupo de niños que cursa grados superiores, lo cual indica más interés en las personas en este grupo. Asimismo, las medias de movimiento cooperativo (COP) y movimiento agresivo (AG) son mayores en este grupo (AG: $X=1.23$, $DS=1.24$; COP: $X=1.23$, $DS=1.36$), respecto al grupo que cursa grados inferiores (AG: $X=0,75$, $DS=1.81$; COP: $X=0.31$, $DS=0.79$). En tal sentido, se observa que en los niños que cursan grados menores la media de AG es mayor a la media de COP, lo que señala que este grupo anticipa con mayor frecuencia interacciones plagadas de agresividad o rivalidad (Exner, 2000). Mientras que en el grupo de niños que cursan grados superiores las medias para AG como para COP son iguales, lo que sugiere mayor interés por desarrollar interacciones positivas, pero con la percepción de

que algunas formas de agresividad son naturales (Exner, 2000). Sin embargo, los valores superiores en la medias de los contenidos Animal (Ad) y Ropa (Cg), así como en la variable de movimiento pasivo (p) en el grupo de niños que cursan grados superiores, indican que a medida que el grado de estudios es mayor, si bien hay mayor interés en los demás, hay una percepción menos integrada de los otros, asociada a una actitud de pasividad y suspicacia.

Tabla 17: Variables significativas según grado de estudios

Variable	2do - 5to primaria		6to primaria - 1ro secundaria		p
	n=16		n=14		
	X	DS	X	DS	
Afr	0.50	0.18	0.40	0.19	0.027*
C	1.25	2.62	0.15	0.55	0.045*
DQ+	3.69	3.72	5.85	3.16	0.033*
P	2.31	1.58	3.69	1.60	0.018*
X+%	0.20	0.11	0.32	0.12	0.005*
F+%	0.17	0.14	0.35	0.22	0.008*
X-%	0.41	0.11	0.28	0.13	0.005*
Xu%	0.31	0.12	0.39	0.07	0.017*
FM+m	3.75	3.47	5.46	2.11	0.012*
M	2.56	3.10	4.38	2.81	0.032*
Mp	0.63	1.41	2.23	2.20	0.008*
COP	0.31	0.79	1.23	1.36	0.013*
AG	0.75	1.81	1.23	1.24	0.038*
P	1.81	1.94	5.31	2.98	0.000*
H	0.81	0.83	1.77	1.24	0.017*
Cg	0.94	1.48	2.15	1.99	0.018*

*p<0.05

Finalmente, tal como se muestra la tabla 18, el tipo de colegio al que asisten los niños del grupo de estudio (estatal o particular), marca una sola diferencia, asociada a la agrupación de Ideación. Así, observamos que la variable de Respuestas desviadas (DR) y la suma de ellas (SUMDR) obtienen medias

superiores en el grupo de niños que acude a un colegio estatal. Ello señala que en estos niños existe una mayor dificultad en el control ideacional, con mayor tendencia a que el pensamiento conceptual sea impulsivo y deshilvanado (Exner, 2000).

Tabla 18: Variables significativas según tipo de colegio

Variable	Estatal		Particular		p
	X	D.E.	X	D.E.	
DR	1.50	1.40	0.63	1.31	0.024*
SUMDR	1.86	1.92	1.00	2.07	0.041*

* $p < 0.05$





CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

En este capítulo se discutirán los hallazgos obtenidos en el presente estudio, teniendo como objetivo lograr una mayor comprensión acerca del funcionamiento psicológico de los niños que acuden a consulta psicológica en un hospital psiquiátrico, teniendo como marco referencial el contexto sociocultural donde se desenvuelven. En primer lugar, se discutirán las características particulares que poseen estos niños y que los diferencian de los niños del grupo de comparación. En segundo lugar, se discutirá acerca de las diferencias encontradas al interior del grupo de estudio según las variables sociodemográficas consideradas.

Respecto a Lambda (L), el que tanto el grupo de estudio como el grupo comparativo hayan presentado en su mayoría un estilo evitativo, coincide con lo hallado en investigaciones realizadas tanto con niños como con adolescentes peruanos provenientes de sectores socioeconómicos desfavorecidos (Cornejo, 2005; Florián, 2006; Puga, 2008; Jacoby, 2008). La prevalencia del estilo evitativo en estas investigaciones -incluyendo la nuestra- está asociada en primer lugar al desarrollo evolutivo, ya que se espera que en niños la percepción de la experiencia sea menos compleja (Ráez, comunicación personal, 20 de Julio 2010). Sin embargo, estos datos corroboran también lo mencionado por Exner (2001) acerca del mayor nivel de inhibición y concreción del pensamiento que presentan las personas que viven en un contexto de marginalidad. Sin embargo, llama la atención que sea el grupo de comparación el que presente un número significativamente mayor de niños con este estilo, que se caracteriza por simplificar en exceso la complejidad de las situaciones de demanda estimular. Mientras que un mayor porcentaje de niños en el grupo de estudio, respecto al grupo de comparación, presenta un estilo recopilador, lo que implica mayor disposición a dejarse invadir fácilmente por estímulos emocionales sin poder discriminar entre información importante y accesorio. Ahora bien, si

consideramos el contexto de riesgo que implica vivir en condiciones de pobreza, en cuanto a la exposición continua a eventos adversos, podríamos pensar que un estilo evitativo resulta adaptativo en estas condiciones, ya que implica “protegerse” de procesar información que no se va a poder manejar. Esto sugeriría que la menor tendencia en los niños del grupo de estudio a mantener distancia de los estímulos los torna más vulnerables (Jara, comunicación personal, 10 de Diciembre 2008).

La hipótesis anterior encuentra mayor sustento si tomamos en cuenta otras variables que implican menor evitación en el grupo de niños pacientes. Tenemos así mayor responsividad afectiva (Afr) en el grupo de estudio respecto al grupo de comparación, lo que podría indicar mayor vulnerabilidad en estos niños si consideramos que los estímulos afectivos a los que son expuestos muchas veces son negativos (violencia familiar, abuso sexual, abandono). Como mencionó Erdeberg (2002), muchos niños provenientes de familias problemáticas presentan la proporción afectiva muy baja, lo que para el autor equivale a decir: “no quiero responder al afecto pues es demasiado violento”. Este tipo de manejo sería una especie de factor protector en estas situaciones, aun cuando se espere que en los niños la responsividad afectiva (Afr) sea alta. En esta misma línea, en el grupo de estudio hay una mayor proporción de niños con un estilo hiperincorporador respecto al grupo de comparación; y un menor porcentaje de niños con un estilo hipoincorporador respecto también a este grupo. Esto indicaría que en los niños pacientes la mayor tendencia a realizar un sobreesfuerzo en la exploración del campo estimular, los lleva a procesar más información de la que pueden manejar considerando su edad, generando mayor sobrecarga en ellos. Adicionalmente, quizá la mayor Perseveración (PSV) en el grupo de comparación respecto al grupo de estudio, esté también asociado a lo anterior. Es decir, el mantener el foco de atención fijo podría funcionar como un mecanismo defensivo, donde la rigidez evita la exposición a situaciones que van a movilizar afectos que son intolerables.

Respecto a la agrupación de **Control y Tolerancia al Estrés**, si bien la experiencia accesible (EA) en el grupo de estudio es mayor que en el grupo de comparación, y ello implicaría mayores recursos internos en los niños pacientes, las variables que elevan su valor son Color puro (C) y Movimiento humano con calidad formal menos (M-). Entonces, en el caso de estos niños, la impulsividad

de acción y pensamiento predominan como formas de manejar el estrés; por tanto, tal como menciona Jara¹⁰, si bien hay una movilización de recursos, ésta se realiza de manera descontrolada, poco efectiva y desadaptativa. Además, esta mayor accesibilidad a sus recursos en lugar de enriquecer y facilitar el afronte del estrés, lo complejiza y puede incrementar la sobrecarga. En consecuencia, encontramos que los niños del grupo de estudio experimentan un mayor nivel de demanda tanto situacional (es) como habitual (Adj es).

Esta mayor sobrecarga en los niños pacientes está asociada a experiencias afectivas irritantes (C') y hostilidad (S) que no son externalizadas, lo que aumenta su nivel de tensión y malestar. Asimismo, el Lambda (L) más bajo en este grupo podría implicar una menor posibilidad de mantener el control frente a situaciones estresantes, ya que considerando la etapa de desarrollo y el contexto socioeconómico donde se desenvuelven; sus posibilidades de resolver situaciones difíciles (abandono de sus padres, violencia en su familia, dificultades económicas) son casi inexistentes, siendo quizá como menciona Exner (2000), una mejor salida ignorar la complejidad para no dejarse abrumar por situaciones que no se va a poder controlar.

En cuanto a la agrupación de **Estrés de origen situacional**, observamos una menor capacidad actual de control del estrés (D) en los niños pacientes respecto el grupo de comparación, que se traduce en un incremento inusual de la actividad mental periférica (*m*) y en sentimientos de aflicción (*Y*) (Exner, 2000). Tal como menciona Exner (1994), la elevación de *m* e *Y* se da generalmente en pacientes en crisis situacional, con sentimientos de desamparo provocados por el estrés, lo cual se corrobora en el caso de los niños del grupo de estudio, quienes a través de sus síntomas expresan que las demandas internas y/o externas han excedido sus recursos para afrontarlas.

Asimismo, la elevación de la variable *m* en el grupo de estudio sugiere la presencia de formas de ideación invasiva que pueden interferir en funciones cognitivas como la atención y la concentración (Exner, 2000), e incluso el curso del razonamiento puede verse fácilmente interrumpido o alterado (Exner, 1994). Esto podría explicar en parte el motivo de consulta asociado al 53.3% de los niños del grupo de estudio, donde los síntomas referidos por los padres o

¹⁰ Comunicación personal, 10 de Diciembre de 2008

apoderados incluyen falta de atención y/o concentración en tareas escolares, o una baja en el rendimiento escolar. Asimismo, el aumento de *SumY* en este grupo indica una sensación de desvalimiento e indefensión, donde el simple hecho de haber sido llevados a un hospital psiquiátrico remite a su vulnerabilidad actual frente a las dificultades que enfrentan.

En resumen, vemos como en la mayoría de los niños del grupo de estudio (60%) la capacidad de control actual no es adecuada, ya que las demandas estimulares que sufren sobrepasan su capacidad para afrontarlas. Estos datos coinciden con lo mencionado por Exner (2000), quien señala que es esperable que la mayoría de personas a las que se les aplica el Rorschach en contextos relacionados a salud mental (como es el caso del grupo de estudio), esté sufriendo un cierto grado de estrés, generalmente caracterizado por su persistencia. Así pues, en los niños pacientes, a la experiencia de estrés situacional (*Adj* es elevado) se superpone un estado de estrés crónico (es elevado), lo que para Exner implica que la nueva experiencia (que produce el estrés situacional) amplifique el malestar preexistente, causando como en este caso estragos psicológicos.

Entonces, por un lado se podría decir que en el grupo de estudio el sufrimiento y malestar psíquico es reactivo (debido a la inestabilidad de las variables *m* e *Y*). Sin embargo, la mayor tendencia a la internalización de afectos irritantes (*C'*), la mayor impulsividad en la expresión del afecto (*C*) y la ambivalencia afectiva (*Compl.Col-SH*), nos hablan también de un problema más crónico, donde el malestar y la irritación en estos niños es una constante. Ello nos lleva a plantear como hipótesis, que si bien hay factores situacionales que generan mayor estrés y dificultades de control en los niños del grupo de estudio; hay elementos en su personalidad que sugieren que la dificultad para afrontar el estrés subyace a lo coyuntural.

En cuanto a la agrupación del **Afecto**, en la mayoría de niños del grupo de estudio (58.3%) que presenta un problema afectivo (DEPI positivo), éste está asociado a la inhabilidad social (CDI positivo); con un 23.3% de niños que se caracterizan por ser vulnerables a caer en estados depresivos o sufrir fluctuaciones de humor (DEPI=5) y un 16.7% de niños que presenta algún trastorno afectivo significativo (DEPI= 6 ó 7). Mientras que en el grupo de comparación, de los niños que presentan DEPI positivo, solo una minoría

(14.3%) lo presenta asociado al Índice de Inhabilidad Social (CDI); pero ningún niño de este grupo presenta algún trastorno afectivo significativo (DEPI= 6 o 7).

Frente a lo anterior, podríamos plantear como hipótesis, que la dificultad para hacer frente a las demandas sociales en los niños del grupo de estudio influye negativamente en su estado afectivo. Lo anterior cobra sentido si consideramos que en la etapa de latencia, en la que se encuentran estos niños, la escuela pone a prueba sus habilidades de socialización, y la dificultad en la relación con otros niños afectará la sensación de bienestar que experimenten.

Por otro lado, encontramos que de los 4 niños cuyas historias clínicas consignan el diagnóstico de depresión para alguno de sus padres, 3 presentan DEPI positivo. Asimismo, de los 9 niños cuyas historias refieren haber presenciado agresión física del padre hacia la madre, 4 presentan DEPI positivo; y de los 9 niños cuyas historias indican consumo excesivo de alcohol o drogas de uno o ambos padres, 5 marcan DEPI positivo. Estos datos sugieren que la vulnerabilidad a caer en estados depresivos puede estar asociada en estos niños a la presencia de trastornos depresivos o a alteraciones en la personalidad de sus padres (abuso de drogas, agresividad); lo que implica alteraciones en el funcionamiento familiar y, por ende, un contexto desfavorable para la estabilidad emocional de estos niños.

Por otro lado, el mayor porcentaje en el grupo de estudio de respuestas que incluyen tanto color como sombreado (Compl.Col-SH), indican que en los niños pacientes hay una tendencia a disimular las experiencias negativas y dolorosas con una exagerada expresión emocional, donde la capacidad para integrarlas está disminuida (Ráez¹¹). Asimismo, el aumento de Color acromático (C') y Color puro (C) en el grupo de niños pacientes respecto al grupo de comparación, sugiere que estos niños intentan compensar su labilidad emocional usando la constricción, es decir, la única forma que encuentran para neutralizar su riesgo de descontrol es el bloqueo de la expresión emocional (Exner & Sendín, 1995); bloqueo que acaba además siendo frágil ya que pueden irrumpir en ellos expresiones afectivas escasamente moduladas. Sin embargo, pareciera que esta dificultad para contactarse con emociones displacenteras, podría estar asociada a un entorno familiar que no les da espacio o no "lee" el malestar emocional de

¹¹ Comunicación personal, 20 de Julio 2010

sus miembros. Así, llama la atención que de todos los padres o apoderados, solo el 10% refiera como motivo de consulta principal el malestar emocional de los niños (tristeza, llanto frecuente, mal humor, ansiedad, miedo), frente a un 53.3% cuyo motivo de consulta principal está asociado a algún problema académico en el colegio (bajo rendimiento, repitencia de año, atención disminuida, desinterés por el estudio, etcétera).

Tomando en cuenta estos datos, pareciera que es más fácil para estos padres suponer que el problema principal que presentan sus hijos está asociado a los estudios, y evitar así cuestionarse acerca de sus propios conflictos emocionales, los cuales recaen en sus hijos e influyen muchas veces en su salud mental (Ráez¹²). Asimismo, pensamos cómo en los contextos donde priman las carencias económicas, las preocupaciones muchas veces se centran en cuestiones más concretas, asociadas generalmente a la aspiración del estudio como sinónimo de progreso (en este caso que los hijos sean buenos estudiantes), dejando de lado o “no mirando” otras necesidades básicas en los niños como son las afectivas (Jara¹³). Surge entonces la duda de cuánto lugar hay en estos hogares para recibir las expresiones de tristeza, angustia o cólera de sus integrantes, o cuánto se intenta controlarlas hasta que surgen abruptamente en su forma más primitiva (por ejemplo en los padres agrediendo físicamente a sus parejas).

Asimismo, el incremento de S en los niños pacientes respecto al grupo comparativo y a la muestra normativa de Exner, indica un mayor opositorismo y negativismo hacia el entorno en estos niños, que podría traducirse en enfado, pero que no está siendo expresado (C'). Lo anterior aumenta la experiencia interna de malestar (eb), el mismo que podría estar expresándose en síntomas de diversa índole.

Por otro lado, encontramos en el grupo de estudio mayor responsividad afectiva (Afr), así como mayor tendencia a procesar las emociones en la toma de decisiones (estilo evitativo extratensivo). Mientras que en el grupo de comparación se encuentra menor interés por experimentar sensaciones o rodearse de emociones. Siguiendo a Erdeberg (2002), el valor de Afr menor a lo esperado (presente en el grupo de comparación), puede estar relacionado en los

¹² Comunicación personal, 20 de Julio 2010

¹³ Comunicación personal, 13 de Octubre 2008

niños al temor a responder al afecto que ellos vivencian como demasiado violento, lo que sería una forma de autoprotección. Entonces, considerando que en un contexto de carencias económicas (como es el caso de los niños de ambos grupos) hay mayor probabilidad de estrés y violencia en las familias, la apertura a experimentar emociones podría convertirse en el grupo de estudio en un factor de riesgo. No obstante, si consideramos que a pesar de las carencias afectivas a las que han sido sometidos estos niños conservan la capacidad de resonancia afectiva, puede considerarse un recurso potencial el que todavía puedan vivenciar la emoción como elemento primordial para la vida, ya que quizá aún pueden beneficiarse de un entorno que los acoja de manera cálida y estable (Ráez¹⁴).

Todos estos datos asociados al afecto, dan muestra de la mayor complejidad psicológica presente en el grupo de niños pacientes. Sin embargo, esta complejidad es producto del mayor estrés y conflicto emocional en estos niños, donde la ambivalencia a nivel emocional, la alternancia entre la constricción y la impulsividad, y la experiencia de sentimientos irritantes; aumentan la posibilidad de que todo ese malestar emocional se traduzca en síntomas que interfieren en su adaptación.

Respecto a la **Autopercepción**, las diferencias se hacen evidentes a partir de la variable MOR (Contenido mórbido), donde los niños del grupo de estudio presentan mayor tendencia a mirarse de manera pesimista y negativa (MOR). Quizá esta manera de percibirse esté influida por su condición de pacientes, ya que precisamente han sido llevados a consulta psicológica porque “algo anda mal en ellos”. Además, el hecho de que el motivo de consulta prevalente esté asociado a algún tipo de fracaso en la escuela, podría influir en esta sensación de imperfección que los acompaña. Entonces, como menciona Exner (2000), los sentimientos de decepción en relación a las expectativas educativas o sociales, influyen en el desarrollo de una impresión negativa de sí mismo. Además, si consideramos el contexto sociocultural de estos niños, donde el éxito en la escuela es sobrevalorado por la atribución muy extendida de que mediante ella se puede mejorar la condición socioeconómica de la familia, quizá la mirada de sus cuidadores esté mayormente centrada en ello, perdiendo de vista otras

¹⁴ Comunicación personal, 20 de Julio 2010

cualidades que estos niños pueden tener. No es por ello casual, que la forma (consciente o inconsciente) que utilizan los niños para hacer notar que están tristes, molestos o asustados; incluya síntomas asociados al plano académico.

En cuanto a la agrupación de **Percepción y Conducta Interpersonales**, si bien hay un mayor interés por los demás en el grupo de niños pacientes respecto al grupo de comparación (SumContH&H), las percepciones del primer grupo están con mayor frecuencia teñidas de fantasía y obedecen a percepciones parciales (Ad), lo que puede interferir en la comprensión de los otros. Asimismo, la mayor predisposición en estos niños al negativismo y oposicionismo (S), así como su tendencia a presuponer agresividad o rivalidad en los intercambios interpersonales (AG), dificulta la adaptabilidad de sus conductas y el establecimiento de relaciones armoniosas con los demás (PHR) (Exner & Sendín, 1995), siendo más vulnerables al rechazo o la evitación (Exner, 2000).

Entonces, si bien por un lado hay un mayor interés por los demás en los niños del grupo de estudio, pareciera que éste no está influido por la expectativa de vínculos positivos, sino que corresponde probablemente a un estado de alerta frente a la posibilidad de daño por parte de los otros. Existe pues en estos niños un nivel de desconfianza elevado, que más allá de corresponder a una actitud paranoide, muchas veces refleja una actitud de protección frente a la posibilidad real de daño (desconfiar para no ser golpeado, abandonado, etcétera) (Ráez¹⁵). Así pues, esta actitud frente a las relaciones interpersonales es comprensible si consideramos el contexto familiar de estos niños, donde el 73.3% ha sufrido el abandono afectivo y/o la agresión psicológica de alguno de sus progenitores. Entonces, siguiendo las ideas planteadas por Holaday (2000), si estos niños han sido “agredidos” por quienes deberían establecer en ellos la base de un vínculo seguro y fiable - sus padres - el riesgo de que se interrumpa en estos la creencia ingenua acerca de que la gente es digna de confianza, es mayor. Tenemos así, niños cuya anticipación negativa frente a los intercambios interpersonales podría dificultar su proceso de socialización en la escuela, lo que, considerando su edad, implica una limitación para su adecuado desarrollo psicosocial.

En cuanto al **Procesamiento de Información**, los niños del grupo de estudio, respecto a los del grupo de comparación, realizan más esfuerzo del necesario e

¹⁵ Comunicación personal, 20 de Julio 2010

invierten mayor energía cuando exploran un estímulo, prestando atención a rasgos inusuales o insignificantes (W:D:Dd;Zd). Esta tendencia a “mirar más de lo necesario”, intentando almacenar más información de la que pueden comprender y procesar, los complejiza en exceso, influyendo quizá en la sobrecarga emocional que presentan.

Por otro lado, tanto el grupo de estudio como el grupo de comparación presentan mayor rigidez a la esperada en el procesamiento de información (PSV), lo que quizá está asociado al nivel socioeconómico de estos niños, donde la escasa estimulación cognitiva se refleja en un menor número de contenidos introyectados, y por lo tanto en una mayor necesidad de aferrarse a lo conocido (Ráez¹⁶). No obstante, algo que llama la atención es que en el grupo de estudio, esta rigidez es menor respecto al grupo de comparación. Esto implicaría para el grupo de estudio una característica positiva en términos de flexibilidad cognitiva (Exner, 2000). Sin embargo, como se mencionó anteriormente, en contextos de riesgo, centrarse solo en los estímulos que pueden ser procesados sin generar malestar, y “no mirar” aquello que puede ser doloroso y sobre lo que no se tiene ningún control, más que una limitación implica un factor protector, el cual estaría presente en mayor medida en el grupo de comparación.

En cuanto a la **Mediación**, la mayoría de niños del grupo de estudio muestran una severa deficiencia al momento de traducir los estímulos, lo que dificulta la prueba de realidad (XA%, WDA%) (Exner, 2000). Asimismo, el aumento de la variable Forma distorsionada (X-%), implica un riesgo de incomunicación e inadaptación con el entorno, disminuyendo la posibilidad de estos niños de generar conductas que respondan a las exigencias reales de las situaciones. Sin embargo, el aumento paralelo en este grupo de la variable S-, asociada al opositorismo y enojo, sugiere que existen factores emocionales, prejuicios y/o obsesiones que conducen a estos niños a producir identificaciones erróneas de los rasgos estímulares (Exner, 2000).

Por otro lado, observamos que la variable Forma Única (Xu%) es estadísticamente menor en el grupo de estudio respecto al grupo de comparación, sin embargo, ambas son superiores a la de la muestra de Exner. Frente a estos resultados tenemos dos hipótesis: la primera sugiere que siendo

¹⁶ Comunicación personal, 20 de Julio 2010

el grupo de estudio menos evitativo que el grupo de comparación, posee menos respuestas cautelosas o defensivas¹⁷. La segunda hipótesis considera el aumento de respuestas de forma distorsionada (X-%) en el grupo de estudio, lo que implicaría que el despliegue de creatividad presente en el grupo de comparación, fracasa en el grupo de estudio, ya que si bien sus respuestas son “originales”, desestiman la realidad del campo estimular. Es decir, tanto los niños del grupo de estudio, como los del grupo de comparación se caracterizan por traducir los estímulos de manera inusual; pero mientras los niños del segundo grupo mantienen la prueba de realidad, los niños pacientes distorsionan la información.

En cuanto a la **Ideación**, se encuentra en el grupo de estudio mayor resistencia al cambio de actitudes y valores, lo que genera menor amplitud del pensamiento y mayor rigidez (a:p). De esta manera, aun cuando intentan admitir la mayor cantidad de estímulos, ello no enriquece sus marcos conceptuales, sino que las ideas de base se mantienen con mayor frecuencia rígidas. Ello constituye una limitación en cuanto a la posibilidad de mirar y actuar de una manera diferente frente a las situaciones, sobre todo si consideramos que sus ideas y actitudes no son siempre adaptativas.

Por otro lado, se observa mayor presencia de un pensamiento conceptual impulsivo y deshilvanado en los niños pacientes (DR). Asimismo, son más susceptibles a que su pensamiento esté teñido de pesimismo ($MOR > 2$) y a que irrumpa en éste actividad cognitiva no deliberada (m). Considerando lo anterior, pareciera que estas preocupaciones expresadas en el aumento de la variable MOR y la variable m, incrementan la probabilidad de confusión a nivel de pensamiento en estos niños.

El Índice de Percepción - Pensamiento (PTI) revela también diferencias en ambos grupos, mostrando mayor dificultad en las funciones de mediación e ideación en los niños del grupo de estudio. Ahora, si bien el negativismo y la rabia (expresadas en el grupo de estudio en el aumento de la variable S) podrían haber generado una actitud particular hacia la prueba, llevándolos a seleccionar respuestas que distorsionan los rasgos distales más sobresalientes de las

³ Según Exner (2000) la variable Xu no siempre está asociada a respuestas creativas, sino que puede corresponder a variaciones de respuestas ordinarias verbalizadas de una manera poco habitual, lo que implica que son respuestas más cautelosas o defensivas.

manchas; otros datos asociados al pensamiento de estos niños sugieren que las dificultades a nivel de mediación y pensamiento no están asociadas solamente a una actitud opositora frente al Psicodiagnóstico de Rorschach.

Así pues, las dificultades cognitivas de los niños pacientes se hicieron evidentes incluso en el proceso de aplicación del Rorschach, ya que mostraron mayor predisposición a salirse de la tarea y dificultad para organizar sus ideas al emitir una respuesta. Esto permite entender algunos de los síntomas que caracterizan a estos niños, como la falta de atención y la dificultad para concentrarse. En consecuencia, su conducta durante la aplicación del Rorschach (vista como una tarea que debían cumplir), demostró cómo las dificultades cognitivas interfieren en su desempeño.

Entonces, la dificultad a nivel de pensamiento en los niños pacientes, no solo está influida por factores emocionales, sino que incluye deficiencias cognitivas de base, probablemente asociadas al entorno socioeconómico donde se desarrollan. Así pues, como menciona Dongo (2002), la dificultad en el pensamiento de los niños que se desarrollan en un ambiente sociocultural desfavorable tiene relación con la incapacidad para representar, mental y gráficamente de forma adecuada su propia realidad, y en consecuencia, para construir un discurso coherente.

Ahora bien, considerando el contexto familiar donde se desarrollan los niños del grupo de estudio, podemos entender su mayor dificultad a nivel cognitivo. Como plantea Holaday (2000), cuando un niño es sometido a situaciones traumáticas (maltrato físico y/o psicológico, abuso sexual, etcétera), el trauma interrumpe la creencia ingenua del niño acerca de que el mundo tiene reglas fiables; y que el castigo y el dolor son consecuencias del mal comportamiento. Entonces, cuando se genera en estos niños esta imposibilidad para comprender o darle sentido de qué le ha sucedido, la vida se convierte en irracional, ilógica, y confusa. Por tanto, si un niño es expuesto a ver cómo su padre maltrata a su madre, o como ésta tiene relaciones sexuales con varios hombres (que son algunas de las historias de los niños del grupo de estudio); no es difícil imaginar la contradicción interna que se genera en ellos. Además, como plantea Dongo (2002) siguiendo las ideas de Piaget, si el intercambio cognitivo es la condición indispensable para el progreso del pensamiento y de las operaciones mentales, es difícil que ocurra este avance si precisamente la vida social (la que relaciona

los intercambios que conducen a la socialización del pensamiento) está prácticamente bloqueada.

Finalmente, tomando en cuenta las características que a nivel cognitivo presenta el grupo de estudio, podemos decir que el procesamiento cognitivo complejo no necesariamente es sinónimo de eficiencia o de una adaptación eficaz, ya que muchas manifestaciones sintomáticas proceden de operaciones cognitivas sumamente elaboradas (Exner, 1994). Esto es lo que parece suceder con los niños pacientes de nuestra muestra, cuyo pensamiento complejo más que expresar recursos, indica dificultades.

Después de describir el funcionamiento psicológico de los niños pacientes, contrastándolo con un grupo de comparación, se analizarán a continuación las características del grupo de estudio según sexo, edad, grado de escolaridad y tipo de colegio.

En cuanto a las **diferencias por sexo**, las niñas del grupo de estudio mostraron mayor originalidad en la traducción de los estímulos ($X_u\%$), con un estilo idiosincrásico y menos convencional. Asimismo, la mayor frecuencia del contenido Ge, asociado al índice de asilamiento, podría sugerir mayor tendencia en ellas a apartarse de lo socialmente establecido. Entonces, si tomamos en cuenta que nuestra muestra está conformada por niños pacientes, podríamos preguntarnos si es que el mayor individualismo en las mujeres, implica en una sociedad machista como la nuestra, mayor vulnerabilidad a sentirse incomprendidas, generando sentimientos de soledad y aislamiento (Ge).

Respecto a las **diferencias según edad**, éstas se encontraron en las agrupaciones de Procesamiento de Información, Mediación, Ideación y Percepción y Conductas Interpersonales.

En cuanto al **Procesamiento de la Información**, llama la atención que sean los niños menores quienes tienden a invertir mayor esfuerzo y energía en las actividades exploratorias (Zd). Entonces, pareciera que a mayor edad los niños pueden tornarse más defensivos, lo que se traduce en una mirada más superficial y vaga de los estímulos como un intento de protegerse de aquello que genera malestar.

Respecto a la **Mediación**, los resultados coinciden con lo esperado en términos de desarrollo evolutivo. Así pues, se encontró que la disfunción mediacional ($X\%$) es mayor en los niños menores, sucediendo lo contrario con

la actividad mediacional acorde a la realidad (F+, X+), que aumenta en los niños mayores. Asimismo, los valores de P (populares) señalan que los niños de mayor edad se acercan más a lo esperado convencionalmente.

En la **Ideación** sucede algo peculiar, ya que son los niños de mayor edad quienes presentan una mayor actividad mental periférica (FM+m), posiblemente generada por situaciones de demanda externa. Una posible hipótesis es que a medida que aumenta la edad hay mayor conciencia de lo que uno carece o necesita, lo que puede generar malestar si consideramos el contexto desfavorable en el que viven estos niños.

Por otro lado, respecto a la **Percepción y Conducta Interpersonales**, se observa mayor probabilidad de conductas interpersonales adaptativas en los niños mayores (GHR), pero también mayor pasividad en sus vínculos (p). Ahora bien, si consideramos el entorno familiar de estos niños, observamos que sus experiencias vinculares han sido en su mayoría frustrantes: padres que a partir de diferentes conductas los violentan. Entonces, como primera hipótesis, planteamos que en este contexto, a medida que estos niños crecen se vuelven más cautelosos en sus relaciones interpersonales, disminuyendo su iniciativa (a) para establecer vínculos y adoptando una actitud más pasiva (p). Otra hipótesis, es que al crecer, se van dando cuenta que no tienen el poder para modificar las situaciones que no les gustan (no pueden, por ejemplo, evitar que sus padres ingieran drogas o que su padre maltrate a su madre), es así que quizá la pasividad se va instaurando en ellos como expresión de desesperanza respecto a sus posibilidades de solucionar problemas. Entonces, si bien a medida que aumenta la edad en estos niños sus conductas interpersonales pueden parecer más adaptativas, son el reflejo de una actitud pasiva, que si bien no genera problemas evidentes a nivel interpersonal refleja una condición de indefensión aprendida, la cual aumenta la probabilidad de depresión. Además, el valor elevado de *Ad* en el grupo de niños mayores respecto a los menores, sugiere una actitud más infantil y fragmentada para la comunicación (Ráez¹⁸), que tiene como base una percepción escindida de los otros.

Ahora, si bien la comparación por edad y por grado de escolaridad diferenció a estos niños de manera similar en algunas variables asociadas a la Mediación e

¹⁸ Comunicación personal, 20 de Julio de 2010

Ideación (P, X+%, X-%, F+%, FM+m, p); se encontraron diferencias adicionales en algunas variables tanto en la comparación por grupo de edad como por grado de escolaridad. Por ejemplo, al comparar a los niños por grupo de edad, se encontraron diferencias en las variables: Zd, GHR y Ad, que no se presentaron al comparar a los niños por grado de escolaridad. Sin embargo, al comparar a los niños por grado de escolaridad, se encontraron diferencias en un número mayor de variables (Afr, C, DQ+, Xu%, M, Mp, COP, AG, H y Cg). Probablemente esto tenga que ver con lo mencionado por Ráez (1998) acerca de la mayor representatividad de la variable grado de instrucción respecto a la variable edad en estudios que emplean el Psicodiagnóstico de Rorschach. Así pues, el contexto socioeconómico de estos niños implica que muchos cursen grados menores a lo esperado para su edad, por lo que se encuentra mayores semejanzas entre los niños por el grado que cursan que por la edad que tienen. Entonces, tal como señala Ráez (2003), pareciera que el nivel educacional actualiza fenómenos psicológicos, ya que la educación al estimular procesos de desarrollo evolutivo facilita modificaciones de aspectos básicos de la personalidad.

Respecto al **Procesamiento de Información**, los niños del grupo de estudio que cursan grados superiores (6to de primaria y 1ro de secundaria) presentaron una calidad de procesamiento más sofisticada (DQ+) que los niños de grados inferiores (2do, 3ro, 4to y 5to de primaria); hecho que puede estar asociado a las mayores exigencias académicas que implican los grados mayores. Además, como menciona Garrido-Leca (1997), al inicio de la adolescencia (etapa en la que se encuentran los niños de grados mayores) hay una evolución de orden intelectual, caracterizada por un razonamiento más riguroso y mayor uso de la lógica.

En la **Mediación**, tal como se mencionó anteriormente, hay concordancia con las diferencias encontradas según grupos de edad en las variables X-%, X+%, F+ y P. Sin embargo, hay una variable adicional que no se encontró en la comparación por grupos de edad, y que señala una mayor tendencia a traducir los estímulos de manera idiosincrásica (Xu%) en el grupo que cursa grados superiores. Ello puede estar asociado a que en el inicio de la adolescencia la búsqueda de identidad conlleva muchas veces alejarse de lo convencional, lo

que se evidencia en este grupo a través de una mirada más subjetiva y personal del entorno.

Respecto a la **Ideación**, si bien al igual que en la comparación por grupos de edad, hay mayor frecuencia de actividad ideacional periférica (FM+m) en los niños que cursan grados superiores, también hay mayor actividad ideacional deliberada y activa (M). Asimismo, y posiblemente por el aumento de esta última variable, se observa mayor uso de la fantasía en este grupo (Mp). Si consideramos lo propuesto por Exner y Weiner (1982), quienes señalan que la media de M se incrementa con la edad, podríamos decir que en este caso, la diferencia se hace más notoria a partir del grado de estudios que cursan estos niños.

En la agrupación de **Percepción y Conducta Interpersonales** se encuentra también diferencias adicionales a las encontradas al comparar por grupos de edad. Así, tenemos que los niños que cursan grados superiores muestran un mayor interés por los demás (H) y mayores posibilidades de funcionar asertivamente (COP y AG), mientras que los niños de grados inferiores muestran mayor tendencia a anticipar interacciones donde prima la agresividad. Ahora bien, al igual que en la comparación por edades, son los niños que cursan grados superiores los que muestran mayor pasividad (p), pero en la comparación por grados, estos niños muestran también mayor suspicacia y desconfianza (Cg) que los niños de grados menores. Entonces, considerando que todos estos niños presentan actualmente alguna dificultad que afecta su adaptación, encontramos que si bien los niños de grados inferiores son más activos y menos suspicaces en sus relaciones interpersonales, éstas se ven interferidas por la agresividad y rivalidad que les adjudican, condición que puede influir en su menor interés por los demás. Mientras que, los niños que cursan grados superiores, si bien suelen ser más asertivos (lo que está asociado a los mayores recursos afectivos y sociales que se adquieren a medida que aumenta la edad), son también desconfiados, lo que posiblemente se asocia a su mayor interés en los demás (mayor alerta frente al otro) y a su pasividad. Entonces, si bien la mayor edad y grado de estudios provee a los niños del grupo de estudio de mayores recursos interpersonales, el entorno desfavorable en el que viven fomenta la desconfianza y pasividad, bloqueando sus posibilidades de generar relaciones interpersonales gratificantes.

Por otro lado, se encuentran diferencias en la agrupación de **Afecto** que no figuraron en la comparación por grupos de edad. Así, se observa mayor dificultad en la modulación de la expresión afectiva (C) en los niños que cursan grados inferiores, lo que sería lo esperado siguiendo las teorías de desarrollo asociadas a la edad, y que aquí se plasman de manera más evidente en la diferenciación por grado de escolaridad. Asimismo, se observa mayor responsividad a la estimulación emocional (Afr) en el grupo que cursa grados inferiores, lo que sugeriría, que a medida que estos niños tienen acceso a mayores experiencias (producto de la mayor edad y mayor grado de estudios), desarrollan patrones defensivos que los tornan menos dispuestos a responder al afecto, quizá como una manera de protegerse de sensaciones displacenteras frente a estímulos que muchas veces son desagradables.

En la **comparación por tipo de colegio** se encontró una sola diferencia en la agrupación de **Ideación**, correspondiente a la variable de Respuesta Desviada (DR). Los datos señalan que en los niños que estudian en un colegio estatal existen mayores dificultades en el control ideacional, lo que los torna más vulnerables a presentar un pensamiento impulsivo.

Ahora bien, investigaciones como la Evaluación Nacional de Rendimiento Estudiantil realizada en el Perú, muestran que el desempeño de los estudiantes de escuelas privadas es relativamente mayor al de los alumnos de escuelas públicas, lo que puede deberse a las diferencias en sus índices socioeconómicos (Ministerio de Educación, 2005). Consideramos que el factor socioeconómico está asociado en este caso a que en los colegios estatales, respecto a los particulares, podría haber una menor estimulación para aprender; menos recursos educativos: materiales, infraestructura; mayor número de alumnos por clase, etcétera. Además, si bien ambos grupos de nuestra muestra pertenecen a niveles socioeconómicos desfavorecidos, el que un grupo pueda acceder a un colegio privado puede implicar una mejor solvencia económica de la familia, aun cuando ésta no sea óptima. Por tanto, planteamos como hipótesis, que la mayor dificultad a nivel de conceptualización del pensamiento estaría asociada a factores socioeconómicos que se traducen en los mayores o menores recursos educativos dentro de la familia y la escuela. Asimismo, si entendemos las respuestas desviadas (DR) como un intento de desligarse de la tarea, en

sectores menos favorecidos (niños de colegios estatales) esto equivaldría a una actitud defensiva para evitar una tarea que no se puede comprender.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Aun cuando los niños de nuestra muestra acudieron a consulta por diferentes síntomas y problemas emocionales, los resultados revelan que comparten características similares de personalidad. Así pues, el Psicodiagnóstico de Rorschach permitió observar rasgos comunes en ellos – y que los diferencian de los niños del grupo de comparación - en al menos una variable de cada agrupación que compone el Sistema Comprensivo.

Estas semejanzas parecieran estar asociadas a su condición de pacientes y al contexto sociofamiliar en el que se desarrollan, permitiendo observar elementos de vulnerabilidad en su funcionamiento psicológico.

A continuación, se describen los resultados a manera de conclusiones:

1. Los niños pacientes presentan mayor dificultad para manejar el estrés actualmente, con elementos invasivos en su ideación y sentimientos de indefensión. Sin embargo, su sensación respecto a que las demandas exceden sus recursos no es solo situacional, sino que corresponde a un estado más crónico de malestar y sufrimiento.
2. Aun cuando los niños pacientes muestran mayor movilización de recursos tanto afectivos como cognitivos, estos están caracterizados por la impulsividad en el manejo de las emociones, la ambivalencia afectiva y la distorsión del pensamiento; lo que dificulta su afrontamiento frente a situaciones adversas.
3. Si bien similar proporción de niños en ambos grupos presentan vulnerabilidad a caer en estados depresivos o sufrir fluctuaciones de humor, la posibilidad de trastorno afectivo significativo es mayor en los niños pacientes. Además, el afecto depresivo está asociado en estos niños a la inhabilidad social.

4. Los niños pacientes muestran mayor tendencia a retener la exteriorización de las emociones, sin embargo, cuando logran expresarlas lo hacen de manera descontrolada. Asimismo, muestran mayor hostilidad y oposiciónismo.

5. Respecto al área cognitiva, los niños pacientes muestran mayores dificultades en las áreas de procesamiento de información, mediación e ideación. Así pues, invierten mayor esfuerzo y energía en el procesamiento de la información, realizando más virajes exploratorios de los necesarios y prestando atención a los rasgos más inusuales o insignificantes de los estímulos. Por otro lado, aun cuando traducen la información de manera menos original que los niños no pacientes, tienen una mayor probabilidad de distorsionar la realidad. No obstante, hay también mayor negativismo o enojo en estos niños, lo cual podría estar interfiriendo en sus procesos de mediación. Finalmente, respecto a cómo conceptualizan la información, su pensamiento se caracteriza por ser pesimista, con mayor tendencia a mantener fijas sus ideas y valores. Asimismo, presentan mayor actividad cognitiva no deliberada y menor control ideacional, con predisposición a perder fácilmente la concentración.

6. Los niños pacientes presentan mayor tendencia a generar atribuciones negativas y pesimistas respecto a sí mismos.

7. Si bien los niños pacientes muestran mayor interés por los demás, su percepción de los otros tiende a ser parcial y escindida. Además, anticipan con mayor frecuencia agresividad o rivalidad en las relaciones con los demás. Todo esto genera en ellos mayor predisposición a desarrollar patrones de conductas interpersonales ineficaces o desadaptativos.

8. Dentro del grupo de estudio, las niñas se diferencian de los niños por su mayor tendencia a traducir los estímulos de manera idiosincrásica, lo que en un medio social donde prima el machismo puede generar incompreensión e influir en el mayor nivel de aislamiento que ellas presentan.

9. Tanto la división por grupos de edad como por grado de estudios muestran que los niños de mayor edad (11 y 12 años) y los que cursan grados superiores

(6to y 1ro de secundaria), tal como es esperado, presentan menor disfunción mediacional y mayor apego a lo convencional. Sin embargo, y contrariamente a lo esperado, estos niños muestran mayor actividad mental periférica, y mayor rigidez y constricción ideativa.

10. La división por grupos de edad muestra algunas diferencias adicionales, como una mayor negligencia en el procesamiento de información en los niños mayores, aunque también una mayor probabilidad de conductas interpersonales adaptativas. Sin embargo, su percepción de los otros es más fragmentada y presentan mayor pasividad en sus vínculos.

11. La división por grado de escolaridad permite identificar mayores diferencias en los niños. Así por ejemplo, son los niños de grados mayores, quienes presentan una mejor calidad en el procesamiento de la información, mayor tendencia a traducir los estímulos de manera idiosincrásica, y mayor actividad ideacional deliberada y activa. No obstante, presentan también mayor tendencia al uso de la fantasía. En el área interpersonal, los niños que cursan grados superiores muestran mayor interés en los demás y asertividad, aunque también mayor suspicacia. Por otro lado, los niños que cursan grados menores, presentan mayor responsividad afectiva, pero mayor descontrol en la expresión de las emociones.

12. Los niños de colegios estatales muestran mayor dificultad en la conceptualización, con más probabilidad de impulsividad a nivel de pensamiento; diferencia que pareciera estar asociada al factor socioeconómico.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, podríamos decir que hay dos características generales que definen a nuestro grupo de estudio respecto al de comparación: menor defensividad y mayor complejidad psicológica.

Respecto a la primera, nos planteamos las siguientes preguntas: ¿existe alguna relación entre los estilos más defensivos y la salud mental en estos niños?; en contextos socioeconómicos desfavorables ¿es un factor protector la evasión? Siguiendo los resultados de esta investigación, pareciera que en los niños, el simplificar excesivamente sus percepciones, evitar procesar la emoción

y evitar dejar invadirse por los afectos implica una forma de protección cuando se vive en un contexto adverso, donde las carencias económicas y afectivas, y la violencia son algo frecuente. Así pues, aun cuando supuestamente un estilo más evitativo implica que se pierdan experiencias importantes, pareciera que en el contexto de estos niños, sobresimplificar equivale a un factor protector que ayuda a mantener distancia de aquellas cosas dolorosas y les permite seguir funcionando (Jara, comunicación personal, 10 de Diciembre 2008).

Lo anterior está ligado a otra característica mencionada: la complejidad psicológica, donde la mayor proclividad en los niños pacientes a procesar cognitiva y afectivamente experiencias desagradables, eleva su nivel de estrés. Éste se manifiesta en una mayor complejidad psicológica, que en este caso no implica mayores recursos, sino mayor presencia de procesos cognitivos y emociones inadecuados que interfieren en su adaptación.

Ahora bien, aún con las diferentes limitaciones que hemos encontrado en el funcionamiento psicológico de los niños de nuestro estudio, es posible también observar algunos signos que muestran recursos. Así, encontramos como a pesar de las experiencias frustrantes que han experimentado, aún mantienen apertura frente a la estimulación externa y capacidad para responder afectivamente a esta. Así pues, la sensibilidad y ternura son elementos potenciales en ellos. Asimismo, la fantasía – elemento fundamental en los niños – está presente en este grupo, lo cual les permite poder recrear aspectos de su mundo interno que muchas veces no comprenden, a la espera quizá de un adulto que pueda “leerlos” y ayudarlos.

En conclusión, si bien los resultados de esta investigación no son generalizables, permiten un acercamiento a las características de personalidad de niños pacientes de un hospital psiquiátrico, evidenciando que, al margen de la diversidad de sus síntomas, presentan aspectos internos comunes. Asimismo, si bien no se ha profundizado en el estudio del entorno familiar en el que viven, los datos recogidos muestran que comparten también en su mayoría experiencias de carencia económica y afectiva, así como exposición a diferentes tipos de violencia. Así pues, llama la atención que dentro del grupo de niños pacientes solo el 23.3% vive con ambos padres, frente a un 40.3% que viven con uno solo de los padres y 23% que vive con otro miembro de la familia. Mientras que en el grupo de comparación es la mayoría quien vive con ambos padres (53.3%), y

solo el 33.3% y 13.3% viven con un solo padre o con otro miembro de la familia respectivamente. Estos datos confirman la influencia que ejerce la dinámica familiar en el desarrollo emocional del niño, y nos lleva a cuestionarnos hasta qué punto para los niños sigue siendo un factor protector, en términos de salud mental, el tener una familia donde estén presentes tanto la madre como el padre (Ráez¹⁹).

Creemos así, que el aporte de este estudio radica en poder conocer un poco más acerca de las áreas que más comúnmente se ven afectadas en los niños que acuden a consulta psicológica, y que implican factores de riesgo para su salud mental y adaptación. Asimismo, permite corroborar el impacto del entorno en la salud mental, estableciendo posibles asociaciones entre pobreza y violencia, y salud mental infantil. Consideramos entonces, que este estudio, en complemento con estudios anteriores y futuras investigaciones, puede aportar a la construcción de programas de prevención y tratamiento más acordes a la realidad de estos niños, considerando tanto el bagaje de características de personalidad que traen como el entorno sociofamiliar en el que se desarrollan. Es decir, considerar no solo el trabajo con los niños sino también el trabajo educativo y terapéutico con los padres.

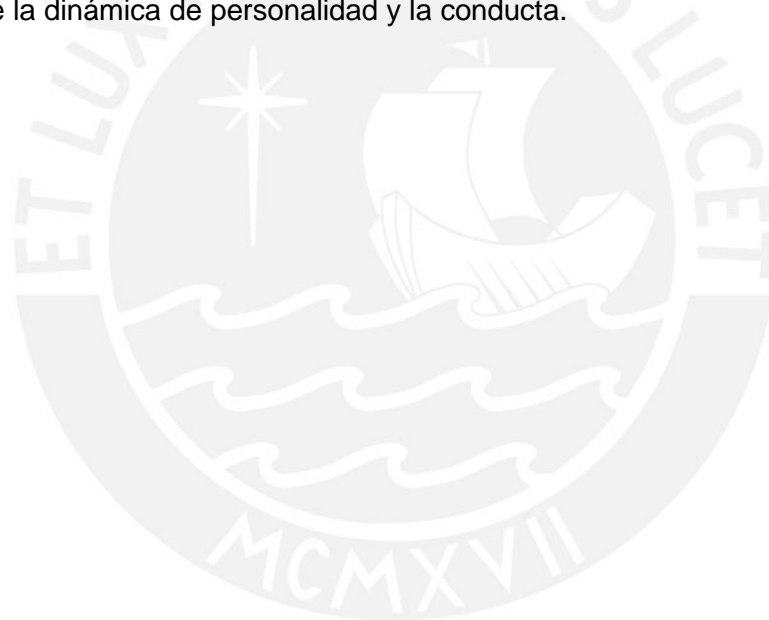
Por otro lado, creemos que el “mirar” a estos niños más allá de sus síntomas, permite entender la complejidad de su mundo interno. Como menciona Zusman (2000) debemos aspirar a que los niños con dificultades puedan ser pensados de otra manera, es decir, no ser “el esfínter que no funciona”, “el que no deja dormir”, o “el que no estudia”; sino que adquieran una identidad, más allá del síntoma que los etiqueta.

Finalmente, esta investigación permite corroborar la utilidad del Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprensivo de Exner para explorar la personalidad en los niños. Así pues, los datos de esta prueba nos permiten apreciar los cambios que se generan en la personalidad producto del desarrollo evolutivo, así como las dificultades en el desarrollo cuando el entorno no es favorable. Asimismo, y desde un análisis más cualitativo, observamos como las respuestas Rorschach nos permiten acceder a lo más profundo del imaginario infantil. Así por ejemplo, tenemos la respuesta de una niña de 9 años

¹⁹ Comunicación personal, 20 de Julio de 2010

que fue abusada sexualmente, y que en la lámina VI responde: “Acá hay algo como una palomita y una torre. Y todo es mancha negra, y el palo la hinca a la paloma y la mató a la paloma”. Esta respuesta refleja como el impacto emocional tan intenso en niños agredidos por su entorno se expresa en la fantasía, a la cual podemos acceder a través del Psicodiagnóstico de Rorschach. (Ráez²⁰).

Finalmente, creemos que es importante la elaboración de baremos peruanos para población infantil, ya que permitiría tener una línea base desde la cual poder diferenciar con mayor certeza los límites en la salud mental en los niños de nuestra población. Por otro lado, dada la diversidad de trastornos que pueden afectar a los niños, futuras investigaciones podrían diferenciar a los niños según los síntomas que presentan, para así poder tener una mirada más completa de la relación entre la dinámica de personalidad y la conducta.



²⁰ Comunicación personal, 20 de Julio de 2010

REFERENCIAS

- Adan, P., Fumanal, M., García, A., González, Y., Pastor, M. & Roura, M. *Patrones de respuesta Rorschach en niños con dificultades de aprendizaje*. Recuperado el 23 de enero de 2008, de <http://www.rorschach-catalana.org/investig/patr-resp/inves-patr-resp-ror.htm>
- Andronikof, A. (2006, Agosto). *Psicología Infantil: Últimos avances y perspectivas futuras*. Documento presentado en el XIII Congreso Latinoamericano de Rorschach y Métodos Proyectivos, Lima, Perú.
- APOYO (2005). *Perfiles Zonales de Lima Metropolitana*. Lima, Perú: APOYO Opinión y Mercado.
- Bardales, M. (2005). *Organización y funcionamiento familiar y su relación con los niveles de inestabilidad emocional en menores de 6 a 12 años que asisten a una institución de salud mental*. Tesis para optar el grado de Doctora en Psicología, Universidad Inca Gracilazo de la Vega, Lima, Perú.
- Belgich, Horacio (2003). *Escuela, Violencia y Niñez: nuevos modos de convivir*. Rosario: Homo Sapiens.
- Bielsa, A., Bassas, N. & Tomás, J. (1996). Trastornos de ansiedad en la infancia. En N. Bassas (coord), *Carencia afectiva: hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y en la adolescencia*. Barcelona: Laertes.
- Brahim, D. (2006). *Autopercepción en trabajadoras sexuales organizadas a través del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Tesis para optar al título de

- Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Bruce, J. (2006). Cuando la cultura infantil supura en Internet. En: *Somos 1044*, p. 124.
- Buendía, J. (1996). *Psicopatología en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Campo, V. (1995). *Estudios Clínicos con el Rorschach en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona: Paidós.
- Carazas G. & Castro, R. (2001). *Diagnósticos psiquiátricos asociados a agresividad en niños y adolescentes en consulta externa de un hospital psiquiátrico*. Recuperado el 20 de enero de 2008, de www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/carazas_ag/html/index-frames.html
- Castro, J. (2001). *Niñas, niños y adolescentes: exclusión y desarrollo psicosocial*. Lima: IFEJANT.
- Cervone, N., Slapak, S., Passalacqua, A., Menestrita, N., Simonotto, T., Nuñez, N., et al. (2000). Estrategias asistenciales e investigación sobre conductas violentas en niños entre 6 y 12 años. *Revista de Psicología de la PUCP*, 18 (1), 5-33.
- Córdoba, A., Descals, A. & Gil, M. (2006). *Psicología del Desarrollo en la edad escolar*. Madrid: Pirámide.
- Cornejo, M. (2005). *Características de Personalidad en niños talentosos que viven en condiciones de pobreza, a través del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

- Cornella, J. (1996). Líneas Guía en el Diagnóstico de los Niños con problemas escolares: Estudio y terapéutica. En N. Bassas (coord), *Carencia afectiva: hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y en la adolescencia*. Barcelona: Laertes.
- Cortez, R. (2004). *El estado de la niñez en el Perú*. Lima, Perú: UNICEF, INEI.
- Craig, G. & Baucum, D. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México D.F: Pearson Educación.
- Delgado, D. (2001). *Autopercepción y trastornos alimentarios en mujeres adolescentes escolares de nivel socioeconómico alto y medio-alto*. Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Descals, A. & Ávila, V. (2006). Desarrollo del lenguaje. En A. Córdoba, A. Descals, & M. Gil, *Psicología del Desarrollo en la edad escolar*. Madrid: Pirámide.
- Dongo (2002). *Piaget y los niños marginados: epistemología genética, diagnóstico y soluciones*. Lima: Govi.
- Exner, J. (1982). *The Rorschach: a comprehensive system*. New York: John Wiley.
- Exner, J. (1994). *El Rorschach: Un Sistema Comprehensivo*. Fundamentos básicos (Vol. 1). Madrid: Psimática.
- Exner, J. (2000). *Principios de Interpretación del Rorschach*. Madrid: Psimática.
- Exner, J. (2001). *A Rorschach workbook for the Comprehensive System* (5th ed.). A Sheville, NC: Rorschach Workshops.
- Exner, J. (2006). *Manual de Codificación del Rorschach*. Madrid: Psimática.

- Exner, J. & Sendín, C. (1995). *Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. Madrid: Psimática.
- Figuerola, M. (2002). Salud mental en el Perú y formación del Psicólogo clínico y de la salud. *Pirámide*, 3(1), 47-54.
- Florián, V. (2006). *Afectividad en un grupo de adolescentes diagnosticados con leucemia a través del psicodiagnóstico de Rorschach*. Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Ganellen, R. (1996). Integrating the Rorschach and the MMPI-2 in personality assesment. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Garrido-Lecca, M. (1997). Autoestima en adolescentes con bajo rendimiento escolar a través del Psicodiagnóstico de Rorschach. En: *Revista de Psicología de la PUCP*, 15 (2), 179-199.
- Griffa, M. & Moreno, J. (2001). *Claves para una psicología del desarrollo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Guerra, V., Proenza, M. & Calero, Y. (2002). La Ansiedad: sus particularidades en niños de 7 a 10 años de edad con trastornos neuróticos. [Versión electrónica]. *Revista cubana de Psicología*, 19 (1). Extraído el 07 de abril de 2008, de <http://www.dict.uh.cu/Revistas/PS2002/PS%2019102-9.doc>
- Guy, L. (2001). *El ciclo de la Vida*. México D.F.: International Thompson Editores.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.

- Hertz, M. (1992). Rorschachbound: A 50 year memoir [Versión electrónica]. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23 (3), 168-171.
- Hiller, J., Rosenthal, R., Bornstein, R. (1999). A comparative metanalysis of Rorschach and MMPI validity [Versión electrónica]. *Psychological Assessment*, 11 (3), 278-296.
- Holaday, M. (2000). Rorschach Protocols from children and adolescents diagnosef with posttraumatic stress disorder [Versión electrónica]. *Journal of Personality Assessment*, 75 (1), 143-157. Recuperado el 8 de abril de 2008 de la base de datos EBCOST HOST.
- Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2002). Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental [Versión electrónica]. *Anales de Salud Mental*, 17 (1). Recuperado el 23 de enero de 2008, de <http://www.scribd.com/doc/3897264/Anales-de-SaludMental-metropolitano>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2004). *Estado de la población peruana, 2004: niños, jóvenes y adultos mayores*. Lima: INEI. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2009). *Perú: compendio estadístico 2009*. Lima: INEI.
- Jacoby, V. (2008). *Autopercepción en un grupo de adolescentes institucionalizadas que se autolesionan*. Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Klorman, E. (1997). *Las difíciles relaciones entre padres e hijos: miedos, celos, angustia, agresividad, límites, depresión*. Buenos Aires: Sudamericana.

- Lebrero, M. & Quicios, M. (2005). La situación de los niños vulnerables por sus problemas personales y familiares. En *Atención a la infancia en riesgo y dificultad social*. Madrid: Editorial universitaria Ramón Areces.
- López, F. (2008). *Necesidades en la infancia y en la adolescencia: respuesta familiar, escolar y social*. Madrid: Pirámide.
- López-Ibor, J. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson.
- Lutenberg, J. (1999). *La ilusión vaciada: reflexiones acerca de las experiencias reales y virtuales*. Argentina: Lassús.
- Majluf, A. (1993). Marginalidad, inteligencia y rendimiento escolar. Lima: Brandon Enterprise.
- Manrique, E & Aguado, H. (1993). *Psicología, Salud Mental y Realidad nacional*. Lima: s.n.
- Mayo, D. (2003). *Relaciones objetales en pacientes fronterizos a través del psicodiagnóstico de Rorschach y la escala de mutualidad de autonomía*. Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Mendoza, M. (2000). Diagnóstico situacional de la salud mental en el distrito de Independencia. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".
- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (2011). Recuperado el 16 de febrero de 2011 de <http://www.mimdes.gob.pe/sala-de-prensa-mimdes>
- Ministerio de Salud (2004). *Lineamientos para la acción en salud mental*. Lima: MINSA.

- Ministerio de Educación (2005). IV Evaluación nacional de rendimiento estudiantil - 2004. Recuperado el 15 de marzo de 2009 de http://www.oei.es/quipu/peru/eval_rendimientos2004.pdf
- Ministerio de Educación (2009). Censo Escolar del Ministerio de Educación - Unidad de Estadística Educativa. Recuperado el 16 de febrero de 2011 de <http://escale.minedu.gob.pe/indicadores-nacionales>
- Ministerio de Salud (2006). *Memoria 2001-2006*. Lima: MINSA.
- Montoya, A.; Perales, C., & Sogi, C. (1986). La estructura social y los recursos de salud en la explicación de las tasas de morbilidad y mortalidad. *Anales de salud mental*, 2 (1).
- Montoya, A., Perales, A. & y Sogi, C. (1995). *Linderos sociales y culturales para la salud mental comunitaria*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Morales, R. (2005). *Estadísticas de la última década: precios, producción y pobreza en el Perú*. Lima, Perú: IEP.
- Murria, J. (1994). The Rorschach and Diagnosis of Neurotic Conditions in Children and Adolescents: A Case Study [Versión electrónica]. *Journal of Personality Assessment*, 63 (1), 39-58.
- Noguerol, V. (1997). Aspectos psicológicos del abuso sexual. En J. Casado, J. Díaz y C. Martínez (coord.), *Niños maltratados*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Papalia, D., Olds, S., Feldman, R. & Gross, D. (2005). *Psicología del Desarrollo: de la infancia a la adolescencia*. México, D.F.: McGraw-Hill.
- Parmelee, D. (1997). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Harcourt Brace.

- Perales, A., Sogi, C., & Salas, R. (1996). *Salud Mental en adolescentes del distrito de Magdalena*. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi.
- Pfefferbaum, B., Mullins, D., Rhoades, H. & McLaughlin, E. (2001). Rorschach Assessment of Borderline Children [Versión electrónica]. *The Journal of Psychology*, 121 (3) . 219-228.
- Piaget, J. (1984). *El criterio moral en el niño*. Barcelona: Martínez Roca.
- Pimentel, C. (2000). *Salud Mental y Comunidad: Una experiencia en desarrollo*. Lima: Centro Comunitario de Salud Mental.
- Puga, L. (2008). *Relaciones interpersonales en un grupo de niños que reciben castigo físico y emocional*. Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Pugliese, S. (2006, Agosto). *Violencia Familiar: Las marcas invisibles de la violencia*. Documento presentado en el XIII Congreso Latinoamericano de Rorschach y Métodos Proyectivos, Lima, Perú.
- Rodríguez, C. (1995). *La violencia de las horas: un estudio psicoanalítico sobre la violencia en el Perú*. Caracas: Nueva Sociedad.
- Ráez, M. (1998) *Personality development of women leaders: assessment studies in peruvian urban and poverty areas*. Nijmegen: Universidad Católica de Nijmegen.
- Ráez, M. (2003). Contenidos Rorschach en una muestra peruana. *Revista de psicología de la PUCP*. 21 (1), 201-222.
- Ráez, M. (2005). (comunicación personal, 15 de Octubre 2005).

- Ráez, M. (2007). Rorschach Comprehensive System data for a sample of 233 Adult Nonpatients from Perú. *Journal of personality assessment*, 89 (1), 119-123.
- Rivera, S. (2000). *Relaciones objetales en niños maltratados y abusados utilizando el Psicodiagnóstico de Rorschach (EXNER) y la Escala de Mutualidad de Autonomía (URIST)*. Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Rodríguez, C. (1997). Pobreza, Violencia y Psicoanálisis – entrevista. *Realidad & Utopía: de niños y adolescentes* (2).
- Saavedra, J. (2002). *Situación de la salud Mental en el Perú*. Lima: Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi.
- Serrano, I. (2003). *Agresividad Infantil*. Madrid: Pirámide.
- Shaffer, D. & Waslick, B. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Ars Medica.
- Shaffer, T., Erdberg, P. & Meyer, G. (2007). Internacional Reference Samples for the Rorschach Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment*, 89 (1).
- Shafii, M. & Shafii, S. (1985). *Desarrollo humano: crecimiento normal y trastornos emocionales en la infancia, niñez y adolescencia* (pp. 82-94). Buenos Aires: Ateneo.
- Shein, Szydlo & Marans. (2003). Violencia doméstica y niños. Ecos de Violencia. En R. Burstein, M. Stornaiuolo & M. Raffo (Eds), *Desplegando alas, abriendo caminos: sobre las huellas de la violencia*. Lima: Centro de Atención Psicosocial.

- Slapak, S.; Passalacqua, A., Cervone, N., Luzzi, A., Menestrina, N., Núñez, N., et al. (2001). Indicadores psicopatológicos en una población clínica de niños en edad escolar. *Revista de la Asociación Argentina de Psicodiagnóstico de Rorschach*, 22 (1), 115-140.
- Sociedad catalana del Rorschach y métodos proyectivos (2002). El Dr. Philip Erdberg en la Universidad de Barcelona [Versión electrónica]. *Butlletí de la SCRIMP* (40). Extraído el 16 de Mayo de 2008, de <http://www.rorschach-catalana.org/but40fp.htm>
- Smith, S., Baity, M., Hilsenroth, M. & Knowles, E. (2001). Assessment of Disordered thinking in children and adolescents: The Rorschach Perceptual – Thinking Index. [Versión electrónica]. *Journal of personality assessment*, 77 (3), 447-463.
- Tessier, R. (1994). Dimensiones ecológicas de la familia: la situación social de los niños. *Revista de Psicología de la PUCP*, 12 (1), 3-31.
- The United Nations Children's Fund. (2004). *Estado mundial de la infancia 2005: la infancia amenazada*. Nueva York: UNICEF.
- Thorne C. (1996). *El niño, eje del cambio social para una educación de calidad*. Lima: PUCP.
- Thorne C. (2005). Contexto sociocultural, desarrollo del niño y lectura inicial en el Perú. *Revista de Psicología de la PUCP*, 23 (1), 139-163.
- Tomás, J., Bargadá, M. & Ampudia, M. (1996). Valoración de la familia en situación de crisis. En N. Bassas (coord), *Carencia afectiva: hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y en la adolescencia*. Barcelona: Laertes.

- Tomás, J., Teixidó, M. & Gastaminza, X. (1996). La Depresión en la infancia y adolescencia. En N. Bassas (coord), *Carencia afectiva: hipercinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y en la adolescencia*. Barcelona: Laertes.
- Trahtemberg, L. (2001, Junio 6). Falta hablarle a los niños. Extraído el 15 de Enero, 2007 de http://www.lp.edu.pe/l_trahtemberg/otros/varios4.htm
- Trahtemberg, L. (2003, Septiembre 8). Ética, responsabilidad y valores en la educación y la sociedad. *Revista Gerencia*, 256. Extraído el 15 de Enero, 2007 de http://www.lp.edu.pe/l_trahtemberg/otros/varios21.htm03
- Vega, M., Valz Gen, V., Rivera, M., & Moya, A. (2005). *Salud mental: tarea compartida*. Lima: Proyecto Amares.
- Viglione y Hilsenroth (2001). The Rorschach: Facts, fictions, and future [Versión electrónica]. *Psychological Assessment*, 13 (4), 452-471.
- Weiner (2001). Advancing the science of psychological assessment the Rorschach inkblot as exemplar [Versión electrónica]. *Psychological Assessment*, 13 (4), 423-432.
- World Health Organization (2005). *Child and adolescent Mental Health*. Extraído el 20 de diciembre de http://www.who.int/mental_health/resources/child/en/index.html
- World Health Organization (2007). *Mental Health*. Extraído el 27 de septiembre de <http://www.who.int>.
- Zusman, S. (2000). Formación y destino del síntoma en la niñez. *Revista de Psicoanálisis*, 57 (2), 391-403.



ANEXO A: Ficha Sociodemográfica**FICHA SOCIODEMOGÁFICA (GRUPO DE ESTUDIO)**

Nombre: _____ N° de Historia Clínica: _____

Sexo: F () M ()

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

Grado de Instrucción: _____

Colegio: _____

Lugar de residencia: _____

Vive con: Mamá y papá ()

Sólo mamá ()

Sólo papá ()

Mamá y otra pareja ()

Papá y otra pareja ()

Otros () Especificar: _____

Antecedentes psiquiátricos de los padres: _____

Motivo de consulta: _____

Nivel Intelectual según WISC III: _____

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA (GRUPO DE COMPARACIÓN)

Nombre:

Sexo: F () M ()

Lugar y fecha de nacimiento:

Edad:

Grado de Instrucción y colegio:

Lugar de residencia:

Vive con: Mamá y papá ()

Sólo mamá ()

Sólo papá ()

Mamá y otra pareja ()

Papá y otra pareja ()

Otros () Especificar:

Experiencia de atención en consulta psicológica o psiquiátrica: sí () no ()

ANEXO B: Consentimiento informado**CONSENTIMIENTO INFORMADO** (Grupo de estudio)

Yo, _____, padre, madre o apoderado del menor _____, acepto de manera voluntaria que mi hijo(a) participe de una investigación sobre características psicológicas en niños de Lima, la cual es realizada por la Bachiller en Psicología Clínica Carla Otoya Gutiérrez.

Si bien los datos obtenidos en la prueba aplicada serán utilizados como complemento a la evaluación psicológica que se está realizando a su hijo, para fines de la investigación se mantendrá el anonimato de su hijo(a). Asimismo, se cuidará la integridad de éste, ya que la prueba aplicada no le generará algún tipo de perjuicio.

Usted puede retirar a su hijo de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

Para cualquier información adicional puede comunicarse al siguiente teléfono: 999393525.

Firma del padre o tutor

CONSENTIMIENTO INFORMADO (Grupo de comparación)

Yo, _____, padre, madre o apoderado del menor _____, acepto de manera voluntaria que mi hijo(a) participe de una investigación sobre características psicológicas en niños de Lima, la cual es realizada por la Bachiller en Psicología Clínica Carla Otoya Gutiérrez.

Si bien los datos obtenidos en la prueba aplicada serán utilizados para la investigación, se mantendrá el anonimato de su hijo(a). Asimismo, se cuidará la integridad de éste, ya que la prueba aplicada no le generará algún tipo de perjuicio.

La prueba psicológica se aplicará durante el horario de clases, previa coordinación con la dirección del colegio.

Usted puede retirar a su hijo(a) de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

Para cualquier información adicional puede comunicarse al siguiente teléfono: 999393525.

Firma del padre o tutor

ANEXO C: Confiabilidad de Jueces Signos Rorschach

Variable	Coef.	Variable	Coef.	Variable	Coef.
R	1	A	.90	MQual-	.99
L	.99	P	.88	MQual none	1
EA	.99	Ma	.90	SQx+	1
es	.99	Mp	.90	SQ xo	1
esAdj	.99	Intelectualización	.99	SQ xu	1
D	1	M-	1	SQ x-	1
DAdj	.99	Sum6 C.C: E.E.	.88	SQ xnone	1
M	1	Sum6 C.C:E.E.2	1	3r+(2)/R	.99
FM	.98	P	1	Fr+rF	1
m	.90	X+%	.95	(2)	.99
FM+m	.99	F+%	.99	FD	1
FC	.95	X-%	.80	MOR	.99
CF	.99	S-%	1	PSV	1
C	.95	XU%	.75	PER	1
Cn	1	Zf	1	AB	1
WSumC	.99	Zd	.95	CBF	1
C'	1	W	1	H	1
SumV	1	D	1	(H)	1
SumY	.90	Dd	1	Hd	1
SumT	.80	DQ+	1	(Hd)	1
SumSH	.95	DQo	.90	Hx	1
Afr	1	DQv/+	.90	SumaContH	1
S	1	DQv	.99	A	1
F	1	FQx+	1	(A)	1
Complejas	1	FQ xo	.90	Ad	1
Compl. Col.SH	1	FQ xu	.88	(Ad)	1
CP	1	FQ x-	.80	An	1
COP	1	FQ xnone	1	Art	.99
AG	.99	Mqual+	1	Ay	1
Fd	1	MQ ualo	.99	BI	1
Aislamiento	1	MQ ualu	.99	Bt	.88
Cg	1	Na	1	INCOM2	1
Cl	1	Sc	.90	DR	.90
Ex	1	Sx	1	DR2	1
Fd	1	Xy	1	FABCOM	1
Fi	1	Id	.80	FABCOM2	1
Ge	1	DV	.75	ALOG	.85
Hh	1	DV2	1	CONTAM	1
Ls	1	INCOM	.80		

Total .93

ANEXO D: Tablas de Resultados

- Tabla D1: Lamba
- Tabla D2: Estilo Vivencial
- Tabla D3: Constelaciones
- Tabla D4: Capacidad de control y tolerancia al estrés
- Tabla D5: Estrés de origen situacional
- Tabla D6: Afecto
- Tabla D7: Procesamiento de la información
- Tabla D8: Mediación
- Tabla D9: Ideación
- Tabla D10: Autopercepción
- Tabla D11: Percepción y Conducta interpersonales
- Tabla D12: Contenidos

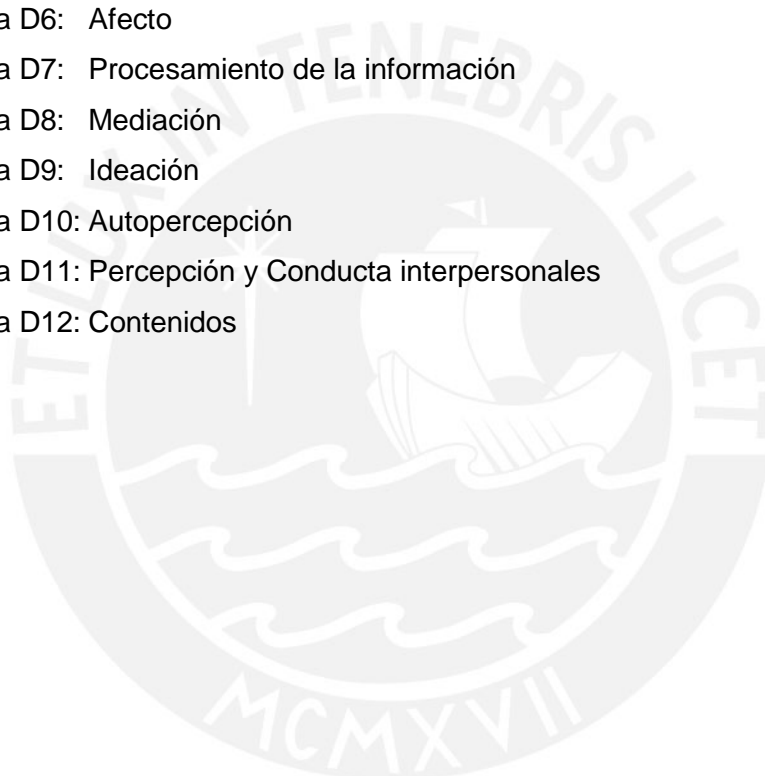


Tabla D1
Lambda

Variable	Estudio		Comparación		p
	L	n=30	n=30	%	
Sobre-simplificador	17	56.7%	25*	83.3%	0.024*
L>0.99					
Promedio	5	16.7%	2	6.7%	0.228
Recopilador	8	26.7%	3	10.0%	0.095
L<0.60					

*p<0.05

 Tabla D2
Estilo Vivencial

Variable	Estudio		Comparación		p
	EB	n=30	n=30	%	
Evitativo	17	56.7%	25*	83.3%	0.024*
E. Introvers.	6	20.0%	6	20.0%	0.694
E. Extratens.	4	13.3%	2	6.6%	0.335
E. Ambig.	7	23.3%	17*	56.6%	0.008*
Introversivo	7	23.3%	3	10.0%	0.149
Int. Rígido	6	20.0%	2	6.7%	0.127
Extratensivo	4	13.3%	1	3.3%	0.177
Ext. Rígido	3	10.0%	0	0.0%	0.119
Ambigual	2	6.7%	1	3.3%	0.500

*p<0.05

Tabla D3
Constelaciones

Variable	Estudio		Comparación		p
	n=30	%	n=30	%	
DEPI > 4	12	40.0%	7	23.3%	0.133
CDI > 3	18	60.0%	19	63.3%	0.500
HVI +	5	16.6%	3	10.0%	0.353
OBS +	0	0.0%	0	0.0%	0.553
PTI > 3	6	20.0%	3	10.0%	0.278
PTI > 2	17	56.7%	8*	26.7%	0.018*

*p<0.05



Tabla D4
Capacidad de control y tolerancia al estrés

Variable	Estudio		Comparación		p
	X	D.E.	X	D.E.	
PuntD	-0.77	0.97	-0.50	1.28	0.045*
Punt Adj D	-0.40	0.86	-0.33	0.96	0.497
CDI	3.47	0.90	3.73	1.08	0.246
EA	5.72	3.97	3.5*	3.01	0.025*
L	2.34	4.32	4.94*	9.30	0.003*
es	8.57	5.46	5.23*	4.96	0.006*
Adjes	7.27	5.07	4.73*	4.96	0.017*
	n=30	%	n=30	%	p
EA > 3.5	19	6.3%	12	40.0%	0.060
EA ≤ 3.5	11	36.7%	18	60.0%	0.060
EA esperada	15	50.0%	10	33.3%	0.147
SumFM+m < C'+	13	43.3%	3*	10.0%	0.004*
SumSH y es > 4					
SumFM+m > C'+SumSH	14	46.7%	17	56.7%	0.303
D > 0	2	6.7%	1	3.3%	0.500
D = 0	10	33.3%	21*	70.0%	0.005*
D < 0	18	60.0%	8*	26.7%	0.009*
AdjD > 0	3	10.0%	2	6.7%	0.500
AdjD = 0	16	53.3%	21	70.0%	0.144
AdjD < 0	11	36.7%	7	23.3%	0.199
EB: 0 en ambas	3	10.0%	4	13.3%	0.500
EB: 0 en M	5	16.7%	6	20.0%	0.500
EB: 0 en SumC	3	10.0%	6	20.0%	0.236
FM > 5	3	10.0%	4	13.3%	0.500
FM < 2	11	36.7%	15	50.0%	0.217
C' > 2	13	43.3%	2*	6.6%	0.001*

*p<0.05

Tabla D5
Estrés de origen situacional

Variable	Estudio		Comparación		p
	X	D.E.	X	D.E.	
PuntD	-0.77	0.97	-0.50	1.28	0.045*
Punt Adj D	-0.40	0.86	-0.33	0.96	0.497
EA	5.72	3.97	3.50*	3.01	0.025*
m	1.70	1.60	0.83*	0.83	0.041*
SumY	0.77	0.90	0.40*	1.16	0.010*
SumT	0.10	0.31	0.07	0.25	0.643
SumV	0.13	0.43	0.07	0.25	0.621
Complejas	2.77	2.72	1.27	1.82	0.009*
Compl.Col-SH	0.13	0.35	0.03	0.18	0.165
C pura	0.73	2.00	0.03	0.18*	0.021*
M	3.33	3.02	2.23	2.42	0.165
M-	1.30	2.02	0.73	1.41	0.128
Msin	0.00	0.00	0.00	0.00	1.000
	n=30	%	n=30	%	p
EB:0 en ambas	3	10.0%	4	13.3%	0.500
EB:0 en M	5	16.7%	6	20.0%	0.500
EB: 0 en SumC	3	10.0%	6	20.0%	0.236
Compl.Col-SH	11	36.7%	2*	6.7%	0.005*
Compljs SH (m & Y)	20	66.7%	10*	33.3%	0.020*
D < AdjD	11	36.7%	4*	13.3%	0.036*
D < 0	18	60.0%	8*	26.7%	0.009*
D=-1 y C >0	4	13.3%	0	0.0%	0.056
D=-1 y M->0	10	33.3%	3*	10.0%	0.029

*p<0.05

Tabla D6
Afecto

Variable	Estudio		Comparación		p
	X	D.E.	X	D.E.	
DEPI	4.30	1.18	3.40*	1.19	0.012*
CDI	3.47	0.90	3.73	1.08	0.246
L	2.34	4.32	4.94*	9.30	0.003*
Afr	0.47	0.19	0.46	0.18	0.836
2AB+(Art+Ay)	1.00	1.74	0.57	1.22	0.191
CP	0.10	0.31	0.13	0.35	0.690
C pura	0.73	2.00	0.03*	0.18	0.021*
S	3.13	2.15	2.00*	2.15	0.025*
Complejas	2.77	2.76	1.27*	1.82	0.009*
Compl.Col-SH	0.13	0.35	0.03	0.18	0.165
	n=30	%	n=30	%	p
Introversivo	7	23.3%	3	10.0%	0.149
Int. Rígido	6	20.0%	2	6.7%	0.127
Extratensivo	4	13.3%	1	3.3%	0.177
Ext. Rígido	3	10.0%	0	0.0%	0.119
SumFM+m < C'+SumSH	13	43.3%	3*	10.0%	0.004*
C' > 2	13	43.30%	2*	6.60%	0.001*
S > 2	17	56.7%	10	33.3%	0.059
C > 1	4	13.3%	0	0.0%	0.056
Afr < 0.40	13	43.3%	9	30.0%	0.211
Afr < 0.50	2	6.7%	18*	60.0%	0.000*
Afr < 0.44	18	60.0%	15	50.0%	0.302
SumC' > SumPondC	12	40.0%	8	26.7%	0.206
DEPI 6 o 7 y CDI < 4	3	10.0%	0	0.0%	0.119
DEPI 5 Y CDI < 4	2	6.7%	4	13.3%	0.335
DEPI 6 o 7 y CDI = 4 o 5	2	6.7%	0	0.0%	0.246
Intelec. > 4	2	6.7%	2.00	6.7%	0.694
CF+C > FC	18	60.0%	11	36.7%	0.060
Compl.Col-SH	11	36.7%	2*	6.7%	0.005*
Compl. SH	5	16.7%	1	3.3%	0.195
FM+m < C'+SH	13	43.3%	3*	10.0%	0.004*
FM+m > C'+SH	14	46.7%	17	56.7%	0.303

*p < 0.05

Tabla D7
 Procesamiento de la información

Variable	Estudio		Comparación		p
	X	D.E.	X	D.E.	
L	2.34	4.32	4.94*	9.30	0.003*
Zf	10.47	5.92	11.10	8.49	0.953
Zd	0.58	4.28	-5.02	6.90	0.001*
PSV	0.77	2.11	1.30*	2.02	0.045*
DQ+	4.53	3.59	4.27	5.62	0.281
DQo	14.53	7.56	17.27	10.04	0.335
DQv	3.47	5.26	2.37	2.87	0.378
DQv/+	0.83	1.21	0.67	0.96	0.785
	n=30	%	n=30	%	p
<i>Evitativo</i>	17	56.7%	25*	83.3%	0.024*
<i>Introversivo</i>	7	23.3%	3	10.0%	0.149
<i>Extratensivo</i>	4	13.3%	1	3.3%	0.177
<i>Ambigüal</i>	2	6.7%	1	3.3%	0.500
W:D:Dd	4	13.3%	10	33.3	0.098
W : M (esperado)	9	30.0%	13	43.3%	0.211
W < M	3	10.0%	1	3.3%	0.306
Zd > +3 (hiper)	7	23.3%	1*	3.3%	0.026*
Zd promedio	19	63.3%	15	50.0%	0.217
Zd < -3 (hipo)	4	13.3%	14*	46.7%	0.005*
L y Zf: Esperado	15	50.0%	12	40.0%	0.302
L y Zf: > a lo esperado	9	30.0%	8	26.7%	0.500
L y Zf: < a lo esperado	6	20.0%	10	33.3%	0.191
PSV > 0	8	26.7%	16*	53.3%	0.032*
DQ+ > 5	14	46.7	9	30.0%	0.144
OBS	0	0.0%	0	0.0%	1.000
HVI positivo	5	16.70%	3	10.0%	0.353

*p<0.05

Tabla D8
 Mediación

Variable	Estudio		Comparación		P
	X	D.E.	X	D.E.	
R	23.37	8.91	24.57	12.82	0.836
L	2.34	4.32	4.94*	9.30	0.003*
OBS	0.00	0.00	0.00	0.00	1.000
FQ-	8.37	4.56	8.20	8.43	0.006*
S-	0.15	0.14	0.08*	0.10	0.035*
P	2.87	1.72	3.40	1.98	0.321
X+%	0.26	0.13	0.28	0.10	0.403
X-%	0.36	0.13	0.29	0.15	0.069
Xu%	0.34	0.11	0.43*	0.12	0.016*
FQ+	0.00	0.00	0.00	0.00	1.000
	n=30	%	n=30	%	p
P < 4	18	60.0%	19	63.3%	0.500
FQ- >3 y L > 0.99	14	46.7%	15	50.0%	0.500
FQ- >3 y L < 1	2	6.7%	0	0.0%	0.246
X-% > 0.29	20	66.7%	11*	36.7%	0.019*
XA% < 0.70	22	73.3%	11*	36.7%	0.004*
WDA% < 0.75	21	70.0%	9*	30.0%	0.002*

*p < 0.05

Tabla D9
 Ideación

Variable	Estudio		Comparación		p
	X	D.E.	X	D.E.	
L	2.34	4.32	4.94*	9.30	0.003*
OBS	0.00	0.00	0.00	0.00	1.000
MOR	1.83	1.97	0.67*	1.06	0.006*
M	1.70	1.60	0.83*	0.83	0.041*
FM	2.73	2.41	2.97*	3.78	0.574
Fm+m	4.43	3.00	3.80	4.15	0.159
2AB+(Art+Ay)	1.00	1.74	0.57	1.22	0.191
Sum6	6.93	5.33	5.10	6.58	0.060
SumPond6	22.00	20.86	16.17	24.09	0.102
Ma	1.90	1.50	1.43	1.00	0.282
Mp	1.37	0.00	0.90	1.00	0.799
M-	1.30	2.02	0.73	1.41	0.128
DV1	2.07	1.74	1.63	1.94	0.180
DV2	0.20	0.55	0.47	0.82	0.123
INCOM1	0.87	1.74	0.43	1.17	0.327
INCOM2	0.10	0.31	0.17	0.59	0.966
DR1	1.03	1.40	0.13*	0.43	0.001*
DR2	0.37	0.85	0.00*	0.00	0.011*
FABCOM1	0.60	1.10	0.43	1.53	0.296
FABCOM2	0.60	1.13	0.63	1.69	0.876
ALOG	1.10	1.60	0.70	1.24	0.185
CONTAM	0.00	0.00	0.00	0.00	1.000
	n=30	%	n=30	%	p
Introversivo. Rígido	6	20.0%	2	6.7%	0.127
Extratensivo. Rígido	3	10.0%	0	0.0%	0.119
a:p (suma 4 o mayor y un lado mayor al doble)	10	33.3%	3*	10.00%	0.028*
Mp > Ma	7	23.3%	3	10.0%	0.149
MOR > 2	9	30.0%	2*	6.7%	0.021*
HVI Positivo	5	16.7%	3	10.0%	0.353
FM (3-6)y m mayor FM	5	16.7	2	6.70%	0.228
M- >=2	9	30.0%	4	13.3%	0.105
SumPond6 mayor a lo esperado según edad	19	63.3%	15	50.0%	0.297
CCEE Nivel2 > 0	14	46.7%	16	53.3%	0.398

*p<0.05

Tabla D10
Autopercepción

Variable	Estudio		Comparación		p
	X	D.E.	X	D.E.	
Fr+rF	0.10	0.55	0.07	0.37	0.981
3r+(2)/R	0.19	0.15	0.25	0.21	0.111
FD	0.33	0.71	0.23	0.50	0.711
SumV	0.13	0.43	0.07	0.25	0.621
An+Xy	0.93	1.28	1.97	4.05	0.610
MOR	1.83	1.97	0.67	1.06*	0.006*
H	1.20	1.13	0.97	1.03	0.411
M	3.33	3.02	2.23	2.42	0.165
	n=30	%	n=30	%	p
OBS	0	0.0%	0	0.0%	1.000
HVI positivo	5	16.7%	3	10.0%	0.353
3r+(2)/R < 0.33	24	80.0%	21	70.0%	0.276
3r+(2)/R > 0.44	2	6.7%	3	10.0%	0.500
Ego esperado	2	6.7%	2	6.7%	0.694
MOR > 2	9	30.0%	2*	6.7%	0.021*
MOR mayor o = 2	14	42.7%	2*	6.7%	0.000*
An+Xy...	7	23.3%	9	30.0%	0.386
Rptas cont. H mayor o igual 3 (Hs)	25	83.3%	18*	60.0%	0.042*
Cumplen requisito (Hs)	23	76.7%	13*	43.3%	0.008*
H<(H)Hd(Hd)	26	86.7%	20	66.7%	0.063

*p<0.05

Tabla D11
 Percepción y conducta interpersonales

Variable	Estudio		Comparación		p
	X	D.E.	X	D.E.	
Fd	0.37	0.61	0.20	0.48	0.225
Sum T	0.10	0.31	0.07	0.25	0.643
SumContH	6.63	3.80	4.10*	3.17	0.006*
H	1.20	1.13	0.97	1.03	0.411
GHR	1.93	1.53	1.93	1.74	0.886
PHR	4.73	3.28	2.93*	2.75	0.013*
COP	0.70	1.15	0.80	1.24	0.554
AG	0.93	1.55	0.20*	0.48	0.024*
PER	1.50	2.73	0.87	1.98	0.223
	n=30	%	n=30	%	p
H < (H)Hd(Hd)	26	86.7%	20	66.7%	0.063
H+A < Hd+Ad	4	13.3%	1	3.3%	0.177
T = 0	27	90.0%	28	93.3%	0.500
COP = 0	19	63.3%	16	53.3%	0.300
COP > 2	4	13.3%	1	3.3%	0.177
AG = 0	18	60.0%	25*	83.3%	0.042*
AG > 2	4	13.30%	0	0.0%	0.056
H < 2	19	63.3%	22	73.3%	0.290
Aisl.entre 0.26 y 0.32	2	6.7%	3	10.0%	0.500
Aism. > 0.33	5	16.7%	4	13.3%	0.500
M y FM con (2)	20	66.7%	19	63.3%	0.500
CDI > 3	18	60.0%	19	63.3%	0.500
HVI positivo	5	16.7%	3	10.0%	0.353
Fd mayor 1	2	6.7%	1	3.3%	1.000
PHR >= GHR (si Hr = o > 3)	24	80.0%	17	56.7%	0.052
PER > o = 2	9	30.0%	7	23.3%	0.559
p > a+1	11	36.7%	5	16.7%	0.072

*p<0.05

Tabla D12
 Contenidos

Variable	Estudio		Comparación		p
	X	D.E.	X	D.E.	
H	1.20	1.13	0.97	1.03	0.411
(H)	1.67	1.95	0.70	0.95	0.052
Hd	1.90	2.40	1.40	2.16	0.247
(Hd)	1.37	1.22	0.83	1.05	0.059
Hx	0.53	1.07	0.20	0.55	0.123
A	8.97	4.69	12.63	7.66	0.062
(A)	0.57	0.82	0.47	0.73	0.628
Ad	3.03	2.71	1.53*	1.98	0.007*
(Ad)	0.07	0.25	0.10	0.31	0.643
An	0.90	1.18	1.93	4.05	0.667
Art	0.37	0.67	0.40	1.04	0.610
Ay	0.40	0.77	0.17	0.59	0.102
Bl	0.47	2.19	0.20	0.41	0.316
Bt	0.80	1.32	1.57*	1.50	0.007*
Cg	1.43	1.79	1.47	2.24	0.846
Cl	0.03	0.18	0.10	0.40	0.544
Ex	0.17	0.38	0.07	0.25	0.232
Fd	0.37	0.61	0.20	0.48	0.225
Fi	0.93	1.23	0.63	1.03	0.388
Ge	0.13	0.35	0.07	0.25	0.393
Hh	0.47	0.78	0.27	0.52	0.412
Ls	0.43	0.73	1.07*	1.44	0.041*
Na	1.17	3.17	1.00	1.44	0.307
Sc	1.63	1.47	0.83*	1.32	0.015*
Sx	0.03	0.18	0.07	0.37	0.981
Xy	0.00	0.00	0.00	0.00	1.000
ld	1.97	1.71	0.80*	1.52	0.001*

*p<0.05