

870125

Universidad Autónoma de Guadalajara

5
24

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"El Rorschach en Niños Mexicanos: Estudio Comparativo entre los Protocolos de Niños Normales, con Trastorno Psiquiátricos con Déficit de Atención e Hiperactividad, Asmáticos y con Padecimientos Crónicos."

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

Marcela Castillo Estrada

Guadalajara, Jal.,

Febrero de 1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Página
<u>Capítulo I: INTRODUCCION</u>	1
Objetivos	4
Definiciones Operativas de Medida	6
Antecedentes del Problema	8
Limitaciones del Estudio	20
Naturaleza y orden de presentación	20
<u>Capítulo II: EL TEST DE RORSCHACH</u>	
Bases Teóricas de la Prueba de Rorschach	22
Teoría y Técnica de la Prueba de Rorschach	23
<u>Capítulo III: ASPECTOS GENERALES DE LAS POBLACIONES ESTUDIADAS</u>	
Trastornos Psiquiátricos	59
Explicación Psicodinámica de las Neurosis infantiles	75
Explicación Conductual de las Neurosis Infantiles	76
Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad	78
Alteración en la Estructura de Personalidad de los niños con Trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad	84
Enfermedad Psicósomática (Asma)	89
Explicación Fisiológica del Asma	92
Explicación Psicodinámica del Asma	94
Explicación del Aprendizaje Social al fenómeno	

no Asmático	98
El Modelo Conceptual de las Enfermedades Psicosomáticas	98
Padecimientos Crónicos en la Infancia	102
El problema Psicosocial que acompaña las más comunes enfermedades crónicas	106

Capítulo IV: METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTO

Planteamiento del problema	112
Hipótesis	112
Población	112
Variables Dependientes	113
Variables Independientes	116
Variables No Controladas	116
Procedimiento	116
A) Recolección de Datos	116
B) Técnica de Análisis de Datos	124
Tablas de resultados obtenidos	132
Gráficas del psicograma por grupo	

capítulo V: CONCLUSIONES COMENTARIOS Y - SUGERENCIAS

ANEXOS

Apéndice A (Formas de calificación y tabulación)	
Apéndice B (Matriz de resultados)	
Apéndice C (Prueba estadística Anova-1)	

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I INTRODUCCION

INTRODUCCION

En el campo de la salud mental es cada vez mayor la importancia que se presta a la atención de los pequeños, no sólo debido a los avances en el conocimiento de la dinámica infantil y a la percepción del niño como un ser activo en constante interacción con su entorno, sino también a la cada vez más firme experiencia de las repercusiones en el desarrollo de la personalidad y en la salud mental de cualquier anormalidad en las primeras etapas de vida.

Se le ayuda al niño con dos finalidades:

- 1) Para permitirle vivir plenamente una etapa de vida en sí, mejorar sus condiciones de vida presentes de manera que emplee al máximo sus potencialidades en un tiempo que avanza y no retorna.
- 2) Para establecer las bases de un mejor desarrollo futuro, libre de trabas físicas y/o emocionales.

Este avance en el conocimiento del interés de la psicopatología infantil ha traído consigo un acelerado auge en técnicas de tratamiento elaboradas para cada caso específico; sin embargo las técnicas de diagnóstico no se han desarrollado con la misma velocidad, la batería de pruebas con la que cuenta un psicólogo de nuestro medio nos arroja datos más bien cuantitativos y referentes al grado de desarrollo, nivel madurativo o coeficiente intelectual, pero es poco de lo que podemos hacer uso para obtener datos objetivos del desarrollo emocional de un niño con alta validez y confiabilidad; pocos son los instrumentos --

que nos ayudan y un número limitado de profesionistas poseen los conocimientos para su adecuado manejo.

Por otra parte la interacción entre medicina y psicología deja ver cada vez con mayor claridad la estrecha relación entre los síntomas físicos y el estado emocional - tanto en niños como en adultos; cada vez se entiende más al asma como un fenómeno psicológico, cada vez se pone más cuidado en el estado emocional de un pequeño con afección fisiológica, lo que lleva a un tratamiento integral y no sólo curativo sino también preventivo.

Se cree que en una población normal el 2 por ciento de los niños sufren de problemas asmáticos, asimismo 3 de cada 100 niños presentan un déficit de atención con hiperactividad, lo cual afecta de manera directa su rendimiento escolar y sus relaciones familiares e interpersonales, y los niños que padecen alguna enfermedad de carácter crónico y por lo que se ven involucrados en una serie de restricciones médicas y sociales es también considerable; es por esto que el psicólogo infantil muy frecuentemente atiende en su trabajo diario a pequeños que pertenecen a alguna de estas categorías, o a aquellos con trastornos psiquiátricos clásicos.

El interés por conocer una prueba psicológica proyectiva confiable como lo es el Test de Rorschach, que mide las alteraciones emocionales y de personalidad de los niños es una actitud que se presenta en los profesionistas de la salud mental

Se pretende con este trabajo contribuir al conocimiento de la psicología del niño anormal, estudiando una-

de las técnicas que vigilan el desarrollo y detectan en forma temprana cualquier desviación para ser tratada por el profesionalista especializado, sin olvidar que una infancia feliz y saludable es la mejor promesa de una vida adulta plena.

OBJETIVOS

En la práctica clínica, tanto psicólogos como psiquiatras, se enfrentan diariamente con la carencia de instrumentos de diagnóstico en el área de la salud mental. Anne Anastasi (1) plantea la dificultad de evaluar todo aquello concerniente a lo humano, y concluye al igual que Beck (2) que los tests proyectivos no superan la preparación clínica de un psicólogo competente. Bohm (3) afirma: "La prueba de Rorschach resulta más apropiada que ningún otro método psicológico para el establecimiento de un diagnóstico pluridimensional." Sin embargo, con respecto a este test hay un acuerdo de que "Debe poseerse una base de experiencia con los protocolos de cualquier grupo particular, antes de que un protocolo pueda ser interpretado en forma válida" (4). "En México, a pesar de ser, junto con el Test de Apercepción Temática, el instrumento proyectivo más utilizado en la práctica clínica" (5) no se han realizado muchas investigaciones y son escasas las que se refieren a niños, por lo que la práctica clínica infantil se ve aún más carente de dichos instrumentos.

El presente trabajo intenta cubrir básicamente dos objetivos:

- 1.- Obtener a través de la prueba proyectiva de Rorschach puntajes significativos en los diferentes grupos de niños anormales (con trastornos psiquiátricos, con déficit de atención e hiperactividad, asmáticos y con padecimientos crónicos) en comparación con un grupo de niños normales. Todos ellos entre los 6 y 10 años inclusive.

- 2.- Comprobar la utilidad del Test de Rorschach como instrumento diagnóstico mediante la diferenciación de respuestas para los distintos grupos de niños normales y anormales (con trastorno psiquiátrico, déficit de atención e hiperactividad, asmáticos y con padecimientos crónicos).

DEFINICIONES OPERATIVAS DE MEDIDA

NIÑO NORMAL: Es aquel que en su desarrollo y en su desempeño no manifiesta ningún trastorno visible físico o de carácter, no sale de las normas de su edad y su rendimiento intelectual cubre las exigencias del medio. Fue tomado como tal para este estudio aquel sujeto que reunía estas características clínicas, que no haya motivado tratamiento médico o psicológico y de los cuales no se sospeche alteración emocional, conductual o física.

DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD: Trastorno conductual infantil que se caracteriza por un déficit en la atención y concentración y un aumento en la actividad motora, y el curso del lenguaje y pensamiento. Fueron tomados para este estudio niños diagnosticados de esta manera de acuerdo a los criterios del DSM III (Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana).

ENFERMEDAD PSICOSOMATICA: Alteración fisiológica que tiene como causa directa factores psicológicos o emocionales ante los cuales el individuo responde creando síntomas físicos.

ASMA: Enfermedad de carácter psicossomático que se caracteriza por disnea, es decir, dificultad en la respiración, que se produce al enfrentarse a una serie de sustancias y otros estímulos. Son crisis de disnea paroxística, preferentemente expiratoria y a veces el estado de disnea es casi continuo. Los niños asmáticos para este estudio serán diagnosticados por médicos pediatras previamente

te, habiéndoles practicado los estudios paraclínicos necesarios para el correcto diagnóstico.

PADECIMIENTO CRONICO: Cualquier alteración demostrable en la función o en la estructura de un órgano, lo cual puede o no involucrar las funciones mentales (Que en este caso se conservan intactas), con un año de evolución como mínimo. Fueron incluidos en este grupo sujetos bajo tratamiento médico pediátrico con exámenes clínicos (de cualquier tipo) o neurológicos que corroboraron el diagnóstico.

TRASTORNO PSIQUIATRICO: Se consideraron dentro de este grupo cualquier tipo de Neurosis infantil (de angustia fóbica, conversiva, disociativa, obsesivo-compulsiva, y depresiva), así diagnosticada previamente por un médico psiquiatra o psicólogo clínico, donde se supone la ansiedad y la depresión juegan un papel determinante.

PUNTAJE SIGNIFICATIVO: Serán obtenidos mediante la comprobación estadística comprando cada puntaje con su igual del grupo de niños normales. No se ha utilizado el término "Normas" puesto que implica un carácter más general de toda una población, mientras que con "Puntaje significativo" se expresa una comparación entre los grupos estudiados.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Desde su publicación, en 1920, el Rorschach ha demostrado su utilidad como técnica proyectiva que revela la personalidad en su totalidad, el autor pretende desde un principio, aplicando su prueba a sujetos normales, descubrir los diferentes índices diagnósticos psicopatológicos revelados a través del test. La muerte del autor ocurrida un año después de la creación del Psicodiagnóstico no le permitió completar su obra (6)

Margarita Loosli-Usteri (7) Psicopedagoga del Instituto J.J. Rousseau de Ginebra, combina sus intereses clínicos y educativos y es la primera en aplicar sistemáticamente el Rorschach en niños pequeños, en Ginebra en el año de 1923, tomando grupos de niños enuréticos y aislados de un orfanato, los cuales comparó paralelamente con 63 niños normales de 10 a 13 años, esto le lleva a "darse cuenta de los sorprendentes, matizados y profundos resultados logrados con el test, así como los extraordinarios recursos que brinda como medio de diagnosis psico-infantil" (8). En 1929 publica su libro "Le Test de Rorschach-appliqué à différents groupes d' enfants de 10 à 13 ans." lo que ocasiona que los psicólogos de la época se interesen más por el test aplicado en la infancia, ya que había sido probada su utilidad. En 1938 la misma autora publicó otro libro: "diagnostic individual chez l' enfant au moyen du test de Rorschach" reeditado y ampliado en 1948. - Ambos títulos aunque clásicos en los países europeos son muy poco conocidos en México y no se encuentran circulando en el idioma español.

La primera publicación norteamericana que se refiere

al Rorschach infantil, corresponde a Louise Bates Ames -- (9), quien aplica el Test a niños desde los 2½ años hasta los 10, y quien encuentra que:

1.- A edades muy temprana (2½ a 5 años) el test posee más bien cualidades científicas que diagnósticas.

2.- La aplicación del test como prueba de diagnóstico infantil es posible desde los 5 ó 6 años, ya que a estas edades refleja datos fieles de las características -- del sujeto.

3.- El conocimiento de las reacciones de los niños -- muy pequeños permite una mayor comprensión en los protocolos de adultos.

Este estudio se realiza con 650 niños de ambos sexos de Connecticut, 25 niños y 25 niñas para cada uno de los 13 niveles de edad abarcados (2, 2½, 3, 3½, 4, 4½, 5, 5½, 6, 7, 8, 9, y 10), la mayoría de los sujetos se encontraban por encima del término medio en inteligencia, la cual fue evaluada con los tests colectivos de CI Pinter-Cunningham y el Stanford-Binet (10) y el mismo nivel en lo referente a status social. Todos los niños considerados "normales", si bien atravesaban conflictos propios de la edad esencialmente normales. En este volumen se logra una descripción de la naturaleza de las respuestas para cada nivel -- de edad estudiado. La única comparación que se menciona -- en este estudio es entre niños y niñas para lo cual se -- elabora un comentario en cada nivel de edad. La principal aportación de la obra es la posibilidad de situar a un niño normal en su nivel perceptivo o evolutivo correspondiente, en base a su ejecución en el Rorschach, para eva-

luar el estado de su desarrollo perceptivo y de su incipiente personalidad. Sin embargo no es el fin de esta obra hacer comparaciones con diferentes grupos de niños.

Algunos autores han hecho estudios con niños anormales como: W. Goldfarb estudia niños enuréticos y expone los resultados en: "Personality changes accompanying organic brain lesions. A study of preadolescent children" Z. Pietrowski y N.D. Lewis estudian un caso de un niño esquizofrénico que exponen en: "A case of stationary Schizophrenia beginign in early childhood with remarks on certain aspects of children's Rorschach records".

Estos estudios y algunos más hechos al respecto, han estudiado un grupo anormal pequeño e incluso un solo caso, y han establecido sus comparaciones o bien en base a los protocolos de adultos o en los trabajos de Margarita Loosli-Usteri, y son poco conocidos en la literatura castellana, por lo que aquí se refieren indirectamente.

Otro trabajo que merece ser mencionado es el de Cecile Beizman (11) que estudia 400 niños "normales" de ambos sexos de 2.9 a 10 años de las escuelas de París. En su obra distingue las fases del desarrollo perceptivo, los modos particulares de pensamiento y las reacciones afectivas. Beizman no cree posible llegar a establecer un diagnóstico diferencial "en profundidad, en un niño muy pequeño como se hace en el adulto" (12), sólo concede valor a la prueba para situar a un niño en su grupo de edad, sin por ello negar su valor clínico en cuanto brinda aspectos particularmente característicos de la personalidad del sujeto.

Theodora Alcock (13) expone en su volumen "La prueba del Rorschach en la práctica" dos casos: Una niña de 10.7 años con secuela post-encefálica, y un niño de 4.6 años de inteligencia superior y con incapacidad educativa; de ambos protocolos la autora menciona los signos de Rorschach a esperar en cada caso, mismos que se presentan en los protocolos de los sujetos ejemplificados, sin embargo, en ninguna parte del libro se menciona la fuente de la -- que se obtienen estos signos o la manera como se llegaron a deducir, tampoco aclara si sus comparaciones se refieren a protocolos adultos o a protocolos infantiles. Es importante señalar que la misma autora ha realizado otros estudios con Rorschach en niños no publicados en el idioma español. En la última parte de la obra mencionada, se detalla un estudio de investigación; "Algunas de las características de personalidad en niños asmáticos" (14) en el - que se intenta determinar si un grupo de niños que sufren de asma demostraba, de acuerdo a una escala de valoración, características definidas de personalidad diferentes, fundamentalmente, de las demostradas por grupos comparables de niños no asmáticos.

Los sujetos estudiados oscilan entre los 7 y 11 años. Se establecieron 4 grupos:

- 1.- Asmáticos
- 2.- Trastornos de Conducta
- 3.- Normales
- 4.- Padecimientos crónicos distintos del asma

Para los fines de esta investigación el asma se define como ataques de Bronco-espasmo predominantemente expiratorios en su naturaleza, sin ninguna lesión orgánica de tó

rax y que se presente persistentemente por un período mayor de un año. En los casos ahí examinados la duración mínima fue de 5 y medio años.

Los autores mencionan su motivación al estudio por la escasez de investigaciones debidamente controladas sobre la personalidad asmática, especialmente en la infancia. El estudio se realiza en Cambridge y tiene como objeto determinar si un grupo de niños asmáticos demostraba, de acuerdo a una escala de valoración, características de personalidad diferentes fundamentalmente de las demostradas por grupos comparados de niños no asmáticos. El límite de edad empleado es entre los 7 y los 11 años con el fin de evitar etapas críticas del desarrollo.

Los criterios empleados para la inclusión en cada grupo fueron:

- 1.- Asmáticos (Grupo A): De acuerdo a la definición dada se seleccionaron por Pediatras, Médicos Generales o Médicos Escolares 25 niños enfermos de Asma.
- 2.- Normales (Grupo N): Fueron seleccionados por los directores de las escuelas que tenían un juicio correcto sobre los niños y que cumplieran con:
 - a) Ausencia de Padecimiento crónico, incluyendo cualquier alergia.
 - b) Recuperación normal de incidentales padecimientos o accidentes.
 - c) Ausencia de trastornos emocionales, a no ser incidentales.

- d) Buenas relaciones con los demás en el hogar y en la escuela.
- e) Rendimiento escolar de acuerdo a su nivel intelectual.

3.- Casos de la Clínica de la Conducta (Grupo C): De un gran número de niños remitidos para su tratamiento a las clínicas de la conducta por desajustes emocionales de diferentes tipos, se seleccionaron 25, los más semejantes a los casos asmáticos con el criterio establecido (edad, sexo, ---- etc.)

El objeto de esta comparación era el de apreciar cualquier diferencia que pudiera observarse entre los trastornos de la personalidad que se sabía que existían en este grupo y los que mostraban los del grupo de niños asmáticos.

4.- Grupo de niños con Padecimientos crónicos distintos del asma (Grupo D): Este grupo se incluyó para aislar los factores de la incapacidad física crónica, estaba integrado por un grupo mixto, problemas de origen congénito, tuberculosis ósea, secuelas poliomiélicas, atrofia muscular progresiva, artritis infantil, amputación de miembro inferior, bronquectasia sin asociación con el asma e infección crónica del tracto respiratorio superior con un origen orgánico primario. En la medida de lo posible se evitaron casos de probable -- origen psicogénico.

Además del psicograma tradicional, en esta investigación se agregaron nueve renglones:

- a) Porcentaje de respuestas humanas.
- b) Porcentaje de respuestas anatómicas.
- c) Tipo de figuras (masculinas, femeninas o sin especificar sexo)
- d) Tipo de movimiento humano (activo, restringido o implícito)
- e) Tipos de animales (grandes, pequeños o dudosos)
- f) Movimiento animal (activo, restringido o implícito)
- g) Contenido siniestro, agresivo o amenazador.
- h) Shock al color
- i) Shock al claroscuro.

Los renglones de los niños asmáticos se cotejaron sistemáticamente, en cada renglón con las calificaciones obtenidas entre los otros tres grupos. Se utilizó la prueba de significación Λ de Sandler, que es una simplificación de la T de Student para el significado de la diferencia observada entre los términos de dos grupos correlacionados de calificaciones. Esta prueba se adapta perfectamente a la confrontación de las calificaciones de Rorschach, ya que presupone solamente que las diferencias entre dos calificaciones correlativas están distribuidas en forma normal --- aproximada y no que las distribuciones mismas del cómputo original sigan una distribución normal. En los pocos casos en los que no se pudo utilizar la Λ de Sandler se utilizó la χ^2 .

En la confrontación del grupo de asmáticos con el -- grupo normal, catorce renglones demostraron tener significación estadística; siete con nivel de significancia de - 0.1, tres con 0.5 y cuatro al 5 por ciento. (Los resultados se muestran en la tabla 1)

Tabla 1

VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
FC%	0.1
Tono Siniestro	0.1
F+	0.1
Capacidad Intelectual	0.1
Tipo de M	0.1
Choque al color	0.1
Choque al claroscuro	0.1
O%	0.5
Tipo A	0.5
Tipo FM	0.5
FM%	5
K%	5
CF%	5
P	5

La confrontación de asmáticos con el grupo de la Clínica de Conducta, señala 12 renglones significativos. Sólo uno fue al nivel de 0.1 y uno al 0.5, los otros diez - variando entre el 1 y el 5 por ciento. (Los resultados se muestran en la tabla 2)

Tabla 2

VARIABLE	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
Choque al claroscuro	0.1
Capacidad intelectual	0.5
Tipo de A	1
M: Suma de C	1
M%	5
FM%	5
II%	5
CF%	5
d%	5
Tipo de H	5
Choque al color	5
Tiempo de reacción acromático	5

La tercera confrontación estadística, o sea, la de los asmáticos con el grupo de niños que padecen otro tipo de enfermedad crónica, reveló diez renglones significativos, dos en un 0.1, uno al 0.5 uno al 1 y el resto al 5 por ciento. Según esto parecería que estos niños fueran los que tuvieran mayor semejanza con los niños asmáticos, pero el análisis de los datos estadísticos demuestra una marcada diferencia en los patrones de personalidad entre este grupo y el asmático.

Con base en las hipótesis que pueden deducirse del Rorschach, las características generales de personalidad de los asmáticos que se desprenden de su confrontación -- con los otros grupos pueden sintetizarse en una sensibilidad exagerada en las relaciones humanas, una capacidad de

relación dismuida y una tensión sin el relajamiento adecuado.

El dato del choque al sombreado caracterizó a los asmáticos frente a los demás grupos (0.1 por ciento) y de acuerdo a la autora, este dato se encuentra en casos de adultos con depresión grave y es raro en la infancia. El factor K que se da en la comparación de asmáticos/normales (5 por ciento) está en relación con el choque al clarooscuro.

No se encontró diferencia fundamental entre los grupos de asmáticos y los niños normales en el número de formas humanas percibidas, pero si hay una diferencia marcada en la actividad que se les asigna; los asmáticos no dejan moverse a sus gentes.

Los animales que proyectan los niños asmáticos en las manchas son notablemente más pequeños y limitados, lo cual se interpreta en el estudio como una limitación no sólo respecto a los objetos mismos, sino a los objetos libidinizados, ya que para los niños los animales son substitutos humanos, comunmente muy libidinizados como objetos transitorios, de gran valor para el desarrollo normal.

Un aspecto interesante es el alto número de respuestas originales proporcionadas por el grupo de asmáticos en comparación con los otros, excepto con el grupo de clínica de la conducta. Puede ser porque los dos grupos con perturbaciones tienen un estilo propio de pensamiento y de percepción, aun cuando es difícil prescindir de la subjetividad para calificar este dato. Esto se relaciona con

el puntaje significativamente bajo de pensamiento común - (P) en la comparación Asmáticos/normales.

El grado de trastorno emocional que el asmático trata de restringir se pone de manifiesto en muchos otros datos, como el porcentaje de respuestas siniestras y la ---reacción al color.

Se confirmó la hipótesis de que los niños asmáticos--mostrarían en esta investigación un tipo específico de --personalidad. Además se obtuvo información sobre la indole y el origen del padecimiento.

Puede afirmarse que el tipo de personalidad que presenta un conflicto interior marcado en torno a las relaciones objetales, acompañado de un mecanismo de defensa -débil, por medio del cual puede exteriorizarse la afectividad, puede encontrar alivio por medio de la satisfac---ción sado-masquista de un trastorno que perturba físicamente. Los que tienen una herencia alérgica pueden encontrar este recurso en el asma, si su necesidad inconsciente es de un padecimiento que castigue tanto al enfermo como a los padres y provoque al mismo tiempo una atención -afectuosa. Ninguno de los otros padecimientos alérgicos -se compara al asma en este respecto.

Hipócrates sostenía que los asmáticos deberían precalverse de la cólera. Los resultados de esta investigación--indican que la cólera reprimida y la consecuente depre---sión son rasgos básicos de la psicogénesis de la personalidad asmática, que deben por lo tanto considerarse como--una predisposición al padecimiento.

Ewald Bohm (15) edita un libro con cuadros auxiliares para el diagnóstico, donde expone los factores y reglas más importantes para la interpretación de los protocolos y especialmente las manifestaciones de los síndromes típicos en el test. En este volumen, en el capítulo -VII, basándose en trabajos de otros investigadores de el-Test a edades tempranas (muchos de ellos mencionados en esta revisión), el autor expone las más importantes peculiaridades de los protocolos de Rorschach en niños, comparados con los de adultos, en cuanto a la cantidad y calidad de las respuestas. Hace también una importante comparación entre los protocolos de niños de 4 categorías:

- 1.- Niños mayores (14 años) y más pequeños (7½ años)
- 2.- Niños inteligentes y torpes
- 3.- Niños hipócritas y niños agresivos
- 4.- Niños con perturbación somática y otros trastornos y niños normales.

Este trabajo ya resume, aunque de manera un tanto superficial, los principales hallazgos en cada una de las categorías estudiadas, sin embargo no se dirige a los fines de la presente investigación, ya sea por las edades abarcadas, las variables reportadas, la población estudiada o por la manera indirecta en que se refieren estos hallazgos.

Cytrin y McKnew (16), en su propuesta de la clasificación de la depresión infantil, menciona la presencia de temas depresivos en tests proyectivos como el Rorschach - en niños con Síndrome Depresivo; sin embargo no se menciona en este artículo a que se refiere el autor específicamente al nombrar "temas depresivos".

LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

En este trabajo se hace poco énfasis en el aspecto - psicodinámico de las respuestas del test; se emplea única mente el método macrográfico de evaluación, sin analizarlos contenidos de las respuestas en base a simbolismos. - Se utiliza de cada protocolo los resultados de los datos-cuantitativos para su comparación.

Los sujetos han sido seleccionados de acuerdo al cri terio clínico, el cual se ha dado como confiable. No se - ha estudiado cada caso de manera individual, sino únicamente las manifestaciones del grupo ante la prueba del -- Rorschach.

Los resultados aquí presentados se obtuvieron en com paración con los protocolos infantiles normales, por lo - que se mantienen al margen de los hallazgos de puntajes - significativos en ciertas patologías mentales de adultos.

No se llevó un control de variables tales como reli gión, nivel socio-económico, escolaridad, número de herma nos o sexo.

NATURALEZA Y ORDEN DE PRESENTACION.

Una vez que se ha expuesto las generalidades en este capítulo, se expondrá ampliamente en el capítulo II el -- instrumento de evaluación estudiado, el Test de Rorschach, abordando tanto los aspectos teóricos como los prácticos.

En el capítulo III se hace una revisión de los aspec tos básicos de cada una de las poblaciones aquí estudia---

das: Niños con Trastornos Psiquiátricos, niños con Trastorno por déficit de la atención con hiperactividad, niños asmáticos y niños con padecimientos crónicos, haciendo énfasis en estos últimos en las alteraciones psicosociales que acarrea su estado físico.

En el capítulo IV se expone ampliamente la Metodología y el procedimiento empleados en la realización del estudio.

El capítulo V comprende el análisis estadístico de los datos obtenidos en los protocolos de los diferentes grupos.

En el capítulo VI se presentan las conclusiones del estudio y los comentarios personales de la experiencia vivida, las sugerencias para nuevos estudios y limitaciones metodológicas encontradas en el desarrollo del trabajo de investigación.

CAPITULO II EL TEST DE RORSCHACH

BASES TEORICAS DE LA PRUEBA DE RORSCHACH

El test de Rorschach se basa en la interpretación de formas accidentales, que no dependen solamente de la imaginación, sino de la percepción y de la apercepción.

"Las percepciones se producen debido a que las sensaciones o los grupos sensoriales euforizan en nosotros imágenes mnémicas de grupos sensoriales pretéritos, de suerte que surge un complejo de recuerdos sensoriales cuyos elementos, merced a su simultaneidad en las experiencias pretéritas, han conservado entre sí una cohesión particularmente sólida y una clara demarcación frente a otros grupos sensoriales. Por lo tanto, en la percepción se reúnen los tres procesos de la sensación, la evocación y la asociación... designamos apercepción a la identificación de un complejo de percepciones sensoriales, con todas sus correlaciones. La apercepción engloba así mismo el concepto más restringido de percepción." -- (17)

Por lo tanto, "Si la percepción también puede considerarse como una integración asociativa de los engramas preexistentes (imágenes mnémicas) con los complejos sensoriales recientes, la interpretación de formas accidentales podrá calificarse como una percepción en la cual el esfuerzo de integración entre el complejo sensorial y el engrama es tan grande, que el propio sujeto lo percibe intrapsíquicamente como tal, es decir, como un esfuerzo de integración. Esta percepción intrapsíquica de la disimilitud entre el complejo sensorial y el engrama, presta a la percepción el carácter de interpretación" (18)

"En este método se hayan implícitas las suposiciones de que las respuestas del sujeto a las láminas del Rorschach son un índice de sus respuestas perceptivas usuales y que los rasgos de la personalidad influyen sobre la percepción" (19) "Siendo la personalidad un todo dinámico cuyos componentes son todos dependientes unos de otros" --- (20)

TEORIA Y TECNICA DE LA PRUEBA DE HERMANN RORSCHACH

La prueba de Rorschach es un test proyectivo que tiene como propósito el estudio de la personalidad en su totalidad, así como el diagnóstico de la misma. Ha sido usado por varios investigadores (21) en sujetos desde los 2-años, aunque a esta edad ha sido más con un fin de evaluación perceptiva y madurativa, que proyectiva. Varios autores (22,23) coinciden en que el instrumento es válido como prueba proyectiva desde la edad de los 6 años.

Aparece en Alemania en el año de 1920, después de 10 años de observaciones del autor y para lo cual se utilizaron los resultados obtenidos de pacientes psiquiátricos y de sujetos normales (24). Se utilizó un total de 405 sujetos, divididos de la siguiente manera:

CUADRO 1	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Personas Normales Educadas	35	20	55
Personas Normales Incultas	20	42	62
Personas Psicopáticas	12	8	20
Alcohólicos	8	-	8
Débiles Mentales, Imbéciles	10	2	12
Esquizofrénicos	105	83	188
Maniaco-Depresivos	4	10	14
Epilépticos	17	3	20
Paralíticos	7	1	8
Demencias Seniles	7	3	10
Demencias arteroescleróticas	3	2	5
Korsakoff y estados similares	3	-	3
TOTALES	231	174	405

"El material tipificado, que no ha sufrido ninguna modificación, se compone de 10 láminas impresas, cada una de las cuales reproduce una gran mancha negra o plícro-ma de simetría bilateral... desde el punto de vista de la -- gestalt, las formas vagas e indeterminadas que sugieren -- las manchas de tinta son formas esencialmente débiles, -- es decir, poco definidas y no representan ningún objeto -- determinado." (25)

En lo que se refiere a la confiabilidad del test; Ba tes (26) reporta lo siguiente: "La confiabilidad del Test de Rorschach ha sido comprobada con los tres métodos que se emplean comunmente en el campo de las pruebas mentales; correlación entre los puntajes alcanzados en un examen -- inicial y los de un nuevo examen con la misma prueba (re-test); correlación entre los puntajes alcanzados en las --

dos mitades del test, dividido según algún plan sistemático, y correlación entre dos formas del test que se suponen equivalentes. Cada uno de estos métodos se ha empleado en el Rorschach y evidentemente cada uno tiene limitaciones como medida de verdadera consistencia del test. El método de retest supone que no haya un cambio real en la función evaluada. Si el retest se toma después de un período más largo, en el caso de los niños hay probabilidad mayor de que exista un cambio evolutivo real. Las correlaciones obtenidas por el método de las dos mitades no son muy significativas, en primer lugar porque las diez manchas de Rorschach han sido planeadas para que den tipos de respuestas variadas y, además, porque el número total de respuestas que dan los niños es pequeño. Como serie paralela se ha usado las manchas de Behn-Rorschach; pero un gran número de estudios han demostrado que no provocan una proporción de respuestas comparable en sus diversos tipos. Cuando las correlaciones entre un test y su repetición son colocadas según la duración del intervalo entre el primer test y su repetición, compruébanse una clara y constante declinación de estas correlaciones con el aumento de intervalo. Con un intervalo de sólo dos semanas, Swift encontró correlaciones entre 0.70 y 0.80, mientras que empleando niños en edad preescolar de la misma población, el mismo puntaje y el mismo método de administración, las correlaciones cayeron a 0.30 después de un intervalo de 10 meses. Troup comprobó que para niños de mayor edad, los resultados obtenidos a seis meses de distancia podían verificarse con éxito casi perfecto. Fosberg demostró la incapacidad de los sujetos para influir conscientemente en el puntaje, cuando se les daba instrucciones de hacer "buena" o "mala" impresión de su personalidad e incluso, cuando se les recomendaba que acentuaran ciertos determinantes.

Utilizando el método de mostrar los mismos protocolos de Rorschach a diferentes clínicos, ciertos estudios han proyectado mucha luz sobre la confiabilidad del clasificador y del interprete, considerados con independencia del protocolo mismo. Razmy y Pickard, puestos de acuerdo para seguir estrictamente el sistema de puntaje de Beck, clasificaron independientemente 50 protocolos y obtuvieron una notable coincidencia. Hertz y Rubinstein, entregaron a Beck, Klopfer y Hertz un mismo protocolo de Rorschach para su interpretación a ciegas. Las opiniones fueron formuladas de modo que no fue posible una comparación estadística; pero los autores presentan los resúmenes de los tres interpretes en una tabla comparativa, y la impresión general es de notable coincidencia.

Sobre la validez del test de Rorschach el mismo autor hace las siguientes afirmaciones: "... el problema fundamental para su validación consiste en planear un estudio que obtenga resultados susceptibles de ser tratados estadísticamente y que, a pesar de ello, utilice la estructuración de variables. Otras dificultades son la variabilidad en los procedimientos de evaluación y el hecho de que algunos puntajes particulares poseen una confiabilidad moderada." No obstante estas dificultades algunos estudios han logrado aclarar, en algún sentido, la cuestión de la validez del Rorschach. Los principales métodos utilizados son los tres siguientes: Los estudios de correlación; que relacionan variables individuales en el Rorschach con otras evaluaciones del comportamiento. Estudios de grupos de contraste; se comparan grupos diferenciados, según diversos fundamentos objetivos clasificables exteriormente, y se determinan diferencias significativas en los puntajes de Rorschach. Técnicas de emparejamiento; in

tervienen jueces que intentan comparar, por partes los datos del Rorschach interpretados a ciegas, con cuadros de personalidad obtenidos en otras fuentes. Este último método ha sido el procedimiento más satisfactorio pues permite el enfoque global y que el clínico ejerza su juicio para sopesar y equilibrar las variables complejas, faciliitando, sin embargo, el cómputo estadístico de los datos.

A fines de comparación conviene dividir los estudios sobre la validez en dos categorías; los que tratan el --- diagnóstico de los factores intelectuales, y los que se refiere a la descripción de la personalidad. Los factores intelectuales "es la medida más segura con que han sido - comparados los resultados del Rorschach". Vernon hizo estimaciones de cocientes intelectuales a ciegas cuya correlación con los C.I. de Binet era de 0.78. Al determinar - también la correlación para 26 variables simples de Rorschach con el C.I., estimó una correlación múltiple que no estaría por encima de 0.40.

En cuanto a los factores de personalidad, los estudios en los que las interpretaciones a ciegas del Rors---chach se comparaban por pares con los esquemas de personalidad obtenidos exteriormente se resumen en el cuadro 2.

CUADRO 2: ESTUDIOS DE VALIDEZ EMPLEANDO TECNICAS DE EMPAREJAMIENTO (COMPARACION)

Investigador	Población	Pares comparados a la vez.	Porcentaje correcto.	Coefficiente de contingencia.
Swift	30 niños normales preescolares.	5	47	0.55
Krugman	25 de clínica de la conducta de 5- a 18 años.	5	84	0.85
Vernon	45 niños en edad escolar.	5-10	-	0.83
Hunter	50 niños en edad escolar normales.	10-16	30-40	-
Patterson y Magaw	46 niños deficientes mentales.	5	73	0.80

(Tomado de: Louise Bates Ames y otros. El Rorschach infantil, Ed. Paidós. p. 33)

Es probable que la comparación por pares tenga más éxito con los niños mayores que con los pequeños, pero todos los resultados de que se tiene noticia indican que el éxito de emparejamiento es mucho más alto de lo que podría esperarse al azar. Siegel ha demostrado que en las clínicas de conducta infantil, el diagnóstico del psiquiatra y del Rorschach coinciden estrechamente y que el Rorschach

chach inicial es una predicción más segura del diagnóstico definitivo del Psiquiatra que su propio diagnóstico -- inicial.

Es importante señalar que al hablar de Validéz, Bates se refiere principalmente a la validéz empírica o de criterio... "que indica la eficacia de un test en la predicción de la conducta de un individuo en situaciones específicas" (27)

Como el Roschach es un test verbal, su administración requiere más que ningún otro del establecimiento de Rapport, de una relación amistosa con el niño. Administración y consigna son puntos en los que coinciden diversos autores; Bates (28) recomienda lo siguiente:

El sujeto estará solo con el examinador en una habitación clara y tranquila, sentándose en ángulo recto con las láminas boca abajo, colocadas en una mesa frente a am bos. El psicólogo tiene papel y lápiz para anotar las res puestas al tiempo que se emiten del sujeto, al que le dice: "Aquí tengo un juego nuevo para jugar contigo... en estos dibujos la gente vé toda clase de cosas y yo quiero saber qué te parece a tí." Cuando el niño emite una sola respuesta se le dice: "Sí, muy bien, ¿puedes decir algo más?". En el caso de que los niños respondan de manera in terrogativa, es conveniente contestar aceptando la posibilidad, por ejemplo: "¿Esto es un pato?", "Sí, podría ser un pato", pero cuidando siempre de no sugerir nada al niño.

Cuando el niño haya dado todas las respuestas a una lámina se procederá con el interrogatorio. El interrogato

rio tiene como finalidad obtener datos que nos van a ayudar a clasificar las respuestas, a saber qué factores influyeron en estas. Se hacen básicamente tres preguntas:

- 1) Dónde viste al _____? ó Pon tu dedo en el _____?. Que nos facilita tanto la localización como la bondad de forma.
- 2) Cómo ves al _____? ó Cuéntame algo más acerca del _____". Que nos determina la influencia del movimiento.
- 3) Qué te hizo pensar en un _____? ó Cómo pudiste decir -- que era un _____? Que nos determina la influencia del color o claroscuro.

El interrogatorio se hace después de cada lámina --- puesto que los niños pequeños olvidan la mayoría de las respuestas al final de la serie.

Cuando un niño es incapáz de responder a la primera o a las primeras láminas, se presentan las siguientes, y después de haber completado la serie, se presentan nuevamente la o las rechazadas, por ejemplo, si no se responde a las láminas I, II, III y VI, sólo se presentarán nuevamente las láminas I, II, III, pero no la VI.

La cuantificación que se llevará a cabo pretende calificar las respuestas de un niño basándose en la relación que tenga con las de otros niños de su edad, y no basándose totalmente en las normas de los adultos.

La siguiente clasificación para la calificación de los protocolos es básicamente de Klopfer (29), tomado de-

la misma fuente, así como de obras complementarias: Bates (30), Alcock (31), Loosli-Usteri (32).

Para calificar un protocolo, cada respuesta se considera por separado y se califica según cuatro dimensiones-fundamentales:

- 1) Area
- 2) Determinante
- 3) Contenido
- 4) Frecuencia

AREA:

Al emitir su respuesta, el sujeto puede referirse a la mancha en su totalidad, o a una parte tan insignificante de ella, que es evidente que las partes omitidas carecen de importancia para él. A continuación se explican y especifican cada una de las categorías posibles sobre las que un sujeto emite una respuesta.

"W" Respuesta Global: es decir, dada a la totalidad de la mancha (salvo la lámina III donde se admite la omisión de las manchas rojas superiores, centrales o ambas). Dentro de esta categoría se incluyen las respuestas de: - Global Incompleta W, en la cual existe la intención de -- emplear la mancha en su totalidad, aunque ciertas áreas - menores no tienen cabida, o no son incluidas en el concepto. La Global Flojamente Combinada, la cual se caracteriza por una combinación de conceptos estructurados en forma sucesiva hasta abarcar la totalidad de la mancha y es muy común en la lámina X, siempre y cuando estos conceptos tengan alguna relación entre sí, pues de no ser así -

la calidicación será "D" para cada uno de los conceptos.- La Respuesta a una mitad simétrica de la lámina cuando el sujeto agrega que lo mismo ocurre en la otra mitad o bien es reflejo en un espejo o en agua de lo mencionado. La -- Tendencia a la Global, -W se determina cuando el sujeto - utiliza claramente cuando menos la mitad de la mancha y - vagamente menciona la (s) parte(s) restante(s), por ejemplo, en la lámina III: "Dos señoras inclinadas cogiendo - algo". La Global Confabulatoria, en la que a partir de -- una pequeña parte claramente visible, se intenta integrar sin orden ni lógica alguna, inclusive mediante un esfuerzo de la imaginación es imposible ajustar los rasgos principales de las porciones restantes de la lámina con las partes restantes del concepto. Por esta razón la Global - confabulatoria entraña siempre una valoración negativa de exactitud formal. Respuestas Globales Arbitrarias, son -- aquellas en las cuales en ningún aspecto se consideran -- los rasgos particulares de la lámina. Se dan en niños menores de 4 años y en psicóticos, generalmente son producto de la perseveración. Global de contorno inexacto y desorganizado, en la que al menos se toman en consideración los rasgos menos elaborados del control general de la lámina para dar respuestas vagas e inexactas. Global no elaboradas con precisión suficiente, en las que son comunes las respuestas de animales alados en los que se mencionan algunos detalles específicos. Global no elaboradas, que - acusan un mínimo de esfuerzo mental, utilizando el efecto del sombreado o del color como base de la formación conceptual. Global Popular Organizada, se emite la respuesta popular visualizada correctamente, más sin agregar elaboraciones menos comunes. Globales superiores, donde se organiza con elementos de refinamiento como claroscuro, color, perspectiva, o movimiento, y la respuesta no es popular.

"D" Respuesta de Detalle Usual: Dado por subdivisiones obvias del área total de la mancha, en su extensión y en su organización, y son utilizados por cualquier grupo de sujetos elegidos al azar con una frecuencia mayor que cualquier otra área de la mancha. Son completa o casi completamente "insulares" en sus porciones, rodeadas totalmente por el espacio blanco o bordeando alguna otra área, la que, en color o claroscuro difiere acentuada y distintamente de ellas. Cuando son "peninsulares" no son tan grandes ni tan significativas con respecto a la lámina global; ni tan independientes en sus porciones, pero constituyen, no obstante, partes evidentes y fácilmente reconocibles, salientes muy visibles o desmembramientos de áreas más grandes con subdivisiones naturales.

"d" Respuesta de Detalle Pequeño Usual: Difiere del anterior por ser mucho más pequeño en proporción, aunque entre ellos se encuentran algunos que se visualizan con tal frecuencia que exceden en mucho a los detalles Usuales Grandes.

"Dd" Detalles Inusuales: Es decir, que rara vez se les visualiza, son cuantitativamente diferentes de los "D" y los "d". a continuación se ejemplifican algunos de los caminos por los cuales el sujeto llega a emitir un Detalle Inusual ó "Dd":

"dd" Detalle Muy pequeño: Son pequeñísimas manchas aisladas que se hayan completa, o casi completamente circundadas por fondo blanco u otro tipo de color.

"de" Detalle de Borde o Externo: En el que se utiliza únicamente el borde exterior de la mancha, como perfil

sin profundidad. Si se utiliza como silueta o se emplea - el claroscuro ya no pertenece a esta categoría.

"di" Detalle Interno: Dado por las más ínfimas diferenciaciones del claroscuro. Se dan rostros y figuras -- dentro de las porciones laterales, las cuales no llegan - hasta el borde o lo hacen de manera meramente incidental. Es muy común dar "ojos" dondequiera que dentro de un --- área hay otra más oscura, lo cual pertenece a esta clasificación.

"dr" Detalle Raro: Llamado así por la manera arbitra- ria en la que el sujeto selecciona el área para emitir -- una respuesta. Se caracteriza por la elaboración y la cui- dadosa organización del concepto. Todo detalle inusual -- que no posea las características de "dd", "de" ó "di" es- "dr", pero sí el concepto cubre más de la mitad de la man- cha, entonces será "W". Esta clasificación es común en ni- ños muy pequeños y psicóticos.

"S" Respuestas de Detalle en Blanco: Se dan con una- frecuencia comparativamente tan rara, que no hay distin- ción entre "S" usuales e inusuales. Cuando el espacio en- blanco no se utiliza sino que es complementario para un - concepto dado en una "W" un "D" "Dd" etc., el determinan- te "S" se pondrá como complementario al otro que se consi- dera principal.

A continuación se incluye una tabla de los que para- Bates (33) se consideran Detalles Usuales "D" en los ni- ños en edades de interés al presente estudio. La determi- nación de estos detalles se basa en un estudio de 650 su- jetos, varones y mujeres de Connecticut, en edades de los 2 a los 10 años, por encima del término medio en cuanto a

inteligencia y a status social.

Lámina I

- Detalle Central Superior (manos)
- Pequeño centro de arriba (chichones)
- Figura del centro (cuerpo)
- Espacios en blanco
- Un lado completo
- Un "ala" superior

Lámina II

- Un lado negro solo
- El rojo de arriba (cada uno)
- Rojo inferior
- Centro blanco

Lámina III

- Un hombre
- Rojo Central
- Rojos Superiores
- Negro Inferior
- Una pierna

Lámina IV

- Figura de una o ambas "botas"
- Proyecciones de la esquina superior "brazos"
- El centro inferior (tronco)
- El centro superior (flor)

Lámina V

- Figura central (conejo)
- Proyecciones inferiores centrales (pies)
- Proyecciones superiores centrales
- Proyección lateral (cabeza de caimán)

Lámina VI

- Parte superior incluyendo "alas"
- Columna central de arriba a abajo
- Inferior, parte mayor de la mancha
- Arriba, solamente "alas"

Lámina VII

- Centro gris claro inferior "casa"
- Cuerpo superior
- Cuerpo superior más central
- Cuerpo central
- Cuerpo Inferior

Lámina VIII

- "Animales" laterales
- Sección gris superior
- Sección gris y azul
- Sección azul superior
- Rosado más naranja
- Rosado solamente

Lámina IX

- Parte naranja
- Parte rosada

- Parte verde
- Columna verde central
- Centro blanco (celeste)

Lámina X

- Laterales azules
- Rosado o rosados
- Todo el verde inferior
- Todo el gris superior
- Gris superior (cara)
- Gris marrón lateral
- Semillas centrales naranja
- Central amarillo (perro)
- Verde superior

Las respuestas dadas a porciones de las manchas que no están especificadas aquí, serán detalles inusuales o raros.

DETERMINANTE:

Una vez establecida la localización de una respuesta, surge la pregunta de ¿Cómo se vé?, es decir, qué distintos elementos formales de la ubicación determinan la formación del concepto elegido por el sujeto.

Los determinantes posibles de una respuesta y los requisitos de cada uno se explican a continuación. (Se utilizan los criterios de Klopfer (34))

Elementos de Movimiento: Muchos sujetos al integrar un concepto, proyectan acción o vida en las manchas de --

tinta, esto se expresa comúnmente con una respuesta de movimiento que puede ser humano, animal o fuerzas inanimadas o abstractas.

"M" Acción Humana o de Tipo Humano: Se caracteriza por la visión de alguna clase de ser que hace algo. Aunque la figura humana no se visualice en su totalidad, --- mientras se piense que está presente constituye una "M", --- si únicamente se refiere a partes simbólicas del cuerpo humano, constituirá una "m". Para calificar "M" no es preciso acción o movimiento externo en el espacio, la cualidad esencial es un ser vivo en una posición vital; de -- tal manera que respuestas como "duermen" "yacen inmóviles de espaldas", "sientan en completa quietud" etc., presuponen una proyección cinestésica, una sensación de tensión muscular en la figura y, por tanto una "M" genuina. Cuando una figura animal o mitológica se perciba en movimiento de tal manera que se comporten como seres humanos y no como animales, se computa también la "M". Cuando una fuerza inanimada opere sobre una figura humana que se percibe "viva", se clasifica como "M" además de una "m" para la fuerza inanimada, pero si el movimiento inanimado produce secundariamente un movimiento inanimado (Vgr. "niña que corre y le vuela el vestido") no es necesario computar la "m" (De hecho no se hace)

"FM" Acción animal o de tipo animal: Pocas veces un sujeto visualiza una forma humana estática, sin influencia de "M", esto no ocurre con las figuras animales, las cuales es más posible que no expresen tendencias vitales. La "FM" al igual que la "M" se acreditará cuando la figura animal sea descrita en movimiento o en una posición vital. Cuando se visualiza un detalle animal en movimiento-

o en una posición vital, (Vgr. "cabezas o rostros de animales con la boca abierta) se puntúan "FM", siempre y --- cuando no se refieran simplemente a una expresión amena--- zante o simbólica. Cuando un animal es impulsado por una fuerza natural es importante determinar si el animal se - visualiza vivo o muerto, para puntuar "FM" ó "m" según -- sea el caso.

"m" Movimientos Menores: Se consideran cuando el cen--- tro de la actividad no la ocupa un sér vivo. Puede ser -- una fuerza natural como gravedad, corriente de aire, ex--- plosión o poderes abstractos, mágicos o misteriosos. Las expresiones en partes de animales vivos entran en esta ca--- tegoría, y se interpretan como proyecciones de los pro--- pios sentimientos del examinado. Objetos cayendo siempre se puntúan "m", si son definidos serán "Fm", si son inde--- finidos serán "mF". Las tendencias sexuales se califican--- como "m" y no como "M". La misma simetría de las manchas--- parece provocar respuestas de "equilibrio o conflicto", - las cuales se califican como "m".

Efectos de Clarobscurro: Los matices oscuros y cla--- ros del sombreado aparecen en las 10 láminas, aunque en - las láminas cromáticas los elementos del clarobscurro, en--- general, resultan eclipsados por los efectos cromáticos.- Con escasas excepciones los objetos visualizados por los--- efectos de clarobscurro son tridimensionales, lo cual pue--- de comunicar una de estas dos impresiones: Textura (c) y--- profundidad (K).

"c" El clarobscurro como sensación de superficie o --
textura: El sujeto visualiza la mancha o porción de la -- mancha como un objeto sólido en el cual los efectos del -

claroscuro, el veteado de la mancha, indican la forma en que aparece la superficie de este objeto, suave ó áspero, de piel o rocoso. No siempre que un objeto se perciba como tridimensional implica que se utilizaron elementos de claroscuro. Dentro de esta clasificación entran los objetos visualizados a través de una superficie transparente, que dá cierto resplandor o lustre, sólo cuando la distancia entre el cristal y el objeto adquiere importancia primordial se clasifica como profundidad (K)

"K" El Claroscuro como sensación de profundidad o difuminación: Respuestas como "humo", "remolino" "nubes", etc., representan difuminación, el claroscuro también está presente cuando se visualizan las sombras más intensas como obscuridad (Vgr. El interior de una cueva, o la noche que rodea a algún objeto parcialmente visible). Cuando el sujeto hable de un objeto "negro" refiriéndose no a su color real, sino a la obscuridad que lo rodea se puntuará en esta categoría. Donde se visualiza la obscuridad y la luz como verdaderas extensiones que llenan el espacio, se acredita como "K". Las respuestas de vistas son las más claras respuestas de profundidad o perspectiva, el sujeto interpreta las diferencias en los matices del claroscuro como diferencias en la distancia del ojo observador, se reconocen los objetos separados, partes de un paisaje o un escenario arquitectónico extendido en el espacio. Las respuestas de reflejo que son comúnmente sugeridas por la simetría de las láminas, sobretudo cuando se sostienen de costado, no se relacionan con las impresiones de vista basadas en los matices del claroscuro. Los paisajes vistos como "desde un aeroplano" entran en esta categoría "K", así como las respuestas de agujeros, a menos que se verifique que el único determinante que influye es la forma.

"k" Efectos del claroscuro atenuado: Algunas personas reaccionan a los efectos del claroscuro de una manera más simple, percibiendo objetos bidimensionales, que son casi exclusivamente mapas topográficos y radiografías. Cuando los mapas se ven como un modelo de arcilla o un -- paisaje real con cadenas de montañas específicas, a la manera de una vista aérea de tal paisaje, entran en la clasificación anterior de textura o perspectiva; pero si se da la idea de "mapa topográfico", sin ningún detalle basado en el claroscuro, se trata de una respuesta de claroscuro atenuada o evasiva. Si el contorno pertenece a algún país en particular se puntúa "Fk", y si es indefinido "kF". El frecuente concepto de "Rayos X", sirve de excusa para una reacción indiferenciada y no comprometida de claroscuro y será Fk o kF según se utilice o no el -- contorno del área para indicar la forma de una parte anatómica.

En la mayoría de los casos en que se utilizan los -- elementos de claroscuro para describir una textura o superficie, el sujeto percibe un objeto definido en una --- área definida, por lo que la puntuación es Fc. Donde los sujetos sólo visualizan objetos indefinidos de cuero de animal, se puntúa cF. La puntuación c sola, indica una total prescindencia de las cualidades formales, y se acredita en aquellas respuestas de "piel" dadas a las manchas - acromáticas.

En las respuestas de difuminación y paisaje, de ---- igual manera se acreditará FK en respuestas que determinen la forma específica del objeto visualizado, con una - excepción: Los paisajes se acreditan también FK, aún cuando la forma de la mancha no desempeñe un papel importante. Las respuestas comunes de "nubes por el claroscuro y

las extrañas formas" será una KP. Si el examinado no manifiesta interés en la forma de esas áreas de nubes o humo, la puntuación será K.

Respuestas de Color: La mención del color no da necesariamente a la respuesta de carácter cromática, según muchos suponen equivocadamente. Sólo se acredita el color como determinante cuando realmente se haya presente en la mancha y desempeña en la formación conceptual un papel reconocible. Por consiguiente, no se le acredita cuando un sujeto simplemente menciona el color existente, señalando al examinador la zona de la mancha. Cuando el sujeto al emitir su respuesta menciona el color, debe indagarse en la encuesta si utilizó el color o no en la formación conceptual, si el examinado menciona que el objeto podría -- ser de otro color, es decir, que el mismo no le interesó en absoluto, no cabe acreditar el color en la puntuación; el color puede haber influido inconscientemente en el sujeto, más el hecho de que éste reprima o rechace su influencia, impide acreditar una respuesta cromática.

"C'" Color Acromático: Se refiere al empleo de los matices negros y grises o el color blanco de los espacios en blanco. En general se emplea de manera mucho menos frecuente que el color cromático ("C"). Cuando el sujeto menciona que una porción blanca se le figura algo, aunque -- mencione: "esta parte blanca parece..." no implica necesariamente que el sujeto haya estado pensando en un objeto blanco o pintado de blanco, igual sucede con el color -- gris, por ejemplo el mencionar "ratones" en el detalle -- gris exterior de la lámina X. A una respuesta así existen tres posibilidades:

- 1) El sujeto puede no haber pensado en mencionar el color.
- 2) Puede realmente haberlo rechazado.
- 3) Puede expresar "los llamé ratones porque los ratones son generalmente de este color".

En el último caso se trata de una respuesta de color, no de una respuesta acromática si el sujeto lo vé como cagaño y no como gris, pues el colorido es tan tenue, que en varias láminas depende enteramente del sujeto si las manchas se visualizan grises, azules o verdes. Cuando el color acromático se vé únicamente como adorno que realza el brillo de un color brillante no se acredita, pero si se -- agrega un elemento específico de color acromático a una escena cromática, si se acredita. Un ejemplo del primer caso sería llamar a una porción blanca el "brillo" o "reflejo" en un jarrón; Un ejemplo del segundo caso sería "nieve" sobre unas montañas coloreadas. Cuando el sujeto imagine que el objeto es blanco o negro, se acredita color acromático. Los puntos luminosos y sombras que dan efectos de superficie se acreditan como "Fc", en los casos en que se perciben fotografías de objetos coloreados en las manchas negras no se acredita "C'", puesto que no se ha utilizado el color negro como determinante.

En los casos de la combinación Forma-Color, como en Forma-Color Acromático, la puntuación puede ser "FC", "CF" ó "C", como "FC'", "C'F" o "C'", dependiendo de la exactitud de los factores formales; cuando el color reviste importancia y la forma es indefinida, se acredita "CF" donde el concepto mencionado es específico, corresponde -

"FC", (en las respuestas de flores para puntuar FC, deberá mencionarse el nombre de la flor o indicarse en donde queda el pedúnculo y los pétalos) las respuestas de "fuego", "sangre" "agua" ó "cielo", serán "C" con independencia del lugar donde se hayan, de su forma o de otros conceptos que se desenvuelvan, los mismos principios se aplican para el color acromático.

"F-C" Color Forzado: El sujeto busca explicaciones - para justificar el color de un objeto visualizado, tal como "osos polares caminando en una puesta de sol", o bien, "cangrejos que parecen azules porque se ven a través del agua". También las explicaciones de que un objeto se haya pintado de cierta manera, aún cuando la elección de la -- pintura no tenga ninguna significación especial.

"F/C" Color para diferenciar áreas: Se denominan diferentes partes de un conjunto, según las manchas coloreadas, las que carecen de valor como respuesta cromática. - Este empleo incoloro del color se encuentra frecuentemente en respuestas de mapas, secciones, anatomía, etc. Depende del grado de adecuación de las explicaciones relativas al contorno si se puntúa F/C ó C/F.

"Cn" Denominación de Color: Suele presentarse de dos maneras: 0 el sujeto recorre los nombres de todos los colores y matices presentes - a veces inclusive notando sutiles diferencias y nombrando "azul-grisáceo" ó "verde-azuloso"- o bien simplemente enumera "aquí hay siete colores" sin agregar el nombre de los colores. Si aún después de recordarle en que consiste la tarea al examinado insiste en que esa es una respuesta, se le acredita "Cn".

"C des" Descripción cromática: Añaden acersiones más específicas acerca de las cualidades artísticas de los colores, comparándolas con acuarelas, alguna clase de material como seda o terciopelo, en cuyo caso también se acredita "c".

"C sym" Color Simbólico: El simbolismo cromático resulta fácil distinguirlo del resto de las respuestas de color. Ejemplos clásicos son: "Contraste entre la vida y la muerte" "Esto significa alegría" "Es la muerte" etc.

Respuestas de Forma: Toda respuesta no determina ninguna de las maneras descritas anteriormente, han de -- constituir necesariamente una respuesta de Forma, es decir, el contorno de la mancha es el único determinante. -- Una gran cantidad de respuestas como "islas", "mapas" o "huesos" son hechas únicamente en base al contorno sin importar la perspectiva, el color o el movimiento.

Las respuestas de forma no comprometedoras o evasivas (F^{\pm}), carecen de las especificaciones necesarias para caracterizarlas como positivas, o sea bien vistas (+) o negativas o mal vistas (-), son simplemente no comprometedoras (\pm).

Los problemas de la precisión formal han sido temas de discusión para diversos autores, Bates (35) menciona que para calificar una respuesta como bien vista se establecen tres criterios:

- 1) Lo que en adultos se considera F^+ , lo es también en niños.

- 2) Hertz elaboró una lista establecida estadísticamente de F+; fueron formas observadas en más de - 1/20 de un grupo grande, o con una frecuencia menor pero similares.
- 3) Las formas no incluidas en las tablas, se valorará su aceptación como F+ ó decididamente F-, en el caso de duda será F±.

El mismo autor (Bates), considera Formas Bien Vistas en niños:

Lámina I

- Pájaro W
- Murciélago
- Mariposa
- Arbol
- Cara, Máscara ó Calabaza
- Mapa
- Ojo
- Hojas
- casa, Edificio
- Dos personas y una en el centro

Lámina II

- (W) o (WS) Toda la cara de un animal de frente con las manchas rojas superiores como orejas u ojos.
- (W) 2 animales (osos, monos), con las partes superiores-rojas como cabezas.
- (W) o (D) 2 animales (perros, osos, elefantes) con o sin las porciones rojas como sombreros.

- (W) 2 personas (brujas, payasos)
- (Un lado) animal como anteriormente
- Mariposa
- (Rojo superior) Sombrero, fuego, sangre.
- (Rojo superior) Medias, pies.

Lámina III

- Monos
- Animales cuadrúpedos
- Personas
- Esqueletos
- (Rojo Central) Moño, corbata o cinta
- Mariposa

Lámina IV

- (W) Arbol
- Animal cabeza arriba (perro, lobo, oso)
- Animal cabeza en el tronco (perro, lobo, toro)
- Persona gigante (payaso, espantapájaros)
- Piel de animal
- Murciélago
- Bota, piernas o pies (Detalles laterales)
- Botas (tronco)
- Cabeza de animal

Lámina V

- (W) mosca, insecto, abeja
- Pájaro
- Mariposa
- Murciélago

Lámina VI

- (W) Mariposa
- Mosca, insecto, abeja, mosquito.
- Animal cabeza arriba (gato, perro, lobo)
- (W) Animal
- Piel de animal
- Pájaros sobre algo
- (Proyecciones superiores) Mariposa, mosca
- Pájaro

Lámina VII

- (W) Humo, nubes
- Dos conejos o perros sobre algo
- (Una o dos partes superiores) conejos o perros
- (Gris claro inferior) casa, iglesia
- (partes superiores) cabezas de personas
- (Partes medias) Elefantes
- (Partes inferiores juntas) Mariposa

Lámina VIII

- (W) Flor o flores
- (W) Animales subiendo algo
- Barco o barco de vela
- Animales, especialmente osos, leones, ratones, perros.
- (Gris sólo o con azul) Arbol de navidad
- (Rosa y naranja) Fuego
- (Mariposa) Rocas
- (Blanco central) Costillas, huesos.

Lámina IX

- (W) Arbol (A 6 V)
- Flor o flores (A 6 V)

- Mariposa
- (Verde Central) Arbol
- (Rosado) Flor, capullo
- (Naranja) Personas, payasos, brujas, ciervo, renos.

Lámina X

- (W) Arbol, flor, flores, hojas o árbol de colores.
- Muchos animales o muchos insectos diferentes.
- Diseño
- Océano o cosas marinas
- (Gris superior) Arbol o escarabajos
- (Verde inferior sólo cara) Cara de conejo
- (Azul) Araña, cangrejo
- (Gris superior) Palo
- (Verde inferior) Cabeza de conejo, gusanos
- (Gris lateral) Ciervos
- (Amarillo central) perros.

Los conceptos de la exactitud formal mediocre se dan con mayor frecuencia. A mayor exactitud o inexactitud de una respuesta, menor frecuencia de aparición.

En tanto que el sujeto establezca una correspondencia bastante buena entre el concepto que desarrolla y la mancha utilizada, y las elaboraciones de este concepto - por muy excepcionales que sean - se conservan dentro de algún orden lógico, podrá considerarse a su respuesta como extraña, obscura o rara, pero nunca inexacta.

El que un examinador acredite una respuesta como F-, sólo porque él mismo no puede comprender cómo y por qué - el sujeto denominó así a una lámina es inaceptable; el interrogatorio debe probar que el sujeto es incapaz de ajustarse a los rasgos particulares de sus conceptos a la man

cha.

Los signos de formas bien vistas, mal vistas o inexacta se pueden adjudicar a todos los determinantes excepto al color o al sombreado puros.

CONTENIDO:

La mayoría de los contenidos se agrupan en categorías, a excepción de ciertos contenidos específicos como: "fuego", "sangre", "nubes", "humo" y "máscaras", de tan importante significación desde el punto de vista interpretativo, que resultaría inadecuado incluirlos en cualquiera otra categoría.

"H" Respuesta Humana: Seres humanos visualizados como vivos y generalmente enteros.

"Hd" Detalle Humano: Es una porción de una figura humana viva, en ocasiones se dificulta distinguir si el sujeto la asocia o no con una porción anatómica, como en di sección. En el interrogatorio deberá averiguarse pues de ser así, pertenecerá a la categoría siguiente.

"At" Respuesta Anatómica: Partes anatómicas del cuerpo humano, internas o externas, siempre y cuando no se perciban con vida.

"Hobj" Objeto Humano: Respuestas de objetos estrechamente relacionados con el cuerpo humano como "Dientes Postizos", que sería erróneo clasificarlos como simples objetos manufacturados por el hombre.

"(H)" Respuesta Humana Desvitalizada: Caricaturas de seres humanos, figuras fantásticas o mitológicas que muestran una combinación de rasgos de tipo humano y animal, - en los que predominan los humanos.

"Sex" Respuesta Sexual: Respuestas con una connotación sexual, ya sea visualizadas en un ser vivo o en un libro de anatomía.

"A" Respuesta Animal: Animales visualizados enteros y vivos.

"(A)" Respuesta Animal Desvitalizada: Seres fantásticos o mitológicos donde predomina lo animal.

"Ad" Detalle Animal: Porciones de figuras animales - vivos.

"At" Respuesta Anatómica: Partes anatómicas de un animal, internas o externas.

"Aobj" Objetos Animales: Objetos animales que se diferencian de las respuestas de anatomía porque los objetos desempeñan siempre una función práctica o decorativa, o se hayan en fase preparatoria para tales funciones, como la respuesta "piel de animal colgada a secar".

"Al" Alimento: Cuando un animal es visto como un alimento.

"Nat" Naturaleza: Es más probable que los lagos, montañas, ríos y otras partes del escenario natural, mientras no se las visualice en un mapa, pertenezcan a la ca-

tegoría de "Nat" y no de "Geo".

"Geo" Geografía: Conceptos geográficos como mapas, - planetas, etc.

"Pl" Plantas: Respuestas de flores, árboles y plan-- tas en general.

"Bot" Botánica: Elementos de botánica.

"Art" Arte: Conceptos artísticos, solamente se inclu ye en esta categoría una respuesta cuando no quepa dentro de ninguna de las categorías anteriores, las respuestas - de "pintura de..." "estatua de..." no son artísticas, si- no respuestas como "paleta de pintor", "acuarelas"... Es- decir, sólo se tabulará como arte si no se menciona el -- contenido específico, o si parece incidental a tecnicis-- mos artísticos.

"Abs" Abstracción: Respuestas abstractas de senti--- mientos o emociones que generalmente se acompañan de otro contenido, son como "alegría" "furia", "primavera", etc.

FRECUENCIA:

Se refiere a la repetitividad con la que los sujetos eligen la lámina para emitir un concepto determinado.

"P" Respuesta Popular: Es dada por uno de cada tres- sujetos como mínimo.

"O" Respuesta Original: Es raramente dada y no por - más de 1 en cada 100 sujetos.

Dado que estas clasificaciones se establecen en base a un grupo de sujetos, es natural que existen diferencias en cuanto a las respuestas consideradas como Populares para los niños y para los adultos; Bates (36) reporta las siguientes formas populares para niños de 2 a 10 años:

Lámina I

- Pájaro, mariposa o murciélago
- Cara, máscara, calabaza

Lámina II

- Dos animales (perros, osos, elefantes)

Lámina III

- Dos animales cuadrúpedos o dos personas
- Moño cinta o corbata

Lámina IV

- Animal cabeza arriba o persona gigante

Lámina V

- Pájaro, Mariposa, Murciélago

Lámina VII

- Perros, conejos o niños en el tercio superior

Lámina VIII

- Animales estáticos o en actividad

Lámina X

- Arañas o cangrejos

- Arbol con flores coloreadas

Una vez clasificada cada una de las respuestas se --
procede a la Tabulación de un protocolo. El primer paso --
consiste en agrupar en categorías las respuestas, es de--
cir, se contabilizan las W, D, d, Dd, y se obtiene el por
centaje de cada una, de igual manera con las diferentes --
categorías de Determinantes y Contenidos.

Posteriormente se aplican las fórmulas, en base a --
las cuales se valora el funcionamiento del individuo y se
obtiene información según la teoría Rorschachiana en cuan--
to a:

- 1) El grado y tipo de control con que el sujeto tra--
ta de regular sus experiencias.
- 2) El grado de "responsividad" de sus energías emo--
cionales a los estímulos exteriores y a los impul--
sos interiores.
- 3) Su enfoque mental de los problemas y situaciones--
dados.
- 4) Sus capacidades creadoras o imaginativas y el em--
pleo que de ellas hace.
- 5) Estimación general de su nivel intelectual y de --
los principales rasgos cualitativos de su pensa--
miento.
- 6) Una estimación general del grado de seguridad o --
ansiedad, del equilibrio en general, y de los ---

equilibrios específicos.

- 7) El grado relativo de madurez en el desenvolvimien
to total de la personalidad.

Los puntajes obtenidos en este trabajo y que actúan-
como variables independientes son:

- 1) Número total de respuestas
- 2) Número de determinantes
- 3) Número de Contenidos
- 4) Tiempo de reacción promedio de las láminas cromáticas
(II, III, VIII, IX, X)
- 5) Tiempo de reacción promedio de las láminas acromáti--
cas (I, IV, V, VI, VII)
- 6) Tiempo de reacción promedio total
- 7) Porcentaje de respuestas Globales (W)
- 8) Porcentaje de respuestas de Detalle Usual (D y d)
- 9) Porcentaje de respuestas de Detalle Inusual (Dd)
- 10) Porcentaje de respuestas de Espacio Blanco (S)
- 11) Porcentaje de respuestas de Forma (F)
- 12) Porcentaje de respuestas de Movimiento (M, FM, Fm, -
mF, m)
- 13) Porcentaje de respuestas de Color (FC', C'F, C', FC,
CF, C)
- 14) Porcentaje de respuestas de Claroscuro (Fc, cF, c, -
FK, KF, K, Fk, kF)
- 15) Porcentaje de respuestas animales (A, Ad (A), (Ad))
- 16) Porcentaje de respuestas humanas (H, Hd, (H), (Hd))
- 17) Porcentaje de otras respuestas
- 18) Porcentaje de respuestas anatómicas (At)
- 19) Suma de Populares ó Índice de Realidad
- 20) Porcentaje de respuestas Populares
- 21) Fuerza del Ego

$$F\% = \frac{F^+ + (1/2)F^{\pm}}{\text{Total de } F} \times 100$$

- 22) Fuerza de las Defensas

$$\frac{F^+ + F^{\pm}}{\text{No. Det}} \times 100$$

- 23) Grado de Control Racional

$$\frac{F^+ + FK + Fc}{\text{No. Det.}} \times 100$$

- 24) Tipo de Control Racional

$$\frac{FK + Fc}{F^+} \times 100$$

- 25) Impulsos

$$\frac{M^+}{M^- + FM + m + desv}$$

- 26) Capacidad Introspectiva

$$FK:KF:K$$

- 27) Características de la agresividad:

$$\frac{H + (H) + A + (A)}{Hd + (Hd) + Ad + (Ad)}$$

- 28) Afectividad

$$FC:CF:C$$

- 29) Madurez emocional (Sumatoria de C)

$$FC (\frac{1}{2}) : CF (1) : C (1\frac{1}{2})$$

- 30) Tacto

$$Fc: cF:c$$

- 31) Sistematización de la ansiedad

$$\frac{F(\text{Clob})}{(\text{Clob}) F + (\text{Clob})}$$

32) Estado de Animo

$$\frac{(C)}{(C')}$$

33) Base Vivencial

$$\frac{M}{\text{Suma C}}$$

34) Reactividad Afectiva al Medio Ambiente

$$\frac{\text{No. de Resp. a las láms VIII, IX y X}}{\text{No. Total de Resp.}}$$

35) Eficiencia Intelectual

$$\frac{W}{M}$$

Asimismo se anotarán los fenómenos especiales ocurridos en un protocolo, los cuales se evaluaron según el criterio de Ewald Bohm explicados en su manual Psicodiagnóstico del Rorschach.

Cada fórmula y cada determinante poseen significaciones específicas en las cuales se basan las conclusiones de este estudio y que son ampliamente expuestas por varios autores, entre ellos Klopfer (37) y Loosli-Usteri (38). No han sido incluidas en este capítulo puesto que resultarían demasiado extenso, además de no tratarse del objetivo central de la investigación.

Cuando se tienen todos los resultados y puntajes de la tabulación se realiza el Psicograma, que es un resumen gráfico de los resultados formales de la prueba, o sea la frecuencia con la que aparecen las calificaciones. El Psico--

grama incluye los datos más importantes para la evaluación de la personalidad.

En la gráfica del Psicograma se vé que tipo de determinante predomina, ya que el incremento en el número de un determinante, disminuye la aparición de otros. Si las respuestas tienden a distribuirse a la izquierda del Psicograma significa que la percepción del sujeto ha sido influída más por las vivencias internas (Movimiento y Clob). En cambio cuando las respuestas tienden a agruparse a la derecha del psicograma significa que la percepción del sujeto ha sido más influída por los aspectos externos, la hipótesis es que la persona reacciona más a la realidad externa sin reflexionar en sus propias necesidades y experiencias. Si las respuestas se apilan en la columna F, el sujeto únicamente reacciona a lo más obvio, hay una limitación en su visión del mundo que puede deberse a múltiples razones que se entienden en la interpretación.

En este trabajo se elaboró un Psicograma representativo para cada grupo, formado por el promedio de los puntajes obtenidos en cada uno, a fin de poder compararlos entre sí.

En la parte final de este trabajo de tesis se encuentran anexadas las formas de recolección de respuestas, -- las de clasificación de respuestas, de tabulación y del Psicograma.

CAPITULO III

ASPECTOS GENERALES DE LAS
POBLACIONES ESTUDIADAS.

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS.

La psiquiatría infantil es una disciplina que se desarrolla mucho después de la psiquiatría de adultos e incluso es iniciada por psicólogos principalmente de origen americano.

Lo que primero llamó la atención fueron las inadecuadas atenciones que se daba a los niños delincuentes, abandonados y traumatizados, que comparecían ante los jueces. Estos pequeños presentaban notables trastornos físicos y mentales, por lo que se creyó que un diagnóstico preciso de estos trastornos podría ayudar a los jueces a determinar las necesidades de salud individuales. Así se crea el Institut of Juvenile Research, en el año de 1909 siendo de iniciativa privada y con funciones de evaluación y diagnóstico.

Este Instituto establece un plan de cuidado en el que se unen psicólogos, médicos y psiquiatras, además de servir de modelo para un sinnúmero de clínicas de asesoría infantil. La idea de este instituto acerca del niño era de que cada uno es una persona individual con un trasfondo peculiar, por lo que es esencial la atención de sus necesidades.

Al final de la década de los años 20's se produce un cambio importante, se amplían los tipos de trastornos conductuales tratados en los centros de asesoramiento. El personal de estos centros llega a la convicción de que el delincuente infantil es básicamente un niño infeliz y emocionalmente trastornado, cuyos problemas aparecen mucho antes que su conducta antisocial, y por esto un niño con tales síntomas prodrómicos debería ser tratado en una clí

nica antes de convertirse en un delincuente. Una vez aceptada esta idea se comenzó a admitir en los centros a niños no delincuentes.

En el año de 1924, aparece la American Orthopsychiatric Association, la cual desde su creación tuvo primordial interés por la salud mental infantil. Ellos aseguraban que si se satisfacen las necesidades emocionales del niño desde su más temprana edad, se puede asegurar la futura adaptación de la personalidad.

Algunas organizaciones posteriores que de una u otra manera han colaborado directamente en la atención y prevención de los desórdenes mentales en niños son: American Association of Psychiatric Clinics for Children, National Institute for Mental Health, American Academy of Child -- Psychiatry.

En 1957 el consejo de la American Association of Psychiatric Clinics for Children, reconoce a la psiquiatría infantil como una especialidad de la psiquiatría general.

En la actualidad es difícil encontrar una clasificación de los trastornos infantiles con la que coincidan la mayoría de los autores; esto quizás se debe a los patrones inconsistentes e incostantes con los que los niños manifiestan las conductas anormales, los niños se están desarrollando, creciendo y cambiando constantemente en el orden físico, psíquico y en sus interacciones con el medio. En los últimos 40 años se han creado alrededor de 30 clasificaciones de los trastornos infantiles.

En la década de los 60's el Grupo para el Avance de la Psiquiatría pública: "Psychopathological Disorders in -

Childhood; Theoretical Considerations and Proposed Classification", que es, hasta la fecha el volumen más citado - en los libros de Psiquiatría Infantil y donde se exponen ampliamente bajo el título de Psiconeurosis, las diversas formas de Neurosis Infantiles. Este Grupo habla de la Neurosis Infantil como "la consecuencia de conflictos inconscientes en la canalización de los impulsos sexuales y agresivos, que aún siendo reprimidos, permanecen activos sin resolver". (39)

Freedman, Kaplan y Sadock (40), en su tratado de Psiquiatría, describen bajo el título de "Otros Trastornos Psiquiátricos" las Neurosis del niño. Refieren que en principio el término de Neurosis se empleaba únicamente - para los adultos, pero los trabajos de Freud demostraron que en los niños puede también darse una auténtica reacción neurótica; después de aceptar el término de Neurosis en el niño se abusó grandemente de él, de tal manera que cualquier comportamiento del niño en desacuerdo con las - normas educativas, era considerado como neurótico, lo --- cual deja ver que se olvidó en un tiempo que la conducta normal puede variar grandemente sin ser anormal necesariamente.

"Según Melanie Klein un niño es neurótico con absoluta seguridad cuando su angustia, su ambivalencia y los -- obstáculos que opone a su adaptación a la realidad sobrepasan cierto nivel y cuando las dificultades que sufre y hace sufrir a su entorno son demasiado grandes." (41)

La fórmula Neurótica en el niño es mucho más híbrida y compleja que la del adulto. La fórmula Neurótica en el niño tiene muchas veces un carácter extensivo, es decir - puede pasar de una forma fóbica a una obsesiva, etc.

En ocasiones la conducta infantil neurótica se comprende como una respuesta para mantener el equilibrio neurótico de una familia que promueve este modo de comportamiento.

La neurosis en el niño puede tener un doble sentido: Manifestar un estado de organización neurótica subyacente, o bien, tratarse de un trastorno reactivo del comportamiento, simple manifestación de intolerancia frente a las condiciones del medio, que desaparece generalmente cuando se corrigen las causas exteriores responsables, mientras que el tipo anterior puede formar la base de una neurosis posterior.

El Grupo para el Avance de la Psiquiatría habla de - que los síntomas generales de la neurosis infantil comprenden: ansiedad, reacciones obsesivas, conversiones, disociaciones y depresiones, así como en ocasiones un deterioro de las funciones intelectuales, trastorno del carácter y distorsión de la realidad exterior.

Tanto la ansiedad como la depresión son reacciones - adecuadas en condiciones normales de peligro y abandono, - pero ambas se tornan anormales cuando aparecen en circunstancias no apropiadas, cuando persisten durante un tiempo excesivo o cuando el niño es incapaz de adaptarse a ellas y entonces busca mecanismos en ocasiones inadecuadas para evitar estos sentimientos, que pueden ser reacciones obsesivo-compulsivas, inversiones del afecto, identificación - con objetos idealizados, reacción de actos impulsivos, -- etc. Todos estos sistemas de defensa constituyen medios - para neutralizar la experiencia pasiva de impotencia frente a la frustración o el fracaso.

A continuación se hace una descripción de los 6 tipos de reacciones neuróticas más comunes de acuerdo al -- GAP (Grupo para el Avance de la Psiquiatría)

REACCION DE ANSIEDAD:

La ansiedad es una forma de reacción de miedo que difiere del miedo normal de objeto en los siguientes aspectos:

- a) Es de carácter difuso, flotante, sin estar limitado a determinadas situaciones u objetos.
- b) Normalmente no suele ofrecer indicios sobre su causa inmediata.
- c) Suele ser experimentada en términos de manifestaciones físicas, que sin embargo no son reconocidas como tales por el sujeto implicado.
- d) Suele iniciarse en forma de anticipación de amenazas futuras contra las cuales son ineficaces las - habituales respuestas de evitación.
- e) No está controlada por ningún tipo específico de - mecanismos psicológicos de defensa, como suelen estarlo las demás reacciones neuróticas.

El término de ansiedad es sinónimo de "stress" y antiguamente se le llamaba "neurastenia", ya que acentuaba la importancia de los trastornos funcionales de los sistemas orgánicos y las hipocondrías que se asociaban a ellos.

Los síntomas principales son la irritabilidad, la fatiga, el agotamiento, así como la preocupación ansiosa --

asociada a síntomas somáticos.

El DSM III (42) define la ansiedad como: La principal característica de las neurosis, puede ser sentida y expresada directamente, o también puede ser controlada inconscientemente y automáticamente por conversión, desplazamiento, u otros mecanismos psicológicos.

La Neurosis Ansiosa se considera la forma más frecuente de neurosis tanto en los niños como en los adultos. La mayoría de los temores que sienten los niños se relacionan directamente con los miedos de los padres; cuando éstos se mantienen con calma aún en situaciones de peligro, los niños permanecen también en calma. La comunicación de la ansiedad dentro de la familia se da tanto de manera verbal como no verbal. En las clases sociales altas parece ser -- más común la expresión abierta de la ansiedad, mientras -- que en las clases sociales bajas parecen limitarse más --- estas expresiones.

El niño con reacción de ansiedad se manifiesta a partir de los primeros meses de vida, mostrando esquemas de conducta característicos que posteriormente se transforman en manifiestas expresiones de ansiedad. Estos niños muestran ya desde el principio una alta sensibilidad a la tensión, reaccionando con exceso tanto a los estímulos -- externos como a los internos. Por lo general se excitan -- con facilidad y responden al cambio.

El principal síntoma psicológico consiste en un vago y difuso sentimiento de aprehensión, como si fuera a suceder algo terrible.

Pueden haber factores precipitantes de diversa índole, desde una intervención quirúrgica, un peligro de muerte, un fracaso escolar, etc., a partir del cual se exteriorizan un gran cúmulo de ansiedades latentes.

Además de la expectación ansiosa los niños presentan irritabilidad, preocupación por su salud y accesos de ansiedad aguda, con síntomas físicos como alteraciones cardiovasculares (palpitaciones, dolor precordial, etc.) --- trastornos respiratorios (disnea nerviosa, pseudoasma o hiperventilación) o también ataques de vértigo, temblores, sudor o parestesias, así como urgencias urinarias.

REACCION FOBICA:

En este tipo, el niño desplaza el contenido de su -- conflicto original hacia un objeto o situación del medio-externo que tiene cierta significación simbólica para él.

Entre las fobias más frecuentes para niños se encuentran: Los animales, el colegio, la suciedad, la enferme---dad, los lugares elevados, los elevadores y la muerte. La-exposición a estos estímulos puede provocar desfallecimiento, fatiga, palpitaciones, perspiración, náuseas y temblor.

El cuadro clínico presentado por el niño fóbico es -- diferente del niño miedoso, por lo general los factores -- constitucionales y hereditarios en este caso suelen ser -- irrelevantes. Los niños suelen ser descritos como con un-buen estado de salud, alegres, amigables y despiertos, -- con un asomo de precocidad emocional y social.

Ya que todas las preocupaciones, miedos, ansiedades, contenidos de conciencia y sentimientos de inadaptación, - así como la relación del niño con sus padres, hermanos y consigo mismo, tienden a reflejarse generalmente en la situación escolar, la fobia escolar es la más frecuente.

REACCION DE CONVERSION:

"La conversión es un mecanismo de transformación de la ansiedad en una disfunción de las estructuras somáticas u órganos, producida por la zona voluntaria del Sistema Nervioso Central, que pone en acción los músculos estriados y el aparato somatosensorial. Los síntomas sirven para reducir la ansiedad consciente y simbolizan el conflicto mental subyacente. Como de esta forma se satisfacen las necesidades inmediatas del paciente, éste obtiene a través de estos síntomas un beneficio secundario." (43)

En la actualidad, en el mundo occidental han disminuido considerablemente las manifestaciones conversivas graves, de tal manera que en una sección externa infantil de un hospital se ven tan sólo de 3 a 5 casos por año.

Todos los síntomas físicos de la reacción de conversión pueden ser producidos por voluntad o por estados emocionales y el paciente sólo es capaz de mantenerlos por un breve tiempo. Los síntomas sensoriales comprenden anestesias, parestesias e hiperestesias, los síntomas motores suelen consistir en parálisis, tics y temblores, los síntomas viscerales suelen consistir en anorexias, vómitos, bulimia, hipos, tics respiratorios y dolores abdominales-
varios

REACCION DISOCIATIVA:

Las ansiedades neuróticas que pertenecen a este grupo pueden causar una desorganización temporal de la personalidad que culmina en conductas sin objeto, como los estados de fuga, catalepsia, amnesia, estados crepusculares, narcolepsia y estados pseudodelirantes de estupor. -- Igualmente la autoimagen se vé alterada por la disociación de la personalidad y los efectos de la personalidad múltiple.

Los estados de fuga se han registrado con frecuencia en niños de alrededor de 8 años, volviendo a aparecer más tarde en la pubertad.

Los niños que tienden a la disociación parecen bien adaptados en estado normal, aunque suelen ser algo tímidos y recatados. El sonambulismo y los estados crepusculares son los dos tipos de reacciones conversivas más frecuentes.

REACCION OBSESIVO-COMPULSIVA:

En este trastorno, la ansiedad generada por el conflicto inconsciente se vé contrarrestada por la aparición de pensamientos (obsesiones), actos impulsivos de acción (compulsiones), o bien ambos, aislados todos ellos del original impulso inaceptable.

En ocasiones el niño reconoce sus ideas o conductas como absurdos, pero sin embargo se vé compelido a repetirlos. La conducta exterior es a veces opuesta al deseo inconsciente, como sucede con las compulsiones de orden y limpieza excesivos que pueden disfrazar impulsos reales -

de defecación y suciedad. Los ceremoniales de cálculo y recuerdo son habituales, como también los pensamientos recurrentes, que en ocasiones provocan una marcada ansiedad cuando son interrumpidos por los padres u otras personas.

La ansiedad suele aparecer cuando el paciente empieza a preocuparse por no poder controlar por sí mismo los rituales.

Las obsesiones y compulsiones leves aparecen desde los primeros años y se prolongan durante toda la infancia. Se observan en minuciosos rituales de sueño y nutrición que el niño practica y sin los cuales se siente mal. Estos rituales van por lo general asociados a rígidas rutinas por parte de padres excesivamente compulsivos, quienes si no enseñan esta conducta parecen fomentarla.

Los niños que padecen de Neurosis Obsesiva en la infancia tardía o en la adolescencia muestran en ocasiones una gran variedad de síntomas a lo largo del desarrollo; estos síntomas comprenden en primer lugar fobias, hipersensibilidad, ansiedad, inhibiciones, obsesiones y vergüenza. El 83% de estos niños suelen ser considerados de temperamento nervioso e introvertidos.

REACCION DEPRESIVA:

El cuadro depresivo en niños se manifiesta por: accesos de llanto, neutralidad afectiva, sentimientos de muerte propia o de los padres, irritabilidad, trastornos somáticos, pérdida del apetito y energía, diversos grados de dificultad en su adaptación escolar y dudas en cuanto a los sentimientos hacia sus padres, entre fijarse a ellos o adoptar una hostilidad irracional. En ocasiones mues---

tran un notable autodesprecio.

Exteriormente el niño puede tener un aspecto triste y deprimido, hablar en voz baja y tenue, volver constantemente la cabeza hacia la pared, llorar constantemente y lamentarse de su soledad.

Los factores precipitantes son por lo general sucesos determinados, tales como accidentes o enfermedades físicas, pero nunca la pérdida real de uno de los padres.

En lugar de la depresión el niño puede presentar una variada gama de equivalentes depresivos, como trastornos del sueño y la nutrición, conducta antisocial, propensión a los accidentes, huida del hogar, aburrimiento e inquietud, fatiga, problemas de concentración y actos impulsivos sexuales. Estos equivalentes depresivos representan igualmente formas de defensa contra sentimientos de depresión, aislamiento, soledad, vacuidad.

La aparición de sentimientos depresivos y equivalentes depresivos no se diferencia de la aparición de la ansiedad flotante y los equivalentes ansiosos antes de haber sido contrarrestados por los mecanismos de desplazamiento, conversión y disociación. La depresión sin objeto es similar a la ansiedad sin objeto.

El deseo de muerte puede estimular planes de suicidio, incluso intento de suicidio real. Los datos acerca del suicidio en el niño son muy poco confiables ya que muchos no son comunicados o son disfrazados como accidentes.

Estos estados mentales suelen ir ligados a situaciones familiares conflictivas en las que por lo general la-

madre muestra una actitud de rechazo o ambigüedad. Los mo tivos inmediatos son de diversa índole; a menudo consis--
ten en la ansiedad generada en el colegio, conflictos de--
rivados de la sexualidad y adaptación social y también al
guna experiencia asumida como pérdida.

Monroe M. Lefkowitz y Edward P. Tesiny en su artículo "Depression in Children: Prevalence and Correlates" --
(44) fijan la prevalencia de la depresión severa en niños de acuerdo a 4 variables de riesgo: Sexo, Edad, Funcionamiento Intelectual e Ingreso Familiar. También estudian -
datos concernientes a las diferentes hipótesis del síndro me de pre sivo en niños, con el fin de describir el cons---
tructo de la depresión en niños. Este estudio es estimula
do por la controversia existente entre los hallazgos de -
las investigaciones de la depresión infantil; algunos clí nicos basados en su larga experiencia reportan que el sín drome de la depresión infantil afecta a un gran número de niños. Se habla de que el promedio de la depresión en pacientes internos alcanza un 59%. El Instituto Nacional de Salud Mental (NIHM) de los Estados Unidos reporta que las estimaciones de la prevalencia de la depresión infantil -
varía ampliamente de un 0% a un 33%, lo cual puede explicarse por las diferencias en el criterio diagnóstico empleado por cada profesionista o al uso de métodos de diag nóstico de la depresión infantil no estandarizados, o ---
bien a las diferentes edades de estudio. El estudio de --
Lefkowitz y Tesini toma una muestra de 3,020 niños (1,547 niñas y 1,473 niños) tomados de las escuelas públicas de la ciudad de Nueva York. La composición etno-racial del -
grupo fue: 50.6% blancos, 30.5% negros, 6.2% hispanos, --
2.9% orientales y 9.7% no clasificables. Estos niños resi dían en familias predominantemente de status socioeconómi
co medio.

El instrumento de evaluación de la depresión fue el Peer Nomination Inventory of Depression, que comprende 13 ítems que exploran: Afectividad, Cognición, Motivación y Sistema Vegetativo. Los scores tienen un rango teórico -- que va desde el 0 hasta el 13, considerándose la puntuación de 4 o más como significativo de depresión.

Basados únicamente en este estudio, la prevalencia de la depresión en niños prepúberes se determinó era del 5.2% como se muestra en la tabla 3.

Aunque las niñas manifestaron puntajes algo mayores de severidad en comparación con los niños, esto no resultó estadísticamente significativo.

TABLA 3 PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN PREPUBERES SEGUN LEFKOWITZ Y TESINI.

Grupo	Depresión	Media	DS	n
Niñas	5.6	1.64	1.22	1,567
Niños	4.8	1.48	1.18	1,473
Ambos	5.2	1.56	1.20	3,040

El porcentaje de niños que presentaba depresión severa tendía a disminuir con la edad, excepto en la cuarta cuartila de edad, la cual corresponde al inicio de la pubertad.

Para las niñas, sin embargo los puntajes de depresión severa y la media de los puntajes de depresión tendían a aumentar con la edad, excepto también en la cuarta cuartila de edad, donde ambos, el puntaje y los valores medios-

- 2) El incompleto desarrollo de su superego
- 3) La ausencia de un consistente auto-concepto en el niño.

Mencionan estos autores que la depresión en los niños y aún en los adolescentes puede ser manifestada de maneras diferentes de las de los adultos, el cuadro de depresión puede ser mucho más claro y marcado, particularmente cuando es precipitado por una pérdida real, simbólica o solo la amenaza de pérdida de los padres o sustitutos. El retardo psicomotor es ordinariamente menos marcado que en los adultos y excepto en los niños muy jóvenes, lo mismo es cierto para los otros signos biológicos de depresión.

Estos autores estudiaron la depresión en los niños - de 6 a los 12 años, incluyeron a 37 niños que fueron referidos como deprimidos del Hillcrest Children's Center en Washington, D.C., de agencias sociales, escuelas y clínicas conectadas con el Hospital Infantil del Distrito de Columbia.

Todos los niños incluidos en el estudio, tenían una detallada historia familiar, social, y un examen del estado mental. Una revisión de la literatura y un análisis -- del material encontrado en este estudio, lleva a los autores a creer que, fenomenológicamente, la depresión en la edad de la latencia puede ser dividida dentro de tres categorías distintas basadas en las manifestaciones clínicas, antecedentes familiares, duración de la enfermedad, historia premórbida y factores precipitantes; estas son:

- a) Depresión enmascarada de la infancia
- b) Depresión aguda de la infancia
- c) Depresión crónica de la infancia

La Depresión Enmascarada es el tipo más frecuente, -- ocurre en los niños que provienen de una familia disfuncional y las manifestaciones son muy poco claras de una - depresión.

La Depresión Aguda es la respuesta emocional del niño ante un evento traumático en una familia regularmente sana, donde ocurre la pérdida real o amenaza de pérdida - de un objeto psicológico.

La Depresión Crónica ha sido encontrada en hijos de padres deprimidos, que han sufrido a lo largo de su vida repetidas separaciones de objeto importantes.

Los síntomas depresivos, especialmente el afecto --- triste en respuesta a un trauma ambiental, es muy común - en los niños según estos autores. Generalmente esta reacción es de corta duración y no interfiere substancialmente en el funcionamiento mental y en la salud física del - niño. Cuando el afecto depresivo persiste en el funcionamiento vegetativo es de seriedad clínica. Los niños con - este síndrome pueden mostrar una variedad de desórdenes - emocionales, hiperactividad, agresión, enfermedades psico somáticas hipocondriasis y delincuencia. En muchos casos, señalan estos autores, la depresión de fondo se diagnosti ca después de encontrar temas depresivos en pruebas pro- yectivas como el Rorschach, y el T.A.T. ó el dibujo. Cabe

mencionar que los autores no especifican a que se refieren con "temas depresivos en la prueba del Rorschach", só lo mencionan que por medio de éste se determina la presencia de depresión enmascarada bajo conductas del tipo antes mencionado.

EXPLICACION PSICODINAMICA DE LAS NEUROSIS INFANTILES.

Para S. Freud, tanto los factores hereditarios, como los acontecimientos psíquicos contribuyen a la formación de las neurosis, es decir, las causas constitucionales, lo que el hombre aporta a la vida, y las causas accidentales, lo que la vida aporta al hombre.

Numerosos autores como Anna Freud y Melanie Klein -- atribuyen el papel más importante a los factores constitucionales. Según Anna Freud la madre puede influir, des-viar y determinar el desarrollo rechazando o induciendo, pero carece del poder de provocar ni la neurosis ni la psicosis.

Winnicott admite que, además de la herencia, el entorno desempeña un papel fundamental en la formación de la neurosis e incluso en la de otros tipos de desorganización en el niño.

Lo que caracteriza el estadio neurótico para Anna -- Freud, es el uso inmoderado y continuo de los mecanismos de defensa de los que dispone el niño. El mecanismo de la negación de la realidad exterior, la utilización excesiva del rechazo hasta que el Yo y el Ello llegan a ser extraños entre sí, el uso excesivo de la proyección, la fragmentación de la personalidad y, como consecuencia, el daño

causado a la función sintetizadora del Yo, el refugio en las fantasías hasta llegar incluso a una evasión total -- del mundo real y de sus exigencias, mundo que llega a convertirse en extraño. Anna Freud considera que una neurosis es grave cuando el niño se hace una idea errónea de su mundo exterior que no corresponde con el grado de su inteligencia, cuando sus propias emociones llegan a resultarle verdaderamente extrañas, cuando en sus recuerdos -- hay más lagunas que en los casos ordinarios de amnesia infantil, cuando presenta una falla en su personalidad, --- cuando su motilidad escapa al control del Yo.

Mélanie Klein valora no tanto la adaptación del sujeto a la realidad exterior, sino las potencialidades de -- que dispone para resolver sus conflictos.

EXPLICACION CONDUCTUAL DE LA NEUROSIS INFANTIL

Si para los psicoanalistas la neurosis es una forma transitoria y más o menos reversible de manifestar conflictos internos, para los conductistas la neurosis no es el resultado de un trastorno conflictivo, sino que puede ser definida a partir del condicionamiento.

Después de Ivan Pavlov, muchos soviéticos y americanos se dedicaron al estudio del condicionamiento neurótico. Los estudios en animales dieron origen a las explicaciones de las conductas neuróticas humanas.

Dentro de la Teoría del Aprendizaje, Eysenck explica que los síntomas neuróticos son modelos aprendidos de conducta, los cuales por una u otra razón resultan inadaptados. Según él, el problema de las neurosis no deben basar

se en una "motivación inconsciente", considera el síntoma neurótico como el resultado de simples hábitos adquiridos; no hay neurosis bajo el síntoma, sino simplemente el síntoma mismo; si se suprime el síntoma se habrá suprimido la neurosis. Piensa también que el sujeto hereda una predisposición general a la neurosis (el neurotismo) y una dimensión de su personalidad (introversión o extroversión) que orienta las manifestaciones neuróticas ya sea al polo obsesivo o al histérico.

Wolpe explica la conducta neurótica como un hábito persistente de una conducta inadaptada adquirida por un aprendizaje en un organismo fisiológicamente sano. La ansiedad es generalmente un componente principal en esta conducta, estando invariablemente presentes en las situaciones causales.

La característica de la Teoría moderna del Aprendizaje descansa en dos tipos de principios fundamentales: El principio de asociación de tipo Pavloviano y el principio del control de la conducta por el reforzamiento.

Según la posición que se adopte a la neurosis puede ser considerada ya sea como un síntoma o complejo de síntomas, como una fase del desarrollo o como un proceso.

Muchos autores han tratado de saber si la neurosis infantil continúa en el adulto o si existe un modelo particular e independiente de la aparición de la neurosis en el adulto, y se ha encontrado que la neurosis en la infancia no necesariamente desarrolla una neurosis en la vida adulta.

TRASTORNO POR DEFICIT DE LA ATENCION CON HIPERACTIVIDAD

Este término es relativamente nuevo y agrupa todos - aquellos trastornos que anteriormente se mencionaban como: Lesión Cerebral Mínima, Síndrome Hiperquinético, Retraso Maduracional, Síndrome Cerebral Crónico, Disfunción Cerebral Mínima, Daño Cerebral Mínimo, etc... y los cuales se observó posteriormente que poseen un síntoma común y central: Fallas en la atención, lo cual es considerable y siempre está presente en los niños con cualquiera de estos diagnósticos, además de que aunque se observa una - disminución de la actividad durante la adolescencia, suelen persistir los trastornos de la Atención.

El Departamento de Salud Pública de Educación de Estados Unidos al principio de la década de los 60's, organiza un plan de estudios, y en el año de 1966 se publica una monografía titulada "Disfunción Cerebral Mínima en Niños". Donde la definen como un estado que se presenta en niños de inteligencia normal, promedio o casi normal, con alteraciones de conducta y/o aprendizaje, que van de moderadas a severas y que están asociadas con desviaciones de las funciones del Sistema Nervioso Central. Estas desviaciones se manifiestan por una serie de alteraciones en la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria, control de la atención, de los impulsos y movimientos. Estas aberraciones pueden originarse por alteraciones genéticas, - bioquímicas, daños cerebrales perinatales y daños o enfermedades durante los primeros años de vida, los que son -- críticos para el desarrollo y maduración del Sistema Nervioso Central.

El fenómeno de la Disfunción Cerebral Mínima desde entonces ha recibido una amplia atención desde los puntos

de vista conceptual, experimental, epidemiológico, genético, educacional, sociológico, antropológico, legal, neurológico, etc.

Rafael Velasco Fernández (47) describe la hiperactividad como un trastorno conductual de la infancia que se manifiesta por un aumento de la actividad motora y sensorial, lo cual obliga al niño a estar permanentemente hiperestimulado, tanto del exterior como del mismo medio interno. Los estímulos exigen al niño hiperactivo una respuesta inmediata o de lo contrario la conducta se ve severamente alterada.

El niño no es capaz de discriminar según su causa o su urgencia los estímulos del exterior, por lo que se ve asaltado por todos ellos al mismo tiempo, lo que le crea un obstáculo para las tareas del aprendizaje que requieren de atención.

Es raro que el niño muestre signos de trastorno en todas las situaciones, o en la misma situación durante todo el tiempo.

Algunos síntomas que aparecen de manera secundaria son:

- Obstinación
- Testarudez
- Negativismo
- Chabacanería
- Fanfarronería
- Aumento en la labilidad emocional
- Baja tolerancia a la frustración

- Temperamento explosivo
- Baja autoestima
- Falta de respuesta a la disciplina

El Trastorno comienza en forma típica a los 3 años de edad, aunque algunos autores sostienen que puede iniciar a edades más tempranas pero sólo se hace obvio cuando se requiere la atención del niño para el aprendizaje de algunas pautas de conducta, o cuando este asiste a la escuela.

Los síntomas pueden permanecer hasta la vida adulta, pueden desaparecer en la adolescencia, o bien puede desaparecer la hiperactividad y persistir las dificultades de atención y la impulsividad. El problema más severo del Déficit de Atención con Hiperactividad es el retraso escolar que provoca, lo que en ocasiones llega al fracaso escolar, que puede complicarse con un trastorno de conducta o un trastorno antisocial de la personalidad.

Se calcula que por lo menos 3 de cada 100 niños en edad escolar padecen un déficit de la atención con hiperactividad y se ha encontrado que es 10 veces más frecuente en niños que en niñas. (48)

La mayoría de los autores suponen como causa de esta hiperactividad una disfunción en la corteza cerebral que le hace disminuir su capacidad de inhibir otras estructuras no corticales; al no regular el funcionamiento de estos centros, ocurre subsecuentemente una desinhibición de la conducta y una falta de organización de estímulos y respuestas.

Otros sostienen que la principal falla ocurre en los Centros Diencefálicos, que de esta manera cumplen mal su función de primer escalón de organización de los estímulos externos y viscerales, por lo que la corteza se ve prácticamente bombardeada por ellos y produce a su vez un exceso de respuestas mal integradas. (49)

Para Loretta Bender (50) hay una disminución en el desarrollo general del niño que interfiere en los procesos de maduración y limita al organismo como un todo.

Los Criterios Diagnósticos del Trastorno por Déficit de la Atención con Hiperactividad, según el D.S.M. III --- (51) son:

"El niño presenta signos de falta de atención, impulsividad e hiperactividad en relación a su grado de desarrollo. Los signos pueden ser referidos por los adultos que rodean al niño (padres y profesores). Debido a que los síntomas suelen ser variables, pueden no ser observables directamente por el clínico. Cuando los datos suministrados por los padres y los profesores son contradictorios, hay que conceder crédito a estos últimos dada la mayor familiaridad de los profesores con las normas apropiadas para cada edad. Es típico que los síntomas empeoren en situaciones que requieren concentración, como las clases. Puede no haber ningún síntoma cuando el niño está a solas con su interlocutor o cuando la situación es nueva para él. El conjunto de síntomas que se especifican corresponden a niños de 8 a 10 años, edad en que pueden observarse con mayor facilidad. En

los niños más pequeños suele haber síntomas más graves y numerosos. Lo contrario ocurre en niños mayores."

A. FALTA DE ATENCION (Al menos tres de los síntomas siguientes).

- 1) A menudo no puede acabar las cosas que empieza.
- 2) A menudo no parece escuchar
- 3) Se distrae con facilidad
- 4) Tiene dificultad para concentrarse en el trabajo-escolar o tareas que exigen de atención sostenida.
- 5) Tiene dificultad para concentrarse en un juego.

B. IMPULSIVIDAD (Al menos tres de los síntomas siguientes)

- 1) A menudo actúa antes de pensar
- 2) Cambia con excesiva frecuencia de una actividad - a otra
- 3) Tiene dificultad para organizarse en el trabajo - (sin que haya un déficit cognitivo)
- 4) Necesita Supervisión constante
- 5) Hay que llamarle la atención con frecuencia
- 6) Le cuesta guardar turno en los juegos o en las situaciones grupales.

C. HIPERACTIVIDAD (Al menos dos de los síntomas siguientes)

- 1) Corre de un lado a otro en exceso o sube a los --muebles .
- 2) Le cuesta mucho quedarse quieto en un sitio, se -mueve excesivamente
- 3) Le cuesta estar sentado
- 4) Se mueve mucho durante el sueño
- 5) Está siempre en marcha o actúa como si lo moviese un motor

D. Inicio antes de los 7 años

E. Duración de al menos 6 meses

F. Todo ello no se debe a esquizofrenia, ni a un trastorno afectivo, ni a un retraso mental grave y profundo.

ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD DE LOS NI--
ÑOS CON TRASTORNO POR DEFICIT DE LA ATENCION CON HIPERAC--
TIVIDAD.

En el Primer Congreso Nacional de la Asociación Mexica
cana de Psiquiatría Infantil, celebrado en Guadalajara, -
Jalisco, México, en el año de 1976, el Dr. Tirso Lara G.-
aborda el tema del niño disfuncional desde el punto de --
vista psicoanalítico y habla de como las manifestaciones-
conductuales afectan la dinámica de las relaciones de es-
tos niños con su mundo externo e interno.

Habla de que los niños reaccionan al stress de dife-
rentes formas y cualquier condición que sitúe al niño en-
desventaja frente a los demás, ya sea la obesidad, enfer-
medades paralizantes o déficit de la atención, provocan -
stress y problemas especiales de ajuste ante estas condi-
ciones problema.

La relación entre un niño y su familia - comenta el-
Dr. Lara- comienza desde edades muy tempranas, los padres
comienzan por tener grandes expectativas respecto a sus-
hijos, a sentir orgullo y sentirse premiados en relación-
a la salud, desarrollo y crecimiento de los vástagos, o a
sus alcances académicos. Los problemas motores tan impor-
tantes en este trastorno, provocan uno de los primeros im
pactos de los padres. Luego vienen los problemas escola--
res que se manifiestan mediante la incapacidad para tole-
rar las exigencias de la escuela; resulta distraído y torpe
y su concentración muy limitada. Su inestabilidad afect
iva exagera sus sentimientos de frustración, haciendo --
que sus maestros tengan dificultades para establecer mé
tos efectivos de disciplina. Son desobedientes en gran --

parte por sus dificultades para ajustarse a las presiones y las reglas escolares. Lo más importante es el sentimiento de frustración y fracaso adquirido por el niño en esta edad crucial e importante para el establecimiento de un sentido de competencia y seguridad en sí mismo.

Los padres al principio tienden a rechazar o tratar de no ver algunos de los defectos del niño. El síntoma común de negación puede operar en estas familias y conducir a sentimientos de culpa por parte de los padres, acerca de lo que pudo producir este padecimiento, o acerca de la forma en que están tratando a su hijo. Finalmente los padres se desesperan y eventualmente, expresan agresión directa o indirecta ante la conducta de su hijo. Esta agresión, frustración y desesperación de los padres puede conducir a una infantilización del niño, por un lado y a rechazo por otro. Se interfiere con la organización familiar y, eventualmente se puede terminar con problemas maritales cuyo foco central es el niño.

El niño, en su desarrollo, sólo gradualmente asume las cualidades que le dan un estatus único como ser humano: La capacidad para formar conceptos, el uso del lenguaje, de símbolos, de medios de comunicación, el proceso de pensamiento primario y secundario, la capacidad para posponer su gratificación, su capacidad sintética u organizadora. Estas y otras funciones humanas que se desarrollan en el niño son parte de su YO, pues el YO es el mediador entre los instintos y la realidad externa.

Hay una combinación entre los procesos de maduración y aprendizaje, factores hereditarios y medio ambiente y factores culturales, que ejerce influencias específicas -

en el crecimiento y desarrollo del YO.

El desarrollo del YO, entonces depende en parte de los procesos de maduración somática, o sea de ciertos aparatos u órganos físicos y de la maduración de ciertos aparatos mentales. Así queda establecido que no podría existir una organización adecuada del YO si no fuera por las funciones de estos aparatos o estructuras somáticas, y -- por lo tanto el daño o lesión de estas estructuras somáticas conduce a una alteración de la organización de el YO.

De esta manera, los niños con trastorno por déficit de la atención con hiperactividad, probablemente presenten un defecto primario o anormalidades en su aparato somático, lo cual tiende a producir una organización atípica del YO, pobre en ciertas funciones y defectuosa en su capacidad integradora.

Cualquiera que sea la causa del trastorno por déficit de la atención, provoca un paro en el desarrollo del YO, es decir, que el desarrollo se frena, se retrasa, no se completa. Consecuentemente, el desarrollo del Superyó también se puede retrasar.

El paro en el desarrollo del Yo se manifiesta en la pobre calidad de las relaciones objetales, por ejemplo, en la persistencia de las relaciones anaclíticas, el retraso en funciones como el control de la motilidad, memoria, capacidad de aprendizaje, mecanismos de defensa, que quedan a nivel primitivo vía somatización, negación, proyección, evitación, etc., en lugar de avanzar hacia sublimaciones o formaciones reactivas.

El retraso en el desarrollo del Superyó se puede deber al lento desarrollo del YO, a la falta de objetos de identificación adecuados en el medio ambiente del niño, o a las relaciones de objeto inadecuadas.

La fuerza del YO se debilita y esta debilidad se manifiesta en la incapacidad del niño para posponer gratificaciones, tolerar frustraciones o controlar impulsos, o en su capacidad para el pensamiento abstracto, su YO frecuentemente se vuelve egodistónico y, tan pronto como se gana la confianza del niño, éste puede expresar sus sentimientos de tristeza por considerar que sus alteraciones de conducta se deben a fuerzas dentro de él que no puede controlar.

De esta manera queda claro que el problema de déficit de la atención no solamente es un problema conductual que afecta áreas de la motilidad y aprendizaje, sino que interfiere en el desarrollo de la personalidad global del niño.

Como señala lo anterior, tanto las detensiones como las regresiones en el desarrollo, provocan conductas típicas que no es difícil observar para aquellos que de alguna manera hayamos tenido la oportunidad de tratar con este tipo de niños, por ejemplo en niño preescolar acentúan manifestaciones de conducta oral como explorar con la boca, chupar, morder y tragar con vigor todo lo que pueden. Así como fenómenos de actividad muscular rítmica, el niño se mece continuamente, toca, manipula, rompe cosas, etc.- Y, aunque algunas veces esto tiende a desaparecer durante la latencia, persiste la incapacidad para estarse quieto.

Los padres, ante su incapacidad para entender y su - impotencia para controlar, se angustian; entonces el niño empieza a sentir que es incapaz de llenar las expectati--vas de los padres primero y más tarde de los maestros, -- quienes también se angustian al percibir ante la conducta del niño, sus antes no advertidas deficiencias.

El niño puede entonces sobrecompensar lo inadecuado de su imagen con grandiosidad, se hace hablantín y paya--so, intenta controlar por medio de demandas, algunos mues--tran conductas compulsivas. Otros pueden infracompensar, - se vuelven solitarios, tímidos, dependientes, responden - poco y de manera a veces paranoide, entonces decaen emo--cional, social y físicamente.

"Lo anterior deja clara la imperiosa necesidad de -- que se conozca todo el material y métodos de exploración, ya sean psicológicos o neurológicos para hacer una mejor evaluación del niño." (52)

ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA (ASMA)

La medicina psicosomática se describe como "Una acti tud y un método que permiten abordar los problemas del -- hombre enfermo refiriéndose a sus aspectos biológicos y - psicológicos, que son complementarios y sólo se disocian- mediante análisis... La medicina psicosomática es un sec- tor de la patología general que agrupa afecciones somáti- cas derivadas en cierto modo de factores emocionales" --- (53)

Según algunos autores, un estímulo fisiológico provo- ca tres modos de respuesta: voluntaria, expresiva y vege- tativa; las dos primeras, cuando son excesivas requieren- psiquiatría, la tercera medicina psicosomática.

HISTORIA DEL CONCEPTO:

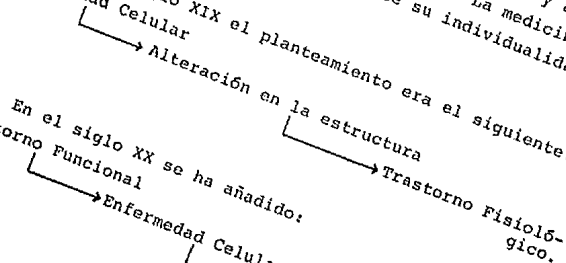
Aunque la palabra Psicosomático es relativamente nue- va, el concepto es tan antiguo como la medicina. Los médi cos de la antigüedad reconocían la influencia del psiqui mo sobre el cuerpo; se entendía a las enfermedades como - consecuencia del pecado, y el sufrimiento del enfermo era un castigo por haber trasgredido la ley divina. Aún enton ces cuando se ligaba a la vida moral, la enfermedad se -- mantenía ajena a la personalidad; se entiende como un ac- cidente y no como un desarrollo, lo que marca claramente- la diferencia con la medicina psicosomática actual.

Hipócrates es el primero en afirmar que el enfermo - importa más que la enfermedad, la cual sólo es una modali dad reactiva del individuo ante la causa morbosa. Hasta - la época moderna se oponían dos concepciones que atribu-- yen la primacía al enfermo o a la enfermedad.

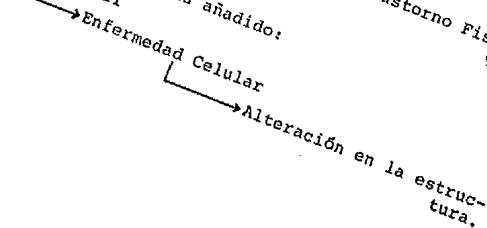
El movimiento neurofisiológico y psicológico que se da a principios de siglo restituyen su puesto al individuo: por un lado los trabajos de Cannon sobre la repercusión fisiológica de las emociones, los estudios sobre el hipotálamo y las correlaciones endocrinovegetativas, y en una vía diferente Pavlov sienta a partir de 1902 las bases de la medicina corticovisceral. Por otra parte el progreso de la psicología clínica con Freud y sus trabajos sobre la histeria, son el comienzo de un movimiento de ideas que abre el campo a otras futuras.

Después de la Primera Guerra Mundial la bibliografía Alemana utiliza el adjetivo Psicósomático, que en Estados Unidos no se introduce sino hasta 1934. La Segunda Guerra Mundial, con las tensiones que suscita plantea agudamente el problema de las enfermedades psicósomáticas y aparecen entonces grandes tratados sobre el tema. La medicina psicósomática adquiere progresivamente su individualidad.

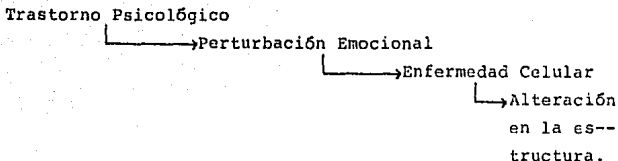
En el siglo XIX el planteamiento era el siguiente:



En el siglo XX se ha añadido:



La Medicina Psicosomática indica una nueva eventualidad.



El tratamiento psicosomático de una enfermedad supone el conocimiento previo preciso de todos los aspectos somáticos, y la realización de las exploraciones necesarias. El aspecto psicológico comprende una biografía completa y una cronología de los acontecimientos psicológicos, sociales y orgánicos que haya afectado al individuo, acompañada de los Tests apropiados que proporcionen los datos de un perfil de la personalidad y sugieran la interpretación del conflicto de base que se está expresando -- por medio de la sintomatología somática.

Ajuriaguerra (54) adopta la clasificación de Koupernik para las enfermedades psicosomáticas:

- 1) Modificaciones somáticas debidas a una conducta psicológica (anorexia, bulimia, obesidad y vómitos)
- 2) Manifestaciones Históricas .
- 3) Enfermedades psicosomáticas propiamente dichas -- (alergias, úlceras, etc.,)

Quedan excluidos de esta clasificación los síntomas psíquicos producidos por enfermedades somáticas, así como

las enfermedades somáticas agravadas por una conducta -- anormal, los trastornos mentales directamente provocados por una agresión al Sistema Nervioso Central, y todos los falsos problemas que representan el empleo cortejo de niños afectados de trastornos insignificantes o incluso perfectamente normales.

EXPLICACION FISIOLÓGICA DEL ASMA

El asma bronquial es la más común enfermedad física crónica de la infancia, con una prevalencia de por lo menos el 2% de la población normal.

Se define como un espasmo obstructivo de las vías aéreas que generalmente conduce a una disminución temporal en la respiración, primariamente en la espiración. Los -- síntomas asmáticos comprenden: Sibilancias, disnea, y --- tos, y están relacionados con el edema de la mucosa, aumento en las secreciones y un espasmo en la musculatura - bronquial.

A pesar de los avances del Tratamiento médico, la -- muerte durante el status asmático no es muy rara.

Actualmente los alergólogos reconocen dos tipos de - asma:

- 1) El Extrínseco: Los síntomas son de naturaleza inmunológica debido a la sensibilidad reaginica al polen, polvo, escamaciones de la piel, polvo de - la casa y rara vez comidas. Esta condición requiere pocas veces medicación, muestra una reacción - dérmica positiva y frecuentemente hay una elevación de la IgE.

- 2) El Intrínseco: Los ataques de este tipo de asma - no están relacionados con causas inmunológicas y frecuentemente parecen ser precipitados por infecciones o ejercicios físicos.

De ahí que el asma tiene causas: Hereditarias, Infecciosas, Alérgicas, y otras; además la mayoría de los alergólogos y pediatras están de acuerdo en que en muchos pacientes es el factor psicológico frecuentemente precipita o agrava el ataque asmático.

Algunos autores hacen especial énfasis en los factores infecciosos del asma, y en los buenos resultados obtenidos por un tratamiento inmunológico con la ayuda de autoantígenos microbianos. Cuando se defienden estos puntos de vista se subvalora el papel de los factores psíquicos, pero se sabe que "incluso en los casos de alergia demostrada, el alérgeno no produce necesariamente la crisis y que, además, la crisis puede desencadenarse sin la presencia de un alérgeno. Por otra parte se ha demostrado que - individuos que presentan crisis de asma, tratados con éxito en psicoterapia, no desarrollan la crisis cuando se exponen al alérgeno específico, aunque conserven su sensibilidad constitucional." (55)

El mecanismo psicofisiológico del asma se da por la "hiperreactividad del árbol bronquial debido a una disminución en la respuesta de los receptores Beta Adrenérgicos en las vías aéreas del paciente y otros tejidos. Este desbalance autonómico conduce a una disminución en la producción del AMP cíclico; esto deja al reflejo colinérgico Bronco-constrictivo relativamente sin oposición al estímulo bronquial que surge de fuentes inmunológicas, infecciosas, químicas, físicas y psíquicas" (56)

Otros autores como Davidson consideran al asma más -- como un síntoma que como un padecimiento, ya que toda -- alergia representa una hipersensibilidad, concepto que re fuerza al definir los 3 principales factores de la etiolo gía del asma:

- El Sexo (Se da con mayor frecuencia en el sexo ma g culino, en proporción de 2 a 1 con el femenino)
- La Herencia (Se encuentran factores alérgicos here ditarios)
- El Temperamento (En la mayoría de los casos se da una inestabilidad nerviosa general)

EXPLICACION PSICODINAMICA DEL ASMA

En su Tratado de Psiquiatría Infantil, Leo Kanner -- (57), el pionero de la psiquiatría infantil, reconoce cla ramente factores afectivos en el asma bronquial y alérgi ca. Habla principalmente de:

- 1) La reacción emocional contra el asma: Es decir, -- la actitud vigilante de aprehensión que provoca -- en la familia y en ocasiones en la maestra la re petición de los accesos de disnea.
- 2) La importancia de los factores emocionales que -- provocan los ataques de asma.
- 3) la constelación emocional primaria de los niños -- asmáticos, la que se caracteriza por: inseguri--- dad, ansiedad, falta de confianza en sí mismo con una excesiva exigencia de protección e hipersolli-

situd materna.

Ajuriaguerra (58) afirma que la importancia de los factores psicológicos en los mecanismos del asma infantil está demostrada por diversos hechos:

- 1) Existencia de factores psicológicos en el desencadenamiento o el determinismo de la crisis.
- 2) Características de la personalidad del niño asmático.
- 3) Trastornos psíquicos de los padres.
- 4) Transformación del número o de la característica de las crisis por modificaciones del medio o por psicoterapia.

En cuanto a los factores desencadenantes de la crisis, según un estudio en el 12% de los casos la enfermedad aparece después de un stress psicosocial. No es raro que el asma se desencadene al principio por mecanismos -- alérgicos, pero al cabo de un tiempo se manifiesta como reacciones condicionadas relacionadas con conflictos de tipo emocional.

El niño asmático tiene características particulares mencionadas en párrafos anteriores, y en un estudio de T. Alcock, referido ampliamente en el anterior capítulo de este trabajo de tesis se detallan los hallazgos encontrados en este aspecto. Según ella una personalidad de este tipo puede encontrar un alivio en la satisfacción sadomasoquista que ofrecen los trastornos físicos angustiantes.

Aunque existen también autores (59, 60, 61) que no encuentran un tipo particular de personalidad específica en los niños asmáticos.

Los estudios epidemiológicos reportan que los Trastornos Psiquiátricos, incluyendo problemas de aprendizaje son 2 veces más frecuentes en los escolares asmáticos que en la población general.

El conflicto emocional central del paciente asmático parece estar relacionado con la dependencia no resuelta a la madre y con el ataque asmático como equivalente para representar el llanto por la pérdida.

Es importante notar que los pacientes con trastornos psicofisiológicos que acuden a un especialista de la salud mental constituyen una muestra altamente seleccionada:

- El niño con asma intratable que no responde al tratamiento médico y ve al psiquiatra como el último recurso, ó
- El levemente asmático referido por problemas de conducta.

Por lo tanto los datos proporcionados no pueden generalizarse siempre a todos los niños con asma.

En el caso del presente estudio, los pacientes no acuden a consulta psiquiátrica, sino que son tomados de la consulta pediátrica, por lo que lo anterior no alterará los resultados.

Referente a la personalidad de los padres del niño asmático, H. Miller y D. Baruch (62) describen el tipo de mujer que rechaza al niño y un padre generalmente dominado por su mujer, aceptando las actitudes que le impone, o bien inmaduro que tiene una actitud hiperprotectora a su hijo. Tanto las madres ansiosas, rechazantes y agresivas como las sobreprotectoras, que ocultan tras su hiperprotección un rechazo profundo, se ven con frecuencia en los casos de niños asmáticos.

El niño puede estar dominado por la inseguridad y la ansiedad de la madre y descando depender de ella, vive el temor de ser separado de ella. La percepción del rechazo materno en el niño crea un gran resentimiento que no se atreve a expresar por miedo a perder definitivamente el amor de su madre, colocándose así en una situación de dependencia absoluta y regresiva. Vive en un estado de ambivalencia con sus deseos de protección por una parte y la necesidad de maduración y de independencia por otra. Esta ambivalencia provocaría la angustia, que sería la característica básica de los niños asmáticos.

El "tipo psicossomático" de la relación madre-hijo es tá marcada por una especie de interdependencia que permite a la madre agresiva disculparse, a la madre hiperprotectora entregarse al máximo, y al niño expresar, en forma agresiva, sus conflictos a través de una enfermedad y manifestar su ambivalencia: dependencia por los síntomas de la enfermedad e independencia por la dependencia de la madre. En algunos casos, el niño es rechazado por la madre sólo cuando está sano y muestra deseos de independencia, y es recompensado de estar enfermo por los cuidados y las atenciones especiales que se le dan cuando está así desamparado.

Otro dato a favor de la influencia de los factores - emocionales, es el efecto favorable sobre las crisis obtenido por la separación del medio familiar. Se afirma que un 40% de los niños afectados de asma crónica que no responden a ningún tratamiento convencional, se curan prácticamente a corto plazo cuando se separan de sus padres, ya sea que se hospitalicen o se alejen de casa. (63)

EXPLICACION DEL APRENDIZAJE SOCIAL AL FENOMENO ASMÁTICO.

Algunos teóricos del aprendizaje social entienden al ataque asmático como una manera de condicionar el medio - ambiente y los estímulos emocionales. De esta manera algunos ataques son precipitados o agravados por eventos que previamente ocurrieron relacionados temporal o espacialmente a episodios asmáticos; de esta manera un pequeño sufre un ataque asmático al visitar un campo en época de polinización, y lo vuelve a sufrir al visitar campos similares o el mismo aún fuera de la época de polen. De esta manera los ataques de asma pueden ser entendidos como conductas aprendidas a manera de condicionamiento operante, con el objeto de la ganancia secundaria que al niño le brinda el acercamiento con sus padres o, alternativamente la separación de un medio ambiente molesto, y este proceso desadaptativo aprendido es reforzado por el ambiente.

EL MODELO CONCEPTUAL DE LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS

Salvador Minuchin, una autoridad en lo que a tratamientos familiares se refiere, compara dos modelos (el lineal y el abierto) para explicar y entender las enfermedades psicosomáticas en niños. El modelo abierto señala 3 condiciones necesarias para el desarrollo y mantenimiento

de los síntomas psicósomáticos: (64)

- 1) Un tipo de organización familiar que fomenta la somatización.
- 2) Un compromiso del niño con conflictos parentales.
- 3) Vulnerabilidad fisiológica.

El modelo lineal entiende las enfermedades como causa de una situación de vida del individuo, de sus emociones, etc., y es a partir de este modelo que se describe la personalidad del asmático. El modelo abierto agranda el campo de interés desde lo individual a la situación -- del individuo dentro de una familia, aceptando que entran en juego factores como el stress social y los disturbios familiares.

El modelo conceptual postula: Un tipo de organización familiar relacionadas estrechamente al desarrollo y mantenimiento de los síntomas psicofisiológicos, y un rol de mantenimiento de la homeostasis familiar que juegan -- los síntomas del niño.

Las características del contexto de la enfermedad -- psicósomática se describen de acuerdo a este modelo de la siguiente manera:

- Primeramente el niño es fisiológicamente vulnerable, existe una disfunción orgánica que está presente.
- En segundo lugar la familia de este niño tiene cuatro características de transgresión: enredo, sobre

protección, rigidez y conflicto sin resolver.

- En tercer lugar, la enfermedad del niño juega un rol importante en el patrón familiar de la evitación del conflicto lo cual refuerza los síntomas.

Se refiere a enredo como a un alto grado de compromiso entre los miembros de la familia, relaciones de interdependencia, intrusión en los límites personales, pobre diferenciación en la percepción de sí mismo y de los otros miembros de la familia. Los límites que definen la autonomía individual son tan débiles que se viola el espacio de vida individual, los miembros de la familia se entremeten en los pensamientos, sentimientos y comunicaciones, se bloquea la comunicación directa, las jerarquías se confunden, el niño habla inapropiadamente de los roles paternos.

La sobreprotección se manifiesta por un alto grado en el bienestar de cada uno de los miembros, la comunicación se caracteriza por una constante preocupación por la salud y el confort, una crisis de síntomas en uno de los miembros produce confort ya que ayuda a desviar el foco de los conflictos familiares hacia la salud de un miembro. El mismo paciente llega a percibirse a sí mismo como un redentor de la familia cuando ésta se encuentra en crisis, sacando sus síntomas o su enfermedad.

La rigidez se refiere al fuerte interés por mantener el status que en los períodos cuando el cambio y el crecimiento son necesarios. Los circuitos de evitación se desarrollan y una "barrera de síntomas" es empleada para desviar el foco de atención.

Un conflicto no resuelto se da generalmente por una fuerte religión o un código ético que apoya y provee una racionalización al conflicto. Siempre que aparece el conflicto se deja sin resolver, lo que lo hace que aparezca una y otra vez, pero como siempre se desvía el interés -- del mismo no se permite la negociación.

De esta manera una predisposición constitucional hacia la enfermedad se convierte en un importante modo de comunicación y mantenimiento de la homeostasis intrafamiliar, reforzado por todos los miembros de la familia.

PADECIMIENTOS CRONICOS EN LA INFANCIA

Son considerados como padecimientos crónicos las enfermedades largas, habituales, incurables en algunos casos, aunque controlables en la mayoría y que por lo tanto pasan a formar parte de la vida del niño.

Las enfermedades de carácter crónico incluyen trastornos tanto físicos como psicosomáticos, por cuestiones metodológicas en este estudio solamente se incluyen los de carácter físico.

La enfermedad que forma parte de la vida del niño es sentida de una forma particular, y su familia la vive de una manera compleja. En el ambiente de estos niños aparece el personaje extra: El médico, con el que establecen relaciones importantes. El tipo de relación niño-médico se define de una forma muy abstracta y ambigua por parte del niño, a menudo es de tipo aprendido o puede ser determinada por experiencias más o menos recientes.

El niño en sus dibujos representa al médico con ciertos atributos de prestigio y autoridad, como algo misterioso o muchas veces dramático. El varoncito puede percibir al médico como un ser agresivo, o bien como la pareja real de su madre, por lo que tiende a identificarse con él o a rivalizar con él. La niña puede sentirse aliada a su madre en defensa contra el médico, puede también percibir una relación de pareja madre-médico, por lo que la madre es desvalorizada, o sentirse aliada con el médico contra la madre amenazadora.

En "el juego del médico" deja ver de una manera muy clara que el médico se presenta al niño bajo tres aspectos

tos: Una función paterna, otra materna y otra sexual:

- El papel paterno se pone en evidencia por el juego de un personaje que tiene todas las características de potencia y que inspira al mismo tiempo temor, que ordena y debe ser obedecido. El papel del médico es a menudo buscado porque da seguridad y representa poder y actividad, pero a veces es rechazado porque puede representar el papel de un padre particularmente exigente y poderoso, siendo considerado como un agresor...
- El papel de la madre es más fácil de poner en evidencia; de ordinario es un buen papel. A menudo representa el papel de la enfermera, crea un ambiente delicado y proporciona alimento, pero a veces la madre desempeña un papel dominador y destructor.
- La función sexual es evidente... el médico tiene además un aspecto voyeurista, tiene derecho a tocar, mirar, ver cosas prohibidas." (65)

En cuanto a la hospitalización, ésta puede ocasionar reacciones inmediatas en el momento mismo de la separación física o bien reacciones que aparecen después de la hospitalización, actitudes de castigo, de rechazo o de regresión, estados depresivos o trastornos del comportamiento. El tipo de reacción depende de varios factores, entre ellos: Información sobre la hospitalización, la actitud del personal hospitalario, la edad del niño, la duración de la hospitalización, el tipo de relación padre-niño, la personalidad del niño, la reacción de los padres ante la hospitalización etc. Si la hospitalización para -

algunos niños puede significar separación, para algunos - otros puede crear nuevos mundos de relación, puede revestir un efecto positivo para los niños que viven en una dependencia abusiva en una familia hiperprotectora, o para los que encuentran en este lugar una posibilidad y una variedad de contactos sociales y culturales hasta ahora desconocidos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (66) el niño minusválido o con limitación física es "Todo niño que, durante un período de tiempo apreciable, se encuentra en la imposibilidad, en razón de su estado físico, de participar plenamente en las actividades de su edad en el aspecto social recreativo, educativo, o en el de la orientación profesional."

En este estudio, aunque cumplen con la definición, - no se incluye a niños ciegos ni sordomudos, por el carácter netamente visual y verbal de la prueba usada en el estudio, al igual que los niños epilépticos, cuya psicología es particular.

La enfermedad provoca en el niño cierto número de modificaciones; un cambio en la experimentación de su estado corporal, acompañado o no de dolor lo que puede modificar su nivel de consciencia, un cansancio y angustia más o menos conscientes, provocados por la misma enfermedad o por lo que se imagine el niño.

Margarita Loosli-Usteri habla de las consecuencias - de las enfermedades de los niños durante el primer año. - Demuestra que estos niños se "pegan" literalmente a la madre, al mismo tiempo que se muestran fácilmente agresivos respecto a ella. Debido a la debilidad del niño durante -

la enfermedad le faltarán adquisiciones que habría conseguido normalmente durante la fase importante del inicio de la sociabilización en su desarrollo, adquisiciones que son muy difícil adquirir posteriormente. Obligada a ocuparse con excesiva solicitud del enfermito, la madre se dedica a su bebé con demasiada ternura, que puede ser eventualmente el único estímulo exterior capaz de arrancar al niño de su apatía. Es un sentimiento intenso y primitivo del cual a fin de cuentas, el bebé es la única víctima porque se deja devorar por esta ternura acaparadora. Entre la madre y el niño enfermo se crean nuevas formas de relación y la dependencia aparece. La unión entre la madre y el bebé se vuelve tan estrecha que ambos lamentan renunciar a ella. Si la madre, consciente del peligro de la fijación demasiado intensa de su hijo, intenta separarlo de ella, la hostilidad puede aumentar, y en este momento puede aparecer el sentimiento de abandono.

Las reacciones de la familia son complejas y diferentes no sólo de familia a familia, sino en el interior de una misma familia porque cada miembro reacciona no solamente a la enfermedad del niño, sino a las reacciones de otros miembros de la familia hacia esta enfermedad. Las reacciones son a menudo desproporcionadas e inadecuadas con relación a la gravedad de la enfermedad. Las reacciones familiares hacia el enfermo evolucionan de diferentes maneras. Se distinguen tres fases sucesivas de esta evolución: Un período de conflicto inicial, un período de lucha contra la enfermedad y, finalmente un período prolongado de reorganización y aceptación. Estos tres grados difieren en duración e intensidad de una familia a otra.

La enfermedad puede reactivar situaciones anteriores

en las que ya estaban implicadas las relaciones madre-hijo, por ejemplo pudiendo sentirse los padres culpables de anteriores manifestaciones de hostilidad hacia el niño -- porque su nacimiento no había sido deseado. A veces el padre o la madre pueden identificarse con el niño enfermo y revivir una enfermedad que vivieron en la infancia, o pueden identificar al niño con el cónyuge o los hermanos y reaccionar a él de una forma parecida a la que tuvieron - hacia aquella persona.

EL PROBLEMA PSICOSOCIAL QUE ACOMPAÑA A LAS MAS COMUNES ENFERMEDADES CRONICAS

Hablando en particular del niño diabético; este es - esclavo de su tratamiento insulínico y de su regimen dietético, por lo que ocupa un lugar particular dentro de la familia, la que debe acomodarse a su situación. La situación escolar de este niño puede verse interrumpida por -- hospitalizaciones debidas a accidentes hipoglucémicos o - acidósicos. En estas condiciones se puede suponer que --- existe una "personalidad diabética".

Estudios acerca del C.I. de niños diabéticos no reportan particularidades, sólo reportan que cuando comienza antes de los 5 años, el nivel escolar puede ser inferior, probablemente por las largas y frecuentes hospitalizaciones.

Según algunos autores, los niños diabéticos se caracterizan por una "emotividad acentuada", con una actitud - particularmente notable a ser alterados por causas cuya - repercusión psicosomática es desproporcionadamente alta -

con los móviles que los desencadenan. "Se observa en estos niños una inestabilidad del humor con irritabilidad, así como inmadurez afectiva que se traduce por una gran necesidad de protección, una voluntad velciosa, una falta de confianza en sí mismos y finalmente, una dependencia prolongada respecto a uno o ambos padres." (67)

Esto puede verse modificado en cierta medida por la actitud de la familia hacia el diabético, ya sea indiferencia o rechazo, o una adhesión escrupulosa y rígida, casi ritual a las reglas o tratamientos, o bien hiperprotección e indulgencia.

En los niños menores de 10 años, las actitudes de disimulo y rebeldía son raras, tienden más bien a sufrir pasivamente su enfermedad, además de no tomar consciencia de manera precisa de la misma. Tienen también la tentación (más las niñas) de explotar su situación de enfermos a fin de sacar provecho; después de los 10 años, algunos tienden a disimular su enfermedad ya sea por vergüenza o por deseo de autonomía. El adolescente frecuentemente siente limitación existencial, que puede provocar actitudes negativas de rebeldía que repercuten en las relaciones con los padres y maestros.

G. Bleger (68) considera que son frecuentes las tendencias depresivas y la ansiedad en la mayoría de los jóvenes diabéticos, angustia disimulada o inquietud consciente frente al porvenir, ya que esta angustia puede producir ideas de suicidio.

La situación del niño hemofílico es similar a la del niño diabético en cuanto al padecimiento de una enferme-

dad crónica. La Hemofilia, una enfermedad hereditaria recesiva ligada al sexo, transmitida a los hijos por la madre, plantea problemas particulares. La mayoría de las -- funciones del hemofílico, excepto sus trastornos sanguíneos, son parecidas a las de los individuos sanos. La vida del hemofílico, exceptuando las lesiones (hemorragias) que deben ser afrontadas por el enfermo, es normal, pero el problema psicosocial está relacionado con los riesgos que el niño corre a causa de los eventuales traumatismos, de las consecuencias de estos traumatismos en función de la limitación motora que producen y de los dolores que -- los accidentes hemorrágicos intraarticulares o intramusculares producen.

El nivel intelectual del hemofílico no presenta particularidades, algunos autores hablan de madurez precoz -- en estos niños.

El niño hemofílico se siente limitado en sus actividades, para evitar los choques o traumatismos que producen los accidentes hemorrágicos, el niño deberá limitar -- su actividad, las expresiones de su agresividad, los juegos violentos; se limitará después de los consejos recibidos, a los que se añade el temor, el fruto de la experiencia y el miedo, o una cierta disposición de ánimo en todas las actividades. En estas condiciones el niño hemofílico, con temor a un peligro, vive o es obligado a vivir sin riesgo, contrariamente a la realidad. Lo más frecuente es observar en estos niños un "recurso a la pasividad que favorece la inhibición intelectual y emocional, mientras que en la edad escolar pueden aparecer reacciones de oposición agresiva que dificulta la adaptación familiar y social" (69)

El papel de la familia, como en el diabético y en to dos los casos, es muy importante. La madre puede tomar -- una actitud hiperprotectora, sentirse culpable, etc., a -- este nivel es importante el establecimiento de las rela- ciones psicoterapéuticas, que permite al niño salir del - estado de dependencia, sufrido e impuesto, pero contra el cual se revela a veces a fin de llegar a una cierta auto- nomía.

En el niño con cardiopatía congénita, los estudios - han encontrado los C.I. inferiores a 90 en un 55% de los- casos (70), según algunos y en un 26% solamente según --- otros (71). En estos niños hay una frecuencia del nivel - intelectual débil con dificultades de organización percep- tiva, déficit motor, lentitud de ejecución, déficit que - es más acentuado en individuos cianóticos.

Casi todos los autores han insistido en la importan- cia que hay que dar en estos niños a los factores emocio- nales, algunos ponen el acento en el estado de ansiedad - de la madre, que repercute en el enfermo. Los niños en -- efecto se dan cuenta de la importancia de su afección, -- del valor del corazón en cuanto a órgano vital, de los pe ligros que corren y de la posibilidad de invalidez o de - muerte, aunque esto no se diga claramente.

Desde el punto de vista patogénico, se han propuesto diversas hipótesis; para unos el carácter crónico de la - enfermedad, por una parte, y el medio familiar por la --- otra, tienen una influencia más sensible que la enferme-- dad por sí misma; para otros, la evolución psicológica de estos niños sería tributaria a una cierta medida de las - lesiones cerebrales debidas a una irrigacióninsuficiente;

para otros en fin, hay que preguntarse si el proceso mórbido global y complejo no es el responsable de la malformación y de los signos clínicos asociados. El niño cardiópata gravemente afectado se comporta en sus rendimientos de adaptación como un "orgánico" y el menos afectado es tributario de una falta de estímulos socioculturales y -- afectivos.

Los resultados de las intervenciones quirúrgicas pueden modificar los trastornos presentados por estos niños, los débiles pueden mejorar su eficiencia, los mentalmente poco afectados pero caracteriales e indisciplinados se benefician de la operación, y los cardiopatías mongólicas -- son los que menos transformaciones sufren.

Así como estas, las enfermedades consideradas como -- crónicas, en "estado de enfermedad" (diferentes de "secuela de enfermedad" de las que se hablará más adelante) reportan alteraciones psicosociales en el individuo que las sufre y, que generalmente se caracterizan por: sentimiento de minusvalía, inseguridad, excesiva dependencia hacia los padres, fallas en el auto concepto y esquema corporal, hasta sentimientos de rebeldía y rabia que se manifiestan en conductas agresivas, opositoristas y hasta un estado de pasividad e inercia ante la propia enfermedad.

Los niños afectados por secuelas de enfermedades anteriores o malformaciones genéticas, que incluyen: trastornos del desarrollo físico y malformaciones corporales y limitaciones psicomotoras, poseen también alteraciones psíquicas, debidas a la incapacidad personal para adquirir conocimientos, dificultad para establecer relaciones humanas, necesidades afectivas particulares de sentir confianza en su familia y en su médico, de ser tomado en con

sideración por sus amigos, por las personas mayores, de dar y recibir afecto, de sentir alrededor de él una situación estable y firme y de someterse a una disciplina personal.

La invalidez es un estado que dependiendo de la edad en que aparece, el sujeto puede o no compararse a sí mismo, si aparece a una edad precoz la comparación es difícil, ya que el sujeto no lo experimenta como una diferencia.

En resumen, ya sea que el niño padezca de una enfermedad crónica "en estado de enfermedad" o de una "secuela de enfermedad posterior", ya sea que sea inválido desde temprana edad o recientemente, el niño es otro y difiere del resto de la sociedad, se sentirá distinto y será diferente en la organización social hecha para seres completos y organizados para la realización completa del ser. - Una anomalía o invalidez es un estado incompleto, en algunos casos el adulto puede llegar a compensar este déficit, pero en otros se convierte en un individuo frustrado, que no logra de la vida lo que espera, porque un obstáculo físico o fisiológico se interpone entre él y su finalidad.

CAPITULO IV METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Refleja el Test de Rorschach en niños mexicanos de 6 a 10 años inclusive, puntajes significativos de patología mental? Si esto es así; ¿Cuáles son estos puntajes? - ¿Son los mismos para diferentes grupos de patología.

HIPOTESIS.

De los cuestionamientos anteriores se desprenden las siguientes hipótesis:

$$H_0 = \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4 = \mu_5$$

H_a = al menos una difere de μ

Nivel de significancia empleado: $\alpha 0.05$

En este estudio se hace énfasis en la hipótesis alterna (H_a): Se obtendrán diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de los protocolos de niños normales, con trastornos psiquiátricos, déficit de atención e hiperactividad, asmáticos y con padecimientos crónicos.

De apoyarse la hipótesis se comprobaría que el test de Rorschach es un instrumento útil de diagnóstico para la población mexicana de 6 a 10 años de edad, diferenciando puntajes significativos útiles para el diagnóstico de patologías mentales.

POBLACION

Para la realización se tomaron niños de la Ciudad de México y de la Ciudad de Guadalajara, con edades entre --

los 6 años 0 meses y 10 años 11 meses, que pertenecían a 5 grupos muestrales:

- Grupo 1 Formado por 40 niños de escuelas primarias particulares, de clase media, del primero al quinto -- año, sin problemas de conducta, de aprendizaje, - trastorno psiquiátrico visible ni problemas físicos aparentes.
- Grupo 2 Formado por 20 niños tomados de escuelas de educación especial particulares e institucionales, con diagnóstico de déficit de la atención e hiperactividad, sin problemas físicos aparentes y con inteligencia normal.
- Grupo 3 Formado por 10 niños referidos por psiquiatras -- particulares, psicólogos, centros de salud, con - problemas psiquiátricos y sin problemas físicos - ni intelectuales aparentes.
- Grupo 4 Formado por 18 niños, referidos por pediatras con el diagnóstico de Rinitis Alérgica ó Asma Bron-- quial, sin problemas psiquiátricos, ni intelectuales.
- Grupo 5 Formado por 15 niños referidos por pediatras, con un diagnóstico de padecimiento crónico, sin trastornos psiquiátricos ni intelectuales.

VARIABLES DEPENDIENTES

Las variables dependientes de este estudio son los - puntajes obtenidos por los sujetos en el Test de Rors----

chach, los cuales se enumeran a continuación:

- 1) Número total de respuestas
- 2) Número de determinantes
- 3) Número de contenidos
- 4) Tiempo de reacción promedio de las láminas cromáticas
- 5) Tiempo de reacción promedio de las láminas acromáticas
- 6) Tiempo de reacción promedio total
- 7) Porcentaje de Globales
- 8) Porcentaje de Detalle Usual
- 9) Porcentaje de Detalle Inusual
- 10) Porcentaje de Espacio en Blanco
- 11) Porcentaje de respuestas de Forma
- 12) Porcentaje de respuestas de Movimiento
- 13) Porcentaje de respuestas de Color
- 14) Porcentaje de respuestas de Claroscuro
- 15) Porcentaje de respuestas animales
- 16) Porcentaje de respuestas humanas
- 17) Porcentaje de otras respuestas
- 18) Porcentaje de respuestas anatómicas

- 19) Suma de populares
- 20) Porcentaje de populares
- 21) Fuerza del ego
- 22) Fuerza de las defensas
- 23) Grado de Control Racional
- 24) Tipo de Control Racional
- 25) Control de Impulsos
- 26) Capacidad Introspectiva
- 27) Características de la Agresividad
- 28) Afectividad
- 29) Madurez emocional
- 30) Capacidad de tacto
- 31) Sistematización de la ansiedad
- 32) Estado de ánimo
- 33) Base vivencial
- 34) Tendencia Natural
- 35) Reactividad afectiva al medio ambiente
- 36) Eficiencia intelectual

VARIABLES INDEPENDIENTES

Las variables independientes de este estudio son:

- Grupo 1: 40 niños normales
- Grupo 2: 20 niños con déficit de la atención e hiperactividad.
- Grupo 3: 10 niños con trastorno psiquiátrico (neurosis)
- Grupo 4: 18 niños con enfermedades psicósomática (asma)
- Grupo 5: 15 niños con padecimiento crónico diferente -- del asma.

Las variables independientes atributivas son:

- Edad: de los 6 años 0 meses a los 10 años 11 meses
- Nacionalidad: Mexicana

VARIABLES NO CONTROLADAS

No se consideró fundamental en este estudio controlar: nivel socioeconómico y cultural, sexo, religión, número de hermanos.

PROCEDIMIENTO

A) RECOLECCION DE DATOS:

Para la realización de este estudio se tomó un muestreo por conveniencia en dos etapas.

1º Etapa: Se llevó a cabo en la Ciudad de México; se pensó en un colegio privado, mixto, de alumnos Mexicanos de clase media para tomar la muestra de niños normales. - Se acudió al Instituto Asunción de México A.C., pues ade-

más de cumplir con las anteriores características se contaba con la ventaja de ser ex-alumna del plantel.

Por medio de una carta se explicó al Sr. Director de la Primaria los objetivos de la investigación y se pidió autorización para llevarla a cabo ahí mismo. Una vez aceptado el proyecto se eligieron al azar 6 grupos de la primaria del 1° a 5° año. Se habló con las maestras de dichos grupos, se les explicó los objetivos y la metodología del estudio y se les pidió una lista de todos aquellos niños del grupo que reunieran las siguientes características: (entregadas por escrito)

- Edad entre los 6.0 y 10.11 años
- No presenten problema de conducta
- Adecuado rendimiento escolar
- No presenten enfermedades físicas de ningún tipo

De estas listas se tomaron al azar 30 sujetos, a los que se les aplicó el test de manera individual, dentro de su horario de clases en un salón adecuado dentro del mismo plantel.

La ejecución duraba de 15 a 25 minutos máximo, durante la misma se tomaban notas por escrito en la "Hoja 1 de recolección de datos" (Incluida en anexos). Se evaluaron un promedio de 5 niños por día, por lo que se acudió a este plantel durante 6 días del 9 al 16 de Abril inclusive de 1986.

Enseguida se acudió al Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" donde igualmente por escrito se pi-

dió autorización y se presentó el protocolo de investigación al Subdirector. Una vez aceptado el proyecto se planteó a la Coordinadora del bloque Psicopedagógico de dicha institución, quien proporcionó una lista con los nombres de los niños que acudían a la consulta externa a Educación Especial. Se revisó cuidadosamente el expediente de cada uno de estos niños y se escogieron los que reunían las características del Grupo 3 (Déficit de la Atención e Hiperactividad), las que fueron:

- Edad entre los 6.0 y 10.11 años
- Diagnóstico de Déficit de la Atención e Hiperactividad según el DSM III
- Inteligencia normal, promedio o superior
- Que ya sea en el EEG o en TGVB se detectara Disfunción Cerebral Mínima
- Que no padecieran algún otro problema psiquiátrico o físico aparente.

La cuarta condición fue para asegurar la certeza del diagnóstico.

Reunir este grupo fue más difícil de lo que se supone pues de 60 expedientes revisados aproximadamente, por una u otra razón sólo cumplieron con las características necesarias 12 sujetos, a los cuales se les aplicó el Test en el mismo Hospital antes o después de su sesión, en un consultorio adjunto.

La realización de la prueba se llevó aproximadamente 20 minutos y se aplicó entre los días 12 y 15 de mayo de 1986.

Continuando con la búsqueda se presentó el protocolo en el Instituto Nacional de Salud Mental del DIF, en donde para aceptarlo pedían requisitos que no pudieron cumplirse ya que no entraban en los objetivos de la investigación ni en los planes profesionales del Investigador.

Se presentó también el protocolo al Instituto Nacional de Pediatría, donde la Jefa de Enseñanza, el Jefe de Medicina Interna y el Jefe del Departamento de Inmunología lo revisaron y aprobaron, permitiendo que se aplicara el test a los pacientes que acudían a consulta externa a cualquiera de los dos servicios, en un consultorio adjunto a la sala de espera. La consulta externa se lleva a cabo de 8 a 10 de la mañana de Lunes a Viernes, por lo que a las 7 a.m. se revisaban los expedientes de los pacientes que acudirían esa mañana y se dejaba una nota en aquellos que reunían los requisitos para que el Médico Residente los remitiera al investigador después de su consulta. Los criterios utilizados para la selección de niños fue:

Para los del Grupo 4 (Asmáticos):

- Edad entre los 6.0 y 10.11 años
- Diagnóstico de Rinitis Alérgica o Asma Bronquial
- Sin problemas de aprendizaje o Hiperactividad
- Sin ningún otro padecimiento físico

La tercera condición fue para descartar problema intelectual o de déficit de atención e hiperactividad.

Los criterios que se utilizaron en la selección de niños con padecimiento crónico fueron:

- Edad entre los 6.0 y 10.11 años
- Diagnosticados con alguna enfermedad de carácter - crónica padecida por lo menos en los últimos 3 --- años.
- Sin ningún problema mental o que involucre las fun ciones mentales
- Por lo menos 1 hospitalización debido a su enfermedad.

La tercera condición se incluye dado el alto número de enfermedades crónicas que se dan conjuntamente con Retraso Mental o Psicosis, o incluso los provoca la enfermedad crónica.

Lá cuarta característica tiene como objetivo emparejar la muestra, además de asegurar la consciencia de en--fermedad y lá interacción con el medio hospitalario.

De esta manera se obtuvieron 14 niños asmáticos y 14 con los siguientes padecimientos crónicos:

TABLA 3

Artritis reumatoide Juvenil	1
Tumor Canceroso	1
Neumotorax sec. a biopsia	1
Dehiciencia de herida quirúrgica	1
Esclerodermia	1
Emangioma congénita	1
Hemociderosis pulmonar	1
Síndrome cerebeloso	2
Síndrome purpúreo	1
Fiebre reumática	2
Rinitis crónica	1
Diabetes insípida	1
Soplo cardíaco + Reacción alérgica cutánea	1

Todos ellos fueron evaluados entre el 12 de Abril y el 12 de Mayo de 1986.

Para la obtención de sujetos del Grupo 2 (neuróticos) se presentó el protocolo en 3 clínicas, particulares, donde en 1 no fue aceptado y en 2 no se dió respuesta.

2° Etapa: Se llevó a cabo en la Ciudad de Guadalajara. Primeramente se completó la muestra de niños normales de un colegio que reuniera las características antes descritas; se escogió el colegio Anáhuac Chapalita, donde se procedió exactamente de la misma manera que en el Colegio Asunción de México, A.C. donde se trabajó del 6 al 9 de Junio obteniendo 10 protocolos.

Simultáneamente se presentó el protocolo en:

DIF Jalisco

Unidad Integral de Psicoterapia

Unidad Pediátrica de Occidente

Consultorios Pediátricos

Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios

Departamento de Psicopedagogía de la U.A.G.

Consultorios privados de Educación Especial

Únicamente en el DIF se negó a proporcionar ayuda para realizar el estudio, en los demás lugares se contó con el apoyo de los profesionistas, quienes permitieron la revisión de los expedientes, tomando a aquellos que reunían las características ya mencionadas para cada grupo y las siguientes para el Grupo 2 (Neuróticos)

- Edad de los 6.0 a los 10.11 años
- Trastorno Neurótico de Cualquier tipo (ansiedad, - depresión, fobia, conversión, disociación, obsesión-compulsión), diagnosticado de acuerdo a los - criterios del GAP.
- Inteligencia normal, promedio o superior
- Que no exista problema físico o psicossomático.

La reunión de estos sujetos fue lenta, ya que no se encontraban los pacientes reunidos en ninguna institución ni acudían a consulta con regularidad. La aplicación se realizaba después de la consulta en el mismo consultorio.

El grupo de niños neuróticos fue el más difícil de --

reunir por la poca frecuencia con la que se atienden profesionalmente este tipo de casos, misma razón por la que se redujo la muestra.

La recolección de los protocolos abarcó de Julio a -
Noviembre de 1986.

La calificación de los protocolos en ambas etapas se realizaba al final de cada día, para no olvidar datos de localización o presencia de fenómenos especiales.

Se utilizó el criterio de calificación de Klopfer, -
expuesto en el capítulo 2 de esta tesis.

Para facilitar el trabajo se crearon formatos de calificación y tabulación empleados para cada protocolo y -
anexos al final de la obra.

En cuanto al comportamiento de los niños fue muy similar, se establecía con ellos primeramente rapport, tras lo que se repetían las instrucciones siguientes: "Aquí -- tengo un juego nuevo para jugar contigo... en estos dibujos la gente ve toda clase de cosas y yo quiero saber qué es lo que te parece a tí." Más detalles de la aplicación -
están expuestos en el capítulo 2.

En general los niños tomaban la tarea con bastante -
entusiasmo, comprendían fácilmente las instrucciones, su comportamiento fue muy similar para cada grupo. En el capítulo 6 se mencionan particularidades.

B) TECNICA DE ANALISIS DE DATOS

Los puntajes obtenidos por cada sujeto se concentran en una matriz de datos, que contiene en las columnas (verticales) cada variable estudiada y en los renglones (horizontales) los sujetos ordenados en poblaciones.

Se asignó a cada variable un número según el lugar que ocupaba en la matriz de datos, lo cual no corresponde necesariamente a los números asignados en la página 114 y 115 de este trabajo.

26 variables se trabajaron con el programa "Statpak", el método "Anova 1" encontrándose diferencia estadísticamente significativa con un α de .05 en 2 variables que fueron:

Columna 4: Tiempo de reacción a las láminas cromáticas.

Columna 8: Porcentaje de respuestas de detalle

La razón F fue mayor que: $0.05 F_{4,100} = 2.46$

Con un α de .10 se encontró diferencia significativa en 3 variables:

Columna 12: Porcentaje de respuestas de movimiento.

Columna 14: Porcentaje de respuestas de clarooscuro.

Columna 20: Suma de respuestas populares o índice de realidad.

razón F fue mayor que: $0.1 F_{4,100} = 1.99$

Posteriormente se analizaron estas 5 variables con el método 't' para encontrar cuál o cuáles grupos daban -

esta diferencia estadísticamente significativa. Se encontró lo siguiente:

Existe diferencia entre 2 grupos si:

$$|\bar{x}_i - \bar{x}_{i'}| > t \sqrt{\frac{2(\text{CME})}{\bar{n}}} \quad 1 - \frac{\alpha}{2} \quad t_{n-p} \quad \text{gl}$$

donde \bar{n} :

$$\frac{5}{\frac{1}{40} + \frac{1}{20} + \frac{1}{10} + \frac{1}{18} + \frac{1}{15}}$$

Y CME son los cuadrados medios de error.

Columna 4: (Tiempo de reacción a las láminas cromáticas)

Razón F:	2.505202	
\bar{x} grupo 1:	12.5425	$ \bar{x}_i - \bar{x}_{i'} > 1.98 \sqrt{\frac{2(114.3872)}{16.823}}$
\bar{x} grupo 2:	7.695	
\bar{x} grupo 3:	17.475	$ \bar{x}_i - \bar{x}_{i'} > 7.305$
\bar{x} grupo 4:	14.7388	
\bar{x} grupo 5:	17.6533	

	\bar{x}_1	\bar{x}_2	\bar{x}_3	\bar{x}_4	\bar{x}_5
\bar{x}_1					
\bar{x}_2	4.8475				
\bar{x}_3	4.9325	9.78*			
\bar{x}_4	2.1963	7.0438*	2.7362		
\bar{x}_5	5.1108	9.9583*	0.1783	2.9145	

* Significativo con $\alpha = 0.05$

Lo que indica que el grupo 2 (Déficit de la atención e hiperactividad) posee un tiempo de reacción a las láminas cromáticas significativamente menor que los grupos 3- (Neuróticos), 4 (Asmáticos) y 5 (Padecimientos crónicos).

Columna 8: (Porcentaje de respuestas de detalle usual)

Razón F:	2.601375	
\bar{X} grupo 1:	44.2	
\bar{X} grupo 2:	30.9	$ \bar{X}_i - \bar{X}_1 > 1.98 \sqrt{\frac{2(549.1462)}{16.823}}$
\bar{X} grupo 3:	34.7	
\bar{X} grupo 4:	53.22	$ \bar{X}_i - \bar{X}_1 > 15.9982$
\bar{X} grupo 5:	46.33	

	\bar{X}_1	\bar{X}_2	\bar{X}_3	\bar{X}_4	\bar{X}_5
\bar{X}_1					
\bar{X}_2	13.3				
\bar{X}_3	9.5	3.8			
\bar{X}_4	9.2	22.32*	18.52*		
\bar{X}_5	2.13	15.43*	11.63	6.89	

* Significativo con $\alpha = .05$

Lo cual indica que el grupo 2 (Déficit de la atención e hiperactividad) presenta un porcentaje significativamente menor de respuestas de detalle usual que el grupo 4 (Asmáticos) y el grupo 5 (enfermos crónicos), mientras que el grupo 3 (neuróticos) presenta un puntaje significativamente menor que el grupo 4 (Asmáticos), quienes presentan el más alto porcentaje.

Columna 12: (Porcentaje de respuestas de movimiento)

Razón F: 2.17879

\bar{X} grupo 1: 42.9 $|\bar{X}_1 - \bar{X}_1| > 1.29 \frac{2(541.9794)}{16.823}$

\bar{X} grupo 2: 28.6

\bar{X} grupo 3: 27.1 $|\bar{X}_1 - \bar{X}_1| > 10.35$

\bar{X} grupo 4: 32.6

\bar{X} grupo 5: 28.2

	\bar{X}_1	\bar{X}_2	\bar{X}_3	\bar{X}_4	\bar{X}_5
\bar{X}_1					
\bar{X}_2	14.3*				
\bar{X}_3	15.8*	1.5			
\bar{X}_4	10.3*	4.0	5.5		
\bar{X}_5	14.7*	0.4	1.1	4.4	

* Significativo con $\alpha = .1$

Lo cual indica que el grupo 1 (Normales) presenta un porcentaje significativamente mayor de respuestas de movimiento que los grupos 2 (Hiperactivos), 3 (Neuróticos), 4 (asmáticos) y 5 (Enf. Crónicos).

Columna 14: (Porcentaje de respuestas de clarobsuro)

Razón F: 2.183238

 \bar{x} grupo 1: 8.8 \bar{x} grupo 2: 8.9 \bar{x} grupo 3: 6.6 \bar{x} grupo 4: 9.83 \bar{x} grupo 5: 2.6

$$|\bar{x}_i - \bar{x}_1| > 1.29 \sqrt{\frac{2(63.8847)}{16.823}}$$

$$|\bar{x}_i - \bar{x}_1| > 3.55$$

	\bar{x}_1	\bar{x}_2	\bar{x}_3	\bar{x}_4	\bar{x}_5
\bar{x}_1					
\bar{x}_2	0.1				
\bar{x}_3	2.2	2.3			
\bar{x}_4	1.03	0.93	3.23		
\bar{x}_5	6.2*	6.3*	4.00*	7.23*	

* Sifnificativo con $\alpha = 0.1$

Lo que muestra que el grupo 5 (Enfermos crónicos) -- presenta un porcentaje de respuestas de clarobsuro signi-
ficativamente menor que los grupos 1 (Normales), 2 (Défi-
cit de atención e hiperactividad), 3 (Neuróticos) y 4 ---
(Asmáticos).

Columna 20: (Suma de Populares 6 Indice de Realidad)

Razón F: 2.296692

\bar{x} grupo 1: 4.55

\bar{x} grupo 2: 3.5 $|\bar{x}_i - \bar{x}_1| > 1.29 \sqrt{\frac{2(2.706463)}{16.823}}$

\bar{x} grupo 3: 3.9

\bar{x} grupo 4: 4.5 $|\bar{x}_i - \bar{x}_1| > 0.732$

\bar{x} grupo 5: 3.86

	\bar{x}_1	\bar{x}_2	\bar{x}_3	\bar{x}_4	\bar{x}_5
\bar{x}_1					
\bar{x}_2	1.05*				
\bar{x}_3	0.65	0.4			
\bar{x}_4	0.05	1.0*	0.6		
\bar{x}_5	0.69	0.36	0.04	0.64	

Significativo con $\alpha = 0.1$

Lo que indica que el grupo 2 (Déficit de la Atención e Hiperactividad) presenta un total de respuestas Populares significativamente menor que los grupos 1 (normales)- y 4 (Asmáticos).

Las 10 restantes variables, por sus características, no fue posible analizarlas por el mismo método, 7 de --- ellas que son:

Variable No. 25 Control de Impulsos

Variable No. 27 Características de la Agresividad

Variable No. 31 Sistematización de la Ansiedad

Variable No. 32 Estado de Animo

Variable No. 33 Base Vivencial

Variable No. 34 Tendencia Natural

Variable No. 36 Eficiencia Intelectual

se expresan como relaciones y no como frecuencias, por lo que se trabajan de la siguiente manera: Primeramente se -- elabora una tabla que muestra la frecuencia con la que los sujetos de un grupo mostraron cada una de las relaciones;-- luego se establecen rangos basados en características psicológicas más que estadísticas, y se indica el porcentaje de sujetos de cada grupo que caen dentro de un rango.

Tres variables que son:

Variable No. 26 Capacidad Introspectiva

Variable No. 29 Madurez emocional

Variable No. 30 Capacidad de Tacto

no fueron accesibles a comparación estadística, tanto por sus características como por el limitado número de la muestra, que presentaba rangos muy amplios y de poca frecuencia. Estas relaciones se encuentran en el Apéndice que corresponde a la matriz de datos, en el extremo derecho.

Variable No. 25 "Control de Impulsos"

La relación adecuada es 2/1; indica una personalidad madura y bien adaptada que controla adecuadamente los impulsos.

A medida que predomine la parte inferior, el manejo de la agresividad y el control de los impulsos son inadecuados, se manifiesta una pobre capacidad para demorar - la satisfacción de las necesidades.

El predominio de la parte superior indica la capacidad de Sublimar los impulsos, más si sobrepasa la relación ideal de 2/1, o la parte inferior es 0, más que sublimación se trata de represión.

TABLA 4 'A' FRECUENCIAS POR GRUPO

Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V
0/0 - 4	0/0 - 4	0/1 - 1	0/0 - 3	0/0 - 2
0/1 - 2	0/2 - 4	0/2 - 2	0/2 - 2	0/1 - 4
0/2 - 1	0/3 - 1	0/3 - 2	0/3 - 1	0/10- 1
0/4 - 1	0/5 - 3	0/4 - 2	0/4 - 2	0/12- 1
0/5 - 2	0/7 - 3	1/10- 1	0/11- 1	0/14- 1
0/6 - 3	0/8 - 1	2/3 - 2	0/12- 1	1/1 - 1
0/7 - 1	1/1 - 1		0/13- 2	1/2 - 1
0/8 - 2	1/3 - 1		1/0 - 1	1/3 - 2
0/11- 2	1/6 - 1		1/2 - 1	1/9 - 1
0/15- 1	1/7 - 1		1/3 - 1	4/3 - 1
1/3 - 1			1/5 - 1	
1/5 - 1			3/4 - 1	
1/6 - 1			5/17- 1	
1/7 - 1				
1/9 - 1				
1/11- 1				
2/4 - 1				
2/6 - 1				
2/9 - 1				
2/10- 1				
2/11- 1				
3/2 - 1				
3/3 - 2				
3/6 - 1				
3/7 - 1				
3/12- 1				
3/13- 1				
4/7 - 1				
4/9 - 1				
7/15- 1				

TABLA 4 'B' PORCENTAJE DE SUJETOS QUE ENTRAN EN CADA CLASIFICACION DE RANGOS-DE RESPUESTAS.

	I	II	III	IV	V
Predominio del superior	-	-	-	5.5%	6.7%
Relación ideal (2/1)	2.5%	-	-	-	-
Ambos son iguales	15%	75%	-	16.7%	20%
Predominio del inferior	82.5%	25%	100%	77.7%	73.3%

Variable No. 27 "Características de
la Agresividad"

El predominio de la parte superior indica una manifestación de la agresividad hacia objetos totales, mientras que el predominio de la parte inferior expresa una agresividad dirigida a objetos parciales.

TABLA 5 'A' FRECUENCIAS POR GRUPO

Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V
1/0 - 1	0/0 - 1	4/3 - 1	0/0 - 1	1/2 - 1
1/1 - 1	2/0 - 1	5/1 - 1	2/0 - 1	3/3 - 1
3/0 - 1	4/3 - 1	5/2 - 1	5/1 - 1	4/0 - 1
3/5 - 1	5/0 - 2	5/4 - 1	8/3 - 1	5/0 - 3
4/1 - 1	5/1 - 1	7/0 - 1	8/4 - 1	5/2 - 1
5/1 - 1	6/2 - 1	7/4 - 1	9/1 - 2	9/0 - 1
5/2 - 1	7/0 - 1	8/1 - 1	9/4 - 1	9/2 - 1
5/4 - 1	7/1 - 1	10/0 - 2	11/0 - 1	10/0 - 1
5/6 - 1	7/2 - 1	14/0 - 1	11/3 - 1	11/3 - 1
5/7 - 1	8/0 - 1		12/5 - 1	12/3 - 1
6/1 - 1	8/1 - 1		12/8 - 1	16/1 - 1
6/2 - 1	9/0 - 1		13/1 - 1	16/2 - 1
6/3 - 1	9/1 - 1		13/2 - 2	17/1 - 1
7/0 - 1	10/0 - 1		18/0 - 1	
7/2 - 1	11/1 - 1		22/6 - 1	
7/7 - 1	12/0 - 1		27/4 - 1	
8/1 - 1	12/4 - 1			
8/3 - 1	13/1 - 1			
9/1 - 2	16/4 - 1			
9/2 - 2				
10/4 - 1				

11/0 - 1
 11/1 - 1
 11/3 - 1
 11/8 - 1
 12/1 - 1
 12/2. - 1
 12/3 - 1
 12/5 - 1
 12/6 - 1
 13/1 - 1
 13/2 - 1
 14/0 - 1
 15/0 - 1
 15/1 - 1
 15/2 - 1
 19/1 - 1
 21/1 - 1

TABLA 5 'B' PORCENTAJE DE SUJETOS QUE ENTRAN EN CADA CLASIFICACION DE RANGOS DE RESPUESTAS.

	I	II	III	IV	V
Predominio - del superior	87.5%	95%	100%	94.4%	86.6%
Ambs son -- iguales	5%	5%	-	5.5%	6.6%
Predominio del infe-- rior	7.5%	-	-	-	6.6%

Variable No. 31 "Sistematización de la-
Ansiedad"

El predominio de la parte superior indica que el sujeto ha sistematizado su ansiedad, mientras que el predominio de la parte inferior sugiere que la ansiedad no ha sido sistematizada, se mantiene flotante.

TABLA 6 'A' Frecuencias por grupo.

Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V
0/0 - 9	0/0 - 8	0/0 - 3	0/0 - 3	0/0 - 11
0/1 - 2	1/0 - 5	0/1 - 4	0/1 - 2	1/0 - 1
1/0 - 11	1/1 - 1	0/3 - 1	0/2 - 1	1/2 - 1
1/1 - 3	1/2 - 1	1/0 - 1	1/0 - 5	2/0 - 2
1/2 - 2	2/0 - 2	2/0 - 1	1/1 - 1	
2/0 - 7	2/1 - 1		2/0 - 3	
2/2 - 1	3/0 - 1		3/0 - 1	
3/0 - 1	10/1 - 1		4/0 - 1	
3/2 - 1			8/0 - 1	
4/0 - 1				
4/1 - 1				
9/3 - 1				

TABLA 5 'B' PORCENTAJE DE SUJETOS QUE ENTRAN EN CADA CLASIFICACION DE RANGOS-DE RESPUESTAS.

	I	II	III	IV	V
Predominio del superior	57.5%	50%	20%	61.1%	20%
Ambos son iguales	32.5%	45%	30%	22.2%	73.3%
Predominio del inferior	10%	5%	50%	16.6%	6.7%

NOTA: La sistematización de la ansiedad se refiere a la forma en que esta se liga o no a objetos externos.

Variable No. 32 "Estado de Animo"

El predominio de la parte superior de la fórmula habla de excitación y euforia, el predominio de la parte inferior indica estado de ánimo depresivo.

TABLA 7 'A' Frecuencias por grupo.

Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V
0/0 - 8	0/0 - 6	0/0 - 1	0/0 - 3	0/0 - 3
0/1 - 3	0/1 - 1	0/1 - 1	0/1 - 1	0/1 - 1
1/0 - 4	0/2 - 2	0/2 - 1	1/0 - 5	1/0 - 3
1/1 - 1	1/0 - 3	1/1 - 1	1/1 - 5	1/1 - 1
2/0 - 7	2/0 - 1	1/2 - 2	3/1 - 2	1/2 - 1
2/1 - 2	2/2 - 1	3/0 - 2	3/3 - 1	1/5 - 1
2/2 - 1	3/3 - 1	3/5 - 1	5/2 - 1	2/0 - 1
3/0 - 6	3/4 - 1	4/4 - 1		3/0 - 2
3/1 - 1	4/0 - 2	5/3 - 1		4/7 - 1
3/2 - 2	4/3 - 1			9/0 - 1
5/1 - 1	6/0 - 1			
5/2 - 1				
5/7 - 1				
6/3 - 1				
11/3 - 1				

TABLA 7 'B' PORCENTAJE DE SUJETOS QUE ENTRAN EN CADA CLASIFICACION DE RANGOS DE RES PUESTAS.

	I	II	III	IV	V
Predominio del superior	65%	40%	30%	44.4%	46.6%
Ambos son iguales	25%	40%	30%	50%	26.6%
Predominio del inferior	10%	20%	40%	5.5%	26.6%

Variable No. 33 "Base Vivencial"

El predominio de la parte superior por 2 o más unidades indican que el sujeto es más estimulado por su mundo interno que por el medio ambiente. (Es el tipo Introtensivo).

Cuando ambos números son iguales o con una diferencia de sólo una unidad, las tendencias a la introversión como a la extroversión tienen la misma fuerza, es susceptible de ser estimulada tanto por su mundo interno como por el medio ambiente. (Es el tipo Ambigüal).

Cuando ambas cifras son cero (0) nos hablan de una persona que no recibe estimulación ni de su mundo interno, ni del exterior. (Es el Coartado).

El predominio de la parte inferior por 2 o más unidades indica que el sujeto es más susceptible a los estímulos del medio que a los que su propio interior. (Es el tipo Extratensivo).

TABLA 8 'A' Frecuencias por grupo

Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V
0/0 - 4	0/0 - 8	0/0 - 3	0/0 - 4	0/0 - 3
0/.5 - 2	0/.5 - 1	0/.5 - 2	0/.5 - 5	0/1.5- 2
0/1 - 2	0/1 - 1	0/2 - 1	0/2.5- 1	0/2.5- 1
0/2 - 2	0/2 - 1	0/3 - 1	1/.5 - 1	0/3 - 1
0/2.5- 1	0/4 - 1	1/2.5- 1	1/1.5- 2	1/0 - 1
0/3 - 1	0/6 - 1	2/2.5- 1	1/2.5- 1	1/.5 - 3
0/3.5- 1	0/8.5- 1	2/6 - 1	1/5 - 1	1/1.5- 1
0/4.5- 1	1/0 - 1		3/.5 - 1	1/12 - 1
0/5 - 1	1/.5 - 2		5/.5 - 1	2/.5 - 1
0/7.5- 2	1/1.5- 2		6/.5 - 1	4/1.5- 1
1/9 - 4	1/4.5- 1			
1/1.5- 1				
1/3 - 1				
2/0 - 2				
2/.5 - 1				
2/2 - 1				
2/2.5- 1				
2/3 - 1				
3/.5 - 2				
3/1.5- 2				
3/2 - 1				
3/2.5- 1				
3/4 - 1				
4/0 - 1				
4/2 - 1				
4/3.5- 1				
7/11.5-1				

TABLA 8 'B' PORCENTAJE DE SUJETOS QUE ENTRAN EN CADA
CLASIFICACION DE RANGOS DE RESPUESTA.

	I	II	III	IV	V
Intratensivo	15%	-	-	11.1%	6.6%
Ambigüal	45%	35%	40%	50%	53.3%
Coartado	12.5%	40%	30%	22.2%	20%
Extratensivo	27.5%	25%	30%	11.1%	20%

NOTA: La Base Vivencial nos indica la manera como el indi
viduo está respondiendo al momento de la prueba.

Variable No. 34 "Tendencia Natural"

Tanto los rangos, como la interpretación de los mismos en esta variable es igual a la anterior (Variable No. 33 "Base Vivencial"), sólo que mientras en el anterior caso se indica la manera como el individuo está respondiendo al momento de la prueba, en la Tendencia Natural se observa la forma en que el individuo responde usualmente.

TABLA 9 'A' Frecuencias por grupo

Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V
0/0 - 3	0/0 - 2	1/2 - 1	0/0 - 2	0/0 - 2
0/7 - 1	0/1 - 2	2/3 - 1	0/3 - 1	0/1 - 1
1/0 - 1	0/11 - 1	2/4 - 1	2/1 - 1	0/5 - 1
1/1 - 1	1/3 - 1	3/0 - 1	2/3 - 1	1/0 - 2
2/0 - 1	2/0 - 2	3/1 - 1	3/2 - 2	2/0 - 1
2/2 - 2	2/2 - 2	3/3 - 1	4/1 - 1	3/0 - 2
3/1 - 1	3/1 - 1	3/5 - 1	4/2 - 1	3/2 - 1
3/3 - 1	3/2 - 1	4/0 - 1	4/3 - 1	7/2 - 1
4/1 - 1	5/0 - 2	4/2 - 1	4/4 - 1	9/2 - 1
4/2 - 2	5/3 - 2	10/1 - 1	10/2 - 1	10/2 - 1
5/1 - 2	6/0 - 1		10/4 - 1	12/0 - 1
5/3 - 1	7/1 - 1		12/1 - 1	12/1 - 1
5/4 - 1	7/3 - 1		12/2 - 1	
6/0 - 1	8/0 - 1		12/8 - 1	
6/1 - 2			13/2 - 1	
6/2 - 2			15/1 - 1	
6/4 - 2				
7/0 - 1				
7/1 - 2				
7/2 - 1				
8/0 - 1				

9/1 - 1
9/3 - 1
10/0 - 2
11/1 - 1
11/4 - 2
12/2 - 1
12/6 - 1
15/7 - 1

TABLA 9 'B' PORCENTAJE DE SUJETOS QUE ENTRAN EN CADA
CLASIFICACION DE RANGOS DE RESPUESTA

	I	II	III	IV	V
Intratensivo	75%	55%	50%	50%	53.3%
ambigüal	15%	25%	30%	33.3%	26.6%
Coartado	7.5%	10%	-	11.1%	13.3%
Extratensivo	2.5%	10%	20%	5.5%	6.6%

Variable No. 36 "Eficiencia Intelectual"

La relación ideal es 2/1, cuando la parte superior es más del doble de la inferior hay un bajo nivel de eficiencia intelectual, la inteligencia es de tipo reproductivo, se encuentra inhibida o bloqueada.

Cuando predomina la parte inferior, la eficiencia intelectual es inadecuada ya que no ha encontrado el sujeto una manera de expresarla con fines creativos y productivos.

En la relación ideal la persona utiliza sus recursos-intelectuales en actividades productivas o creativas.

TABLA 10 'A' Frecuencias por grupo

Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V
0/0 - 1	3/1 - 1	4/0 - 1	3/0 - 2	1/0 - 1
1/0 - 2	5/0 - 4	5/0 - 1	3/2 - 1	2/0 - 1
2/0 - 2	6/1 - 1	6/0 - 1	4/0 - 1	3/1 - 1
3/2 - 1	7/0 - 2	7/0 - 1	5/0 - 2	5/0 - 1
3/4 - 1	8/0 - 1	7/1 - 1	5/1 - 1	5/1 - 2
4/0 - 2	8/2 - 1	7/2 - 1	5/2 - 1	6/0 - 2
4/1 - 1	9/0 - 3	8/0 - 1	6/1 - 3	7/1 - 1
4/4 - 1	9/1 - 1	10/0 - 2	6/7 - 1	8/1 - 1
5/0 - 1	10/0 - 2	10/2 - 1	7/0 - 3	8/2 - 1
5/1 - 1	10/1 - 2		9/0 - 2	9/1 - 1
5/2 - 2	12/0 - 1		10/3 - 1	9/4 - 1
5/3 - 1	14/1 - 1			10/0 - 1
6/0 - 1				15/1 - 1
6/2 - 1				
6/3 - 1				

6/4	- 1
6/7	- 1
7/0	- 1
7/1	- 1
7/3	- 1
7/4	- 1
8/0	- 1
8/1	- 2
9/0	- 2
9/2	- 1
9/4	- 1
10/0	- 1
10/1	- 2
10/4	- 2
11/1	- 1
11/5	- 1
12/0	- 1

TABLA 10 'B' PORCENTAJE DE SUJETOS QUE ENTRAN EN
CADA CLASIFICACION DE RANGOS DE RES
PUESTA.

	I	II	III	IV	V
Sobrepasa la relación	65%	100%	100%	83.3%	93.3%
Relación ideal 2/1	12.5%	-	-	11.1%	-
No alcanza la relación	22.5%	-	-	5.5%	6.6%

TABLA 10

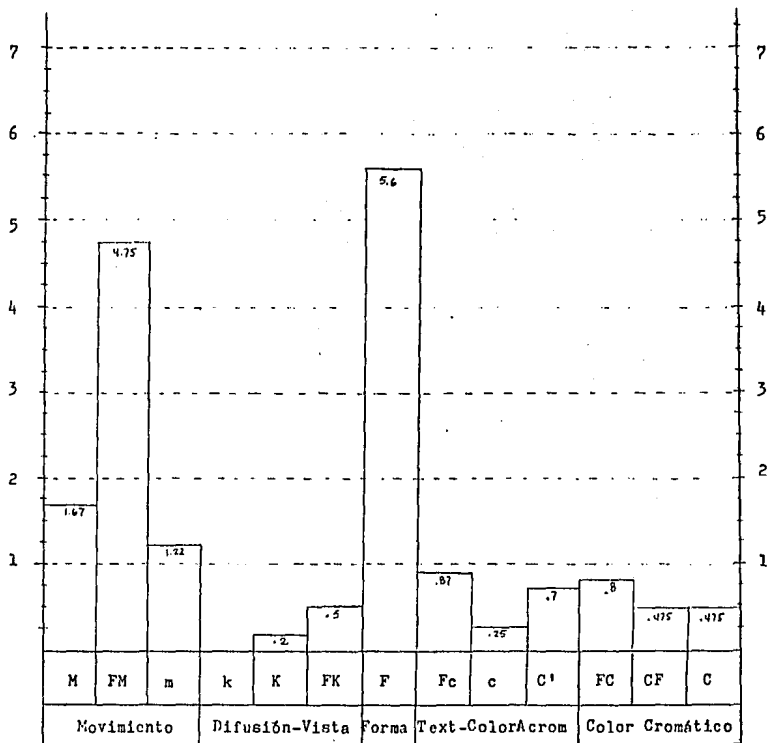
PROMEDIO DE APARICION DE FENOMENOS ESPECIALES EN CADA GRUPO.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Shock	1.0	1.3	2.1	0.666	0.733
Fracaso	0.375	0.25	0.4	0.555	0.733
Perseveración	0.4	1.9	1.4	0.888	0.2
Rotación de Lám.	2.275	2.450	2.50	3.111	1.666
Resp. Invertida	1.475	1.70	0.6	2.777	1.533
Fracaso superado	0.05	0.20	0.10	0	0.066
Acent. del centro	0.10	0.10	0	0	0
Acent. de simet.	0.075	0.10	0	0	0
Resp. diminutiva	0.575	0.450	0.10	0.833	0.866
Resp. interrogat.	0.05	0	0.10	0	0
Resp. máscara	0.025	0	0	0.055	0
Color en negras	0.075	0	0	0	0.066
Autorreferencia	0.375	0.450	0	0.722	1.0
Resp. religiosa	0.025	0	0.10	0.055	0.066
Resp. agresiva	0.225	0.050	0	0.222	0.066
Consc. interpret.	0.075	0	0.20	0	0
Critica de objeto	0.275	0.20	0.20	0.055	0
Shock al rojo	0.10	0.20	0	0	0
Mutilación	0.425	1.250	0.40	0.444	0.666
Respuesta "o"	0.375	0.30	0.20	0.277	0
E.Q.E.	0.475	0	0	0.111	0.266
E.Q.A.	0.025	0	0	0	0

Alt. amnésica	0.05	0.10	0.10	0.111	0.40
Acent. de ojos	0.10	0.05	0	0.055	0
Resp. de letras	0.025	0	0	0	0
Contaminación	0.075	0.30	0	0.055	0.133
Valoración	0.40	0.45	1.0	1.388	1.266
Negación de rptá.	0.175	0.20	0.30	0.055	0
Descripción	0.025	0	0	0	0
Resp. de reflejo	0.025	0.10	0	0	0
Imp. de semejanza	0.025	0	0	0	0
Resp. Oral	0.025	0.20	0.30	0	0.40
Excesiva minuciosa	0	0.25	0	0	0
Resp. sexual	0	0	0	0.055	0

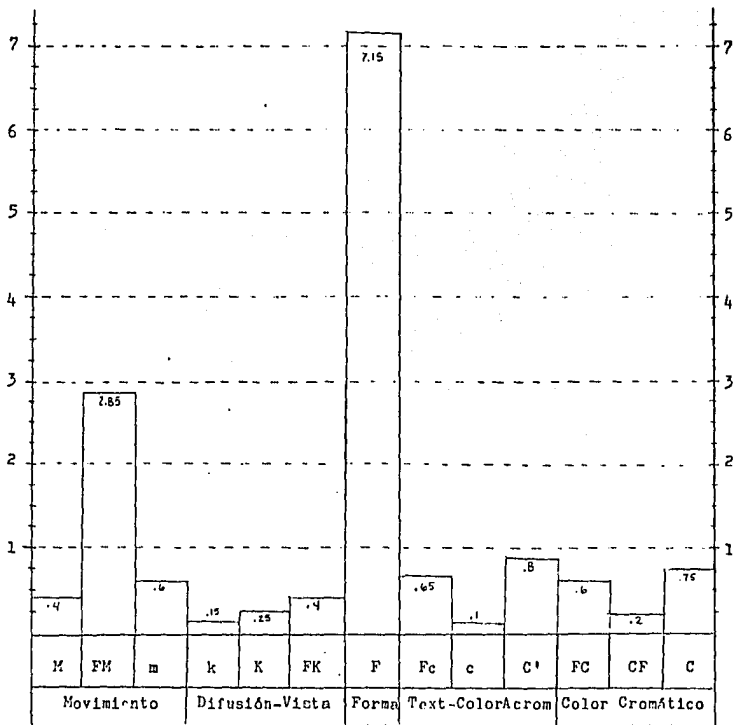
GRAFICA 1

PSICOGRAMA GRUPO 1 (Normales)



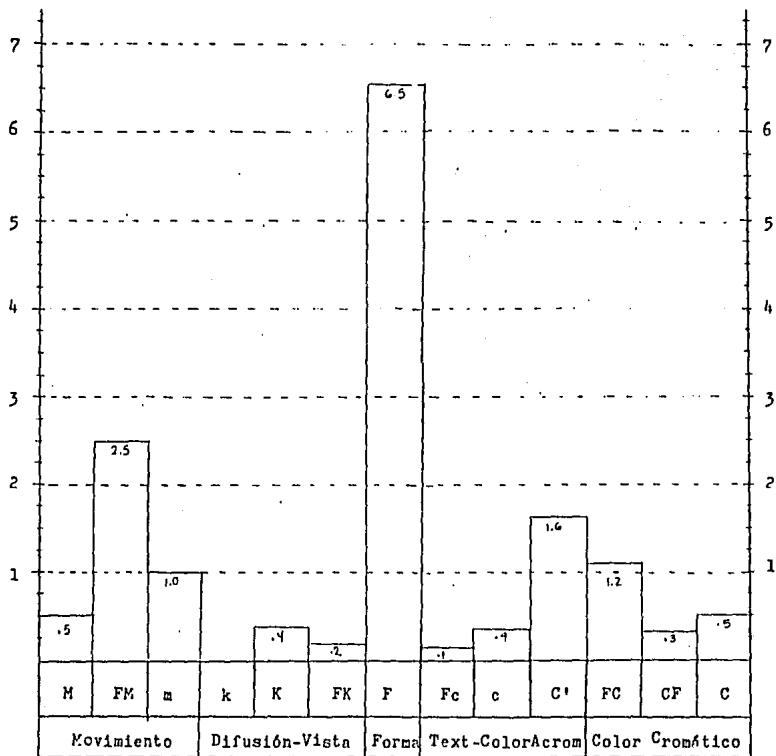
GRAFICA 2

PSICOGRAMA GRUPO 2 (D.A.H.)

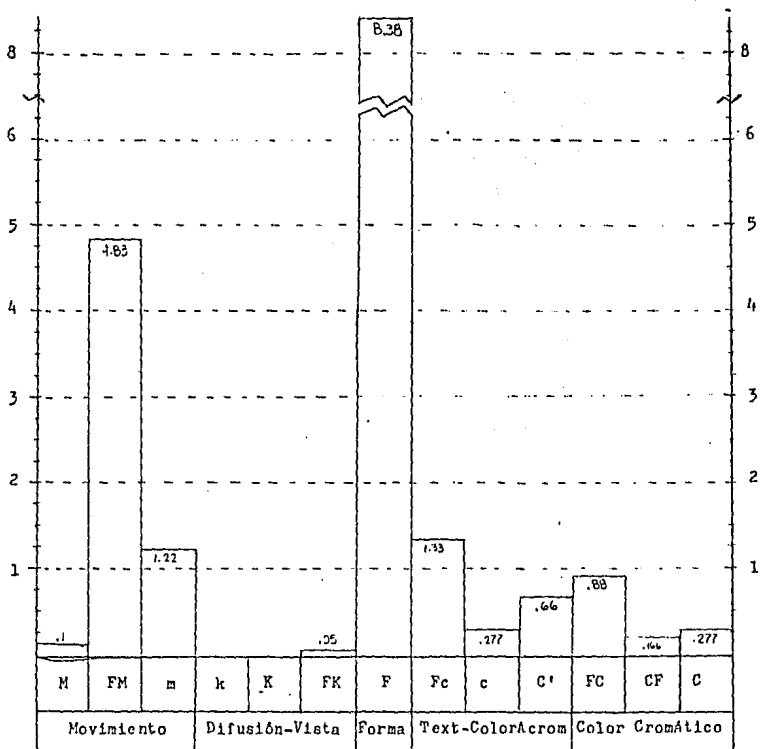


GRAFICA 3

PSICOGRAMA GRUPO 3 (Neuróticos)

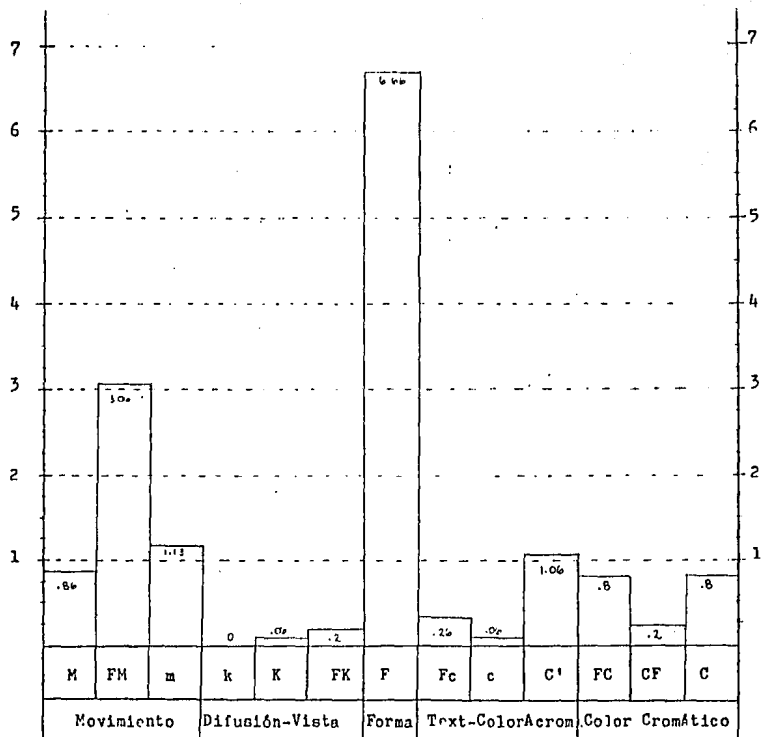


GRAFICA 4
 PSICOGRAMA GRUPO 4 (Anmáticos)



GRAFICA 5

PSICOGRAMA GRUPO 5 (Enferm. Crónica)



CAPITULO V CONCLUSIONES COMENTARIOS Y
SUGERENCIAS.

CONCLUSIONES.

La hipótesis que sustenta este trabajo plantea lo siguiente: "Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de los protocolos de niños normales, con déficit de la atención e hiperactividad, con trastornos psiquiátricos, asmáticos y con padecimientos crónicos."

Los resultados obtenidos, enunciados en el anterior capítulo apoyan parcialmente esta hipótesis, encontrando como principales índices diferenciables entre los cinco grupos los siguientes:

GRUPO I (Normales)

a) RESPECTO A LAS 26 VARIABLES ESTUDIADAS CON EL METODO ANOVA-1

- Porcentaje de respuestas de movimiento (Columna 12, M₁) significativamente mayor que en todas las demás poblaciones estudiadas.
- Suma de respuestas Populares (Columna 20, ΣP) significativamente mayor que el grupo II. (DAH)

B) RESPECTO A LAS 7 VARIABLES EN QUE SE COMPARARON LOS -- PORCENTAJES DE FRECUENCIA EN CADA RANGO

- Es el único grupo que muestra (aunque en un bajo porcentaje) la relación ideal de Control de Impulsos. (Variable 25)

- Muestra un porcentaje más alto que los demás grupos en el predominio de la parte superior de la relación Estado de Animo (Variable No. 32).
- Muestra un porcentaje más alto de Base Vivencial - Intratensiva (Variable No. 33) y Tendencia Natural Intratensiva (Variable No. 34) que los demás grupos.
- Muestra el porcentaje más alto en la relación ---- ideal de la Eficiencia Intelectual (Variable No. - 36)
- Muestra el porcentaje más bajo de Inhibición Intelectual (Variable No. 36)

c) RESPECTO A LOS FENOMENOS ESPECIALES

- La "Consciencia de interpretación" se presentó únicamente en este grupo (Con excepción del grupo III en el que se presentó con una frecuencia menor)
- El fenómeno "E.Q.E." se presentó con mayor frecuencia que en los demás grupos.
- El fenómeno "E.Q.A." solamente se presentó en este grupo.
- La "Acentuación de Ojos" se dió con mayor frecuencia en este grupo.
- Las "Respuestas de Letras" (que se consideran normales en niños) sólo se dieron en este grupo.

GRUPO II (Déficit de la Atención e Hiperactividad)

a) RESPECTO A LAS 26 VARIABLES ESTUDIADAS CON EL METODO ANOVA-1

- El porcentaje de respuestas de Movimiento (Columna 12, M%) fue significativamente menor que el grupo I.
- El tiempo de reacción a las láminas cromáticas (Columna 14, T.R.C.) fue significativamente menor que en los demás grupos.
- El porcentaje de respuestas de Detalle usual (Columna 8, D%) fue menor significativamente que en los grupos IV (asmáticos) y V. (crónicos).
- El total de respuestas Populares (Columna 20, IP) es menor significativamente que en los grupos I -- (normales) y IV (asmático)

b) RESPECTO A LAS 7 VARIABLES EN QUE SE COMPARARON LOS PORCENTAJES DE FRECUENCIA EN CADA RANGO.

- Extrañamente este grupo presente el porcentaje menor de inadecuado manejo de impulsos (Variable No. 25)
- Extrañamente también, presenta este grupo el porcentaje menor de ansiedad no sistematizada, libremente flotante (Variable No. 31)
- Presenta el porcentaje mayor de Tipo Vivencial --- Coartado (Variable No. 33)

- Presenta un alto porcentaje (100%) de Inhibición - o bloqueo Intelectual. (Variable No. 36)

c) CON RESPECTO A LOS FENOMENOS ESPECIALES

- La "Perseveración" se dio con mayor frecuencia que en los demás grupos
- El "Fracaso Superado" se dio con mayor frecuencia - que en los demás grupos.
- Respuestas de "Mutilación" fueron dadas también -- con mayor frecuencia.
- El "Shock al Rojo" se dio con mayor frecuencia.
- Respuestas de "Contaminación" se dieron con mayor - frecuencia.
- Respuestas de "Reflejo" se dieron con mayor fre--- cuencia.
- Fue el único grupo en el que se presentó la "Exce- siva minuciosidad en los detalles"

GRUPO III (Trastornos Psiquiátricos-Neurosis)

a) RESPECTO A LAS 26 VARIABLES ESTUDIADAS CON EL METODO - ANOVA-1

- El porcentaje de respuestas de movimiento (Columna 12, M%) fue significativamente menor que en el gru po I.

b) RESPECTO A LAS 7 VARIABLES EN QUE SE COMPARARON LOS --
PORCENTAJES DE FRECUENCIA EN CADA RANGO.

- Es el grupo que presenta un porcentaje mayor de ma
nejo inadecuado de impulsos (Variable No. 25)
- Muestra un porcentaje alto (100%) en la manifesta-
ción de la agresividad hacia objetos totales (Va--
riable No. 27)
- Muestra el porcentaje más alto de ansiedad no sis-
tematizada, libremente flotante (Variable No. 31)
- Muestra el porcentaje más alto de estado de ánimo
depresivo (Variable No. 32)
- Muestra el porcentaje más alto de Base Vivencial -
(Variable No. 33) y Tendencia Natural (Variable --
No. 34) extratensivos)
- El porcentaje de bloqueo intelectual (Variable No.
36) muestra un altísimo porcentaje (100%)

c) RESPECTO A LOS FENOMENOS ESPECIALES

- La frecuencia del "Shock a la lámina" es mayor que
en los demás grupos.
- Las "Respuestas Religiosas" aparecieron con mayor-
frecuencia
- Fue el único grupo en el que no se presentaron ---
"Respuestas agresivas"

- La "Valoración" fue mas alta que en los grupos I y II.
- La "Negación de Respuesta" apareció con mayor frecuencia.
- Las "Respuestas Orales" se dieron con mayor frecuencia.

GRUPO IV (Asmáticos)

a) RESPECTO A LAS 26 VARIABLES ESTUDIADAS CON EL METODO - ANOVA-1

- El porcentaje de respuestas de Movimiento (Columna 12, M₁) fue significativamente menor que el grupo I.
- El porcentaje de respuestas de Detalle Usual (Columna 9, D₁) fue significativamente mayor que en los grupos II y III.
- La suma de respuestas Populares (Columna 20, ΣP) fue significativamente mayor que el grupo II pero igual al grupo I.

b) RESPECTO A LAS 7 VARIABLES EN LAS QUE SE COMPARARON -- LOS PORCENTAJES DE FRECUENCIAS EN CADA RANGO.

- Además del grupo V, es el único que muestra un porcentaje de sujetos con un control represivo de impulsos (Variable No. 25)

- Muestra el porcentaje más alto de ansiedad sistematizada (Variable No. 31)
- Muestra el porcentaje más bajo de estado de ánimo depresivo (Variable No. 32)

c) CON RESPECTO A LOS FENOMENOS ESPECIALES

- La "Rotación de Lámina" se dió con mayor frecuencia que en los demás.
- Las "Respuestas invertidas" se dieron también con mayor frecuencia.
- La "Valoración de las láminas" se dio con mayor frecuencia.
- Fue el único grupo que presentó "Respuestas Sexuales"

GRUPO V (Enfermos Crónicos)

a) CON RESPECTO A LAS 26 VARIABLES ESTUDIADAS CON EL METODO ANOVA-1

- El porcentaje de respuestas de Movimiento (Columna 12, M%) fue significativamente menor que el grupo I.
- El porcentaje de respuestas de detalle usual (Columna 8, D%) fue significativamente mayor que en el grupo II.
- El porcentaje de respuestas de clarobsuro (Columna 14, Clob%) fue significativamente menor que en los

demás grupos.

b) RESPECTO A LAS 7 VARIABLES EN QUE SE COMPARARON LOS --
PORCENTAJES DE FRECUENCIA EN CADA RANGO.

- Es el grupo que muestra un más alto porcentaje de control represivo de los impulsos (Variable No. -- 25)
- Posee un porcentaje mayor que los demás de sujetos que manifiestan una Base Vivencial (Variable No. - 33) y Tendencia Natural (Variable No. 34) ambiguas.

c) RESPECTO A LOS FENOMENOS ESPECIALES.

- El "Fracaso" en las láminas se presenta con más al ta frecuencia que en los demás grupos.
- Las "Respuestas Diminutivas" se dan con mayor frecuencia.
- La "Autorreferencia" se da con mayor frecuencia.
- Es el único grupo que no presentó "Crítica de Obj to"
- La "Mutilación" se da con más alta frecuencia que los grupos I, III y IV
- Fue el único grupo que no presentó "Respuestas r."
- La "Alteración amnésica en el hallazgo de las pala

bras" se dio con mayor frecuencia que en los demás grupos.

- La "Valoración" se dio con más alta frecuencia que en los grupos I y III

- Las "Respuestas Orales" se dieron con mayor frecuencia que en los demás grupos.

En términos generales podemos considerar que se han logrado los objetivos, tanto en la obtención de puntajes significativos de cada grupo, como también se ha comprobado que el Test de Rorschach es un instrumento útil de diagnóstico psicológico para niños Mexicanos de 6 a 10 años. Los resultados encontrados a la vez, nos plantean nuevos cuestionamientos que podrían dar origen a investigaciones posteriores sobre el tema.

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

A lo largo de la presente investigación, como sucede invariablemente, se encuentran obstáculos no tomados en consideración en un principio, que parecen impedir el logro de los objetivos y que nos obligan a modificar algunos puntos de vista o métodos de trabajo para facilitar la tarea. Los principales obstáculos que me encontré durante la realización se refirieron principalmente a:

- 1.- La gran diversidad de criterios de calificación de la prueba.
- 2.- La falta de uniformidad en el criterio clínico de diagnóstico entre los profesionistas de la salud.
- 3.- La dificultad y en algunos casos la imposibilidad de manejar estadísticamente los datos de la prueba.
- 4.- El poco apoyo que instituciones públicas de salud prestan a la investigación en este nivel.

A medida que se superan y se avanza en el conocimiento de la materia, encontramos que surgen de manera espontánea, casi accidental datos que no buscábamos en particular. En este caso me llamó la atención las particularidades en el comportamiento de los sujetos durante la prueba que puede resumirse como sigue:

- 1.- El grupo de los niños normales presentó un comportamiento similar al de los adolescentes o adultos

jóvenes, tomaban la tarea con interés y entusiasmo, procurando rendir adecuadamente y gozando de esto.

- 2.- El grupo de niños hiperactivos se caracterizó -- por la inquietud psicomotora, la inestabilidad -- en el interés prestado a la prueba, no se preocupaban por su rendimiento tanto como los otros -- grupos y predominaba a simple vista la velocidad y la cantidad de respuestas más que la calidad.
- 3.- El grupo de niños neuróticos fue el que mostró -- un comportamiento más homogéneo entre sí, preguntaban constantemente acerca de la prueba sin alterar su atención o su producción de respuestas. El lenguaje era menos espontáneo que en los demás grupos y se observaba con mucha frecuencia el rechazo abierto o nó a las láminas.
- 4.- El grupo de niños asmáticos fue el que más se -- presionaba por lograr una "excelente" ejecución del test, pedían ocasionalmente que evaluara yo sus respuestas como "buenas" o "malas". Tomaban las láminas con cautela manipulándolas constantemente.
- 5.- El grupo de enfermos crónicos fue el que menos -- interés mostró por la prueba, la productividad -- a simple vista fue muy pobre y lenta, trataban -- de relacionar el test con su enfermedad de la -- que solían comentar con frecuencia.

Para finalizar me gustaría agregar que aunque el tra

bajo cumple con los objetivos fijados al inicio del capítulo I, tiene aún más posibilidades de análisis e interpretación; se mencionó ya que la interpretación psicodinámica de los resultados no era un objetivo ni formaba parte del trabajo; más sin embargo posteriores trabajos pueden hacerse al respecto. Para esto se cuenta tanto con -- los protocolos originales como con los puntajes individuales y grupales que nos pueden ofrecer diferentes perspectivas de estudio.

ANEXOS

Apéndice A

(Clasificación de respuestas)

Grupo: _____

Fecha de aplicación: _____

Sujeto No. _____

Lugar de aplicación: _____

No. R.	Localiz.	Determ.	contenido	Frec.	Fenómenos especiales
I					
II					
III					
IV					
V					

VI					
----	--	--	--	--	--

VII					
-----	--	--	--	--	--

VIII					
------	--	--	--	--	--

IX					
----	--	--	--	--	--

X					
---	--	--	--	--	--

(Tabulación de respuestas)

Grupo: _____

Fecha de aplic. _____

Sujeto No. _____

Lugar de aplic. _____

No. R _____

No. D _____

No. C _____

T.R.C. _____

T.R.A. _____

T.R.T. _____

W% _____ F% _____

A% _____

P% _____

D% _____ M% _____

H% _____

IP _____

Dd% _____ C% _____ Otros% _____

S% _____ Clob% _____ Anat% _____

$$F+\% \frac{F++(\frac{1}{2})F\pm}{F} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$$

Fuerzas de las defensas:

$$\frac{F+ + F\pm}{\text{No. D}} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$$

Grado de Control Racional:

$$\frac{F++ FK + Fc}{\text{No. D}} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$$

Tipo de Control Racional:

$$\frac{FK - Fc}{F+} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$$

Impulsos:

$$\frac{M+}{M-+FM+m+desv} = \underline{\hspace{2cm}}$$

Capacidad Introspectiva:

FK: KF: K

Agresividad:

$$\frac{H + (H) + A + (A)}{Hd+(Hd) + A + (Ad)} = \underline{\hspace{2cm}}$$

Afectos:

$$FC: CF: C = \underline{\hspace{2cm}}$$

Σ Color:

$$FC (\frac{1}{2}): CF(1): C(1\frac{1}{2}) = \underline{\hspace{2cm}}$$

Tacto:

$$Fc: cF: c = \underline{\hspace{2cm}}$$

Ansiedad:

$$\frac{F(\text{Clob})}{(\text{Clob})F + (\text{Clob})} = \underline{\hspace{2cm}}$$

Estado de Animo:

$$\frac{C}{C'} = \underline{\hspace{2cm}}$$

Base Vivencial:

$$\frac{M}{\Sigma C} = \underline{\hspace{2cm}}$$

Tendencia Natural:

$$\frac{FM+m}{C'+c} = \underline{\hspace{2cm}}$$

Reactividad Afva. al Medio:

$$\frac{R(\text{VIII}) + R(\text{IX}) + R(\text{X})}{\text{No. R}} \times 100 = \underline{\hspace{2cm}}$$

Eficiencia Intelectual:

$$\frac{N}{M} = \underline{\hspace{2cm}}$$

FENOMENOS ESPECIALES:

APENDICE C (PRUEBA ESTADISTICA ANOVA 1)

ANOVA 1: No. 4 "Tiempo de reacción a Láminas Cromáticas"

	Suma de - cuadrados	Grados de libertad	Cuadrados Medias
Tratamiento	1146.252	4	286.563
error	11209.94	98	114.3872
Total:	12356.2		

F-TEST RATIO: 2.505202

ANOVA 1: No 8 "Porcentaje de respuestas de detalle"

Tratamiento	5714.141	4	1428.535
error	53816.33	98	549.1462
Total:	59530.47		

F-TEST RATIO: 2.601375

ANOVA 1: No. 12 "Porcentaje de respuestas de movimiento"

Tratamiento	4723.438	4	1180.859
Error	53113.98	98	541.9794
Total:	57837.42		

F-TEST RATIO: 2.17879

ANOVA 1: No. 14 "Porcentaje de respuestas de claro-oscuro"

	Suma de - cuadrados	Grados de libertad	Cuadrados Medias
Tratamiento	557.9019	4	139.4755
Error	6260.7	98	63.8847
Total	6818.602		

F-TEST RATIO: 2.183238

ANOVA 1: No. 20 "Suma de populares o indice de realidad"

Tratamiento	24.86365	4	6.215912
Error	265.2334	98	2.706463
Total	290.0971		

F-TEST RATIO: 2.296692

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Anne Anastasi; Tests Psicológicos; 3 ed. 3 reimp.; - año 1977; Ed. Aguilar.
- (2) Rabin Albert I. y Mary R. Hawort; Técnicas Proyectivas para niños; 1° Ed.; año 1966; Ed. Paidós, p. 16
- (3) Ewald Bohm; Manual Psicodiagnóstico del Rorschach; - 7° ed.; Ed. Morata S.A.; p. 193
- (4) Louise Bates Ames y otros; El Rorschach Infantil; - 2° ed.; Ed. Paidós; p. 37
- (5) Henry A. Murray; Test de Apercepción Temática (TAT), - Manual para la aplicación; Psicometría y Diagnóstico Ed. Paidós.
- (6) H. Rorschach; Psicodiagnóstico; 7° reimpression; año- 1980; Ed. Paidós.
- (7) Margarita Loosli-Usteri; Manual práctico del Test de Rorschach; 2° ed.; Ediciones RIALP; Madrid.
- (8) Margarita Loosli-Usteri; Manual práctico del Test de Rorschach; 2° ed.; Ediciones RIALP; Madrid.; p. 10
- (9) Louise Bates Ames y otros; El Rorschach Infantil; 2° ed.; año 1972; Ed. Paidós.
- (10) Louise Bates Ames y otros; El Rorschach Infantil; 2° ed.; año 1972; Ed. Paidós.; p. 42

- (11) Cecile Beizmann; El Rorschach en el niño de 3 a 10 - años; Ed. Aguilar.
- (12) Cecile Beizmann; El Rorschach en el niño de 3 a 10 - año; Ed. Aguilar.; p. 286
- (13) Theodora Alcock; La Prueba de Rorschach en la práctica; 1° reimpresión; Fondo de Cultura Económica.
- (14) Theodora Alcock; La Prueba de Rorschach en la práctica; 1° reimpresión; Fondo de Cultura Económica; p. - 249.
- (15) Ewald Bohm; Vademecum del Test de Rorschach (tablas- auxiliares para su aplicación); 2° ed.; Ed. Morata - S.A.; Madrid.
- (17) E. Bleuler; Lehrbuch der Psychiatrie; Springer, Ber- lín, año de 1916; p. 9
- (16) Cytrin Leon M.D. and Donald H. McKnew, Jr., M.D.; -- Proposed Classification of childhood Depression; --- Annual Progress in Child Psychiatry and Development.
- (18) H. Rorschach; Psicodiagnóstico; 7° reimpresión; 1980; Ed. Paidós; p. 25
- (19) Anne Anastasi; Tests Psicológicos; 3° edición. 3° -- reimpresión; año 1977; Ed. Aguilar; p. 515
- (20) Theodora Alcock; La prueba del Rorschach en la práctica; 1° reimp.: Fondo de Cultura Económica; p. 13.

- (21) Louise Bates Ames y otros; El Rorschach infantil; Ed. Paidós; año 1972
- (22) Cecile Beizmann; El Rorschach en el niño de 3 a 10 - año; Ed. Aguilar
- (23) Louise Bates Ames y Otros; El Rorschach infantil; Ed. Paidós; año 1972
- (24) H. Rorschach; Psicodiagnóstico; 7° reimpresión; 1980; Ed. Paidós.
- (25) Cecile Beizmann; El Rorschach en el niño de 3 a 10 - años; Ed. Aguilar p. 13
- (26) Louise Bates Ames y otros; El Rorschach infantil; 2° Ed.; Ed. Paidós año 1972; p. 34
- (27) Anne Anastasi; Tests Psicológicos; 3° Edición 3° --- reimpresión; año 1977; Ed. Aguilar; p. 109
- (28) Louise Bates Ames y otros; El Rorschach Infantil; 2° edición; año 1972; Ed. Paidós; p. 44 y ss.
- (29) Klopfer y Davidson; Técnica de Psicodiagnóstico de Rorschach; Ed. Paidós.
- (30) Louise Bates Ames y otros; El Rorschach Infantil; 2° edición; Ed. Paidós.
- (31) Theodora Alcock; La prueba del Rorschach en la práctica; 1° reimpresión; Fondo de Cultura Económica.

- (32) Margarita Loosli-Usteri; Manual práctico del Test de Rorschach; 2° edición; Ed. RIALP; Madrid.
- (33) Louise Bates Ames y otros; El Rorschach Infantil; 2° Edición; año 1972; Ed. Paidós; p. 54
- (34) Klopfer y Davidson; Técnica de Psicodiagnóstico de - Rorschach; Ed. Paidós.
- (35) Louise Bates Ames y otros; El Rorschach infantil; 2° edición; año 1972; Ed. Paidós; p. 56
- (36) Louise Bates Ames y otros; El Rorschach infantil; 2° edición; año 1972; Ed. Paidós; p. 60
- (37) Klopfer y Davidson; Técnica de Psicodiagnóstico de - Rorschach; Ed. Paidós.
- (38) Margarita Loosli-Usteri; Manual práctico del Test de Rorschach; Ediciones RIALP, S.A.; Madrid; año 1972
- (39) Group for the Advancement of Psychiatry; Psychopathological Disorders in Childhood; Theoretical considerations and a Proposed Classification; Volume VI; Report 62; June 1966.
- (40) Alfred M. Freedman, Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sack; Tratado de Psiquiatría; Tomo II; Ed. Salvat; - año 1982; p. 2365
- (41) J. de Ajuriaguerra; Manual de Psiquiatría Infantil; - 4° edición; Ed. Masson; año 1983; p. 609

- (42) Asociación Psiquiátrica americana; Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; Ed. Masson; año 1983.
- (43) Alfred M. Freedman, Harold L. Kaplan, Benjamin J. Sadock; Tratado de Psiquiatría; Tomo II; Ed. Salvat; - año 1982
- (44) American Psychological Association; Journal of Consulting and Clinical Psychology; año 1985; Vol. 53; - No. 5; p. 647-656
- (45) American Psychological Association; Journal of Consulting and Clinical Psychology; año 1985; Vol. 53; - No. 4; p. 535-537.
- (46) Leon Cytryn, M.D. and Donald H. McKnew Jr., M.D.; - Reprinted from the American Journal of Psychiatric- in Annual Progress in Child Psychiatry and Development; part VI; (A.J.P. Vol. 129, año 1972).
- (47) Rafael Velazco Fernández; El niño Hiperkinético; 2° edición; Ed. Trillas; año 1980; México.
- (48) Asociación Psiquiátrica Americana; Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; Ed. Masson; año 1983.
- (49) Rafael Velazco Fernández; El niño Hiperkinético; 2° edición; Ed. Trillas; año 1980; México; p. 27
- (50) Loretta Bender; The Brain and Child Behavior; Archives of General Psychiatry.

- (51) Asociación Psiquiátrica Americana; Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales; Ed. Masson año 1983
- (52) Monografías de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil; I Congreso Nacional; Guadalajara Jal.; año 1976; p. 38
- (53) Antoine Porot; Diccionario de Psiquiatría; Tomo 2; - 3° edición; Ed. Labor; p. 981
- (54) J. de Ajuriaguerra; Manual de Psiquiatría Infantil;- 4° edición; Ed. Masson; p. 733.
- (55) J. de Ajuriaguerra; Manual de Psiquiatría Infantil;- 4° edición; Ed. Masson; p. 737
- (56) Psychophysiologic Disorders;
- (57) Leo Kanner; Psiquiatría Infantil; Siglo XX; 3° edición; año 1974; p. 408
- (58) J. de Ajuriaguerra; Manual de Psiquiatría Infantil;- 4° edición; Ed. Masson; p.738.
- (59) M. Sperling; A psychoanalytic Study of Bronchial --- Asthma in children; The asmatic child; H.I. Scheer,- N.Y., Harper & Row; 1963; p. 138-165.
- (60) M.C. Harris y ShurÉ, N.; A Study of behaviour pa--- tterns in asthmatic children. J. All; 1956; p. 27,- 312.

- (61) Herbert M.; Personality factors and bronchial asthma; a study of south African Indian children; J. Psychosomatic Res.; 1965; Vol. 8; p. 353-364.
- (62) Miller H. y D. Baruch; Psychological dynamics in -- allergic patients as shown in individual and group-psychotherapy; J. Consult. Psychiatry; 1948; Vol. 12 p. 111
- (63) J. de Ajuriaguerra; Manual de Psiquiatria Infantil; 4° edición; Ed. Masson;
- (64) Salvador Minuchin y Cols.; Archives of General Psychiatry, August 1975; Vol. 32; American Medical Association.

31	M	9	2	14	17	25	A5	B8	A6	62	23	13	0	6	70	16	6	32	20	48	8	27	4	100	6	12	100	25	33	$\frac{20}{100}$	$\frac{14}{100}$	$\frac{16}{100}$	$\frac{25}{100}$	$\frac{33}{100}$	1:0:0	2:0:1	0:0:0	
32	M	9	8	8	9	17	8	17	A6	62	38	0	0	13	15	0	12	56	22	22	0	63	5	0	0	25	0	0	25	$\frac{24}{100}$	$\frac{14}{100}$	$\frac{9}{100}$	$\frac{26}{100}$	$\frac{31}{100}$	0:0:0	0:0:0	0:1:0	
33	M	7	4	14	14	21	8	18	21	29	64	7	0	64	27	7	0	86	14	0	0	50	7	83	57	50	0	0	21	$\frac{13}{100}$	$\frac{14}{100}$	$\frac{9}{100}$	$\frac{16}{100}$	$\frac{31}{100}$	0:0:0	0:0:0	0:0:0	
34	M	6	4	20	21	22	B	15	8	5	85	10	0	24	52	9	4	59	23	18	9	20	4	83	24	33	40	1	40	$\frac{11}{100}$	$\frac{14}{100}$	$\frac{16}{100}$	$\frac{26}{100}$	$\frac{31}{100}$	0:0:0	2:0:0	2:0:0	
35	M	6	16	11	18	6	4	4	6	69	31	0	0	41	29	3	2	87	5	5	0	12	2	64	29	35	50	15	50	$\frac{29}{100}$	$\frac{16}{100}$	$\frac{16}{100}$	$\frac{26}{100}$	$\frac{31}{100}$	0:0:0	3:0:0	2:0:0	
36	M	6	2	15	17	19	5	4	5	50	20	0	0	37	37	20	5	33	10	37	11	20	3	100	37	42	29	25	20	$\frac{11}{100}$	$\frac{11}{100}$	$\frac{16}{100}$	$\frac{26}{100}$	$\frac{31}{100}$	0:0:0	0:0:0	1:0:0	
37	M	7	7	11	15	16	8	4	5	4	9	0	0	40	13	46	6	56	0	27	3	66	33	20	0	75	21	9	2	$\frac{9}{100}$	$\frac{16}{100}$	$\frac{16}{100}$	$\frac{26}{100}$	$\frac{31}{100}$	0:0:0	0:0:0	0:0:0	
38	M	6	7	11	14	16	2	2	2	2	31	9	0	0	20	57	14	7	31	6	63	6	18	2	66	14	21	50	3	27	$\frac{28}{100}$	$\frac{11}{100}$	$\frac{16}{100}$	$\frac{26}{100}$	$\frac{31}{100}$	1:0:0	0:0:0	0:0:0
39	M	7	8	25	25	27	6	2	15	2	11	20	0	60	24	8	8	41	11	48	11	20	5	87	52	60	15	1	32	$\frac{34}{100}$	$\frac{11}{100}$	$\frac{16}{100}$	$\frac{26}{100}$	$\frac{31}{100}$	1:0:0	2:0:0	1:0:0	
40	M	7	6	14	15	5	15	10	5	2	2	7	93	0	0	7	53	20	37	6	29	4	54	57	50	16	0	43	$\frac{16}{100}$	$\frac{16}{100}$	$\frac{16}{100}$	$\frac{26}{100}$	$\frac{31}{100}$	0:0:0	0:0:0	0:0:0		

GRUPO 2 (Déficit de Atención e Hiperactividad)

Sujeto	Edad	No. Resp.	No. Det.	No. Lont.	T.R. C.	T.R. A.	T.R. T.	W%	D%	Dd%	S%	F%	M%	C%	Clo%	A%	H%	Otras%	Finat%	P%	ZP	F%	Fca. deprim.	Unido de C.R.	Tipo de C.R.	Z. Color	Reactividad	Impulsos	Atensidad	Ansiedad	Eddo. Primario	Edad Viv.	Tend. Nubl.	Efic. Intel.	Cap. Intelect.	Afecto	Tocho			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36					
1	M	10.9	22	30	29	4.2	3.6	3.9	4.3	2.3	1.4	0	1.7	2.3	2.3	3.1	5.2	1.7	3	18	4	20	10	4.7	3.6	4.5	3.6	9/14	10/11	3/4	4/5	5/11	1/1	4	0.0	0.0	3	0:0:0	0:0:0	0:0:0
2	M	9.6	10	12	11	3.6	10.2	6.9	1.0	0	0	0	2.1	4.5	18	9	7.2	0	2.7	0	4.0	4	0	0	4	0	0	30	0%	0%	1/5	1/2	0%	5/3	1/6	0	0:0:0	0:0:0	1:0:0	
3	M	9.9	13	13	13	8.6	10.4	9.5	6.9	2.3	8	0	7.1	15	0	8	7.7	0	2.3	15	3.1	4	10	38	23	0	0	46	2%	9/1	1/6	0%	0%	3/6	0%	0	0:0:0	0:0:0	0:0:0	
4	M	9.0	13	13	15	9.8	5	7.4	28	5.4	8	0	6.1	2.3	0	15	4.0	7	5.3	30	8	1	38	2.3	3.1	3.1	0	2.3	0%	4/3	3/6	0%	0%	3/1	3/6	0	0:0:0	0:0:0	1:0:0	
5	M	9.4	21	21	21	4.6	5	4.8	1.4	4.8	28	9	5.7	10	3.3	0	38	5	5.7	5	1.9	4	9.2	5.2	5.2	0	1.5	1/1	1/2	0%	4/3	4/3	1/3	0	0	0	0:0:0	2:0:0	0:0:0	
6	F	10.11	14	14	15	7.2	5.2	6.2	4.3	5.1	0	0	3.6	6.4	0	0	1.3	2.0	7	0	28	4	6.0	2.9	2.9	0	0	4.3	0%	1/1	0%	1/5	5/6	6/1	0	0:0:0	0:0:0	0:0:0		
7	M	7.6	12	12	12	2.8	1.3	3.8	1.5	2.5	0	0	6.1	0	3.3	0	0	1.0	0	0	1.0	0	1	3.3	1.7	1.1	0	4	2.5	0%	0%	0%	4/2	1/1	0%	0%	0	0:0:0	2:0:2	0:0:0
8	M	7.2	9	9	9	15.8	15.3	15.5	19	2.2	0	0	8.7	0	0	11	5.6	0	4.4	0	2.7	3	6.3	5.6	6.7	30	0	3.3	0%	0%	0%	0%	0%	0%	7/6	1:0:0	0:0:0	0:0:0		
9	M	6.3	17	17	14	5.8	9	7.4	4.1	4.7	6	6	5.9	0	2.3	18	2.1	1.1	6.8	0	2.3	4	7.5	4.7	5.9	4.3	6	2.9	0%	3/1	3/1	4/6	0%	0%	1/3	1:1:0	0:0:4	1:0:0		
10	M	7.9	10	12	13	5.2	6.5	6	1.00	0	0	0	5.8	1.7	3.5	3.1	8	6.1	8	4	0	0	1.5	30	1/6	5/6	3/6	1/6	0%	0%	1/6	1/5	3/6	1/1	2:0:0	1:1:0	0:0:0			
11	M	7.0	10	10	10	9	10.2	10.6	8.0	20	0	0	0	10	0	0	1.00	0	0	0	20	2.50	40	40	0	0	30	9.2	1%	0%	0%	0%	3/6	0%	0	0:0:0	0:0:0	0:0:0		
12	M	10.0	10	11	11	6	7.4	6.7	5.0	2.0	0	0	1.8	7.3	9	0	3.6	3.6	2.7	9	30	3	7.5	1.8	9	0	5.30	1/4	3/1	0%	1/3	1/5	4/6	8/2	0:0:0	1:0:0	0:0:0			
13	M	7.8	11	11	12	4.4	2.8	3.6	8.4	1.8	0	0	5.5	4.5	0	0	7.5	0	2.5	9	4.5	5	100	5.5	5.5	0	0	2.1	5%	0%	0%	0%	0%	5/6	3/6	0:0:0	0:0:0	0:0:0		
14	M	6.4	14	15	15	3.2	9.8	6.5	8.6	0	1.4	0	2.8	3.9	3.3	0	7	7.3	20	7	1.4	2	30	1.6	0	2	2.8	0%	1/1	0%	3/2	0%	3/3	3/6	0:0:0	2:1:0	0:0:0			
15	M	8.6	14	14	16	11.2	11.2	11.6	2.1	6.4	7	0	3.7	2.2	2.1	10	3.8	1.2	5.0	6	4.3	6	7.1	26	5.7	10	1	2.9	0%	3/6	1/2	3/2	1/1	5/3	9/1	1:1:0	2:0:2	0:1:0		
16	M	7.9	11	11	14	8.4	7	8.7	9.1	9	0	0	6.4	1.8	1.8	0	8.6	0	1.4	0	2.9	4	4.5	2.7	2.1	0	0	3.6	0%	1/6	0%	0%	0%	4/2	0%	0:0:0	0:0:0	0:0:0		
17	M	9.11	22	22	23	4.8	1.8	3.3	2.3	7.7	0	0	7.7	9	5	9	6.1	9	3.0	9	2.7	6	7.1	5.9	18	5	50	0%	2/4	1/1	1/6	1/3	2/2	5/5	0:0:0	1:0:0	1:1:0			
18	M	7.5	20	21	21	2.6	1.2	7.3	2.5	4.5	20	0	6.1	0	2.8	5	10	0	9.0	1.5	1	5.4	4.8	2.9	20	8.5	3.5	0%	0%	1/6	0%	0%	1.5	1/1	5/10	0:0:0	0:1:5	1:0:0		
19	M	6.9	14	15	15	9.4	7.4	8.5	7.1	2.9	0	0	5.3	2.7	7	1.3	4.0	10	4.0	6	2.9	4	6.9	4.7	4.0	50	5	2.9	1/3	0%	1/6	1/5	7/2	1/1	0:0:0	1:0:0	2:0:0			
20	F	8.9	8	8	8	6.3	11.4	11.8	6.2	3.7	0	0	8.7	0	1.2	8.7	0	1.2	0	5.0	4	0	1.2	0	0	2.5	0%	7/3	3/6	1/6	0%	0%	3/1	5/6	0:0:0	0:0:0	1:0:0			

GRUPO 3 (Neuróticos)

Sujeto	Sexo	Edad	No. Fase	No. Det.	No. Cont.	T.R.A.	T.P.T.	W%	D%	Did%	S%	F%	M%	C%	Clo%	A%	H%	Citros%	Arat%	P%	EP	F+%	Fca Defens.	Grado Cont	Tip. Control	Z. Color	Reactivid.	Impulsos	Apresividad	Ansiedad	Edu. Animo	Base Vitr.	Tend. Nat.	Efic. Intel.	Cap. Intelect	Afecto	Tacto	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
1	M	10.0	8	8	11	15.6	11.6	100	0	0	50	50	0	0	55	0	45	0	36	3	63	25	3	0	0	35	0/4	5/1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0:0:0	0:0:0	0:0:0	
2	M	10.0	17	17	27.5	11.5	20.2	27	65	6	0	70	18	6	6	53	12	36	12	31	5	71	53	53	13	5	31	0/3	3/4	1/6	1/1	0/5	3/6	5/6	1:0:0	1:0:0	0:0:0	
3	F	9.2	17	21	18	6	11.6	5.8	37	29	0	12	33	24	36	5	17	22	61	0	35	6	43	41	41	16	6	21	4/3	4/3	0/1	0/1	0/3	0/3	1/2	0:1:0	1:1:3	0:0:0
4	F	6.5	21	20	23	10.8	4.2	2.5	30	55	15	0	45	5	15	15	25	20	33	35	25	3	69	45	60	33	2	36	0/1	5/4	0/3	3/6	0/2	1/2	6/6	0:1:0	2:1:0	0:2:0
5	M	10.0	10	12	11	5	4.8	4.7	100	0	0	17	11	66	0	91	0	9	0	20	2	25	5	0	0	3	30	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0:0:0	3:0:1	0:0:0		
6	M	9.4	16	21	19	7.4	5	6.2	39	55	0	6	29	52	14	9	47	26	26	5	22	4	83	24	24	20	25	50	1/0	1/0	0/1	0/3	1/5	0/1	0:0:0	2:0:1	0:1:0	
7	M	10.0	12	12	13	6.3	4.7	5.5	33	66	0	0	46	25	0	8	46	8	46	0	42	5	75	28	50	20	0	42	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0:0:0	0:0:0	0:1:0	
8	M	9.7	10	10	11	11	7.4	10.5	100	0	0	40	20	20	20	64	0	36	27	20	2	50	20	40	100	0	30	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1:0:0	0:0:0	1:0:0		
9	M	9.1	12	15	15	13.4	13.3	6	54	31	0	47	27	26	7	50	0	50	0	23	3	64	30	33	27	5	31	0/4	0/1	0/1	1/2	0/5	1/2	3/6	1:0:0	1:0:0	0:0:0	
10	M	9.1	12	15	16	11.6	12.1	3.8	54	46	0	0	13	33	53	0	50	12	37	0	31	4	100	13	13	0	15	36	0/3	0%	0%	0%	1/5	1/5	3/5	0:0:0	3:0:0	0:0:0

GRUPO 4 (Asmáticos)

Sujeto	Sexo	Edad	No. Resp.	No. Det.	No. Cont.	T.A.C.	T.A.A.	T.P.T.	W%	D%	Dd%	S%	F%	M%	C%	Clab%	A%	H%	Otras%	Anat%	P%	ZP	F+%	Fuerz. Det.	Grado cont.	Tipo control	Z Color	Reactivid	Impulsos	Agrasivid.	Ansiiedad	Eco. Animo	Base Viven	Rend. Nat.	Efic. Intel.	Cap. Integrs	Afecto	Tacto		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	
1	F	10	21	31	36	16	24	202	2	74	4	0	40	23	17	20	26	3	69	0	22	6	92	19	42	126	25	82	3%	8%	3%	55	5%	6%	0:0:0	1:20	2:0:0			
2	M	11	22	24	24	11	2	132	132	23	45	0	17	46	29	8	46	12	42	8	23	5	83	17	21	66	5	45	1%	1%	5%	2%	1%	4%	0:0:0	2:1	2	2:0:0		
3	M	6	13	13	13	194	73	136	67	31	0	0	54	31	8	26	8	54	0	13	0	57	31	43	25	5	51	9%	1%	1%	5%	1%	9%	0:0:0	1:0:0	1:0:0				
4	F	64	7	7	7	2	115	9	100	0	0	0	14	0	43	43	0	100	43	0	0	0	0	0	0	0	0	1.5	26	0%	0%	0%	0%	0%	0:0:0	0:0:0	0:0:0			
5	M	10	11	5	5	43	24	323	20	20	0	0	100	0	0	20	20	60	0	40	2	80	100	60	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0:0:0	0:0:0	0:0:0			
6	F	11	15	15	16	15	7	163	33	47	20	0	47	27	13	13	75	0	25	13	30	5	100	47	60	29	5	47	4%	4%	4%	1%	0%	4%	0:0:0	1:0:0	2:0:0			
7	M	10	2	17	17	17	21	27	24	53	47	0	0	23	71	6	0	82	0	18	6	29	5	33	12	51	0	5	41	0%	1%	0%	1%	5%	5%	0:0:0	1:0:0	0:0:0		
8	F	6	5	20	20	20	18	16	17	15	85	0	0	100	0	0	90	0	10	0	20	4	75	15	75	0	0	55	0%	1%	0%	0%	3%	3%	0:0:0	0:0:0	0:0:0			
9	M	6	2	30	32	32	5	84	67	10	33	13	0	75	9	6	6	47	16	37	3	10	3	74	63	26	6	5	47	0%	0%	1%	2%	3%	3%	1:0:0	1:0:0	0:1:0		
10	M	10	11	19	21	9	26	20	18	29	31	0	0	26	93	11	5	67	14	19	0	35	6	80	21	36	35	15	37	1%	1%	1%	1%	5%	4%	0:0:0	0:0:1	1:0:0		
11	M	10	14	14	16	16	14	16	5	50	50	0	0	79	14	0	7	50	17	31	0	36	5	73	57	64	0	0	43	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0:0:0	0:0:0	1:0:0		
12	F	81	26	28	33	7	2	26	6	19	37	4	0	43	46	7	4	73	21	6	0	23	6	63	29	29	14	5	46	0%	3%	1%	0%	3%	3%	0:0:0	1:0:0	1:0:0		
13	M	10	6	18	19	19	14	11	12	12	37	50	11	0	23	63	0	11	34	5	21	5	22	4	60	21	21	100	0	28	0%	0%	3%	0%	0%	1%	1%	0:0:0	0:0:0	2:0:0
14	M	7	14	15	16	10	2	3	16	26	57	7	0	40	23	27	13	56	6	38	0	50	7	83	33	47	40	25	28	1/2	1/4	1/4	1/4	1/5	3/4	0:0:0	2:0:1	1:1:0		
15	M	6	20	20	21	20	2	4	8	3	30	60	10	0	45	20	10	5	14	57	29	0	25	5	53	40	40	14	5	25	1/3	0%	0%	1/4	1/5	3/4	0:0:0	1:0:0	0:1:0	
16	M	12	8	31	33	36	5	6	14	5	19	55	26	0	27	67	3	42	36	22	6	16	5	89	24	27	13	5	35	3/4	3/4	0%	1%	0%	3/4	1/4	0:0:0	1:0:0	0:1:0	
17	F	94	13	15	14	19	2	152	167	37	23	0	0	40	47	6	36	36	28	0	38	5	100	40	47	17.5	23	3/4	3/4	1/4	1/6	1/6	0%	3/5	1/2	0%	0:0:0	1:0:0	1:0:0	
18	M	9	11	15	16	14	15	14	7	20	66	7	7	31	37	6	25	62	19	19	0	33	5	100	35	60	20	15	47	1/5	3/4	1/6	0%	1/5	1/4	3/2	0:0:0	0:0	1	4:0:0

GRUPO 5 (Enfermas Crónicas)

Sujeto	Sexo	Edad	No. Resp. No. Del.	No. Cont. T.A.C.	T.R.A.	T.R.T.	W%	D%	Dd%	S%	F%	M%	C%	Clca%	A%	H%	Chros%	Fract%	P%	ZP	F+%	Fca c/cons	Grado cont	Tipo control	E Color	Percepción	Intrusos	Agresivid	Ansiomad	Edo. Animo	Base Vivien	Tend. Nat.	Efic. Inted.	Cap. Introsq	Afectos	Tacto		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
1	F	22	10	10	5.6	24	63	100	0	0	0	90	10	0	100	0	0	0	10	150	20	30	0	0	30	71	10%	0%	0%	0%	0%	10%	10%	0:0:0	0:0:0	0:0:0		
2	F	102	4	4	20	5	15.8	25	75	0	0	75	0	25	0	50	25	25	0	30	2	10	75	75	0	0	50	7%	1%	0%	0%	1%	1%	10%	0:0:0	0:0:0	0:0:0	
3	F	70	12	12	12	24	17	17	67	6	92	8	0	0	67	25	0	25	0	52	0	0	75	75	0	0	33	1%	2%	0%	0%	0%	10%	0:0:0	0:0:0	0:0:0		
4	M	85	10	10	46.5	25	9	80	20	0	0	0	0	0	0	20	45	40	0	2	0	0	0	0	0	3	30	1%	2%	0%	0%	0%	10%	0:0:0	0:0:0	0:0:0		
5	F	15	1	1	13	12	14	15	82	18	0	36	26	27	0	24	0	61	0	36	4	63	21	15	0	5	26	1%	3%	0%	0%	1%	5%	2%	0:0:0	1:0:0	0:0:0	
6	M	4	8	9	11.8	13	12.6	75	25	0	0	33	0	64	0	55	0	44	0	30	4	16	33	33	0	15	35	2%	3%	0%	1%	5%	5%	0:0:0	0:0:1	0:0:0		
7	F	67	4	4	62	26	45	33	67	0	0	44	44	11	0	33	22	44	44	11	1	50	22	22	0	5	22	1%	5%	0%	1%	1%	3%	0%	0:0:0	1:0:0	0:0:0	
8	F	9	23	24	25	84	54	7	15	35	0	0	54	33	4	36	20	44	0	30	7	55	33	24	40	15	35	1%	1%	0%	1%	1%	5%	2%	0:0:0	0:0:1	2:0:0	
9	F	74	15	15	15	74	92	53	33	67	0	0	0	60	0	7	20	70	0	27	4	55	20	15	0	12	40	1%	2%	0%	0%	1%	2%	0%	0:0:0	1:1:7	0:0:0	
10	F	73	13	13	12	84	143	38	54	0	0	85	7	0	7	25	21	50	24	21	3	66	62	62	0	29	2%	5%	0%	0%	1%	0%	0%	1:0:0	0:0:0	0:0:0		
11	F	10	25	27	29	32	48	5	32	60	0	27	52	4	7	45	17	28	7	26	7	55	22	26	40	5	20	2%	4%	2%	0%	3%	0%	10%	1:0:0	1:0:0	1:0:0	
12	F	92	10	11	12	62	14	65	90	10	0	9	64	29	0	42	33	35	0	40	4	100	9	9	0	15	30	5%	0%	0%	3%	4%	5%	0%	0:0:0	3:0:0	0:0:0	
13	M	11	24	26	32	82	86	49	25	71	4	0	42	36	12	0	50	8	42	19	21	5	38	12	12	0	25	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0:0:0	2:0:1	0:0:0		
14	F	10	16	17	22	49	51	50	44	56	0	0	23	34	12	6	59	15	23	0	37	6	10	29	25	5	44	1%	1%	1%	1%	1%	5%	2%	0:0:0	0:0:1	1:0:0	
15	F	10	27	28	35	12	58	65	19	10	11	0	46	36	7	11	43	9	48	11	19	5	81	41	45	30	15	30	0%	1%	1%	2%	0%	5%	0%	1:1:0	1:1:0	0:1:0