

Análisis psicométrico en el Test de los Cuentos de Hadas de
Coulacoglou (2002) para la evaluación de la autoestima en
niños y niñas con dificultad de aprendizaje en edades
comprendidas entre 7 a 12 años.

Proyecto de investigación presentado por:

María F. TORREALBA LOPEZ

Profesora Guía:

María Alejandra CORREDOR

Caracas, SEPTIEMBRE de 2017

Este trabajo va dedicado a mi madre, quien ha sido pilar y apoyo fundamental para mi desarrollo en esta carrera.

Va dedicado a ti, porque representas para mi ejemplo de constancia y dedicación ante las cosas y los retos de la vida, además me has enseñado que cuando la vida se pone dura, es cuestión de pararse a reflexionar y obtener un aprendizaje de eso, siempre has estado ahí para apoyarme y sobre todo para darme una palabra de aliento a tu estilo, justa en cada momento.

Te dedico este trabajo porque considero este logro como compartido, sin ti llegar a este punto y ser la mujer en la que me he convertido hoy no hubiese sido posible, gracias por tus llamadas angustiosas para preguntarme si había terminado los informes y si había ya estudiado para estadística, entre otras más que conocemos. Aunque en ocasiones pudiese chocarme, es una de las características que más adoro de ti, porque representa tu entrega incondicional como madre y el apoyo que siempre me has brindado.

Gracias por las noches de desvelo y las conversaciones largas y reflexivas, sabemos lo difícil que ha sido este camino, que en ocasiones fue cuestionado y en otras fue amado, considero que sin cada una de estas conversaciones a lo largo de mi carrera no hubiese podido tener la seguridad en mi al tener que enfrentar este nuevo reto. Eres mi mejor terapeuta, pero sobre todo eres la mejor madre, te amo con mi alma.

Agradecimientos

Quiero y debo por vivencia y convicción agradecer a esa energía amorosa, incondicional e intangible, que protegió cada uno de mis pasos, pensamientos y dudas, en estos 5 años, Dios.

Agradezco a mi padre, por haberme brindado su apoyo y cariño durante todos estos años, a mi hermana, por ayudarme a buscar respuestas, a mi sobrina hermosa, por alegrarme y enternecer cada momento que lo necesité.

A mis abuelas, por ser mujeres de fortaleza y a mis abuelos que vigilan mis pasos desde el cielo. A mis tíos Cara-López, que desde la distancia me dan tanto amor, consentimiento y estímulo para tener el objetivo claro. A mi familia en general, gracias por ser quienes y como son.

A mis amistades universitarias Angélica y Kerly, quienes fueron fuente de apoyo en numerosas ocasiones y también de aprendizaje interno, gracias por cada día compartido de confianza y entendimiento.

A quien, en último instante, sin esperarlo, fue de gran apoyo para completar este proyecto. Gracias Chaustico.

A quien, desde el 31 de diciembre de 2017, pasó a ser mi motor diario de apoyo para cada obstáculo vivido, Gracias Coso.

Gracias a la UCAB, por haber sido fuente de experiencias vividas y aprendizajes continuos, no sólo a nivel profesional, si no, a nivel emocional.

Finalmente, a mi tutora querida, María Alejandra Corredor quien forma parte importante de este reto y mi gran salvadora, agradezco su profesionalismo y paciencia por atreverse a transitar conmigo esta montaña rusa, llamada Psicología.

María Fabiana Torrealba López.

Índice de Contenido

Introducción	8
Marco Teórico	11
Objetivo general	63
Objetivos específicos	63
Variables de estudio: definición constitutiva y operacional	63
Variable constructo de estudio:.....	63
Variables independientes incluidas en el estudio:.....	64
Tipo de investigación	65
Diseño de investigación	66
Población y muestra	66
Instrumentos	67
Procedimiento	72
Resultados	74
Discusión de los Resultados.....	94
Conclusiones y Recomendaciones	101
Referencias Bibliográficas	103
Anexos	108
Anexo A	109
Anexo B	118

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Puntaje de la Frecuencia media obtenida en el FTT de la Muestra de Edades comprendidas entre 7 a 9 años.</i>	84
Tabla 2. <i>Puntaje de la Frecuencia media obtenida en el FTT de la Muestra de Edades comprendidas entre 10 a 12 años.</i>	84
Tabla 3. <i>Puntaje de la Frecuencia media obtenida en el FTT en Hombres</i>	85
Tabla 4. <i>Puntaje de la Frecuencia media obtenida en el FTT en Mujeres</i>	85
Tabla 5. <i>Puntaje de Chi-Cuadrado Obtenido para la variable Sexo.</i>	86
Tabla 6. <i>Puntaje de Chi-Cuadrado Critico para la variable Sexo.</i>	86
Tabla 7. <i>Puntaje de Frecuencias Observadas en la variable Sexo</i>	87
Tabla 8. <i>Puntaje de Chi-Cuadrado Obtenido para la variable Edad</i>	87
Tabla 9. <i>Puntaje de Chi-Cuadrado Critico para la variable Edad</i>	87
Tabla 10. <i>Puntaje de Frecuencias Observadas en la variable edad</i>	88
Tabla 11. <i>Puntaje de Chi-Cuadrado Obtenido para la variable presencia de Diagnostico de DA y Sin diagnostico</i>	88
Tabla 12. <i>Puntaje de Chi-Cuadrado Critico para la variable Diagnostico de DA y Sin diagnostico.</i>	88
Tabla 13. <i>Puntaje de Frecuencias Observadas para la variable Diagnostico de DA y Sin Diagnostico</i>	89
Tabla 14. <i>Frecuencias de Variables del FTT en la muestra de niños y niñas Sin Diagnostico</i>	90
Tabla 15. <i>Frecuencias de Variables del FTT en la muestra de niños y niñas con Diagnostico de DA</i>	91
Tabla 16. <i>Frecuencia de Variables significativas en ambas muestras</i>	93

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Distribución de la muestra en función del sexo	74
<i>Figura 2.</i> Barra de distribución por frecuencia de la edad para la muestra total.	75
<i>Figura 3.</i> Distribución de la muestra en función del sexo y ausencia de diagnóstico de DA.	75
<i>Figura 4.</i> Barra de distribución por frecuencia de la edad para la muestra de los niños(as) sin diagnóstico.	76
<i>Figura 5.</i> Distribución de la muestra en función del sexo y presencia de diagnóstico de DA.	77
<i>Figura 6.</i> Barra de distribución por frecuencia de la edad para la muestra de los niños(as) con diagnóstico de DA.	77
<i>Figura 7.</i> Distribución por frecuencia de la muestra total del IAC en relación a la autoestima.	78
<i>Figura 8.</i> Distribución por frecuencia de la muestra con diagnóstico de DA del IAC en relación a la autoestima.	79
<i>Figura 9.</i> Distribución por frecuencia de la muestra sin diagnóstico de DA del IAC en relación a la autoestima.	80
<i>Figura 10.</i> Distribución por frecuencia de indicadores positivos en el FTT.	81
<i>Figura 11.</i> Distribución por frecuencia de indicadores negativos en el FTT.	81
<i>Figura 12.</i> Distribución por frecuencia de los indicadores positivos en el FTT en la muestra con diagnóstico de DA.	82
<i>Figura 13.</i> Distribución por frecuencia de los indicadores negativos en el FTT en la muestra con diagnóstico de DA.	82
<i>Figura 14.</i> Distribución por frecuencia de los indicadores positivos en el FTT en la muestra sin diagnóstico.	83
<i>Figura 15.</i> Distribución por frecuencia de los indicadores negativos en el FTT en la muestra sin diagnóstico.	83

Resumen

El objetivo de la investigación fue obtener la validez y confiabilidad de indicadores de autoestima en niñas y niños con diagnóstico de dificultad de aprendizaje en el Test de los Cuentos de Hadas (FTT) de Coulacoglou (2002). Para cumplir con dicho objetivo, se obtuvo una muestra de 60 sujetos de ambos sexos, los cuales se dividieron en 30 con diagnóstico de dificultad de aprendizaje y 30 sin diagnóstico, entre edades comprendidas de 7 a 12 años.

El contraste entre grupos diferenciados por su puntuación total en el Inventario de Autoestima de Coopersmith (IAC) y en el FTT, no tuvo significancia estadística, por tanto, no se pudo establecer la validez de criterio que se buscaba en torno a la variable autoestima de los niños y niñas comprendidos en la muestra pertenecientes al Municipio Libertador y Municipio Baruta ubicado en La Gran Caracas.

Por otra parte, se establecieron medidas de contraste para la variable sexo, edad y presencia de diagnóstico de dificultad de aprendizaje, con el objetivo de determinar si existió discrepancia entre la variable autoestima, en comparación con estos grupos. Los resultados obtenidos, demostraron diferencias significativas para el sexo y la presencia de diagnóstico de DA, sin embargo, no se observaron diferencias en relación a la variable edad, además otros hallazgos fueron reportados y debatidos.

Los resultados arrojados permitieron aportar información para las áreas de Psicometría, Evaluación Psicológica y Psicología Clínica Infantil.

Palabras Claves: Test de los Cuentos de Hadas (FTT); autoestima; dificultad de aprendizaje; niños(as).

Introducción

La contribución de la presente investigación se centra en el aporte de información sobre validez y confiabilidad del Test de los Cuentos de Hadas para la estimación de la autoestima en niños y niñas con dificultad de aprendizaje (DA). Concretamente, se obtienen evidencias de validez tomando como criterio el Inventario de Autoestima de Coopersmith el cual ha sido validado anteriormente y servirá para estimar la autoestima en el Test de los Cuentos de Hadas (2002).

Se selecciona la autoestima como variable de interés, ya que se considera primordial en la vida de cualquier individuo, y comienza a desarrollarse desde su infancia (Rice y Vestal, 2001).

Varias son las contribuciones teóricas que se plantean a lo largo de los años en torno a la autoestima, a partir de éstas, como se desarrollan más adelante, se asume como concepto para la presente investigación, la autoestima como la aceptación y respeto a sí mismo, así como sentimientos de valoración propia (Rosenberg, 1979); además de la evaluación cognoscitiva (creencias y habilidades) que las personas hacen de sí mismas. Por tanto, la autoestima incluye, como lo plantearon López y Domínguez (1993) al auto concepto.

Se ha visto en las revisiones teóricas que la autoestima influye en los niños (as) que son diagnosticados con dificultad de aprendizaje, González, et al. (2000) demuestra en su estudio que los niños con DA tienden a tener una imagen negativa de sí mismos, además de mostrar diferencias en cuanto a cómo son percibidos por sus pares y en su entorno familiar en comparación con niños que no poseen este diagnóstico, y es por ello que se decide tomar en cuenta esta población, ya que los niños (as) que son diagnosticados tienden a reflejar una imagen más negativa de sí mismos.

Otro estudio realizado por Souyouldzoglu (2008), observa resultados similares y hace referencia a que los niños con DA deben tener una relación estable con sus madres, necesitan este tipo de relación para formar una base segura para el desarrollo de su autoestima. Además, necesitan aprobación, apoyo y protección para evitar la

intensificación de sus ansiedades y temores. Finalmente, encontró que necesitan padres de apoyo y disponibles que les ayuden a desarrollar una alta autoestima y un sólido modelo de relación para otras. El fracaso experimentado por los niños con DA tienen un impacto psicológico significativo. Reciben críticas y comentarios de sus padres y profesores, y sus compañeros a menudo los rechazan. A medida que se les deja atrás, desarrollan una autoimagen que es diferente, insuficiente y sin esperanzas (Souyouldzoglou, 2008).

Es por ello, que el estudio de la autoestima es relevante porque tiene profundas consecuencias a nivel psicológico y en la calidad de las relaciones interpersonales del individuo. Una autoestima positiva indica que el individuo tiene confianza en sí mismo, posee sentimientos de competencia y auto aceptación, en cambio la baja autoestima se caracteriza por las actitudes de inseguridad e inferioridad. De ahí la necesidad de conocer la estructura de la autoestima, a través de una revisión teórica y poder contar con instrumentos válidos y confiables que permitan la medición de la autoestima infantil.

Finalmente, es importante mencionar algunas de las responsabilidades éticas que mantiene la autora con respecto al estudio que se lleva a cabo de acuerdo a lo establecido en el Código Deontológico de la Práctica en la Investigación publicado por la UCAB (2002).

En primer lugar, es importante mantener el nivel de competencia necesario para llevar a cabo las evaluaciones y los análisis relevantes. Para ello es necesario que exista un buen nivel de información y entrenamiento en las habilidades particulares que requiera el estudio. Queda implicado en esto último el correcto uso de las normas y baremos pertinentes a las pruebas de las cuales se hará uso.

A los sujetos empleados para la investigación, se les garantiza un trato digno y buenas condiciones durante la evaluación, privacidad y confidencialidad de las informaciones que provean, y bienestar general (UCAB, 2002). También se toma en consideración la necesidad de obtener un consentimiento informado para la

participación de los sujetos, que en este caso deberá provenir de los padres o representantes.

Se declara para concluir, el compromiso a dar un uso apropiado a los resultados a partir del producto veraz de los datos obtenidos. Se cuenta con la guiatura y supervisión de profesoras profesionales de la psicología.

Marco Teórico

La American Psychological Association (2012), propone en su quinta división (Evaluación, Medición y Estadística, para reconocer la importancia de la investigación y el desarrollo del área de la psicometría), que la evaluación, medición, métodos y la encuesta rigurosa están en el centro de todos los campos de la psicología y el desarrollo integral de todo profesional en cualquiera de esos campos depende de las mejores prácticas de las mismas. Por tanto, es bajo esta propuesta que se basara el siguiente estudio, ya que comparte el objetivo de promover un alto nivel de calidad tanto en la investigación, mediante la obtención de evidencias de confiabilidad y validez para un test, en este caso el Test de los Cuentos de Hadas de Coulacoglou (2002a) con el fin de evaluar la autoestima como variable principal en niños y niñas con DA, así como en la aplicación de la práctica de la evaluación psicológica, mediante la búsqueda de la extensión transcultural de un test de manera que pueda ser aprovechado en la población en cuestión por profesionales en el futuro (American Psychological Association, 2014).

A continuación, se explicará por qué la autoestima es el constructo de interés para el presente estudio y se detallara su definición, además se mencionarán algunas investigaciones que fueron encontradas en torno a este concepto.

Autoestima.

La historia de la autoestima como constructo psicológico se remonta a William James. En su libro Los Principios de la Psicología, cuya primera edición se publicó en 1890, estudia el desdoblamiento del Yo- Global: en un Yo- conocedor y un Yo- conocido; de este desdoblamiento, del cual todos somos conscientes en mayor o menor grado, nace la autoestima (Urdaneta, 2004). En este sentido, James plantea que:

“Nuestro sentimiento del self en este mundo depende enteramente de lo que apostemos a ser y hacer por nosotros mismos. Está determinado por una ratio de nuestras cualidades y nuestras supuestas potencialidades; una fracción de la cual nuestras pretensiones configuran el denominador y nuestros éxitos el numerador: así, Autoestima= Éxitos/ Pretensiones; tal fracción puede incrementarse reduciendo el

denominador o aumentando el numerador''. (James 1890/ 1983, p.200 citado en Urdaneta, 2004).

Para los autores Bednar y Peterson (1995, citados en Urdaneta, 2004), el estudio de la autoestima se desarrolla principalmente sobre la base de los aportes de seis teóricos de la psicología, a saber:

- William James, quien fue mencionado anteriormente
- Charles Cooley (1902) y George Mead (1934), quienes señalan que la autoestima está en función de la aprobación de los otros, siendo el desarrollo del “*self*” un producto directamente social;
- Carl Rogers (1951), cuya psicoterapia gira en torno a la autoestima, considerándola como la configuración de percepciones de sí mismo, admisible a la conciencia;
- Gordon Allport (1961), para quien la salud y la autoestima se relacionan con un sentido apropiado de la orientación hacia las metas y respuestas que afrontan retos y no los eviten;
- Y, por último, Alfred Adler (1964), quien sostiene que la autoestima depende de aceptar la imperfección y el esfuerzo por alcanzar las metas escogidas en la vida.

Otro autor de relevante importancia es Rosenberg (1979) quien considera la autoestima desde un enfoque sociocultural y comenta que la misma implica aceptación y respeto a sí mismo, así como sentimientos de valoración propia; alude al valor que uno se atribuye a sí mismo y se deriva una actitud de aprobación/desaprobación. Esta idea de autoestima como actitud, permite ver que no solo es un sentimiento, sino que también puede abarcar al área cognitiva. (Urdaneta, 2004).

Según Branden (1995), la autoestima es la disposición a considerarse competente frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad. Tener una alta autoestima es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir, competente y merecedor, tener una baja autoestima es sentirse inapropiado para la vida.

La autoestima tiene 2 componentes relacionados entre sí (Branden, 1995):

- 1) La sensación de confianza frente a los desafíos de la vida: La eficacia personal.
- 2) La sensación de considerarse merecedor de la felicidad: El respeto a uno mismo.

Este autor considera que existen seis pilares de la autoestima que son: la práctica de vivir conscientemente (intentar ser consciente de todo lo relacionado a las acciones, propósitos, valores y metas), la práctica de la aceptación de sí mismo (estar para sí mismo, experimentar los pensamientos, sentimientos, acciones, sueños no como algo lejano sino como parte de uno mismo y ser amigo de uno mismo) la práctica de la responsabilidad de sí mismo (control sobre la propia vida) la práctica de la autoafirmación (respetar los propios deseos, necesidades y valores y buscar una forma de expresión adecuada en la realidad, vivir de forma auténtica), la práctica de vivir con propósito (utilizar las propias facultades para la consecución de las metas que se eligen) y por último la práctica de la integridad personal (incorporación de ideales, convicciones, normas, creencias y la conducta).

“La autoestima es una necesidad que requerimos para funcionar eficazmente, si nos falta no necesariamente moriremos, pero si nos falta en grandes dosis perjudicará nuestra capacidad de funcionar. La autoestima proporciona una contribución esencial para el proceso vital y es indispensable para un desarrollo normal y saludable” (Branden, 1995).

Así mismo, Coopersmith (1967, citado en González y Fuentes, 2001) considera la autoestima como una actitud, la cual refleja la medida en que un sujeto se cree capaz, significativo, con éxito y merecedor, además aporta que la suma de la evaluación de los tributos específicos de un sujeto tales como el rendimiento escolar, habilidades atléticas, atractivos físicos, etc., hace prever su autoestima global. Este autor propone las siguientes variables como determinantes de la autoestima: éxito, valores, aspiraciones y defensas. Asimismo, señala como aspectos que contribuyen a la formación de la autoestima del individuo los siguientes (p. 28):

1. Haber recibido aceptación, respeto, preocupación por parte de las personas significativas
2. Los éxitos y estatus alcanzados
3. Los valores y aspiraciones del sujeto
4. La habilidad para defender la autoestima ante la devaluación.

Con esto se puede decir que la autoestima en general es constantemente afectada por experiencias en el mundo externo que posteriormente son llevadas al mundo interno de la persona.

Este autor señala que, en la segunda mitad del año, cuando el niño comienza a ser capaz de tener metas, es decir, de tener inquietudes y deseos de hacer algo, demostrar y demostrarse que es capaz de hacerlo, su autoestima derivara de dos fuentes: por un lado, de la aprobación de los otros, y por otro lado de la satisfacción de realizar la actividad agradable y de manera independiente (Coopersmith 1967, citado en González y Fuentes, 2001).

Por otra parte, López y Domínguez (1993) conciben la autoestima como un problema de gran relevancia para la psicología, ya que esta conforma el núcleo fundamental del comportamiento tanto adaptativo como desadaptativo de muchos seres humanos, determinando su estilo cognoscitivo individual y reflejado a través de sus comportamientos. Para las autoras, el auto concepto se encuentra incluido en la concepción de autoestima, y lo consideran “la evaluación cognoscitiva definida como la percepción de las propias creencias y habilidades, de lo que se desea ser y de las expectativas que los demás tienen de él” (p. 259).

En general, el auto concepto y la autoestima son conceptualizaciones de la persona sobre sí misma, que se construyen en interacción con el medio, y que van acompañadas de connotaciones afectivas y evaluativas importantes (Gallardo, 2006 citado en Mérida, Serrano y Tabernero, 2015). Son constructos multidimensionales,

complejos, sujetos a diversas interpretaciones (Ortega, Mínguez y Rodes, 2000 citados en Mérida et al., 2015).

Según Rice y Vestal (2001), suele asumirse que la formación del self y de la autoestima se inicia en la infancia. Así, la formación del auto concepto y de la autoestima comienza a depender progresivamente de la percepción de los niños pequeños tienen respecto del modo en que son evaluados en sus relaciones interpersonales (por ej. Si son buenos, malos, competentes) (Craig y Baucum, 1992).

Por tanto, es necesario recalcar que la etapa desde el nacimiento hasta la pubertad es la que generalmente marca la autoestima global que tendremos, porque es en este periodo cuando somos más vulnerables (Piera, 2012).

Varias son las contribuciones teóricas que se han planteado a lo largo de los años en torno a la autoestima, a partir de estas contribuciones, se asumirá como concepto para la presente investigación, la autoestima como la aceptación y respeto a sí mismo, así como sentimientos de valoración propia (Rosenberg, 1979); y la evaluación cognoscitiva (creencias y habilidades) que las personas hacen de sí mismas. En consecuencia, la autoestima incluye, como lo plantearon López y Domínguez (1993) al auto concepto.

Se hará uso específicamente de este constructo para su estudio en niños con edades comprendidas entre 7 a 12 años, dado que como se mencionó anteriormente se puede considerar la infancia como un periodo en donde ocurre el inicio de la misma (Rice y Vestal, 2001), además de ser en este periodo donde se marca la autoestima global que tendremos, porque es en este mismo cuando somos más vulnerables (Piera, 2012). Al mismo tiempo que la evaluación de la autoestima se pretende realizar a través del Test de los Cuentos de Hadas como técnica proyectiva.

Por otro lado, la presencia de una condición o trastorno puede afectar la valoración que se hace de sí, dada la relación entre lo que se quiere lograr y lo que se puede lograr, es por ello que la presente investigación se centrará en niños y niñas que tengan el diagnóstico de dificultad de aprendizaje y de los cuales se justificará y

detallaran en el siguiente párrafo, abordando principalmente su concepto hasta llegar a investigaciones encontradas en torno a ello.

Dificultad de Aprendizaje

El aprendizaje es uno de los factores que hacen posible el desarrollo. Se considera como desarrollo al proceso que se refiere a los seres vivos. El desarrollo es un proceso o conjunto de procesos que conducen a un ser de un estado primitivo, elemental, a un estado más elaborado y complejo (Rebollo y Rodríguez, 2006).

Refiriéndose al desarrollo desde una perspectiva biológica (a nivel del sistema nervioso), estos autores mencionan que el desarrollo depende de la acción de los genes que determinan la maduración y de la acción del ambiente que origina el aprendizaje. Dicho esto, se puede decir que el aprendizaje es un factor que hace posible el desarrollo de algunos aspectos del sistema nervioso y la conducta considerada en su forma más amplia. El ambiente puede actuar durante toda la vida del individuo, pero de diferentes maneras y con diferente intensidad (Rebollo y Rodríguez, 2006).

Según Rebollo y Rodríguez (2006), la dificultad de aprendizaje es una alteración neurológica o del sistema nervioso, sináptica y en la que el estímulo adecuado no provoca los cambios descritos y característicos en el plano estructural y funcional.

La clasificación que hacen mención los autores de esta condición son: específicas e inespecíficas, que actualmente suelen ser nombradas como primarias y secundarias.

En las dificultades secundarias, el niño no aprende porque un factor conocido le impide aprender, si ese factor desaparece el niño no posee ninguna dificultad de aprendizaje (ej.: estados depresivos, una alteración sensorial, una enseñanza inadecuada, una deficiencia de atención o ciertas patologías pueden tener entre sus síntomas dificultad de aprendizaje), las dificultades secundarias se les prefiere llamar sintomáticas, ya que es un síntoma de múltiples patologías.

En cambio, las dificultades primarias, son aquellas que afectan a los niños inteligentes que asisten a la escuela y a los que se enseña con métodos adecuados, que no posee trastornos motores ni sensoriales que le impidan acceder al estímulo, ni problemas psicológicos que puedan provocarlos.

Entre las dificultades primarias se colocan las dificultades en el desarrollo de las funciones psicológicas superiores, funciones complejas, exclusivamente humanas, que se localizan predominantemente en la corteza cerebral, pues son aprendidas y conscientes, y se automatizan secundariamente. Por tanto, teniendo en cuenta la función afectada, se puede clasificar las dificultades del aprendizaje de la siguiente manera (Rebollo y Rodríguez, 2006):

- De las praxias: dispraxias
- De las gnosias: disgnosias
- Del lenguaje: a) Oral: disfasias o retrasos específicos en el desarrollo del lenguaje; b) Escrito: dislexia.
- De las habilidades matemáticas: discalculia.

Según García (1998) las dificultades de aprendizaje, al igual que cualquier trastorno han de acotarse respecto a otros y ha de estudiarse su heterogeneidad y naturaleza compleja, que es la de la conducta humana.

Según Bateman (citado en García, 1998) los niños que tienen dificultades de aprendizaje son los que manifiestan una discrepancia educativa significativa entre su potencial intelectual estimado y el nivel actual de ejecución relacionado con los trastornos básicos en los procesos de aprendizaje, que pueden ir o no acompañados por disfunciones demostrables en el sistema nervioso central, y que no son secundarias al retraso mental generalizado, privación cultural o educativa, alteración emocional severa, o pérdida sensorial.

Otros autores han definido la dificultad de aprendizaje; entre ellos destaca Campagnaro (1994), quien dio una visión más acertada, basada en investigaciones y

experiencias propias de la realidad venezolana, por tanto, es esta definición la que se tomará en cuenta para la presente investigación.

Según Campagnaro (1994), la dificultad de aprendizaje es un término general que refiere a un grupo de trastornos, manifestados por dificultades significativas en la adquisición y uso de las habilidades necesarias, para comprender y expresar el lenguaje oral, leer, escribir, calcular o razonar.

Según la autora, estos trastornos son intrínsecos del individuo, posiblemente debido a una disfunción del sistema nervioso central y puede ocurrir en cualquier momento del ciclo vital de una persona. Este además puede ser extrínseco especialmente en individuos con desventajas en su estimulación ambiental: social, psicológica y educativa. Pueden coexistir dificultades en la conducta de autorregulación, percepción social, interacción social, pero ellas en sí solas no constituyen una dificultad de aprendizaje (Campagnaro, 1994).

Son excluidos de esta categoría, aquellos individuos diagnosticados como retardo mental, impedidos visuales y auditivos, o con problemas emocionales severos, pero no son excluidos aquellos individuos con diferencias culturales, de instrucción deficiente o carenciados ambientalmente (Campagnaro, 1994).

Las dificultades de aprendizaje se dan en aquellas personas que fallan en el aprendizaje, en circunstancias bajo las cuales la mayoría de las personas de la misma cultura o estrato social ordinariamente aprenden (Campagnaro, 1994).

Las dificultades de aprendizaje se pueden clasificar en dos grupos: (Kirk y Gallagher, 1989)

- 1) Dificultades evolutivas del aprendizaje.
- 2) Dificultades específicas del aprendizaje académico (lectura, escritura, matemática y dificultades de estrategias cognitivas de aprendizaje).

Las dificultades evolutivas de aprendizaje, son desviaciones en el desarrollo normal de las funciones psicológicas y lingüísticas. Incluye deficiencias en los prerrequisitos necesarios para aprender las asignaturas académicas, tales como, habilidades motoras, perceptivas, atención, memoria, lenguaje y pensamiento.

En relación a las dificultades específicas del aprendizaje académico, se encuentra inhibido el proceso de aprendizaje de la lectura, escritura, matemática y están afectadas las estrategias cognitivas para adquirir información.

Para el diagnóstico de dificultad de aprendizaje existen dos componentes claves: la discrepancia entre el potencial y el rendimiento y una disfunción de los procesos psicológicos subyacentes al aprendizaje (Reynolds citado en Campagnaro, 1994).

En Venezuela, debido a la falta de pruebas de rendimiento estandarizadas, por grado o por edad, se podía usar el concepto de rendimiento por debajo de lo esperado para el grado que cursa el niño evaluado (Campagnaro, 1994).

Entre los estudios que se han llevado a cabo con niños y niñas con dificultades de aprendizaje asociado con la variable de interés para esta investigación (autoestima), se encuentra el que fue realizado por González et al. (2000), quienes se plantearon realizar una investigación que profundizara sobre el auto concepto, patrón atribucional y perfil motivacional en estudiantes con dificultad de aprendizaje (DA), se utilizó para esta investigación el SDQ-I (Self Description Questionnaire) elaborado por Marsh en 1998, el cual es un instrumento multidimensional que constaba de 76 ítems relacionados con cada una de las ocho dimensiones del auto concepto (general, académica, matemática y verbal), sociales (relación con los padres, relación con los iguales) y físicas (aspecto físico , capacidad física), a los que se debía responder en una escala de cinco puntos.

Se seleccionaron centros educativos en los que se producían un único modo de integración en cuanto a los estudiantes (instrucción en aula ordinaria y una o dos horas semanales en aula de apoyo).

Con respecto a la muestra, el grupo total de sujetos que participaron estuvo compuesto por 502 estudiantes en un principio, de los cuales 259 eran alumnos con DA y 243 alumnos sin DA, todos los alumnos asistieron a colegios públicos del Principado de Asturias y de la Comunidad Autónoma Gallega. La edad de los estudiantes oscilaba entre los 8 y 16 años, y entre los 9 y 12 años en el grupo sin DA, sin embargo, debido

al escaso número de sujetos que presentaron DA y sujetos que tenían 8, 15 y 16 años, estos fueron excluidos de la muestra final.

Por tanto, la muestra final estuvo compuesta por 496 sujetos, 253 estudiantes de 9 a 14 años que presentaban DA, $M= 11,85$ (163 alumnos y 90 alumnas) y 243 de 9 a 12 años en el grupo que no tenía DA, $M=10,49$ (130 alumnos y 113 alumnas). Dentro del grupo que presentaba DA, 23 tenían 9 años, 37 tenían 10 años, 42 tenían 11 años, 58 tenían 12 años, 38 tenían 13 años y 55 tenían 14 años. En el grupo que no presentaba DA 50, 71,77 y 45 tenían 9, 10,11 y 12 años, respectivamente.

Todos los estudiantes diagnosticados con DA que fueron incluidos en la muestra, presentaron retraso en las áreas académicas deficitarias equivalente a dos o más años, sin embargo, también en los mismos informes se indicaron que las dificultades de aprendizaje que presentaron estos alumnos no fueron causadas por ningún déficit intelectual, sensorial, motórico, emocional grave o ambiental, esto se vio en el WISC-R, $M=92,8$ $Sd= 10,3$.

La media de tiempo que llevaron los estudiantes con DA fue de casi tres años ($M= 31,81$ meses; min. 2 y máx. 60 meses). En cuanto a los déficits específicos en las distintas áreas académicas que presentaron los alumnos con DA, encontraron que el 79,2% tenían déficits en el área de matemática, un 78,8% (área de lenguaje) y un 44,1% (área de lecto-escritura), un 20,7% (ciencias sociales) y un 19,9% (ciencias naturales). Por otra parte, los alumnos con DA presentaron problemas de conducta (26,6%) y mostraron déficits en el área emocional (14,5 %).

Con respecto a las características sociodemográficas, la mayor parte de los sujetos que presentaron DA fueron de raza blanca y otro de etnia gitana. En la muestra de niños sin DA todos fueron de raza blanca. En cuanto al nivel socioeconómico ambas muestras estuvieron compuestas entre medio y bajo, todos los niños con DA siguieron el mismo currículum que sus iguales sin DA.

Los instrumentos que se utilizaron para esta investigación fueron el SDQ-I mencionado anteriormente y el SAS (Sydney Attribution Scale), elaborado por Relich, este es un instrumento multidimensional que evaluaba las percepciones de los sujetos sobre las causas de sus éxitos y fracasos académicos, constaba de 24 supuestos a los que los sujetos debían responder según una escala de 5 puntos, los 24 supuestos incluyeron: 2 áreas académicas (matemática, verbal), 3 tipos de causas (habilidad, esfuerzo, causas externas) y 2 resultados con valencia contraria (situaciones que implicaban un éxito y situaciones que implicaban un fracaso), dando un total de $2 \times 3 \times 2$.

Por último, el cuestionario de metas académicas, elaborado a partir de un cuestionario experimental que fue utilizado por Hayamizu y Weiner (1991 citados en González, 2000), este cuestionario constaba de 20 ítems, de los cuales 8 se referían a metas de aprendizaje, 6 constituían la escala de meta de rendimiento y los 6 restantes configuraban la escala que media la orientación motivacional hacia la adquisición de refuerzo y reconocimiento social, como en los instrumentos anteriores el sujeto debió valorar cada ítem en una escala de cinco puntos, este instrumento obtuvo un alto coeficiente de fiabilidad ($\alpha=.90$) en una adaptación a la lengua castellana (González et al., 2000).

En cuanto al procedimiento, los datos recogidos relativos a las tres variables (auto concepto, procesos de atribución causal y motivación) fueron recogidos en los centros escolares a los que asistieron los estudiantes (se recolectaron en 2 sesiones de trabajo), las pruebas fueron aplicadas por los autores de la investigación, se completaron de manera individual y sin límite de tiempo cada uno de los cuestionarios. Se les pidió a los profesores de apoyo que completaran un cuestionario en el que se les solicitó información asociada a los alumnos con DA con respecto a los tipos de déficits que se presentaron, el rendimiento en cada área, la relación que tenían los estudiantes con DA con sus compañeros de aula y se les preguntó sobre el ambiente familiar.

Para efectos de la presente investigación, solo se tomarán en consideración los resultados en base a la variable auto concepto, se obtuvieron las medias y las desviaciones típicas de los estudiantes con DA y sin DA, respecto a las ocho escalas del SDQ-I. Los datos indicaron que las diferencias observadas entre los grupos de

estudiantes fueron estadísticamente significativa en seis de las ocho escalas, las cuales fueron favorables para el grupo con DA, es decir, los niños con DA mostraron un nivel significativamente menos positivo en todas las dimensiones del auto concepto de naturaleza académica (dimensión matemática, $t(1,483) = -10,47$ $p=0,000$, dimensión verbal, $t(1,494) = -9,72$ $p=0,000$ y dimensión académicas general $t(1,477) = -11,81$ $p=0,000$). También se observaron diferencias significativas entre ambos grupos respecto a las dimensiones del auto concepto de naturaleza social (dimensión de relación con los padres, $t(1,480) = -4,98$ $p=0,000$ y la dimensión de relación con los iguales $t(1,476) = -3,27$ $p=0,001$), siempre a favor de los alumnos sin DA. Con respecto a la escala general del auto concepto (GE), los datos aportaron diferencias significativas entre los estudiantes sin DA y con DA, $t(1,477) = -4,27$ $p=0,000$, a favor del grupo DA.

Finalmente, no se observaron diferencias significativas en ambos grupos en las dos dimensiones que conformaron la dimensión física del auto concepto (dimensión de apariencia física, $t(1,471) = -1,31$ $p=0,190$ y dimensión de capacidad física, $t(1,479) = -1,35$ $p=0,178$) (González et al., 2000).

En conclusión, los autores reportan con respecto al auto concepto, que los alumnos con DA mostraron una imagen general de sí mismos más negativa que los alumnos sin DA, una imagen de sí mismos como estudiantes (general y en áreas específicas como matemáticas y materias verbales) muy inferior a la de los estudiantes sin DA, y también se observaron diferencias en cuanto a las dimensiones de relación con la familia así como su relación con los iguales, en la cual los alumnos con DA percibieron sus relaciones más negativas con los padres y asumieron que eran peores hijos y tenían mayores dificultades para conseguir relaciones interpersonales importantes y para mantenerlas en el tiempo, a su vez, que mantenían un concepto de sí mismos negativos respecto a cómo se percibían como compañeros y amigos. Por tanto, al igual que en otros trabajos, las autopercepciones negativas en todo lo relativo al aprendizaje escolar se acompañaron también de percepciones significativamente más negativas que los estudiantes sin DA, en base a su competencia para relacionarse con sus compañeros y padres (Haager y Vaughn, 1995 citados en González et al., 2000).

Otro estudio que fue aplicado a una población clínica fue el de Verduzco (1989), quien tuvo como objetivo evaluar la autoestima en niños con trastorno de atención. Esta autora, se planteó 2 hipótesis: 1) los niños con trastorno de atención sin tratamiento tendrán puntajes menores en autoestima en comparación a los niños con trastornos de atención con tratamiento, 2) los niños con trastorno de atención con y sin tratamiento tendrán puntajes menores que el grupo de niños sin trastorno de atención.

La población que fue seleccionada para el estudio consistió en niños con trastorno de atención tomados de la Clínica de Niños del Instituto Mexicano de Psiquiatría, y estuvo constituida por 40 niños (32 niños y 8 niñas), que posteriormente fueron asignados a dos subgrupos de 20 niños cada uno, el nivel socioeconómico de la muestra fue medio y medio bajo, los grados escolares oscilaron entre tercero y quinto.

El subgrupo de trastorno de atención sin tratamiento fue formado a partir de la población de trastornos de atención, con 20 niños que presentaron dicho padecimiento y que no recibieron ningún tipo de tratamiento.

Para el subgrupo de trastornos de atención con tratamiento se formaron igualmente de la población general de niños con trastorno de atención, y de los cuales ya habían recibido tratamiento durante un periodo mínimo de 6 meses y máximo de un año.

El grupo sin trastornos de atención (control), fue tomado de una escuela primaria oficial del sur de la ciudad de México, en este grupo se incluyeron 292 niños, 128 hombres y 164 mujeres, cuyas edades oscilaron entre 8 y 15 años.

Para realizar los análisis de los datos, se procedió a hacer una comparación de los tres grupos, en base a un análisis de varianza independiente para la calificación total del inventario y para las calificaciones en cada una de las áreas, posterior a ello, se compararon los grupos a través de las pruebas, para ver entre cuáles de ellos se encontraban las diferencias más relevantes.

Los resultados mostraron las medias y desviaciones de los grupos de trastorno de atención con y sin tratamiento y el de sin trastornos de atención para cada una de las áreas del cuestionario y la calificación total, que no serán detallados para este caso. También se mostraron los análisis de varianza de una vía que demostraron diferencias significativas para la calificación total [$F(2, 331) = 2.75$; $P = 0.065$] y para el área de la escuela [$F(2, 331) = 2.72$; $P = 0.066$]. No se encontraron diferencias en las áreas social, familiar y del self general.

También se comentaron los resultados de las comparaciones entre pares de medias de los grupos, se encontraron diferencias significativas entre el grupo de niños sin trastorno de atención en comparación con el grupo de trastornos de atención sin tratamiento en relación a la calificación total [$t(318) = 2.34$; $p < 0.02$], la escuela [$t(318) = 2.34$; $p < 0.02$] y el hogar [$t(318) = 1.95$; $p < 0.05$], donde se observó que los niños del grupo control obtuvieron puntajes más altos en las tres escalas en comparación con los niños con trastorno de atención sin tratamiento.

Se observó una diferencia marginal en el área de la escuela entre el grupo de trastorno de atención con y sin tratamiento, siendo los primeros más altos [$t(38) = 1.71$; $p < 0.09$].

Al realizar la comparación de los niños con trastorno de atención (con y sin tratamiento) y los niños sin trastorno (grupo control), solo se observaron diferencias significativas en relación con la calificación total, en donde los niños del grupo control obtuvieron puntajes más altos que el grupo de trastorno de atención [$t(330) = 1.94$; $p < 0.05$].

Por tanto, las hipótesis que fueron planteadas por la autora se confirmaron, las diferencias entre los grupos fueron significativas, e indicaron una clara tendencia hacia puntajes menores de autoestima en niños con trastorno de atención sin tratamiento, sobre todo en la calificación total, el área de escuela y el hogar, solo en el área social y en la del self general no se obtuvieron diferencias significativas (Verduzco, 1989).

Entre las investigaciones empíricas que se han hecho sobre la autoestima aplicada a otras poblaciones no clínicas, se hace mención de un estudio que realizó Piera (2012), el cual tuvo como objetivo determinar si existían diferencias según género en los

niveles de autoestima en estudiantes de quinto grado de la Red Educativa Nro. 4 de Ventanilla, además se planteó como hipótesis ver si existían diferencias según género en los niveles de autoestima en general y en cada una de las dimensiones planteadas por el Inventario de Coopersmith (Si mismo, social, hogar, escuela).

La muestra que se utilizó para este estudio fue probabilística de tipo estratificado bietápico, por lo que fue realizada en dos etapas, en la primera etapa se determinó el tamaño de la muestra tomando como unidad de análisis a los niños y niñas de quinto grado de primaria de la Red Educativa Nro. 4 de Ventanilla por ser de acceso inmediato para la investigadora. La población total fue de 763 estudiantes entre niños y niñas. Al final, el tamaño de la muestra se conformó por 256 niños y niñas del quinto grado de primaria de la Red Educativa Nro. 4 de Ventanilla. La segunda etapa que se llevó a cabo, fue de muestreo probabilístico no aleatorio por disponibilidad, fueron seleccionados los primeros niños de cada sección de acuerdo a nómina y a la cantidad requerida, logrando equilibrar la cantidad de niños y niñas.

Como se consideraron 2 muestras para este estudio, la muestra nro. 1 estuvo conformada por 128 niños de quinto grado de 10 años y 0 meses a 11 años 11 meses y la muestra nro. 2, estuvo conformada por 128 niñas de quinto grado de 10 años 0 meses a 11 años 11 meses de edad de las diferentes instituciones educativas comprendidas en la Red Nro. 4 de Ventanilla.

En cuanto al procedimiento, la autora identificó el instrumento de medición a utilizarse (Inventario de Autoestima de Coopersmith), luego envió la solicitud a la Unidad Educativa de Ventanilla solicitando los nombres de las Instituciones que conformaron la Red. Nro. 4, la cantidad de secciones y el total de alumnos de quinto grado que estudiaron en cada una de ella, así mismo envió una carta a los directores presentándole el proyecto de investigación y solicitando permiso para ejecutarlo.

Posteriormente, se realizó la aplicación de la prueba, una vez administrada se procedió a calificarla y se registró la información con la información obtenida por cada uno de los integrantes de la muestra, una vez que fue registrada la información se procedió a realizar los análisis estadísticos no paramétricos, luego de haber evaluado

la forma en cómo se distribuyeron los datos mediante la prueba de Kolgomorov-Smirnov. Finalmente, se seleccionó el estadístico más adecuado, que fue la Prueba de U de Man Whitney para muestras independientes y se utilizó el programa SPSS (versión 15) para poder realizar el estudio y las interpretaciones de la investigación. (Piera, 2012).

Los resultados demostraron que, en la escala general de autoestima, el género masculino manifestó 32.8% alta autoestima, el 57.8% se ubicó en promedio alto y un 9.4% promedio bajo. El género femenino presentó 29.7% con alta autoestima, 63.3% promedio alto y un 7% promedio bajo. El promedio alto de autoestima fue el nivel que más destacó en ambos géneros, por lo que significó que no existieron diferencias significativas en los niveles de autoestima según género en estudiantes del quinto grado de primaria de la Red Educativa Nro. 4 de Ventanilla.

La autora comenta que: “Una de las razones por las cuales no existen diferencias en los niveles de autoestima según género, podría deberse a que en las familias se establecieron vínculos tempranos y fuertes de apego y no hubo distinción de género en la calidad de los mismos, es decir, que a pesar de las dificultades internas y externas que pueden afrontar las familias, hay un trato más igualitario, más equitativo en la crianza de los hijos” (Piera, 2012).

Con respecto a los resultados por cada dimensión, se encontró que en la dimensión de Sí mismo, los varones alcanzaron un promedio alto de autoestima (68%), en comparación con las niñas (63,3%), por tanto, no se evidenciaron diferencias significativas en esta dimensión. La autora hace referencia a que estos resultados pudieron observarse de esta manera ya que, la mayoría de los niños y niñas manifestaron una adecuada valoración de su persona, confianza en sí mismos y seguridad en sus habilidades y atributos personales. (Piera, 2012).

En la dimensión social-pares, la mayoría de los estudiantes obtuvieron un nivel alto de autoestima: 58% varones y 57% niñas, el 32% varones y el 35.9 mujeres obtuvieron un promedio alto de autoestima; el 9.4 % de varones y el 6.3% de niñas obtuvieron un promedio bajo y por último solo un 0.8 % de niñas presentó una baja

autoestima, de manera que tampoco se evidenciaron diferencias significativas en los niveles de autoestima en niños y niñas en esta dimensión, por tanto estos resultados demostraron que los niños y niñas se sienten bien en las relaciones sociales que mantienen con sus padres, que son aceptados y tienen adecuados vínculos de pertenencia (Piera, 2012).

En la dimensión hogar-padres, los varones obtuvieron un nivel alto de autoestima (63,3%); un 27.3% promedio alto, y el 9.4 % un promedio bajo, en cambio se observó en las niñas un 61.7% obtuvieron un nivel alto de autoestima, un 27.3% un promedio alto, el 8.6% promedio bajo y un 2.3% evidencio baja autoestima. Estos resultados que fueron hallados pudieron deberse a que existen buenas cualidades y habilidades en las relaciones familiares, que los niños se sienten respetados, amados y apoyados por sus padres y demás parientes (Piera, 2012).

En la dimensión escuela, el género femenino presentó un 64.1 % con alta autoestima; el 30.5% un promedio alto; el 4.7% obtuvieron un promedio bajo y el 0.8% un nivel bajo de autoestima. El género masculino obtuvo un 61.7% con alta autoestima; 32.8% resultó promedio alto; 5.5% promedio bajo y ningún niño evidenció un bajo nivel de autoestima. No se encontraron diferencias significativas entre niños y niñas en esta dimensión. “Los resultados evidenciaron que los niños y niñas aprecian adecuadamente las principales tareas académicas, poseen buena capacidad para aprender y trabajan con satisfacción a nivel individual y grupal” (Piera, 2012).

Finalmente, se corroboraron ambas hipótesis, con respecto a la autoestima en general, no se evidenciaron diferencias en la autoestima entre ambos sexos y tampoco en cada una de las dimensiones planteadas por el Inventario de Coopersmith (Si mismo, social, hogar, escuela).

Entre las sugerencias que realizó la autora, recomendó efectuar nuevas investigaciones, ya sea comparativas o correlacionales, que puedan corroborar los resultados obtenidos o que determinen si hay cambios futuros en cuanto a la autoestima según género (Piera, 2012).

Por otro lado, un estudio realizado por Álvarez, Cantú, Lancelotta y Rubio (1989), tuvieron como objetivo evaluar la primera versión en español del Inventario de Autoestima de Coopersmith, así como los datos normativos correspondientes para que pudiesen servir de parámetros para futuras investigaciones. En este estudio, se analizaron las diferencias en relación al sexo y el grado escolar, y posteriormente se compararon los resultados obtenidos en la población norteamericana y mexicano-norteamericana de los Estados Unidos.

La investigación se llevó a cabo con 292 niños, de los cuales 128 eran hombres y 164 eran mujeres, de nivel socioeconómico medio y bajo, cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 8 y 15 años. Se tomaron diez grupos de una escuela primaria oficial del sur de la Ciudad de México, los cuales se distribuyeron en tres grupos: tres grupos de 3er grado (74 niños), dos grupos de 4to grado (61 niños), dos grupos de 5to grado (79 niños) y tres grupos de 6to grado (77 niños).

En cuanto a los instrumentos, se utilizó el cuestionario de Autoestima de Coopersmith para niños, que se le aplicó a una población de 8 a 15 años de edad y consistió en 58 reactivos, 50 de los cuales se refirieron específicamente a la autoestima, mientras que 8 median la defensividad o la tendencia a dar una buena imagen (Álvarez et al., 1989). La validez de este instrumento fue obtenida mediante una validez convergente con la prueba de auto-concepto de Pier-Harris, que media el mismo constructo con una $r = .63$. Al igual que para la validez divergente, se buscó la relación con la escala de Deseabilidad Social para Niños de Crandall y Katkovsky con una $r = .17$.

Con respecto a su coherencia interna, el coeficiente alfa para toda la prueba fue de .89, lo cual sugirió que el inventario de Coopersmith media únicamente un constructo (auto concepto), el cual se formaba por distintas facetas (Álvarez et al., 1989).

La calificación global que fue obtenida fue de acuerdo con la calificación de Coopersmith, en la cual se sumaban las respuestas correctas del total de los 50 reactivos que correspondían con el área de autoestima, luego se multiplicaban por dos áreas para

tener una puntuación sobre 100, lo que daba el puntaje total. Las áreas del cuestionario se midieron por separado sumando el número de respuestas correctas correspondientes, lo totales para este estudio se multiplicaron por dos el puntaje total y no el de las áreas, pues todavía no se contaba con las normas correspondientes y las cifras no pudieron ser comparables directamente.

Los puntajes máximos que se pudieron obtener de estas escalas fueron:

- Escala de mentira o defensividad: 8 puntos
- Escala de autoestima con respecto al propio individuo (Self General): 26 puntos
- Escala de autoestima en relación con el área social: 8 puntos
- Escala de autoestima en relación con el hogar: 8 puntos
- Escala de autoestima en relación con la escuela: 8 puntos.

En cuanto al procedimiento, la adaptación del instrumento se compuso de dos fases: a) la del desarrollo de la versión en español del cuestionario, y b) la de la administración del mismo a un grupo de profesionales relacionados con la salud mental, y a un grupo reducido de niños para probar el lenguaje utilizado.

En la primera fase los autores se plantearon la traducción del inventario por el procedimiento de traducción doble, inicialmente fue traducido al español por una persona de habla española y posteriormente se realizó la traducción de esa versión al inglés, por una persona de habla inglesa, con el objetivo de ajustar el vocabulario para que fuese comprensible para los niños. Las preguntas correspondientes a la escala de mentira fueron modificadas para que las preguntas quedaran de manera afirmativa con el mismo sentido que tenía la forma interrogativa-negativa del original, porque en español se dificultó la construcción del lenguaje.

En la segunda fase, el inventario traducido fue presentado a un grupo de especialistas en salud mental que trabajaban con niños (fueron un psiquiatra, tres psicólogos, dos trabajadoras sociales y dos maestras de educación especial), para que adaptaran el lenguaje del inventario a la población infantil y ver si se relacionaban los conceptos del mismo con la autoestima. Después de este procedimiento, se modificaron

5 reactivos y luego se realizó la aplicación de esta versión a 10 niños entre los 8 y 10 años, de los cuales cinco tenían DA, con el objetivo de verificar si estos niños entendieron la prueba. Finalmente, se modificaron algunas palabras de dos de los reactivos y se realizó la versión final.

Como último procedimiento, se llevó a cabo la aplicación del inventario en los salones de clase de la escuela y se les aplicó a 311 alumnos que constituyeron la población total de tercero a sexto grado de primaria, pero solo se incluyeron 292 cuestionarios en el estudio, ya que los 19 restantes fueron invalidados porque estuvieron mal contestados. El cuestionario se aplicó de manera colectiva por dos psicólogos, quienes fueron los que dieron las instrucciones y contestaron personalmente las dudas que tenían los niños, no se dio límite de tiempo.

En cuanto a los resultados, los autores reportan las medias y desviaciones para toda la población dividida por grado escolar y sexo, sin embargo, solo se tomará la media de la puntuación total para todo el grupo que fue de 69.34, con una desviación igual a 11.75. Se realizó el análisis de varianza de una vía, y no se encontraron diferencias significativas en relación con el grado escolar, y tampoco respecto al sexo por las pruebas t.

La media del puntaje total de los hombres, fue de 69.26 con una SD= de 11.50 y la de las mujeres fue de M=69.41 con un SD= 11.97. Se observaron que los puntajes totales de los hombres se elevaron conforme subieron de grado, mientras que los de las mujeres permanecieron estables. En el área del self general, las niñas obtuvieron puntajes ligeramente más altos que los niños en 3er y 4to grado (M= 17.36, SD= 3.46- y M=16.96, SD=2,97 respectivamente), niños (M=16.07 SD=3.21 y M=16.54 SD=4.24 respectivamente) y menores en 5to y 6º grado, niñas (M=17.14, SD= 4.15 y M=17.56, SD= 3.58 respectivamente) niños (M=17.83, SD=2.81 y M=18.05, SD=3.61, respectivamente).

Posteriormente, se mostraron en una tabla las categorías de las pruebas, los puntajes brutos, los porcentajes y los puntajes Z. De acuerdo con esa tabla, el 71% de los niños se encontraron en el nivel normal, el 16% en el nivel ligeramente superior a lo normal y el 13% restante dentro de la categoría inferior a lo normal.

Los autores concluyeron que el inventario de Autoestima de Coopersmith resultó ser un instrumento útil para poder medir la autoestima en la población mexicana, así como para realizar comparaciones transculturales (Álvarez et al., 1989).

Estos estudios que se presentaron son relevantes, ya que demuestran evidencias en cuanto al sexo en la variable autoestima, además, de poder realizar comparaciones con respecto a esta variable en poblaciones clínicas y poblaciones que no presentan diagnóstico; por tanto se considera significativo para la presente investigación, ya que se tomará como población principal a niños con diagnóstico de dificultad de aprendizaje, lo cual sugiere que se puedan encontrar resultados distintos, como es el caso del estudio realizado por González et al., (2000) y Verduzco (1989).

Además, se escoge esta población de estudio para la presente investigación, ya que los niños y niñas que son diagnosticados con dificultad de aprendizaje (DA), son propensos a presentar una imagen negativa de sí mismos, que posteriormente ocasiona una baja autoestima. El fracaso experimentado por los niños con DA tienen un impacto psicológico significativo. Reciben críticas y comentarios de sus padres y profesores, y sus compañeros a menudo los rechazan. A medida que se les deja atrás, desarrollan una autoimagen que es diferente, insuficiente y sin esperanzas (Souyouldzoglou, 2008).

Test de los Cuentos de Hadas

La palabra inglesa test significa, como nombre reactivo y prueba, y como verbo, ensayar, probar o comprobar. Ha sido intencionalmente adoptada para denotar en cierto tipo de examen muy usado en Psicología y Pedagogía. Un test es, en efecto, un reactivo que aplicado a un sujeto revela y da testimonio de la índole o grado de su instrucción, aptitud o manera de ser (Yela, 1996).

La primera condición que debe cumplir todo test es, naturalmente, que las respuestas suscitadas, por sus elementos revelen las características que desea apreciar o medir. Una vez demostrado esto, se aplica el test a un grupo representativo de la población de sujetos en que se va a usar el test. A este grupo se le da el nombre de grupo normativo. (Yela, 1996).

Los test de personalidad utilizan generalmente elementos que requieran preguntas sobre aspectos de la conducta del sujeto, sobre sus preferencias y aversiones, sobre sus actitudes y sentimientos, sobre sus tendencias e inclinaciones, sobre sus reacciones emotivas, etc. (Yela, 1996). Sin embargo, deben diferenciarse de este tipo de test, los llamados test proyectivos, aunque se usan con fines psicológicos, son distintos a los mencionados anteriormente.

Los test proyectivos, pretenden revelar aspectos de la personalidad. Pero su objeto, no es tanto la medida, como el diagnóstico. Sus elementos suelen ser palabras, colores, manchas, fotografías, films, etc. que se presentan al sujeto para que, sujetándose a normas muy amplias, reacciones ante ellos en la forma y contenido que desee. Su personalidad se proyecta en su interpretación (Yela, 1996).

Siguiendo la línea de las pruebas proyectivas, Chávez (citado en Moya y Muskus, 2015) considera que estas pruebas son técnicas psicológicas de recogida de información o evaluación. Tiene como característica fundamental que son pruebas que promueven la proyección del sujeto y, por tanto, permiten la exploración de su mundo inconsciente.

Rapaport en 1950, establece con claridad la diferencia entre las pruebas proyectivas y no proyectivas. Las primeras colocan al sujeto frente a una situación inestructurada o ambigua que le permiten dar una amplia posibilidad de respuestas, mientras que el segundo caso el estímulo se presenta estructurado de manera que existe una única respuesta correcta y verificable (Coulacoglou, 2008).

El Test de los Cuentos de Hadas se fundamenta sobre la asociación que existe entre los cuentos de hadas y el (a) inconsciente, y (b) el desarrollo infantil

(Coulacoglou, 2002b). El fundamento teórico de este test, es psicodinámico y se basa en su mayoría en las teorías del ego y las relaciones objétales (Coulacoglou, 2008 y 2002b).

La prueba de Coulacoglou (2002a) es considerada una prueba asociativa y temática proyectiva para niños entre 6 y 11 años, 11 meses. La cualidad temática de la prueba viene dada por el hecho de que hace uso de un material conocido para favorecer la identificación con los personajes (Rabazo y Moreno citado en Moya y Muskus, 2015) y elicitare sentimientos referidos a la deprivación, el rechazo, las preocupaciones sexuales, el temor, las necesidades y deseos, la moralidad, la autoestima, las relaciones con madre y padre, la ansiedad, la agresión. Todo ello queda revelado en las respuestas de los niños. Por su parte, la cualidad asociativa de la prueba se refiere a la capacidad de los niños de asociar a los personajes a historias particulares cuando son presentados en la prueba (Coulacoglou, 2008).

El Test de Cuentos de Hadas (Fairytale Test, FTT) fue concebido por la Dra. Carina Coulacoglou durante sus estudios doctorales en la Universidad de Exeter (1989-1993). Las primeras investigaciones fueron sobre los cuentos de hadas y el desarrollo infantil y luego progresó en el campo hasta desarrollarla como un medio específico de exploración de la personalidad. Inicialmente está diseñada para ser aplicada a niños con edades entre 6 y 12 años (Coulacoglou, 2008).

El test consiste en siete sets de tarjetas estimulares cada una de ellas contiene tres imágenes, obteniendo un total de 21 tarjetas. Cada una de esas imágenes representa una versión distinta de alguna de las escenas o de los personajes de los cuentos de hadas. Algunos de estos personajes son brujas, lobos, enanos y gigantes. La imagen que se presenta es alterada mediante sus gestos, postura corporal o expresiones de manera que entre una carta y otra existan diferencias importantes en cuanto a la valencia emocional que elicitare la imagen. A partir de estos estímulos el niño deberá responder un set de preguntas relacionadas con personajes conocidos de cuentos de hadas (Coulacoglou, 2002 y 2008).

Posterior a la comprobación y el registro de la narración de los cuentos por parte de los niños, se procede con la administración de la prueba que se realiza de forma individual. La administración de la prueba toma aproximadamente entre 45-50 minutos, la corrección y puntuación 30 minutos para y otros 15 minutos para la interpretación (Coulacoglou, 2008).

Las tres cartas estimulares son presentadas simultáneamente y en orden al(a) niño(a), y se le plantea una pregunta que debe contestar en función de algunos elementos del cuento. La prueba incluye una guía para la entrevista, y para la administración de la prueba que contiene tanto las preguntas a realizar como el espacio para anotar las respuestas del evaluado (Coulacoglou, 2008). Si bien se proporciona unas preguntas bases, el entrevistador puede continuar encuestando al niño cuando las respuestas dadas son ambiguas y se necesita clarificación. Inicialmente, las preguntas que se plantean son las siguientes y se distribuyen de la siguiente manera:

Ante el primer set de tarjetas (tres caperucitas):

1. ¿Qué piensa y siente cada una de ellas? ¿Por qué?
2. ¿Cuál crees que es la caperucita del cuento? ¿Por qué?
3. ¿Cuál te comerías si fueras el lobo? ¿Por qué?

Ante el segundo set de tarjetas (tres lobos):

4. ¿Qué piensa y siente cada uno de ellos? ¿Por qué?
5. ¿Cuál crees que es el lobo del cuento Caperucita Roja? ¿Por qué?
6. ¿Cuál te da más miedo? ¿Por qué?

Ante el tercer set de tarjetas (tres enanos):

7. ¿Qué piensa y siente cada uno de ellos? ¿Por qué?
8. ¿Cuál crees que es el enano del cuento Blanca nieves? ¿Por qué?
9. ¿Con cuál de los enanos se casaría Blanca nieves? ¿Por qué?

Ante el cuarto set de tarjetas (tres brujas):

10. ¿Qué piensa y siente cada una de ellas? ¿Por qué?

11. ¿Cuál crees que es la bruja de los cuentos? ¿Por qué?
12. ¿Cuál de las tres te da más miedo? ¿Por qué?
13. ¿Cuál es la bruja malvada? ¿Por qué?
14. ¿Qué puede hacer una bruja malvada?
15. Pon nombre a las brujas

Ante el quinto set de tarjetas (tres gigantes):

16. ¿Qué piensa y siente cada uno de ellos? ¿Por qué?
17. ¿Cuál crees que es el gigante de los cuentos? ¿Por qué?
18. ¿Cuál de los tres te da más miedo? ¿Por qué?
19. ¿Cuál es el gigante más malvado? ¿Por qué?
20. ¿Qué puede hacer un gigante malvado? ¿Por qué?
21. Pon nombre a los gigantes

Ante el sexto set de tarjetas (tres escenas del cuento Caperucita Roja):

22. Dime qué está ocurriendo en cada escena
23. ¿Cómo termina el cuento? ¿Por qué?
24. ¿Cómo te gustaría que terminase el cuento? ¿Por qué?

Ante el séptimo set de tarjetas (tres escenas del cuento Blanca nieves):

25. Dime qué está ocurriendo en cada escena
26. ¿Cómo termina el cuento? ¿Por qué?
27. ¿Cómo te gustaría que terminase el cuento? ¿Por qué?

Una vez concluida la aplicación del test se procede a la corrección del protocolo. Las variables se miden como subescalas cuantitativas que van del 1-3 cuando el elemento aparece en la respuesta. Si no hay indicios de ello, el valor adquirido será 0. Se asignarán los valores 1, 2 o 3 en función de qué tan intensa o marcada sea la presencia de la variable en la respuesta donde 1 es el menor valor y 3 el mayor (Coulacoglou, 2008).

Tres de los indicadores, no se valorarán con la misma escala. Tres de ellos obtendrán una valorización positiva o negativa dependiendo de la naturaleza de la respuesta: relación con la madre, relación con el padre y autoestima se valorarán en una escala del -1 al 1. Tampoco aplica el criterio para las respuestas estafalarias o para las repetitivas que se puntuarán con un 1 cada vez que aparezcan, ni para la adaptación al contenido del cuento que se valora en una escala del 0-3. Luego se realiza una sumatoria de los puntajes obtenidos para cada código. Para la codificación de la autoestima en esta investigación, se tomará en cuenta el puntaje obtenido a partir de la suma de la cantidad de veces que se codifica la presencia de autoestima en el protocolo de FTT. Se observa en el FTT indicadores de autoestima en las respuestas que reflejan o están relacionadas con la apariencia (ej. el vestido, la belleza, etc.), pero también en los asuntos que tienen que ver con el éxito o el fracaso y la aprobación o desaprobación de los demás. La autoestima se revela en las respuestas a las láminas de Caperucita, Enano, Bruja y Gigante.

La prueba admite que la persona obtenga más de un código en cada una de las respuestas que da y sería posible incluso codificar con todas las variables una misma respuesta. Es decir, existe un máximo de puntaje posible de obtener, pero sería muy poco probable que la persona obtuviese tales resultados y el rango real de puntajes mínimos y máximo sería inferior. Las estandarizaciones llevadas a cabo para cada población son las que permiten estimar ese rango real. A partir de éstas es posible convertir los puntajes brutos obtenidos a puntajes T ($M=50$, $SD=10$) de manera que se puedan contrastar los resultados obtenidos con los criterios de normalidad pertinentes. El rango de normalidad se encuentra a una desviación típica por debajo o por encima de la media (T40-T60), de manera que de T40 a T50 los valores serán medio-bajos y de T50 a T60 serán medio-altos. Lo que sea inferior o supere esos valores es considerada la presencia significativa de la variable correspondiente en la personalidad del niño (Coulacoglou, 2008). Este proceso no se llevará a cabo en esta investigación ya que aún no se posee las estandarizaciones correspondientes a la población de niños(as) venezolanas.

El test no se trata de una prueba de memoria para verificar qué tan acertada es la versión de la historia que da el niño, sino que se trata de ver cómo el niño ha asimilado el cuento y cómo lo usa para ordenar sus propios sentimientos, experiencias y miedos (Coulacoglou, 2008). De hecho, debido a que los cuentos de hadas usualmente poseen una estructura esquemática y repetitiva, se esperaría que el/la niña(o) fuese capaz de generar expectativas en torno a personajes “clichés” como un lobo, una bruja o un gigante incluso si no se sabe o no recuerda la historia específica de Blanca Nieves o de la Caperucita Roja (Rabazo y Moreno, 2007 citados en Moya y Muskus, 2015).

La elección particular de Blanca Nieves y los Siete Enanitos y de Caperucita Roja, tiene que ver precisamente con que son dos de las historias más popularizadas y con mayor cantidad de traducciones alrededor del mundo. También se puede encontrar una diversidad de versiones populares que representan variaciones importantes en la cultura. Además de ello, ambos cuentos han sido utilizados previamente como parte del proceso psicoterapéutico lo cual marca un antecedente para su uso en la prueba FTT (Coulacoglou, 2008).

Esta prueba pretende ser es una medida de los elementos dinámicos de la personalidad y lo hace a través de 30 variables que se codifican y se totalizan. De ellas, 28 se refieren directamente a elementos de la personalidad, mientras que las otras dos son medidas propias del test: respuestas repetitivas (REP) y adaptación al contenido del cuento (ACC).

Las 30 variables se pueden organizar en seis componentes de la personalidad son (Coulacoglou, 2002a):

1. Deseos: deseo de cosas materiales (DCM), deseo de superioridad (DSUP) y deseo de ayudar (DAY).
2. Necesidades: necesidades orales (NOr), necesidad de afiliación (NAFIL), necesidad de afecto (NAFCT), necesidad de aprobación (NAPRO) y necesidad de protección (NPRO).

3. Impulsos: preocupación sexual (PRESEX), respuestas estafalarias (EST), agresión oral (AOr), agresión instrumental (AGINSTR), agresión impulsiva (AGRIMP), agresión defensiva (AGRDEF), agresión por dominancia (AGRDOM), agresión por envidia (AGRENV), agresión por celos (AGRCEL) y agresión por venganza (AGRVEN).
4. Relaciones objétales: relación con la madre (REL/MA) y relación con el padre (REL/PA).
5. Estados emocionales: temor a la agresión (TAg), ansiedad (ANS) y depresión (D).
6. Funciones del yo: ambivalencia (AMB), autoestima (AE), moralidad (MOR), sentido de propiedad (SPRO), sentido de privacidad (SPRIV) y adaptación al contenido del cuento (ACC).

Como se puede observar dentro del componente funciones del yo, se estudia la autoestima, que es la variable de interés para el estudio.

La autoestima en el test se refleja en las respuestas relacionadas con la apariencia (ej. el vestido, la belleza, etc.), pero también en los asuntos que tienen que ver con el éxito o el fracaso y la aprobación o desaprobación de los demás. La autoestima se revela en las respuestas a las láminas de Caperucita, Enano, Bruja y Gigante.

Un requisito importante que tiene el FTT es el conocimiento previo por parte del niño de los cuentos de hadas, en este caso, de Blanca Nieves y los Siete Enanitos y Caperucita Roja. Si el niño no está familiarizado con alguno de los cuentos, se le pide a sus padres o maestros que narren la historia y el test tomará lugar al menos una semana después (Coulacoglou, 2008).

Esta prueba se ha utilizado en su mayoría para medir la agresión en niños. Un estudio realizado por Coulacoglou, Souyouldzoglou y Atsarou (2008) con 803 sujetos griegos no pacientes entre las edades de 7 y 12 años tuvo como objetivo la validación de los indicadores de agresión del Test de Cuentos de Hadas (Coulacoglou, 2002a). La mayoría de los niños pertenecieron a la clase media y asistieron a escuelas públicas en

Atenas. Los niños fueron divididos en tres grupos de acuerdo a la edad: de 7 a 8, de 9 a 10 y de 11 a 12.

Se observó en la muestra que de las ocho variables del test que se refieren a agresión (agresión oral, agresión por dominancia, agresión instrumental, agresión impulsiva, agresión por envidia, agresión por celos, agresión defensiva, agresión por venganza), solo se obtuvieron cuatro en los niños, de manera que se pudieron generar cinco grupos: Agresión tipo A, agresión por envidia, agresión por venganza, agresión por dominancia y por último, el quinto grupo que fue denominado como “no agresión” y contemplo a los sujetos que habían puntuado cero en las cuatro agresiones mencionadas.

Además de esto, contaron con un grupo control de sujetos seleccionados aleatoriamente del resto de la muestra. Se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA) para determinar diferencias entre cada uno de esos grupos con 15 variables del test que sostuvieron relaciones teóricas con la agresión: sentido de propiedad, temor a la agresión, necesidades orales, deseo de ayudar, necesidad de protección, necesidad de afecto, ansiedad, depresión, moralidad, necesidad de afiliación, autoestima, relación con la madre, deseo de superioridad, adaptación al contenido del cuento. De todas ellas se encontró, que dos de los cinco grupos se diferenciaron significativamente del grupo control y esos fueron el grupo no agresión y el grupo de agresión por dominancia (Coulacoglou, Souyouldzoglou y Atsarou, 2008).

Los niños que no puntuaron en agresión parecieron ser niños más ansiosos y temerosos, así como también presentaron un pobre contacto con la realidad y una peor relación con la madre. En cambio, los niños con altos puntajes en agresión por dominancia parecieron tener altos estándares morales y mayores deseos de superioridad (Coulacoglou, et al., 2008).

Otro estudio que utilizó este test (FTT) y hace referencia también a la agresión, fue el de Savina, Coulacoglou, Sanyal, y Jhang (2011) quienes buscaron diferenciar entre los sujetos más internalizadores y aquellos externalizadores de acuerdo a sus resultados en el FTT. Estos autores, llevaron a cabo un estudio comparativo de los

resultados de cinco variables del FTT en 4 países: Grecia, Rusia, China e India. Seleccionaron cinco variables categorizadas en señales de interiorización y exteriorización del comportamiento. De esta manera, se encontró que la agresión impulsiva y la agresión motivada constituían las conductas exteriorizadas mientras que el temor a la agresión, la ansiedad y la depresión eran las variables correspondientes a la interiorización. Las comparaciones fueron llevadas a cabo para cada una de esas variables de acuerdo al país de procedencia, la edad y el sexo del sujeto.

Los resultados referidos a la agresión indicaron que para la agresión impulsiva había diferencias significativas de acuerdo al país ($F(3, 2118) = 105.67, p < 0.01, \eta^2 = 0.13$), el sexo ($F(1, 2118) = 23.18, p < 0.01, \eta^2 = 0.009$) y la edad ($F(2, 2118) = 9.62, p < 0.01, \eta^2 = 0.008$). Los griegos fueron quienes tuvieron los niveles más elevados de agresión impulsiva y los autores adjudicaron esto a la valoración positiva de las conductas de agresión en la cultura, así como también a los modelos mitológicos de la misma. Seguidos de los griegos estaban los rusos y finalmente los chinos e indios (Savina, Coulacoglou, Sanyal, y Jhang, 2011)

En relación al sexo, los varones presentaron en todos los países niveles más elevados de la variable que en las niñas y los autores interpretaron este dato como una consecuencia del estereotipo masculino ampliamente extendido en todas las culturas donde la virilidad está asociada a una función de agresión. Finalmente, de acuerdo a las edades se encontró una diferencia significativa ($p < 0.05$) entre los niños pequeños (7 años de edad) y los más grandes (9 y 11 años de edad) donde los menores demostraron mayor presencia de agresión impulsiva.

La agresión motivada incluyó el resto de los tipos de agresión considerados en el FTT como serían celos, envidia, dominancia, oral, instrumental, defensiva y venganza sin discriminar entre ellos. Para esta variable los resultados indicaron diferencias significativas de acuerdo al país ($F(3, 2118) = 18.75, p < 0.01, \eta^2 = 0.03$) y a la edad ($F(2, 2118) = 12.36, p < 0.01, \eta^2 = 0.01$) pero no de acuerdo al sexo. No se encontraron diferencias significativas entre China y Grecia ni entre Rusia y la India, aunque sí entre estos dos grupos donde los chinos y griegos presentaron mayores niveles de agresión motivada en comparación a los rusos e indios. Luego de acuerdo a las edades,

en la muestra de niños griegos quienes tenían 11 años dieron más respuestas de agresión motivada que los niños de 9 años quienes a su vez presentaron más respuestas que los niños de 7 años de edad.

En relación al uso del FTT y la autoestima, no existen investigaciones hasta ahora publicadas y además son pocos los estudios a los que se tiene acceso que se hayan planteado el uso de este test para este constructo, sin embargo, las investigaciones que se presentaron sirvieron de evidencia empírica para este test en cuanto a la evaluación de contenido para otras variables como, por ejemplo: la agresión.

Una de las pocas investigaciones a la que se tuvo acceso que tomo en cuenta la autoestima, fue la realizada por Spyridaki, Sigala y Coulacoglou (2017), quienes tuvieron como objetivo evaluar si la recomposición familiar afectaba la problemática narcisista en niños, específicamente la expresión de inquietudes sobre el rechazo y la propia imagen, la aprobación por las necesidades de otros, deseos de superioridad y movimientos agresivos motivados por la envidia y el dominio. Estas autoras se plantearon como hipótesis que estos problemas pueden reactivar una problemática narcisista que se explorara en las respuestas de los niños en el test de los cuentos de hadas, por lo que estas autoras esperaron observar en los escenarios de los hijos de las familias reconstituidas una preocupación por la autoimagen y la aceptación de los demás, así como una problemática en torno a la omnipotencia, la envidia y el control del objeto, basándose en la teoría del narcisismo.

En cuanto al método, se utilizó el test de los cuentos de hadas y se seleccionaron de las 30 variables que mide el test, las siguientes para la medición de la dimensión narcisista: Autoestima (ES), Necesidad de aprobación (BDAP), Ansiedad (ANGREJ), Ansiedad de la propia imagen (ANGSOI), Deseos de superioridad (DS), Agresión por dominancia (AGRDOM) y la Agresión por envidia (AGRENV).

Con respecto a los participantes y la recopilación de datos, los datos recolectados fueron derivados del conjunto de datos creado durante la calibración francesa FTT 2010-2011. Esta elección tuvo la ventaja del muestreo aleatorio estratificado que pudo garantizar la representatividad de la muestra. La muestra francesa incluyo a 1107 niños

de 6 a 12 años que fueron distribuidos equitativamente entre sexos, edades y regiones seleccionadas (Le-de-France, Norte, Este, Sur, Suroeste, Bretaña).

Para efectos de esta investigación, las respuestas de los niños de familias mezcladas se compararon con los niños de familias nucleares (grupo de control). Por lo tanto, se seleccionaron 767 niños (94 niños y 373 niñas) de familias nucleares y 60 niños (34 niños y 26 niñas) de familias mezcladas. Estas autoras definieron como niños en una familia combinada a todos los niños con al menos uno de los dos padres que tuvieron una nueva pareja, con o sin hijos biológicos de la nueva pareja, por tanto, esto implicó que todos los niños en el grupo de la familia reconstituida experimentaron previamente la separación de los padres. La muestra excluyó a los niños cuyos padres aún mantienen una relación, pero tienen hijos de uniones anteriores (Spyridaki, Sigala y Coulacoglou, 2017)

Con respecto a los análisis estadísticos, los mismos se realizaron con el software IBM SPSS Statistics V23.0, en donde se procedió con un análisis de varianza de una vía para detectar la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de los dos grupos independientes en las variables del estudio del test de cuentos de hadas (Spyridaki, Sigala y Coulacoglou, 2017).

Los resultados revelaron, en cuanto a el análisis de varianza un efecto significativo de la estructura familiar en las variables de personalidad (Rechazo de angustia, deseo de superioridad, agresión por dominancia, autoestima y necesidad de aprobación). Por lo tanto, se encontró que los niños en familias mezcladas obtuvieron una autoestima más negativa ($M -0.25 \pm 1.54$) que los niños en familias nucleares ($M -0.07 \pm 1.18$), $F (1.825) 4.00, p = .046$. Los niños en familias mezcladas obtuvieron más necesidad de aprobación ($M 0.95 \pm 1.36$) que los niños que viven en familias nucleares ($M 0.65 \pm 1.12$), $F (1.825) = 3.99, p = .046$. Los niños en familias mezcladas obtuvieron más deseo de superioridad que los niños en familias nucleares ($M = 1.58 \pm 2.74$ y $M = 0.98 \pm 1.96$ respectivamente), $F (1.825) = 4.88, p = .027$. Los niños en familias mezcladas mostraron mayor agresión por Dominancia ($M = 0.65 \pm 1.41$) como hijos de familias nucleares ($M = 0.34 \pm 0.99$), $F (1.825) = 5.21, p = .023$. Los niños de familias recompuestas mostraron mayor ansiedad de rechazo que los niños de familias nucleares ($M = 1.52 \pm 2.61$ y $M = 0.92 \pm 1.73$ respectivamente), $F (1.825) = 6.00, p = .014$. El

efecto de la estructura familiar no fue significativa para las variables ansiedad de la propia imagen $F(1,825) = 0.01$, $p = .909$ y agresión por envidia $F(1, 825) = 0.03$, $p = .844$).

Estas autoras observaron en cuanto a la variable de interés (autoestima) que, inicialmente los resultados que fueron encontrados replicaron estudios anteriores de la investigación internacional en la autoestima, por lo tanto, también se encontró que los niños que viven en familias reconstituidas exhibieron una autoestima más baja en comparación con los niños cuyos padres son pareja. De la misma manera, los niños estudiados tuvieron mayor ansiedad sobre el posible rechazo por parte de otros, sin embargo, es relevante mencionar que los resultados no revelaron diferencias significativas entre los dos grupos de niños con respecto a la variable angustia sobre la imagen de sí mismo, ya que esta variable se puntúo principalmente cuando el niño expresó una preocupación acerca de las posibilidades de mejorar su imagen, por tanto las autoras comentaron que es posible que la ansiedad alrededor de la autoimagen se expresó principalmente a través de las variables autoestima y rechazo de ansiedad. (Spyridaki, Sigala y Coulacoglou, 2017).

Otro antecedente empírico de relevancia, lo realizaron Valadez, Coulacoglou, Gtoski, Misios y Triantopoulou (2010), quienes presentaron los primeros resultados estadísticos de una tipificación del FTT en México. Los autores aplicaron la prueba a 399 niños mexicanos de nivel socioeconómico medio que asistían a escuelas públicas en las ciudades de Guadalajara y Guanajuato.

Estos autores, llevaron a cabo un análisis de primer orden el cual originó como resultado once factores que fueron: (a) depresión, (b) deseo de ayudar como una defensa a la agresión impulsiva, (c) agresión instrumental, (d) deseo de dominar, (e) preocupación sexual y celos/envidia, (f) figura paterna y defensividad, (g) ambivalencia y necesidad de aprobación, (h) relaciones interpersonales y necesidades socioemocionales, (i) sentimientos de indefensión y necesidad de protección, (j) relación con la madre y moralidad y (k) autoestima y agresividad.

Posterior a ello, realizaron un análisis factorial de segundo orden que dio como resultado cinco factores, los cuales fueron: (a) Agresividad versus Amabilidad, (b)

Angustia y Sexualidad, (c) Relación con la madre y Necesidades socio afectivas, (d) Baja autoestima y Sentimientos de envidia/celos, y (e) Depresión y Agresividad.

Los autores, además condujeron comparaciones mediante el uso de ANOVA y T-Test para las diferencias según el sexo, la edad y región, sin embargo, para el nivel socioeconómico no se realizó ya que aparentemente era equivalente para todos los sujetos (Valadez et al., 2010)

Tomando en cuenta la presente investigación y los hallazgos asociados a los primeros 11 factores, solo se mencionarán los datos relevantes a la variable de interés, autoestima. Los autores, encontraron para el factor (k) autoestima y defensividad, que una baja autoestima y los sentimientos de inferioridad están asociados a los impulsos de agresión como desahogo, así como también están asociados con la agresión por envidia. Por ejemplo, en una respuesta de una niña de 7 años ante uno de los enanos reflejó: “ Piensa matar a un enanito porque son muy chiquitos y buenos. Se siente triste porque él es muy gordo y feo y no le gusta como es”.

En cuanto a los resultados asociados a los cinco factores, se hizo mención de los datos obtenidos acorde a los objetivos de la presente investigación. Sobre (d) baja autoestima y los sentimientos de envidia/celos se encontró que los celos en las relaciones triádicas llevan a la agresión por envidia cuando el niño no se siente capaz de poseerlo, se encontró que las niñas puntuaron más alto en este factor (Valadez, et al., 2010).

Valadez et al. (2010) discuten en su investigación, que la agresión es uno de los aspectos más importantes en la caracterización de los niños mexicanos a partir de la aplicación del FTT. En este caso la agresión apareció relacionada con la baja autoestima y provocada por sentimientos de envidia o como consecuencia de la comparación negativa.

Estos resultados anteriormente mencionados proporcionan información cultural en cuanto a este test (FTT), ya que se hace la aplicación en una cultura cercana a la

venezolana, además que destaca como la variable autoestima puede ser influido por otras variables como por ejemplo la agresión.

Otra aplicación cultural relevante fue la de Guzmán (2011), quien realizó su estudio en Bogotá, Colombia. Su objetivo fue evaluar, cuestionar y analizar los resultados obtenidos en la administración del FTT a través de un análisis interpretativo y comprensivo de cada una de las respuestas de dos niños, un niño y una niña, ambos de las edades de 8 años, 10 meses y pertenecientes a una escuela privada. En este estudio, se observaron elementos como el comportamiento no verbal, el uso de primera persona, la continuidad de respuestas entre láminas, la interacción entre las figuras de cada set de láminas, las contaminaciones en las respuestas, etc. No se detallaron con exactitud los resultados de este estudio, sin embargo, la autora considero que una de las limitaciones con la que se presentó fue la falta de interés y conocimiento de los niños en los cuentos de hadas, se considera esta investigación un antecedente ya que aporta información sobre su uso y limitaciones que se pudieran presentar en la muestra.

Actualmente, se están realizando estudios transculturales del FTT con su aplicación en países de Latinoamérica (México, Chile, Brasil, Colombia, Argentina, Perú y Venezuela) (Valadez, et al., 2010). Una muestra de esto, fue el estudio realizado en Venezuela por Dos Santos y Zavala (2007), quienes utilizaron el FTT para evaluar rasgos de personalidad en niños diagnosticados con hemofilia. Sus resultados indicaron mayor presencia de variables como: Agresión tipo A, ansiedad de daño, agresión oral y ansiedad de muerte en los sujetos quienes sufrieron de hemofilia, mientras que aquellos que estuvieron en el grupo control presentaron mayor ambivalencia total, preocupación sexual, adaptación al contenido del cuento, relación con el padre, necesidad de afiliación y necesidad de aprobación (Dos Santos y Zavala, 2007).

Otro estudio fue el realizado por Moya y Muskus (2015), el cual fue aplicado a una población infantil venezolana y tuvo como objetivo realizar un análisis psicométrico de los indicadores de agresión (impulsiva, defensiva, por celos, por venganza, oral, instrumental, por envidia y por dominancia) en la Prueba de los Cuentos de Hadas (FTT) de Coulacoglou (2002), en niños y niñas del área metropolitana de Caracas. Éstas autoras buscaron comparar las medidas de agresión entre el FTT y el

cuestionario CACF-M y de esta manera confirmar la validez convergente del FTT entre sus indicadores de agresión y los indicadores de agresión en el CACF-M.

En cuanto a los resultados, las autoras para lograr una medida de confiabilidad del FTT en su totalidad, obtuvieron un coeficiente de correlación entre los puntajes conseguidos por los sujetos que seleccionaron de manera aleatoria para formar parte del 10% que fue puntuado por cada una de las tres evaluadoras. La correlación entre los jueces A y B fue de alta y significativa (0,886), al igual que la obtenida entre los jueces B y C (0,882) y la correlación fue más alta en el caso de los jueces A y C (0,938). Además, realizaron un análisis de la confiabilidad para cada tipo de agresión a través de la obtención de una proporción de acuerdo entre tres evaluadoras sobre las codificaciones correspondientes a cada indicador de agresión en las cuales obtuvieron entre un 96-99% de acuerdo entre las evaluadoras.

Por otro lado, las autoras encontraron que el tipo de agresión más usado por los niños y niñas fue el de agresión impulsiva (46,37%), seguido de agresión por venganza (15,46%) y agresión por envidia (11,55%). Posteriormente, a través de la U de Mann-Whitney encontraron que no había diferencias significativas en los puntajes del FTT entre el grupo de niños y niñas calificados(as) por el CACF-M como agresivos(as) ($U=6,81$ y sig. $0,256>0,05$). Por lo que pareciera que el FTT mostro una menor posibilidad de diferenciar a los niños calificados como agresivos y no agresivos en comparación a los datos arrojados por el CACF-M.

Aunado a esto, Moya y Muskus (2015) encontraron la existencia de una asociación baja y no significativa entre los resultados de ambos test ($r_{bp}=0,162$). Asimismo, observaron una tendencia a la correlación positiva entre los test; es decir, que aquellos niños identificados como agresivos en el CACF-M tendieron a responder con un número mayor de códigos de agresión en el FTT.

Con respecto a los tipos de agresión, encontraron una asociación mediana y significativa ($r_{bp}=0,280$) entre los sujetos con presencia de agresión en el CACF-M y los puntajes en el tipo de agresión oral del FTT. Obtuvieron un coeficiente positivo por lo que, los niños calificados como agresivos según el CACF-M, obtuvieron

puntuaciones más altas en este tipo de agresión del FTT. Además, hallaron una asociación baja y no significativa ($r_{bp} = -0,165$) entre los sujetos con presencia de agresión en el CACF-M y los puntajes en el tipo de agresión por dominancia del FTT. Obtuvieron un coeficiente negativo por lo que podría decirse que aquellos niños calificados como no agresivos según el CACF-M obtuvieron puntuaciones más altas en este tipo de agresión del FTT.

Además, encontraron una asociación muy baja y no significativa ($r_{bp} = 0,026$) entre los sujetos con presencia de agresión en el CACF-M y los puntajes en el tipo de agresión instrumental del FTT. Se obtuvo un coeficiente positivo por lo que, aquellos niños calificados como agresivos según el CACF-M, obtuvieron puntuaciones más altas en este tipo de agresión del FTT. Igualmente, hallaron una asociación baja y significativa ($r_{bp} = 0,223$) entre los sujetos con presencia de agresión en el CACF-M y los puntajes en el tipo de agresión impulsiva del FTT. Obtuvieron un coeficiente positivo por lo que podría decirse que aquellos niños calificados como agresivos según el CACF-M obtuvieron puntuaciones más altas en este tipo de agresión del FTT.

Encontraron una asociación casi nula y no significativa ($r_{bp} = 0,057$) entre los sujetos con presencia de agresión en el CACF-M y los puntajes en el tipo de agresión por envidia del FTT. Se obtuvo un coeficiente positivo por lo que podría decirse que los niños calificados como agresivos según el CACF-M tendían a obtener puntuaciones más altas en este tipo de agresión del FTT. También encontraron una asociación casi nula y no significativa ($r_{bp} = 0,017$) entre los sujetos con presencia de agresión en el CACF-M y los puntajes en el tipo de agresión por celos del FTT. Se obtuvo un coeficiente positivo por lo que podría decirse que aquellos niños calificados como agresivos según el CACF-M obtuvieron puntuaciones más altas en este tipo de agresión del FTT.

Encontraron una asociación muy baja, no significativa ($r_{bp} = 0,084$) entre los sujetos con presencia de agresión en el CACF-M y los puntajes en el tipo de agresión defensiva del FTT. Se obtuvo un coeficiente positivo por lo que aquellos niños calificados como agresivos según el CACF-M obtuvieron puntuaciones más altas en este tipo de agresión del FTT. Asimismo, encontraron una asociación baja, no

significativa ($r_{bp} = -0,126$) entre los sujetos con presencia de agresión en el CACF-M y los puntajes en el tipo de agresión por venganza del FTT. Obtuvieron un coeficiente negativo por lo que podría decirse que los niños calificados como no agresivos según el CACF-M obtuvieron puntuaciones más altas en este tipo de agresión del FTT.

Por otro lado, Moya y Muskus (2015), utilizaron la U de Mann-Whitney para comprobar si existían diferencias significativas en los puntajes del FTT entre el grupo de niños y niñas. El estadístico arrojó una $Z = -0,928$ (sig. 0,353) indicando que no existen diferencias significativas en los grupos. Asimismo, utilizaron este estadístico para determinar si existían diferencias significativas en los puntajes del FTT entre el grupo de sujetos entre menores (6-8 años) y mayores (9-11 años). Éste arrojó una $Z = -0,965$ (sig. 0,335) indicando que no existen diferencias significativas en estos grupos.

Las autoras utilizaron también el análisis de varianza de Kruskal-Wallis para determinar si existían diferencias significativas en los puntajes del FTT entre el grupo de nivel socioeconómico bajo, medio y alto. Obtuvieron un $\chi^2 = -0,926$ (sig. 0,629) lo cual refleja que no existieron diferencias significativas entre los grupos de acuerdo a su nivel socioeconómico (Moya y Muskus, 2015).

Las autoras expresan que el alto porcentaje de acuerdo obtenido entre las tres evaluadoras al momento de codificar los protocolos, refleja que los indicadores de agresión del FTT cuentan con excelente confiabilidad. Aunado a esto, comentaron que la baja correlación entre ambos test puede deberse a que a pesar de que ambos miden la variable agresión, el CACF-M mide la agresión como una conducta manifiesta, mientras que el FTT mide la agresión en base a la fantasía o el deseo que el niño pudiese tener sobre esta variable (Moya y Muskus, 2015).

Otra investigación relevante fue la realizada por Querales (2017), quien propuso evaluar la relación entre la agresividad, el sexo y los mecanismos de defensa que utilizaban los niños en el área metropolitana de Caracas. El tipo de investigación que realizó fue no experimental, y se buscó conocer y determinar en qué medida la interacción de las variables independientes, agresión, sexo y edad influían en los mecanismos de defensa que utilizaban los niños entre 8 años y 11 años de edad.

Los instrumentos que utilizo fueron, el Cuestionario dirigido a los maestros para clasificación de los alumnos de acuerdo a sus conductas más frecuentes (CACF-M) de Milena Matos (1995), el cual se encargaba de medir las conductas agresivas y/o prosociales que predominaban en los alumnos en función de la frecuencia con la que aparecían, este cuestionario constaba de 42 ítems en forma de afirmaciones asociadas a conductas de agresión (14 ítems) o prosociales (13 ítems) que se pudiesen observar en el ámbito escolar y el otro instrumento utilizado fue el Test de cuentos de hadas de Coulacoglou (FTT) .

En cuanto a las hipótesis de la investigación, se esperó que los niños que puntuaron como agresivos en el cuestionario de Matos (CACF-M), obtuvieran diferencias significativas en los mecanismos de defensa con respecto a los niños que puntuaron como no agresivos en el cuestionario, además se esperaron diferencias significativas entre los niños y las niñas en el uso de los mecanismos de defensa.

Con respecto al procedimiento, el primer paso que se realizó fue la selección de forma intencional de tres colegios, dos ubicados en la zona de Montalbán, el Colegio Humanitas y el Colegio Francisco Salias, y el Colegio El Ángel, ubicado en Chuao, de niveles socioeconómico medio, medio y medio-alto, respectivamente. Posteriormente, se buscó comunicarse con las instituciones para obtener los permisos necesarios para poder llevar a cabo la investigación en sus planteles. Se les pidió autorización a los padres y representantes, solicitando su permiso y consentimiento para la realización de las pruebas necesarias a su hijo para fines de la investigación, la participación de los estudiantes fue voluntaria.

Al obtener los permisos necesarios para asistir al colegio, se procedió a aplicar las pruebas, el Cuestionario dirigido a los maestros para clasificación de los alumnos de acuerdo a sus conductas más frecuentes (CACF-M) de Milena Matos (1995) y el Test de Cuentos de Hadas (FTT) a aquellos sujetos que cumplieron con la edad y sexo requerido para realizar la prueba. Posteriormente, un grupo de expertos, Carina Coulacoglou, Ioanna Smyrni, Florentia Sigala, y Katerina Gkotsi, pertenecientes al equipo de la Sociedad de Cuentos de Hadas ubicado en Grecia, dirigido por la autora del FTT, Carina Coulacoglou, procedieron a corregir los protocolos del test aplicado. Luego se empezaron a analizar los resultados de CACF-M, para clasificar a los sujetos

agresivos y no agresivos, y así poder comparar ambos grupos con los resultados obtenidos del FTT, con respecto a los mecanismos de defensa que utilizaron los niños agresivos y no agresivos (Querales, 2017).

En cuanto a los resultados, para poder analizar los mismos con respecto a los mecanismos de defensa utilizados por los sujetos en el FTT, primero se procedió a realizar un análisis de contenido, el cual consistió en un procedimiento sistemático y objetivo de descripción del contenido de los mensajes. Ésta técnica le permitió identificar y clasificar los mecanismos de defensa que usaron los niños en el FTT. La corrección de los protocolos fue realizada por el equipo de expertos de la Sociedad de Test de Cuentos de Hadas ubicado en Grecia y estos protocolos fueron traducidos, del idioma griego e inglés al español. Luego se condujo a realizar el análisis estadístico de los datos a través de la prueba de Wilcoxon Mann-Whitney. En este estudio los grupos independientes fueron las niñas y el otro grupo fueron el de los niños, permitiendo contrastar o comparar las diferencias entre el sexo, la agresión con el uso de los mecanismos de defensa (Querales, 2017).

Los análisis de los resultados obtenidos en cuanto a la frecuencia del uso de los mecanismos de defensa en el FTT, dio como resultado que los sujetos agresivos, 21 de ellos utilizaron la Anulación (14 niños y 7 niñas), 25 usaron la Negación (17 niños y 8 niñas), 3 emplearon el mecanismo Acting Out (2 niños y una niña), 4 niños usaron la Represión y un niño utilizó la Proyección.

Por otro lado, en el grupo de los clasificados como no agresivos, se encontró que 17 sujetos utilizaron la Anulación (4 niños y 13 niñas), 16 usaron la Negación (7 niños y 9 niñas), una niña y un niño emplearon la Represión, una niña usó el mecanismo Agresión Contra sí mismo y 3 niños utilizaron la Proyección (Querales, 2017).

Esta autora encontró que, durante el proceso de corrección de los protocolos del FTT, que los sujetos agresivos y no agresivos, clasificados por el Cuestionario de Matos, utilizaron diversos tipos de agresión en sus respuestas al FTT. Por tanto, decidió hacer uso de la prueba de U de Mann-Whitney para observar si se evidenciaron diferencias significativas en el uso de los tipos de agresión evaluados por el FTT con respecto a los sujetos agresivos y no agresivos, y otra U de Mann-Whitney para

observar si se evidenciaron diferencias significativas en el uso de los tipos de agresión evaluados por el FTT con respecto al sexo.

Al realizar, la primera U de Mann- Whitney (tipos de agresión y sexo) se encontró que con un nivel de significación de 0.1 y un intervalo de confianza del 90%, existieron diferencias significativas entre las niñas y los niños en cuanto al uso de la Agresión Impulsiva y la Agresión por Venganza, siendo las niñas quienes usaron con mayor frecuencia la Agresión Impulsiva y los niños usaron con mayor frecuencia la Agresión por Venganza en el FTT. Mientras que en los tipos de agresión Oral (1.00), por Envidia (0.464), por Celos (0.784), Defensiva (0.222), por Dominancia (0.380) e Instrumental (0.567) no se encontraron diferencias significativas. Luego se procedió a realizar la segunda U de Mann- Whitney , tipos de agresión y sujetos agresivos, no agresivos ; se encontró que con un nivel de significación de 0.1 y un intervalo de confianza del 90%, se evidenciaron diferencias significativas entre los sujetos clasificados por el Cuestionario de Matos, como agresivos y no agresivos en cuanto al tipo de agresión utilizada en el FTT, además se observó que los sujetos no agresivos usaron la Agresión por Celos con mayor frecuencia en comparación con los niños agresivos (Querales, 2017).

Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en los tipos de agresión con respecto al pertenecer o no al grupo clasificado como agresivo, en los tipos de agresión Oral (1.00), Impulsiva (0.439), por Envidia (0.537), por Venganza (0.115), Defensiva (0.259), Dominancia (0.753) e Instrumental (0.169) (Querales, 2017).

La autora concluyo que los resultados reflejaron una diferencia entre el sexo, la agresión y la utilización de los mecanismos de defensa en el FTT, en donde se evidencio que específicamente los niños utilizaron con mayor frecuencia la proyección, la cual propuso que pudo ser explicada por el uso de este mecanismo de defensa como un elemento protector ante aquellas características que les resulta negativas de sí mismo, así mismo, no se encontró diferencias significativas en el uso de los mecanismos de defensa de proyección, anulación, represión, negación, identificación con el agresor y agresión contra sí mismo, entre los sujetos clasificados como agresivos y no agresivos en el Cuestionario de Matos, pero si se encontró diferencias significativas en el uso de mecanismo de acting out, siendo los sujetos agresivos los

que emplearon este mecanismo con mayor frecuencia, explicando que este mecanismo propone un acto impulsivo, que buscaba liberar de una forma violenta la tensión que siente el sujeto (Querales, 2017).

En cuanto al sexo, la autora halló que las niñas utilizaron en mayor medida la agresión impulsiva mientras que los niños, utilizaron la agresión por venganza, aclarando que la niñas hicieron uso de una agresión más primitiva, en donde se evidencio una explosión de hostilidad, en cambio los niños buscaron tener una justicia utilizando la agresión. (Querales, 2017).

Otra muestra de una investigación transcultural de este test aplicado en la población infantil venezolana fue el realizado por Corredor (2016), en donde la autora buscaba obtener los datos normativos en Venezuela.

Se utilizó el Test de Cuentos de Hadas a fin de evaluar las características de personalidad en niños entre 6 y 11 años. Para ello, se seleccionaron cuatro regiones del país sobre la base de censo poblacional de 2011, las regiones fueron: de los Llanos, Zuliana, de los Andes, Oriental-Insular y Capital. La muestra estuvo conformada por 699 niños entre los 6 años y 0 meses y los 11 años y 11 meses, que asistieron a planteles educativos tanto públicos como privados.

El trabajo de campo fue realizado entre el 2010 y el 2015. En su mayoría los evaluadores fueron Licenciados en Psicología, a excepción de cuatro estudiantes de psicología de la Universidad Católica Andrés Bello previamente entrenados en la administración del FTT. Los protocolos obtenidos se enviaron a la Sociedad de Cuentos de Hadas para su traducción y tipificación. Se tomaron en consideración diferentes niveles socioeconómicos de manera que quedaron representados los estratos sociales existentes en el país y así controlaron esta variable.

Los protocolos obtenidos fueron enviados a la Sociedad de Cuentos de Hadas para su traducción y tipificación, una vez obtenidos los protocolos se realizó el análisis estadístico. En primer lugar, se normalizaron las puntuaciones directas utilizando una escala Likert de forma que los niños cuyas respuestas incluyeron la variable medible tuvieron puntuaciones más altas y los niños cuyas respuestas no la incluyeron tuvieron puntuación cero. Las variables *relación con la madre*, *relación con el padre* y

autoestima se transformaron de manera contraria. Estas variables correspondieron, respectivamente, a una relación negativa con la madre, con el padre y a una autoestima negativa.

Luego de recolectadas las respuestas de los niños, el equipo de la Sociedad de Cuentos de Hadas realizó un análisis factorial con el objetivo de determinar la estructura latente de los datos y luego el análisis de los componentes principales para determinar cuáles eran los factores más importantes y seleccionó aquellos que obtuvieron un puntaje mayor a 1.00. Escogiendo los siguientes 12 factores de primer orden, que explicaron más del 50% de la varianza:

1. Asertividad agresiva.
2. Celos y preocupación sexual.
3. Auto concepto, envidia y figura materna
4. Agresión instrumental
5. Control cognitivo/ emocional
6. Agresión primitiva
7. Síntomas internalizados
8. Miedo e inseguridad
9. Ambivalencia
10. Tendencia de aislamiento y de afiliación
11. Venganza

12. Posesividad

Se realizó un análisis de rotación, tomando en cuenta para la interpretación de los factores, los ítems con pesos factoriales superiores a 0.40.

En los resultados obtenidos se encontraron cuatro factores que permitieron clasificar la agresión en cinco tipos: asertividad agresiva, agresión instrumental, agresión primitiva, venganza y posesividad.

Factor 1. Asertividad agresiva: cual hace referencia a los impulsos agresivos que tienen el objetivo de influenciar y dirigir la conducta de los demás. Se encontró una diferencia significativa por edad ($p=0.001$, $p \leq 0.01$), lo que sugiere que este factor tiende a aumentar con la edad llegando al tope entre 10 y 12 años. Aunado a esto, se encontraron diferencias significativas por región, encontrado puntuaciones más altas en los Andes, Capital y Centro-Occidente ($P=0.00$, $p \leq 0.01$)

Factor 2. Agresión instrumental: refleja una forma de agresión adaptativa que sirve como una función de sobrevivencia o de auto mantenimiento del individuo, ofreciendo un tipo de recompensa o ventaja al agredido. En este factor se encontró una diferencia significativa con respecto al sexo ($p=0.03$ $p \leq 0.05$), lo que sugiere que los niños tienen puntuaciones más altas en comparación con las niñas.

Factor 6. Agresión primitiva: se relaciona con una agresividad primaria y con la descarga directa de fantasías o impulsos agresivos que no se justifica por causas externas, sino que se atribuye a motivos internos.

Factor 11. Venganza: hace referencia a los impulsos agresivos y vengativos del niño. El factor esta correlacionado con el mecanismo de defensa "*acting out*". En este factor se encontró una diferencia significativa con respecto a la edad ($p=0.001$, $p \leq 0.01$), lo que refleja un aumento con la edad, llegando al tope entre 10 y 12 años. También se encontró una diferencia significativa por sexo ($P=0.00$, $p \leq 0.01$), lo que sugiere que los niños tienen puntuaciones más altas en este factor que las niñas.

Factor 12. Posesividad: refleja la agresión defensiva del niño, relacionado con su necesidad de controlar su “territorio”, al igual que objetos personales, ya sea de valor emocional o material. Este factor se relaciona con el mecanismo de defensa racionalización. No se encontraron diferencias significativas por edad, sexo y nivel socioeconómico.

En base a estos resultados, Corredor (2016) encontró que la agresividad es un rasgo característico en los niños y niñas venezolanos y observó que, de los doce factores de primer orden, cinco se relacionaron de manera directa con la agresividad (asertividad agresiva, agresión instrumental, agresión primitiva, venganza y posesividad), por lo que parece ser un rasgo central.

Por otro lado, el FTT se ha empleado con tres grupos clínicos de niños: niños con dificultades del aprendizaje (grupo DA), niños con retraso mental (grupo RM) y niños con estructura psicótica de la personalidad. El último grupo era bastante heterogéneo y relativamente pequeño (25 niños), por lo que no se realizaron análisis estadísticos. Para la presente investigación se tomará en cuenta el estudio realizado para los niños con dificultad de aprendizaje, ya que es la población de interés.

En base a las aplicaciones clínicas del FTT. Un estudio realizado por Souyouldzoglou (2008) tenía como objetivo principal evaluar la personalidad de los niños con problemas de aprendizaje, para identificar las variables afectivas y las características específicas de su personalidad, además de alentar el uso del FTT como un medio para el diagnóstico.

El estudio abogaba que para planear una intervención terapéutica apropiada se requería una evaluación psicológica para evaluar los efectos negativos de un niño con DA. El uso de la prueba de cuento de hadas (FTT) permitió el estudio de la personalidad en su conjunto. Más específicamente, evaluó veintiséis (26) variables de personalidad que abarcaban necesidades y deseos, temores y ansiedades, agresión motivacional, la depresión y la autoestima. También se evaluó las funciones del ego como el proceso del pensamiento, los mecanismos de defensa y la prueba de la realidad (Souyouldzoglou, 2008).

La principal hipótesis de este estudio fue que los niños con problemas de aprendizaje tendrían las mismas necesidades básicas, deseos e impulsos que un niño normal. No obstante, niños con problemas de aprendizaje experimentarían frustración por repetitivas fallas y sus habilidades por conocer las demandas de un ambiente rechazador. Como resultado, ello generaba una imagen negativa de sí mismos y experimentarían una baja motivación para el trabajo y el aprendizaje, acompañados por altos niveles de ansiedad y depresión.

Sus frustraciones liderarían una alta agresión y una baja autoestima, mientras que el rechazo por su ambiente social incrementaría sus necesidades emocionales. (Souyouldzoglou, Atsarou y Coulacoglou citados en Souyouldzoglou, 2008).

Más específico se esperó que niños con problemas de aprendizaje obtuvieran altas puntuaciones en las variables de necesidad de afecto, necesidad de afiliación, necesidad de protección, ansiedad, depresión y agresión. No obstante, en relación a la agresión, no existieron datos en los tipos de agresión en donde niños con problemas de aprendizaje obtuviesen puntuaciones altas. También se esperó que niños con problemas de aprendizaje tuviesen mayores relaciones negativas con sus padres y finalmente, su autoestima fuese más baja en comparación con los participantes de control.

En cuanto al método y el diseño, la muestra consistió en 100 niños entre las edades de 7 y 12 años con una media de 10.31 y desviación de 1.82. El diagnóstico de dificultad de aprendizaje fue dado por el centro de orientación y fue la primera vez que estos niños habían sido referidos para evaluación. La selección de los niños de la muestra cumplió con los criterios de exclusión de dificultad de aprendizaje. Mas específico, la muestra no incluyó a niños que tenían dificultad en la lectura debido a un retardo mental, desórdenes afectivos y deficiencias ambientales, desventajas psíquicas o sensoriales. Los niños con dificultad de aprendizaje que no estaban familiarizados con el FTT también fueron excluidos.

El grupo control consistió en 110 niños, entre 7 y 12 años, seleccionados de una escuela pública en el área de Atenas ($M=10,14$ años $D=1.69$), esta muestra fue seleccionada del ejemplo original del FTT ($N=800$), con el fin de igualar el grupo de dificultades de aprendizaje con respecto al sexo, la edad y clase social. Según la evaluación de los profesores que fue completada con la Escala de Evaluación del Comportamiento de Rutter para padres y maestros, los niños en el grupo control no tuvieron ningún problema de aprendizaje o de comportamiento (Coulacoglou citado en Souyoudzoglou 2008).

Las características demográficas del estudio estuvieron categorizadas en cuanto al sexo, edad y clase social, para la categoría sexo la muestra se distribuyó de la siguiente manera: 69 niños y 31 niñas siendo un total de 100 niños, con respecto a la edad estuvo compuesta entre 7-8 años (24 niños), entre 9-10 años (26 niños) y entre 11 y 12 años (50 niños); con respecto a la clase social fue distribuida en baja, media y alta siendo 35, 55 y 10 respectivamente.

La media del cociente intelectual para los niños con dificultad de aprendizaje fue de 98.6 de acuerdo a la escala de inteligencia para niños (WISC-III).

En cuanto al procedimiento, el FTT fue administrado durante el proceso regular de la evaluación psicológica dentro del centro de orientación por un grupo de psicólogos. El grupo incluyó al investigador y dos psicólogos entrenados en la administración de la prueba. La puntuación de los protocolos fue realizada por separado por el investigador y la autora de FTT. Los mecanismos de defensa se puntuaron 1 por cada vez que aparecieron en un protocolo. El grupo también recopiló un informe que consistió en: (1) características demográficas de la familia de cada niño (SES, nivel educativo, situación familiar, etc.) y (2) la familia de síntesis y los nombres de los miembros, lo que pudo ser útil con respecto a la evaluación de ciertas respuestas. También se observó información sobre los lazos familiares, diagnóstico, problemas médicos actuales, trastornos de lenguaje y el cociente intelectual. La relación variable con el padre no se incluyó en el análisis de los datos debido a su baja variabilidad en la muestra (menor al 5%).

En base a los resultados, la autora realizó un análisis de varianza (ANOVA) para comparar los grupos de control y clínicos. El análisis de componentes principales fue utilizado para agrupar variables en componentes de personalidad principal. Del análisis de los principales componentes de las variables FTT, fueron extraídos cuatro factores: (1) relación con la madre, (2) frustración emocional, (3) asertividad y (4) prueba de realidad.

A continuación, solo se nombran los factores y se explican los resultados que tuvieron relación con la autoestima, siendo la misma, la variable de interés para el presente estudio.

Se encontró que las variables que cargaron para el factor 1(Relación con la Madre) fueron: relación con la madre (0.690), agresión tipo A (0.0484), ansiedad (-0.591) y temor a la agresión (-0.619), lo que significó que una relación positiva con la madre, así como la afectividad materna y el apoyo, ayudan al niño a desarrollar una mejor relación con el medio ambiente y reduce su ansiedad y el miedo. Además, tanto el apoyo como la aprobación refuerzan la autoestima y constituyen una base de desarrollo (Souyouldzoglou, 2008).

Por otra parte, la ansiedad de separación obstruye la autoconfianza y la confianza de los niños en los demás, y conduce a una falta de autoestima, ansiedad y depresión (Bolwby citado en Souyouldzoglou, 2008).

Para los niños con dificultad de aprendizaje (DA), el apego seguro con la madre pareció ser el factor más importante, ya que fue el primer factor extraído en el análisis. En niños normales, el factor de imagen materna pareció ser el segundo más importante en la secuencia del análisis factorial (Coulacoglou citado en Souyouldzoglou, 2008).

Para el segundo factor (frustración emocional), se encontró que las variables incluidas fueron: necesidad de afecto (0.798), necesidad de afiliación (0.707) y agresión como represalia (0.494), lo que indicó que la frustración, rechazo y el aislamiento en niños con DA pareció incrementar sus necesidades emocionales y sus necesidades de afecto materno, aprobación y relaciones amistosas con su ambiente. La

frustración, la falta de satisfacción y el descontento provocados por estímulos negativos internos o externos pudieron inspirar la agresión como reactivación o contraataque dirigidos al medio ambiente, que el niño puede considerar responsable por la frustración (Souyouldzoglou, 2008).

Para el tercer factor (asertividad), las variables que se cargaron fueron: agresión como dominancia (0.742), deseo de superioridad (0.631) y sentido de la propiedad (0.579), lo que indicó que para compensar los sentimientos de inferioridad y para incrementar la autoestima, los niños con dificultad de aprendizaje (DA) deseaban dominancia y superioridad. Además, deseaban superar, dominar, afirmar y defender lo que les pertenece, y eso incluyó los objetos como lo sentimientos. Se observó que, la asertividad apareció en el FTT en niños normales, pero no se incluyó la variable sentido de propiedad (Souyouldzoglou, 2008).

En suma, según lo que fue encontrado en el análisis factorial, los componentes básicos de la personalidad de los niños con dificultad de aprendizaje incluyeron la frustración afectiva, la necesidad de afecto y de apoyo, la relación con los demás y lo que fue más importante el apego a una madre cariñosa y solidaria. Además, la asertividad en relación con el refuerzo de la autoestima del niño y la adaptación a la realidad reflejaron un control eficaz del ego. La relación con la madre, aproximada a la imagen de la madre en los niños, la asertividad y la prueba de realidad fueron también componentes principales de la personalidad normal de los niños (Souyouldzoglou, 2008).

Se encontró para el segundo factor en los niños con problemas de aprendizaje (frustración emocional), que éste se asoció con frustraciones provocadas por el rechazo y aislamiento del entorno del sujeto y enfatizaba la importancia de una relación positiva y segura con la madre. Los niños necesitaban este tipo de relación para formar una base segura para el desarrollo de su autoestima. Además, necesitaban aprobación, apoyo y protección para evitar la intensificación de sus ansiedades y temores. Finalmente, necesitaban padres de apoyo y disponibles que les ayudaran a desarrollar una alta autoestima y un sólido modelo de relación para otras relaciones (Souyouldzoglou, 2008).

Según los resultados del FTT, los niños con dificultad de aprendizaje se diferenciaron de los niños sin diagnóstico en relación con trece (13) características de personalidad. La primera hipótesis del estudio, relativa a importantes diferencias en algunas variables entre las dos poblaciones, se confirmó: los niños con dificultades de aprendizaje mostraron baja autoestima, mayores niveles de ansiedad, mayor necesidad de afecto y relación deficiente con su madre.

Por otro lado, no se confirmó la hipótesis sobre la necesidad prolongada de protección, necesidad de afiliación y depresión.

Otro estudio realizado con esta población fue el de Souyoudzoglou, Anastassia y Coulacoglou (1998), quienes se plantearon como objetivo obtener una descripción detallada del perfil de personalidad de los niños con dificultad de aprendizaje, esperando que el test de cuentos de hadas pudiera ofrecer una imagen más clara de la personalidad de los mismos. En cuanto al método, las autoras dividieron la muestra en 2 grupos: experimental, conformado por los niños con dificultad de aprendizaje (DA) y el grupo control que consistía en niños de escuelas secundarias privadas sin historial de dificultad de aprendizaje, los niños con DA fueron diagnosticados usando exámenes visuales, pruebas audiológicas y neurológicas, así como pruebas estandarizadas (Wisc-R, prueba de nivel amplio) y estuvo conformado por 100 niños de 9 a 12 años, con una edad promedio de 6 años, los niños del grupo control se conformaron con 100 niños de 9 a 12 años (edad promedio de 11.2 años).

Ambos grupos (control y experimental), fueron constituidos con el mismo número de niños y niñas pertenecientes a las mismas clases sociales. La prueba completa WISC-R Q1 colocó Q1 entre 85 y 115 en ambos grupos. Los niños cuyas deficiencias académicas se atribuyeron a problemas emocionales primarios, inteligencia subnormal o privación sociocultural fueron eliminados de esta muestra.

En cuanto al procedimiento que siguieron las autoras, se caracterizó por la aplicación de la prueba de cuento de hadas individualmente a los niños con dificultades de aprendizaje en el contexto de las evaluaciones psicoeducativas, incluido el estándar WISC-R y el nivel de prueba. Los niños del grupo control fueron seleccionados al azar de cinco escuelas secundarias privadas en el área de Atenas, la prueba se dio durante

las horas de clase en una clase vacía. Un requisito previo fue que los sujetos conocieran los clásicos cuentos de Hadas de Caperucita Roja y Blanca nieves y los siete enanitos (Souyouldzoglou, Anastassia y Coulacoglou, 1998).

Las primeras dos autoras de este estudio tomaron la prueba y establecieron el puntaje, y se encontró que la confiabilidad era alta para la mayoría de las variables de la prueba (rango de 0.70 a 0.90), cada protocolo fue calificado de forma independiente por los dos examinadores, estos resultados fueron usados para el análisis de confiabilidad y varianza (MANOVA), y finalmente los dos autores trabajaron en conjunto en el puntaje final de las variables y aclararon (Souyouldzoglou, Anastassia y Coulacoglou , 1998).

Con respecto a los resultados, se encontraron diferencias significativas en los dos grupos, sin embargo, solo se mencionarán los que fueron encontrados en torno a la variable de interés (autoestima), esta variable revelo en el grupo con DA un promedio de -0.87 y una desviación estándar de 1.17 y para el grupo control revelo un promedio de -0.04 y una desviación estándar de 0.78 y ambos obtuvieron una $F=35.94^{**}$.

Las autoras compararon con otros estudios y concluyeron que los problemas de aprendizaje se caracterizaron por una baja autoestima, lo que de alguna manera llevó a otros hallazgos en particular, de que los niños con problemas de aprendizaje obtuvieron puntajes más altos para las variables de necesidades orales, ansiedad y depresión. Estas tres variables de personalidad reflejaron necesidades que pudieron atribuirse a una menor autoestima. Esto último provino principalmente de la falta de éxito en el logro de los estándares académicos y, por lo tanto, tener la satisfacción de haber tenido éxito (Souyouldzoglou, Anastassia y Coulacoglou, 1998).

Son varios los aportes que se han realizado a el FTT, sin embargo, es importante seguir realizando investigaciones con miras a lograr generalizaciones más certeras con estudios psicométricos para cada población y que sirvan de apoyo para futuras investigaciones.

Según Yela (1996), todo test psicométrico debe reunir como mínimo, tres condiciones fundamentales: ser válido, ser preciso o fiable y estar tipificado. Para conseguirlo la elaboración de un test suele seguir el esquema siguiente:

- A) Definición del rasgo psicológico
- B) Selección de elementos apropiados
- C) Comprobación de la validez y precisión del test.
- D) Tipificación del mismo

La presente investigación se centra en los puntos C y D citados por Yela (1996), donde se pretende obtener indicadores de validez y confiabilidad para la variable autoestima, además de verificar si funciona como una medida representativa para medir esta misma variable en la población de niños y niñas con dificultad de aprendizaje (DA) en una muestra de niños y niñas con edades comprendidas entre 7 y 12 años.

Método

Objetivo general

Estimar la confiabilidad y validez del Test de Cuentos de Hadas (FTT) de Coulacoglou (2002), para evaluar la autoestima en niños y niñas con dificultad de aprendizaje en edades comprendidas entre 7 y 12 años.

Objetivos específicos

1. A partir de las repuestas dadas por los niños y niñas en el FTT de Coulacoglou (2002) obtener evidencia de:

a) La validez convergente entre los indicadores de autoestima del FTT de Coulacoglou (2002) y la presencia del grado autoestima en niños y niñas de acuerdo al Inventario de Autoestima de Coopersmith.

b) La validez de criterio a través del contraste de grupos de niños(as) que presentan una autoestima baja o alta de acuerdo a lo recabado a partir del Inventario de Autoestima de Coopersmith.

2. Estimar la diferencia de la autoestima obtenida en el FTT de Coulacoglou (2002) en cuanto a la variable sexo, en la cual se espera que no se encuentren diferencias significativas.

3. Estimar la diferencia de la autoestima obtenida en el FTT de Coulacoglou (2002) en cuanto a la variable edad, en la cual se espera que no se encuentren diferencias significativas.

4. Estimar la diferencia de la autoestima obtenida en el FTT de Coulacoglou (2002) en cuanto a niños y niñas con DA y niños y niñas sin diagnóstico, en donde se espera que los niños (as) con DA tengan una autoestima baja en comparación con los niños (as) sin diagnóstico.

Variables de estudio: definición constitutiva y operacional

Variable constructo de estudio:

1. **Autoestima en el FTT (2002).**

Definición constitutiva: aceptación y respeto a sí mismo, así como sentimientos de valoración propia (Rosenberg, 1979) y la evaluación cognoscitiva (creencias y habilidades) que las personas hacen de sí mismas (López y Domínguez, 1993).

Definición operacional: puntaje obtenido a partir de la suma de la cantidad de veces que se codifica la presencia de autoestima en el protocolo de FTT. Se observa en el FTT indicadores de autoestima en las respuestas que reflejan o están relacionadas con la apariencia (ej. el vestido, la belleza, etc.), pero también en los asuntos que tienen que ver con el éxito o el fracaso y la aprobación o desaprobación de los demás. La autoestima se revela en las respuestas a las láminas de Caperucita, Enano, Bruja y Gigante.

2. Autoestima en el Inventario de Autoestima de Coopersmith (medida convergente):

Definición constitutiva: aceptación y respeto a sí mismo, así como sentimientos de valoración propia (Rosenberg, 1979) y la evaluación cognoscitiva (creencias y habilidades) que las personas hacen de sí mismas (López y Domínguez, 1993).

Definición operacional: puntaje total obtenido de la aplicación del inventario de Autoestima de Coopersmitt. Se obtiene 100 como puntaje máximo en la escala general de la autoestima, dividiéndose en los siguientes rangos: 100-75 (autoestima alta), 50-74 (media alta), 25-49 media baja y de 0-24 (baja), cada respuesta vale un punto, se realiza una suma total de las cuatro áreas (Si mismo, Social, Escolar y Hogar) y luego se multiplica por dos (2). Para el desarrollo de la prueba el individuo debe contestar si se identifica o no con la afirmación en términos verdadero (igual que yo) o falso (distinto a mi).

Variables independientes incluidas en el estudio:

3. Diagnóstico de Dificultad de Aprendizaje

Definición constitutiva: la dificultad de aprendizaje es un término general que refiere a un grupo de trastornos, manifestados por dificultades significativas en la adquisición y uso de las habilidades necesarias, para comprender y expresar el lenguaje oral, leer, escribir, calcular o razonar (Campagnaro, 1994).

Definición operacional: niños y niñas previamente diagnosticados por instituciones o profesionales especializados en dicha dificultad.

4. Sexo

Definición constitutiva: Factores genéticos presentes en la concepción que tiene sus resultados en las diferencias fisiológicas y anatómicas que determinan el ser hombre o mujer (Baron y Byrne, 1998).

Definición operacional: Respuesta dada a la alternativa de varón o hembra en la hoja de protocolo. Donde hembra se codifica como 0 y varón como 1.

5. Edad

Definición constitutiva: tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (Real Academia Española, 2014).

Definición: Se corresponde al valor numérico establecido por los sujetos en el ítem denominado “edad”, para el estudio se valora como una variable continua. El mecanismo a ser utilizado para el control, será la homogeneización. En este sentido, se seleccionará la misma cantidad de sujetos de 7 a 9 años y de 10 a 12 años, de manera que sean parejos en la muestra total.

Tipo de investigación

La presente investigación no manipula ni ejerce un control directo sobre las variables independientes, por lo que se considera de corte no experimental. Además, en la investigación se combinan modelos teóricos y estadísticos para lograr una evaluación del instrumento de medición psicológica del Test de Cuentos de Hadas. La combinación de dichos conocimientos para la resolución de problemas implicados en la identificación y medición de variables psicológicas, incluyen el análisis de la validez y confiabilidad de los instrumentos, enmarcándolo dentro de la investigación metodológica. Finalmente, se trató de un estudio transversal por evaluar en un sólo punto del tiempo, comparando a dos grupos de sujetos (Kerlinger, 1979, 1981).

Diseño de investigación

El diseño de esta investigación se enmarcó dentro de una metodología psicométrica, ya que se hallaron indicadores de validez y confiabilidad de la autoestima en la prueba de FTT de la población determinada, mediante la comparación del criterio establecido a partir de los indicadores de autoestima en el Inventario de Autoestima de Coopersmith y los indicadores de Autoestima en estudio del FTT (Hernández- Sampieri et al., citado en Santalla, 2010).

Población y muestra

La población consistió en niños y niñas con diagnóstico de dificultad de aprendizaje y niños y niñas que no tuvieron ningún diagnóstico en la ciudad de Caracas. La muestra que se seleccionó para el estudio se conformó con niños y niñas entre 7 a 12 años de edad con diagnóstico de dificultad de aprendizaje y niños y niñas que no presentaron ningún diagnóstico en la ciudad de Caracas. Se escogió dicha población, ya que los niños y niñas que son diagnosticados con dificultad de aprendizaje (DA), desarrollan una autoimagen que es diferente, insuficiente y sin esperanzas (Souyouldzoglou, 2008), además, que la infancia se puede considerar como un periodo en donde ocurre el inicio de la autoestima (Rice y Vestal, 2001).

Por tratarse de una población clínica, la muestra seleccionada para el estudio consistió en 60 estudiantes niños y niñas, de los cuales 30 tuvieron el diagnóstico de dificultad de aprendizaje, en donde se incluyeron todos los tipos de dificultad de aprendizaje (lectura, escritura, matemática y mixto) y los otros 30 no presentaron ningún tipo de diagnóstico, los últimos fueron tratados como grupo control (GC) para diferenciarlos de los niños y niñas con DA. Los estudiantes con DA se seleccionaron del Centro de Orientación y Docencia Las Palmas de Caracas, donde fueron previamente diagnosticados por los especialistas y los que no presentaron diagnóstico fueron seleccionados del Colegio Emil Friedman y el Colegio Arturo Michelena.

Estos sujetos se eligieron a través de un muestreo propositivo, este es un tipo de muestreo no probabilístico, es decir, no utiliza muestras aleatorizadas y según Kerlinger y

Lee (2002), hace referencia al uso de intenciones deliberadas o criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de obtener muestras que sean representativas al incluir áreas o grupos que se presume son típicos de la población, y que además concuerdan con las variables del estudio, lo que sugiere que, los individuos debieron cumplir los criterios de inclusión referentes a la edad de 7 a 12 años y el diagnóstico de dificultad de aprendizaje y otros sin diagnóstico.

Instrumentos

Inventario de Autoestima de Coopersmith 1967 en su versión adaptada por Brinkmann, Segure y Solar (1989).

El autor del Inventario de Autoestima de Coopersmith versión escolar es Stanley Coopersmith, quien define la autoestima como la actitud, la cual refleja la medida en que un sujeto se cree capaz, significativo, con éxito y merecedor.

La aplicación de la prueba puede ser individual o colectiva con una duración de 30 minutos aproximadamente, destinado a los alumnos que oscilan entre 8 y 15 años de edad. El objetivo de la prueba es medir las conductas valorativas hacia el Sí mismo, comprendiendo las cuatro áreas en que se desenvuelve el individuo: sí mismo, social, hogar y escolar.

El inventario está conformado por 58 ítems, incluidos los 8 ítems que pertenecen a la escala de mentiras, así mismo los 58 ítems originan un puntaje global como también puntajes por cada área. Con respecto a la calificación e interpretación de los puntajes, se obtiene 100 como puntaje máximo, cada respuesta vale 1 punto, se realiza una suma total de las cuatro áreas y luego se multiplica por dos (2), además en la escala de mentiras si el puntaje es superior a cuatro (4) la prueba se invalida.

Para el desarrollo de la prueba el individuo debe contestar si se identifica o no con la afirmación en términos verdadero (igual que yo) o falso (distinto a mi). Para el estudio realizado se utilizó la versión adaptada por Brinkmann, Segure y Solar (1989) en Chile, cuyos autores hicieron una estandarización y elaboración de los baremos del instrumento, y que fue traducido al español por Prewitt-Díaz en Puerto Rico (1984). Así mismo, para la aplicación del Inventario se utilizó la adaptación lingüística de la investigación realizada por Espinoza

2015 en Perú, en donde se obtuvieron en cuanto a la validez resultados con puntuaciones superiores de 0.20 para cada área a través del ítem-test corregido, y concerniente a la confiabilidad se halló un alfa de 0.799 en el área de Autoestima General.

Varios son las investigaciones que se dirigieron a la evaluación de las propiedades psicométricas del Inventario de Autoestima de Coopersmith (1967). Un ejemplo de esto, fue el estudio realizado por Esquer, Esquer, y Valdenebro (2011), cuyo objetivo fue adaptar el instrumento de Coopersmith a los niños sonorenses de México de educación primaria, utilizaron para la muestra 120 alumnos, 52 hombres y 68 mujeres que cursaron 4to y 5to grado en el ciclo 2009-2010 de la escuela primaria “Adelaida E. de Félix” de San Ignacio, Cohuirimpo, Navoja, Sonora, y la Escuela primaria “Centro Escolar de Mayo”, realizaron el siguiente procedimiento:

1. Consultaron la bibliografía especializada en el tema, para identificar los factores de la autoestima.
2. Seleccionaron el inventario de Autoestima de Coopersmith (1967) para adaptarlo a los niños de educación primaria.
3. Realizaron un jueceo de expertos, para la corrección gramatical del test.
4. Calcularon, el índice de consistencia interna del instrumento, mediante el paquete estadístico SPSS v. 16.O.

Estos autores, hallaron que el índice de consistencia interna calculado mediante el alfa de Cronbach fue de 0.813, lo que indico un índice aceptable para realizar mediciones precisas con este instrumento para la variable autoestima.

Los reportes presentados en otros estudios en donde se determinó el índice de confianza y de validez para la escala de autoestima de Coopersmith en distintas versiones, se obtuvieron consistencias similares (Medina y Almaga, 2005; Lara, Verduzco, Acevedo y Cortes, 1993 citados en Esquer, Esquer y Valdenebro, 2011).

Un estudio más reciente fue el de Mesías (2017), quien se propuso evaluar las propiedades psicométricas del Inventario de Autoestima de Coopersmith en adolescentes de la provincia de Huallaga- Departamento de San Martín.

La población se conformó por 1175 adolescentes del primero al cuarto grado del nivel secundario de las Instituciones Educativas Estatales mixtas de la Provincia de Huallaga. Los alumnos oscilaron entre los 11 y 15 años de edad de ambos sexos. El estudio estuvo compuesto por 398 adolescentes del primero al cuarto grado del nivel secundario de las Instituciones Educativas Estatales mixtas para encontrar el tamaño de la muestra la autora trabajó con un nivel de confianza del 95% y un error esperado del 4%.

En cuanto el método de análisis, la autora realizó como primer paso la aplicación del inventario a los alumnos que conformaron la muestra final, los resultados que se obtuvieron fueron procesados y tabulados en el programa Excel y en el software estadístico del SPSS versión 23. Para el análisis de las evidencias de validez, se realizó un análisis factorial exploratorio de primer y segundo orden, en donde la autora utilizó el método de extracción de máxima verosimilitud con rotación oblicua. Además, se utilizó el criterio de Káiser para determinar el número de factores de primer orden y el de estructura predeterminada del segundo. Asimismo, se realizó un análisis factorial confirmatorio para obtener los índices de ajuste CFI, GFI y RMSEA y su CI al 90%. (Mesías, 2017).

Para hallar la confiabilidad, se utilizó la fórmula KR20 corregida de Horst por presentar diferencias en los índices de dificultad de ítems y el KR20-Horst estratificado para la prueba completa con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (Mesías, 2017).

Los resultados correspondientes a el análisis factorial exploratorio de primer orden arrojaron un valor de KMO de .77 y un p-valor estadísticamente significativo en la prueba de esfericidad de Bartlett ($p = <0.01$). Se encontró mediante el método de extracción de máxima verosimilitud y rotación oblicua a 14 subfactores con al menos tres ítems con cargas factoriales mayores a .30 en su mayoría, que en conjunto explicaron un 56.6% de la varianza total del inventario.

Posterior a ello, se realizó el análisis factorial exploratorio de segundo orden, donde las pruebas de adecuación muestral mostraron un valor de KMO de .84 y un p-valor estadísticamente significativo en la prueba de esfericidad de Bartlett ($p = <0.01$), se encontró mediante el método de extracción de máxima verosimilitud y rotación oblicua 4 factores que explicaron un 50.64% de la varianza total del inventario.

Estos resultados comprobaron que los cuatro factores Si mismo, social, hogar y escolar del inventario, se encontraron asociados a la variable autoestima en la provincia de Huallaga, sin embargo, estos resultados indicaron que también existieron otros factores subyacentes que se relacionaron con la variable autoestima en la población estudiada. (Mesías, 2017).

Continuando con las evidencias de validez, la autora realizó el análisis factorial confirmatorio, mediante el método de máxima verosimilitud y bajo el supuesto de los 4 factores relacionados, se encontró que el índice de ajuste comparativo de CFI y la bondad de ajuste GFI presentó un índice aceptable. Asimismo, la RMSEA tuvo un buen ajuste. Esto demostró que el constructo del Inventario de Autoestima Coopersmith se mantuvo en la población estudiada.

Según las cargas factoriales que se obtuvieron, se observó que la mayoría de los ítems del área Si mismo, social, hogar y escolar, obtuvieron cargas factoriales mayores al .30, lo cual indicó que dichos ítems mantuvieron una adecuada relación con sus respectivos factores.

Con respecto a la confiabilidad, se evaluó la consistencia interna a través del coeficiente de Kuder Richardson (KR20) corregido de Horst estratificado por el rango de dificultad que presentaron los ítems del instrumento, y se obtuvieron como resultado un nivel de apreciación “Muy buena”, asimismo, se realizó la confiabilidad de los factores por medio del KR20 corregido de Horst, donde se encontró el factor sí mismo en un nivel “Muy respetable”, el factor Social y el factor Hogar se ubicaron en el nivel “mínimamente aceptable”, y finalmente el factor Escolar se encontró en un nivel “moderado”. Por otro lado, la escala de mentiras manifestó un nivel moderado, en adolescentes del nivel secundario en siete instituciones Educativas Estatales de la provincia de Huallaga (Mesías, 2017).

La autora considero que una limitación que presento este estudio fue el escaso contenido sobre la teoría que planteo el autor Coopersmith, debido a la antigüedad en el que fue creado el inventario y el idioma que estaba propuesto (ingles), por tanto, la autora sugirió que para futuras investigaciones se realice en una mayor población de alguna región del país (Mesías, 2017).

Se decidió aplicar este instrumento en este estudio porque se consideró válido para la población pertinente. Esta comparación resultó de suma importancia para la validación de la prueba de manera que se pueda comprobar la validez de las mediciones del FTT a través de la convergencia con mediciones equivalentes al constructo autoestima obtenida mediante el Inventario de Autoestima de Coopersmith (1967).

Procedimiento

Inicialmente, se realizó la clasificación de los niños y niñas con dificultad de aprendizaje en base al juicio de expertos en el área (psicólogos) del Centro de Orientación y Docencia Las Palmas, además de clasificarlos en edad y sexo. Posterior a ello, se seleccionaron de los colegios Arturo Michelena y Emil Friedman los/las niños(as) sin diagnóstico para poder completar la muestra, utilizando el mismo como grupo control para diferenciar entre grupos. Para obtener la información antes mencionada, se distribuyó una carta de autorización a los representantes pidiendo su consentimiento para aplicar las pruebas pertinentes, a ambos grupos, niños con diagnóstico de DA y niños sin diagnóstico.

Una vez que fueron obtenidos los permisos necesarios para completar la muestra de acuerdo a los requerimientos de diagnóstico de niños(as) con dificultad de aprendizaje, niños (as) sin DA, sexo y edad, se asistió a las instituciones correspondientes para aplicar inicialmente el Inventario de Autoestima de Coopersmith y luego el Test de Cuentos de Hadas (2002) , además se solicitó previamente a la aplicación que los niños (as) de ambos grupos repasaran las historias de Blanca nieves , los Siete Enanitos y Caperucita Roja como requisito principal para poder aplicar la prueba del FTT.

Se acordó con cada institución el horario y espacio conveniente para administrar ambos instrumentos. Las pruebas fueron administradas por la evaluadora, en el caso del FTT se suministró de forma individual en espacio tranquilos y consistió en 45 minutos de aplicación por cada niño(a), en el caso del Inventario de Autoestima de Coopersmith, se solicitó un tiempo estimado de 20-25 minutos para que los niños y niñas la completaran.

Seguidamente, tras la aplicación del FTT y el Inventario de Autoestima de Coopersmith, la autora del trabajo llevó a cabo las correcciones de los inventarios de manera que se obtuvieran los resultados finales de los sujetos en dicha escala, luego se procedió a escanear los 60 protocolos del FTT y fueron enviados a la Sociedad del Test de los Cuentos de Hadas para su corrección.

Se creó una base de datos en el programa estadístico Microsoft Office Excel 2007 y se descargaron los datos obtenidos en cuanto a las variables sexo, edad, autoestima en el FTT y diagnóstico de DA y sin diagnóstico. Posterior a ello, se realizó una tabla de datos en el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20), donde se descargaron los datos obtenidos de cada sujeto en las pruebas, su sexo, edad y diagnóstico de DA y sin diagnóstico, y se procedió a realizar el análisis exploratorio de datos y contrastes.

Haciendo uso de esos programas estadísticos se llevó a cabo el análisis estadístico de los datos que permitieron obtener indicadores de corte psicométrico:

La validez de criterio a través de un contraste entre grupos diferenciados por su puntuación total en el Inventario de Autoestima de Coopersmith y la frecuencia de la valoración positiva o negativa de la autoestima en el FTT.

Un contraste entre grupos diferenciados de niños y niñas para determinar las diferencias que existan en las respuestas de acuerdo con el sexo del sujeto; un contraste entre grupos diferenciados de presencia de diagnóstico de dificultad de aprendizaje y otro sin diagnóstico para determinar diferencias que existan en relación al mismo y por último un contraste entre grupos diferenciados de edades para determinar las diferencias que existan en las respuestas de acuerdo el grupo de edad en la que se encuentre el sujeto (entre 7 a 9 años o 10 a 12 años) del sujeto.

Finalmente, se concluyeron los resultados y se discutieron con la bibliografía planteada para realizar las conclusiones pertinentes, estableciendo cuáles fueron los hallazgos más importantes de la investigación, sus recomendaciones y limitaciones.

Resultados

Estadísticos Descriptivos

a) Sexo, Edad y Presencia/ Ausencia del Diagnóstico de DA.

La muestra total de la investigación estuvo conformada por 60 niños y niñas, de los cuales 26 fueron niñas (43,33%) y 34 niños (56,67%) (ver figura 1).

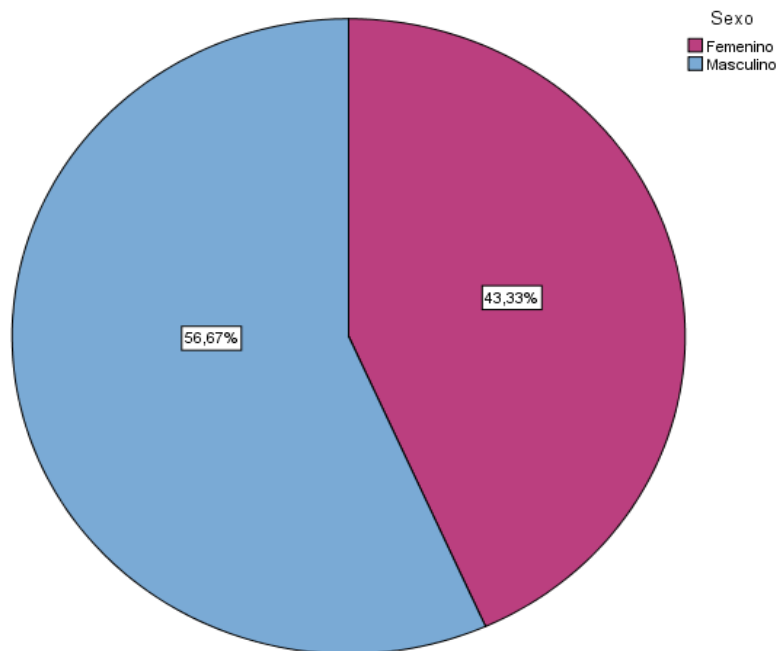


Figura 1. Distribución de la muestra en función del sexo

Los sujetos de la muestra tuvieron edades comprendidas entre 7 a 12 años, con un promedio de edad de 9,27 años y una desviación típica de 1,76. La distribución de la edad tuvo una asimetría positiva (Asimetría= 0,138) lo que indicó que la distribución fue coleada hacia la derecha y un apuntamiento platocúrtico (Curtosis= -1,35), es decir, que presentó un pico ligero y achatado (ver figura 2).

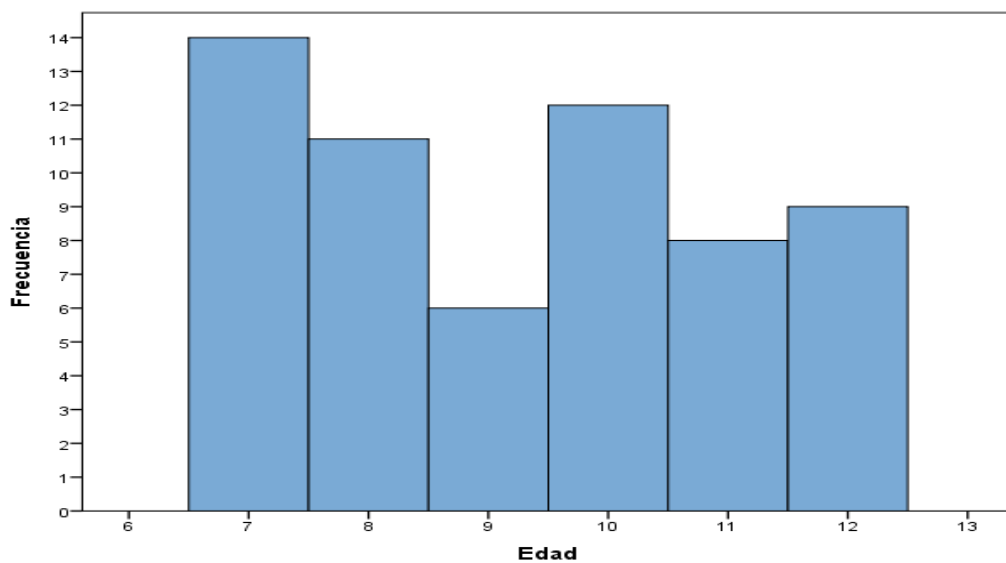


Figura 2. Barra de distribución por frecuencia de la edad para la muestra total.

Los sujetos que conformaron la muestra de ausencia de diagnóstico de DA fueron 30 niños y niñas, de los cuales 16 fueron niñas (53,3%) y 14 niños (46,6%) (ver figura 3).

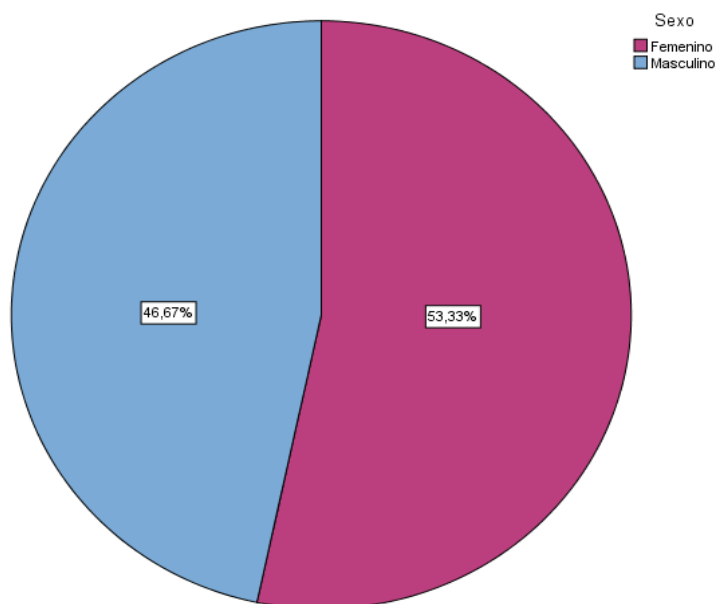


Figura 3. Distribución de la muestra en función del sexo y ausencia de diagnóstico de DA.

Las edades de este grupo (sin diagnóstico), presentaron una media de 9,46 años y una desviación típica de 1,67. Por otro lado, se obtuvo una asimetría positiva de 0,16, lo que indicó que fue una distribución coleada hacia la derecha; y una curtosis de -1,12 lo que indicó que la forma de la curva tiende a ser platicúrtica, es decir, que presentó un pico ligero y achatado (ver figura 4).

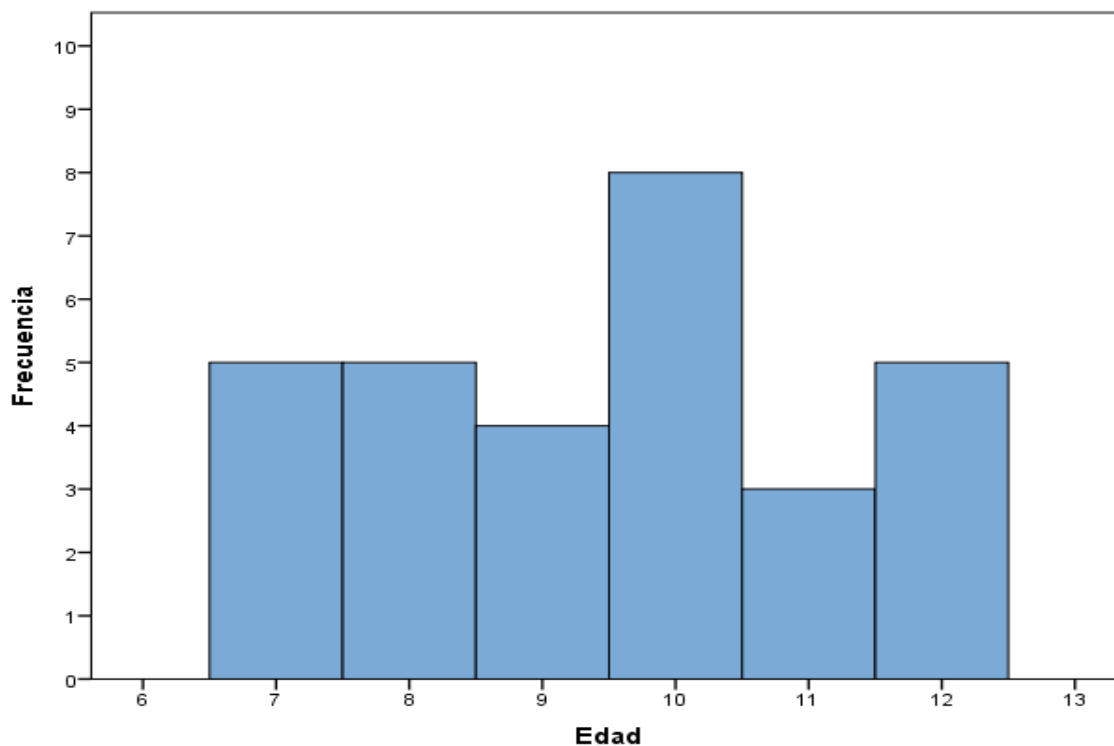


Figura 4. Barra de distribución por frecuencia de la edad para la muestra de los niños(as) sin diagnóstico.

Los sujetos que conformaron la muestra con diagnóstico de dificultad de aprendizaje estuvo compuesta por 30 niños y niñas, 10 fueron niñas (33,3%) y 20 niños (66,6%) (ver figura 5).

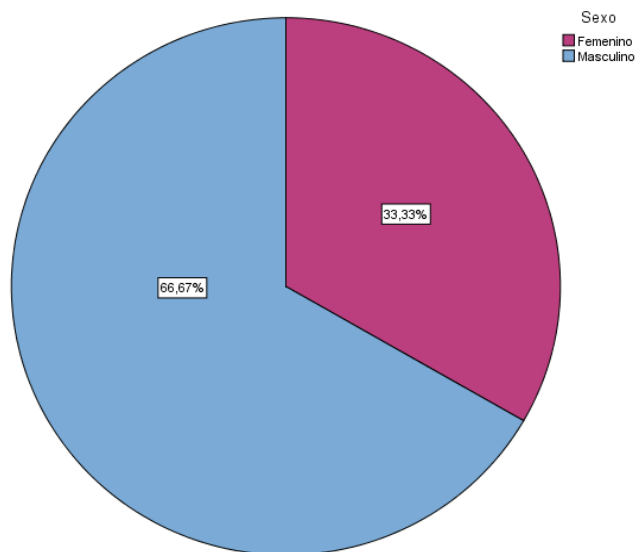


Figura 5. Distribución de la muestra en función del sexo y presencia de diagnóstico de DA.

Las edades de este grupo (presencia de diagnóstico de DA) obtuvieron una media de 9,06 años y una desviación típica de 1,84, con una asimetría positiva de 0,30, lo que indicó que fue una distribución sesgada a la derecha y con una curtosis de -1,47 reflejando que la forma de la curva tiende a ser platicúrtica (ver figura 6).

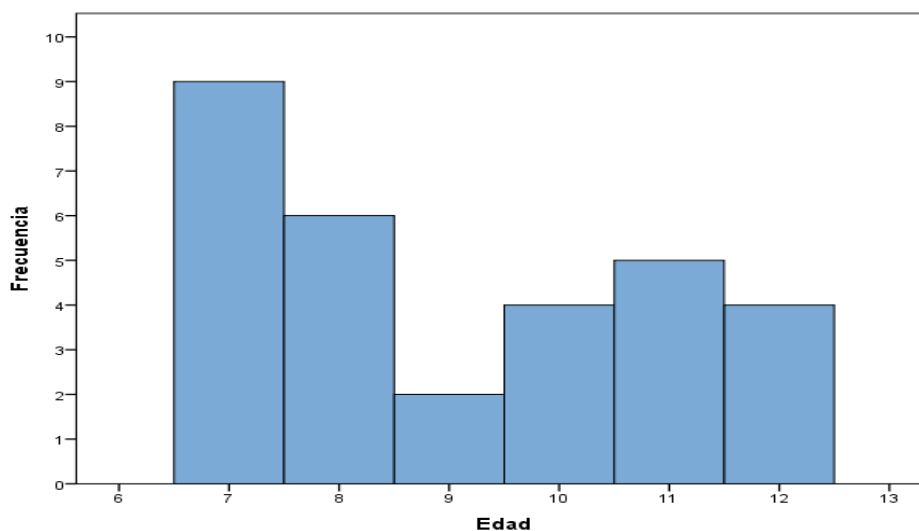


Figura 6. Barra de distribución por frecuencia de la edad para la muestra de los niños(as) con diagnóstico de DA.

b) Inventario de Autoestima de Coopersmith

En cuanto a los sujetos que conformaron el Inventario de Autoestima de Coopersmith, fueron inicialmente 60 niños y niñas, sin embargo, de esta muestra fueron eliminados 26 protocolos ya que cumplieron con el criterio de invalidación de la escala de mentira del test (M), quedando así un total de 34 niños y niñas, de los cuales obtuvieron una media de autoestima de 52,85 ubicándolos en la categoría autoestima media-alta con una desviación típica de 15,14, además presento una asimetría de 0,18, indicando que la distribución fue positiva y coleada a la derecha con una curtosis de -0,13 reflejando que la forma de la curva tiende a ser platicúrtica (ver figura 7).

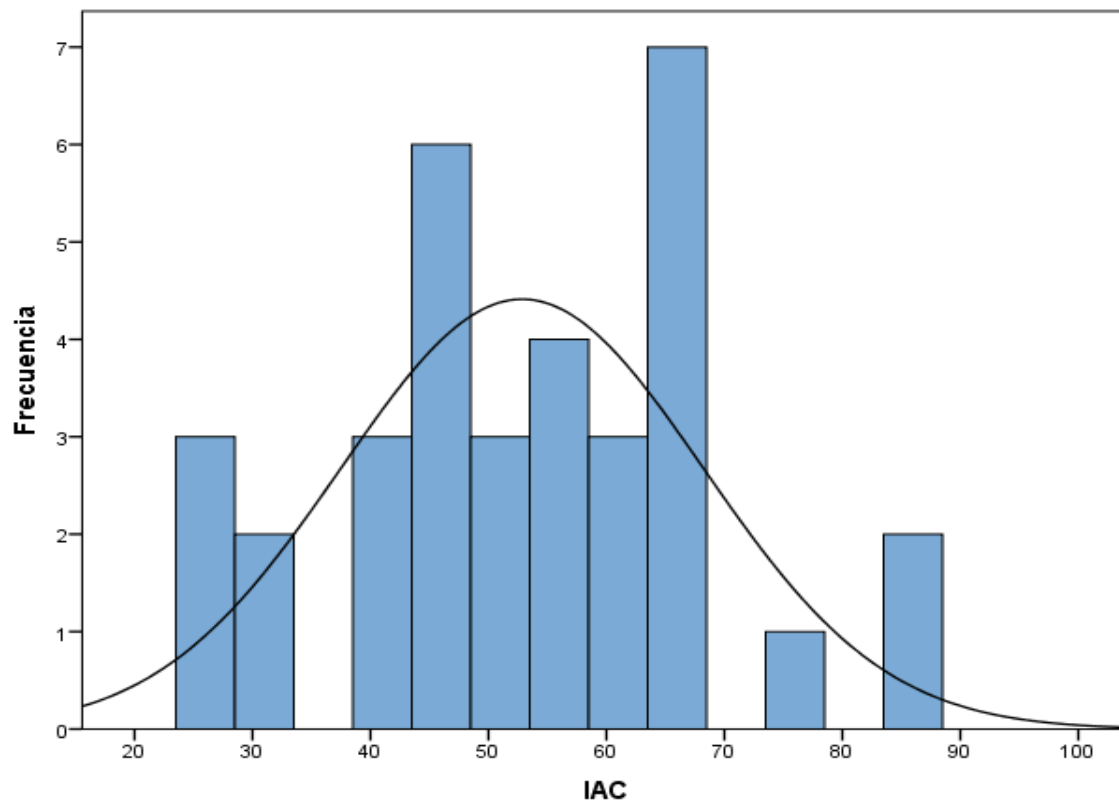


Figura 7. Distribución por frecuencia de la muestra total del IAC en relación a la autoestima.

Los sujetos que conformaron la muestra de niños y niñas con diagnóstico de dificultad de aprendizaje, fueron un total de 17 y obtuvieron una media de 42,82 y una desviación de 11,01 ubicándolos en una categoría media-baja. La distribución de la autoestima mostró una asimetría positiva, coleada a la derecha (Asimetría =0,009) con un apuntamiento que tiende a ser platocúrtico (Curtosis de -0,94) (ver figura 8).

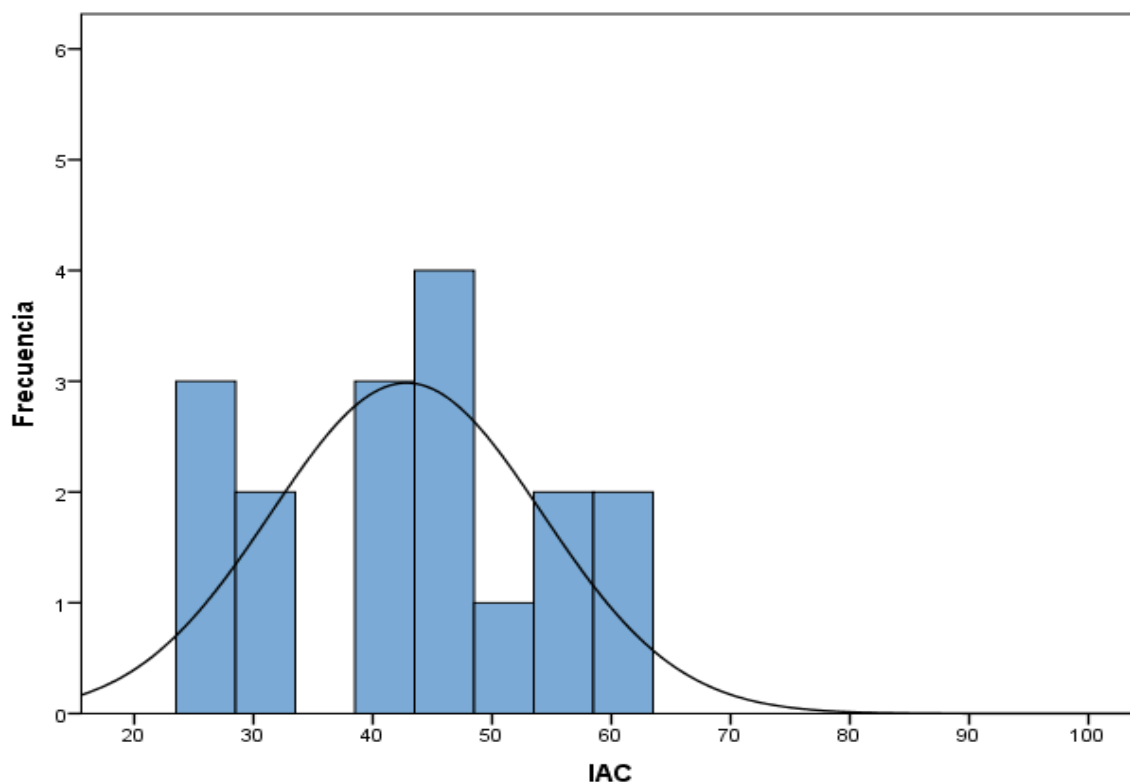


Figura 8. Distribución por frecuencia de la muestra con diagnóstico de DA del IAC en relación a la autoestima.

Con respecto a los sujetos que no tuvieron diagnóstico de DA, la muestra estuvo compuesta por 17 niñas y niños, los cuales obtuvieron una media de 62,88 y una desviación típica de 11,66, ubicándolos en una categoría media-alta. La distribución de la autoestima mostró una asimetría positiva, coleada a la derecha (Asimetría= 0,54) con una curtosis de 0,014, indicando que la forma de la curva tiende a ser leptocúrtica (ver figura 9).

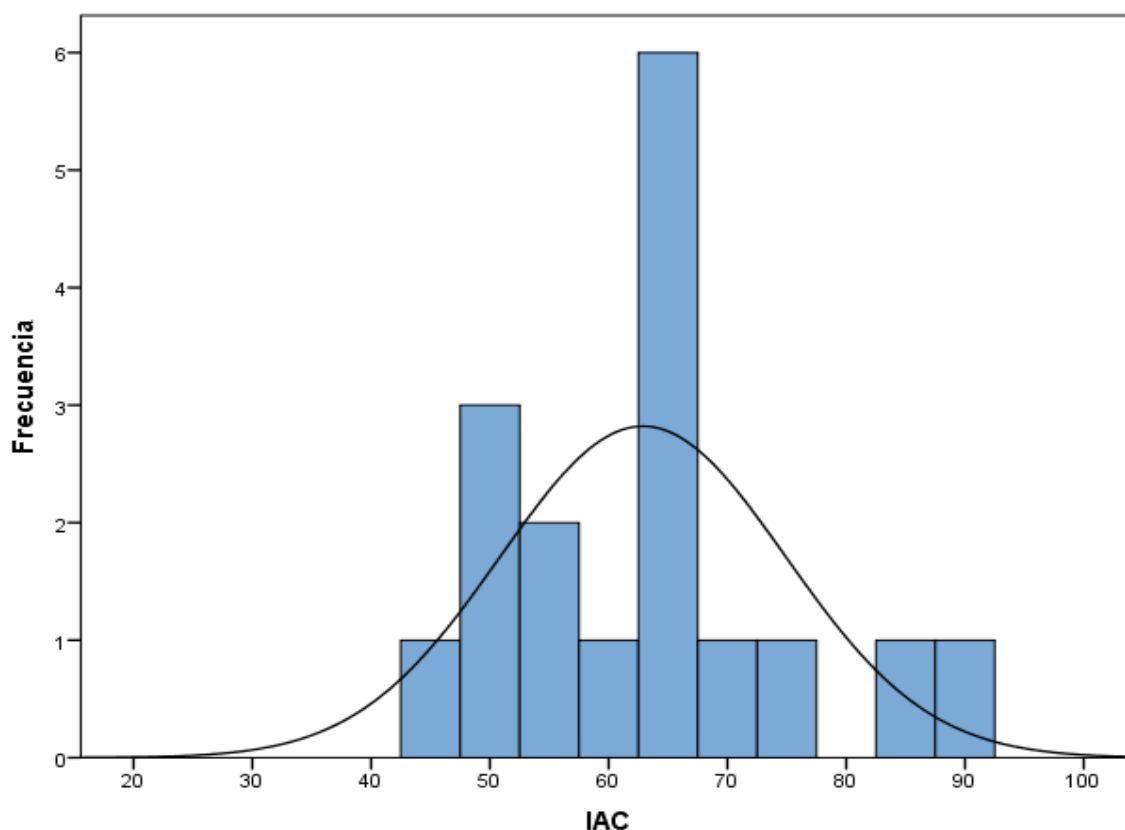


Figura 9. Distribución por frecuencia de la muestra sin diagnóstico de DA del IAC en relación a la autoestima.

c) Test de los Cuentos de Hadas

En cuanto a la muestra del FTT, la misma estuvo conformada por 60 niños y niñas, los obtuvieron en promedio una frecuencia de indicadores de autoestima positivos de 0,61 con una desviación de 1,05 (ver figura 10); en cuanto a los indicadores de autoestima negativa, la media fue de 0,55 con una desviación de 1,20 (ver figura 11) y la diferencia media entre los indicadores positivos y negativos fue de 0,06 con una desviación de 1,52 a favor de los indicadores positivos.

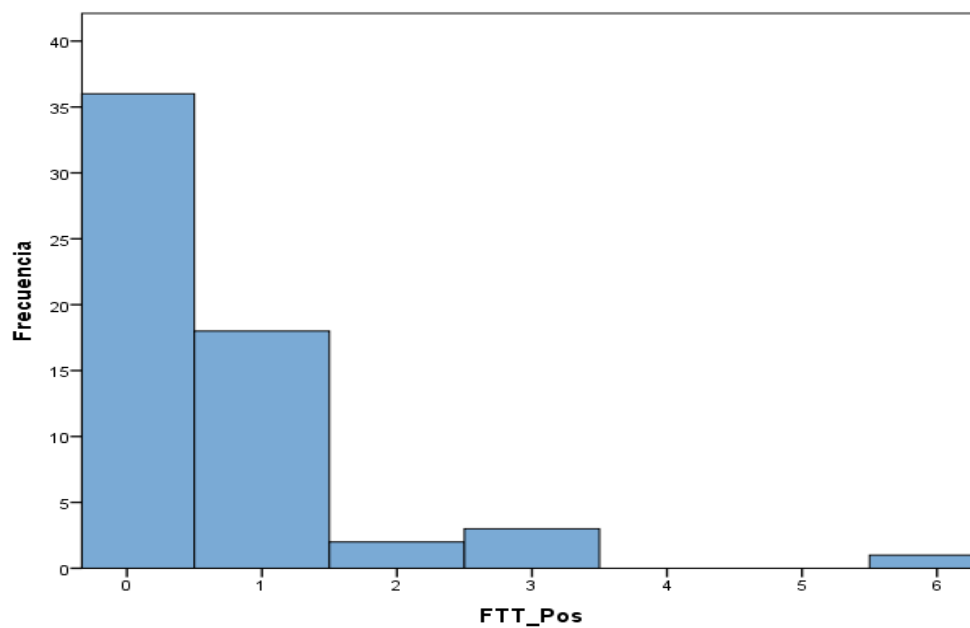


Figura 10. Distribución por frecuencia de indicadores positivos en el FTT.

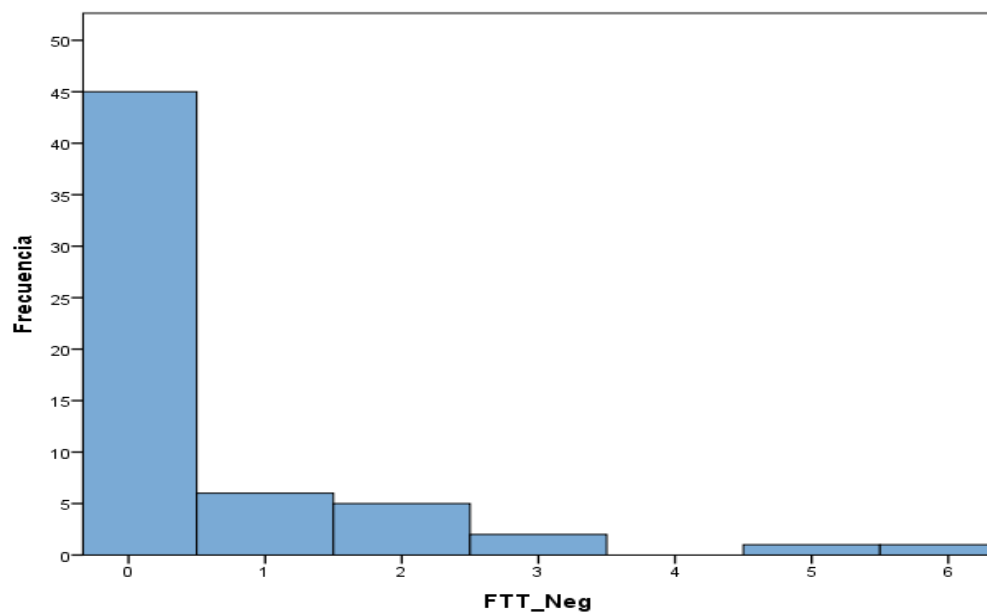


Figura 11. Distribución por frecuencia de indicadores negativos en el FTT.

La muestra de los niños y niñas con DA obtuvieron en promedio una frecuencia de indicadores de autoestima positivos de 0,36 con una desviación de 0,54 (ver figura 12); en cuanto a los indicadores de autoestima negativa, la media fue de 0,56 con una desviación de 1,22 (ver figura 13) y la diferencia media entre los indicadores positivos y negativos fue de -0.2, con una desviación de 1,22 a favor de los indicadores negativos.

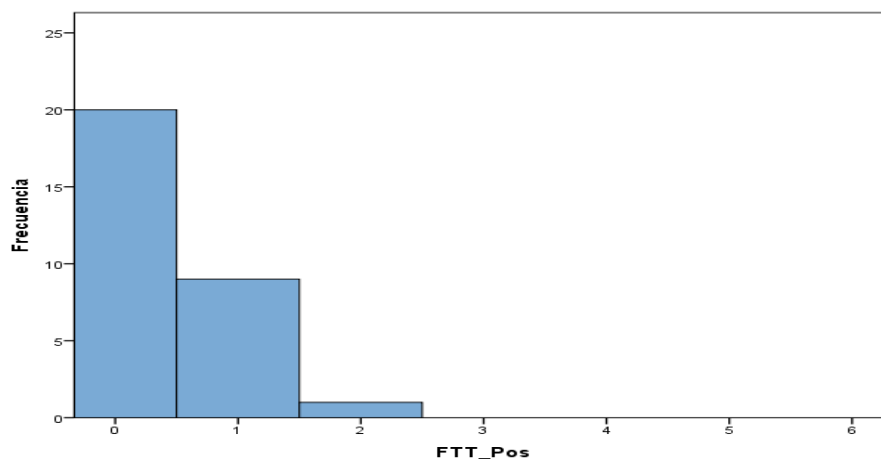


Figura 12. Distribución por frecuencia de los indicadores positivos en el FTT en la muestra con diagnóstico de DA.

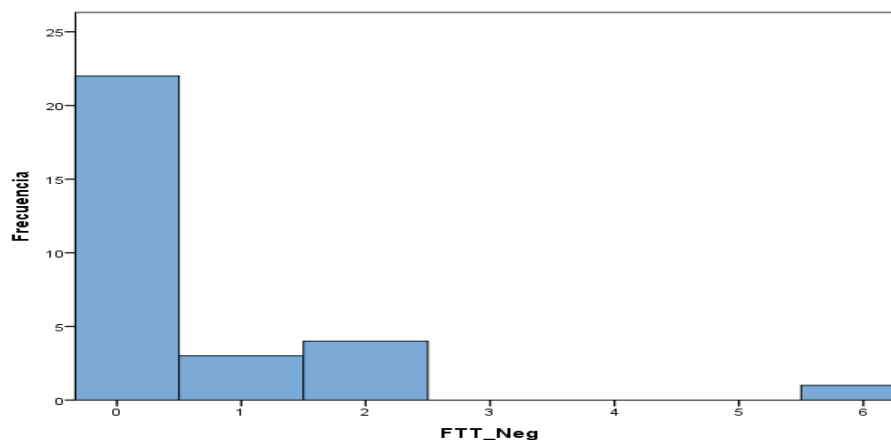


Figura 13. Distribución por frecuencia de los indicadores negativos en el FTT en la muestra con diagnóstico de DA

Con respecto a los niños y niñas que no presentaron diagnóstico, se obtuvo en promedio una frecuencia de indicadores de autoestima positivos de 0,86 con una desviación de 1,33 (ver figura 14); en cuanto a los indicadores de autoestima negativa, la media fue de 0,53 con una desviación de 1,17 (ver figura 15) y la diferencia media entre los indicadores positivos y negativos fue de 0,33 a favor de los indicadores positivos con una desviación de 1,73.

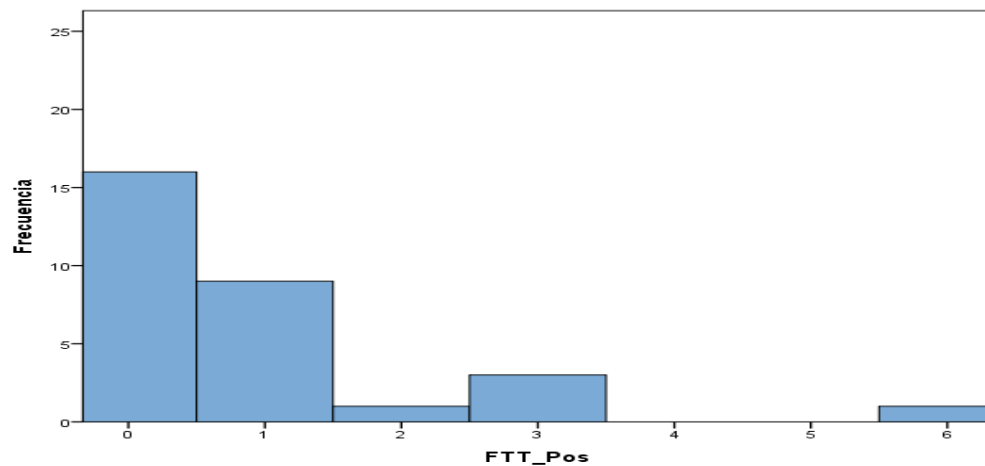


Figura 14. Distribución por frecuencia de los indicadores positivos en el FTT en la muestra sin diagnóstico.

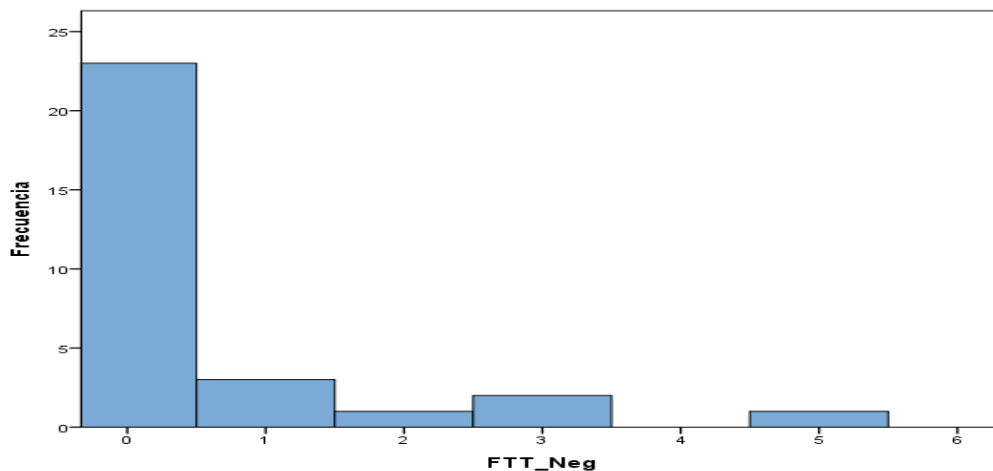


Figura 15. Distribución por frecuencia de los indicadores negativos en el FTT en la muestra sin diagnóstico.

Con respecto a la variable edad, el grupo de 7-9 años obtuvo en promedio una frecuencia media de indicadores de autoestima positivos de 0,45 con una desviación de 1,06, en cuanto a los indicadores de autoestima negativa, la media fue de 0,612 con una desviación de 1,20 y la diferencia media entre los indicadores positivos y negativos fue -0,16 a favor de los indicadores negativos con una desviación de 1,52 (ver tabla 1).

Tabla 1.

Puntaje de la Frecuencia media obtenida en el FTT de la Muestra de Edades comprendidas entre 7 a 9 años.

	FTT+	FTT-	FTT Total
Media	0,4516	0,6129	-0,1612
Desviación	1,061850627	1,206527037	1,527784684

El grupo de edad de 10-12 años, obtuvo en promedio una frecuencia de indicadores de autoestima positivos de 0,79 con una desviación de 1,04; en cuanto a los indicadores de autoestima negativa, la media fue de 0,48 con una desviación de 1,21 y la diferencia media entre los indicadores positivos y negativos fue de 0.31 a favor de los indicadores positivos, con una desviación de 1,53 (ver tabla 2).

Tabla 2.

Puntaje de la Frecuencia media obtenida en el FTT de la Muestra de Edades comprendidas entre 10 a 12 años.

	FTT+	FTT-	FTT Total
Media	0,7931	0,4827	0,3103
Desviación	1,049460537	1,219271532	1,530894681

Con respecto a la variable sexo, los hombres obtuvieron en promedio, una frecuencia de indicadores de autoestima positivo de 0,61 con una desviación de 1,08; en cuanto a los indicadores de autoestima negativa, la media fue de 0,29 con una desviación de 0,95 y la

diferencia media entre los indicadores positivos y negativos fue de 0,32 con una desviación de 1,36, a favor de los indicadores positivos (ver tabla 3).

Tabla 3.

Puntaje de la Frecuencia media obtenida en el FTT en Hombres.

	FTT+	FTT-	FTT Total
Media	0,6176	0,2941	0,3235
Desviación	1,085520744	0,958371706	1,368672535

Con respecto a las mujeres se observó en promedio, una frecuencia de indicadores de autoestima positivo de 0,61 con una desviación de 1,05; en cuanto a los indicadores de autoestima negativa, la media fue de 0,88 con una desviación de 1, 20 y la diferencia media entre los indicadores positivos y negativos fue -0,26 con una desviación de 1,52; a favor de los indicadores negativos (ver tabla 4).

Tabla 4.

Puntaje de la Frecuencia media obtenida en el FTT en Mujeres.

	FTT+	FTT-	FTT Total
Media	0,6153	0,8846	-0,2692
Desviación	1,050264517	1,203120942	1,526069752

Con respecto a la validez convergente, se procedió a realizar una correlación de Pearson, con la diferencia obtenida entre los indicadores positivos y negativos del FTT y la presencia del grado de autoestima en niños y niñas de acuerdo al IAC, se obtuvo una $r= 0,21$, la cual resultado no significativa, esto pudo deberse al tamaño de la muestra el cual se vio afectado como resultado de los protocolos invalidados ($N=34$) y que el rango de valores del FTT fue reducido.

En cuanto al análisis de la validez de criterio, se pretendió realizar dicho procedimiento con el objetivo de contrastar los grupos de niños y niñas (as) que presentaron una autoestima baja, media o alta de acuerdo a lo recabado a partir del Inventario de Coopersmith, sin embargo, este análisis no pudo ser llevado a cabo ya que los sujetos

cumplieron con el criterio de invalidación de la escala de escala de mentira (M) del inventario, por tanto este análisis perdió relevancia estadística por la invalidación de dichos protocolos, ya que estos ítems de mentira no miden de lleno la variable autoestima y por tanto la interpretación de dicho criterio es que funcionan como distractores , demostrando que los sujetos al momento de contestar la prueba se encontraban distraídos y contestando al azar el inventario ; por tanto no se asocia con su capacidad de demostrar una imagen positiva o negativa de sí mismos en la prueba.

Grupos contrastados

Se realizaron estimaciones de validez a través del método de grupos contrastados con el objetivo de observar si los puntajes del FTT se comportaron de manera diferencial en muestras de diferentes poblaciones, por tanto, se procedió a realizar pruebas de Chi Cuadrado para las variables de sexo, edad y presencia de diagnóstico de DA o ausencia de diagnóstico.

Con respecto a la relación entre el FTT y el sexo se observó que el estadístico Chi-Cuadrado arrojó con $gl = 1$ y con un nivel de significancia del 5% , que se rechaza la hipótesis de nulidad, indicando diferencias significativas para ambos sexos en relación a la variable autoestima (Obt= 4,94 > Crit=3,84) con una magnitud del efecto pequeña (V de Cramer= 0,26), en donde la mujeres manifestaron mayores indicadores de autoestima negativa (FTT- = 23) con respecto a los hombres (FTT - = 10) (ver tabla 5, 6 y 7).

Tabla 5.

Puntaje de Chi-Cuadrado Obtenido para la variable Sexo.

		FTT +	FTT -	Chi-Cuadrado Obtenido
Sexo	Masculino	1,299402167	1,45690546	
	Femenino	1,032858133	1,158053058	
				4,947218818

Tabla 6.

Puntaje de Chi-Cuadrado Crítico para la variable Sexo.

gl	Chi-Cuadrado Crítico 5 %	Chi-Cuadrado Crítico 10 %	V de Cramer
1	3,841	2,706	0,265846863

Tabla 7.

Puntaje de Frecuencias Observadas en la variable Sexo.

		Sexo y FTT		Observadas
		FTT		
		FTT +	FTT -	Total
Sexo	Masculino	21	10	31
	Femenino	16	23	39
Total		37	33	70

Con respecto a la relación entre el FTT y la edad, se observó en el estadístico de Chi-cuadrado, con $gl = 1$ y con un nivel de significancia del 10% que se aceptó la hipótesis de nulidad, indicando que no existen diferencias significativas para ambos grupos de edad (7 a 9 años y 10 a 12 años), en relación a la variable autoestima ($Obt = 0,98 < Crit = 2,70$) (ver tabla 8, 9 y 10).

Tabla 8.

Puntaje de Chi-Cuadrado Obtenido para la variable Edad.

		FTT		
		FTT +	FTT -	
Edad	7 a 9	0,246349585	0,231419307	
	10 a 12	0,262243106	0,246349585	Chi-Cuadrado Obtenido
				0,986361582

Tabla 9.

Puntaje de Chi-Cuadrado Crítico para la variable Edad.

gl	Chi-Cuadrado Crítico 5 %	Chi-Cuadrado Crítico 10 %	V de Cramer
1	3,841	2,706	No se calcula

Tabla 10.

Puntaje de Frecuencias Observadas en la variable Edad.

Edad y FTT		Observadas		
Edad		FTT		Total
		FTT +	FTT -	
	7 a 9	14	19	33
	10 a 12	17	14	31
	Total	31	33	64

Con respecto a la relación entre el FTT y la presencia/ausencia de diagnóstico, se observó en el estadístico de Chi-cuadrado, con $gl=1$ y con un nivel de significancia del 10% que se rechazó la hipótesis de nulidad, indicando diferencias significativas para ambos grupos en relación a la variable autoestima ($Obt=3,44 > Crit=2,70$) con una magnitud del efecto pequeña (V de Cramer= 0,22), en donde se encontró que los sujetos sin diagnóstico demostraron mayores indicadores de autoestima positivos ($FTT+=26$) con respecto a los que si tenían diagnóstico de DA ($FTT+=11$) (ver tabla 11, 12 y 13).

Tabla 11.

Puntaje de Chi-Cuadrado Obtenido para la variable Diagnóstico de DA y Sin diagnóstico.

		FTT		
DX		FTT +	FTT -	
	Sin Dx	0,65045045	0,729292929	Chi-Cuadrado Obtenido
	DA	0,975675676	1,093939394	
				3,449358449

Tabla 12.

Puntaje de Chi-Cuadrado Crítico para la variable Diagnóstico de DA y Sin diagnóstico.

Gl	Chi-Cuadrado Crítico 5 %	Chi-Cuadrado Crítico 10 %	V de Cramer
1	3,841	2,706	0,221983218

Tabla 13.

Puntaje de Frecuencias Observadas para la variable Diagnóstico de DA y Sin diagnóstico.

Dx y FTT		Observadas		
DX		FTT		Total
		FTT +	FTT -	
	Sin Dx	26	16	42
	DA	11	17	28
	Total	37	33	70

El siguiente análisis no se planteó en los objetivos principales de la investigación, pero se procedió a realizar un conteo de la frecuencia de aparición de las otras variables que mide el FTT, en ambas muestras, tanto en los niños y niñas con diagnóstico de DA como niños y niñas sin diagnóstico, con el fin de evaluar otras variables que presento el FTT y que influyeron en los resultados previamente arrojados en torno a la autoestima.

Este análisis reflejó las siguientes variables: preocupación sexual (Psex), agresión oral (Ao), agresión como dominancia (Agrdom), agresión instrumental (Agrinstr), agresión impulsiva (Agrimp), agresión por envidia (Agrenv), agresión defensiva (Agrdef), agresión por venganza (Agrven), agresión por celos (Agrcel), deseo de superioridad (Dsup), deseo de ayudar (Day), necesidades orales (No), necesidad de afiliación (Nafil), necesidad de dar y/o recibir afecto (Nafct), necesidad de aprobación (Napro), necesidad de protección (Npro), conciencia moral (Mor), sentido de propiedad (Spro), sentido de privacidad (Spriv), adaptación al contenido del cuento (Acc), respuestas estafalarias (Est), repuestas repetitivas (Rep), temor a la agresión (Tag) , afecto depresivo (D), deseo de bienes materiales (Dbm) (ver tabla 14 y 15).

Tabla 14.

Frecuencia de Variables del FTT en la muestra de niños y niñas Sin Diagnóstico.

Variables del FTT	Frecuencia
Psex	21
Ao	3
Agrdom	10
Agrinstr	6
Agrimp	41
Agrenv	9
Agrdef	11
Agrven	18
Dsup	39
Day	20
No	61
Nafil	72
Nafct	25
Napro	29
Npro	15
Mor	105
Spro	15
Spriv	6
Acc	627
Est	13
Rep	1
Tag	38
D	89
Ans	268

Tabla 15.

Frecuencia de Variables del FTT en la muestra de niños y niñas con Diagnóstico de DA.

Variables del FTT	Frecuencia
Psex	32
Ao	15
Agrdom	8
Agrinstr	5
Agrimp	35
Agrenv	6
Agrdef	16
Agrven	24
Dsup	15
Day	22
No	68
Nafil	71
Nafct	43
Napro	10
Npro	5
Mor	62
Spro	1
Dbm	14
Acc	623
Est	36
Agrcel	3
Tag	40
D	86
Ans	278

Por otra lado, se encontró que las variables más significativas presentes en ambos grupos fueron: preocupación sexual (Psex), agresión oral (Ao), agresión como dominancia (Agrdom), agresión instrumental (Agrinstr), agresión impulsiva (Agrimp), agresión por envidia (Agrenv), agresión defensiva (Agrdef), agresión por venganza (Agrven), deseo de superioridad (Dsup), deseo de ayudar (Day), necesidades orales (No), necesidad de afiliación (Nafil), necesidad de dar y/o recibir afecto (Nafct), necesidad de aprobación (Napro), necesidad de protección (Npro), conciencia moral (Mor), sentido de propiedad (Spro), adaptación al contenido del cuento (Acc), respuestas estafalarias (Est), temor a la agresión (Tag), afecto depresivo (D) y ansiedad (Ans) (ver tabla 16).

Tabla 16.

Frecuencia de Variables significativas en ambas muestras.

Variables del FTT	Sin Diagnóstico	Con Diagnóstico
Psex	21	32
Ao	3	15
Agrdom	10	8
Agrinstr	6	5
Agrimp	41	35
Agrenv	9	6
Agrdef	11	16
Agrven	18	24
Dsup	39	15
Day	20	22
No	61	68
Nafil	72	71
Nafct	25	43
Napro	29	10
Npro	15	5
Mor	105	62
Spro	15	1
Acc	627	623
Est	13	36
Tag	38	40
D	89	86
Ans	268	278

Discusión de los Resultados

La presente investigación tuvo como objetivo principal evaluar la validez y confiabilidad psicométrica del Test de los Cuentos de Hadas (FTT) para medir la variable autoestima en niños y niñas con diagnóstico de dificultad de aprendizaje (DA), con edades comprendidas entre 7 a 12 años. A partir de lo mencionado anteriormente, se pretendió validar el constructo en función de la capacidad de convergencia del FTT con el Inventario de Autoestima de Coopersmith, el cual por sí mismo constituye una medida confiable de autoestima para la población presentada.

Los resultados obtenidos a partir de los análisis estadísticos en torno a la validez, fueron contrarios a lo que se esperaba, indicando que el FTT no logra correlacionar de lleno con el Inventario de Autoestima de Coopersmith en la variable deseada, esto se debió inicialmente a que ambas pruebas a pesar de que miden un mismo constructo: autoestima, la misma se mide y se clasifica de manera distinta.

El Inventario de Autoestima de Coopersmith mide rangos cuantitativos variables de la autoestima (alta, media y baja) y depende de la percepción de quien lo completa, en cuatro áreas: (1) autoestima general: la cual corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas, (2) autoestima social: corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas en relación con sus pares, (3) autoestima hogar y padres: corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas, en relación con sus familiares directos y (4) autoestima escolar académica: corresponde al nivel de aceptación con que la persona valora sus conductas auto descriptivas, en la relación con sus profesores y compañeros ; en cambio el Test de los Cuentos de Hadas realiza la valoración de la autoestima mediante las respuestas relacionadas con la apariencia y también con los asuntos que reflejan éxito o fracaso y aprobación o desaprobación de los demás, por tanto, el nivel de comprensión es mayor en esta prueba, ya que evalúa otras variables que influyen en el autoestima y permiten una descripción más exhaustiva de la misma , como una característica estructural que pertenece al niño o la niña evaluada, permitiendo explorarla de forma más dinámica y proyectiva, en donde se busca que el que responde exprese los sentimientos, pensamientos y deseos.

Otra característica que tiene este constructo en el FTT, es que los rangos son limitados y van desde +1 y -1, tomando en cuenta solo la valoración de la autoestima positiva y negativa que tienen los niños (as) en respuestas a láminas que se les va presentado, y donde el sujeto no tiene una clara conciencia de que revela su auto apreciación, por ser ésta una prueba proyectiva, en comparación con el IAC que es un inventario auto aplicado.

Algunos ejemplos de valoración de autoestima positiva en niños y niñas con DA son:

Niño de 11 años ante la lámina de los Gigantes: *''Se siente competente porque él sabe que puede ayudar a las personas''*

Niña de 9 años ante la lámina de Caperucita: *''Se siente orgullosa porque se porta bien y lograra todo lo que se proponga''*

Niño de 12 años ante la lámina de los Enanos: *'' Se siente feliz y poderoso porque le gusta ayudar a los demás''*.

Niña de 7 años ante la lámina de los Gigantes: *''Este es el gigante de los cuentos porque es muy lindo''*.

Algunos ejemplos de valoración de autoestima negativa en niños y niñas con DA son:

Niña de 8 años ante la lámina de Caperucita: *''Se siente triste porque no es bonita''*.

Niño de 9 años ante la lámina de las Brujas: *''Se siente molesta porque es fea y está cansada que se burlen de ella ''*.

Niña de 9 años la lámina de las Brujas: *''Se siente enojada porque ella no es la más bonita de todas''*.

Niña de 8 años ante la lámina de Gigantes: *''Se siente molesto porque cuando va a caminar pisa todo y eso le molesta, es muy torpe''*.

La falta de relación entre la prueba criterio (IAC) y el FTT, también está relacionada con el hecho de no contar con una muestra lo suficientemente grande o apta para poder realizar las correlaciones pertinentes y contar con un estadístico válido para su comparación, esto se debió a la invalidación de los protocolos en el Inventario de Autoestima de Coopersmith, que cumplieron con el criterio de la escala de mentira (M) y no permitió el uso de los resultados.

En general, aunque los resultados en función de la validez para la prueba FTT y su criterio (IAC) no fueron significativos por estas limitantes, en los hallazgos se pudo apreciar que según lo arrojado por el Inventario de Autoestima de Coopersmith, los niños y niñas diagnosticados con DA, obtuvieron en promedio una autoestima media-baja en comparación con los que no presentaron ningún diagnóstico, los cuales obtuvieron una media de autoestima en la categoría media-alta. Según lo reportado en el FTT, los niños y niñas diagnosticados con DA mostraron menores indicadores positivos de autoestima en comparación con los niños y niñas sin diagnóstico, lo que indica la capacidad en ambos test para medir esta variable y su relación con la presencia del diagnóstico de DA y los niños y niñas que no tienen diagnóstico.

Los contrastes realizados permitieron confirmar la relación que se evidencia entre la presencia de diagnóstico de dificultad de aprendizaje y el autoestima, en donde se reflejó que los niños y niñas diagnosticados con DA mostraron menores indicadores positivos de autoestima en el FTT en comparación con los niños y niñas sin diagnóstico, esto a su vez coincide con el estudio realizado por González et al. (2000), donde comprobó que los niños (as) con DA mostraron una imagen negativa de sí mismos como estudiantes.

Según Campagnaro (1994), la dificultad de aprendizaje se manifiesta en la adquisición y uso de las habilidades necesarias para comprender y expresar el lenguaje oral, leer, escribir, calcular o razonar. Es por ello, que se debe comprender que dicha dificultad es limitante para el niño o la niña que lo vive porque además de influir en el área cognitiva, influye en la relación con sus pares y como estos lo perciben (amigos, familia, etc.), y forma parte de un todo que ocasiona que este diagnóstico no solo se manifieste por una incapacidad intrínseca del niño(a), sino también influye en lo extrínseco y a su vez en la autoestima y en la capacidad de sentirse valorado por los demás. Adicionalmente, existe el hecho de asumir el diagnóstico y esto ocasiona un sufrimiento psicológico en la persona que lo vive.

Ahora comprendiendo la autoestima como un constructo no aislado, como un todo, que implica la aceptación y respeto a sí mismo, aludiendo al valor que uno se atribuye y se deriva de una actitud de aprobación/ desaprobación, abarcando no solo los sentimientos sino también lo cognitivo (cómo creencia y habilidades) como mencionan Rosenberg (1976), López y Domínguez (1993), se observó en los resultados que otras variables son relevantes

para aportar una comprensión más global de este constructo, las cuales se deben destacar ya que influyen en cómo se valora finalmente el autoestima en el individuo.

Entre ellas se destacó la necesidad de afiliación (NAFIL), que se define como la necesidad de crear relaciones de confianza con otros, deseando ser agradable con el fin de ganar su afecto y amistad en un contexto de mutualidad (Murray 1938/1947 citado en Coulacoglou, 2002). Esta variable cobra relevancia, ya que el niño o niña, en general, reflejan sus necesidades ante el hecho de mostrarse sociables y conseguir amigos, de formar parte de un entorno social o de agradar a alguien, si esto no se consigue puede que el individuo se sienta rechazado, sin apoyo de su entorno y no aceptado, lo que recaerá en su autoestima, y esto es lo que sucede en los niños(as) con DA, tienden a ser rechazados por sus pares ya que no comprenden lo que vive, por ser distintos. Este hallazgo es reportado por Souyouldzoglou (2008), en donde manifestó que el fracaso experimentado por los niños con DA tienen un impacto significativo, ya que reciben críticas y comentarios de sus padres y profesores y sus compañeros a menudo los rechazan, dejando que se desarrolle en ellos una autoimagen insuficiente.

Otra variable relevante encontrada es la necesidad de dar o recibir afecto (NAFCT), en donde se toman en cuenta las necesidades básicas fisiológicas de la persona, necesidad de seguridad, amor y el sentido de pertenencia, las necesidades de estima y la necesidad de autorrealización (Maslow 1954/1991, 1962/1993 citado en Coulacoglou, 2002). El niño con una buena base de seguridad, amor, respeto y satisfacción de sus necesidades es capaz de obtener beneficio de frustraciones graduadas y, de esta forma, fortalecerse, la falta de satisfacción de la necesidad de dar y recibir afecto puede conducir a sentimientos de soledad, tristeza, fracaso o incapacidad. Un estudio que precisó esta variable, fue el de Souyoldzoglou (2008) donde aporta que los niños con DA mostraron una baja autoestima, mayor necesidad de afecto y relación deficiente con la madre. Esta variable se relaciona con la presencia de diagnóstico y la autoestima, ya que recibir afecto de las figuras principales, como por ejemplo la madre, es primordial para que el niño o niña que posea dicho diagnóstico pueda tener un entorno restaurador, en el cual se le brinden las herramientas para lidiar con su discapacidad, además de poder ofrecerle seguridad, afecto, confianza en sí mismo que desarrolle en consecuencia una buena autoestima.

También se observa que las variables: las necesidades orales, la ansiedad y el afecto depresivo influyen en la autoestima. Las necesidades orales (NO) fueron significativas ya que se refieren a las experiencias en la primera etapa del desarrollo libidinal (fase oral) que tiene el niño, donde el objeto de la pulsión es el pecho materno y la meta es la introyección del objeto (Freud 1905 citado en Coulacoglou, 2002). Es importante esta variable, ya que será el proceso del patrón de las identificaciones y las introyecciones posteriores del niño, por tanto, si no existe una buena identificación se evidenciará una baja autoestima.

En otro sentido, la variable ansiedad (ANS) definida como una respuesta emocional desagradable, por parte del individuo, a algún factor que causa tensión interna (Rycroft, 1995 citado en Coulacoglou, 2002), influye en este grupo, ya que implica un estado emocional que puede suscitarse bien por cambios en el entorno, bien por fuerzas inconscientes reprimidas en el Yo. Estos individuos están en constante cambio por las exigencias de su entorno, tanto a nivel académico, como social y familiar que ocasionan que sus niveles de ansiedad se eleven.

Por otro lado, se encuentra el afecto depresivo (D), el cual se refiere a una sensación de dolor psíquico que normalmente surge en las ocasiones de pérdida y está involucrada en el proceso del duelo, sentimientos de infelicidad, rechazo y soledad (Coulacoglou, 2002). Este factor es importante, ya que los individuos que presentan la condición de diagnóstico, lidian con el duelo interno de presentarlo, por su misma incapacidad de realizar las cosas y tienden a ser más depresivos, originando una baja autoestima.

El estudio realizado por Souyouldzoglou, Anastassia y Coulacolglou (1998), confirmó la existencia de estas 3 variables en la influencia de la autoestima, en donde demostró que los niños con DA se caracterizaron por una baja autoestima, puntuando más alto en variables como: necesidades orales, ansiedad y depresión, ya que se atribuyen a tener una menor autoestima, todo esto ocasionado por la falta de éxito de los estándares académicos, igualmente el estudio de Souyoldzoglou (2008) donde aporta que los niños con DA tienen mayores niveles de ansiedad.

Por último, se encontró relevante la variable conciencia moral (MOR), que según VandenBos (2007), consiste en un sistema de creencias o un grupo de valores en relación con los cuales una conducta se considera aceptable o reprochable, la conciencia moral revela

temas como el castigo, la culpa, la autocrítica o los dilemas entre el bien y el mal. Los niños (as) que tienen diagnóstico de DA tienden a ser señalados por sus pares, sus padres, etc. y por su misma situación tienden a percibirse culpables por el rechazo de los otros y no cumplir con las expectativas de los padres. El estudio de González et al. (2000), observó que los niños que presentan DA, tienen diferencias en relación con la familia y la relación con sus pares, en donde los niños (as) con DA perciben esas relaciones como negativas, asumiendo el papel de peores hijos y a su vez mantienen un concepto de sí mismos negativo con respecto a cómo los perciben los demás.

Aunque la variable agresión no se tomó como pilar principal para el estudio, se observaron respuestas de agresión en los niños que fueron diagnosticados con DA y que presentaron una baja autoestima, el estudio de Valadez et al. (2010), reafirma esto en su investigación, en donde demostró que la autoestima y los sentimientos de inferioridad están asociados a los impulsos de agresión como desahogo, en donde la agresión parece relacionarse con la baja autoestima y es provocada por sentimientos de envidia o consecuencia de la comparación negativa.

Entre otros hallazgos, con respecto a la distinción de la variable sexo en el FTT se observó que las niñas presentaron mayores indicadores negativos de autoestima que los niños, aunque este hallazgo no coincide con la hipótesis y lo planteado por Piera (2012), el cual encontró en su investigación que no habían diferencias en cuanto al sexo, el mismo reportó que se debió a que las familias influyeron en estos resultados con respecto a la calidad de los vínculos tempranos; contrario a lo que pudiera suceder en la población venezolana y la situación país que se vive actualmente, en donde existe un ambiente hostil y lleno de agresividad y los niños y niñas de la sociedad venezolana lo manifiestan y actúan a través de lo que observan en sus hogares (Corredor, 2016), esto ocasiona que estos vínculos tempranos y relevantes para el/la niño (a) en crecimiento, no sean los mejores y más contenedores. Además, los niños tienden a exteriorizar la agresión mayormente que las niñas, por tanto, tienden a dar una imagen de sí mismos más fuerte y positiva a través esta característica por el estereotipo que se espera de ellos en la sociedad (Savina, Coulacoglou, Sanyal y Jhang, 2011).

En base a la tercera hipótesis planteada respecto a la variable edad, no se encontraron diferencias significativas en el FTT en los 2 grupos (de 7 a 9 años y de 10 a 12 años), concordando con lo que se esperaba y con la teoría planteada. Esto se debe, a que como mencionan Rice y Vestal (2001), la formación del “*self*” y de la autoestima se inicia en la infancia, siendo necesario recalcar que desde el nacimiento hasta la pubertad es la etapa que marcará la autoestima global que tendremos (Piera, 2012), porque en este período es cuando se es más vulnerable, sin importar el rango de edad en el que se encuentre el niño o la niña, la autoestima es importante para su desarrollo general.

El objetivo principal que se pretendió con esta investigación, fue contar con evidencias de validez y confiabilidad para la prueba del Test de los Cuentos de Hadas para medir la autoestima, el cual no pudo ser cumplido, por las limitantes mencionadas líneas atrás. Sin embargo, los resultados aquí presentados aportan información en cuanto al constructo de interés (autoestima) en su relación con el diagnóstico de DA, y los contrastes de la misma con el sexo y la edad. Además, los resultados arrojados obtienen relevancia clínica, la cual debe ser tomada en cuenta por los profesionales en el futuro, ya que la variable autoestima como se observó en los resultados no fue unitaria y cerrada, sino más bien toma en consideración múltiples variables de la personalidad que son influyentes y las cuales formaron parte para la interpretación de los resultados. Todo esto con el objetivo de poder aportar sobre la relevancia de medir la autoestima no como un único constructo que la defina de manera rígida para etiquetar a cualquier niño/a, si no como una posibilidad de cuestionamiento sobre las implicaciones que estas puedan tener en su interpretación.

Por otro lado, la investigación sirve como contribución teórica para comprender como se experimenta la autoestima en la sociedad venezolana en conjunto a la presencia de diagnóstico de DA en estos niños(as), es por ello que al contar con este tipo de investigaciones se abre paso a nuevas miras de abordaje en torno a esta población y a una nueva gama de variables emocionales que tratar en terapia con estos niños (as).

Conclusiones y Recomendaciones

La evidencia de validez y confiabilidad en el FTT para evaluar la autoestima en niños y niñas con diagnóstico de dificultad de aprendizaje (DA) en edades comprendidas entre 7 a 12 años no fue encontrada de acuerdo a los análisis que fueron propuestos.

No se encontró diferencias significativas entre la variable de estudio (autoestima) y la medida de convergencia propuesta para la autoestima. Es decir, que la variable autoestima se mide de forma distinta en cada una de las pruebas, en donde el FTT la propone como la valoración positiva o negativa mediante las respuestas relacionadas con la apariencia y también con los asuntos que reflejan éxito o fracaso y aprobación o desaprobación de los demás. Además, abarca otras variables de relevancia influyentes en la autoestima y que deben ser tomadas en consideración para su interpretación para evitar limitarse a un solo constructo al momento de comprender los aspectos emocionales de los niños y niñas con DA, sino poder tener en cuenta un conjunto de variables que permitan una mejor comprensión de cómo se ven así mismo los sujetos, mientras que en el Inventario de Autoestima de Coopersmith solo ofrece una percepción, que puede ser subjetiva por quien completa el inventario, en este caso el niño, en distintas áreas: : (1) autoestima general, (2) autoestima social, (3) autoestima hogar y padres, (4) autoestima escolar académica. En tal sentido, es recomendable realizar una nueva propuesta para la medida de convergencia donde la variable autoestima sea considerada en términos más similares para poder abarcar una comprensión global de la misma.

Además, se observa que el registro de la variable en el Inventario de Autoestima de Coopersmith (IAC), es más amplio porque ofrece distintos niveles de la autoestima percibida, siendo estos: altos, medios y bajos, en cambio el registro de la autoestima en el FTT, solo ofrece una valoración negativa o positiva de la variable. Por tanto, sería recomendable utilizar medidas similares para poder realizar las comparaciones pertinentes.

Por otro lado, se encontró diferencias en torno al sexo en toda la muestra propuesta, pero es de interés evaluar la diferencia en torno al sexo en los niños y niñas diagnosticados con DA, para poder apreciar mejor como influye esta variable en cada grupo, además también se recomienda evaluar a niños que presenten este diagnóstico y se encuentre en tratamiento

para compararlos con niños y niñas que no estén en tratamiento, y comprobar si se percibe diferencias en torno a la variable de interés.

Otras observaciones realizadas en el presente estudio, es el hecho de que en los niños que no fueron diagnosticados también presentaron variables similares a los niños diagnosticados con DA, entre ellas destacan: las necesidades orales (NO), necesidad de afiliación (NAFIL), necesidad de dar y recibir afecto (NAFCT), conciencia moral (MOR) afecto depresivo (D) y ansiedad (ANS), lo que prestaría abrir una discusión relativa a la realidad psicosocial del venezolano con respecto a la autoestima.

Igualmente, se recomienda utilizar una muestra más grande de niños y niñas diagnosticados con DA, en donde se proponga una comparación válida y confiable, que permitan que los datos puedan ser extrapolados a esta población.

Referencias Bibliográficas

- American Psychological Association (2014). Divisions. Recuperado de:
<http://www.apa.org/about/division/>
- American Psychological Association (2012). Invitation. Recuperado de:
<http://www.apa.org/divisions/div5/invite.html>
- Álvarez-Icaza, M. A. V., Cantú, M. A. L., Lancelotta, G. X., & Rubio, S. (1989). Un estudio sobre la autoestima en niños en edad escolar: Datos normativos. *Salud Mental*, 12(3), 50-54.
- Branden, N. (1995). *Los seis pilares de la autoestima*. Paidós
- Baron, R. y Byrne, D. (1998). *Psicología Social* (8va Ed.). Madrid, España: Prentice Hall.
- Brinkmann, H., Segure, F & Solar, M (1989). Adaptación y estandarización del inventario de autoestima de coopersmith. *Revista Chilena de Psicología*.
- Campagnaro, S. (1994). *Visión Integral de las Dificultades de Aprendizaje Historia/Definición y Evaluación Adaptada a la Realidad Venezolana*. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W. H. Freeman & Co.
- Coulacoglou, C. (2002a). Construct Validation of the Fairy Tale Test - Standarization Data. *International Journal of Testing* 2(3&4). pp 217-241.
- Coulacoglou, C. (2002b). A study on the association between fairy tales and the unconscious. *Psycomedia*. Disponible en:
<http://www.psychomedia.it/pm/culture/liter/carina.htm>
- Coulacoglou, C. (2008). *Exploring the child's personality*. Illinois, USA: Charles C Thomas.

- Coulacoglou, C., Souyouldzoglou, M & Atsarou, A. (2008). *A study of Aggression in Children through the Fairy Tale Test*. En Coulacoglou, C. (Ed.) *Exploring the child's personality* (pp. 63-74). Springfield, USA: Charles Thomas.
- Coulacoglou, C. (2014). *Projective Fairy Tale Test Society*. Recuperado en: <http://www.fairytaletest.com/index.php>
- Corredor, M.A. (2016). Venezuela. Manuscrito no publicado. Caracas, Venezuela.
- Craig, G. J., & Baucum, D. (1992). *Human development*. New Jersey: Pearson
- Dos Santos, J. & Zavala, M. (2007). *Rasgos de personalidad en niños con diagnóstico de hemofilia medidos a través del Test de Cuentos de Hadas* (Trabajo especial de Grado no publicado) Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, Caracas, Venezuela.
- Espinoza, M. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de autoestima de coopersmith en estudiantes de secundaria del distrito de la esperanza. Tesis de licenciatura, Universidad Cesar Vallejo, Trujillo, Perú.
- Esquer, J. B. M., Esquer, J. F. M., & Valdenebro, A. L. E. (2011). Adaptación del inventario de autoestima coopersmith para alumnos mexicanos de educación primaria. *Praxis Investigativa ReDIE*, 3(4), 5-14.
- García-Nicasio, J. (1998). Manual de dificultades de aprendizaje: Lenguaje, lecto- escritura y matemáticas (3ra ed.) [Revisión del libro *Manual de dificultades de aprendizaje: Lenguaje, lecto-escritura y matemáticas*, por F. Gali]. Narcea, S.A De Ediciones Madrid, 88-237.
- González Pineda, J. A., Núñez, J. C., González Pumariaga, S., Álvarez, L., Rocas, C., García, M., & Valle, A. (2000). Auto concepto, proceso de atribución causal y metas académicas en niños con y sin dificultades de aprendizaje. *Psicothema*, 12(4).
- González- Ivonne, N & López-Fuentes, A. (2001). *La autoestima: Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser* (1ra ed.). Toluca, México: Universidad Autónoma.

- Guzmán, C. (2011). *Estudio de Caso Colombiano. Interpretación cualitativa de la aplicación del Test de los Cuentos de Hadas (F.T.T) en el ámbito clínico y terapéutico*. (Trabajo para el Seminario de Actualización en Técnicas Cuantitativas y Cualitativas para el Estudio de la Personalidad. Doctorado en Psicología. No publicado). Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.
- Kerlinger, F. N. & Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento (4º ed.)*. México: McGraw Hill.
- Kerlinger, F.N. (1979). *Investigación del comportamiento: Técnicas y metodología*. (“da ed.”). México: Interamericana.
- Kerlinger, F.N. (1981). *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- López, N. & Domínguez, R. (1993). Medición de la autoestima en la mujer universitaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25, 257-273.
- Mérida, R., Serrano, A., & Tabernero, C. (2015). Diseño y validación de un cuestionario para la evaluación de la autoestima en la infancia. *Revista de Investigación Educativa*, 33(1), 149-162.
- Mesías-Ruiz, A.A (2017). *Propiedades psicométricas del inventario de autoestima de coopersmith en adolescentes de la provincia de Huallaga*. (Trabajo de grado de licenciatura). Universidad Cesar Vallejo, Trujillo, Perú. Recuperada de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/306>.
- Moya, A. E & Muskus P.C., (2015). Análisis psicométrico de los indicadores de agresión en la prueba de los cuentos de hadas de Coulacoglou (2002) en niños y niñas del área metropolitana de Caracas, Venezuela. (Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado). Universidad Católica Andrés Bello.

- Piera-Pinedo, N.E (2012). *Autoestima según género en estudiantes del quinto grado de la red educativa nro. 4 –ventanilla*. (Trabajo de grado de maestría). Universidad San Ignacio De Loyola, Lima, Perú. Recuperada de <http://repositorio.usil.edu.pe/handle/123456789/1254>.
- Querales, M.G. (2017). Relación de la Agresión y el Sexo con los Mecanismos de Defensa que utilizan los Niños y Niñas entre 8 y 11 años de edad. (Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado). Universidad Católica Andrés Bello.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23º ed.). Madrid, España: Autor.
- Rebollo, M. A., & Rodríguez, S. (2006). El aprendizaje y sus dificultades. *Revista de neurología*, 42(2), 139-142.
- Rice, F.P., & Vestal, L.B. (2001). *Human development: a live-span approach*. Prentice Hall, New Jersey.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Souyouldzoglou, F., Anastassia, S y Coulacoglou, C (1998). Perfil de la personalidad de los niños con problemas en su aprendizaje. Uso de la prueba del cuento de hadas. *Psychologie et Psychométrie*, 20(1), 61-69.
- Santalla, Z. (2010). *Diseños básicos de investigación*. Manuscrito no publicado. Escuela de Psicología, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Savina, E., Coulacoglou, C., Sanyal, N. & Jhang, Z. (2011). The Study of externalizing and internalizing behaviors in Greek, Russian, Indian and Chinese Children using the Fairy Tale Test. *School Psychology International*. Disponible en: <http://spi.sagepub.com/content/early/2011/06/21/0143034311406821> 21. DOI: 10.1177/0143034311406821.

- Souyouldzoglou, M. (2008). *The Fairy Tale Test in the Personality Assessment of Children with Learning Disorders*. En Coulacoglou, C. (Ed.) *Exploring the child's personality* (pp. 119-135). Springfield, USA: Charles Thomas.
- Spyridaki, K., Sigala, F y Coulacoglou, C (2017). Reordenación psíquica de recomposición familiar y problema narcisista en niños. *Le Carnet Psy*, (32-36).
- Universidad Católica Andrés Bello (2002). *Contribuciones a la deontología de la investigación en psicología* (1ra Ed.). UCAB, Caracas, Venezuela.
- Urdaneta, L. (2004). *Estudio psicométrico del test dibujo kinético de la escuela para la evaluación de la autoestima en niños*. (Trabajo de Grado de Licenciatura). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela. Recuperada de <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAQ0740.pdf>
- Valadez, M., Coulacoglou, C., Gtoski, K., Misios, A., Triantopoulou, A. (2010). Los primeros resultados de la tipificación del test de los cuentos de hadas (FTT) en México. *Psicodiagnosticar*. 20. pp 51-68.
- VandenBos, G. R. (Ed.). (2007). *APA dictionary of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Verduzco, M.A. (1989). La autoestima en niños con trastorno de atención. *Salud Publica de México*, 31 (6), 779-787.
- Yela, M. (1996). *Los Test*. Psicothema, 8 (Suplemento), 249-263.

Anexos

Anexo A

Protocolo del Test de los Cuentos de Hadas (FTT) Coulacoglou (2002)

Cuaderno de anotación

Identificación

Edad

Centro

Centro
Nombre

Nombre del padre
Situación familiar

Cuento de hadas

Examinador

Examined at:

Nombre de la madre

Fecha de examen

Puntuación respuestas

P.D.

T

Conducta del niño durante la prueba:

- AGRESIÓN TIPO B

Agresión defensiva (AgrDef)

Agresión por celos (AgrCel)

Agresión por venganza (AgrVen)

- Observaciones del examinador:

CONCLUSIONES:



Autora: C. Coulacoglou.

Copyright © 1995-2002 by Tea Ediciones, S.A.: Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial -

Copyright © 1995, 2002 by Tea Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID. - Prohibida la reproducción total o parcial. Este ejemplar está impreso a DOS TINTAS. Si le presentan un ejemplar en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio. NO LA UTILICE. - Printed in Spain. Impreso en España por Imp. Casillas; Agustín Calvo, 47; 28043 Madrid.

RESPUESTAS A LAS LÁMINAS

¿Qué piensa o siente cada una?

CAPERUCITA ROJA

Figura I:



Figura II:



Figura III:

¿Cuál de las tres es la del cuento? ¿Por qué?

Figura ☐ I ☐ II ☐ III

Porque

¿Cuál te comerías si fueses el lobo? ¿Por qué?

Figura ☐ I ☐ II ☐ III

Porque

¿Qué piensa o siente cada uno?

LOBOS



Figura I:



Figura II:



Figura III:

¿Cuál de los tres lobos es el del cuento de Caperucita Roja? ¿Por qué?

Figura I II III

Porque

¿Cuál te da más miedo? ¿Por qué?

Figura I II III

Porque

ENANOS

¿Qué piensa o siente cada uno?



Figura I:



Figura II:



Figura III:

¿Cuál de los tres es el enano del cuento de Blancanieves? ¿Por qué?

Figura ☐ I ☐ II ☐ III

Porque

¿Con cuál de los tres enanitos le gustaría casarse a Blancanieves? ¿Por qué?

Figura ☐ I ☐ II ☐ III

Porque

¿Qué piensa o siente cada una?

BRUJAS



Figura I:



Figura II:



Figura III:

¿Cuál de las tres es la bruja de los cuentos? ¿Por qué?

Figura ☐ I ☐ II ☐ III

Porque

¿Cuál de las tres te da más miedo? ¿Por qué?

Figura ☐ I ☐ II ☐ III

Porque

¿Cuál es la bruja más perversa (más mala)? ¿Por qué?

Figura ☐ I ☐ II ☐ III

Porque

¿Qué puede hacer una bruja perversa (mala)?

Nombre de las brujas:

Figura I

Figura II

Figura III

¿Qué piensa o siente cada uno?

GIGANTES



Figura I:



Figura II:



Figura III:

¿Cuál de los tres es el gigante de los cuentos? ¿Por qué?

Figura ☐ I ☐ II ☐ III

Porque

¿Cuál de los tres te da más miedo? ¿Por qué?

Figura ☐ I ☐ II ☐ III

Porque

¿Cuál es el gigante más perverso (más malo)? ¿Por qué?

Figura ☐ I ☐ II ☐ III

Porque

¿Qué puede hacer un gigante perverso (malo)? ¿Por qué?

Nombre de los gigante: Figura I

Figura II

Figura III

Describe cada dibujo

ESCENAS DE CAPERUCITA ROJA



Figura I:



Figura II:



Figura III:

¿Con qué dibujo termina el cuento? ¿Por qué?

Figura ☐ I ☐ II ☐ III

Porque

¿Con qué dibujo te gustaría que terminase? ¿Por qué?

Figura ☐ I ☐ II ☐ III

Porque

Describe cada dibujo

ESCENAS DE BLANCANIEVES Y LOS SIETE ENANITOS



Figura I:



Figura II:



Figura III:

¿Con qué dibujo termina el cuento? ¿Por qué?

Figura ☐ I ☐ II ☐ III

Porque

¿Con qué dibujo te gustaría que terminase? ¿Por qué?

Figura ☐ I ☐ II ☐ III

Porque

Anexo B

Inventario de Autoestima de Coopersmith

Preguntas Inventario

1. Paso mucho tiempo soñando despierto.
2. Estoy seguro de mí mismo.
3. Deseo frecuentemente ser otra persona.
4. Soy simpático.
5. Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.
6. Nunca me preocupo por nada.
7. Me abochorno (me da plancha) pararme frente al curso para hablar.
8. Desearía ser más joven.
9. Hay muchas cosas acerca de mí mismo que me gustaría cambiar si pudiera.
10. Puedo tomar decisiones fácilmente.
11. Mis amigos gozan cuando están conmigo.
12. Me incomodo en casa fácilmente.
13. Siempre hago lo correcto.
14. Me siento orgulloso de mi trabajo (en la escuela)
15. Tengo siempre que tener a alguien que me diga lo que tengo que hacer.
16. Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cosas nuevas.
17. Frecuentemente me arrepiento de las cosas que hago.
18. Soy popular entre compañeros de mi edad.
19. Usualmente mis padres consideran mis sentimientos.

20. Nunca estoy triste.
21. Estoy haciendo el mejor trabajo que puedo.
22. Me doy por vencido fácilmente.
23. Usualmente puedo cuidarme a mí mismo.
24. Me siento suficientemente feliz.
25. Preferiría jugar con niños menores que yo.
26. Mis padres esperan demasiado de mí.
27. Me gustan todas las personas que conozco.
28. Me gusta que el profesor me interroque en clase.
29. Me entiendo a mí mismo
30. Me cuesta comportarme como en realidad soy.
31. Las cosas en mi vida están muy complicadas.
32. Los demás (niños) casi siempre siguen mis ideas.
33. Nadie me presta mucha atención en casa.
34. Nunca me regañan.
35. No estoy progresando en la escuela como me gustaría.
36. Puedo tomar decisiones y cumplirlas.
37. Realmente no me gusta ser muchacho (muchacha)
38. Tengo una mala opinión de mí mismo.

39. No me gusta estar con otra gente.
40. Muchas veces me gustaría irme de casa.
41. Nunca soy tímido.
42. Frecuentemente me incomoda la escuela.
43. Frecuentemente me avergüenzo de mí mismo.
44. No soy tan bien parecido como otra gente.
45. Si tengo algo que decir, usualmente lo digo.
46. A los demás “les da” conmigo.
47. Mis padres me entienden.
48. Siempre digo la verdad.
49. Mi profesor me hace sentir que no soy gran cosa.
50. A mi no me importa lo que pasa.
51. Soy un fracaso.
52. Me incomodo fácilmente cuando me regañan.
53. Las otras personas son más agradables que yo.
54. Usualmente siento que mis padres esperan más de mí.
55. Siempre sé que decir a otras personas.
56. Frecuentemente me siento desilusionado en la escuela.
57. Generalmente las cosas no me importan.
58. No soy una persona confiable para que otros dependan de mí.

INSTRUCCIONES

Aquí hay una serie de declaraciones. Por favor responda a cada declaración de modo siguiente:

Si la declaración describe cómo te sientes usualmente, pon una “X” en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase “igual que yo” (columna A) en la hoja de respuestas.

Si la declaración no describe cómo te sientes usualmente pon una “X” en el paréntesis correspondiente en la columna debajo de la frase “distinto a mí” (columna B) en la hoja de repuestas.

No hay respuestas buenas ni malas, correctas o incorrectas. Lo que interesa es solamente conocer que es lo que habitualmente sientes o piensas.

Ejemplo: Me gustaría comer helados todos los días.

Si te gustaría comer helados todos los días, pon una “X” en el paréntesis debajo de la frase “igual que yo”, frente a la palabra “ejemplo”, en la hoja de respuestas.

Si no te gustaría comer helados todos los días, pon una “X” en el paréntesis debajo de la frase “distinto a mí”, frente a la palabra “ejemplo”, en la hoja de respuesta.

Marca todas tus respuestas en la hoja de repuestas, no escribas nada en este cuadernillo.

No olvides anotar tu nombre, fecha de nacimiento, y la fecha de hoy en la hoja de respuestas.

Inventario de Autoestima – Coopersmith

HOJA DE RESPUESTAS

Nombre:.....
.....

Fecha de nacimiento:..... Edad:

Centro o Colegio:.....

Curso:..... Fecha:
.....

Pregunta	Igual que Yo (A)	Distinto a Mi (B)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

Pregunta	Igual que Yo (A)	Distinto a Mi (B)
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		

22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		

51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		