



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**INDICADORES EMOCIONALES DEL TEST DE LA FIGURA
HUMANA, EN NIÑOS ENTRE 7 Y 12 AÑOS, DIAGNOSTICADOS
CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD**

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

**A.JAVIERA DUARTE SOTO
M. FERNANDA FERRER SACRISTÁN.**

**PROFESOR PATROCINANTE: PS. RUTH WEINSTEIN A.
ASESOR METODOLÓGICO: PS. CAROLINA DURÁN S.**

Santiago, Chile, 2005

“Nos proyectamos en toda manifestación.

Al andar, al hablar, al jugar,

al escribir o al dibujar”

(Xandró, 1986, p.12)

AGRADECIMIENTOS

*A mi madre, por tu apoyo, aliento y tu eterna compañía.
A Edgardo, por acompañarme con tu amor
A mi padre y hermanas, por su incondicional confianza.
A mis amigas, por su constante aliento
Y en especial a mi compañera, cómplice y por sobre todo
amiga Javiera Duarte, por tu paciencia, esfuerzo,
confianza, apoyo y por todos aquellos momentos que me
entregaste tu sabiduría.*

*Gracias,
Fernanda*

*A Jorge, por tu amor, tu cariño y sabiduría
y sobre todo, por ser parte de mi vida.
A mi padre, por recordarme constantemente que puedo dar lo mejor de mí.
A mi madre, por tu confianza y apoyo, que sólo tú sabes dar.
A mis amigos, por su paciencia y aliento en momentos difíciles.
A mi amiga y compañera Fernanda, durante estos largos meses,
por tu tolerancia, tu buena disposición y,
tu gran entrega a este proyecto,
que nos permitió crecer juntas.*

*Gracias,
Javiera*

*A Alejandra Awad, Patricia Eissmann, Margarita Gross, Lilian Gómez, Antonia Lobato,
Carmen Gloria Pino, Eymard Santibañez y Natalia Tobar, por su desinteresada
colaboración para la realización de este trabajo.*

*A Carolina Durán, por su dedicación, por su paciencia y por ser mucho más que una
asesora metodológica, por ser también una amiga.*

*Y a Ruth Weinstein, por la valiosa entrega de sus conocimientos, por el ánimo
concedido y por la confianza depositada.*

*A todos ustedes sólo nos queda decirles,
Muchas Gracias.*

Resumen

Actualmente el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más diagnosticados en nuestro país, lo que ha implicado diversas controversias, debido a un posible sobrediagnóstico, respecto a la efectividad del diagnóstico y su tratamiento (Guajardo 2000).

Por otra parte, el test dibujo de la figura humana (DFH) es una de las pruebas gráficas mayormente utilizadas en niños para detectar diversos tipos de patologías y dificultades tanto a nivel cognitivo, como emocional e interpersonal (Weinstein, 2003).

Sin embargo, en Chile no se han realizado investigaciones respecto a su utilidad y sus alcances, lo que conlleva a que psicólogos clínicos mal utilicen, o simplemente no utilicen, un instrumento que podría aportar nuevos elementos para el diagnóstico.

Elizabeth Koppitz introduce una nueva forma de análisis de dicha prueba, a través de lo que ha denominado “indicadores emocionales”. La autora postula que a través de la interpretación del significado de los indicadores emocionales presentes en los dibujos de la figura humana, el clínico puede acceder a información objetiva de los posibles desórdenes emocionales que el niño presente.

Debido a la gran relevancia que adquieren actualmente en la psicología clínica estos temas, las autoras elaboraron una investigación que tuvo por objetivo comprobar la existencia de ciertos indicadores emocionales en una muestra de niños con TDAH, detectados a través del dibujo de la figura

humana, para posteriormente comparar estos resultados con un grupo, cuya única diferencia con el primero fuese la ausencia tanto de TDAH como de cualquier otro trastorno psicológico.

De esta manera se pretendió lograr un aporte para la psicología clínica entregando nuevos elementos para la caracterización, detección y diagnóstico del TDAH, para una mejor comprensión e interpretación del DFH y principalmente para el estudio de los indicadores emocionales en los niños chilenos.

Palabras claves: Indicadores Emocionales, Test de la Figura Humana, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Índice

Resumen.....	5
Índice.....	7
Introducción	9
Marco Teórico	14
El Proceso Psicodiagnóstico	14
Pruebas Proyectivas	17
Antecedentes de las Pruebas Proyectivas	17
Concepción de Personalidad.....	18
Pruebas Proyectivas en Niños.....	19
Pruebas Gráficas	21
Pruebas Gráficas Infantiles.....	24
Test de la Figura Humana	39
Indicadores Emocionales en el DFH	49
Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	56
Antecedentes Generales.....	56
Etiología	58
Sintomatología	59
Diagnóstico.....	60
Características Evolutivas de Niños entre 7 y 12 años con TDAH.....	67
Objetivos e Hipótesis	78
Objetivo General.....	78
Objetivos Específicos.....	78
Hipótesis General.....	79
Hipótesis Específicas	79
Metodología	81
Tipo y Diseño de Investigación	81
Población y Muestra	82
Definición Conceptual de Variables	83
Definición Operacional de Variables	85
Instrumentos	88
Test del Dibujo de la Figura Humana.....	88
Test de Matrices Progresivas: Escala Coloreada	91
Escala de Himmel.....	93

Procedimientos.....	94
Análisis de Resultados	96
Discusión.....	139
Discusión de resultados en el grupo de niños sin TDAH.....	139
Discusión de resultados en el grupo de niños con TDAH.....	144
Conclusiones	155
Recomendaciones.....	161
Referencias Bibliográficas	163
Anexo 1	171
Indicadores Emocionales tentativos.....	172
Tabla 37: Porcentaje de varones que muestran Indicadores Emocionales en sus DFH	173
Tabla 38: Porcentaje de niñas que muestran Indicadores Emocionales en sus DFH	174
Anexo 2.....	175
Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	175
Anexo 3.....	178
Tabla 39: Claves de corrección: Escala Coloreada	179
Tabla 40: Normas forma cuadernillo: Composición puntaje normal ...	179
Tabla 41: Normas estandarizadas en Dumfries en 1982	180
Rangos de capacidad intelectual	180
Anexo 4.....	181
Cuestionario para la Estratificación de Nivel Socio- Económico de Himmel y cols. (1981) modificado de acuerdo con el criterio de Pinto Gallardo y Wenk (1991).	181
Anexo 5.....	183
Descripción de Autoconcepto y Autoestima	183
Anexo 6.....	188
Dibujos de la Figura Humana realizados por niños de la muestra	188
Dibujos de la Figura Humana realizados por niños sin TDAH	189
Dibujos de la Figura Humana realizados por niños con TDAH	192

Introducción

El dibujo es uno de los medios de expresión más antiguo que se observa en la historia del ser humano. Esta técnica se remonta a la pre-historia, donde los hombres plasmaban sus ilustraciones en las paredes de las cavernas, convirtiéndose así en una de las formas más ricas de expresión de ese período (Hammer, 1997; Widlöcher, 1998).

Esta forma de comunicación fue evolucionando, hasta llegar a su mayor apogeo en el siglo XIX, por lo que se puede decir que la técnica del dibujo actual infantil es producto de la civilización industrial, pues es en este periodo, con el desarrollo de modernos implementos para su creación, que el estilo del dibujo se ha desarrollado con mayor fuerza (Widlöcher, 1998).

Debido a que las producciones gráficas constituyen un medio de expresión de los sujetos, los dibujos pueden ser considerados como una gran herramienta para la evaluación psicológica (Hammer, 1997).

Según Dorken (1952 citado en Hammer, 1997) “la evaluación psicológica del arte gráfico ha sido, probablemente, la primera técnica proyectiva que se ha establecido.” (p.28).

Así, entre las pruebas gráficas más conocidas y utilizadas está el “Test Proyectivo de la Figura Humana”, de la autora Karen Machover, el cual tiene como objetivo evaluar la personalidad a través del dibujo de dicha imagen (Koppitz, 2002).

Es así como debido a su importancia, desde su creación diversos autores han intentado otorgar nuevos elementos para su análisis. Entre éstos, el

aporte realizado por Koppitz en 1968 resulta fundamental, ya que diseña y estandariza sistemas de puntuación tanto para los aspectos evolutivos como proyectivos de los dibujos infantiles, describiendo 30 indicadores emocionales que permiten diferenciar, los dibujos de la figura humana (DFH) realizados por niños con problemas emocionales, de aquellos que no los tienen (Koppitz, 2002).

Por otra parte, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un deterioro persistente y severo del desarrollo psicológico, resultado de la existencia de altos niveles de inatención, conducta impulsiva e inquietud motora (Guajardo, 2000).

Se trata, de un trastorno de origen temprano en la infancia, pudiéndose detectar por definición del DSM-IV, antes de los 7 años. A menudo persiste en la adolescencia y edad adulta, y coloca a aquellos que padecen el trastorno, en riesgo de generar una serie de anormalidades en el desarrollo de la personalidad, pudiendo algunos casos derivar en delincuencia, conductas antisociales o bajo rendimiento escolar (Barra, Duarte, Durán, Ferrer & Vargas, 2003).

Considerando que el TDAH es uno de los trastornos más diagnosticados entre los escolares y debido a la escasez de estudios del DFH en Chile¹, a pesar de ser una de las técnicas gráficas más utilizadas, dentro del contexto clínico (pues permite obtener gran cantidad de información sobre los rasgos

¹ “Adaptación y tipificación del test DAP: SPED, en niños de 10 a 14 años de edad, de nivel socioeconómico alto, de la Región Metropolitana”, Dünner & Valenzuela, 1996., “Modelo de psicoterapia grupal constructivista cognitivo para trastornos alimentarios, aplicado en un grupo de pacientes diagnosticadas con bulimia nerviosa”, Montt & Villarroel, 2003.

de personalidad del individuo), las autoras procuran buscar una relación entre los indicadores emocionales propuestos por Koppitz y la presencia de TDAH (Guajardo, 2000; Weinstein, 2003).

Este análisis fue realizado mediante la comparación de dos conjuntos de 30 niños, uno con y el otro sin TDAH. Ambos grupos poseían nivel socioeconómico alto (de acuerdo a las categorías de la escala de Himmel) y un nivel de desarrollo medio o superior de capacidad intelectual obtenido en el Test de Matrices Progresivas: Escala Coloreada (MPC) de J.C Raven. Una vez conformados ambos grupos, se utilizó la prueba DFH en su versión propuesta por E. Koppitz, para posteriormente analizar los resultados.

La relevancia de este estudio se planteó desde una perspectiva teórica, práctica y metodológica. En el ámbito teórico, se consideró que podría aportar nuevos elementos para el psicodiagnóstico, principalmente en Chile, pudiendo extenderse a otros países al controlar las variables culturales y sociales propias de ellos. Por otra parte, esta investigación se diseñó como una herramienta útil para la caracterización del TDAH, en la medida en que fuese complementada con investigaciones que avalaran que los indicadores emocionales obtenidos, no fuesen representativos de otros trastornos. Además, sistematizó aportes de distintos autores que trabajaron con el DFH, con el fin de permitir una mejor comprensión de esta prueba.

Desde el punto de vista práctico, tuvo gran utilidad al permitir realizar una primera descripción de potenciales valores de referencia que facilitaron la

interpretación del DFH, desde la realidad chilena². También posibilitó el esbozo de un instrumento complementario a la batería de pruebas, utilizada para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, permitiendo, según las autoras, una mayor rapidez en el inicio del tratamiento, y por ende, un mejor pronóstico.

Además, a partir de las correlaciones obtenidas, se pudo indagar en las posibles dificultades emocionales asociadas al TDAH a través del significado, postulado por Koppitz, para cada uno de los indicadores emocionales.

Finalmente, desde el punto de vista metodológico, permitió sustentar la posibilidad del diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad a través del DFH, encontrándose indicadores asociados, facultando así la obtención de una primera aproximación a un instrumento complementario para el diagnóstico.

Respecto a las limitaciones de este estudio, se consideraron las siguientes. En primer lugar, al basarse en un juicio de experto para el diagnóstico de TDAH, se corrió el riesgo que los niños hubiesen sido mal clasificados, siendo posible la existencia de falsos positivos, es decir que algunos de los niños escogidos para formar parte del grupo de la muestra, correspondiente a niños con TDAH, no manifestasen efectivamente dicho trastorno. Por otra parte, debido a las características de la muestra que se utilizó, no fue posible

² En este contexto y según la exhaustiva revisión realizada por las autoras hasta la fecha, existe muy poco material acerca de los indicadores emocionales en niños chilenos. Al respecto, sólo se encontró el siguiente estudio: “Estudio exploratorio descriptivo sobre indicadores emocionales en la prueba del dibujo de la figura humana de Koppitz, en niñas de un hogar de menores”, Contreras, 1997.

realizar inferencias de los resultados del estudio al resto de la población chilena que presenta TDAH, ya que se limitó a un cierto rango de edad, género y sector económico, pudiendo ser distintas las conclusiones en una población con características diferentes a ésta. Además, los resultados obtenidos no se pudieron generalizar a otros trastornos ni a otros países, porque si bien los niños presentan en su desarrollo evolutivo características similares, la cultura y la socialización influyen fuertemente en el diagnóstico y consideración de los trastornos. Por último, se consideró como limitación el que las autoras se basaran, para la elección del grupo control, sólo en antecedentes que indicaran la no existencia de alguna patología psicológica, ya que por una parte, podrían existir falsos negativos, donde niños pertenecientes al grupo control presentarían TDAH pero dicha información hubiese sido ignorada y por otra, el hecho que no hubiesen consultado con anterioridad no implica que no presentarían algún trastorno.

Marco Teórico

El Proceso Psicodiagnóstico

Las pruebas proyectivas gráficas poseen por sí solas, gran importancia en el diagnóstico psicológico, sin embargo al ser aplicadas como parte de una batería de tests psicológicos, insertas dentro de un proceso de psicodiagnóstico, su efectividad se eleva aún más (Weinstein, 2002).

La concepción del proceso de psicodiagnóstico es relativamente nueva, según postula María Luisa Siquier de Ocampo (1989), y se puede concebir de dos formas. La primera, “desde afuera”, consiste en la detección de un especialista de la necesidad de realizar una evaluación psicológica y por consiguiente, la derivación del sujeto al psicólogo para que le efectúe dicha evaluación, pudiendo incluso especificar el(los) test(s) que se debe(n) administrar. La segunda, “desde adentro”, es cuando el terapeuta realiza él mismo el proceso de psicodiagnóstico, siguiendo los pasos y utilizando los instrumentos adecuados.

El psicodiagnóstico se enmarca dentro de un proceso que contempla una entrevista inicial, donde el paciente expone libremente sus problemas y el motivo de consulta, a través de lo cual el psicólogo se forma una idea respecto al sujeto y sobre la necesidad o no de aplicar una evaluación, decidiendo cuales serán las pruebas más útiles para cada caso. Esta entrevista es fundamental, pues se busca fundamentalmente lograr una alianza con el paciente, para así facilitar el trabajo que deben realizar ambos en conjunto (Siquier de Ocampo, 1989).

De acuerdo a esta autora, el tipo de pruebas que se apliquen en este proceso dependerá de múltiples variables tales como: edad del paciente, nivel socioeconómico, tiempo disponible, dominio del lenguaje, y por sobre todo criterio del examinador. Adicionalmente, sería relevante discriminar la secuencia en que se administrarán los tests elegidos. El orden se debe establecer en función de dos factores: la naturaleza del test y la del caso en cuestión. Sin embargo, como regla general, los tests gráficos son los más adecuados para comenzar, ya que al abarcar los aspectos más disociados y menos sentidos como propios, permiten que el paciente trabaje más aliviado. Además, debido a su simplicidad, no tardan mucho tiempo en realizarse, por lo que tienden a reducir las ansiedades ante una situación de evaluación del paciente. Por otra parte, se recomienda dejar los tests más ansiógenos para el final, de modo que el paciente no utilice toda su energía en controlar la ansiedad que éstos podrían producirle.

De este modo, Siquier de Ocampo (1989) recomienda que en una batería estándar de evaluación de personalidad se incluyan tests gráficos, verbales y lúdicos, donde la secuencia podría ser la siguiente: Hora de juego diagnóstica (en niños), tests gráficos (dibujo libre, figura humana, familia y HTP), test de Rorschach, desiderativo y finalmente test de relaciones objetales (TRO) o test de apercepción infantil (CAT) según corresponda.

Weinstein (2003), señala que las pruebas más utilizadas entre los 7 y 12 años de edad, clasificadas según su tipo, son las siguientes:

Pruebas perceptivo- estructurales: Aquí se encuentra el test de Rorschach, cuya tarea consiste en organizar una percepción visual en base a estímulos

perceptivo- visuales muy inestructurados. Se obtiene a través de éste tanto la descripción de personalidad por áreas como el diagnóstico de personalidad.

Pruebas temáticas: El test más utilizado es el CAT, cuyo fin es que la persona invente una historia coherente, sobre la base de un estímulo un poco más estructurado que la prueba anterior, pero suficientemente ambiguo. La información que se obtiene mediante esta prueba, dice relación con la dinámica de personalidad, relaciones de objeto, líneas temáticas relevantes y conflictos del sujeto.

Pruebas gráficas: El test de la figura humana, test de la familia y test de la casa, árbol, persona (HTP) se enmarcan dentro de las pruebas gráficas de utilización más frecuente. Su tipo corresponde al uso de papel y lápiz y tiene por objetivo el crear dibujos libres en función de variaciones de la consigna. A través de éstas se obtienen datos acerca de la personalidad y de conflictos específicos del individuo.

El tiempo que demora la aplicación de una batería de pruebas varía bastante, pero por lo general se puede decir que se tarda entre cuatro y cinco sesiones en realizar una evaluación completa (Siquier de Ocampo, 1989).

Una vez aplicadas las pruebas, es preciso realizar una devolución, tanto al paciente (en el caso de niños y adolescentes también se le devuelve a sus padres o cuidadores) como a quien solicita la evaluación. Sin embargo, el informe de ésta solo se le entrega a quien la requiere, y el lenguaje utilizado en el informe variará según el destinatario (Weinstein, 2002).

Pruebas Proyectivas

Antecedentes de las Pruebas Proyectivas

Para acercarse al significado de “técnicas proyectivas”, es necesario comprender que su denominación se deriva del término proyección, el cual tiene una variedad de significados. La primera definición de este término fue realizada por Freud quien, en palabras de Anzieu (1960 citado en Widlöcher, 1998), estipula que la proyección es “conferir en otro lo que nosotros no queremos reconocer en nosotros mismos” (p.72).

A partir de lo anterior, diversos autores fueron redefiniendo este término, siempre desde el psicoanálisis, coincidiendo en elementos tales como, que el proceso de proyección es inconsciente, que sirve como una defensa contra las tendencias inconscientes, que resulta de la atribución de impulsos, sentimientos, ideas y actitudes inconscientes a otros y que reduce la tensión personal (Bell, 1951).

Desde esta perspectiva, se considera relevante destacar que el mecanismo de proyección definido desde el psicoanálisis, efectivamente se aplica en ciertas circunstancias proyectivas, como por ejemplo en un test del tipo apercepción temática. Sin embargo, la gran mayoría de los recursos proyectivos no implican, necesariamente, sólo un proceso inconsciente. La expresión del material autobiográfico reconocido conscientemente a través de las técnicas proyectivas, confirma que estaría implicando algo más que la proyección psicoanalítica (Ibíd.).

Así, según Bell (1951), es posible decir que si bien la proyección está implicada en estos tests, no es el único proceso observable y en algunos casos incluso podría llegar a ser un aspecto menor del proceso total.

Por este motivo, las autoras consideran que es preferible utilizar el significado más común de proyección según su raíz latina, es decir en el sentido de “lanzar adelante”, que es la acción implicada en las técnicas. Así el sujeto manifiesta en estas pruebas su personalidad al lanzarla hacia fuera y de este modo puede ser examinado (Ibíd.).

Es importante mencionar, que para este mismo autor el “lanzar” la personalidad no implica una modificación sino que sólo una exteriorización en la conducta típica del individuo.

Concepción de Personalidad

Para comprender las técnicas proyectivas es necesario acercarse a la concepción de personalidad.

La personalidad es un proceso dinámico y por lo tanto su evaluación debe ser realizada a través de instrumentos que puedan, no sólo medir su estado en un momento dado, sino que también reflejen los cambios que en ella se van produciendo a lo largo del tiempo (Ibíd.).

Se debe tener presente, además, la naturaleza estructural de la personalidad individual, que se va desarrollando y modelando a través de influencias tanto fisiológicas, psicológicas como físico- socioculturales que actúan de forma integrada (Ibíd.).

Conjuntamente, Bell (1951) considera que tanto la estructura como el medio social donde opera la personalidad, se expresan a través de la conducta individual, reflejando así la relación entre las demandas del sí mismo y de la situación e intentando adaptarse a ambas demandas de forma simultánea. Como la conducta está siempre en relación con la estructura de la personalidad, todo acto que realice el sujeto será expresión de ésta, sin embargo, ciertos actos traducen más su origen que otros. Es así entonces, como las técnicas proyectivas buscan ordenar en una interpretación rápida, la conducta del individuo.

Es preciso mencionar que la personalidad es un fenómeno profundo, que se manifiesta superficialmente a través de algunos rasgos observables, sin embargo, existen otros rasgos ocultos tanto para el individuo como para el mundo exterior que se encuentran en las fases inconscientes del sujeto. No obstante, los contenidos inconscientes se comunican con los contenidos manifiestos de la personalidad, haciendo posible la elaboración de inferencias acerca de la estructura y de los contenidos latentes a partir de observaciones externas (Ibíd.).

Pruebas Proyectivas en Niños

“Se entiende por técnicas proyectivas los métodos de exploración de la personalidad, que siguen a una investigación completa de ésta, prevista como una totalidad en evolución, donde los elementos constitucionales están en interacción” (Widlöcher, 1998, p.72).

Las pruebas proyectivas reúnen un amplio número de métodos para la estimación de la personalidad total. El propósito de estas técnicas en el área

clínica, es estudiarla y evaluarla, penetrando en la personalidad individual, diferenciándose de los tests de personalidad de tipo inventario mediante la utilización de la técnica de aproximación (Bell, 1951; Rabin & Haworth, 1966).

En la situación del test proyectivo, al igual que en los estados de creatividad artística, se espera que una persona “finja”, imagine, describa un estímulo o relate un cuento, en vez de dar una descripción fáctica de la figura o de algún otro estímulo frente al cual reacciona (Rabin & Haworth, 1966).

A través de la aplicación de las técnicas proyectivas, se busca obtener información sobre los mecanismos defensivos, comprender la manera que tiene el sujeto de enfrentar la realidad, indagar en su identificación y en sus relaciones interpersonales, en los métodos que posee para solucionar problemas y en el estilo y principios organizadores de la personalidad (Ibíd.).

De esta manera, se obtiene una evaluación final de la personalidad basada en un estudio intensivo por medio de los métodos proyectivos (Ibíd.).

En conclusión, los procedimientos que componen este tipo de técnica buscan revelar la personalidad total o aspectos de ésta dentro de un conjunto. En otras palabras, la indagación sobre la personalidad, es globalista (Bell, 1951).

En la infancia, de acuerdo a Rabin y Haworth (1966), el proceso proyectivo no se puede conocer de forma tan acabada, pues no se trata de un yo y una estructura del carácter relativamente estables. El yo se va desarrollando gradualmente, partiendo de un estado indiferenciado, alcanzando

posteriormente altos niveles de diferenciación en el medio ambiente externo e interno, como resultado de la interacción constante del aprendizaje y los procesos de maduración. A menudo, el desarrollo de las diversas funciones psíquicas se produce a saltos, y suele haber una falta de adecuación a la edad en algunas funciones en comparación con otras. Así, la actuación de un niño en las pruebas proyectivas, puede abarcar varios niveles de edad, lo que refleja las vicisitudes de su desarrollo psíquico que todavía está en marcha. Es por este motivo, que el clínico debe integrar sistemáticamente los hallazgos, siendo muy cauteloso en la evaluación, diagnóstico y predicción.

En el caso de los niños, la naturaleza de los requisitos que cada método proyectivo impone al examinado (diferencias en el grado de estructura, interacción con el examinador, encuesta, etc.) es bastante crucial para el cuadro que se obtiene. Por este motivo Bolgar (1956 citado en Rabin, 1966) propone la utilización de tests múltiples en niños con el fin de obtener una evaluación completa y objetiva.

Pruebas Gráficas

Si bien es cierto que históricamente, desde el hombre de las cavernas en adelante, el ser humano ha dado a conocer sus sentimientos, emociones, necesidades e ideas religiosas a través de dibujos y mediante el trabajo artístico, constituyéndose de esta manera la comunicación pictórica en un lenguaje básico y elemental, las técnicas gráficas como herramienta de la psicología se remontan sólo al siglo que acaba de terminar (Hammer, 1997).

El mismo autor señala, que las primeras investigaciones respecto a las gráficas como pruebas proyectivas, comienzan en 1949 aproximadamente,

con autores tales como P. Schilder, L. Bender, J. Buck y K. Machover, centrándose en un primer momento, en la imagen corporal, es decir, en la concepción interna e inconsciente que el individuo tiene, en su aparato psíquico, de su propio cuerpo y de sus funciones en el mundo social y físico.

En términos generales, el dibujo de la persona representaría la expresión de sí mismo o del cuerpo en el ambiente. Lo que se expresa podría caracterizarse como la imagen corporal, la cual ha sido descrita por numerosos autores (Anderson, G.L. & Anderson, H.H, 1963).

La imagen corporal proyectada correspondería entonces, a los más profundos deseos del sujeto, a una franca exposición de carencia o defecto, a una fuerte compensación de dicho defecto o a una combinación de estos tres factores. A medida que el sentido del propio yo se va individualizando, consolidando y estabilizando, las proyecciones de la imagen corporal van adquiriendo un carácter más estable y elaborado (Ibíd.).

Luego de esta primera aproximación y de esta preocupación hacia la imagen corporal, el nivel teórico y empírico de las pruebas gráficas comienzan a unirse (Hammer, 1997).

A partir de lo anterior, el supuesto que los dibujos están determinados por factores culturales, de entrenamiento personal, biomecánicos, transitorios y psicodinámicos nucleares (en la esencia de una persona) que surgen como resultado del concepto de imagen corporal pasa a tener gran relevancia. Otros supuestos de la técnica gráfica que poseen gran trascendencia son que los factores caracterológicos pueden ser aislados, identificados, y hasta

cierto punto cuantificados y que existirían operaciones intermediarias entre los detalles de un dibujo y las fuerzas que lo determinan (Ibíd.).

Así, la técnica proyectiva gráfica se va desarrollando y alcanza nuevas dimensiones, llegando los dibujos de un paciente, a ser considerados como “temas de análisis similar al que se emplea en relación con los sueños, o con cualquier otro material que sea parte de la conducta” (Lewis, 1940 citado en Hammer 1997, p.28). Por su parte, Dorken (1952 citado en Hammer, 1997) observa que la “evaluación psicológica del arte gráfico ha sido, probablemente, la primera técnica ‘proyectiva’ que se ha establecido” (p.28) y posteriormente el psicoanálisis destaca que, a través de las imágenes simbólicas el inconsciente encuentra su expresión, en razón de lo cual Naumburg (1955 citado en Hammer, 1997) señala: “los descubrimientos del psicoanálisis con respecto a la dinámica del inconsciente, así como el hallazgo del arte simbólico de las culturas prehistóricas y antiguas civilizaciones, ofrecieron una nueva perspectiva al significado y valor de los elementos inconscientes dentro de los aspectos simbólicos del dibujo.” (p.28).

De esta manera, los dibujos proyectivos se van enriqueciendo tanto de la experiencia clínica como de investigaciones al respecto, constituyéndose como técnicas en desarrollo de persistente y fundamental importancia en la batería clínica de las técnicas proyectivas (Hammer, 1997).

Es posible decir por lo tanto, que las pruebas gráficas se posicionan como un elemento confiable dentro de la batería proyectiva. Sus características tales como la economía de tiempo, su facilidad de administración y la

riqueza de información clínica que producen, las han convertido en un importante complemento del test de Rorschach (Ibíd.).

Es así como el test de la casa- árbol- persona de Buck y el test del dibujo de dos personas de K. Machover, constituyen las primeras pruebas proyectivas gráficas, siendo sucedidas a lo largo del tiempo por el dibujo de una persona bajo la lluvia de Abrams (que busca obtener datos de la persona bajo una situación estresante representada por la lluvia), la técnica del dibujo de un animal de Schwartz (pone de manifiesto el aspecto biológico de la unidad biosocial), el test de las ocho hojas de Caligor (para examinar la identificación psicosexual del examinado), el test del dibujo de una familia de Corman, el test del concepto más desagradable de Harrower, el test de completamiento de dibujos de Kinget y la técnica del garabato libre (Ibíd.).

Todos los análisis realizados, han llevado a utilizar el dibujo como modo de estimación de la inteligencia y posteriormente a encontrar relaciones entre la aptitud mental y el arte, aplicándolo a la creación de tests y otros medios para estimar el grado de perfeccionamiento y aptitud artística (Bell, 1951).

En la actualidad, se puede decir, que en general todos estos estudios han conducido a las investigaciones del empleo del arte como recurso proyectivo y técnica terapéutica (Ibíd.).

Pruebas Gráficas Infantiles

La creencia que los dibujos espontáneos de los niños proporcionan información acerca de su desarrollo psicológico no es reciente, sino que data desde fines de 1800. En un comienzo, el énfasis en el estudio de las creaciones infantiles estaba puesto en las investigaciones comparativas de

las producciones gráficas de niños y primitivos, desplazándose luego, al análisis clínico de dibujos de niños perturbados y estudios longitudinales de niños en forma individual a través de su madurez evolutiva, hasta llegar a la evaluación de la madurez mental y emocional por medio del dibujo de la figura humana (Dünner & Valenzuela, 1996; Koppitz, 2002).

Así, el estudio psicológico de los dibujos infantiles se puede dividir en períodos evolutivos según el énfasis puesto en las investigaciones. Cabe señalar, que los periodos se van superponiendo unos con otros, por lo que a fines de una etapa ya comienzan a aparecer estudios enfocados en otros ámbitos (Harris, 1991; Muñoz, 2004).

I. Período de estudios e investigaciones de tipo descriptivo

Según Harris (1991), en este primer periodo se intenta explicar la actividad mental infantil a través del dibujo, describiendo las etapas de desarrollo de las ilustraciones de niños acorde a su edad. Comienza en 1885 con E. Cooke, quien publica un artículo exponiendo los estados sucesivos por los que pasa el desarrollo del dibujo infantil. Posteriormente, C. Rici (1887 citado en Harris, 1991) presenta varios miles de dibujos infantiles convirtiéndose en la colección de dibujos de niños más antigua que se conoce. El mayor auge se presenta entre los años 1890 y 1910, surgiendo en esta época una importante bibliografía proveniente de autores³ tanto de Estados Unidos como de Europa, que buscan establecer normas y

³ Perez (1888); Barnes (1893); Shinn (1893); Maitland (1895); Clark (1902); Schuyten (1904); Lobsien (1905); Kerschensteiner (1905); Lamprecht (1906); Claparede (1907); Sully (1907, 1908); Katzaroff (1910); Rouma (1913); Burt (1921) entre otros.

estandarizar las producciones gráficas infantiles, sin embargo, no se logra la sistematización de éstas hasta el próximo período.

A pesar de ello, para Muñoz (2004) el aporte de estos autores es de suma importancia, pues sus investigaciones marcan el inicio de una serie de estudios que contribuirán al uso de esta técnica en la ciencia psicológica y al conocimiento de la actividad mental infantil. De esta manera, el autor que mejor logra integrar la información evolutiva existente hasta ese momento sobre el dibujo infantil, es George-Henri Luquet en 1913, quien en palabras de Wallon y Lurçat (1968) es “autoridad en la materia” (p. 17).

Luquet, sucedido por numerosos creadores, describen dos grandes etapas del desarrollo evolutivo en las gráficas infantiles:

1. Etapa del Garabato o Kinestésica: Abarca desde los trece meses hasta los tres años. En esta etapa, la presión, rapidez, regularidad, ritmo, dirección, estrechez o anchura del trazo, son expresivas de la individualidad del dibujante produciendo así puntos al azar, rayas y líneas no continuas. Se relaciona con la primera reacción que tiene el infante cuando intenta usar lápices de colores, crayones, pinceles, esponja, dedo o cualquier objeto, y se observa la producción de trazos en diversas superficies, tales como el papel, la página de un libro, muebles o paredes (Dünner & Valenzuela, 1996; Luquet, 1981; Wallon y Lurçat, 1968).

El niño se encuentra en la etapa del realismo fortuito, cuya característica es que se dibujan trazos sólo por el deleite que produce hacerlo y no con la intención de representar ni comunicar, así dibuja por el enorme placer de producir un “efecto”, de dejar una huella (Wallon & Lurçat, 1968).

2. Etapa Representacional: Muñoz (2004), siguiendo lo postulado por Luquet, divide este período en tres sub- etapas:

a) Realismo Frustrado: Abarca desde los tres hasta los cuatro años de edad y se llama de esta manera, ya que el niño intenta representar pero no logra dirigir ni ejecutar la imagen que desea, pues la coordinación ojo- mano aún no está desarrollada completamente. El niño le da un nombre a lo que representó, analogando la forma realizada con el objeto que evoca. La semejanza que el niño otorga al dibujo con un objeto específico, no depende de la forma del dibujo, sino de esta nueva aptitud para encontrar similitud entre la representación y un dato perceptivo. Estas características corresponden a lo que Rondal & Hurting (1986 citado en Dünner & Valenzuela, 1996) llaman intención representativa.

Cabe destacar que el niño dibuja siempre lo que tiene importancia afectiva para él, y como en esta etapa lo más relevante es el otro, la figura humana se dibuja espontáneamente. Así, a los tres años de edad se dibuja lo que Luquet (s/f citado en Wallon & Lurçat, 1968) denomina “renacuajo” o “monigote”. Éste consiste en un círculo cerrado con dos trazos más o menos paralelos, donde el círculo tiende a representar, en la mayoría de los dibujos, la cabeza o delimitación de ésta, sin embargo no es posible distinguir si los trazos paralelos representan el tronco o más bien las piernas. El rostro humano se realiza a través de torpes ensayos, donde sus componentes están raramente bien colocados (Rouma, 1947).

Luego, aparecen los brazos y posteriormente se diferencian los dedos. A pesar que las piernas, generalmente expresando acción, se agregan

tempranamente en el dibujo, los pies, que son menos funcionales que los dedos son rara vez dibujados (Alschuler & Hattwick, 1969).

Poco a poco, se observa que tanto ojos como nariz y boca se van trazando con mayor cuidado y comienzan a ocupar el lugar que les corresponde, el monigote aún careciendo de cuerpo, puede llegar a cierto grado de perfección (Rouma, 1947).

b) Realismo Intelectual: Se presenta entre los cuatro y siete años y se puede distinguir el dibujo propiamente tal, logrando el niño alcanzar niveles de realismo a través de la diferenciación del espacio entre la realidad interna y la externa, observándose de esta manera una intención figurativa en el dibujo (Luquet, 1981).

El dibujo a partir de esta etapa, es equivalente al relato, reemplazando el lenguaje de la imagen al lenguaje de las palabras, pero cumpliendo la misma función de informar (Widlöcher, 1998).

Las cosas son representadas en función de lo que el niño sabe de ellas, ya no de lo que ve, dando a cada elemento la forma correcta, posibilitando la mayor comprensión de ellos. Su intención es que los objetos dibujados sean fácilmente identificables y ya no por lo tanto que tenga una semejanza visual con el objeto que quiere representar (Luquet, 1981).

Además, utilizan una serie de procedimientos, tales como las transparencias, las que son usadas para reconocer de mejor manera el detalle que antes era invisible, y confluyen diversos puntos de vista para representar, como por ejemplo, un rostro de frente podrá ser dibujado con un peinado de perfil (Dünner & Valenzuela, 1996).

Löwenfeld (1939 citado en Alschuler & Hattwick, 1969) ha observado, que en esta etapa la cabeza y tronco están claramente desarrollados y diferenciados y las extremidades ya no se originan en la cabeza. Según Wallon & Lurçat (1968), los niños que se encuentran en este período pueden incluso vestir a la figura.

c) Realismo Visual: Se presenta alrededor de los siete años hasta los diez años aproximadamente, logrando el niño una capacidad pictórica más sofisticada y menos espontánea. Se produce una consolidación de lo que se inició anteriormente, observándose así un decrecimiento de la expresión personal producto de un mayor conocimiento del mundo y del desarrollo del lenguaje escrito. Aparece un aumento de reproducciones de aquello que se ha visto, tendiendo la confianza del niño en sus propios poderes creativos a ser sacudida por el definitivo aumento de la importancia del medio ambiente (Löwenfeld 1939 citado en Alschuler y Hattwick, 1969).

También emerge la opacidad, que reemplaza la transparencia, es decir la supresión en el dibujo de los detalles que objetivamente son invisibles. A su vez, se presentan los precursores de la perspectiva tomando el lugar que antes ocupaban el abatimiento y el cambio de punto de vista (Luquet, 1981).

Al progresar las capacidades de atención y concentración, logra separar lo que sabe de un objeto de lo que está viendo de él, alcanzando de esta manera el realismo visual que aparece junto con un menor interés por dibujar (Dünner & Valenzuela, 1996).

En lo que respecta a la figura humana, el monigote de perfil representa un gran progreso en la evolución del dibujo infantil, modificándose la

geometrización por el tipo de movimientos que se les quiera otorgar, resultando figuras con algunas partes de frente y con otras de perfil (Rouma, 1947; Wallon & Lurçat, 1968).

Es importante señalar que en este sentido, son los pies, a menudo dirigidos en un mismo sentido, y la nariz los que primero se dibujan de perfil, aumentando gradualmente la cantidad de detalles orientados de esta forma, apareciendo en seguida brazos, cabello y boca, siendo el dibujo de los ojos de perfil lo más difícil de lograr (Rouma, 1947).

En los dibujos de seres humanos en una actitud determinada, aparecen problemas con la representación, especialmente en las figura sentadas, pues no pueden dibujar las flexiones de los muslos sobre el tronco ni de las piernas sobre los muslos (Wallon & Lurçat, 1968).

Por otra parte, los brazos plantean más problemas que las piernas, estando en una primera etapa confundidos con el tronco, o bien insertados en él en forma de trazos horizontales u oblicuos, pues las razones de su implantación están determinadas por razones de orden geométrico y por relaciones simples, y no por relaciones con la estructura del cuerpo (Ibíd.).

3) Desarrollo Gráfico en la Adolescencia

Desde este momento, se alcanza una edad de dibujo adulto, adquiriendo con la experiencia más perfección en los detalles, pero no variando lo esencial (Dünner & Valenzuela, 1996).

Debido a la evolución del pensamiento lógico, se desarrolla la distinción de la figura y fondo, volumen, masa, perspectiva, proporcionalidad, sombreado, luz y movimiento. Además, se produce una organización muy

compleja previa a la elaboración del dibujo, ya que el adolescente debe organizar, planificar y anticipar para luego comenzar a dibujar (Muñoz, 2004).

En la figura humana debido al uso del sombreado y la luz, se observan demarcaciones de ojos, cabellos, pliegues, pómulos, etc., creando mayores distinciones en el rostro, logrando de esta manera plasmar la expresión de éste. También en las creaciones se observa la culminación del proceso de adquisición del perfil, y se logra movimiento humano, lo que da vitalidad y plasticidad a las figuras realizadas (Ibíd.).

A partir de los 10 años, los adolescentes se concentran en sus propios aspectos positivos. Se observa un gran incremento en borraduras nerviosas, reforzamientos impacientes e islas de sombreado, lo que pareciera indicar que buscan soportar la pesada carga del crecimiento corporal y la sensibilidad sexual. Este despertar se observa a través de una reelaboración del esquema corporal y de la imagen de sí mismo, apareciendo así los desnudos. La diferenciación femenino- masculino, se instala definitivamente, advirtiéndose detalles que socialmente se vinculan a un género como por ejemplo polleras, uniformes, sombreros, insignias, hebillas y cinturones. Sin embargo, a pesar de una mejor diferenciación hombre-mujer, el niño tiende a masculinizar su figura femenina y la niña a afeminar su figura masculina, como reflejo de su referencia agudamente egocéntrica de esa edad (Muñoz, 2004; Rabin & Haworth, 1966).

Además, se observa que a esta edad las figuras dibujadas son más grandes, están emplazadas frecuentemente hacia el centro y poseen mayor detalle en comparación con edades anteriores (Rabin & Haworth, 1966).

A los once años, los dibujos realizados presentan una leve regresión, debido a conflictos emocionales, cognitivos e intelectuales, marcando una breve pausa para luego dar paso a un “renacimiento artístico” (Burt, 1921 citado en Harris, 1991, p. 34) a los doce años, con dibujos con características similares a las observadas a los 10 años, pero con trazos más activos, con el fin de contar una historia y alcanzando mayores grados de perfección (Harris, 1991; Rabin & Haworth, 1966).

Para finalizar, cabe señalar que al observar las etapas evolutivas de las gráficas infantiles, es necesario tener presente que los dibujos de la figura humana en los niños van cambiando a lo largo del desarrollo, debido a transformaciones estructurales en el infante. Además, el orden en que los niños van incorporando detalles a sus figuras humanas, refleja el hecho que tienden a dibujar y pintar lo que están sintiendo y experimentando, más que lo que ven. Cada niño en sus pinturas y dibujos, acentúa aquellas partes del cuerpo que ha tanteado con mayor vividez (Alschuler & Hattwick, 1969; Luquet, 1981; Luquet s/f citado en Wallon & Lurçat, 1968).

Por otra parte, los progresos gráficos no se realizan de golpe. Cada etapa nueva debe luchar contra los hábitos anteriores y no se fijan inmediatamente después de su aparición. Las características de la etapa anterior, pueden ir apareciendo en los dibujos e incluso en un mismo dibujo se pueden observar tanto elementos de una etapa como de la otra. Por esta

misma razón, las edades mencionadas son sólo un referente de lo que ocurre en la realidad (Ibíd.).

II. Período de estudios analíticos

Esta etapa, que se desarrolla alrededor de 1918, se caracteriza por una sistematización psicométrica de las herramientas psicológicas, es decir, el fin ya no es solamente describir sino además realizar instrumentos metodológicamente objetivos, válidos y confiables (Muñoz, 2004).

Las pruebas gráficas no quedan exentas de estos intentos, de hecho, el hito de este período lo constituye la publicación en 1926, del instrumento “test del dibujo de un hombre” de F. Goodenough, cuyo fin es la medición de la madurez intelectual a través del dibujo de un hombre (Ibíd.).

A pesar que este instrumento obtuvo buenos resultados, los investigadores de la época no ahondaron mayormente en este tema, y si bien trajo como consecuencia algunos intentos por estudiar los dibujos de una forma teórica (ya no descriptiva), no se lograron resultados coherentes (Harris, 1991).

Alrededor de los años cuarenta, la psicometría fue orientando su desarrollo cada vez más hacia el psicodiagnóstico. La aparición de los métodos proyectivos del estudio de la personalidad, promovieron la creación de nuevos tests y un nuevo interés en el dibujo de la figura humana, ya no considerándola exclusivamente para la medición de la inteligencia, siendo el test de Goodenough uno de los primeros en ser sometidos a una reelaboración (Dünner &Valenzuela 1996; Harris, 1991).

III. Periodo de estudios proyectivos

La utilización proyectiva de los dibujos se generalizó en Norteamérica alrededor de 1950, siendo S. Morgenstern la precursora de la utilización del material gráfico como método proyectivo de estudio de la personalidad, en un contexto psicoterapéutico. Esta autora se percató que el dibujo es una herramienta tan proyectiva como el juego (técnica utilizada en ese entonces frecuentemente con niños), al observar que sus pacientes elegían materiales de dibujo entre varios propuestos (Dünner & Valenzuela, 1996; Muñoz, 2004).

En esta época, varios autores⁴ acumulan pruebas empíricas y publican detallada literatura sobre el valor del dibujo infantil, lo que permite desprender que éste refleja mucho más que madurez conceptual o de desarrollo, pues al ser una actividad libre y espontánea, expresa las necesidades y emociones predominantes en el momento, junto con aquellas características más profundas y duraderas, conocidas como personalidad (Dünner & Valenzuela, 1996; Koppitz, 2002).

Según Muñoz (2004), se puede decir, que esta técnica al igual que el juego, constituye un lenguaje, posibilita la visión del mundo interno, la elaboración de las ansiedades y permite esbozar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del infante.

⁴ Alschuler y Hattwick (1947); Lyons (1957); Peters y Merrifield (1958); Goodenough y Harris (1959); Harris (1963); Johnson y Gloye (1958) y Jones y Thomas (1961)

Debido a que este t3pico se relaciona directamente con la investigaci3n propuesta, se considera relevante detenerse brevemente para abordarlo en mayor detalle.

Un factor que ha contribuido al aumento de inter3s por el dibujo de parte de los adultos, es la cultura actual, donde la imagen ha ido adquiriendo un lugar cada vez m3s importante, a su vez que los medios audio- visuales de informaci3n han alcanzado mayor relevancia que el texto escrito o hablado. De esta manera, tanto el estudio te3rico como pr3ctico de estos nuevos sistemas de comunicaci3n se han aplicado al dibujo, tratando hoy en d3a las im3genes m3s bien como un sistema de informaci3n que de representaci3n. Entonces, se puede decir que los dibujos de los ni1os son parte de un fen3meno general que est3 ocurriendo en la cultura actual (Widl3cher, 1998).

Hay que agregar, que la aparici3n del “arte infantil” coincide con un regreso de consideraciones para las creaciones de la infancia. Despu3s de Rousseau, durante los 3ltimos dos siglos, se ha desarrollado la idea de un mundo propio del ni1o. Sus actividades no ser3an el reflejo de su incapacidad de comportarse como un adulto, sino m3s bien, la expresi3n de una forma original de pensamiento y organizaci3n particular de la sensibilidad, que ir3an transform3ndose para dar nacimiento a la personalidad del adulto (Ib3d.).

Por otra parte, la psicolog3a del ni1o se ha convertido en un tema de inter3s, tanto en Estados Unidos como en Europa, no s3lo por una preocupaci3n de conocimiento, sino por sus implicancias a nivel comunicacional. Para tener

un mejor acercamiento a la psicología del niño, es necesario saber cómo escucharlo y cómo dialogar: si bien se debe hablar como un ser experimentado, no se debe olvidar que se está dirigiendo a un niño dotado de una personalidad única y no a un “embrión de adulto”, ya que de lo contrario se puede caer en burlar al niño, o al revés, se puede olvidar a quien se está dirigiendo (Ibíd.).

Es así como una de las principales formas de acercamiento del adulto a la psicología del niño es el dibujo. Al respecto, cabe señalar que éste ocupa una posición intermedia entre el lenguaje del niño y el juego, en cuanto los niños primero aprenden a jugar, luego a dibujar y luego a escribir y a hablar. En los dibujos proyectivos se puede ver con mucha facilidad el lenguaje simbólico de los conflictos inconscientes, al observarse en ellos elementos transmitidos por el niño que nunca sería capaz de verbalizar (Hammer, 1997; Widlöcher, 1998).

Todo dibujo es acompañado de una realidad psíquica existente en el espíritu de quien lo dibuja, realidad llamada por Luquet (1981) “modelo interno”. Es decir, la producción gráfica nunca es la copia exacta del objeto evocado, sino que adquiere la forma de una imagen visual, siendo una reconstrucción propia del sujeto que lo realiza, distinguiéndose de esta manera el objeto propiamente tal de la representación mental que traduce el dibujo. Así es como el objeto exterior es sólo una sugerencia, siendo el modelo interno lo que es realmente representado, razón por la cual los dibujos copiados simbolizan los mismos caracteres que los dibujos realizados de memoria.

El modelo interno, además de intervenir en la ejecución del dibujo, interviene en la significación que el infante le atribuye, tanto a sus propias creaciones como a aquellas realizadas por los demás. Así, el dibujo es una “actividad original del alma” (Luquet, 1981, p.66), presentándose como una selección de los diversos elementos que existen en el ambiente. El menor hace una distinción entre aquellos detalles esenciales y los secundarios, jerarquizando lo que observa, otorgándole importancia según sus vivencias y experiencias pasadas. El niño dibuja para explicar cómo son ciertas cosas, considerando su creación como una figura explicativa más que como un dibujo propiamente tal (Luquet, 1981).

Cuando el niño cuenta lo que ve en una imagen de formas ambiguas, proyecta su manera de significar lo percibido, por esta razón el dibujo constituye una prueba proyectiva, pues refleja la “visión” del infante. El término proyección tendría entonces un sentido muy general, el niño se proyecta en el dibujo, pudiendo el terapeuta al mirar la producción, construir un cierto retrato psicológico (Widlöcher, 1998).

Roger Muchielli (1963 citado en Widlöcher, 1998), profundiza esta idea subrayando lo siguiente: “La proyección en el acto en las técnicas proyectivas no es otra cosa que el acto perceptivo por sí mismo, no siendo absolutamente consciente, al igual que nuestra visión no es consciente de la estructura anátomo- fisiológica del ojo o de los procesos por los cuales la visión se efectúa.” (p.72).

Como el juego, el dibujo expresa una auténtica visión de mundo, propia del niño, pero se presenta (y parece) más accesible a la mirada del adulto, pues

existe una relación más directa que con el juego, ya que la imagen, como expresión artística fascina y encanta demostrando la sensibilidad de su creador, en este caso, del niño (Widlöcher, 1998).

Pero también es elemental saber interpretar lo que el niño ha dibujado. Para esto es importante entender que interpretar significa “explicar un sentido oscuro o escondido y traducirlo en un registro más comprensible” (Ibíd., p.10).

La interpretación del dibujo propiamente tal supone entonces, que se pueda transcribir en el registro verbal un sentido que estaría ya presente en la imagen. Así es como interpretar una ilustración es, primero que todo, saber leerla y transcribirla verbalmente. Para esto hay que tener en cuenta los significados de los objetos y sus relaciones, así como también las particularidades estéticas (color, línea, forma de los objetos) que imprimen el acento exclusivo en la escena representada y que dan a conocer lo que el niño tiene conciencia de mostrar (Ibíd.).

En cuanto a la interpretación simbólica del dibujo, ésta lleva al corazón mismo del problema de la interpretación y de la función del pensamiento simbólico en el niño: no supone el conocimiento de un código, sino que implica la aptitud de obtener del niño asociaciones de pensamiento que permitan encontrar cómo esclarecer el documento que se analiza (Ibíd.).

Cabe recalcar que las claves de interpretación del dibujo son un método eficaz y una disciplina. Un método, porque ofrece una comprensión de la naturaleza del acto de dibujar que guiará en la lectura y análisis del dibujo. Una disciplina, porque el estudio paciente y atento de lo que dice el niño

tanto antes, durante y después del dibujo, como de otros dibujos que han precedido o seguirán al que se estudia, serán condiciones necesarias para una lectura inteligente del documento. Estas condiciones son necesarias pero insuficientes, porque se trata también de saber para quien él dibuja, lo que el terapeuta representa para el niño en ese momento y dónde hace el dibujo. Esto supone, en las situaciones profesionales cuando el dibujo es pedido, que se debe tener un conocimiento profundo de la relación que se establece entre el niño y el psicólogo, el educador o el psicoterapeuta. Si el dibujo es realizado en un ambiente familiar, su análisis adquirirá otra dimensión según la calidad de la relación que establezca con el adulto que lo observa (Ibíd.).

En definitiva, el dibujo en el niño, como toda otra forma de expresión humana, revela sus riquezas a quien sabe adoptar una actitud prudente. Habrá que tomar el dibujo por lo que es, una imagen, y nada más que una imagen, pero al mismo tiempo, saber que esta imagen es un modo de escritura complejo y sólo el análisis riguroso dará toda su significación. También es importante considerar que el niño pretende contar solamente una historia, pero se debe reconocer en esta intención las múltiples vías que él usa para expresar al otro las progresiones de sus deseos, conflictos y miedos (Ibíd.).

Test de la Figura Humana

Muchos autores en sus estudios respecto al test de la figura humana (DFH), se refieren a la carencia en el grado de sistematización del análisis de las producciones gráficas, ya que en el caso de esta prueba, a diferencia de

otros métodos proyectivos, la teoría siguió a la práctica, es decir, la validación empírica fue anterior a la creación de una teoría sustentadora (Anderson, G. L. & Anderson, H. H., 1963; Machover, 1957).

A pesar de ello, diversos autores⁵. han aportado a la producción de esta prueba tal como se utiliza hoy en día, con estudios en distintas áreas relacionadas. No obstante, la mayor contribución que determinó la elaboración y desarrollo del test fueron los trabajos de F. Goodenough, quien reconoce las múltiples posibilidades que encierra el test para el análisis de personalidad, planteando en primera instancia, la obtención de CI como propósito primordial de esta prueba (Anderson, G. L. & Anderson, H. H., 1963).

Es así como F. Goodenough publica el “Test del dibujo de un hombre” en 1926, en su libro “Measurement of Intelligence by Drawings” para medir la inteligencia general a través de la representación de dicha figura, convirtiéndose en palabras de Koppitz (2002), “en la representante más notable del enfoque evolutivo del DFH” (p.16). Luego Harris (1963 citado en Koppitz, 2002), intenta extender el test, sin embargo concluye que el trabajo de Goodenough está tan bien diseñado y ejecutado, que se podría agregar muy poco para mejorarlo. A pesar de ello, crea el método de puntuación “Goodenough- Harris”, subrayando que no es un test de medición de rasgos ni de dinámica de personalidad sino que mide madurez mental con un razonable grado de confianza.

⁵ En el área de los movimientos expresivos destacan aportes de Mira, Wolf y Harms; en la apreciación psicológica de los dibujos en niños las contribuciones de Alschuler y Hattwick y Bender; Despert, en el área de la interpretación psicológica del arte de los niños perturbados.

La consigna de la prueba de Goodenough es “dibuje un hombre” y la evaluación se reduce a computar el número de detalles que presenta el dibujo, convirtiendo luego el puntaje obtenido en edad mental y ésta en coeficiente intelectual. Es pertinente destacar que antes de esta autora, muchos otros habían investigado los dibujos infantiles, sin embargo ella es la primera en aplicar al dibujo, las técnicas modernas de la época para la evaluación cuantitativa de los datos psicológicos objetivos (Goodenough, 1951).

El fundamento principal de este test, es que la persona al trazar la figura humana dibuja lo que sabe a su respecto y no lo que ve, por lo que se constituye en un trabajo más bien intelectual que estético, ofreciendo información de su territorio conceptual más que de su capacidad artística. Con el avance de la edad mental, este territorio conceptual va creciendo, reflejándose en el niño desde los 5 años de edad hasta los 10 años aproximadamente. Así, se valora cuantitativamente este “saber” que se refleja en el dibujo de la figura humana y que tiene características propias en cada etapa del desarrollo, suministrando de esta manera una norma para establecer la edad mental del dibujante (Ibíd.).

Se sabe en efecto que la reproducción de un ser humano realizada por el niño obedece a leyes de desarrollo bastante regulares, como ya se explicó en el acápite anterior. De hecho, los observadores han notado desde hace tiempo que la imagen del ser humano pasaba por etapas muy fáciles de individualizar (Widlöcher, 1998).

Por lo tanto, Goodenough (1951) plantea que la medición de este saber comporta la medición de la inteligencia, ya que al medir el valor de un dibujo, se mide el valor de las funciones de asociación (se asocian los rasgos gráficos con el objeto real), observación analítica (se analizan los componentes del objeto a representar), discriminación (se valoran y seleccionan los elementos característicos), memoria de detalles, sentido espacial (análisis de las relaciones espaciales), juicio (de relaciones cuantitativas), abstracción (reducción y simplificación de las partes del objeto en rasgos gráficos) y las funciones de coordinación visomanual y adaptabilidad (del esquema gráfico a su concepto del objeto representado).

Respecto a lo anterior, Widlöcher (1998) postula que si bien las realizaciones gráficas progresan en parte con el desarrollo de la inteligencia y que es legítimo considerar el dibujo como un medio para explorar este desarrollo, en realidad esta comparación permite sólo evaluaciones bastante vagas pues, si el dibujo no evoluciona con la edad, los factores que determinan esta evolución son tan numerosos que no se podría detectar un déficit intelectual antes de haber eliminado un retardo de la madurez psicomotriz, un trastorno del esquema corporal o una perturbación de la afectividad.

Florence Goodenough, luego de idear esta escala de inteligencia, se percató junto con otros clínicos, que el test no sólo podía medir inteligencia, sino que a través de él también se ponían en juego factores emocionales y de la personalidad. Esta conclusión fue extraída a partir de las verbalizaciones que realizaba el examinado durante la prueba, de las respuestas que cada uno daba, comprensibles sólo para este último y de las “fugas de ideas” que

se presentaban en los dibujos (como por ejemplo omisiones o adiciones de partes del cuerpo) (Hammer, 1997).

A partir de los descubrimientos de Goodenough, nace el “Test de la figura humana” (DFH), creado por Karen Machover en 1949, tomando ahora en consideración no sólo los indicadores cuantitativos, sino también los cualitativos, mucho más importantes para el funcionamiento de la personalidad total y que Goodenough había ignorado. Los autores más destacados en este tema fueron Machover, Levy, Hammer y Jolles (Hammer, 1997; Koppitz, 2002).

Machover, fue la primera autora en utilizar el dibujo de la figura humana para la proyección de la personalidad, siendo su libro “Personality Projection in the Drawing of the Human Figure”, el que ha tenido mayor influencia al respecto, extendiendo sus resultados a adultos, adolescentes y niños (Ibíd.).

Según esta autora, la personalidad no se desarrolla en el vacío, sino a través del movimiento, el sentir y el pensar de un cuerpo específico. A su vez, afirma que toda actividad creativa conlleva un sello particular de los conflictos y necesidades que presionan al individuo que crea. Es así como la actividad provocada como respuesta a la consigna de “dibujar una persona”, es en sí una respuesta creativa. La amplia experiencia de la autora con estos dibujos ha revelado una alta correlación entre la figura dibujada y la personalidad de quien lo hace (Machover, 1957).

Si bien, al responder a la instrucción “dibuje a una persona”, el individuo posee diferentes referentes para realizar la tarea, será finalmente el propio

cuerpo o el yo el que prime, ya sea consciente o inconscientemente en la realización en su “propuesta de persona”. De esta manera, al proyectar la propia percepción de imagen corporal, el individuo expresa sus necesidades y conflictos específicos, al igual que, según diversas investigaciones, lo representarían su forma de caminar, su escritura o cualquier movimiento expresivo. Por otra parte, la misma autora observó que los aspectos estructurales y formales del dibujo tales como el tamaño, trazos y ubicación, al igual que la estructura de personalidad del sujeto, se mantienen estables en el tiempo, por lo que se podría postular que las características mencionadas reflejan a esta última (Ibíd.).

Respecto a la comunicación del significado del cuerpo a través del dibujo, Machover (1957) plantea que no existe explicación alguna, desde la teoría, para comprender cómo esto se realiza a partir del aparato psíquico. Sin embargo, postula que es posible explicarlo desde un marco empírico válido para todas las edades, habilidades y culturas. Desde ahí entonces, el significado social otorgado a la relación entre ciertos atributos físicos y determinado carácter, adquiere gran relevancia en la actitud que tienen unos individuos hacia otros, siendo imposible desligar la construcción social de los deseos, conflictos, actos compensatorios y actitudes sociales observadas en la autoproyección realizada a través del DFH. Además de la influencia social, el sujeto significa su cuerpo a partir de su propia experiencia proyectando ciertas emociones en determinadas partes del cuerpo.

La autora también rescata los valores simbólicos proyectados en los dibujos de la figura humana como otra fuente de datos, los que variarán según cada sujeto. Resultaría complejo acceder a su significancia entonces, pues en la

producción de los dibujos influye no sólo el bagaje experiencial total del individuo sino también los procesos individuales de selección. Estos procesos se realizarían con distintos grados de conciencia del sujeto, pudiendo expresarse en el dibujo incluso a nivel inconsciente, por lo que la verificación de los aspectos inconscientes puede obtenerse a través de estudios de la historia clínica del individuo, patrones de personalidad reflejados en otros tests e incluso desde las propias asociaciones del sujeto (Machover, 1957)

Es así como Karen Machover, comienza la investigación de la personalidad a través del dibujo de la figura humana, incorporando una nueva visión a esta prueba gráfica. Sin embargo, ni esta autora, ni los estudios realizados con dibujos infantiles,⁶ basaron sus afirmaciones en sistemas de tabulación ni datos controlados a través de investigaciones. También dificultaba la evaluación y comparación de los resultados de los diferentes estudios, la mala definición de las variables y la poca claridad de significados respecto a un mismo signo de DFH. Otra dificultad que se observó, fue que la mayoría de los autores que investigaban el DFH como prueba proyectiva, minimizaban el aspecto evolutivo y viceversa (Koppitz, 2002).

Según Koppitz (2002), si bien algunos ítems pueden tener igual significación tanto evolutiva como proyectivamente, se descarta que sea así para los mismos niños y para el mismo nivel de edad.

⁶ Bennett, 1964; Bradfield, 1964; Brown y Tolor, 1957; Bruck y Bodwin, 1962; Butler y Marcuse, 1959; Craddick, 1963; Kates y Harrington, 1952; Mc Hugh, 1963; 1964 y 1966

Con esta hipótesis a la base y dada la carencia de estudios hasta la fecha, la misma autora en 1968 intenta hacer un estudio exhaustivo de los DFH infantiles, tomando en cuenta tanto sus aspectos emocionales como evolutivos y relacionándolos entre sí, supliendo así la falta de cuerpo de información al respecto que consistía principalmente en estudios aislados, no correlacionados. De esta manera, presenta en el libro de su autoría “El Dibujo de la Figura Humana en los Niños”, una “investigación sistemática del dibujo de la figura humana por niños de 5 a 12 años, considerándolo como test de maduración y prueba proyectiva” (p.18), analizando objetivamente los DFH a través de signos y símbolos tanto evolutivos como emocionales, considerando la dinámica de la personalidad e interpretándolos clínicamente (Koppitz, 2002).

Para esta investigación, Elizabeth Koppitz se basó en la teoría de las relaciones interpersonales de H. Sullivan (s/f citado en Koppitz, 2002), tomando como hipótesis básica que los DFH reflejan tanto el nivel evolutivo del niño (actitudes hacia sí mismo) como sus relaciones interpersonales (actitudes hacia personas significativas).

También aquí se postula que a través de los DFH los niños pueden revelar sus actitudes hacia tensiones y exigencias de la vida y su modo de enfrentarlas, como también miedos y ansiedades que lo afectan consciente o inconscientemente en un momento dado. Esto significa que se toma a los DFH como reflejos del estadio actual del desarrollo mental y de las actitudes y preocupaciones en un momento dado, pudiendo éstas cambiar con el tiempo y cuyos cambios, evolutivos y/o emocionales, el DFH es sensible de detectar. Por ende, se rechaza la hipótesis de la “imagen

corporal” que se aceptaba para los DFH y que los consideraba como retratos de los rasgos de personalidad básicos y permanentes del niño y de su apariencia real. La clave ahora es que se contempla al DFH como un “retrato del niño interior en un momento dado” (Koppitz, 2002, p.19).

Teniendo como base estos supuestos, Elizabeth Koppitz utiliza como consigna “dibuja una persona entera, cualquier clase de persona que quieras dibujar, siempre que sea una persona completa, y no una caricatura o una figura hecha con palotes” (p.23). Así, cada niño decide el sexo y la edad del dibujo a representar, mostrando de esta manera a través de su figura, una estructura básica y un estilo peculiar de cada niño, determinada la primera por su edad y nivel de maduración, y la segunda por sus actitudes y preocupaciones del momento. Al respecto, la autora señala: “La consigna ambigua de dibujar ‘una persona entera’ parece llevar al niño a mirar dentro de sí mismo y sus propios sentimientos en el intento de capturar la esencia de ‘una persona’. La persona que un niño conoce mejor es él mismo; su dibujo de una persona se convierte por consiguiente, en un retrato de su ser interior, de sus actitudes” (p.24).

Koppitz (2002), a diferencia de K. Machover, no solicita la elaboración de un segundo dibujo del sexo opuesto, debido a la poca información que éste otorga para el análisis, y por lo tanto la pérdida de tiempo que éste significa, postulando que el tiempo es uno de los artículos más caros que debe manejar el psicólogo clínico, por lo que se puede invertir en utilizar otra prueba proyectiva breve para una mejor comprensión del estado del sujeto. También considera que los niños que llegan para ser evaluados en general ya vienen con montos de fracasos experimentados en la vida y ansiosos de

evitar nuevas dificultades, por lo que ya el hecho de tener que enfrentarse una vez con el pobre concepto que tienen de sí mismo en el primer DFH, es bastante para ellos. Además postula, que los dibujos como pruebas proyectivas en el contexto clínico, deben utilizarse en combinación con otros instrumentos y datos de evaluación, pues señala que en primer lugar, su evaluación es muy compleja y en segundo lugar que el empleo reiterado de los DFH puede dar cuenta de cambios en ciertas características como el autoconcepto de los niños.

Cabe mencionar que para esta autora, los DFH son una forma de comunicación no verbal entre el examinador y el niño. De esta manera, el dibujo como lenguaje puede analizarse de diversas formas. En primer lugar, puede ser evaluado en términos de su estructura (detalles esperados en los dibujos en diferentes edades). Por otra parte, se puede analizar en función de su calidad (detalles poco comunes, omisiones o agregados), y finalmente, es posible explorar el contenido de la producción gráfica de los niños, analizando las claves del mensaje que el niño envía al llevar a cabo la tarea (Koppitz, 1968 citado en León, s.f.).

A partir de lo anterior, Koppitz (2002) realiza un estudio donde analiza los DFH según dimensiones distintas, describiendo así métodos para evaluar objetivamente los dibujos y efectuar interpretaciones clínicas y analizando los dibujos en función de dos tipos de signos objetivos. El primer conjunto de signos los denomina “ítem evolutivos” y considera que están principalmente relacionados con la edad y el nivel de maduración. El segundo conjunto de signos, los “indicadores emocionales” (ver Anexo 1), los relaciona primariamente con las actitudes y preocupaciones del niño.

Para realizar el análisis de los indicadores emocionales, Koppitz (2002) enfatiza que aquellos psicólogos que vayan a interpretar DFH de niños con problemas, deben en primera instancia conocer los DFH realizados por “alumnos normales”, para de esta manera lograr un análisis más objetivo.

En la actualidad el sistema Koppitz, cuyo principal aporte son los 30 indicadores emocionales derivados del trabajo de Machover (1949, 1958, 1960), Hammer (1963) y de la experiencia clínica de la autora, es el más difundido para evaluar el dibujo de la figura humana de manera proyectiva (Tharinger & Stark, 1990 citado en Dünner & Valenzuela, 1996).

Indicadores Emocionales en el DFH

Los indicadores emocionales, descritos en la investigación de Koppitz publicada en 1968, se pueden definir como signos objetivos observables en el test de la figura humana y no están relacionados, en estricto rigor con la edad y maduración del niño, sino que denotan sus ansiedades, preocupaciones y actitudes (Koppitz, 2002).

Además, para que un indicador emocional sea descrito como tal debe cumplir con tres criterios:

El primero de ellos es la validez clínica, que apunta a la capacidad de los indicadores emocionales de poder distinguir los DFH de niños con problemas emocionales de los que no los tienen.

El segundo criterio es que todo indicador emocional debe ser inusual y darse con poca frecuencia (en menos del 16% en una determinada edad), en los DFH de los niños que no son pacientes psiquiátricos.

Por último, es necesario que el signo no esté relacionado con la edad y la maduración, por lo que su frecuencia de aparición no debiera estar vinculada con el crecimiento cronológico del niño.

En una primera instancia de esta investigación, la misma autora inspirada tanto en trabajos propios como de Machover y Hammer, seleccionó una lista de 38 signos definidos como indicadores emocionales (ver Anexo 1), separándolos en tres tipos de ítems: el primero referente a la calidad de los DFH, el segundo compuesto de detalles especiales no habituales en los DFH y el tercero relacionado con la omisión de ítems esperables en determinado nivel de edad, pues si bien la presencia de un ítem esperado para una edad se da por supuesta, su ausencia se considera como clínicamente significativa (Koppitz, 2002).

Posteriormente, realizó un estudio normativo de los indicadores emocionales para confirmar si los ítems incluidos en la lista cumplían con los dos últimos criterios de los indicadores emocionales, señalados anteriormente. Se concluyó que los ítems denominados “cabeza grande”, “ojos vacíos” y “línea de base” no cumplían con el criterio de inusualidad ni en varones ni en niñas en la mayoría de los niveles de edad, siendo eliminados de la lista (Ibíd.).

A su vez, “trazos fragmentados”, “manos ocultas” y “miradas laterales” no cumplieron con el criterio de no estar relacionado con la edad cronológica, por lo que también fueron eliminados (Ibíd.).

Por último, “figura interrumpida por el borde de la hoja” y “sol” no cumplieron con el criterio de validez clínica, por lo tanto al igual que los anteriores, fueron eliminados también de la lista (Ibíd.).

De esta manera, sobre los 30 indicadores emocionales restantes se diseñaron finalmente las discusiones en torno al tema, pues fueron los que cumplieron con los tres criterios. Es necesario aclarar que todos los indicadores emocionales se consideran válidos para varones y niñas de 5 a 12 años, sin embargo existen algunos que son válidos sólo para un sexo y/o para un determinado nivel de edad. En el Anexo 1 se presentan las tablas 1 y 2 que muestran los datos normativos para los indicadores emocionales en los DFH de sujetos del sexo masculino y femenino respectivamente (Ibíd.).

Cada uno de los indicadores emocionales tiene, para Elizabeth Koppitz, un significado específico, los que se exponen a continuación. Sin embargo, para un análisis más acabado del DFH se debe considerar el número total de los indicadores emocionales, y no separadamente, pues su significación diagnóstica así se acrecienta (Koppitz, 2002).

Además, se debe tener presente que los indicadores son variaciones sobre los mismos temas, pues según Koppitz (2002), actitudes y ansiedades similares pueden expresarse de varias maneras distintas en el DFH. En otras palabras, es preciso tener en consideración que la presencia de un solo indicador no es necesariamente un signo de perturbación, a pesar que dos o más indicadores sí podrían indicar problemas emocionales o relaciones interpersonales insatisfactorias. Por lo tanto, es el dibujo en su totalidad y la combinación de varios signos e indicadores, junto con la edad, maduración,

estado emocional, nivel sociocultural y resultados de otros tests lo que se debe tener en cuenta al momento de realizar una evaluación significativa de la conducta del niño (Ibíd.).

Significado Psicológico de cada Indicador Emocional (según Koppitz, 2002)

Integración pobre de las partes de la figura: Fenómeno común en los DFH de niños inmaduros (resultado de retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debida a perturbaciones emocionales o a estos tres conjuntamente). Válido para varones mayores de 7 años y para niñas mayores de 6 años. Asociado a inestabilidad, personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad.

Sombreado de la cara o parte de la misma: Se pueden observar dos tipos distintos: sombreado de la cara entera, correspondiente a niños seriamente perturbados con un bajo auto concepto y altos montos de ansiedad, y sombreado de una parte de la cara (nariz, boca, ojos, etc.) que reflejan ansiedades específicas referidas a los rasgos sombreados y/o a sus funciones.

Sombreado del cuerpo y/o extremidades: Válido para niñas mayores de 8 años y varones mayores de 9. El sombreado del cuerpo indica ansiedad por el mismo, el sombreado de los brazos refleja sentimientos de culpa por impulsos agresivos o actividades masturbatorias y el de las piernas ansiedad por el crecimiento físico o preocupación por impulsos sexuales.

Sombreado de las manos y/o cuello: Válido para niñas mayores de 7 años y varones mayores de 8. Relacionado con angustia por una actividad real o

fantaseada realizada con las manos (sombreado de manos) y con esfuerzo para controlar impulsos (sombreado de cuello).

Pronunciada asimetría de las extremidades: Asociado con coordinación pobre (por pobreza del control muscular o sentimientos de no estar bien coordinado) e impulsividad.

Inclinación de la figura en 15 grados o más: Sugiere inestabilidad general, como sistema nervioso inestable o personalidad lábil.

Figura pequeña: Refleja inseguridad, retraimiento y depresión, como también sentimientos de inadecuación, un yo inhibido y preocupación por las relaciones con el ambiente.

Figura grande: Significación clínica para niños de ambos sexos mayores de 8 años. Asociada con expansividad, inmadurez y controles internos deficientes.

Transparencias: Relacionado con inmadurez, impulsividad, pensamiento concreto, disfunción cortical y ansiedad.

Cabeza pequeña: Representa sentimientos de inadecuación intelectual.

Ojos bizcos: Niños agresivos, rebeldes, no se ajustan a las normas.

Dientes: Signo de agresividad, de menor importancia que el anterior.

Brazos cortos: Refleja dificultad para comunicarse con el entorno, retraimiento, inhibición de impulsos.

Brazos largos: Relacionado con conductas agresivas.

Brazos pegados: Sugiere control interno rígido y dificultad para relacionarse con los demás.

Manos grandes: Asociadas a conductas agresivas con actuación de manos.

Manos omitidas: Refleja sentimientos de inadecuación y culpa por la conducta propia.

Piernas juntas: Indica tensión, intento por controlar impulsos sexuales, temor a sufrir ataque sexual y/o indicador de abuso sexual ya cometido.

Genitales: Indicador de psicopatología seria. Implica angustia aguda por el cuerpo y pobre control de impulsos.

Figura monstruosa o grotesca: Refleja pobre autoconcepto y sentimientos de inadecuación, observándose generalmente en malos alumnos.

Dibujo espontáneo de tres o más figuras: Indica bajo rendimiento escolar, capacidad limitada en niños provenientes de familias grandes, privación cultural y/o lesionados cerebrales. También podría revelar carencia de poseer identidad propia, de tener identidad única.

Nubes- lluvia- nieve: Las nubes son dibujadas generalmente por niños con dolencias psicosomáticas, que dirigen la agresión hacia ellos mismos. Indican visión del mundo adulto amenazante.

Omisión de los ojos: Se relaciona con niños aislados socialmente y que escapan a la fantasía.

Omisión de la nariz: Signo válido para varones mayores de 6 años y niñas mayores de 5. Asociado con conducta tímida, retraída y escaso interés social.

Omisión de la boca: Refleja sentimientos de angustia, inseguridad, retraimiento y resistencia pasiva, se observa a menudo en niños con depresión.

Omisión del cuerpo: Puede indicar, en niños en edad escolar, retraso mental, disfunción cortical, inmadurez severa debida a retraso evolutivo o perturbación emocional con aguda ansiedad por el cuerpo y angustia de castración.

Omisión de los brazos: Signo válido para varones mayores de 6 años y para niñas mayores de 5. Refleja ansiedad y culpa tanto por conductas sociales inaceptables, que implican las manos o los brazos, como por la hostilidad o sexualidad.

Omisión de las piernas: Se asocia con intensa angustia e inseguridad.

Omisión de los pies: Signo significativo para varones mayores de 9 años y niñas mayores de 7. Refleja sentido general de inseguridad y desvalimiento.

Omisión del cuello: Signo válido para varones mayores de 10 años y niñas mayores de 9. Se observa en niños con excesivo control de impulsos y acciones. Asociado con inmadurez, impulsividad y pobre control interno.

De estos 30 ítems, que fueron finalmente los que conformaron los indicadores emocionales, Koppitz (2002) observó en sus investigaciones, que 16 de ellos⁷ se presentaban exclusivamente en los dibujos de pacientes

⁷ Integración pobre, sombreado de la cara o parte de la misma, sombreado de manos y/o cuello, asimetría de extremidades, inclinación de la figura, figura pequeña, figura grande, cabeza pequeña, manos grandes, genitales, dibujo espontáneo de tres o más figuras, omisión de ojos, omisión de boca, omisión de cuerpo, omisión de brazos y omisión de cuello.

clínicos; 12 ítems⁸ se exhibían en los DFH de niños de ambos grupos, pero figuraban con mayor frecuencia en los de los niños con problemas emocionales y que dos ítems⁹ no aparecieron en ningún dibujo.

A raíz de lo anterior, la autora plantea como supuesto, que los indicadores emocionales que se daban exclusivamente en los DFH de los pacientes, serían más significativos para el diagnóstico que aquellos que se encontraban además, en los protocolos de los niños bien adaptados.

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Antecedentes Generales

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad, de ahora en adelante TDAH, es “un síndrome biocomportamental del desarrollo y generalmente crónico, de presentación heterogénea, frecuentemente de origen innato y/o genético en el campo de la atención (inatención), el control de los impulsos (impulsividad), y la regulación del nivel de actividad (hiperactividad)” (Scandar, 2003, p.10).

Según Scandar (2003), se constituye como un síndrome pues reúne síntomas cuya ocurrencia conjunta indican la posible presencia de un trastorno; es biocomportamental ya que determinadas diferencias biológicas influyen en la aparición de los síntomas; es un desorden del desarrollo debido a que implica una pauta evolutiva diferente a quienes no tienen TDAH; crónico porque los síntomas se mantienen durante toda la vida,

⁸ Sombreado de cuerpo y/o extremidades, transparencias, dientes, brazos cortos, brazos largos, brazos pegados, manos omitidas, piernas juntas, monstruo o figura grotesca, nubes- lluvia- nieve, omisión de nariz y omisión de pies.

⁹ Ojos bizcos y omisión de piernas.

aunque modificando su presentación según los distintos momentos evolutivos; de presentación heterogénea por la variedad y diversidad de los síntomas y de origen innato y/o genético debido a que las diferencias biológicas estarían presentes en el momento del nacimiento.

En la actualidad, este síndrome moviliza a los profesionales del área de la salud mental infantil a lo largo de todo el mundo y debido a su alta frecuencia agrupa la mayor cantidad de investigaciones en esta área (Guajardo, 2000).

Es importante señalar, que algunos estudios tales como el realizado por Halfon N. y Newacheck en 1999, indican al TDAH como el segundo trastorno con mayor prevalencia dentro de la población infantil (Campbell & Figueroa, 2000).

La frecuencia de este trastorno es variable según el contexto sociocultural de la investigación, los criterios diagnósticos asumidos, el rango de edad incluido en las muestras y los observadores utilizados en los estudios (padres, profesores, médicos). Sin embargo, es posible estimar entre un 3 a 5% de prevalencia en niños en edad escolar, siendo más frecuente en el sexo masculino que en el femenino, en una proporción que puede ir de 3:1 a 9:1 En estas estadísticas, es necesario considerar la severidad de los criterios diagnósticos aplicados y el hecho que los niños varones suelen ser derivados a consulta psiquiátrica y psicológica por conductas agresivas, situaciones que producen cierta distorsión que acrecienta la prevalencia del sexo masculino (García, M. 2001; Gratch, 2001; Miranda & Santa María, s/f; Scandar, 2003).

Etiología

Respecto a la etiología, García, M. (2001) señala que no es posible determinarla con exactitud, sin embargo, estudios actuales apuntan a un sustrato multifactorial principalmente neurobiológico, en que se conjugan “factores heredados, alteraciones neuroanatómicas y disfunción de sistemas de neurotransmisores, sobre los que influirían factores psicosociales” (p.766). Estos factores, por lo tanto, incidirían en el curso pronóstico del trastorno, ya que los problemas severos de conducta y los problemas de autoestima se relacionan con ellos.

La importancia de las relaciones precoces (la depresión materna en particular), de factores familiares y socioafectivos tempranos y sus alteraciones (depresión maternal posparto) en la organización y control de los esquemas motores básicos ha sido ampliamente subrayada por numerosos investigadores (García, M., 2001).

Dentro de los factores hereditarios, Gratch (2001) y Scandar (2003) postulan que entre el 30% y el 40% de los parientes en 1º grado (padres y hermanos) del paciente presentan el mismo trastorno.

Por otro lado, los factores lesionales serían responsables sólo del 5% de los TDAH, entre los que se encuentran las infecciones del sistema nervioso central y los traumatismos encéfalo craneanos (Barra, Duarte, Durán, Ferrer & Vargas, 2003).

En lo que respecta a factores neurológicos, existen hipótesis basadas en hallazgos inespecíficos y específicos. Entre los primeros podemos mencionar una ligera mayor incidencia de problemas durante el embarazo y

el parto, así como también de un retraso en la aparición de pautas del desarrollo motor y alteraciones neurológicas leves tales como lateralidad cruzada, mala coordinación y torpeza motora. Entre los segundos (hallazgos específicos), diversos estudios biológicos han evidenciado: bajos niveles de dopamina en LCR, baja actividad metabólica en la corteza orbito- frontal derecha (medida con Tomografía por Emisión de Positrones) y menor tamaño en la parte posterior del cuerpo calloso (Ibíd.).

Estos hallazgos son coincidentes con los resultados de los tests neuropsicológicos, que muestran una pobre inhibición voluntaria de la conducta e impulsividad (Ibíd.).

Sintomatología

En cuanto a la sintomatología presente en este trastorno, ésta se puede clasificar en conductas agrupadas en tres categorías que se mantienen durante un cierto período de tiempo (Guajardo, 2000).

La primera de ellas es la desatención o inatención, donde los sujetos suelen tener gran dificultad para concentrarse durante el tiempo necesario en la realización de una actividad, la cual estaría al alcance de otros niños de la misma edad, inteligencia y escolarización (poseen un tiempo de atención corto). Además, les resulta difícil focalizar su atención en una tarea o aprendizaje de manera deliberada y consciente, sin embargo, prestan atención automática a tareas que les son muy motivantes o que son de su interés (Guajardo, 2000; Scandar, 2003).

La segunda categoría, según Scandar (2003), agrupa conductas de hiperactividad o trastorno de la actividad, que se caracterizan por poseer

una pauta motora incrementada y por tener asociación con la producción de movimientos ociosos, es decir, movimientos que no están dirigidos a un fin. Hiperactividad implica un funcionamiento psico-motriz alto y no adecuado en cuanto a la edad del sujeto y su contexto. Cabe mencionar que la hiperactividad se puede manifestar además del ámbito psico- motriz, en el ámbito verbal.

Finalmente, la tercera categoría es la impulsividad, que se asocia con tres conceptos básicos, los cuales se entrelazan en la comprensión del comportamiento impulsivo: el actuar sin pensar, la velocidad de la respuesta y la impaciencia. Otros indicadores estrechamente relacionados con los recientemente nombrados son el bajo control de impulsos y la baja tolerancia a la frustración. Así, en palabras de Scandar “La reunión de estos cinco aspectos concurrentes hacen que un niño impulsivo, sin proponérselo llame la atención de una forma desfavorable” (p. 13).

Diagnóstico

Según Guajardo (2000), se observa que la edad más frecuente de consulta es entre los 6 y 11 años de edad, donde los motivos principales son dificultades para estudiar, mal rendimiento escolar y problemas de conducta. En este contexto, el diagnóstico del trastorno es principalmente clínico, por lo que una anamnesis detallada y un examen mental cuidadoso son tan fundamentales como un diagnóstico diferencial preciso.

Gratch (2001) propone la siguiente secuencia para el proceso diagnóstico del TDAH:

- 1- Realizar entrevistas diagnósticas familiares

- 2- Observar al niño e intentar evaluar las manifestaciones sintomáticas y su intensidad, caracterizando el desorden, la época y modo de aparición y los inconvenientes que el trastorno provoca en la rutina del paciente
- 3- Evaluar los cuestionarios que suministran datos de su comportamiento en diferentes ámbitos (hogar, escuela, clubes, etc.)
- 4- Obtener otros datos del colegio (calificaciones, boletines de conducta, etc.)
- 5- Administrar tests psicológicos y evaluaciones psicopedagógicas
- 6- Efectuar un examen médico clínico
- 7- Aplicar tests computarizados (test of variables of attention (TOVA), continuous performance test (CPT), Gordon diagnostic system, etc.)

Las escalas de medición del comportamiento ocupan un lugar central en el diagnóstico de diversos trastornos, pues son confiables, objetivas y requieren poco tiempo para su aplicación y corrección. En la medición del TDAH entonces, se han creado varios instrumentos que pueden resultar de utilidad en su evaluación. Así, la escala específica más difundida es la de K. Conners en formato completo para docentes en su versión abreviada. Su objetivo es distinguir niños con y sin TDAH a través de la conducta. Actualmente, la escala que originalmente constaba de 39 ítems, ha sido reducida a una de sólo 10 y ha dado lugar a nuevas versiones, como la Escala EDAH, revisada y validada por Farré y Narbona, que se basa en el cuestionario tradicional de Conners, pero elimina ciertos ítems por presentar escasa referencia estadística (Scandar, 2003).

Existe también la Escala de Evaluación de Actividad de Werry, Weiss y Peters que consta de 31 elementos y fue diseñada como entrevista estructurada con los padres, para evaluar la actividad motora del niño en distintos ámbitos. Sin embargo, debido a que en la época en que fue creada el TDAH se estudiaba bajo la nominación de “Reacción Hiperquinética de la Infancia”, no evalúa la inatención. Además, esta prueba no se correlaciona bien con la medición objetiva de la hiperactividad, por lo que no es recomendable para el diagnóstico del TDAH, sin embargo es útil para medir la conducta motora y establecer al principio del tratamiento, una línea base que permita posteriormente verificar el grado de progreso de éste (Scandar, 2003).

Es así como tanto la anamnesis, el examen mental y los resultados que se obtengan de la aplicación de dichos instrumentos, serán útiles para definir si el evaluado cumple con las características del síndrome por déficit de atención con hiperactividad, características que deberán ajustarse a los criterios de clasificación de esta psicopatología en los dos principales compendios de salud mental a nivel mundial, uno abreviado como DSM-IV, compilado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y el otro abreviado como CIE-10, compilado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Barra et al., 2003).

Cabe mencionar que si bien ambos manuales presentan características similares, también se observan ciertas diferencias. En primer lugar, la denominación que se le confiere a este síndrome es distinta, ya que mientras el CIE-10 lo llama trastorno hiperactivo, el DSM-IV, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Ibíd.).

En segundo lugar existen diferencias en los criterios de clasificación de los manuales, pues el CIE-10, a diferencia del DSM-IV, contempla dentro del grupo de trastornos hiperkinéticos cuatro entidades diferenciadas: el trastorno de la actividad y de la atención, el trastorno hiperkinético disocial, otros trastornos hiperkinéticos y el trastorno hiperkinético no especificado (Ibíd.).

Además para el CIE-10, debe darse alguno de los tres síntomas principales (inatención, hiperactividad e impulsividad) para establecer el diagnóstico, con, como mínimo, seis de inatención, tres de hiperactividad y por lo menos uno de impulsividad; mientras que el DSM-IV especifica subtipos para el caso que haya síntomas de sólo un dominio.

Debido a que los niños de la muestra de la presente investigación fueron derivados por expertos que utilizan el DSM- IV para la realización de sus diagnósticos, las autoras se basaron en el criterio utilizado por éste (ver Anexo 2).

En cuanto a la sintomatología, se puede decir entonces, que el TDAH es una psicopatología caracterizada principalmente por síntomas de orden conductual, en la que se presentan desajustes del individuo en su entorno, a partir de una actividad exagerada del niño que resulta inadecuada para su contexto. A partir de este comportamiento, su capacidad de atención y concentración, relación con el grupo de pares y familia y, en consecuencia, su rendimiento escolar, auto concepto y autoestima, pueden verse afectados negativamente, lo que puede generar finalmente, un sentimiento

egodistónico. En otras palabras, el TDAH es un síndrome que influye a nivel conductual, psicosocial e intrapsíquico (Barra et al., 2003).

Por otra parte, es fundamental tener presente tanto el diagnóstico diferencial como los trastornos comórbidos de este síndrome y así evitar conclusiones erradas que pudieran perjudicar el desarrollo y la evolución del niño.

En lo que respecta al diagnóstico diferencial, durante la primera infancia se debe distinguir entre los síntomas del TDAH y los comportamientos propios de la edad y de la etapa de desarrollo en la que se encuentra el niño (American Psychiatric Association, 1995; Gratch, 2001).

Además, el DSM- IV establece que este trastorno se debe distinguir de los síntomas de desatención que se presentan en niños con bajo CI y que se encuentran en centros académicos inadecuados para su nivel intelectual. En esta misma línea, se realiza un diagnóstico adicional de TDAH en los niños con retraso mental, sólo si los síntomas tanto de desatención como de hiperactividad son excesivos para la edad del niño. A su vez, es posible encontrar desatención en niños con un CI superior que se encuentran en ambientes poco estimulantes, así como en niños pertenecientes a ambientes inadecuados, desorganizados o caóticos, produciéndose dificultades para realizar comportamientos dirigidos a un objetivo.

El TDAH también debe diferenciarse del comportamiento negativista, pues aunque en ambos se observe el síntoma de evitación de tareas escolares, en este último las tareas no se llevan a cabo por la renuencia a aceptar las exigencias de otros, mientras que en algunos niños con TDAH, se presenta

secundariamente la actitud negativista como una racionalización de su fracaso (American Psychiatric Association, 1995).

Asimismo, el TDAH no se diagnostica como tal si los síntomas se explican mejor por la presencia de otros trastornos mentales tales como: trastorno del estado del ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad y cambio de personalidad debido a una enfermedad médica. En todos estos trastornos, los síntomas de desatención se inician después de los 7 años de edad y, en general, la historia escolar no se caracteriza por comportamiento perturbador o por quejas de los maestros concernientes a un comportamiento desatento, hiperactivo o impulsivo. Cabe señalar que cuando coexiste un trastorno del estado del ánimo o un trastorno de ansiedad con un TDAH, debe diagnosticarse cada uno de ellos. A su vez, no se diagnostica TDAH cuando los síntomas de desatención e hiperactividad se producen exclusivamente durante el curso de un trastorno generalizado del desarrollo o un trastorno psicótico (Ibíd.).

Por último, los síntomas de desatención, hiperactividad o impulsividad relacionados con el uso de medicamentos en niños menores de 7 años, no se diagnostica como TDAH, sino que se diagnostica como trastorno relacionado con otras sustancias no especificado (Ibíd.).

En cuanto a los trastornos comórbidos al TDAH, éstos se diferencian de los síntomas y trastornos del diagnóstico diferencial, ya que estadísticamente se presentan con cierta frecuencia junto al TDAH. No son por lo tanto síntomas acompañantes o secundarios, sino entidades clínicas por derecho propio (Scandar, 2003).

Así, de acuerdo a una serie de investigaciones¹⁰ producidas en los últimos años, existe una alta comorbilidad de este síndrome con: trastorno de conducta o disocial, trastorno oposicionista desafiante, trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de aprendizaje, trastornos de lenguaje, trastornos ticosos, síndrome de Tourette y el abuso de sustancias, destacándose los cuatro primeros por su frecuencia estadística y su trascendencia. En efecto, se ha señalado que el TDAH se presenta junto a trastornos psiquiátricos como la depresión y los trastornos por ansiedad en un 30%, yuxtapuesto al trastorno de conducta o disocial en un 35% a un 60% y emparejado a trastornos de aprendizaje entre un 20 a 25%, alcanzando la comorbilidad general del TDAH un 50% (Díaz, J. s.f., citado en Barra et al., 2003; Scandar 2003).

Respecto al pronóstico se puede determinar que éste dependerá básicamente de ocho factores: severidad del trastorno, recursos personales, diagnóstico e intervención precoz, subtipos y trastornos comórbidos, calidad del soporte familiar, calidad del soporte social, eficacia del abordaje farmacológico y eficacia del abordaje terapéutico. Así por ejemplo, la conducta disocial y el nivel intelectual limítrofe o bajo se relacionarán con un peor pronóstico (Barra et al, 2003; Scandar, 2003).

Conjuntamente, Gratch (2001) postula que alrededor del 50% de los niños con TDAH remite espontáneamente y el resto experimenta TDAH residual en la adultez (expresión de síntomas primarios infantiles con otra forma de presentación).

¹⁰ Anderson, J.C, Williams, S., Mc Gee, R. & Silva, P.A. (1987); Bird, H.R., Camino, G., Rubic Stipic, M. et al. (1988) & Szatmari, P., Offord, D.R. & Boyle, M.H. (1989) citados en Scandar, 2003.

Características Evolutivas de Niños entre 7 y 12 años con TDAH

Previo a caracterizar esta etapa evolutiva en niños con TDAH, es importante poseer algunos conocimientos sobre el desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y social esperable en niños entre 7 y 12 años de edad.

Cabe señalar, que de los siete a los doce años existe un lapso temporal muy grande en el que se produce una evolución importante, en la forma en que los niños van entendiendo a aquellos con los que viven y las relaciones que los unen, por este motivo es difícil encontrar una sola descripción válida tanto para los niños del comienzo como para los del final de este período. Por ende, lo que se presenta es una tendencia evolutiva que en algunos casos no se completa hasta la adolescencia (Padilla & González, 1993).

En cuanto al crecimiento físico, se consideran cinco aspectos: estatura, peso, crecimiento cerebral, desarrollo motor y horas de sueño. Respecto al primero, se espera que a los 5 años de edad el incremento de la estatura del niño se duplique; desde este momento, el incremento irá sufriendo una disminución gradual hasta la edad de 12 años en varones. Entre los 12 y 14 años de edad en los niños hombres, se presenta el inicio de la pubertad, durante la cual se evidencian “estirones del crecimiento”, por lo tanto, si existe retraso en el arribo de la pubertad, el crecimiento de estatura se puede detener. Respecto al peso, los incrementos anuales, que habían sido constantes hasta los 6 años, se vuelven cada vez más lentos hasta el inicio de la pubertad. Cabe señalar que las diferencias de crecimiento dependen de la herencia, hábitos de alimentación y cuidado global de la salud, razón por

la cual los niños de clases superiores tienden a ser más altos que los de clases más bajas (Rice, 1997).

En relación al crecimiento del cerebro, se observa que éste a los 7 años de edad alcanza el 90 % del tamaño adulto. Además, se puede observar un proceso de maduración nerviosa en el cual se desarrollan trayectorias nerviosas, conexiones de complejidad creciente entre las células nerviosas y un incremento de mielinización, lo cual facilita la realización de funciones cerebrales más complejas. La primera área en madurar es la motora, seguida por la sensorial y luego las áreas asociativas (Ibíd.).

El desarrollo motor grueso a esta edad está casi completo, observándose un aumento en el tamaño de los músculos y una mejoría en la coordinación, lo que se plasma en mejores movimientos al correr, bailar y saltar con agilidad. Las habilidades motoras finas también se incrementan, pudiendo desde los 8 ó 9 años de edad martillar, utilizar herramientas de jardinería, aserrar, coser, escribir, etc. (Ibíd.).

Por último, los niños desde los 6 a los 9 años de edad requieren alrededor de 11 horas de sueño, mientras que desde los 10 a los 12 años éstas disminuyen a 10.

Respecto al desarrollo cognoscitivo, éste conlleva a que el pensamiento del niño se convierta en lógico, adquiriendo mayores habilidades de razonamiento, aunque su pensamiento siga ligado mayormente a la realidad concreta, alcanzando la noción “de lo ‘que es posible,’ que es una extensión simple de la situación empírica” (Inhelder & Piaget, 1958 citado en Rice, 1997, p. 199).

Producto de lo anterior, la organización de sistemas de operaciones obedece a leyes de conjunto comunes tales como la composición, reversibilidad, asociatividad e identificación y negación. Además en este período se establecen las operaciones racionales de conservación, seriación cualitativa, coordinación de relaciones simétricas y noción de “clases” (Piaget, 1955; Piaget & Inhelder, 1969).

Por otra parte, la acción regida por los impulsos y el egocentrismo intelectual de la etapa anterior son reemplazados por la reflexión, siendo el niño capaz de pensar antes de actuar. Asimismo, se desarrollan estrategias selectivas, lo que implica que el niño posee la facultad para separar la información relevante de la irrelevante y así aprender de manera más eficiente (Padilla & González, 1993; Rice, 1997).

A nivel del desarrollo social, la llegada de la representación juega un papel muy importante para este aspecto, pues a través de la imagen mental, la memoria de evocación, el juego simbólico y el lenguaje, que surgen a raíz de ella, el objeto afectivo pasa de ser sólo un objeto de contacto directo a uno que puede estar constantemente presente y actuando, a pesar de la separación física (Piaget, 1955; Piaget e Inhelder, 1969; Piaget, 1983).

Así, lo social, adquiere gran importancia, pues se producen modificaciones como consecuencia del aumento de experiencias del niño en las distintas realidades sociales y, en este sentido, la entrada del niño al ámbito escolar le otorga una suma de experiencias ricas e interesantes ya que la escuela constituye un microcosmos de la sociedad. Las transformaciones que los niños hacen de la realidad son interiorizadas y ordenadas en sistemas

coherentes y reversibles, a diferencia de la acción directa sobre lo real, propia de la etapa anterior (Padilla & González, 1993; Piaget & Inhelder, 1969; Piaget, 1983).

Además, desde lo social es posible distinguir una realidad cognoscitiva producto de las transmisiones educativas, lingüísticas y culturales. En los patrones de comunicación, se observa que las interacciones entre los varones normalmente se orientan a la independencia, rivalidad y dominancia, empleando estrategias que establecen dominios, imparten órdenes y demandan atención, tendencia que se prolonga hasta la adolescencia, debido a la adquisición de constancia de género y sus estereotipos. Conjuntamente, se produce un cambio desde la heterosocialidad, caracterizada por la búsqueda de compañía de otros independiente del sexo, propia de niños hasta 7 años, a la homosocialidad, que perdura hasta los 12 años y se caracteriza por la preferencia de compañeros de juego del mismo sexo. Tanto en las relaciones con sus pares como con adultos, la socialización en esta etapa se da como un proceso constructivo y continuo y ya no simplemente en un sólo sentido (Piaget & Inhelder, 1969; Rice, 1997).

En las relaciones interindividuales, el niño logra cierta capacidad de cooperación, pues es capaz de distinguir su punto de vista del de los otros para lograr coordinarlos, siendo de esta manera apto para establecer una conversación y desarrollar explicaciones ya no sólo en el plano de la acción material sino también en el del pensamiento. Así, aparecen nuevas relaciones interindividuales, ahora de origen cooperativo, lo que conlleva además que se presente el respeto mutuo. Por otra parte, en lo que concierne

al comportamiento colectivo de los niños, se observa un cambio notable en las actitudes sociales exteriorizadas en los juegos con reglamento. Los niños son capaces de fijar ciertas reglas y controlarse unos a otros, con el fin de mantener la igualdad de condiciones para todos los participantes durante el juego, al contrario de la etapa anterior donde cada niño se rige por sus propias reglas. En esta etapa entonces, una regla es la expresión de una voluntad común o un acuerdo (Piaget & Inhelder, 1969; Piaget, 1983).

A su vez, la afectividad y el razonamiento o juicio moral evolucionan, debido al progreso en la descentración, aumento de la capacidad para adoptar otras perspectivas y una mejor comprensión de las normas que establece la sociedad. Así, en esta etapa los niños evolucionan desde una heteronomía a la autonomía moral. Esta forma de moral también implica la reducción del absolutismo y de la creencia en la justicia inmanente, lo que conlleva el paso del realismo al relativismo moral, este paso se evidencia también en el desarrollo de las nociones de justicia distributiva (Padilla & González, 1993).

Del mismo modo, esta moral se une a un igualitarismo progresivo con una creciente capacidad para evaluar los actos sin la dependencia de los padres. Al realizar esta evaluación son capaces ya de utilizar la responsabilidad subjetiva, centrándose en los motivos e intenciones que subyacen a la conducta (Padilla & González, 1993; Piaget, 1983).

A medida que los sentimientos y el pensamiento se van organizando, se van constituyendo regulaciones, cuya forma final de equilibrio es la voluntad. Ésta se puede entender entonces, como el verdadero equivalente afectivo de

las operaciones de la razón. La voluntad es una regulación de la energía que favorece ciertas tendencias por sobre otras, y que se ha vuelto reversible. En ese sentido pasa a ser comparable con una operación, ya que por ejemplo, cuando el deber es más débil que un deseo preciso, la voluntad reestablece los valores según la jerarquía anterior y refuerza la tendencia de menor fuerza (Piaget, 1983).

A partir de lo ya señalado, se observan ciertas características propias de los niños con TDAH, que los diferencia, en algunos aspectos, de los niños con un desarrollo evolutivo esperado.

Según Gratch (2001) y Barra et al. (2003), la etapa entre los 7 y 12 años suele ser aquella en que la patología se pone más fácilmente en evidencia debido a la entrada del niño al ámbito escolar.

En el establecimiento educacional, los profesores notan, reprochan y comparan habitualmente, la mala conducta de estos niños, con la de sus compañeros, pues tienden a interferir en el proceso de aprendizaje al levantarse con frecuencia de su asiento, prestar poca atención y ser más desobedientes y agresivos que el resto de sus pares (Barra et al., 2003).

La reprochable conducta del niño durante las horas de clases, perturba el normal funcionamiento del grupo y suele ser el motivo más frecuente de convocatoria de los padres por las autoridades escolares. Esto moviliza un alto grado de preocupación en los apoderados, pues temen que sea el comienzo de trastornos que pueden prolongarse, como en muchos casos sucede, a lo largo de toda la escolaridad. Asimismo, tienen temor a

sanciones disciplinarias del establecimiento escolar o a la posibilidad de que su hijo no sea admitido como parte de esta microcomunidad (Gratch, 2001).

Por este motivo, la escuela deja de ser un ámbito de placer para transformarse en el sitio en el que reciben críticas y se ponen en evidencia sus máximas dificultades de adaptación, ansiando el dejar de concurrir a ella. Si esto ocurre, quedan más expuestos a integrarse a grupos marginales que participan de delincuencia callejera (Ibíd.).

El desconocimiento del cuadro clínico por parte de los maestros, muchas veces conduce a que tengan la impresión que las dificultades de aprendizaje y el no acatar las normas disciplinarias del colegio (institución que generalmente responde con sentimientos, actitudes y juicios negativos tanto hacia el niño como hacia sus padres), se originan en su inmadurez y sugieren repetir el año, siendo ésta una apreciación errónea, ya que el TDAH no mejora con el mero paso del tiempo, salvo en aquellos casos en que se atenúa o desaparece durante la adolescencia (Barra 2003 et al.; Gratch, 2001).

Todo lo señalado, junto con la dolencia que produce en los padres el hecho que su hijo no se adapte a su entorno, suele ser un fuerte impulso a la consulta psicológica o psicopedagógica, ya que en tales circunstancias los padres observan que las dificultades del niño se expresan más allá del ámbito hogareño y por lo tanto pudieran no deberse, entre otras razones, al clima de sobreprotección allí imperante (Ibíd.).

Para pretender entonces, una mejoría de los síntomas, se debe realizar el tratamiento adecuado, ya que de lo contrario los problemas se reiteran

irremediablemente. Retrasar a alguien en el proceso de aprendizaje por el periodo de un año sin que esta decisión esté justificada y forme parte de un plan terapéutico, no mejora en absoluto la situación, pues son pocos los casos en los que el aprendizaje se halla perturbado simplemente por inmadurez (Gratch, 2001).

En el ámbito familiar, los padres reportan a estos niños como “distráidos, con temperamento explosivo, no escuchan cuando les hablan, no pueden jugar solos, tienden a pelear con sus amigos y manifiestan rabietas en lugares públicos.” (p.11). Con los juguetes que les resultan novedosos tienden a aislarse manejándolos de forma impulsiva, terminando éstos generalmente destrozados (Barra et al., 2003).

Respecto a las relaciones interpersonales, las pobres habilidades interpersonales y sociales continúan, observándose pautas de interacción social inmaduras, excesiva necesidad de llamar la atención y/o de ser líder, déficit en la resolución de problemas interpersonales, irritabilidad, agresividad y retraimiento, pautas de comportamiento egocéntrico, baja tolerancia a la frustración, déficit en el comportamiento reglado y reacciones emocionales intensas y exageradas. Esto conlleva a que el niño presente problemas para actuar fuera de casa, dificultades en el estudio, conducta disruptiva en clases y dificultades para establecer relaciones de amistad, lo que aumenta la preocupación de los padres (Gratch, 2001; Miranda, s/f; Scandar, 2003).

Prácticamente todos los autores coinciden en que estos niños pueden ser excitables, agresivos y desarrollar cierta hostilidad. Así, la agresividad y el

no saber perder ni seguir las reglas al jugar, provoca que generalmente sus juegos concluyan en peleas, lo que promueve disgustos entre otros niños quienes los excluyen de todas las formas posibles de los ámbitos de recreación (escuela, invitaciones a casas, etc.), pudiendo tomar como compañero de juegos a niños más pequeños (Barra et al., 2003; Gratch, 2001; Miranda, s/f; Scandar, 2003).

Así, comienzan a emerger signos de depresión y su autoestima se presenta fuertemente dañada, potenciándose con sus crónicos fracasos intelectuales y bajos rendimientos escolares (Gratch, 2001; Miranda, s/f) (ver Anexo 5).

A lo largo de los años, comienzan a dudar de sus capacidades intelectuales, hasta llegar al punto de no considerarse lo suficientemente inteligentes como para estudiar. Por ello, a menudo mienten con sus calificaciones para ser mejor vistos por los demás, destacándose por otras vías como intentando ser el más gracioso de la clase, realizar actividades que otros no llevarían a cabo, desafiar la autoridad, etc. Esto se relaciona con la baja tolerancia a la frustración que poseen, situación que empeora su motivación en la medida que disminuye el refuerzo (Gratch, 2001; Miranda, s/f; Scandar, 2003).

Se auto-descalifican para las actividades intelectuales y no es fácil hacerles tomar en conciencia que son tan inteligentes como sus hermanos o compañeros. En estos casos, la depresión secundaria suele acompañar la sintomatología del TDAH proviniendo ésta de un colapso crónico del narcisismo (Gratch, 2001).

De esta manera, y según el planteamiento de Ávila (1999), terminan presentándose dos posibles caminos: por un lado se vuelven solitarios por el

rechazo de sus compañeros a sus conductas agresivas, actitud dominante y no acatamiento de reglas o bien pueden convertirse por las mismas razones en un líder negativo.

Por otra parte, en la última infancia, persisten los problemas de sueño, tales como insomnio de conciliación, sueño no reparador y dificultades del sueño observadas en la primera infancia. Estas dificultades se vinculan con su resistencia para irse a la cama y las pocas horas de sueño en comparación con niños de su misma edad (Barra et al., 2003; Miranda, s/f, Scandar, 2003).

Otra característica de su conducta es que su atención en las actividades no se prolonga por más de 10 minutos, siendo inútiles las sanciones, al no internalizar la responsabilidad de sus actos (Barra et al., 2003).

Además, muchos infantes, como consecuencia de su impulsividad, al ver algo que quieren lo sustraen y resultan así involucrados en pequeños robos. Actúan y luego piensan, teniendo particular dificultad en reconocer las consecuencias negativas de sus actos (Gratch, 2001).

Uno de los rasgos distintivos que presentan impulsividad e hiperactividad es el comportamiento temerario, el que se manifiesta durante los primeros años de la infancia con conductas tales como treparse a techos, persianas, rejas, caminar por la cornisas etc. Al ser un poco mayores, son imprudentes al cruzar las calles, al manipular objetos peligrosos (cuchillos o tijeras) y en la juventud y adultez arriesgan su vida al conducir peligrosamente sus automóviles y apegarse a actividades de alto riesgo. Estas conductas se relacionan con la alta frecuencia de tendencias accidentógenas en los niños

con TDAH en comparación con otros niños de su misma edad (Scandar, 2003).

Para finalizar, este breve recorrido evolutivo sobre las características que presentan los niños con TDAH, se considera relevante tener presente que este trastorno posee un sustrato neuroquímico que se mantiene constante a lo largo de toda la vida del sujeto. Sin embargo, su sintomatología se expresa de diferentes formas según el momento evolutivo en el que se encuentra. En algunos casos, en la adolescencia, se produce una espontánea desaparición de la sintomatología, lo que puede deberse a una mejoría del desbalance neuroquímico que condiciona la aparición de este trastorno (Gratch, 2001).

Objetivos e Hipótesis

Objetivo General

Indagar si existe diferencia en la presencia de los indicadores emocionales¹¹, obtenidos a través del dibujo de la figura humana, entre niños con TDAH y niños sin TDAH.

Objetivos Específicos

- Identificar los indicadores emocionales presentes en la muestra total.
- Identificar los indicadores emocionales presentes en los dibujos de los niños con TDAH.
- Identificar los indicadores emocionales presentes en los dibujos de los niños sin TDAH.
- Indagar en la relación existente entre dibujos del grupo sin TDAH y los 30 indicadores emocionales.
- Indagar en la relación existente entre dibujos del grupo con TDAH y los 30 indicadores emocionales.
- Analizar individualmente la relación entre cada indicador emocional y los dibujos del grupo con TDAH.
- Observar si la presencia de un conjunto de indicadores emocionales es significativa ante la manifestación de TDAH.
- Integrar la información obtenida.

¹¹ Integración pobre de las partes de la figura, sombreado de la cara o parte de la misma, sombreado del cuerpo y/o extremidades, sombreado de las manos y/o cuello, pronunciada asimetría de las extremidades, inclinación de la figura en 15 grados o más, figura pequeña, figura grande, transparencias, cabeza pequeña, ojos bizcos, dientes, brazos cortos, brazos largos, brazos pegados, manos grandes, manos omitidas, piernas juntas, genitales, figura monstruosa o grotesca, dibujo espontáneo de tres o más figuras, nubes-lluvia-nieve, omisión de los ojos, omisión de la nariz, omisión de la boca, omisión del cuerpo, omisión de los brazos, omisión de las piernas, omisión de los pies, omisión del cuello.

Hipótesis General

Existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de indicadores emocionales detectados a través del DFH, entre dibujos realizados por niños con TDAH y sin TDAH.

Hipótesis Específicas

Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia de cada uno de los 30 indicadores emocionales propuestos por E. Koppitz¹²:

- Integración pobre de las partes de la figura.
- Sombreado de la cara o parte de la misma.
- Sombreado del cuerpo y/o extremidades.
- Sombreado de las manos y/o cuello.
- Pronunciada asimetría de las extremidades.
- Inclinación de la figura en 15° o más.
- Figura pequeña.
- Figura grande.
- Transparencias.
- Cabeza pequeña.
- Ojos bizcos.
- Dientes.
- Brazos cortos
- Brazos largos

¹² La diferencia entre los dibujos de niños con y sin TDAH, para cada indicador emocional constituye una hipótesis específica

- Brazos pegados
- Manos grandes.
- Manos omitidas.
- Piernas juntas.
- Monstruo o figura grotesca.
- Genitales
- Dibujo de 3 o más figuras.
- Nubes- lluvia- nieve.
- Omisión de los ojos.
- Omisión de la nariz.
- Omisión de la boca.
- Omisión del cuerpo.
- Omisión de los brazos.
- Omisión de las piernas.
- Omisión de los pies.
- Omisión del cuello

Metodología

Tipo y Diseño de Investigación

El tipo de investigación que se efectuó en la presente investigación, fue un estudio de carácter descriptivo- comparativo- correlacional.

Se considera descriptivo en cuanto pretende especificar propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986 citado en Hernández, Fernández y Baptista, 1998), en este caso, la caracterización de los niños de la muestra en relación con los indicadores emocionales. Por otra parte, se trata de un estudio comparativo, en cuanto examina la manifestación de las características estudiadas en los grupos utilizados en la investigación y evalúa sus diferencias (Hernández, 1998), en este caso, se busca comparar los indicadores emocionales obtenidos a través del DFH, de los niños que presentan TDAH con aquellos que no presentan el trastorno, ambos grupos conformados por infantes entre 7 y 12 años de edad. Esto se llevó a cabo a través de la medición de la presencia o ausencia de indicadores emocionales en los dibujos realizados por la muestra, y posteriormente, mediante la aplicación de un coeficiente de correlación para conocer su grado de significación.

Para la realización de lo antes expuesto, se utilizó un diseño de carácter no experimental, en cuanto no existió una manipulación deliberada de las variables (en este caso la presencia de TDAH en los niños), y se observó el fenómeno tal y como se daba en su contexto natural para analizarlo (Kerlinger, 1979 citado en Hernández, 1998).

Además, ésta se constituyó como una investigación transeccional, correlacional de diferencia de grupos, pues se describieron correlaciones de variables entre dos grupos de personas, las que se compararon en un momento determinado (Hernández, 1998).

Población y Muestra

La unidad de análisis del estudio fueron los niños y la población de la cual se extrajo la muestra consistió en todos aquellos niños que, según el “Test de Matrices Progresivas: Escala Coloreada” (MPC) de J. C. Raven, presentaban un desarrollo medio o superior de la capacidad intelectual. Además, debían pertenecer a un nivel socio- económico alto (según la escala de Himmel) y encontrarse entre los 7 y 12 años 11 meses de edad.

La muestra seleccionada fue no probabilística, voluntaria, y se compuso de dos grupos. El primero, se constituyó por 30 varones entre 7 y 12 años, diagnosticados por un experto con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, no habiendo aún iniciado tratamiento psicológico, farmacológico ni de otra índole (para que no interfiriera con los objetivos de la investigación). El segundo grupo se compuso por 30 varones con el mismo rango etario que el primero, pero no habían sido diagnosticados, hasta el momento de la evaluación, con algún trastorno psicológico.

La muestra comprendió 30 sujetos por grupo debido a que se considera número suficiente para que avale la posibilidad de realizar un análisis estadístico, y fueron sólo varones, debido a que el trastorno se presenta con mayor frecuencia en este sexo que en las mujeres, y porque existen diferencias consistentes en los DFH realizados por niños y niñas de la

misma edad en términos maduracionales (Guajardo, 2000; Koppitz, 2002). Además, se trabajó con nivel socio- económico alto, ya que según el criterio causal práctico es el nivel al que las investigadoras tienen más fácil acceso.

La etapa de desarrollo en la cual se realizó la investigación abarcó desde los 7 a los 12 años 11 meses debido a que, por una parte, el trastorno sólo puede ser diagnosticado, según el criterio del DSM-IV, a partir de los 7 años de edad y, por otra, porque los indicadores emocionales fueron estudiados por Koppitz en una muestra de niños cuya edad fluctuaba entre los 5 y los 12 años 11 meses de edad.

Definición Conceptual de Variables

Se consideraron cinco variables: indicadores emocionales obtenidos a través del test de la figura humana, edad, nivel socio- económico, desarrollo de capacidad intelectual y trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Indicadores Emocionales: La variable indicadores emocionales, se puede describir, según Koppitz (2002), como signos objetivos observables en el test de la figura humana, en el sentido que no están relacionados en estricto rigor con la edad y maduración del niño, sino que denotan sus ansiedades, preocupaciones y actitudes.

Los indicadores emocionales descritos por la autora son: integración pobre de las partes de la figura, sombreado de la cara o parte de la misma, sombreado del cuerpo y/o extremidades, sombreado de las manos y/o cuello, pronunciada asimetría de las extremidades, inclinación de la figura en 15 grados o más, figura pequeña, figura grande, transparencias, cabeza pequeña, ojos bizcos, dientes, brazos cortos, brazos largos, brazos pegados,

manos grandes, manos omitidas, piernas juntas, genitales, figura monstruosa o grotesca, dibujo espontáneo de tres o más figuras, nubes-lluvia-nieve, omisión de los ojos, omisión de la nariz, omisión de la boca, omisión del cuerpo, omisión de los brazos, omisión de las piernas, omisión de los pies, omisión del cuello.

Edad: Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento del sujeto hasta el momento en que se le considera para los efectos de la investigación (Contreras, 1997).

Nivel Socio- Económico: La clase social alude a la categorización de los individuos en un orden jerárquico en relación a su nivel educacional y su ocupación. El nivel socio- económico se refiere a las posibles diferenciaciones que surjan dentro de cada clase en relación a las dos variables consideradas (Davis & cols., 1968 citado en Casarejos & Reveco, 1989).

Desarrollo de Capacidad Intelectual: Se refiere al crecimiento mental hasta la etapa en que el individuo logra obtener una capacidad para razonar por analogías, que le permita adoptar este modo de pensar como método congruente de inferencias (Raven, J., Raven, J.C., Court, J. H., 1999).

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Este trastorno se puede precisar, según los criterios establecidos por la American Psychiatric Association en el DSM-IV (ver Anexo 2).

Definición Operacional de Variables

Indicadores Emocionales: Estos ítems serán definidos operacionalmente a partir de los criterios establecidos por Koppitz (2002):

- Integración pobre de las partes de la figura: Se consignará este ítem cuando a pesar de la presencia de las partes, éstas no estén adecuadamente unidas al resto de la figura, o una de las partes esté unida solamente por una raya o apenas se toque con el resto.
- Sombreado de la cara o parte de la misma: Se consignará cuando exista coloración de la cara o parte de la misma (pecas o “sarampión” también se computan).
- Sombreado del cuerpo y/o extremidades: Se registrará como tal cuando estas superficies estén coloreadas.
- Sombreado de las manos y/o cuello: Se hablará de presencia de este indicador cuando estas superficies estén coloreadas.
- Pronunciada asimetría de las extremidades: Se consignará cuando ambas extremidades sean notoriamente diferentes entre sí en la forma de éstas, no en su tamaño.
- Inclinación de la figura en 15 grados o más: Se registrará cuando el eje vertical de la figura esté inclinado en 15 grados o más con respecto a la perpendicular, ya sea hacia la derecha o hacia la izquierda.
- Figura pequeña: Se indicará como tal cuando la figura sea inferior a 5 centímetros de altura.

- Figura grande: Se consignará cuando la figura sea mayor o igual a 23 centímetros de alto.
- Transparencias: Se señalará su presencia si se realiza un bosquejo de la figura y posteriormente se le agrega vestimenta, o bien, ante la realización de un DFH completamente común, se enfatiza en una zona particular de la figura a través de la transparencia de un área limitada y específica.
- Cabeza pequeña: Se registrará como tal cuando la altura de la cabeza sea menor a un décimo de la figura total.
- Ojos bizcos: Se considerará presente este signo cuando ambos ojos estén vueltos hacia adentro o desviados hacia fuera (miradas de reojo no se computan).
- Dientes: Se consignará cuando exista representación de uno o más dientes.
- Brazos cortos: Este ítem será computado cuando los brazos dibujados no lleguen a la cintura (o donde ésta debiera estar).
- Brazos largos: Se indicará su existencia cuando los brazos por su longitud lleguen debajo de las rodillas (o donde éstas debieran estar).
- Brazos pegados: Su existencia será consignada cuando no conste espacio entre el cuerpo y los brazos.
- Manos grandes: Se señalará como presente cuando su tamaño sea igual o mayor al de la cara.

- Manos omitidas: Se computará cuando exista ausencia de manos y dedos (manos ocultas en bolsillos o detrás de la figura no se computan).
- Piernas juntas: Estará presente cuando las piernas no tengan espacio entre sí o cuando en los dibujos de perfil se muestre sólo una pierna.
- Genitales: Se consignará cuando exista representación realista o inconfundiblemente simbólica de éstos.
- Figura monstruosa o grotesca: Será señalado como existente cuando la figura represente una persona ridícula, degradada o no humana de manera intencional y no como producto de su inmadurez.
- Dibujo espontáneo de tres o más figuras: Será consignado cuando se dibujen varias figuras que no están interrelacionadas ni realizando una actividad significativa.
- Nubes-lluvia-nieve: Será denotada por la presencia de éstos y/o de pájaros volando.
- Omisión de los ojos: Será computado cuando exista ausencia total de ojos.
- Omisión de la nariz: Será señalado como tal cuando exista ausencia de ella.
- Omisión de la boca: Será consignado por su ausencia.
- Omisión del cuerpo: Será asignado cuando no exista cuerpo alguno.
- Omisión de los brazos: Se indicará la presencia de este indicador cuando no se observen brazos en el dibujo.

- Omisión de las piernas: Será computado por ausencia de piernas.
- Omisión de los pies: Se señalará como presente el ítem cuando al dibujo no se le haya incluido uno o ambos pies.
- Omisión del cuello: Se consignará cuando exista ausencia de éste.

Edad: Tiempo (medido en años) transcurridos entre la fecha de nacimiento del sujeto (recogida del sistema interno de los servicios donde se evaluará) y el momento de participar en la investigación realizando el dibujo solicitado.

Nivel Socio- Económico: Puntaje obtenido por los padres en la escala de Estratificación de Nivel Socio- Económico de Himmel y otros, pudiendo el sujeto ser clasificado en nivel socio- económico alto, medio o bajo según el puntaje obtenido (Casarejos y Reveco, 1989).

Desarrollo de Capacidad Intelectual: Puntaje obtenido en el Test de Matrices Progresivas: Escala Coloreada creada por J.C Raven (Raven, J., Raven, J.C., Court, J. H., 1999).

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Diagnóstico de TDAH realizado por un psicólogo o psiquiatra.

Instrumentos

Test del Dibujo de la Figura Humana

Uno de los instrumentos que se utilizó para los fines de la investigación fue el **Test del Dibujo de la Figura Humana** de Karen Machover, creado en 1949 en Estados Unidos y que en la actualidad no ha sido estandarizado en Chile.

La versión que se empleó fue la propuesta por E. Koppitz (2002) en 1968, en su libro “El dibujo de la Figura Humana en los Niños”. Esta adaptación requiere que el niño dibuje una persona entera, determinando cada niño la edad y el sexo de la figura que elige representar. Koppitz plantea que el dibujo que logre realizar el niño siempre será un retrato de su ser interior y de sus actitudes, ya que es a él mismo a quien el niño conoce mejor, por lo que no sería necesario pedir un segundo dibujo como lo hacía Karen Machover. Además, Elizabeth Koppitz postula que la información obtenida en el segundo dibujo no sería significativa respecto al primero y sólo agotaría al niño innecesariamente.

El objetivo de este instrumento es que el evaluado logre proyectar la propia percepción de imagen corporal inconsciente a través de la cual exprese sus necesidades y conflictos específicos y su personalidad en general. Las variables que mide son el nivel de maduración y las actitudes y preocupaciones del niño.

Respecto a la forma de aplicación, ésta fue individual, sentando al niño confortablemente frente a una mesa completamente vacía y presentándole una hoja de papel formato carta y un lápiz grafito N° 2 con goma de borrar. La consigna entregada y propuesta por Koppitz fue: “Querría que en esta hoja dibujaras una persona entera. Puede ser cualquier clase de persona que quieras dibujar, siempre que sea una persona completa, y no una caricatura o una figura hecha con palotes.” (p.23). La autora postula que no existe tiempo límite, el niño es libre de borrar o cambiar su dibujo si así lo desea y puede dibujar lo que quiera siempre y cuando no sea un modelo y, si así lo

hiciese, se le debiera desalentar diciendo que dibuje una persona completa “sacada de tu propia cabeza” (p.24) (Koppitz, 2002).

En esta prueba no existe la asignación de puntajes, sino que la forma de corrección se realiza mediante la comprobación de presencia o ausencia de indicadores emocionales y/o por el análisis de los componentes expresivos y de contenido.

Criterios de Interpretación, confiabilidad y validez del DFH

Para los fines de la investigación propuesta, el criterio de interpretación que se utilizó fue principalmente el formulado por E. Koppitz, basado en la presencia o ausencia de los indicadores emocionales ya mencionados, a los cuales se les atribuye cierto significado psicológico. Respecto a los estudios de confiabilidad de los indicadores emocionales del DFH, Elizabeth Koppitz y la Dra. Mary Wilson realizaron estudios en niños “normales” y con problemas de conducta, obteniendo una confiabilidad de los indicadores de +0,95 (Koppitz, 2002).

En cuanto a la validez de los indicadores emocionales del DFH, Koppitz (2002) realizó un estudio con dos grupos, de 76 niños, a través del cual intentó comprobar que los indicadores emocionales son más frecuentes y se observan en mayor número en los DFH de los niños con problemas emocionales que en niños bien adaptados. Concluyó que los valores chi-cuadrado para algunos ítems¹³ eran significativos al nivel del 0,01, para

¹³ Integración pobre, sombreado del cuerpo y/o extremidades, inclinación de la figura en 15° o más y figura pequeña

otros¹⁴ eran significativos al nivel del 0,05, mientras que para otros¹⁵ tenían un nivel de significación del 0,10.

Test de Matrices Progresivas: Escala Coloreada

Otro instrumento utilizado fue el **Test de Matrices Progresivas: Escala Coloreada**, creado por J.C Raven en el año 1947. Esta prueba, es de selección múltiple, auto administrable y se aplicó de forma individual. Se compone de 3 series de 12 problemas que están destinadas a evaluar “los principales procesos cognitivos de lo que es comúnmente capaz un niño de menos de 12 años” (p.75). El objetivo final de esta prueba es evaluar con la mayor precisión posible el desarrollo mental (Raven, J., Raven, J.C., Court, J. H., 1999).

La forma de aplicación consistió en sentar cómodamente al niño frente a una mesa vacía y presentarle un cuadernillo abierto en el primer ítem, señalándole la siguiente consigna: “Mira esto (señala la figura superior), como ves, es un dibujo al que se le ha sacado una parte. Cada una de estas piezas de abajo (la señala con el dedo), tiene la misma forma que este espacio vacío (lo señala), pero sólo una completa el dibujo. La número 1 tiene la forma justa pero el dibujo no queda bien. La número 2 no tiene ningún dibujo. La número 3 queda muy mal. La número 6 casi sirve pero está mal aquí (señala la parte blanca). Solamente una es buena. Señala tú la figura que queda bien.” No existe tiempo límite y el nivel de desarrollo intelectual se calcula considerando el número de respuestas correctas.

¹⁴ Figura grande, brazos cortos, manos omitidas y omisión del cuello

¹⁵ Sombreado de manos y/o cuello, pronunciada asimetría de las extremidades, transparencias y manos grandes

Luego este puntaje se compara con aquel presentado en la tabla de composición de puntaje normal, para posteriormente obtener percentiles a través de la estandarización de Dumfries. Éstos se asignan al rango correspondiente el cual indicará uno de los 5 niveles de capacidad intelectual (Ibíd.)(Ver Anexo 3).

Normas, confiabilidad y validez del Test de Matrices Progresivas: Escala Coloreada

Las normas del test de matrices progresivas de Raven que se utilizaron, fueron las normas estandarizadas en Dumfries en 1982 (Raven, J., Raven, J.C., Court, J. H., 1999) (Ver Anexo 3).

La confiabilidad retest de esta prueba ha demostrado ser variable en los diferentes rangos etáreos sobre los que ha sido aplicada (variando entre 0,75 y 0,90), así como su nivel de correlación con la escala Termann-Merrill (0,5; 0,65). Cabe destacar que estos niveles se han mantenido dentro de rangos aceptables de confiabilidad (Ibíd.).

En cuanto a la validez se pueden observar diversos estudios al respecto, dentro de los cuales destacan, el estudio realizado por Fletcher, Todd y Satz en 1975 (citado en Raven, J., Raven, J.C. & Court, J. H., 1999), donde se observó (en un contexto hispanoparlante) una correlación de +0,68 con el WAIS, y la investigación realizada por Soriano y Plaza (1961 citado en Raven 1999) que arrojó correlaciones fluctuantes entre +0,96 y +0,59 (Raven, J., Raven, J.C. & Court, J. H., 1999).

Escala de Himmel

Finalmente, se utilizó el **Cuestionario para la Estratificación de Nivel Socio- Económico**. Esta escala, cuya finalidad es acceder al nivel socio-económico al que pertenece el evaluado, fue realizada por Erika Himmel y colaboradores en 1981 (en Casarejos y Reveco, 1989), en respuesta a la necesidad de evaluar el nivel socio- económico (N.S.E) pues, a su juicio, es una variable influyente en ciertas conductas (Casarejos y Reveco, 1989). Clasifica el N.S.E de la familia en base a dos categorías, educación y ocupación de los padres, asumiendo cada una de ellas un valor. Para conocer el N.S.E del evaluado, se considera la suma de ambos puntajes, sin embargo se toma en cuenta sólo el puntaje de aquel padre que haya alcanzado el mayor nivel (Casarejos & Reveco, 1989; Benois, & Yáñez, 1987).

Si bien Erika Himmel postula ciertos criterios para clasificar a los evaluados en N.S.E bajo, medio o alto, las autoras de la presente investigación consideraron el criterio modificado por Pinto, Gallardo y Wenk (2004), ya que según Elisabeth Wenk (1989 citado en Pinto, Gallardo & Wenk, 2004) el criterio original de Erika Himmel no permitía discriminar efectivamente entre los niveles medio bajo, y entre los niveles alto y medio (Pinto, Gallardo & Wenk, 2004).

Este cuestionario fue administrado a los apoderados de los niños integrantes de la muestra, a quienes se les solicitó contestar la escala, marcando con una cruz las categorías educacionales y ocupacionales que los identificara y posteriormente marcar aquellas que representaran al otro padre. Una vez

obtenida la información se procedió a puntuarla, determinando el NSE del niño con el puntaje más alto obtenido por uno o ambos padres (Ibíd.).

Normas, confiabilidad y validez de la escala de Himmel

Este cuestionario se utilizó en su versión modificada de acuerdo al criterio de Pinto Gallardo y Wenk (1991). Como ya se mencionó con anterioridad, las autoras postulan que el cuestionario original no permite discriminar adecuadamente entre los niveles medio y bajo y entre los niveles medio y alto, por lo que contrastaron los resultados obtenidos con la escala de estratificación de O Sepúlveda de 1964, logrando establecer un criterio de corte diferencial para la escala.

La escala junto con los puntajes modificados se encuentran en el Anexo 4.

En cuanto a la confiabilidad de este cuestionario, es de tipo objetiva, pues se obtienen los mismos resultados independientemente de quien corrija el test (E. Wenk, comunicación personal, 07 Mayo, 2004).

Procedimientos

Para obtener los datos del estudio y realizar el análisis correspondiente, en primera instancia, se obtuvo una muestra de participación voluntaria, compuesta por dos grupos de 30 varones cada uno, de nivel socioeconómico alto. Cada uno de estos grupos se diferenció sólo en la presencia o ausencia de TDAH.

Los niños que conformaron el grupo sin TDAH, pertenecían a dos colegios privados de la comuna de Las Condes, mientras que los niños integrantes del grupo con TDAH fueron diagnosticados por expertos. Éstos contactaron

a las investigadoras con los padres, y les solicitaron su colaboración para que sus hijos fuesen evaluados, explicándoles los fines del estudio y asegurando el anonimato, la confidencialidad y el uso de los datos obtenidos sólo para la realización de la presente Memoria.

Posteriormente, se aplicó a los padres la escala Himmel, para obtener el nivel socioeconómico y, a los niños de la muestra el Test de Matrices Progresivas y el DFH, de acuerdo a las consignas definidas anteriormente (pp.87-93). Todos los instrumentos se aplicaron en forma individual, sin tiempo límite y en condiciones de setting y encuadre adecuadas.

Una vez recolectados los datos se identificaron los 30 indicadores emocionales propuestos por Koppitz en los dibujos de la muestra obtenida. Para ello, se contó con la supervisión de la Ps. Ruth Weinstein, experta en pruebas proyectivas, aunando criterios entre las investigadoras y la experta.

Luego, se procedió a ingresar en una planilla y con el programa computacional SPSS, la información obtenida, para comparar la presencia de los indicadores emocionales encontrados en ambos grupos. Además, se establecieron correlaciones entre los indicadores emocionales (a nivel general e individual) y los dibujos realizados por niños con y sin el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Asimismo, se evaluó el conjunto de indicadores emocionales presentes con mayor frecuencia en los dibujos del grupo con TDAH y aquellos que presentaron una correlación importante con el trastorno, en forma individual, con el fin de observar relaciones significativas entre este conjunto y la manifestación de TDAH.

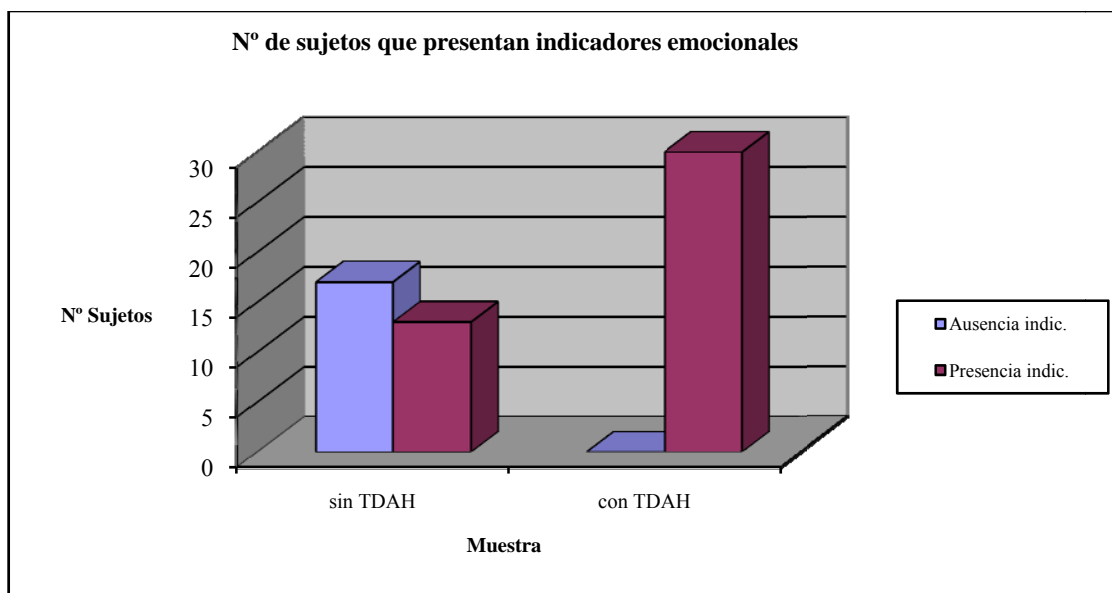
Finalmente, se integró la información recogida

Análisis de Resultados

Con el fin de comprobar las hipótesis planteadas en la presente investigación, a continuación se presenta el análisis estadístico de los resultados obtenidos para las variables: presencia o ausencia de TDAH; presencia o ausencia de indicadores emocionales en el DFH.

Tabla 1: Cantidad de sujetos que presentan Indicadores Emocionales en la muestra total

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	17	56,7	0	0	17	28,3
Presencia indic.	13	43,3	30	100	43	71,7
Total	30	100	30	100	60	100



Respecto al grupo total, se advirtió que 43 sujetos (71,7%) de la muestra presentó uno o más indicadores emocionales, suma que se compuso de 30 niños (50%) con TDAH y de 13 niños (21,66%) sin TDAH. A su vez, 17 individuos (28,3%) del total de los niños evaluados no presentaron indicador.

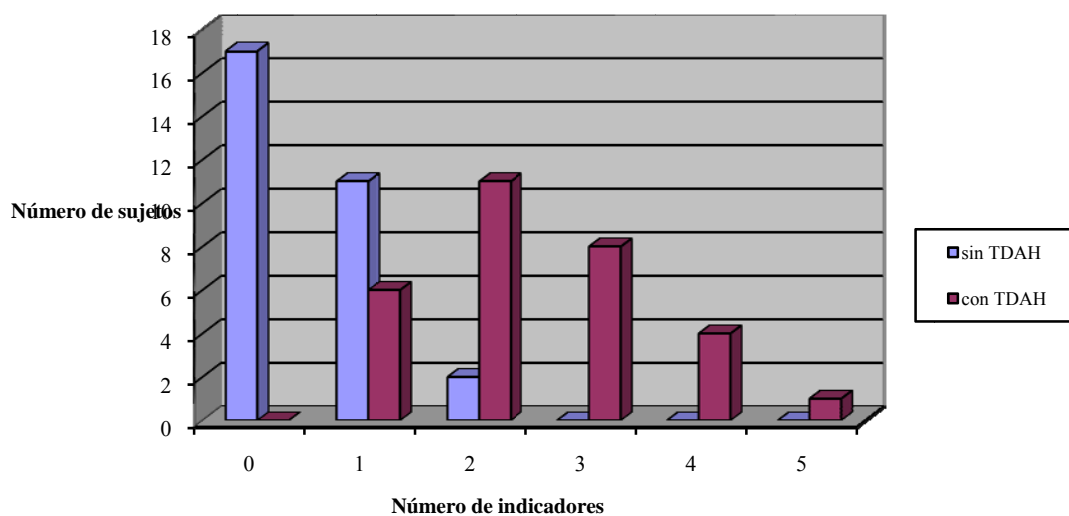
Además, se pudo observar que los 30 (100%) sujetos con TDAH presentaron al menos un indicador emocional, en comparación con la presencia de indicadores emocionales en 13 (43,3%) niños sin TDAH.

En otras palabras, el total de sujetos que no presentó indicadores emocionales, que fueron 17 niños (28,3% de la muestra total), se compuso de niños pertenecientes sólo al grupo sin TDAH. Estos resultados se obtuvieron con $\chi^2 = 23,721$; $p = 0,000$, a través de lo cual se concluyó que la diferencia entre estos grupos es significativa.

Tabla 2: Cantidad de Indicadores Emocionales dividida por grupos (con y sin TDAH)

N° Indicadores	Frec. Grupo sin TDAH		Frec. Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
0	17	56,66	0	0	17	28,33
1	11	36,66	6	20	17	28,33
2	2	6,66	11	36,66	13	21,66
3	0	0	8	26,66	8	13,33
4	0	0	4	13,33	4	6,66
5	0	0	1	3,33	1	1,66
Total	30	100	30	100	60	100

Cantidad de indicadores emocionales por grupo



Al observar los datos, se advirtió que 17 niños (28,33%) de la muestra total no presentaron indicadores emocionales en sus dibujos, mientras que 5 de éstos se presentaron en un 1,66%, es decir sólo un niño manifestó esta

cantidad de indicadores. Cabe señalar, que 30 niños (50%) de la muestra total presentó entre 1 y 2 indicadores emocionales.

Respecto al grupo de niños sin TDAH, se evidenció que más de la mitad de los niños no presentó indicador emocional alguno (56,66%) y que ningún niño (sin TDAH) exhibió más de dos indicadores emocionales en sus dibujos.

En cuanto al grupo con TDAH, se observó que todos los niños presentaron al menos un indicador emocional, manifestando la mayoría (63,32%) entre 2 y 3 indicadores emocionales por dibujo.

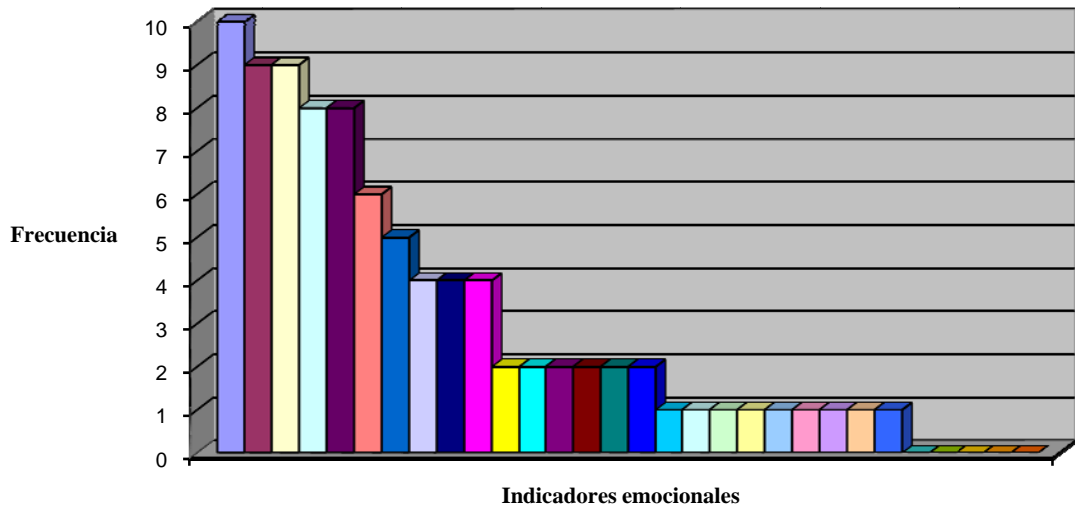
En resumen, comparando ambos grupos, todos los niños con TDAH presentaron algún indicador emocional, entendiéndose por consiguiente que todos los niños que no presentaron indicador se encuentran en el grupo sin TDAH, representando éstos más de la mitad del grupo (56,66%).

Finalmente, al aplicar a estos datos, un coeficiente de correlación biserial, se obtuvo una correlación de 0,495, lo cual implica según Hernández (1991), que la relación existente entre la presencia de TDAH y el número de indicadores emocionales, es positiva media, es decir, el diagnóstico de TDAH se encontraría asociado con un mayor número de indicadores emocionales en el DFH.

Tabla 3: Frecuencias y porcentajes de cada Indicador Emocional en la muestra total

Indicador Emocional	Frecuencia	%
Omisión de la nariz	10	16,7
Figura pequeña	9	15
Piernas juntas	9	15
Inclinación de la figura en 15 grados o más	8	13,3
Dientes	8	13,3
Manos grandes	6	10
Ojos bizcos	5	8,3
Brazos pegados	4	6,7
Brazos cortos	4	6,7
Integración pobre	4	6,7
Omisión de las piernas	2	3,3
Figura grande	2	3,3
Transparencias	2	3,3
Cabeza pequeña	2	3,3
Nubes-lluvia-nieve	2	3,3
Brazos largos	2	3,3
Omisión de los pies	1	1,7
Omisión del cuello	1	1,7
Sombreado de la cara o parte de la misma	1	1,7
Sombreado del cuerpo y/o extremidades	1	1,7
Sombreado de las manos y/o cuello	1	1,7
Manos omitidas	1	1,7
Omisión de la boca	1	1,7
Omisión del cuerpo	1	1,7
Pronunciada asimetría de las extremidades	1	1,7
Figura monstruosa o grotesca	0	0
Dibujo espontáneo de tres o más figuras	0	0
Omisión de los brazos	0	0
Omisión de los ojos	0	0
Genitales	0	0

Frecuencia de indicadores emocionales



■ Omisión de la nariz	■ Figura pequeña	■ Piernas juntas	■ Inclinación
■ Dientes	■ Manos grandes	■ Ojos bizcos	■ Brazos pegados
■ Brazos cortos	■ Integración pobre	■ Omisión de las piernas	■ Figura grande
■ Transparencias	■ Cabeza pequeña	■ Nubes-lluvia-nieve	■ Brazos largos
■ Omisión de los pies	■ Omisión del cuello	■ Sombreado de la cara	■ Sombreado del cuerpo
■ Sombreado manos	■ Manos omitidas	■ Omisión boca	■ Omisión cuerpo
■ Asimetría extremidades	■ Figura monstruosa	■ Tres o más figuras	■ Omisión brazos
■ Omisión ojos	■ Genitales		

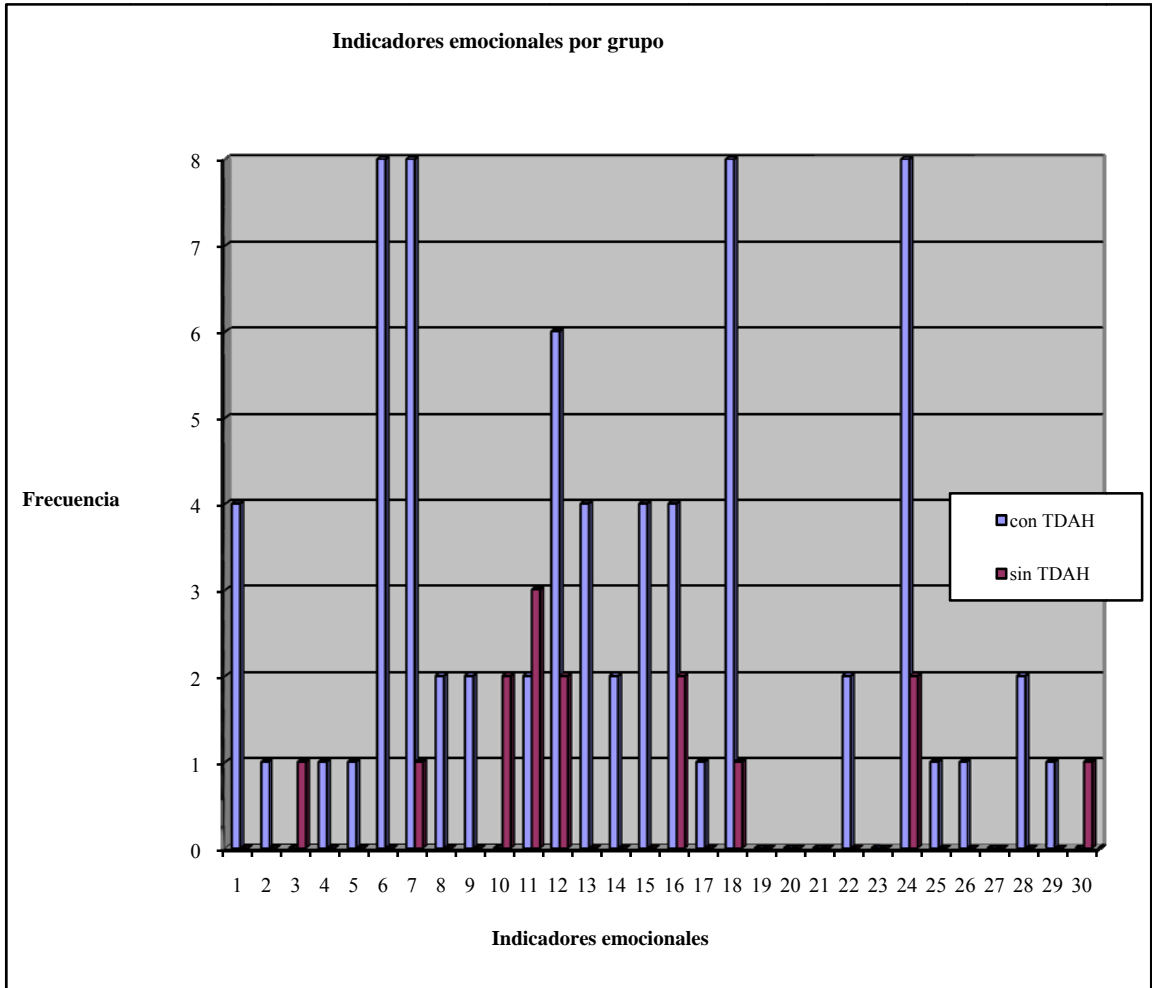
Respecto a la presencia de cada indicador emocional en el total de la muestra, se observó que los indicadores emocionales omisión de nariz (16,7%), figura pequeña (15%), piernas juntas (15%), inclinación de la figura (13,3%) y dientes (13,3%) se presentaron en mayor proporción.

Por otra parte, omisión de los pies, omisión del cuello, sombreado de la cara o parte de la misma, sombreado del cuerpo y/o extremidades, sombreado de las manos y/o cuello, manos omitidas, omisión de la boca, omisión del cuerpo y pronunciada asimetría de las extremidades fueron los indicadores emocionales que se presentaron en menor proporción (1,7%).

Cabe señalar que los indicadores emocionales figura monstruosa o grotesca, dibujo espontáneo de tres o más figuras, omisión de brazos, omisión de ojos y genitales no se presentaron en ningún dibujo de la muestra.

Tabla 4: Frecuencias y porcentajes de cada Indicador Emocional dividida por grupos (con y sin TDAH)

Indicador Emocional	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH	
	Frec.	%	Frec.	%
Omisión de la nariz	2	6,7	8	26,7
Piernas juntas	1	3,3	8	26,7
Figura pequeña	1	3,3	8	26,7
Dientes	2	6,7	6	20
Manos grandes	2	6,7	4	13,3
Ojos bizcos	3	10	2	6,7
Inclinación de la figura en 15 grados o más	0	0	8	26,7
Brazos cortos	0	0	4	13,3
Integración pobre	0	0	4	13,3
Brazos pegados	0	0	4	13,3
Brazos largos	0	0	2	6,7
Nubes-lluvia-nieve	0	0	2	6,7
Omisión de las piernas	0	0	2	6,7
Figura grande	0	0	2	6,7
Transparencias	0	0	2	6,7
Cabeza pequeña	2	6,7	0	0
Sombreado de la cara o parte de la misma	0	0	1	3,3
Sombreado de las manos y/o cuello	0	0	1	3,3
Pronunciada asimetría de las extremidades	0	0	1	3,3
Manos omitidas	0	0	1	3,3
Omisión de los pies	0	0	1	3,3
Omisión de la boca	0	0	1	3,3
Omisión del cuerpo	0	0	1	3,3
Omisión del cuello	1	3,3	0	0
Sombreado del cuerpo y/o extremidades	1	3,3	0	0
Omisión de los ojos	0	0	0	0
Omisión de los brazos	0	0	0	0
Genitales	0	0	0	0
Figura monstruosa o grotesca	0	0	0	0
Dibujo espontáneo de tres o más figuras	0	0	0	0



- | | | |
|------------------------|----------------------|---------------------------|
| 1 = Integración pobre | 11 = Ojos bizcos | 21 = Tres figuras |
| 2 = Sombreado cara | 12 = Dientes | 22 = Nubes- lluvia- nieve |
| 3 = Sombreado cuerpo | 13 = Brazos cortos | 23 = Omisión ojos |
| 4 = Sombreado manos | 14 = Brazos largos | 24 = Omisión nariz |
| 5 = Asimetría extrem. | 15 = Brazos pegados | 25 = Omisión boca |
| 6 = Inclinación figura | 16 = Manos grandes | 26 = Omisión cuerpo |
| 7 = Figura pequeña | 17 = Manos omitidas | 27 = Omisión brazos |
| 8 = Figura grande | 18 = Piernas juntas | 28 = Omisión piernas |
| 9 = Transparencias | 19 = Genitales | 29 = Omisión pies |
| 10 = Cabeza pequeña | 20 = Fig. monstruosa | 30 = Omisión cuello |

Los indicadores emocionales que más se presentaron en el grupo de niños con TDAH fueron: inclinación de la figura en 15° o más, figura pequeña, piernas juntas y omisión de la nariz (26,7% cada uno).

Coincidentemente, estos mismos indicadores se presentaron más recurrentemente en este grupo que en el grupo de los niños sin TDAH, no obstante inclinación de la figura en 15° o más, fue el único de estos indicadores que no se presentó en el grupo de niños sin TDAH.

Así, los indicadores que se presentaron exclusivamente en el grupo de niños con TDAH fueron: integración pobre de las partes de la figura, junto con los indicadores emocionales sombreado de la cara, sombreado de las manos y/o cuello, pronunciada asimetría de las extremidades, figura grande, transparencias, brazos cortos, brazos largos, brazos pegados, manos omitidas, nubes- lluvia- nieve, omisión de la boca, omisión del cuerpo, omisión de las piernas y omisión de los pies.

A partir de lo anterior, se consideró relevante distinguir entre aquellos indicadores emocionales que, presentándose exclusivamente en el grupo de niños con TDAH, aparecieron con mayor y menor frecuencia. Los indicadores emocionales que se exhibieron con mayor frecuencia fueron: inclinación de la figura (8)¹⁶, integración pobre de las partes de la figura (4), brazos cortos (4) y brazos pegados (4); mientras que, los indicadores menos frecuentes fueron: figura grande (2), transparencias (2), brazos largos (2), nubes- lluvia- nieve (2), omisión de las piernas (2), sombreado de la cara (1), sombreado de las manos y/o cuello (1), pronunciada

¹⁶ Los números entre paréntesis aluden a la cantidad de sujetos que presentó el indicador emocional.

asimetría de las extremidades (1), manos omitidas (1), omisión de la boca (1), omisión del cuerpo (1) y omisión de los pies (1).

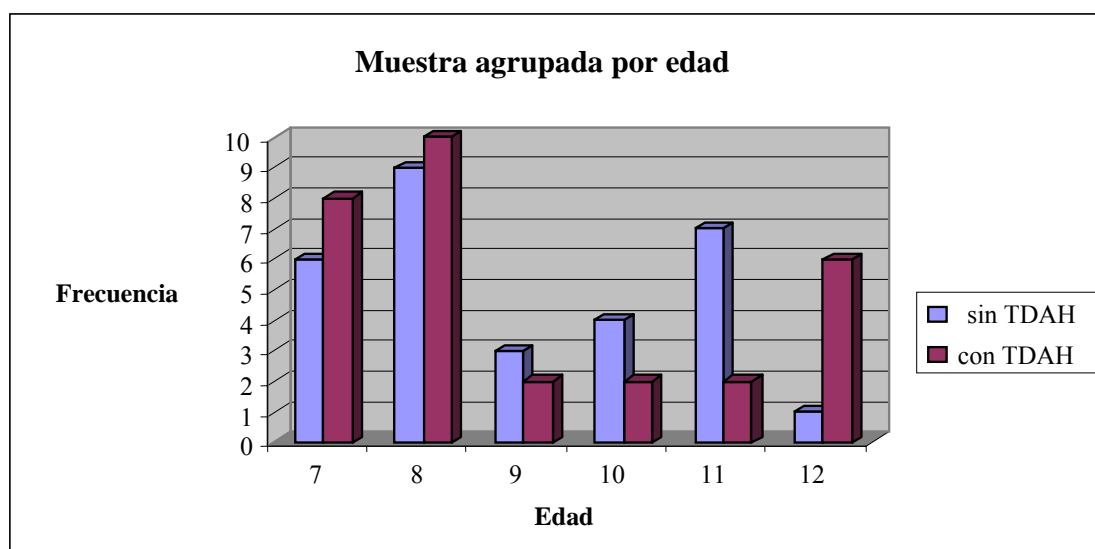
A su vez, los indicadores emocionales figura pequeña, dientes, manos grandes, piernas juntas y omisión de nariz se presentaron en ambos grupos, sin embargo, se advirtió en mayor proporción en el grupo de los niños con TDAH que en aquellos que no presentaban el trastorno.

En cuanto al grupo de niños que no presentan TDAH, se observó que los indicadores emocionales hallados con mayor frecuencia en sus dibujos fueron: ojos bizcos (10%), dientes, manos grandes, omisión de la nariz y cabeza pequeña (6,7% cada uno), siendo este último junto con omisión de cuello y sombreado de cuerpo (3,3% cada uno) los únicos exhibidos sólo en este grupo y por ende ausentes en los dibujos de los niños con TDAH.

Es importante destacar que, al comparar ambos grupos (sin TDAH y con TDAH), el indicador emocional ojos bizcos presentó el mayor porcentaje de aparición entre los dibujos de los niños sin TDAH (10%) y que, a su vez, se manifestó con mayor frecuencia que en el grupo de niños con TDAH (un 10%, en comparación con un 6,7% del grupo con TDAH).

Tabla 5: Muestra agrupada por edad

Edad	Frec. Grupo sin TDAH		Frec. Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
7	6	20	8	26,66	14	23,33
8	9	30	10	33,33	19	31,66
9	3	10	2	6,66	5	8,33
10	4	13,33	2	6,66	6	10
11	7	23,33	2	6,66	9	15
12	1	3,33	6	20	7	11,66
Total	30	100	30	100	60	100



Al observar los datos expuestos en la tabla, es posible señalar que la muestra extraída, se conformó por: 14 (23,3%) niños de 7 años, 19 (31,66%) de 8 años, 5(8,33%) de 9 años, 6 (10%) de 10 años, 9 (15%) de 11 años y 7 (11,66%) de 12 años, de lo cual se desprende que más del 50% tiene entre 7y 8 años de edad.

Tabla 6: Cantidad de niños con TDAH que presentó cada Indicador Emocional, divididos por edad

Edad						
Indicador Emocional	7	8	9	10	11	12
Omisión de la nariz	2	3	1	1	0	1
Figura pequeña	1	2	1	1	2	1
Piernas juntas	2	2	0	0	2	2
Inclin. de la figura en 15° o más	3	2	1	0	1	1
Dientes	0	4	0	0	0	2
Manos grandes	2	1	0	0	0	1
Brazos pegados	1	0	0	0	2	1
Brazos cortos	2	1	1	0	0	0
Integración pobre	3	1	0	0	0	0
Ojos bizcos	0	0	0	1	0	1
Omisión de las piernas	2	0	0	0	0	0
Figura grande	0	2	0	0	0	0
Transparencias	0	2	0	0	0	0
Nubes-lluvia-nieve	0	0	1	1	0	0
Brazos largos	0	1	0	0	0	1
Omisión de los pies	0	0	1	0	0	0
Somb. de la cara o parte de la misma	0	1	0	0	0	0
Somb. de las manos y/o cuello	0	1	0	0	0	0
Manos omitidas	0	0	1	0	0	0
Omisión del cuerpo	1	0	0	0	0	0
Pron. asimetría de las extremidades	0	0	1	0	0	0
Figura monstruosa o grotesca	0	0	0	0	0	0
Dibujo espontáneo de tres o más fig	0	0	0	0	0	0
Omisión de los brazos	0	0	0	0	0	0
Omisión de los ojos	0	0	0	0	0	0
Cabeza pequeña	0	0	0	0	0	0
Omisión del cuello	0	0	0	0	0	0
Genitales	0	0	0	0	0	0
Somb. del cuerpo y/o extremidades	0	0	0	0	0	0
Omisión de la boca	0	0	0	0	0	0

Los datos de la tabla señalan, que a los 7 años, los indicadores emocionales más frecuentes en el grupo de niños con TDAH¹⁷ fueron integración pobre (3)¹⁸ e inclinación de la figura en 15° o más (3), seguidos por omisión de la nariz (2), piernas juntas (2), manos grandes (2), brazos cortos (2) y omisión de las piernas (2). Aquellos con menor frecuencia fueron figura pequeña (1), brazos pegados (1) y omisión del cuerpo (1).

En cuanto a los niños de 8 años, el indicador emocional que más se presentó fue dientes (4) y luego omisión de la nariz (3); seguidos por figura pequeña (2), piernas juntas (2); inclinación de la figura en 15° o más (2), figura grande (2) y transparencias (2); mientras que los menos frecuentes fueron manos grandes (1), brazos cortos (1), integración pobre de las partes (1), brazos largos (1), sombreado de la cara o parte de la misma (1) y sombreado de las manos y/o cuello (1).

A los 9 años, los indicadores emocionales omisión de la nariz, figura pequeña, inclinación de la figura en 15° o más, brazos cortos, nubes-lluvia-nieve, omisión de los pies, manos omitidas y pronunciada asimetría de las extremidades sólo se presentaron una vez.

A los 10 años, los indicadores emocionales manifestados fueron omisión de nariz, figura pequeña, ojos bizcos y nubes-lluvia nieve, los que también se presentaron sólo una vez.

¹⁷ Solamente se consideró al grupo con TDAH para la realización de un análisis de indicadores emocionales por edad, debido a la baja frecuencia de indicadores presentados por el grupo de niños sin TDAH.

¹⁸ Los números entre paréntesis aluden a la cantidad de sujetos que presentó el indicador emocional.

Los indicadores emocionales más frecuentes a los 11 años fueron figura pequeña (2), piernas juntas (2) y brazos pegados (2), mientras que inclinación de la figura en 15° o más se exhibió en sólo una oportunidad.

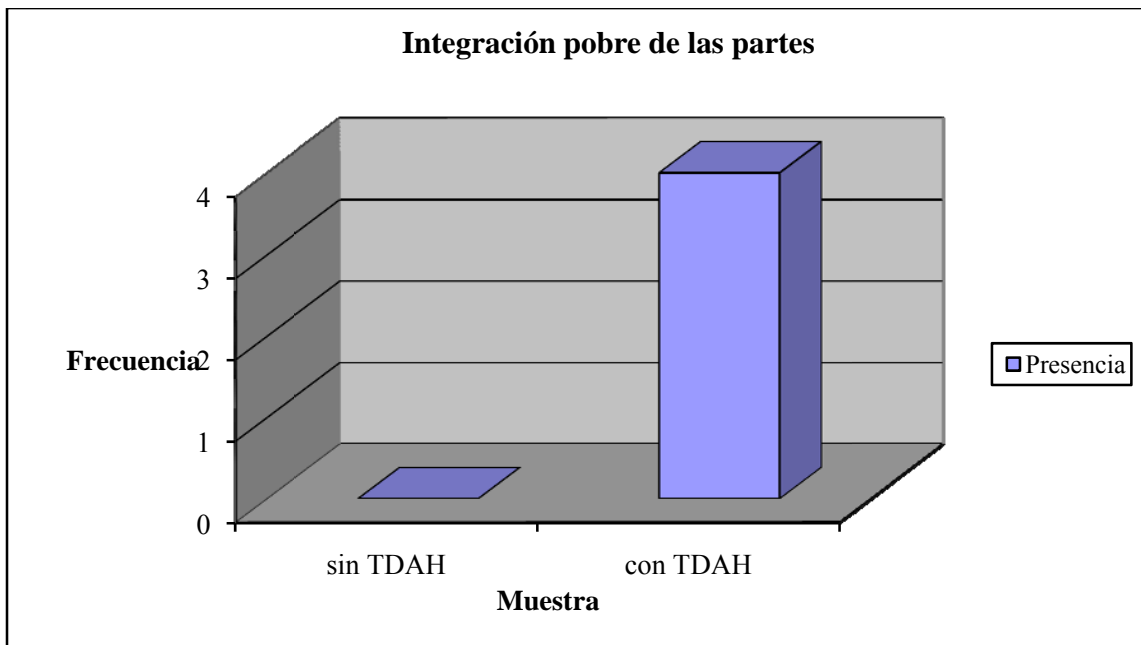
Finalmente, a los 12 años piernas juntas (2) y dientes (2) se manifestaron con mayor frecuencia, en comparación con omisión de la nariz, figura pequeña, inclinación de la figura en 15° o más, manos grandes, ojos bizcos, brazos pegados y brazos largos, que se

Para revisar estadísticamente la significación de las diferencias observadas entre ambos grupos, se utilizó la Prueba exacta de Fisher¹⁹. Así, para cada indicador emocional se presenta a continuación sus significancias, frecuencias y proporciones de aparición.

¹⁹ Para la prueba de diferencia (F de Fisher), se trabajará con un nivel de confianza del 95%, por lo tanto si $p \leq 0,05$ se considerará como diferencia significativa.

Tabla 7: Indicador emocional: Integración pobre de las partes

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	30	100	26	86,7	56	93,3
Presencia indic.	0	0	4	13,3	4	6,7
Total	30	100	30	100	60	100

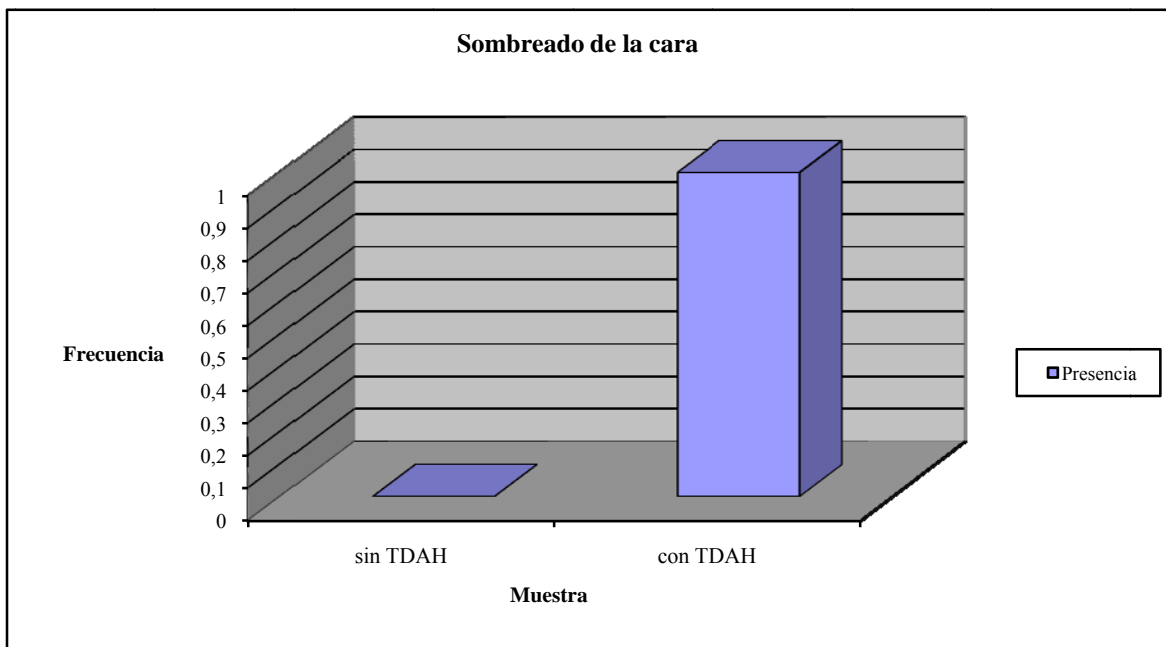


$$p = 0,112$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional integración pobre de las partes.

Tabla 8: Indicador emocional: Sombreado de la cara o parte de la misma

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	30	100	29	96,7	59	98,3
Presencia indic.	0	0	1	3,3	1	1,7
Total	30	100	30	100	60	100

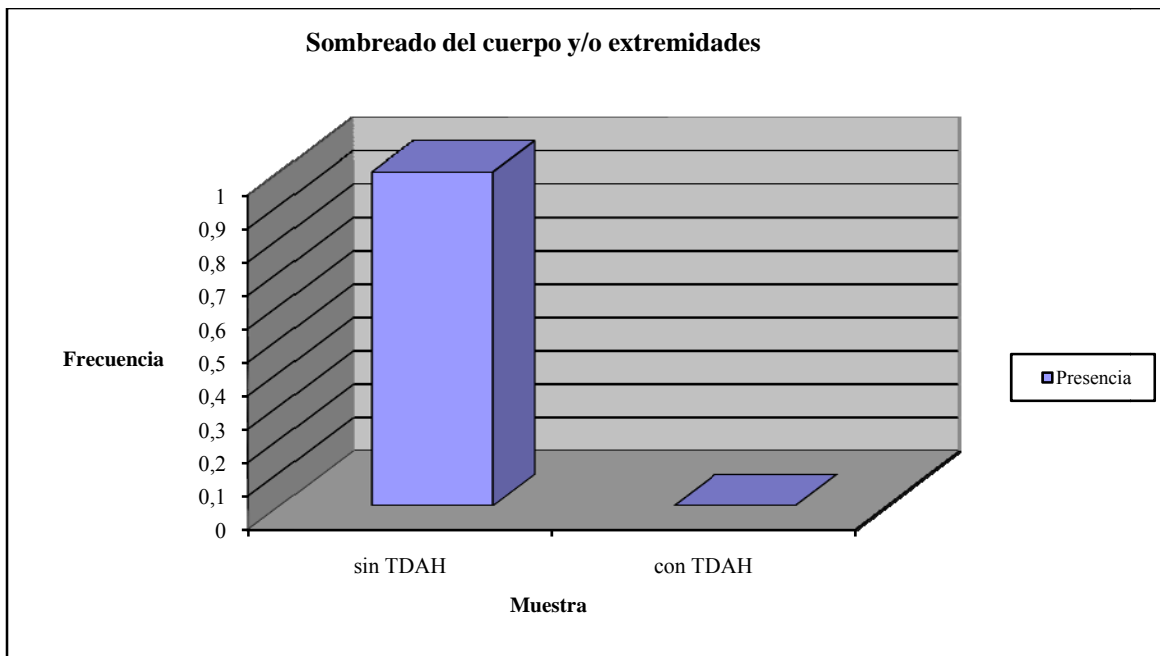


$$p = 1,000$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional sombreado de la cara o parte de la misma.

Tabla 9: Indicador emocional: Sombreado del cuerpo y/o extremidades

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	29	96,7	30	100	59	98,3
Presencia indic.	1	3,3	0	0	1	1,7
Total	30	100	30	100	60	100

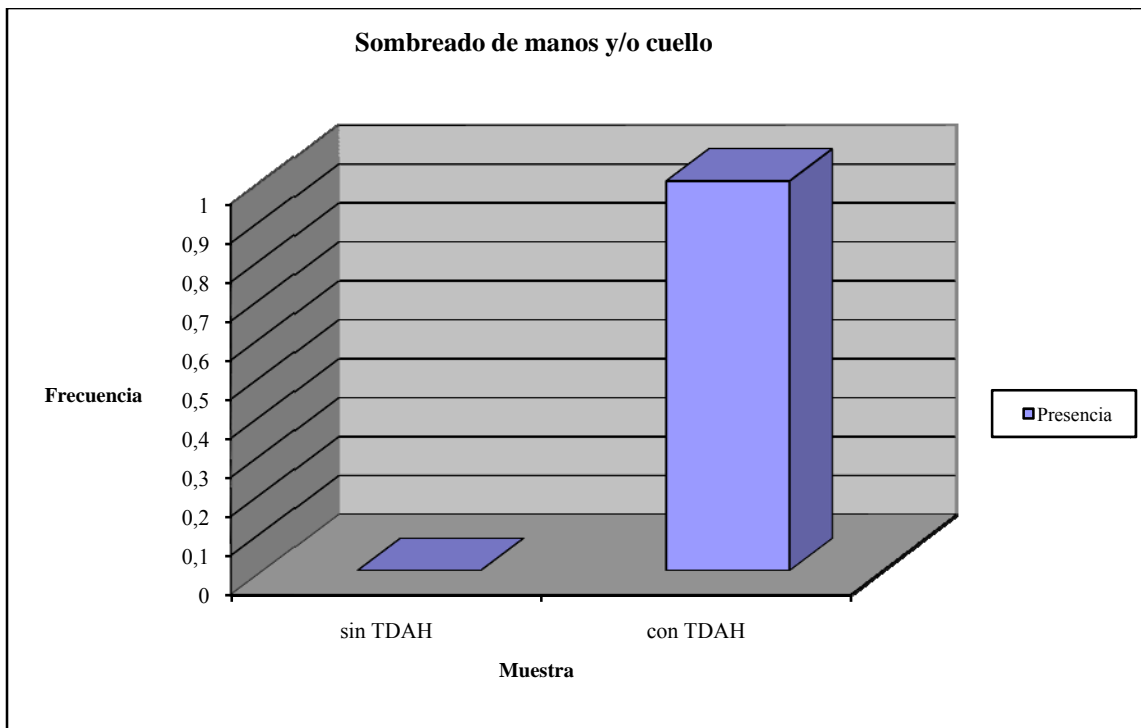


$$p = 1,000$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional sombreado del cuerpo y/o extremidades.

Tabla 10: Indicador emocional: Sombreado de las manos y/o cuello

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	30	100	29	96,7	59	98,3
Presencia indic.	0	0	1	3,3	1	1,7
Total	30	100	30	100	60	100

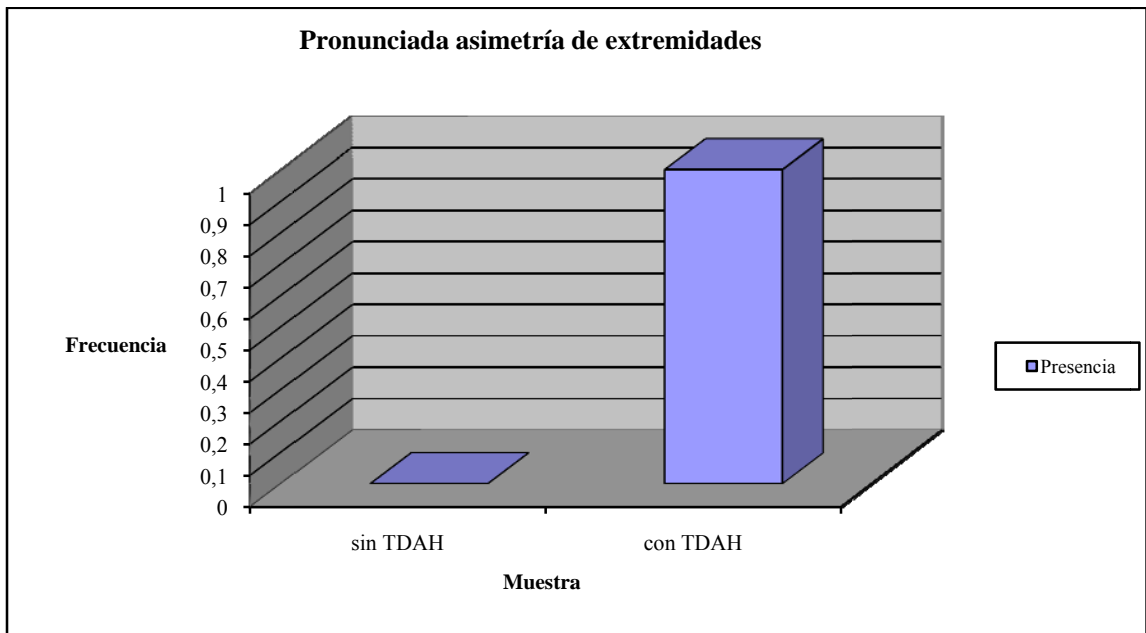


$$p = 1,000$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional sombreado de las manos y/o cuello.

Tabla 11: Indicador emocional: Pronunciada asimetría de extremidades

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	30	100	29	96,7	59	98,3
Presencia indic.	0	0	1	3,3	1	1,7
Total	30	100	30	100	60	100

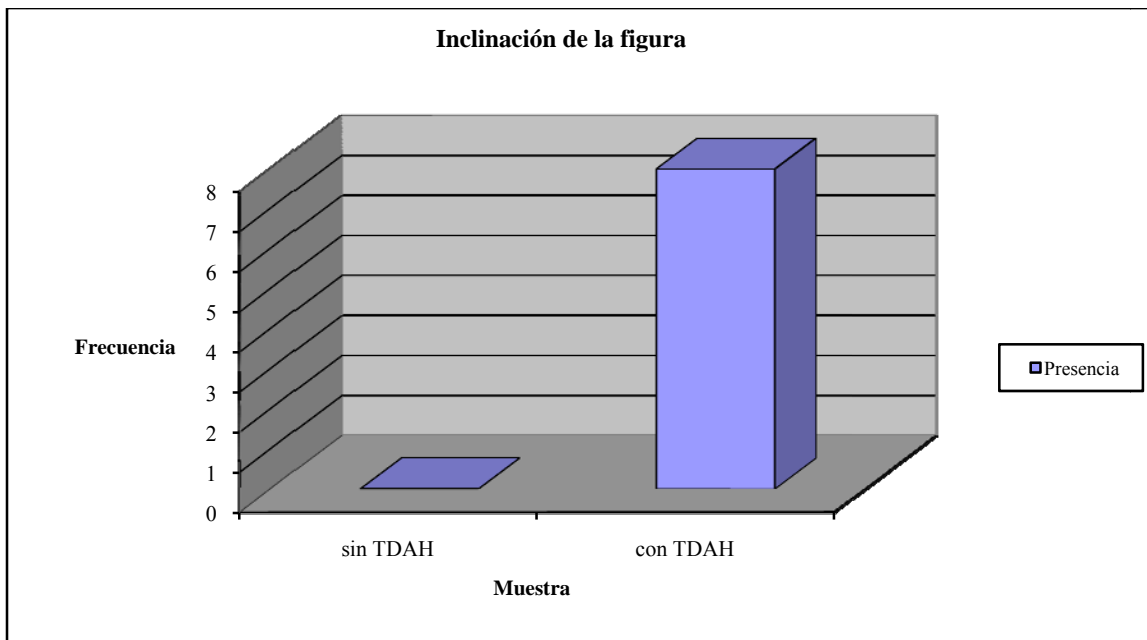


$$p = 1,000$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional pronunciada asimetría de las extremidades.

Tabla 12: Indicador emocional: Inclinación de la figura en 15° o más

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	30	100	22	73,3	52	86,7
Presencia indic.	0	0	8	26,7	8	13,3
Total	30	100	30	100	60	100

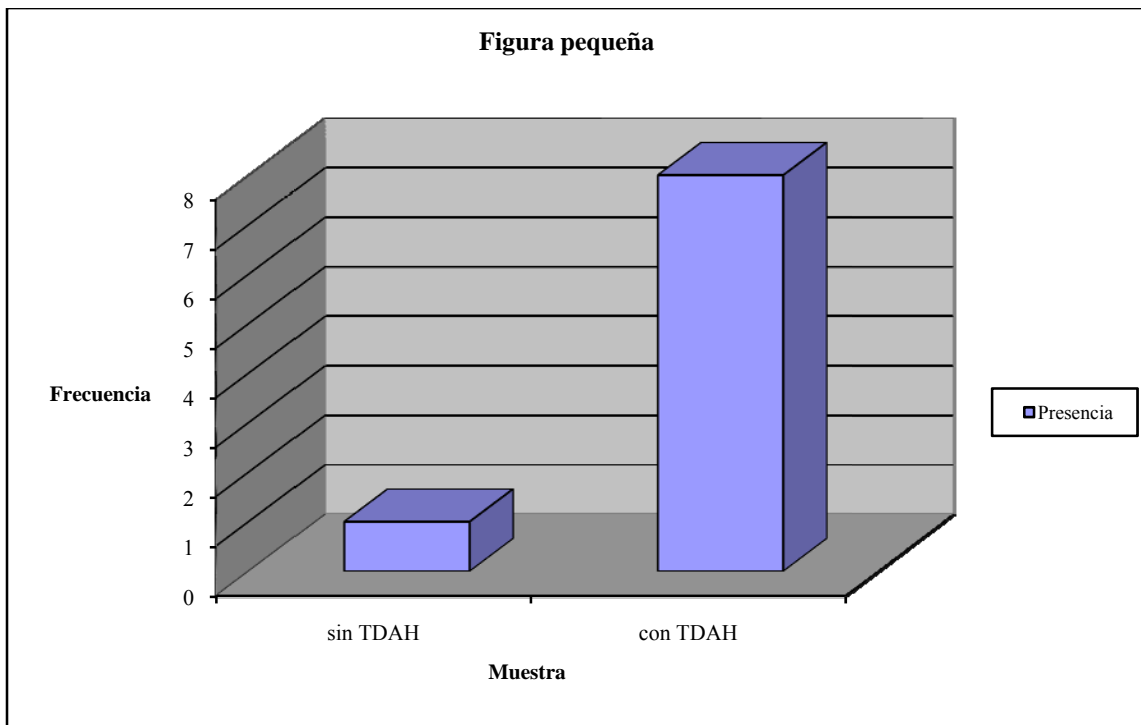


$$p = 0,005$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que la presencia del indicador emocional inclinación de la figura en 15 grados o más, es significativamente mayor en los dibujos de los niños con TDAH, que en aquellos que no presentan el trastorno.

Tabla 13: Indicador emocional: Figura pequeña

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	29	96,7	22	73,3	51	85
Presencia indic.	1	3,3	8	26,7	9	15
Total	30	100	30	100	60	100

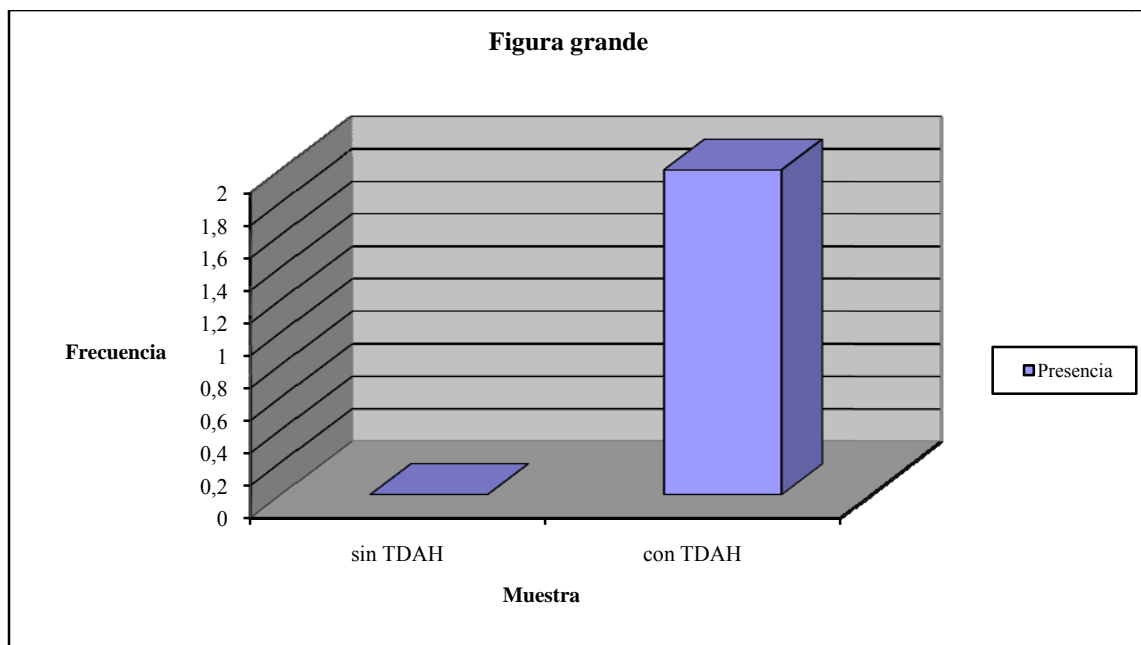


$$p = 0,026$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que la presencia del indicador emocional figura pequeña, es significativamente mayor en los dibujos de los niños con TDAH, que en aquellos que no presentan el trastorno.

Tabla 14: Indicador emocional: Figura grande

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	30	100	28	93,3	58	96,7
Presencia indic.	0	0	2	6,7	2	3,3
Total	30	100	30	100	60	100

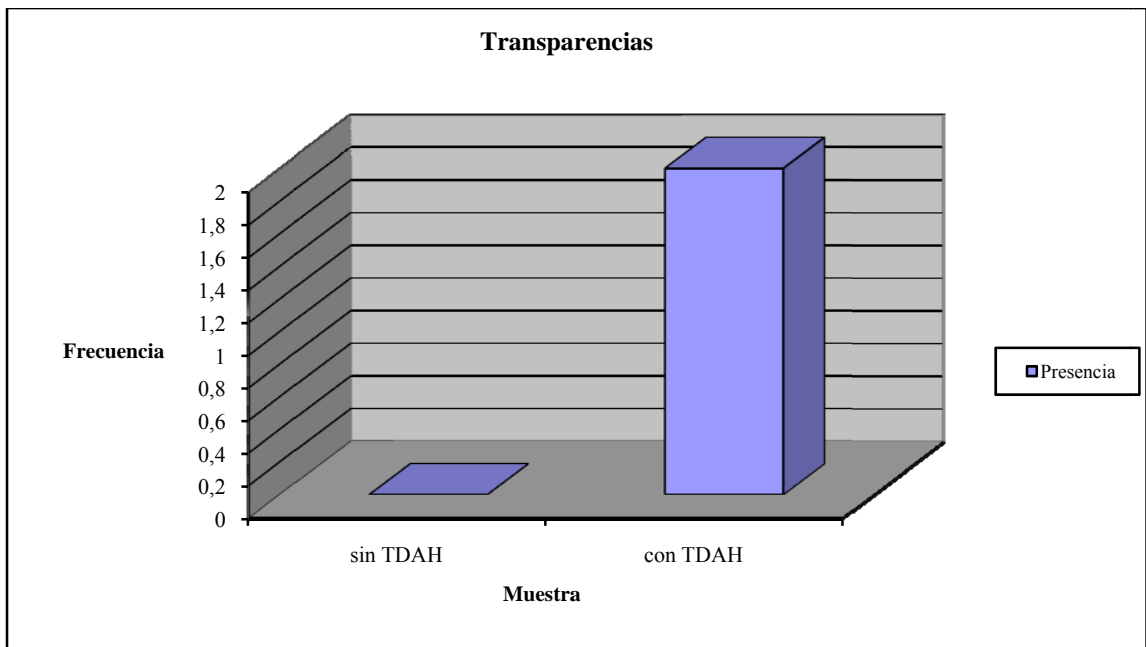


$$p = 0,492$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional figura grande.

Tabla 15: Indicador emocional: Transparencias

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	30	100	28	93,3	58	96,7
Presencia indic.	0	0	2	6,7	2	3,3
Total	30	100	30	100	60	100

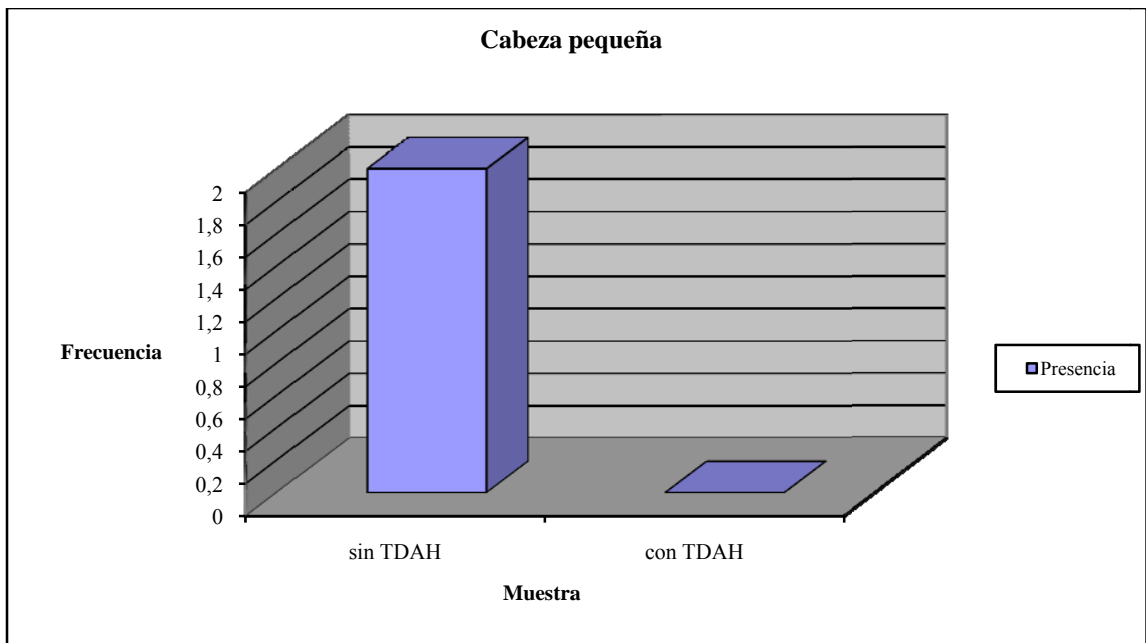


$$p = 0,492$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional transparencias.

Tabla 16: Indicador emocional: Cabeza pequeña

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	28	93,3	30	100	58	96,7
Presencia indic.	2	6,7	0	0	2	3,3
Total	30	100	30	100	60	100

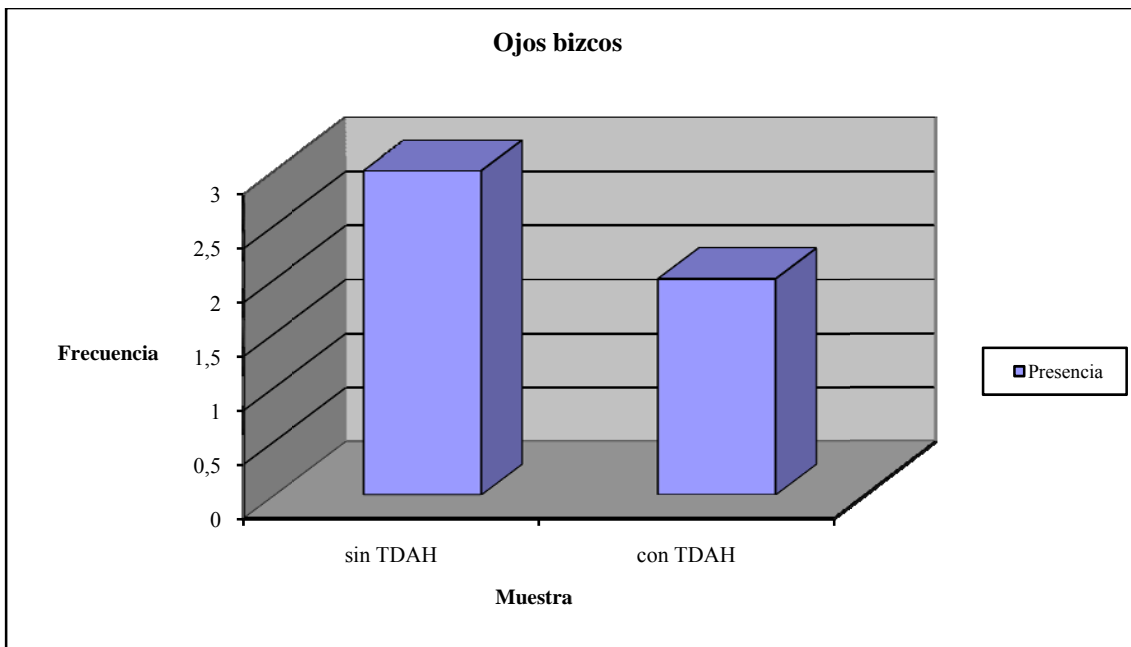


$$p = 0,492$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional cabeza pequeña.

Tabla 17: Indicador emocional: Ojos bizcos

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	27	90	28	93,3	55	91,7
Presencia indic.	3	10	2	6,7	5	8,3
Total	30	100	30	100	60	100

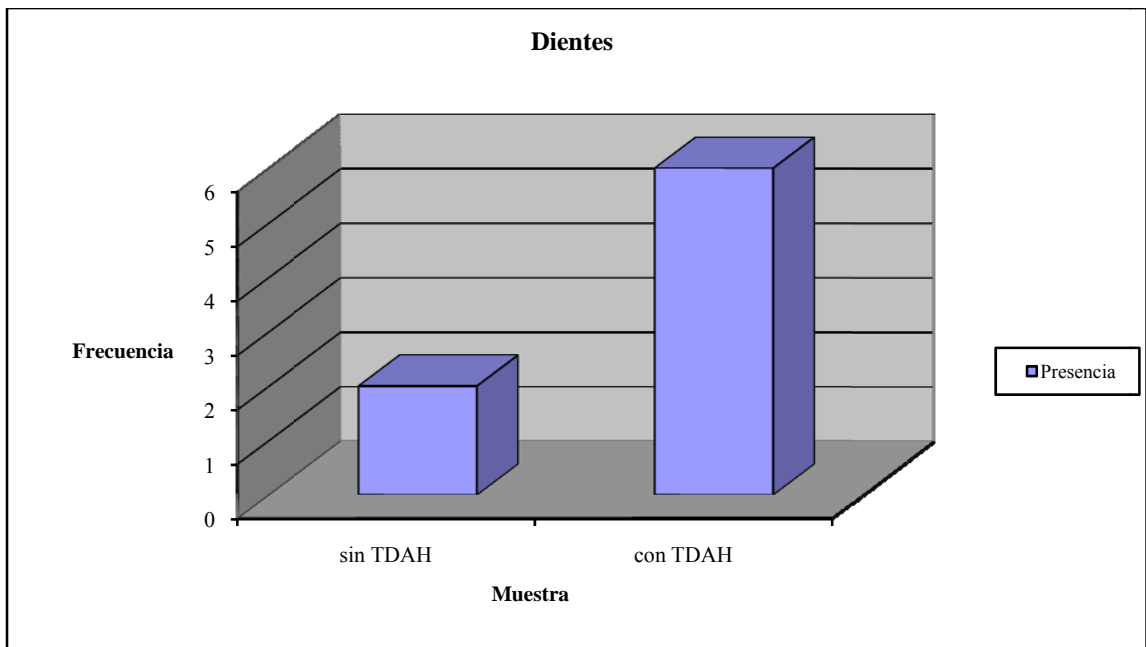


$$p = 1,000$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional ojos bizcos.

Tabla 18: Indicador emocional: Dientes

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
Dientes	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	28	93,3	24	80	52	86,7
Presencia indic.	2	6,7	6	20	8	13,3
Total	30	100	30	100	60	100

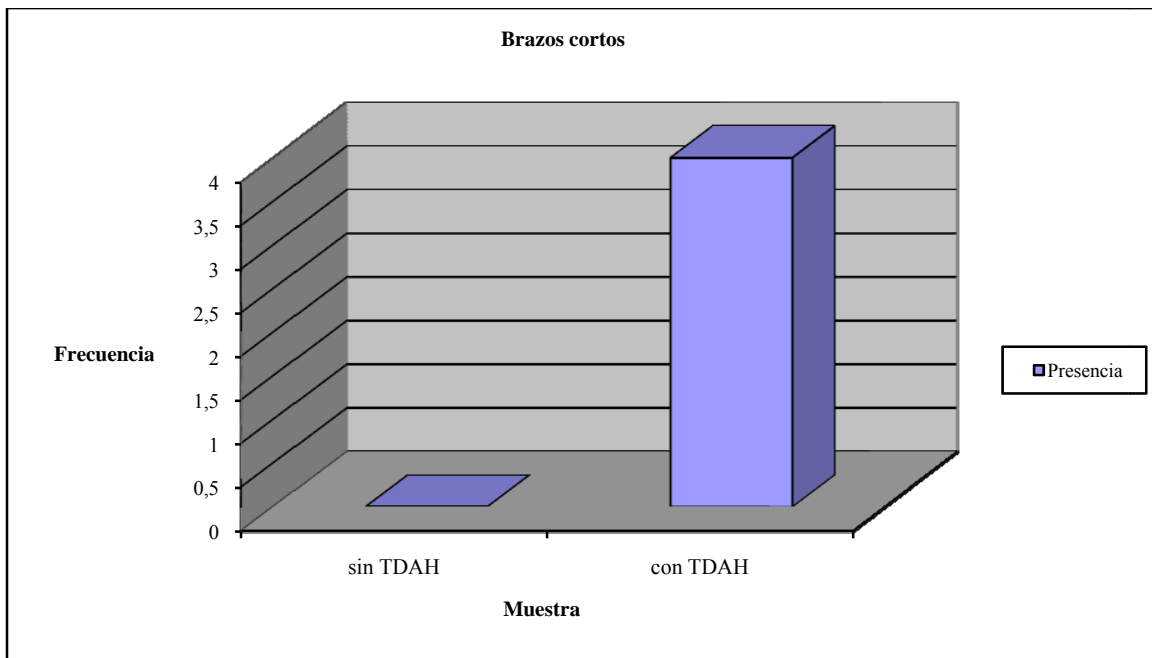


$$p = 0,254$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional dientes.

Tabla 19: Indicador emocional: Brazos cortos

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	30	100	26	86,7	56	93,3
Presencia indic.	0	0	4	13,3	4	6,7
Total	30	100	30	100	60	100

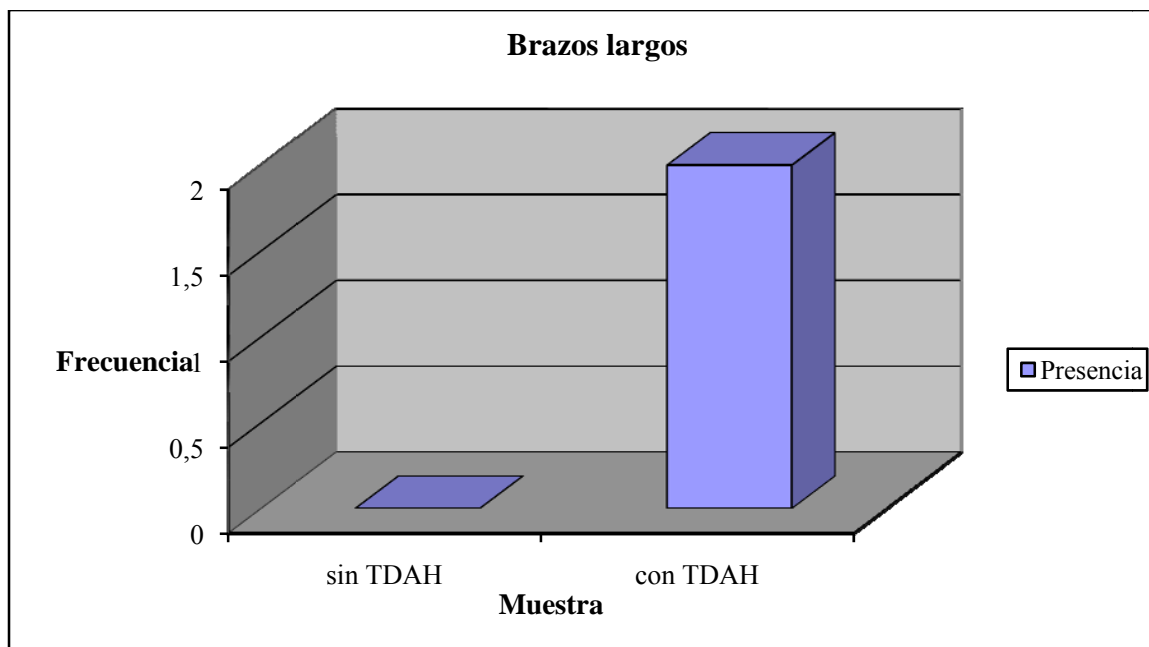


$$p = 0,112$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional brazos cortos.

Tabla 20: Indicador emocional: Brazos largos

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	30	100	28	93,3	58	96,7
Presencia indic.	0	0	2	6,7	2	3,3
Total	30	100	30	100	60	100

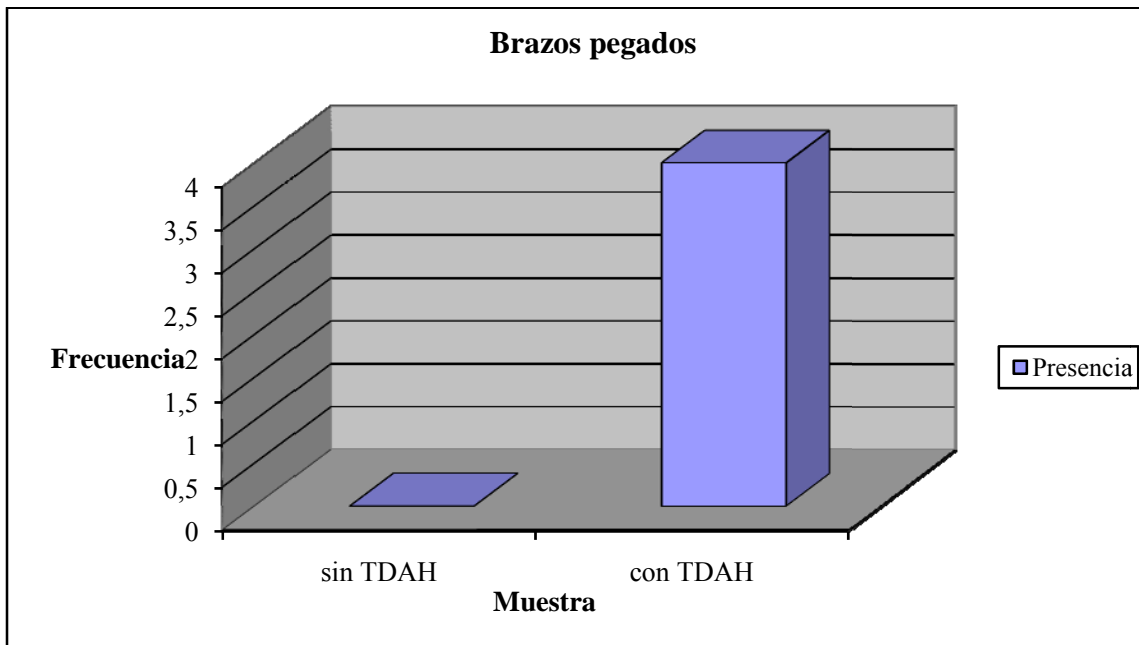


$$p = 0,492$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional brazos largos.

Tabla 21: Indicador emocional: Brazos pegados

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Brazos pegados						
Ausencia indic.	30	100	26	86,7	56	93,3
Presencia indic.	0	0	4	13,3	4	6,7
Total	30	100	30	100	60	100

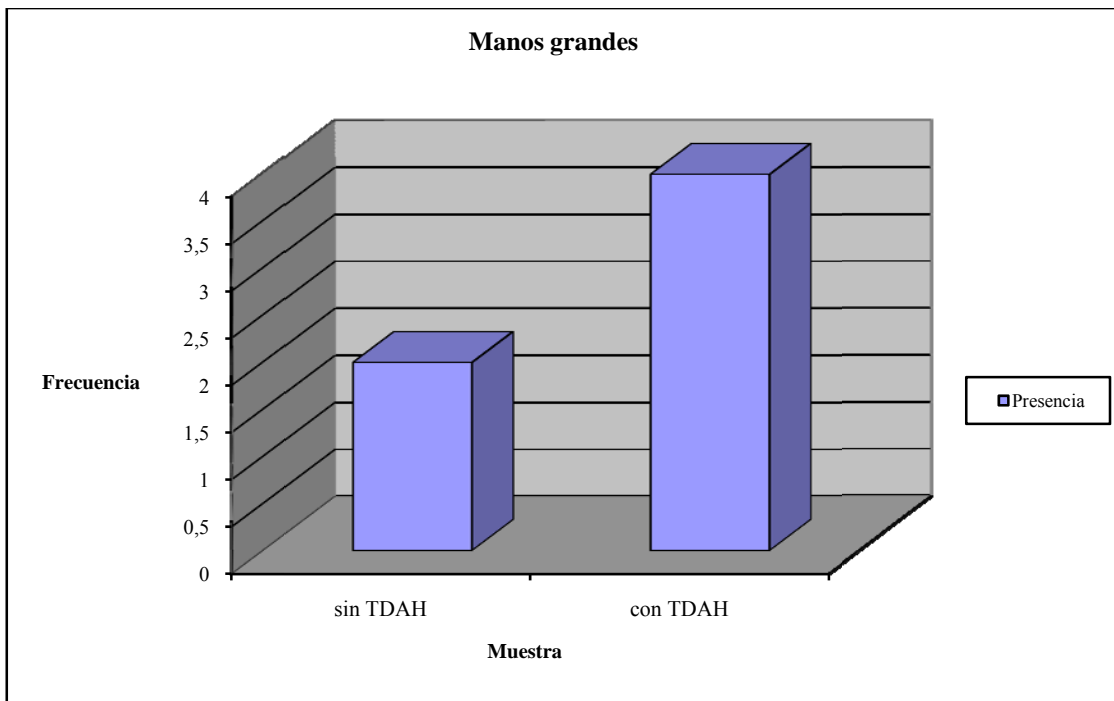


$$p = 0,112$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional brazos pegados.

Tabla 22: Indicador emocional: Manos grandes

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	28	93,3	26	86,7	54	90
Presencia indic.	2	6,7	4	13,3	6	10
Total	30	100	30	100	60	100

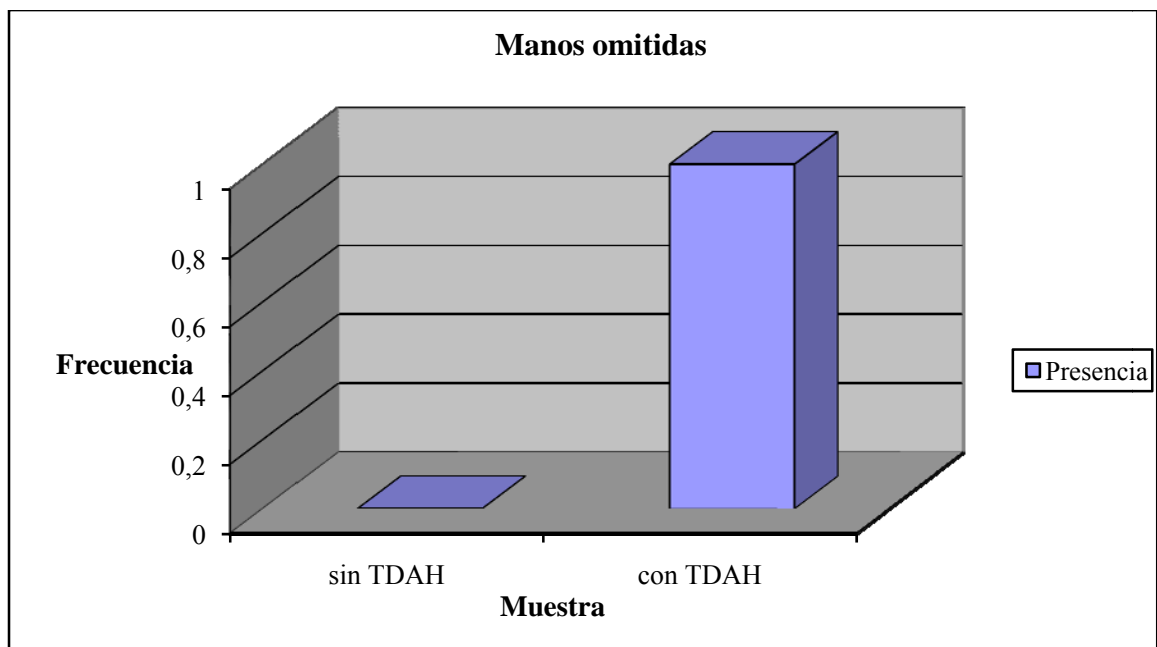


$$p = 0,671$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional manos grandes.

Tabla 23: Indicador emocional: Manos omitidas

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	30	100	29	96,7	59	98,3
Presencia indic.	0	0	1	3,3	1	1,7
Total	30	100	30	100	60	100

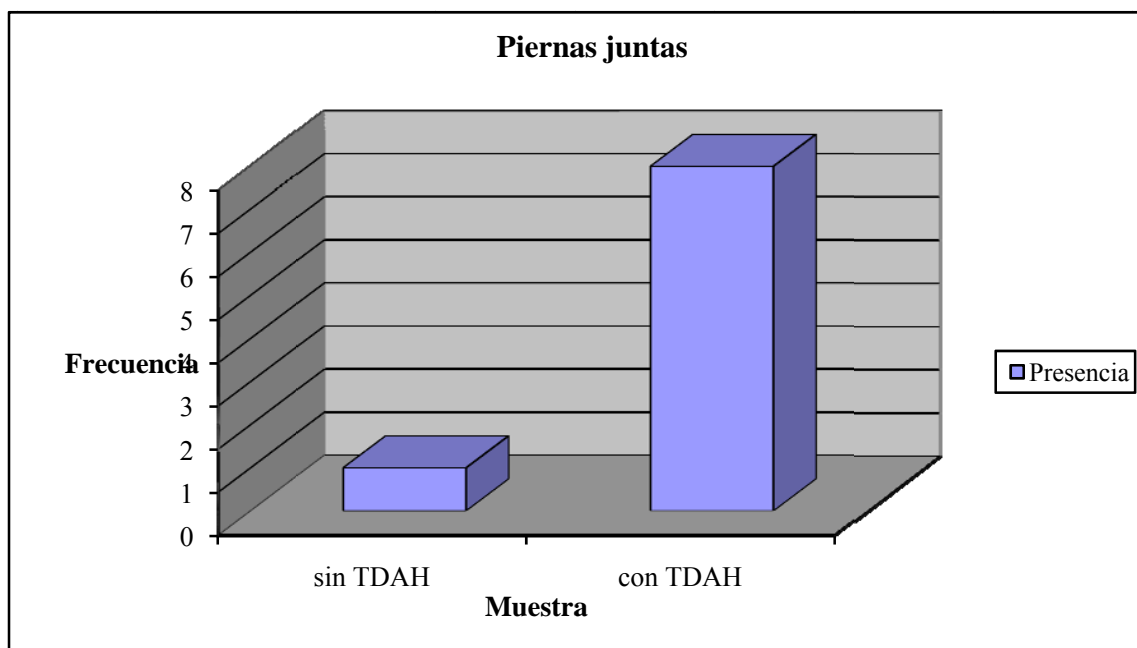


$$p = 1,000$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional manos omitidas.

Tabla 24: Indicador emocional: Piernas juntas

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	29	96,7	22	73,3	51	85
Presencia indic.	1	3,3	8	26,7	9	15
Total	30	100	30	100	60	100

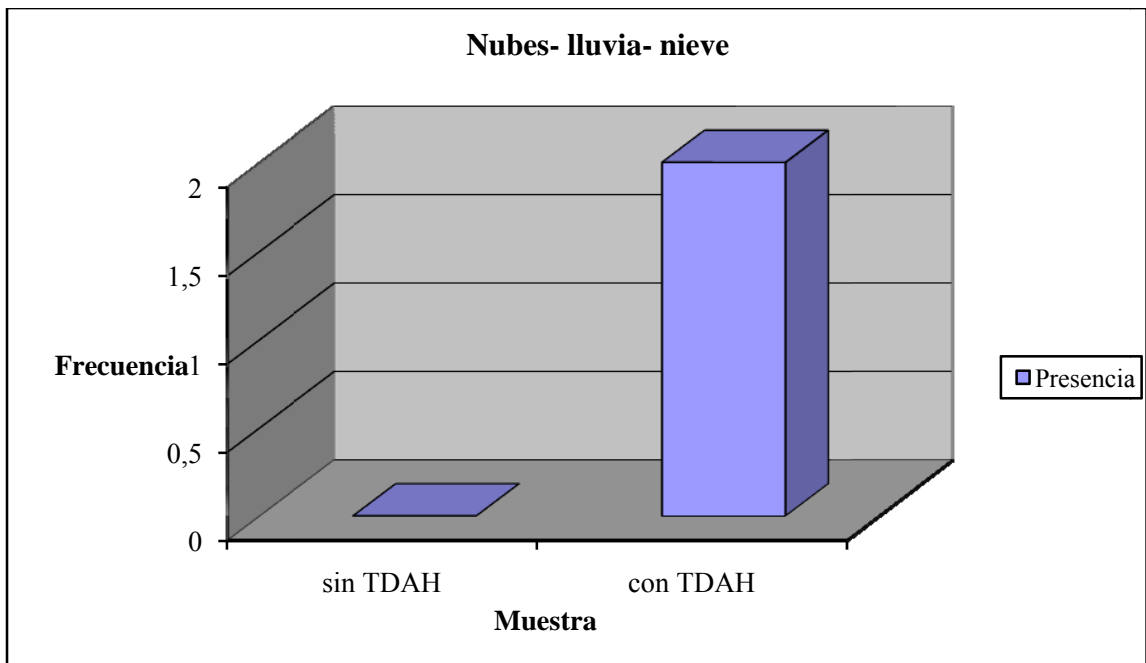


$$p = 0,026$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que la presencia del indicador emocional piernas juntas, es significativamente mayor en los dibujos de los niños con TDAH, que en aquellos que no presentan el trastorno.

Tabla 25: Indicador emocional: Nubes- lluvia- nieve

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	30	100	28	93,3	58	96,7
Presencia indic.	0	0	2	6,7	2	3,3
Total	30	100	30	100	60	100

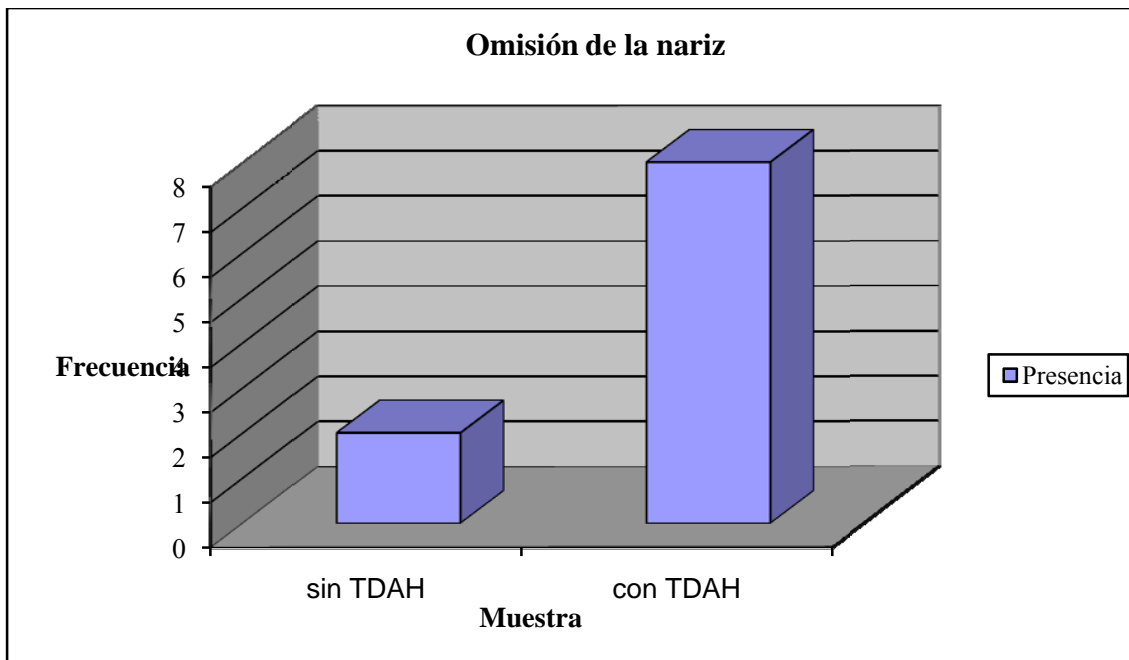


$$p = 0,492$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional nubes- lluvia- nieve.

Tabla 26: Indicador emocional: Omisión de la nariz

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	28	93,3	22	73,3	50	83,3
Presencia indic.	2	6,7	8	26,7	10	16,7
Total	30	100	30	100	60	100

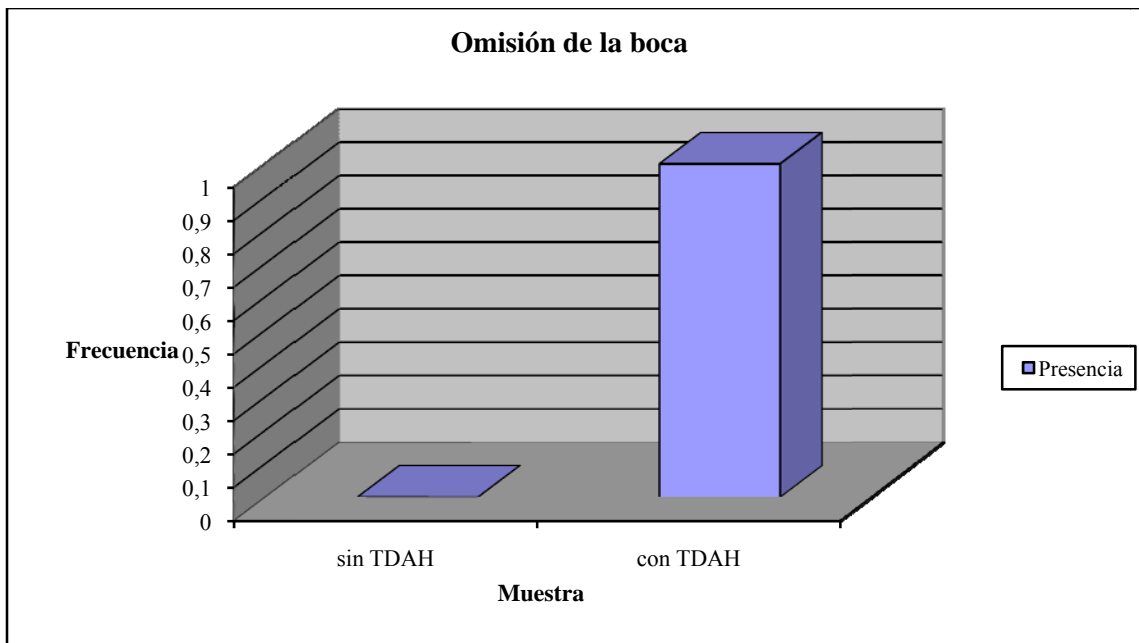


$$p = 0,080$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional omisión de la nariz.

Tabla 27: Indicador emocional: Omisión de la boca

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	30	100	29	96,7	59	98,3
Presencia indic.	0	0	1	3,3	1	1,7
Total	30	100	30	100	60	100

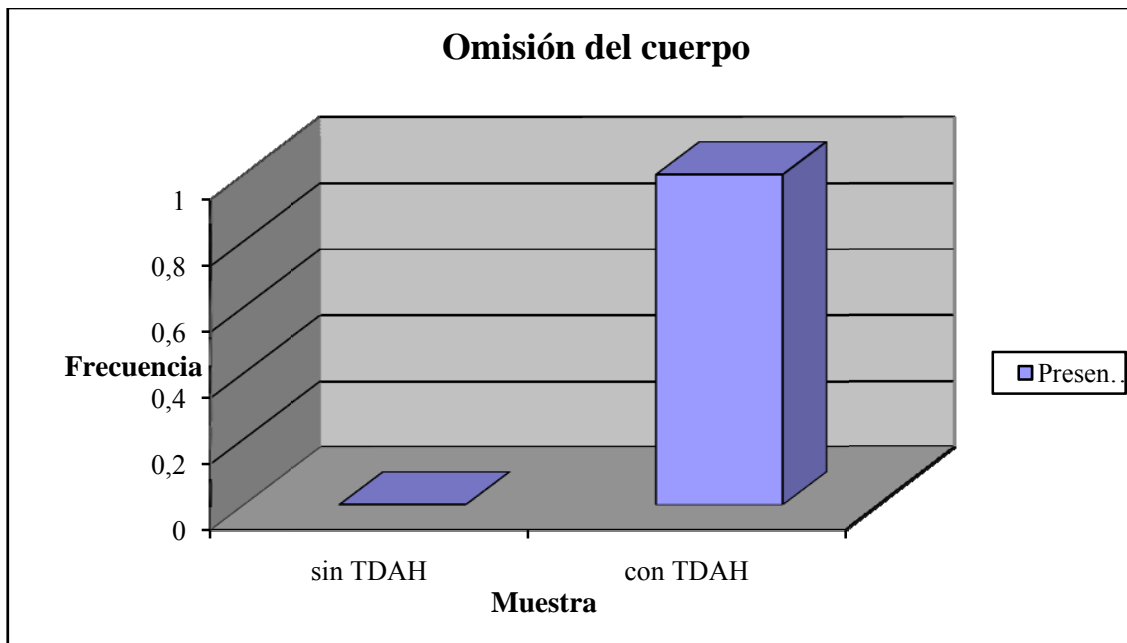


$$p = 1,000$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional omisión de la boca.

Tabla 28: Indicador emocional: Omisión del cuerpo

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	30	100	29	96,7	59	98,3
Presencia indic.	0	0	1	3,3	1	1,7
Total	30	100	30	100	60	100

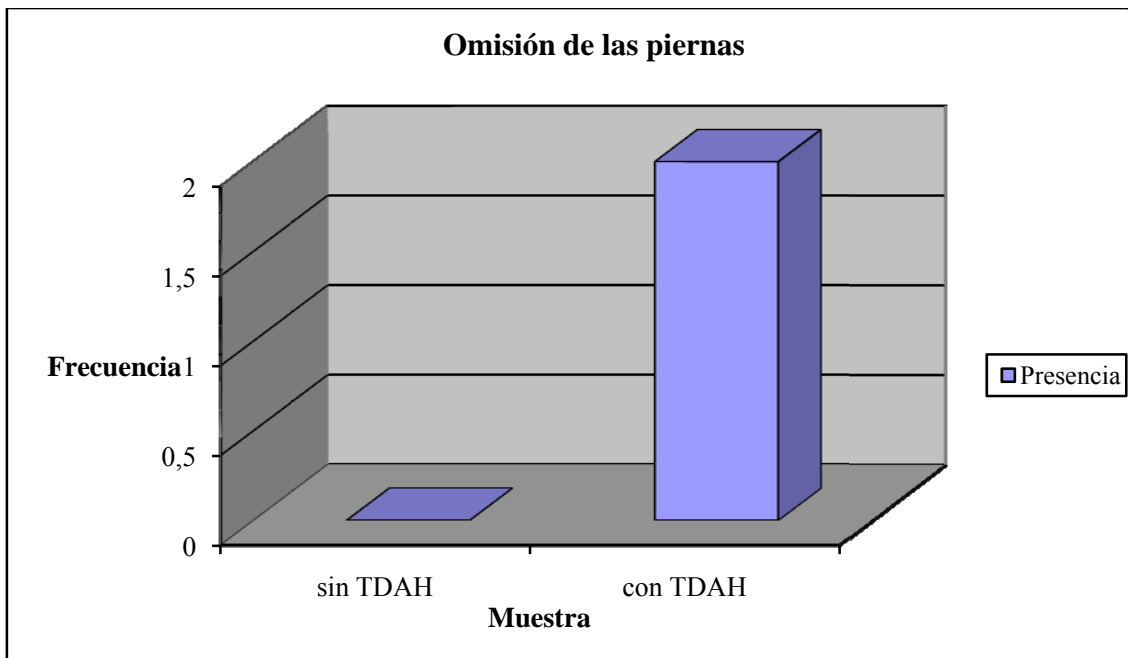


$$p = 1,000$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional omisión del cuerpo.

Tabla 29: Indicador emocional: Omisión de las piernas

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	30	100	28	93,3	58	96,7
Presencia indic.	0	0	2	6,7	2	3,3
Total	30	100	30	100	60	100

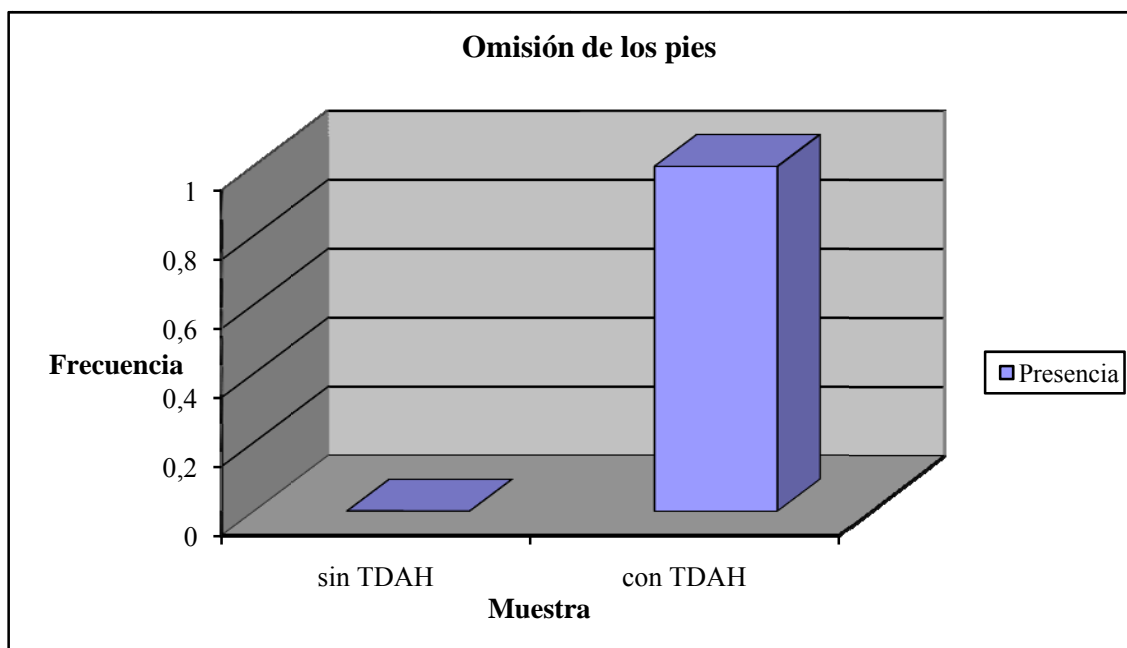


$$p = 0,492$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional omisión de las piernas.

Tabla 30: Indicador emocional: Omisión de los pies

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	30	100	29	96,7	59	98,3
Presencia indic.	0	0	1	3,3	1	1,7
Total	30	100	30	100	60	100

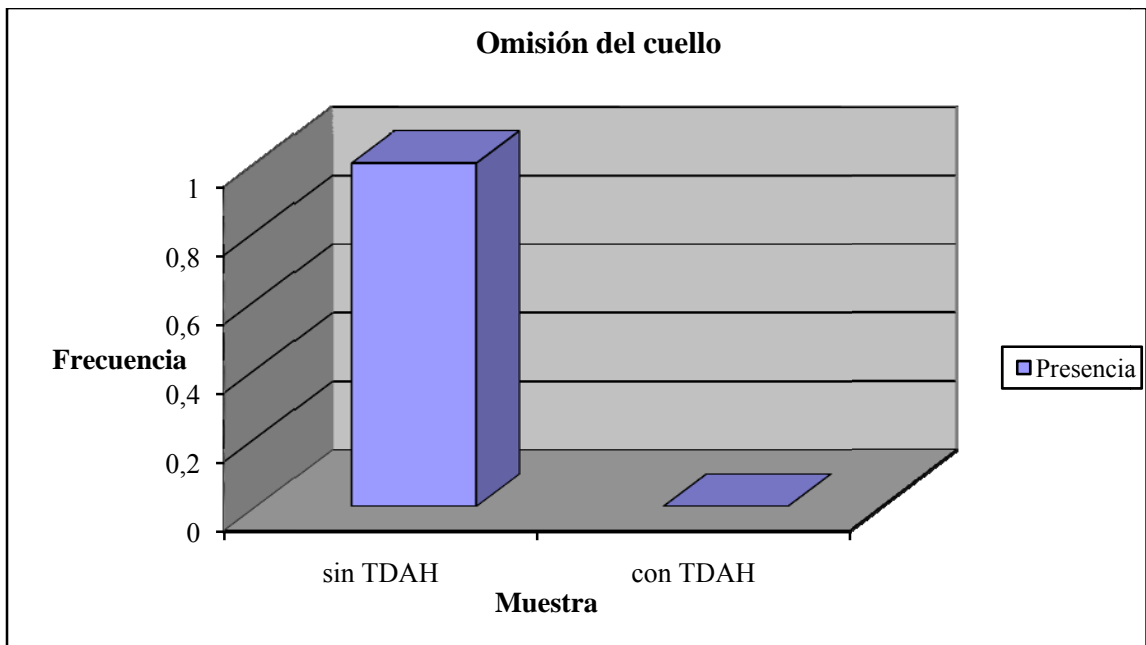


$$p = 1,000$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional omisión de los pies.

Tabla 31: Indicador emocional: Omisión del cuello

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	29	96,7	30	100	59	98,3
Presencia indic.	1	3,3	0	0	1	1,7
Total	30	100	30	100	60	100



$$p = 1,000$$

Según la prueba F de Fisher, se puede afirmar que no existe una diferencia significativa entre el grupo de niños con TDAH y el grupo de niños sin TDAH, ante la presencia del indicador emocional omisión del cuello.

Tabla 32: Indicador emocional: Omisión de los brazos

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	30	100	30	100	60	100
Presencia indic.	0	0	0	0	0	0
Total	30	100	30	100	60	100

El indicador emocional omisión de los brazos estuvo ausente en ambos grupos.

Tabla 33: Indicador emocional: Genitales

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ausencia indic.	30	100	30	100	60	100
Presencia indic.	0	0	0	0	0	0
Total	30	100	30	100	60	100

El indicador emocional genitales estuvo ausente en ambos grupos.

Tabla 34: Indicador emocional: Monstruo o figura grotesca

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Monstruo	30	100	30	100	60	100
Ausencia indic.	30	100	30	100	60	100
Presencia indic.	0	0	0	0	0	0
Total	30	100	30	100	60	100

El indicador emocional monstruo o figura grotesca estuvo ausente en ambos grupos.

Tabla 35: Indicador emocional: Dibujo espontáneo de tres o más figuras

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Tres fig. o más						
Ausencia indic.	30	100	30	100	60	100
Presencia indic.	0	0	0	0	0	0
Total	30	100	30	100	60	100

El indicador emocional dibujo espontáneo de tres o más figuras estuvo ausente en ambos grupos.

Tabla 36: Indicador emocional: Omisión de ojos

Muestra	Grupo sin TDAH		Grupo con TDAH		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Omisión ojos						
Ausencia indic.	30	100	30	100	60	100
Presencia indic.	0	0	0	0	0	0
Total	30	100	30	100	60	100

El indicador emocional omisión de ojos estuvo ausente en ambos grupos.

En resumen, a través del análisis realizado de las diferencias observadas entre los grupos de niños con y sin TDAH, mediante la prueba exacta de Fisher, se observó que, de los 30 indicadores emocionales propuestos por Koppitz, sólo tres presentaron una diferencia significativa, siendo más frecuentes en los dibujos de los niños con TDAH que en aquellos que no presentaban el trastorno.

El primero, inclinación de la figura en 15 grado o más ($p = 0,005$) alude a inestabilidad, falta de equilibrio general y personalidad lábil.

El segundo, figura pequeña ($p = 0,026$) se asocia a extrema inseguridad, retraimiento, depresión y sentimientos de inadecuación.

Finalmente, piernas juntas ($p = 0,026$) refleja tensión y un rígido intento por controlar los propios impulsos sexuales.

Para concluir el análisis de resultados de la investigación, se pretendió realizar un análisis de asociación de variables, a través de pruebas de significación estadística y de asociación, correlacionando las variables “indicadores emocionales” entre sí. Sin embargo, la distribución de las frecuencias observadas para los 30 indicadores emocionales, no cumplió con los requisitos necesarios para la aplicación de las pruebas correspondientes, motivo por el cual, esta exploración no se concretó. Se recomienda entonces, realizar futuras investigaciones, con una muestra más grande, que permita una distribución de casos o por casillas adecuada para la aplicación de pruebas de significación estadística.

Discusión

La discusión de los resultados, se realizará tomando en consideración las hipótesis, los objetivos planteados y los resultados obtenidos en el análisis de la presente investigación, intentando caracterizar los problemas emocionales adyacentes al trastorno por déficit de atención con hiperactividad, a través de los indicadores emocionales encontrados en la prueba dibujo de la figura humana en los niños que compusieron la muestra.

Esta discusión se iniciará analizando, en primer lugar, lo observado a través de los indicadores emocionales del grupo de niños sin TDAH, para luego finalizar con la exploración de los indicadores presentados por los niños con el trastorno.

Discusión de resultados en el grupo de niños sin TDAH

Al observar los dibujos del grupo de niños no clínicos, las autoras y la experta en pruebas proyectivas Ps. Ruth Weinstein, se percataron que éstos entregaban información cualitativa que sugería que este grupo podría poseer ciertas dificultades emocionales. Sin embargo, al limitarse exclusivamente al análisis cuantitativo a través de la presencia o ausencia de indicadores emocionales, y no realizar un análisis de contenido o de componentes formales del dibujo, esta idea no se corroboró.

De esta manera, se evidencia lo comentado con anterioridad, que si los fines de aplicación de esta prueba son clínicos la utilización de este test y **análisis realizado**, como única herramienta no son suficientes, pues es en un análisis más acabado y en la integración de la información obtenida a través

de una batería de pruebas, donde se puede profundizar en los rasgos de personalidad y en el mundo interno del sujeto, de lo contrario, es posible que se desperdicie información valiosa, la que podría ser de utilidad, por ejemplo, para la elaboración de un proceso psicoterapéutico con el sujeto. Pero, cuando la finalidad de la prueba es llevar a cabo un screening, el análisis a través de los indicadores emocionales resulta bastante adecuado, ya que es rápido y se pueden detectar los niños con problemas emocionales, pues como se pudo observar en el análisis de resultados, aquellos, que según criterio de experto no presentaban trastorno psicológico, no manifestaron, en su mayoría, más de un indicador emocional en sus dibujos.

Así, como los objetivos de la presente investigación no fueron comprender a cada niño de manera individual ni en su historia vital, sino que se constituyó como un estudio nomotético y objetivo, los resultados obtenidos no consideran la información cualitativa que podría ser relevante para otros propósitos.

Por otra parte, en términos generales y según el análisis de datos previamente realizado, sobresale que más de la mitad de la muestra total (71,7%) presentó uno o más indicadores emocionales, esto implica, en consecuencia, que dentro de esta cifra se incluye una parte del grupo de niños sin TDAH.

Los indicadores emocionales que se observaron en los niños sin TDAH fueron: sombreado del cuerpo y/o extremidades (ansiedad por el cuerpo), figura pequeña (inseguridad y retraimiento), cabeza pequeña (sentimientos

intensos de inadecuación intelectual), ojos bizcos (agresividad), dientes (agresividad), manos grandes (agresividad), piernas juntas (tensión y rígido control de impulsos) omisión de la nariz (timidez y retraimiento) y omisión del cuello (inmadurez, impulsividad).

Antes de indagar sobre la presencia de estos indicadores en niños sin TDAH, cabe recordar que en el estudio realizado por Koppitz (2002), los dibujos de figuras humanas de sujetos no clínicos presentaron 12²⁰ de los 30 indicadores emocionales (aunque con menor frecuencia que en los dibujos de los niños con problemas emocionales), cuya presencia entonces, podría ser “esperable”. Sin embargo, al observar con detención los indicadores emocionales presentes en los dibujos efectuados por los niños sin TDAH de la investigación, las autoras se sorprendieron con los resultados obtenidos, ya que además de la presencia de algunos de los 12 ítems, se observaron los indicadores figura pequeña (1)²¹, cabeza pequeña (2), manos grandes (2), omisión del cuello (1) y ojos bizcos (3), los cuales, y siguiendo los resultados obtenidos por E.Koppitz, no serían “esperables”. Respecto a ojos bizcos, este ítem será analizado más adelante, ya que según la experiencia de Koppitz, su presencia (y la de omisión de piernas) es sumamente rara, por lo que por sí solos indicarían problemas emocionales.

En cuanto a los otros indicadores emocionales recién expuestos, a pesar que su presencia no es “esperable” en niños no clínicos, no se consideran concluyentes en la determinación de conflictos emocionales, ya que E.

²⁰ Sombreado de cuerpo y/o extremidades, transparencias, dientes, brazos cortos, brazos largos, brazos pegados, manos omitidas, piernas juntas, monstruo o figura grotesca, nubes- lluvia- nieve, omisión de nariz y omisión de pies.

²¹ Los números entre paréntesis aluden a la cantidad de sujetos que presentó el indicador emocional.

Koppitz, además de postular que la presencia de sólo un indicador emocional no es suficiente para hablar de perturbaciones emocionales, señala que la aparición de ciertos indicadores emocionales en los dibujos, no necesariamente dan cuenta de características permanentes del niño, ya que “los seres humanos raramente están motivados por sólo una actitud con exclusión de otras [...]. Combinan, en cambio, muchas actitudes y necesidades conflictivas contradictorias que pueden reflejarse en sus DFH” (Koppitz, 2002. p.74). Así, no todos los niños que exhiban un cierto indicador lo presentarán en todo momento, mientras que el hecho que un niño no muestre un indicador no quiere decir que no tenga la característica que ese indicador refleja.

Además, como se puede ver en los significados de los indicadores emocionales presentes en los niños sin TDAH, existe un cierto grado de agresividad mostrado a través de sus dibujos, lo que según Koppitz (2002) es frecuentemente deseable en la sociedad competitiva en la que los individuos se desenvuelven actualmente, por lo que su presencia, como medio de adaptación (en montos razonables), se concebiría como normal. Estos resultados también se pueden asociar con el tipo de muestra utilizada (sólo varones), ya que como postula Gratch (2001) los niños hombres suelen ser más agresivos.

Finalmente, la frecuencia de aparición de estos indicadores emocionales es muy baja, por lo que no representaría al grupo total.

Conjuntamente, respecto a la frecuencia de aparición esperable en los niños no clínicos, se observó que el indicador emocional sombreado de cuerpo

y/o extremidades se presentó solamente en este grupo, a pesar que según Koppitz, este indicador debiera presentarse en menor frecuencia que en niños con problemas emocionales. Sin embargo, sólo un sujeto exhibió este indicador, un niño de 12 años y en quien no se evidenciaron otros indicadores. Su significado, según Koppitz (2002), implica ansiedad por el cuerpo, mas las autoras postulan que su presencia no dataría de un problema emocional, sino que más bien, podría deberse a preocupaciones propias del periodo evolutivo que atraviesa, pues la adolescencia se caracteriza por el acontecer de la maduración sexual (Rice, 1997) y por tratar de aceptar el propio físico y de usar el cuerpo de manera efectiva (Havighurst, 1972 citado en Rice, 1997).

En cuanto a la cantidad de indicadores emocionales presentes en los niños sin TDAH, se considera relevante que el 93,32% de los niños presentó entre 0 y 1 indicador emocional, lo que según Koppitz no es suficiente para hablar de perturbaciones emocionales. Por consiguiente, se puede suponer que los niños del grupo sin TDAH son más estables emocionalmente que aquellos que presentaban el trastorno.

Concluyendo la exploración de los indicadores emocionales presentes en los niños sin TDAH, se postula que el análisis cuantitativo de los indicadores emocionales presentes en el test de la figura humana, podría no sólo ser sensible a la presencia de problemas emocionales, sino que también proyectaría las vivencias particulares de cada sujeto en un momento dado, no constituyéndose estas vivencias, necesariamente como conflictos emocionales, sino más bien como inquietudes propias de un ser dinámico.

Se postula además, que a pesar que el grupo evaluado en el presente estudio se basó en el criterio de experto y en el CI de los sujetos, los resultados obtenidos en la muestra sin TDAH podrían ser producto de diferencias culturales existentes entre los países en que se llevaron a cabo ambas investigaciones.

A raíz de lo anterior, se considera importante plantear como futura línea de investigación, un estudio exhaustivo sobre indicadores emocionales en niños chilenos no clínicos, con el fin de sistematizar la tabulación del DFH a través de los indicadores emocionales propuestos por Koppitz.

Discusión de resultados en el grupo de niños con TDAH

En lo que concierne al grupo de niños con TDAH, todos presentaron al menos un indicador emocional, **en comparación con la presencia de éstos en tan sólo un** 43,3% de niños del grupo sin TDAH, por lo que se podría concluir que una mayor cantidad de niños con TDAH presentarían indicadores emocionales en sus dibujos.

Además, en el grupo de niños con TDAH, se observaron los indicadores ojos bizcos (2)²² y omisión de las piernas (2), **los cuales** según Elizabeth Koppitz (2002) son “sumamente raros” (p.69), no debiendo aparecer en ningún protocolo de la muestra, pues su manifestación reflejaría problemas emocionales. Si bien su frecuencia no fue **muy** alta, se considera relevante analizar su incidencia a continuación.

²² Los números entre paréntesis aluden a la cantidad de sujetos que presentó el indicador emocional.

Por una parte, el indicador ojos bizcos, que también apareció en los niños sin TDAH, alude a agresividad, rebeldía y poco ajuste a las normas. Sin embargo, los ojos dibujados de esta manera se podrían relacionar con influencias culturales ya que, actualmente, los dibujos animados de la televisión mayormente vistos por los niños son los “janimations” (Dragon Ball, Yu- gi- oh, Pokemon, etc.), cuyos personajes se caracterizan, **entre otras cosas**, por tener ojos bizcos. Si a lo anterior se le agrega, que en los protocolos de los niños sin TDAH que exhibieron este indicador no se observó ningún otro indicador emocional, las autoras consideran que estos niños no **necesariamente** exhibirían conflictos emocionales importantes, **por el solo hecho de presentar este signo**. Cabe señalar, que si bien las autoras consideran que la presencia de ojos bizcos no es suficiente, actualmente, para hipotetizar problemas emocionales, esto no implica que los niños que lo exhiben no tengan ciertos montos de agresividad, ya que los dibujos animados japoneses, a juicio de las memoristas, se caracterizan por su contenido agresivo y, por ende, al mostrar interés en ellos estarían simbolizando contenidos propios.

En cuanto a la omisión de piernas, que **representa** intensa angustia, inseguridad y conflictos relacionados directamente con éstas (como por ejemplo, intensa preocupación por poseer baja estatura), Koppitz (2002) plantea, que estaría relacionada con el modo particular en que las piernas son omitidas, por ello, sería necesario analizar a cada sujeto de manera particular, no reflejando una tendencia general del grupo.

Respecto al análisis efectuado sobre la cantidad de indicadores emocionales presentes en cada sujeto, se considera relevante mencionar que el 79,98%

de los niños con TDAH presentaron dos o más indicadores emocionales en sus protocolos, información sumamente relevante ya que, según Elizabeth Koppitz, la presencia de tal cantidad de indicadores se vincularía con problemas emocionales. Con este dato a la base, y al aplicar el coeficiente de correlación biserial ($r_b = 0,495$) se puede hipotetizar que existiría un mayor número de indicadores emocionales en los niños con TDAH que en los que no presentan trastorno alguno.

Al analizar la frecuencia de aparición de cada indicador emocional, en el total de la muestra, se observó que los indicadores emocionales más recurrentes fueron: omisión de nariz (16,7%), figura pequeña (15%), piernas juntas (15%), inclinación de la figura (13,3%) y dientes (13,3%), lo que resulta principalmente de su alta frecuencia en los dibujos de los niños con TDAH. De estos indicadores y basándose en lo postulado por Koppitz (2002), quien señala que los indicadores son variaciones sobre los mismos temas, pues actitudes y ansiedades similares pueden expresarse de distintas maneras en el DFH, se observan tres temáticas recurrentes: inseguridad y concepto pobre de sí mismo (figura pequeña y omisión de nariz); tensión, rígido intento de control de impulsos y agresividad (piernas juntas y dientes) e inestabilidad general (inclinación de la figura en 15 grados o más). Así, el significado de estos indicadores coincide con características evolutivas de los niños con TDAH. La autodescalificación y la agresividad, según Gratch (2001), se observan con frecuencia en estos niños; el retraso en las pautas de desarrollo motor es parte de la etiología del trastorno mientras que la impulsividad se presenta como una de las tres grandes

categorías de la sintomatología del TDAH (Barra et al, 2003; Guajardo 2000; Scandar, 2003)

Los indicadores emocionales que se presentaron exclusivamente en el grupo de niños con TDAH fueron: inclinación de la figura en 15 grados o más (26,7%), integración pobre de las partes de la figura (13,3%), brazos cortos (13,3%), brazos pegados (13,3%), figura grande (6,7%), transparencias (6,7%), brazos largos (6,7%), nubes- lluvia- nieve (6,7%), omisión de las piernas (6,7%), sombreado de la cara (3,3%), sombreado de las manos y/o cuello (3,3%), pronunciada asimetría de las extremidades (3,3%), manos omitidas (3,3%), omisión de la boca (3,3%), omisión del cuerpo (3,3%) y omisión de los pies (3,3%), cuyos significados revelan las mismas temáticas de los indicadores más frecuentes en la muestra.

Estos resultados llevan a las autoras a hipotetizar, que ante un dibujo realizado por un niño con TDAH, la presencia de uno o varios de estos indicadores emocionales será altamente probable.

Al analizar cualitativamente la presencia de indicadores emocionales por sujeto en el grupo de niños con TDAH, se considera relevante destacar que los indicadores emocionales de los sujetos que presentaron un sólo indicador (6)²³, se caracterizan por las temáticas de: control de impulsos, agresividad, bajo autoconcepto e inestabilidad.

Los niños con dos indicadores emocionales en sus dibujos (11) presentarían, según el significado de éstos, bajo autoconcepto, dificultad

²³ Los números entre paréntesis aluden a la cantidad de sujetos que presentó el indicador emocional.

para conectarse con su entorno, agresividad, inestabilidad, rígido control de impulsos, visión de mundo amenazante, angustia, inseguridad e inmadurez.

Por su parte, aquellos que presentaron tres indicadores en sus dibujos (8), se caracterizarían por ser inestables, agresivos, inmaduros y retraídos, por poseer bajo autoconcepto y controles internos deficientes.

Los que manifestaron cuatro (4) y cinco indicadores (1) presentarían retraimiento, agresividad, rígido control de impulsos, inmadurez e inestabilidad general.

A través de los datos recién expuestos, se pueden observar temáticas recurrentes (independiente de la cantidad y de cual(es) sea(n) específicamente el (los) indicador(es) emocional(es)), las que pondrían de manifiesto los problemas emocionales propios de los niños que presentan TDAH, permitiendo además conjeturar que dichos problemas se enmarcarían dentro de una misma línea. Estas suposiciones se podrían avalar con las publicaciones existentes respecto al trastorno (García, M., 2001; García R., 2000; Gratch, 2001; Martínez, 1988; Miranda, s/f. entre otros), en las cuales se postula que los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentarían dificultades en estas áreas, entre otras. Se debe tener en consideración, que si bien varios indicadores emocionales aluden a contenidos similares, estos se diferencian en el motivo por el cual se manifiestan, los que probablemente variarían de un individuo a otro y serán relevantes en la definición de la terapia a realizar.

Así, el test dibujo de la figura humana podría efectivamente ser un apoyo en la detección del trastorno por déficit de atención con hiperactividad,

pudiendo emplearse como una primera aproximación al diagnóstico, el cual debiera, según lo ya expuesto durante el presente estudio, complementarse con otras pruebas. Es importante señalar, que con lo aquí declarado, no se pretende plantear que estas temáticas son exclusivas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, siendo necesario que se realice un diagnóstico diferencial, que especifique que estos problemas emocionales no aparecen sino en niños con TDAH, y que así su presencia podría llevar a hipotetizar la existencia de este trastorno en el niño evaluado.

Por otra parte, los indicadores emocionales figura monstruosa o grotesca (se observa, según Koppitz, 2002, generalmente en malos alumnos y alude a sentimientos de intensa inadecuación y pobre concepto de sí mismo), dibujo espontáneo de tres o más figuras (refleja bajo rendimiento escolar, privación cultural y carencia de identidad propia), omisión de brazos (expresa hostilidad, rendimiento escolar bajo y culpa por conductas sociales inaceptables), omisión de ojos (muestra niños aislados socialmente que escapan a la fantasía, indica patología seria) y genitales (muestra perturbaciones e indica patología seria) no se presentaron en ningún dibujo de la muestra. La ausencia de estos indicadores se considera relevante de analizar, debido a lo que representan sus significados. Como se puede advertir, la presencia de estos indicadores se relaciona con patologías severas, por lo que las autoras hipotetizan por un lado, que los niños de la muestra no tienen patologías graves y, por otro, que el TDAH sería una patología con un pronóstico favorable, si se fomentan, según Barra et al. (2003) y Scandar (2003), los recursos personales del sujeto, un diagnóstico

e intervención precoz, una buena calidad del soporte familiar y social y un abordaje terapéutico y farmacológico eficaz.

También es posible analizar, en los niños con TDAH, los indicadores emocionales, que se observaron con mayor frecuencia según edad cronológica. Como se expuso en el análisis, los niños de 7 años exhibieron los indicadores integración pobre de las partes e inclinación de la figura en 15° o más; los niños de 8 años, dientes y omisión de la nariz; a los 9 y 10 no se observan indicadores emocionales recurrentes. Los 2 niños evaluados de 11 años presentaron piernas juntas, figura pequeña y brazos pegados, mientras que los niños de 12 exhibieron piernas juntas y dientes con mayor frecuencia.

A partir de esta información, se desprende que no existen indicadores emocionales más frecuentes, que sean comunes para todo el rango etáreo, sino que la periodicidad de los indicadores varía según la edad. Este dato se considera relevante, ya que las autoras esperaban encontrar una tendencia homogénea de los indicadores emocionales sin importar la edad, pues según el planteamiento de Koppitz (2002) los indicadores emocionales no deben estar relacionados con la edad y la maduración, razón por la cual se considera necesario la realización de una investigación al respecto.

En otro ámbito de análisis, de los 30 indicadores emocionales propuestos por Koppitz, la presencia de tres de ellos, inclinación de la figura en 15° o más, figura pequeña y piernas juntas, fue significativamente mayor en los niños con TDAH que en aquellos que no presentan el trastorno. Esto implicaría que ante la presencia de TDAH se esperaría la presencia de estos

indicadores, sin descartar el hecho que podrían presentarse además, en otros trastornos.

Se observa también, que dieciocho sujetos presentan alguno de estos tres indicadores, de los cuales trece sujetos presentan sólo uno, cuatro presentan dos y sólo un sujeto presenta los tres.

Al observar el significado de estos indicadores y las características propias de los niños que presentan este trastorno, se encuentra una relación directa. Así, al tomar el significado del indicador inclinación de la figura en 15° o más, que alude a inestabilidad general, sistema nervioso inestable y personalidad lábil, se presume que es esperable que los niños con TDAH posean dificultades en la estabilización del sistema nervioso, pues, el TDAH es un síndrome que influye tanto a nivel conductual, psicosocial e intrapsíquico y, en los niños que lo presentan, se observa retraso en la aparición de pautas en el desarrollo motor y la presencia de alteraciones neurológicas leves. Todo esto contribuiría a una inestabilidad del sujeto, ya que al hacer consciente sus dificultades, que por lo demás influyen en todas las áreas de su vida, probablemente se encontrará psíquicamente inestable, lo cual se verá reflejado como preocupación en sus dibujos.

Por otra parte, conductas tales como agresividad, dificultades para prestar atención y la imposibilidad de mantenerse quieto por un tiempo prolongado, provocan que tanto sus pares como los adultos que lo rodean, reprochen su conducta. Esto trae dificultades con su entorno, impedimentos para establecer relaciones amistosas adecuadas, problemas de aprendizaje y conflictos familiares, escenario que posibilitaría el desarrollo de un bajo

autoconcepto. Este supuesto se basa sobre lo mencionado por los psicólogos “interaccionistas simbólicos” (Cooley, 1902; Mead, 1934 citados en Pope, Mc Hale & Craighead, 1996), quienes afirman que los individuos desarrollan una idea sobre sí mismos basada en cómo son tratados o vistos por los demás. Esto ha sido llamado por ellos como “espejo de sí mismo”, resaltando que el cómo los individuos se vean será el reflejo de cómo los ven los demás (ver Anexo 5).

Estas aflicciones se verían reflejadas a través del indicador emocional figura pequeña, que alude a inseguridad, retraimiento, sentimientos de inadecuación, yo inhibido y preocupación por las relaciones con el ambiente, ya que de modo inconsciente reconocerían el no poder adaptarse adecuadamente a su medio ambiente, inquietud expresada a través del dibujo.

En definitiva, como el no poder adaptarse adecuadamente a su ambiente se convierte en una gran preocupación para estos niños, se hipotetiza que intentarían agradar y adecuarse al mundo que los rodea, a través de esfuerzos por controlar sus impulsos. En la medida que la utilización de altos montos de energía no consiga las gratificaciones esperadas, se postula que la aparición del indicador emocional piernas juntas, que alude a tensión e intentos por controlar los impulsos, se convertiría en relevante.

A raíz de estos resultados, surge la necesidad de que futuras investigaciones puedan basarse en el presente estudio para profundizar en los problemas emocionales asociados al TDAH, tales como inestabilidad general, inseguridad, retraimiento, sentimientos de inadecuación, yo inhibido,

preocupación por las relaciones con el ambiente, tensión e intentos por controlar los impulsos. Se podrá investigar cómo reducir estos problemas emocionales, para fomentar un desarrollo saludable en los niños que presentan el TDAH.

Por último, Elizabeth Koppitz señala que los indicadores emocionales presentes exclusivamente en los DFH de sujetos clínicos, serían más significativos para el diagnóstico que aquellos que se encuentran en los protocolos de niños no clínicos. Así, la presencia de los indicadores emocionales, inclinación de la figura en 15° o más, figura pequeña y piernas juntas, que presentaron diferencias significativas entre ambos grupos de la muestra, se puede relacionar con este postulado, ya que dos de los dieciséis indicadores emocionales (inclinación de la figura en 15° o más y figura pequeña) que se exhibieron exclusivamente en niños clínicos, en el estudio realizado por Koppitz, se presentaron con resultados bastante similares en esta investigación, ya que inclinación de la figura en 15° o más no se manifestó en niños sin TDAH, mientras que figura pequeña se presentó sólo en un protocolo.

Por ende, se postula, que estos dos indicadores podrían ser más predictivos que el indicador emocional piernas juntas para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

A través de la discusión realizada y de los resultados obtenidos que indican, entre otras cosas, que los niños con TDAH presentan una mayor cantidad de indicadores emocionales en sus dibujos que los niños que no poseen el trastorno, y que los indicadores emocionales se dan más a menudo en los

niños con TDAH que en los niños no clínicos, se puede concluir que los niños con TDAH presentarían problemas emocionales asociados a este trastorno, los cuales serían detectables a través del test de dibujo de la figura humana.

Conclusiones

- Los niños del grupo con TDAH presentan indicadores emocionales que aluden a: inestabilidad, coordinación pobre, impulsividad y rígido control de impulsos; personalidad lábil; sentimientos de inadecuación, yo inhibido, retraimiento, dificultad para relacionarse con los demás, escaso interés social, inseguridad y preocupación por las relaciones con el ambiente; inmadurez; agresividad y rebeldía; visión del mundo adulto amenazante.
- Se acepta la hipótesis general “Existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de indicadores emocionales detectados a través del DFH, entre dibujos realizados por niños con TDAH y sin TDAH”.
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: integración pobre de las partes de la figura” ($p = 0,112$).
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: sombreado de la cara o parte de la misma” ($p = 1,000$).
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: sombreado del cuerpo y/o extremidades” ($p = 1,000$).

- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: sombreado de manos y/o cuello” ($p = 1,000$).
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: pronunciada asimetría de extremidades” ($p = 1,000$).
- Se acepta la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: inclinación de la figura en 15° o más” ($p = 0,005$).
- Se acepta la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: figura pequeña” ($p = 0,026$).
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: figura grande” ($p = 0,492$).
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: transparencias” ($p = 0,492$).
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: cabeza pequeña” ($p = 0,492$).

- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: ojos bizcos” ($p = 1,000$).
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: dientes” ($p = 0,254$).
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: brazos cortos” ($p = 0,112$).
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: brazos largos” ($p = 0,492$).
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: brazos pegados” ($p = 0,112$).
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: manos grandes” ($p = 0,671$).
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: manos omitidas” ($p = 1,000$).

- Se acepta la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: piernas juntas” ($p = 0,026$).
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: genitales”.
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: monstruo o figura grotesca”.
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: dibujo espontáneo de tres o más figuras”.
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: nubes- lluvia- nieve” ($p = 0,492$).
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: omisión de los ojos”.
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: omisión de la nariz” ($p = 0,080$).

- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: omisión de la boca” ($p = 1,000$).
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: omisión del cuerpo” ($p = 1,000$).
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: omisión de los brazos”.
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: omisión de las piernas” ($p = 0,492$).
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: omisión de los pies” ($p = 1,000$).
- Se rechaza la hipótesis específica “Existe diferencia, entre los dibujos de los niños con TDAH y sin TDAH, respecto a la presencia del indicador emocional: omisión del cuello” ($p = 1,000$).
- Los indicadores emocionales que presentaron diferencias significativas entre ambos grupos aluden a: inestabilidad general, inseguridad, retraimiento, sentimientos de inadecuación, yo inhibido, preocupación por las relaciones con el ambiente, tensión e intentos por controlar los impulsos.

- Existe concordancia entre el significado de los indicadores emocionales presentes en los dibujos de figuras humanas de niños con TDAH y la caracterización que hace la literatura sobre este trastorno.
- Mayor cantidad de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentaron indicadores emocionales en comparación con aquellos que no poseen el trastorno ($\chi^2 = 23,721$; $p = 0,000$)
- Existe relación entre la presencia de TDAH y un mayor número de indicadores emocionales ($r_b = 0,495$).
- Los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad manifiestan problemas emocionales asociados y relaciones interpersonales insatisfactorias.
- Los niños sin TDAH y sin trastorno psicológico alguno, son más estables emocionalmente que aquellos que presentan el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Recomendaciones

Se plantean como posibles futuras líneas de investigación, los siguientes temas:

- Estudio exhaustivo sobre indicadores emocionales en niños chilenos no clínicos, con el fin de sistematizar la tabulación del DFH a través de los indicadores emocionales propuestos por Koppitz.
- Reproducir la investigación en otros sectores económicos, trabajando con muestras representativas de la población diagnosticada con TDAH, para así apoyar la validez y confiabilidad del instrumento desde un punto de vista metodológico, estadístico y lógico y comprobar si las conclusiones obtenidas se aplican en una población con características diferentes a ésta.
- Reproducir la investigación, con el fin de observar si existen diferencias en la presencia de ciertos indicadores emocionales entre las distintas edades.
- Reproducir la investigación realizada, con una muestra compuesta por un mayor número de niños con TDAH, para de esta manera verificar la forma de la distribución y poder realizar pruebas de asociación entre las variables.
- Reproducir la investigación con otros trastornos infantiles, con el objeto de confirmar o descartar que ciertos indicadores emocionales sean representativos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

- Realizar estudios posteriores sobre indicadores emocionales con otros síndromes, con el fin de ampliar la utilidad de este test como instrumento de screening de los distintos trastornos del área de la salud mental.
- Extender la investigación realizada a otros países, controlando las variables culturales y sociales propias de cada uno de ellos, con el fin de explorar si los resultados obtenidos son extrapolables a otros países.

Referencias Bibliográficas

1. Alschuler R. & Hattwick L. (1947/1969). *Painting and Personality* (2ª Reimpresión). Chicago: The University of Chicago Press.
2. American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: Autor.
3. Anderson, G. L. & Anderson, H. H. (1963). *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*. Madrid: Ediciones RIALP, S.A.
4. Ávila, C. & Polaino-Lorente, A. (1999). *Cómo vivir con un niño/a hiperactivo/a*. Madrid: Narcea S.A. Ediciones.
5. Bell, J. (1948/1951). *Técnicas proyectivas: Exploración de la dinámica de la personalidad* (2ª Reimpresión). Bs. Aires: Editorial Paidós.
6. Barra, P., Duarte, A., Durán, C., Ferrer, F. & Vargas, A. (2003). *Seminario de Psicoterapia Clínica Infanto Juvenil: Propuestas de Intervención Preventiva y Terapéutica en el Enfoque Cognitivo Constructivista Evolutivo de Niños con Trastorno Hiperactivo y sus Padres*. Manuscrito no publicado, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
7. Benois, A. & Yáñez, R. (1987). *Adaptación del sistema "Medición de tema Estandar" de Lawrence Kohlberg sobre el juicio moral. Presentación de su teoría del desarrollo moral*. Memoria para optar al título de psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

8. Campbell, O. y Figueroa, A. (2000). Trastorno del déficit de la atención- hiperactividad (TDAH): Tópicos de controversia en su diagnóstico y tratamiento [Versión electrónica]. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 1 (17), 49-67.
9. Casarejos, A. & Reveco, M. (1989). *Estandarización de la escala de desarrollo psicosocial de Rene Zazzo y Marie Claude Hurtig en niños de 6 y 8 años de edad*. Memoria para optar al título de psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
10. Ceril.cl (s.f.). Escalas Síndromicas: Hiperactividad. En *Tests Psicológicos*. Extraído el 12 de Agosto de 2003, en: http://ceril.cl/P14_test_psicologicos.htm.
11. Contreras, W. (1997). *Estudio exploratorio descriptivo sobre indicadores emocionales en la prueba del dibujo de la figura humana de Koppitz, en niñas de un hogar de menores*. Memoria para optar al título de psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
12. Dünner, P. & Valenzuela, M. (1996). *Adaptación y tipificación del test DAP: SPED, en niños de 10 a 14 años de edad, de nivel socioeconómico alto, de la Región Metropolitana*. Memoria para optar al título de psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
13. Eddy, L.; Toro, J.; Salamero, M.; Fornieles, J. & Cruz, M. (1999). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Estudio para

valorar los factores de riesgo, los factores asociados y el estilo educativo de los progenitores [Versión electrónica]. En *Anales españoles de Pediatría*. Vol. 50, Nº 2, 145-150. Extraído el 13 de Septiembre de 2003, en: <http://www.aeped.es/anales/anales96-99/suma/vol50/50-2/50-2-7.pdf>.

14. García Arzeno, M.E. (1999). *Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico*. (4ª ed.). Bs Aires: Editorial Nueva Visión.
15. García, M. & Nicolau, R. (2001). Actualizaciones en el tratamiento por déficit de atención con hiperactividad. En *Aula Médica Psiquiatría*. Vol. 3, Nº 3. Extraído el 20 de Septiembre, en: http://www.grupoaulamedica.com/web/archivos_rojo/revistas_actual.cfm?idRevista=70
16. García, R. (2000). Psiquiatría del niño y del adolescente. En Heerlein, *Psiquiatría Clínica* (pp. 755-789). Santiago: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.
17. Goodenough, F. (1951). *Test de inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana*. Bs. Aires: Editorial Paidós.
18. Grassano, E. (2000). *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas*. (6ªed.). Bs Aires: Editorial Nueva Visión.
19. Gratch, L. (2000/2001). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD)* (1ª reimpresión). Bs. Aires: Editorial médica panamericana S.A.

20. Guajardo, H. (2000). El Síndrome de Déficit Atencional. En Montenegro, H. & Guajardo, H. (2ª ed.), *Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. (Pp. 161-171). Santiago: Editorial Salvador.
21. Haeussler, I. & Milicia, M (1995/1996). *Confiar en uno mismo: programa de autoestima. Libro del profesor* (2ª Reimpresión). Santiago: Dolmen ediciones S.A.
22. Hammer, E. F. (1969/1997). *Test proyectivos gráficos* (2ª Reimpresión). Barcelona: Editorial Paidós.
23. Harris, D. B. (1963/1991). *El test de Goodenough: revisión ampliación y actualización* (3ª Reimpresión). Barcelona: Editorial Paidós.
24. Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, C. (1998). *Metodología de la investigación* (2ª ed.). México D.F.: Editorial Mc Graw- Hill.
25. Izquierdo, M. J. (1985). *Las, los, les (lis, lus). El sistema sexo/género y la mujer como sujeto de transformación social*. Cuadernos inacabados N° 4. Barcelona: Editorial La Sal.
26. Koppitz, E. M. (1977/2002). *El Dibujo de la Figura Humana en los niños* (3ª Reimpresión). Bs. Aires: Editorial Guadalupe.
27. León, R. & Castañeda, A. (s.f.). *Indicadores emocionales del Test del Dibujo de la Figura Humana de Koppitz en niños maltratados y no maltratados* Extraído el 20 Noviembre de 2003 del sitio web de Psicocentro: el portal del mundo de la psicología: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art3a002

28. Lurçat, L. (1980/1982). *Pintar, dibujar, escribir, pensar. El grafismo en el preescolar* (1ª Reimpresión). Madrid: Editorial Cincel.
29. Luquet, G. (1978/1981). *El dibujo infantil* (1ª Reimpresión). Barcelona: Editorial Médica y Técnica, S.A.
30. Machover, K. (1949/1957). *Personality projection in the drawing of the human figure* (4ª Reimpresión). Illinois: Charles C. Thomas Publisher.
31. Mallouhi, G. & Yañez, J. (1995). *Estudio descriptivo y correlacional según Lawrence Kohlberg y sus relaciones con la capacidad intelectual y características de la personalidad en adolescentes entre 13 y 18 años*. Memoria para optar al título de psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
32. Martínez, J. (1988). *Aportación Metodológica a la Evaluación y Tratamiento de la Hiperactividad*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología (Pp. 10-20), Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca, España.
33. Miranda, A. & Santamaría, M. (s/f). *Hiperactividad y dificultades de aprendizaje: Análisis y técnicas de recuperación*. Valencia: Editorial Promolibro.
34. Muñoz, X. (2004). *Las pruebas proyectivas gráficas en el psicodiagnóstico y en la psicoterapia: Apuntes de postítulo*. Manuscrito no publicado, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

35. Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (10ª ed.). Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Madrid: Editorial Meditor.
36. Padilla, M. L. & González, M. M. (1990/1993). Conocimiento social y desarrollo moral en los años escolares. En Palacios, J., Marchesi, A. & Coll, C. (Comp.) *Desarrollo psicológico y educación I. Psicología Evolutiva* (6ª Reimpresión) (pp. 265-276). Madrid: Alianza Psicología.
37. Piaget, J. (1955). *Psicología de la Inteligencia*. Bs. Aires: Editorial Psique.
38. Piaget, J. (1983). *Seis estudios de psicología*. Barcelona: Editorial Ariel.
39. Piaget, J & Inhelder, B. (1969). *Psicología del niño*. Madrid: Ediciones Morata.
40. Pinto, L.M., Gallardo, I. & Wenk, E. (2004). *Cuestionario para la estratificación de nivel socio- económico de Himmel y colaboradores (1981), Modificado de acuerdo con el criterio de Pinto, Gallardo y Wenk (1991)*. Santiago: Universidad de Chile.
41. Pope, A., Mc Hale, S. & Craighead, W. (1996). *Mejora de la autoestima: técnicas para niños y adolescentes*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.

42. Portuondo, J. (1992). *Test proyectivo de Karen Machover (La figura humana)* (6ª ed.). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
43. Rabin, A. J. & Haworth, M. R. (1966). *Técnicas proyectivas para niños*. Bs. Aires: Editorial Paidós.
44. Raven, J., Raven, J. C. & Court, J. H. (1999). *Test de Matrices Progresivas: Escalas Coloreada, General y Avanzada. Manual*. Bs. Aires: Editorial Paidós.
45. Rice, F. (1997). *Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital* (2ª ed.). México D.F.: Editorial Prentice Hall Inc.
46. Rouma, G. (1947). *El lenguaje gráfico del niño*. Bs. Aires: Editorial El Ateneo.
47. Scandar, R. (2003). *El niño que no podía dejar de portarse mal. TDAH: su comprensión y tratamiento*. Bs. Aires: Editorial Distal.
48. Siquier de Ocampo, M. L. (1989). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico* (31ª ed.). Bs. Aires: Ediciones Nueva Visión.
49. Wallon, H. & Lurçat, L (1968). *El dibujo del personaje por el niño: sus etapas y cambios*. Bs. Aires: Editorial Proteo.
50. Widlöcher, D. (1998). *L'interprétation des dessins d'enfants* (14ª ed.). Bélgica: Editorial Mardaga.
51. Weinstein, R. (2002). *Evaluación de la personalidad mediante las técnicas proyectivas. Apuntes de cátedra*. Manuscrito no publicado, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

52. Weinstein, R. (2003). *Profundización de pruebas proyectivas: El psicodiagnóstico en adolescentes y niños. Apuntes de postítulo.* Manuscrito no publicado, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
53. Xandró, M. (1986). *Manual de Tests Gráficos* (3ª ed.). Madrid: Gráficas Berlín.

Anexo 1

Indicadores Emocionales tentativos y tablas normativas de los Indicadores Emocionales del Dibujo de la Figura Humana (DFH)²⁴

- Indicadores Emocionales tentativos propuestos por Koppitz
- Tabla 37: Porcentaje de varones que muestran indicadores emocionales en sus DFH
- Tabla 38: Porcentaje de niñas que muestran indicadores emocionales en sus DFH

²⁴ Datos obtenidos de “El Dibujo de la Figura Humana en los niños”, Koppitz, E. M., 2002

Indicadores Emocionales tentativos

I. Signos cualitativos

- Trazos fragmentados, esquiciados.
- Integración pobre de las partes de la figura.
- Sombreado de la cara o parte de la misma.
- Sombreado del cuerpo y/o extremidades.
- Sombreado de las manos y/o cuello.
- Pronunciada asimetría de las extremidades.
- Inclinación de la figura en 15 grados o más.
- Figura pequeña, de 5 cm o menos de altura.
- Figura grande, de 23 cm o más de altura.
- Transparencia.

II. Detalles especiales

- Cabeza pequeña, un décimo de la altura total de la figura.
- Cabeza grande, de tamaño igual o mayor del cuerpo.
- Ojos vacíos, círculos sin pupilas.
- Miradas laterales de ambos ojos: ambos ojos vueltos a un costado
- Ojos bizcos: ambos ojos vueltos hacia adentro.
- Dientes
- Brazos cortos, no llegan hasta la altura de la cintura.

- Brazos largos, que podrían llegar hasta debajo de la línea de las rodillas.
- Brazos pegados, adheridos a los costados del cuerpo.
- Manos grandes, del tamaño de la cara.
- Manos omitidas, brazos sin manos ni dedos.
- Manos ocultas detrás de la espalda o en los bolsillos.
- Piernas juntas.
- Genitales.
- Figura monstruosa o grotesca.
- Dibujo espontáneo de tres o más figuras.
- Figura interrumpida por el borde de la hoja.
- Línea de base, pasto, figura en el borde de la hoja.
- Sol o luna.
- Nubes, lluvia, nieve.

III. Omisiones

- Omisión de los ojos
- Omisión de la nariz (varones, 6 años- niñas, 5 años)
- Omisión de la boca
- Omisión del cuerpo
- Omisión de los brazos (varones, 6 años- niñas, 5 años)
- Omisión de las piernas
- Omisión de los pies (varones, 9 años- niñas, 7 años)
- Omisión del cuello (varones, 10 años- niñas, 9 años)

Tabla 37: Porcentaje de varones que muestran Indicadores Emocionales en sus DFH

Indicador emocional	Edad	5	6	7	8	9	10	11	12
	Cantidad	128	131	134	138	134	109	105	52
Trazos fragmentados (*)		0	1	0	5	11	12	23	19
Integración pobre		16	15	11	7	4	6	2	0
Sombreado: Cara		3	3	0	1	1	3	0	0
Somb.: cuerpo, extrem		30	35	19	12	7	7	4	4
Somb: manos, cuello		17	23	11	8	9	9	3	2
Asim. extremidades		4	3	2	1	3	1	1	2
Figura inclinada		3	2	1	3	5	0	2	2
Figura pequeña		5	3	4	2	3	3	3	0
Figura grande		11	16	18	10	7	11	11	12
Transparencias		3	6	5	2	3	7	3	0
Cabeza pequeña		2	2	1	1	0	0	0	0
Cabeza grande (*)		18	30	23	14	18	11	14	6
Ojos vacíos(*)		25	12	6	17	14	15	14	25
Miradas laterales(*)		0	2	1	4	2	3	5	2
Ojos bizcos		0	1	1	1	1	1	1	2
Dientes		6	8	11	10	9	15	8	12
Brazos cortos		0	2	2	4	1	2	2	4
Brazos largos		3	5	4	1	2	1	5	0
Brazos pegados		3	2	4	6	9	5	10	8
Manos grandes		2	4	3	0	1	0	0	0
Manos omitidas		1	8	10	6	3	6	7	4
Manos ocultas (*)		0	1	1	1	1	2	7	6
Piernas juntas		2	1	1	5	4	6	6	2
Genitales		5	1	1	0	1	0	0	0
Monstruo, fig grotesca		1	4	0	1	3	1	0	2
Tres figuras		5	2	1	1	0	0	1	0
Figura cortada (*)		2	3	3	4	2	2	2	4
Línea de base(*)		21	27	31	30	22	24	19	23
Sol (*)		5	9	4	3	0	2	0	0
Nube, lluvia		7	5	4	1	1	2	3	2
Omisión de:									
Ojos		2	1	1	1	0	0	1	0
Nariz		-	9	10	6	0	3	3	0
Boca		8	3	3	5	1	2	3	0
Cuerpo		11	3	2	1	0	0	1	0
Brazos		-	5	4	4	0	2	1	0
Piernas		3	2	1	3	1	1	2	0
Pies		-	-	-	-	10	4	5	6
Cuello		-	-	-	-	-	11	7	2

(*) No cumplió con los criterios establecidos para los indicadores emocionales y por lo tanto fue suprimido de la lista de indicadores emocionales.

Tabla 38: Porcentaje de niñas que muestran Indicadores Emocionales en sus DFH

Indicador emocional	Edad	5	6	7	8	9	10	11	12
	Cantidad	128	133	125	130	134	108	112	55
Trazos fragmentados (*)		0	0	1	2	7	15	7	5
Integración pobre		16	8	4	3	2	1	1	2
Sombreado: Cara		2	1	0	0	0	0	0	0
Somb. cuerpo, extrem		25	20	11	4	4	2	4	2
Somb.: manos, cuello		13	20	9	6	3	1	4	0
Asimetría de extrem		2	4	1	0	1	0	0	0
Figura inclinada		5	3	2	3	1	1	2	2
Figura pequeña		6	3	2	2	1	1	0	2
Figura grande		9	14	17	8	15	10	13	5
Transparencias		6	6	4	3	3	1	3	0
Cabeza pequeña		2	0	2	0	0	0	0	0
Cabeza grande (*)		27	28	30	36	26	16	17	16
Ojos vacíos (*)		18	9	11	15	9	6	14	11
Miradas laterales (*)		2	2	4	6	5	11	10	9
Ojos bizcos		1	0	1	0	1	2	1	0
Dientes		9	11	0	5	6	3	1	0
Brazos cortos		2	8	10	10	6	3	5	2
Brazos largos		2	3	2	2	1	3	1	0
Brazos pegados		0	2	2	7	4	5	9	9
Manos grandes		1	1	2	0	0	0	0	0
Manos omitidas		1	8	5	6	6	1	4	2
Manos ocultas (*)		0	0	0	2	4	6	8	11
Piernas juntas		1	2	3	2	4	3	8	13
Genitales		0	0	1	0	1	0	0	0
Monstruo, fig grotesca		0	1	0	0	0	1	0	2
Tres figuras		4	4	2	0	2	1	0	0
Figura cortada (*)		2	3	2	4	0	2	2	0
Línea de base, pasto (*)		18	29	35	21	20	20	16	11
Sol (*)		10	7	5	3	1	6	1	0
Nube, lluvia		6	6	4	3	1	3	2	0
Omisión de:									
Ojos		0	0	0	0	0	0	2	0
Nariz		10	5	8	8	7	5	3	2
Boca		9	0	0	2	1	1	3	2
Cuerpo		9	6	0	1	0	0	0	0
Brazos		9	2	1	0	0	0	0	0
Piernas		3	7	1	6	1	5	4	4
Pies		-	-	6	10	1	6	4	5
Cuello		-	-	-	-	7	6	4	0

(*) No cumplió con los criterios establecidos para los indicadores emocionales y por lo tanto fue suprimido de la lista de indicadores emocionales

Anexo 2

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad²⁵

A) (1) o (2)

1. Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Falta de atención

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)

²⁵ DSM-IV (2000) citado en Menéndez (2001)

- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- i) A menudo es descuidado en las actividades diarias

2. Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa y poco lógica en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e) A menudo “está ocupado” o suele actuar como si “estuviera impulsado por un motor”
- f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- (g) A menudo emite bruscamente las respuestas antes de haber sido terminadas las preguntas.
- (h) A menudo tiene dificultades para esperar su turno.
- (i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ejemplo se entromete en conversaciones o juegos)

B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por Ej., en la escuela y en casa)

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, académico o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Existen varios subtipos según predomine la hiperactividad o la falta de atención.

- *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado*: Si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses.

- *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención*: Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

- *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo*: Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.

En el caso de que no se cumplan los criterios establecidos para cualquiera de los subtipos mencionados, se diagnostica como “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado”.

Anexo 3

Tablas para la obtención de la capacidad intelectual en desarrollo en niños del Test de Matrices Progresivas: escala coloreada²⁶.

- Claves de corrección para el test
- Composición del puntaje normal
- Normas estandarizadas
- Rangos de capacidad intelectual

²⁶ Datos obtenidos de “Test de Matrices Progresivas: Escalas Coloreada, General y Avanzada. Manual” Raven, J., Raven, J. C. & Court, J. H.,1999

Tabla 39: Claves de corrección: Escala Coloreada

Problema	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A	4	5	1	2	6	3	6	2	1	3	4	5
Ab	4	5	1	6	2	1	3	4	6	3	5	2
B	2	6	1	2	1	3	5	6	4	3		5

Tabla 40: Normas forma cuadernillo: Composición puntaje normal

Puntaje Total	A	Ab	B
10	5	3	2
11	6	3	2
12	7	3	2
13	7	3	3
14	7	4	3
15	7	4	4
16	8	4	4
17	8	5	4
18	8	6	4
19	8	6	5
20	8	7	5
21	9	7	5
22	9	8	5
23	9	8	6
24	10	8	6
25	10	9	6
26	10	9	7
27	10	10	7
28	10	10	8
29	11	10	8
30	11	10	9
31	11	10	10
32	11	11	10
33	11	11	11
34	12	11	11
35	12	12	11

Tabla 41: Normas estandarizadas en Dumfries en 1982

Edad	5 1/2	6	6 1/2	7	7 1/2	8	8 1/2	9	9 1/2	10	10 1/2	11	11 1/2
Percentiles													
95	22	24	26	28	31	32	33	34	35	35	35	35	35
90	20	21	23	25	28	30	32	33	33	33	34	35	35
75	18	19	20	21	23	25	27	29	31	32	33	33	34
50	15	16	17	18	20	22	24	26	28	30	31	31	32
25	12	13	14	16	17	18	20	22	24	25	26	28	30
10	10	11	12	13	14	15	16	17	19	21	22	23	25
5	8	9	11	12	13	14	14	15	16	17	18	20	22
N:	35	23	42	54	55	44	48	52	37	53	49	51	55

Rangos de capacidad intelectual

- **Rango I** *Intelectualmente superior*: si su puntaje iguala o sobrepasa el percentil 95 para sujetos de su grupo de edad (entre P95 y P100).
- **Rango II** *Definidamente superior al término medio*: si su puntaje iguala o sobrepasa el percentil 75 para sujetos de su grupo de edad. (Entre P75 y P94)
- **II +** : si su puntaje sobrepasa el percentil 90. (Entre P90 y P94)
- **Rango III** *Intelectualmente término medio*: si su puntaje cae entre los percentiles 25 y 75 para sujetos de su grupo de edad. (Entre P25 y P75)
- **III +** : si su puntaje sobrepasa el percentil 50. (Entre P51 y P75)
- **III-**: si su puntaje es inferior al percentil 50. (Entre P26 y P50)
- **Rango IV**: *Definidamente inferior al término medio*: si su puntaje es igual o menor al percentil 25. (Entre P6 y P25)
- **IV-** : si su puntaje es igual o menor al percentil 10. Entre P6 y P10)
- **Rango V**: *Intelectualmente deficiente*: si su puntaje es igual o menor que el percentil 5 de su grupo de edad. (Entre P1 y P5)

Anexo 4

Cuestionario para la Estratificación de Nivel Socio- Económico de Himmel y cols. (1981) modificado de acuerdo con el criterio de Pinto Gallardo y Wenk (1991).

Categorías Educativas

➤ Sin estudios	0 puntos
➤ 1° a 4° básico	1 punto
➤ 5° a 6° básico	2 puntos
➤ 7° a 8° básico	3 puntos
➤ Educación Media incompleta	3 puntos
➤ Educación Técnica, Profesional o Comercial incompleta	3 puntos
➤ Educación Media Completa	4 puntos
➤ Educación Técnica, Profesional o Comercial completa	4 puntos
➤ Educación Universitaria incompleta	4 puntos
➤ Educación Universitaria completa (Tit. Univ.)	5 puntos
➤ Titulado Universitario con estudios adicionales de Postgrado (Magister, Master o Doctorado)	6 puntos

Categorías Ocupacionales

- | | |
|--|----------|
| ➤ Cesante | 0 puntos |
| ➤ Dueña de casa | 0 puntos |
| ➤ Obrero no especializado | 1 punto |
| ➤ Pensionado o Jubilado (Especificar Entidad) | 2 puntos |
| ➤ Obrero especializado o Suboficial de las FF.AA. | 2 puntos |
| ➤ Trabajador independiente (Ej. Gásfit.,Carpint) | 2 puntos |
| ➤ Empleado Público o Privado de escalafón bajo | 3 puntos |
| ➤ Pequeño empresario o comerciante | 4 puntos |
| ➤ Profesional Universitario si cargo directivo u oficiales de las FF.AA. | 5 puntos |
| ➤ Mediano Empresario o Directivo medio | 6 puntos |
| ➤ Profesional Universitario independiente u Oficiales de alto grado de las FF.AA (generales o coroneles) | 7 puntos |
| ➤ Gran empresario, Directivo de alto nivel | 8 puntos |
| ➤ Otros (si las categorías precedentes no han permitido encasillar a la persona encuestada o al jefe de hogar, describir cuál es su actividad) | |

Criterio Modificado por Pinto, Gallardo y Wenk

N.S.E. Bajo: 0 a 6 puntos

N.S.E. Medio: 7 a 9 puntos

N.S.E. Alto: 10 puntos y más

Anexo 5

Descripción de Autoconcepto y Autoestima

El autoconcepto, alude al conjunto de elementos que la persona utiliza para describirse a sí mismo. Según Gurney (1988 citado en Haeussler & Milicic, 1996) el autoconcepto es aprendido y construido a partir de percepciones derivadas de las experiencias que se van haciendo progresivamente más complejas.

Este autor describe tres etapas en su formación. La primera de ellas, la llama existencial o del sí mismo primitivo y abarca desde el nacimiento hasta los 2 años. En esta etapa, son las relaciones interactivas con los padres y en especial con la madre, las que van dando las pautas para que el niño desarrolle el proceso de percibirse a sí mismo como una realidad diferente de los demás. El segundo período lo denomina sí mismo externo y comprende desde los 2 hasta los 12 años de edad. En esta etapa el niño puede dar información acerca de sí y agrega paulatinamente elementos y precisión a su visión de sí mismo, pudiendo evaluarse en un sentido positivo o negativo. Este período es crucial desde el punto de vista de la imagen personal, ya que es la fase en la cual el niño está más sensible a la información del medio. Finalmente, la tercera etapa la denomina sí mismo interior y abarca desde los 12 años en adelante. Aquí el adolescente busca describirse a sí mismo en términos de identidad y realiza una definición cada vez más diferenciada y menos global.

Por otra parte, los psicólogos sociales “interaccionistas simbólicos” postulan que las personas desarrollan una idea sobre sí mismas en base a

cómo son tratados o vistos por los demás. Esta noción la denominan “espejo de sí mismo”, resaltando que el cómo los niños se vean será el reflejo de cómo los vean los demás, lo cual es la base para la formación del autoconcepto (Pope, Mc Hale & Craighead 1996).

La autoestima según Pope (1996), se puede definir como “la evaluación contenida en el autoconcepto, y procede de los sentimientos del niño acerca de todo lo que es él” (p.14).

La autoestima es entonces, la valoración global que tiene un sujeto acerca de sí mismo y su formación se basaría tanto en la percepción que cada cual tiene de sí mismo (equivalente al autoconcepto), como en el ideal de persona que el sujeto esperaría ser. Cuando la percepción y el ideal se equiparan, la autoestima es positiva, mientras que un individuo con baja autoestima posee sentimientos negativos y de no aceptación respecto a sí mismo, pudiendo mostrar una actitud positiva ficticia en un intento de reflejar, tanto a él como a los demás, que es una persona adecuada (Haeussler, Milicic, 1996).

Los componentes del autoconcepto, y en consecuencia del autoestima, proceden de aspectos de las experiencias importantes de las personas, que se pueden agrupar en 5 áreas según Haeussler & Milicic (1996).

La primera área corresponde a la dimensión física y refiere al hecho de sentirse atractivo físicamente. Además, incluye en los niños el sentirse fuerte y capaz de defenderse y en las niñas el sentirse armoniosa y coordinada.

La dimensión social, involucra el sentirse aceptado o rechazado por los pares, sentirse parte de un grupo y capaz de enfrentar con éxito diferentes situaciones sociales, como tomar la iniciativa, relacionarse con personas del sexo opuesto, solucionar conflictos interpersonales con facilidad y tener sentido de solidaridad.

La tercera área corresponde a la afectiva y alude a la autopercepción de características de personalidad, tales como ser simpático o antipático, de buen o mal carácter, generoso o tacaño, valiente o temeroso, etc.

La dimensión académica, se relaciona con la capacidad para enfrentar con éxito las situaciones de la vida escolar y con la autovaloración de las capacidades intelectuales, como sentirse inteligente, creativo y constante.

Finalmente, la dimensión ética se desarrolla a partir del sentirse una persona buena y confiable o bien mala y poco confiable e incluye atributos como creerse responsable o irresponsable, trabajador o haragán.

Cuando una o varias de estas áreas se encuentran afectadas, lo más probable es que el niño desarrolle una baja autoestima, pudiendo adoptar, por lo general, dos tipos de conductas. Por una parte podría retraerse, por miedo a relacionarse con los demás y por temor a que a la larga lo rechacen, y por otra, podría ponerse agresivo, irritable, poco cooperador y poco responsable, situación ante la cual los demás tenderían a asumir una postura más crítica y rechazante frente al niño, quien a su vez actuaría de una forma cada vez más negativa y desafiante, creando así un círculo vicioso (Haeussler, Milicic, 1996).

La baja autoestima puede expresarse de diversas maneras dependiendo de la personalidad del niño, de sus experiencias vitales y de los modelos de identificación a los que ha estado expuesto.

A continuación se señalan las actitudes y conductas más frecuentes de los niños que presentan problemas de autoestima (Ibíd.):

- 1- Actitud excesivamente quejumbrosa y crítica: se manifiesta como una forma de expresar descontento porque las cosas no resultan como esperaban o como sensación de no ser suficientemente valorados por las otras personas.
- 2- Necesidad compulsiva de llamar la atención: se presenta como constantes demandas de ser atendidos, con el fin de lograr que los demás les confirmen que son importantes para ellos.
- 3- Necesidad imperiosa de ganar: se observa a través de frustración y ofuscación desproporcionada cuando pierden, ya que creen que para ser queridos deben ser exitosos y realizar todo mejor que los demás.
- 4- Actitud inhibida y poco sociable: en la medida en que los niños se valoran poco, presentan mucho temor a la autoexposición, ya que creen que son aburridos para los otros, lo que los lleva a no tomar la iniciativa por temor a ser rechazados.
- 5- Temor excesivo a equivocarse: esto ocurre porque cometer una equivocación equivale a una catástrofe, por esta razón, no se arriesgan.

- 6- Actitud insegura: se debe a la poca confianza en sí mismos. Esto conlleva a una disminución de las actividades creativas.
- 7- Ánimo triste: aparecen como tranquilos, sin embargo su calma se debe a su sentimiento general de tristeza. Sonríen con dificultad y las actividades que se les proponen no los motivan.
- 8- Actitud perfeccionista: se refiere a su constante descontento por la mayoría de las cosas que hacen, ocultando sus creaciones a la vista de los demás. A raíz de esto, resultan muy poco productivos, pues aunque realizan trabajos de buena calidad, son lentos y no alcanzan a terminarlos.
- 9- Actitud desafiante y agresiva: este comportamiento lo demuestran los niños en su afán por ocultar su frustración y tristeza, transformando su inseguridad en la conducta opuesta.
- 10- Actitud derrotista: se presenta por la historia de fracasos que han experimentado los niños, pensando en resultados deficientes antes de emprender los nuevos desafíos.
- 11- Necesidad compulsiva de aprobación: se manifiesta por la constante búsqueda de reconocimiento por parte de los demás, conducta motivada por su inseguridad y la falta de confianza en sus propias capacidades.

Anexo 6

Dibujos de la Figura Humana realizados por niños de la muestra

- Selección de dibujos de la figura humana realizados por niños sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- Selección de dibujos de la figura humana realizados por niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Dibujos de la Figura Humana realizados por niños sin TDAH

Dibujo 1

Edad: 8 años

Indicadores Emocionales: Manos grandes



Dibujo 2
Edad: 10 años
Indicadores Emocionales: Ausentes



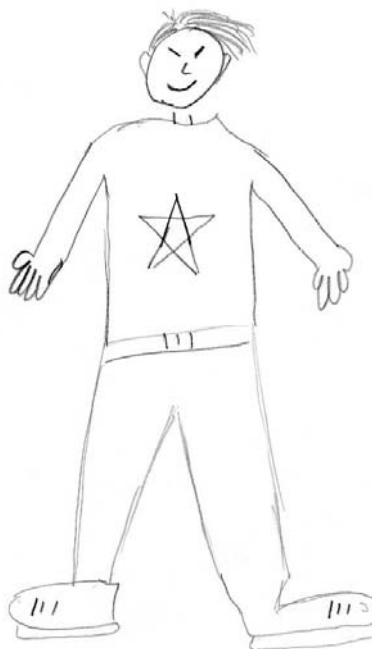
Dibujo 3
Edad: 11 años
Indicadores Emocionales: Ausentes



Dibujo 4
Edad: 8 años
Indicadores Emocionales: Ausentes



Dibujo 5
Edad: 8 años
Indicadores Emocionales: Ausentes



Dibujos de la Figura Humana realizados por niños con TDAH

Dibujo 1

Edad: 8 años

Indicadores Emocionales:-

- Figura pequeña
- Piernas juntas
- Omisión de nariz

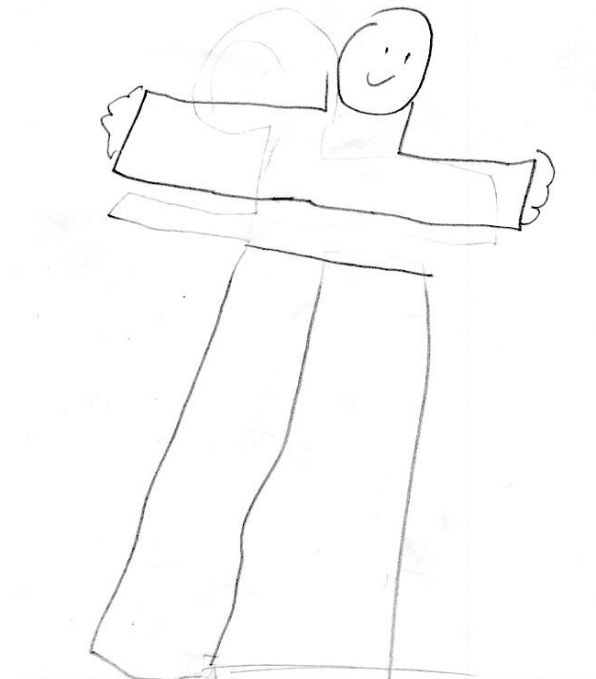


Dibujo 2

Edad: 7 años

Indicadores Emocionales:

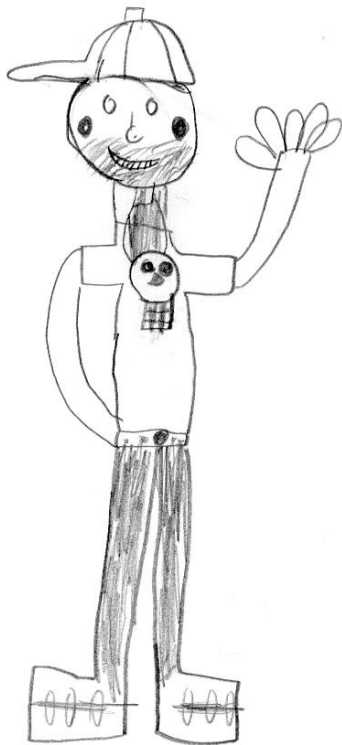
- Integración pobre de las partes
- Inclinación de la figura
- Piernas juntas
- Omisión de nariz
- Omisión de cuerpo



Dibujo 3

Edad: 8 años

- Indicadores Emocionales:
- Sombreado de cara
 - Sombreado de cuello
 - Transparencias
 - Dientes



Dibujo 4

Edad: 12 años

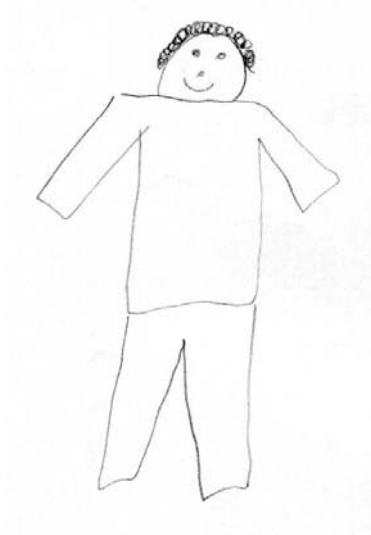
- Indicadores Emocionales:
- Figura pequeña
 - Brazos pegados
 - Omisión de nariz
 - Piernas juntas



Dibujo 5

Edad: 9 años

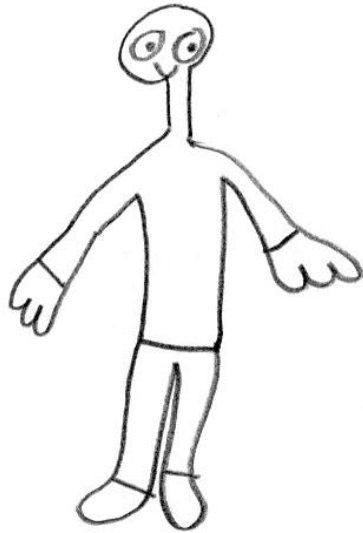
Indicadores Emocionales: - Brazos cortos
- Manos omitidas
- Omisión de pies



Dibujo 6

Edad: 7 años

Indicadores Emocionales: - Inclinación de la figura
- Manos grandes
- Omisión de nariz



Dibujo 7

Edad: 11 años

Indicadores Emocionales: - Inclinação de la figura
- Figura pequeña
- Piernas juntas



Dibujo 8

Edad: 8 años

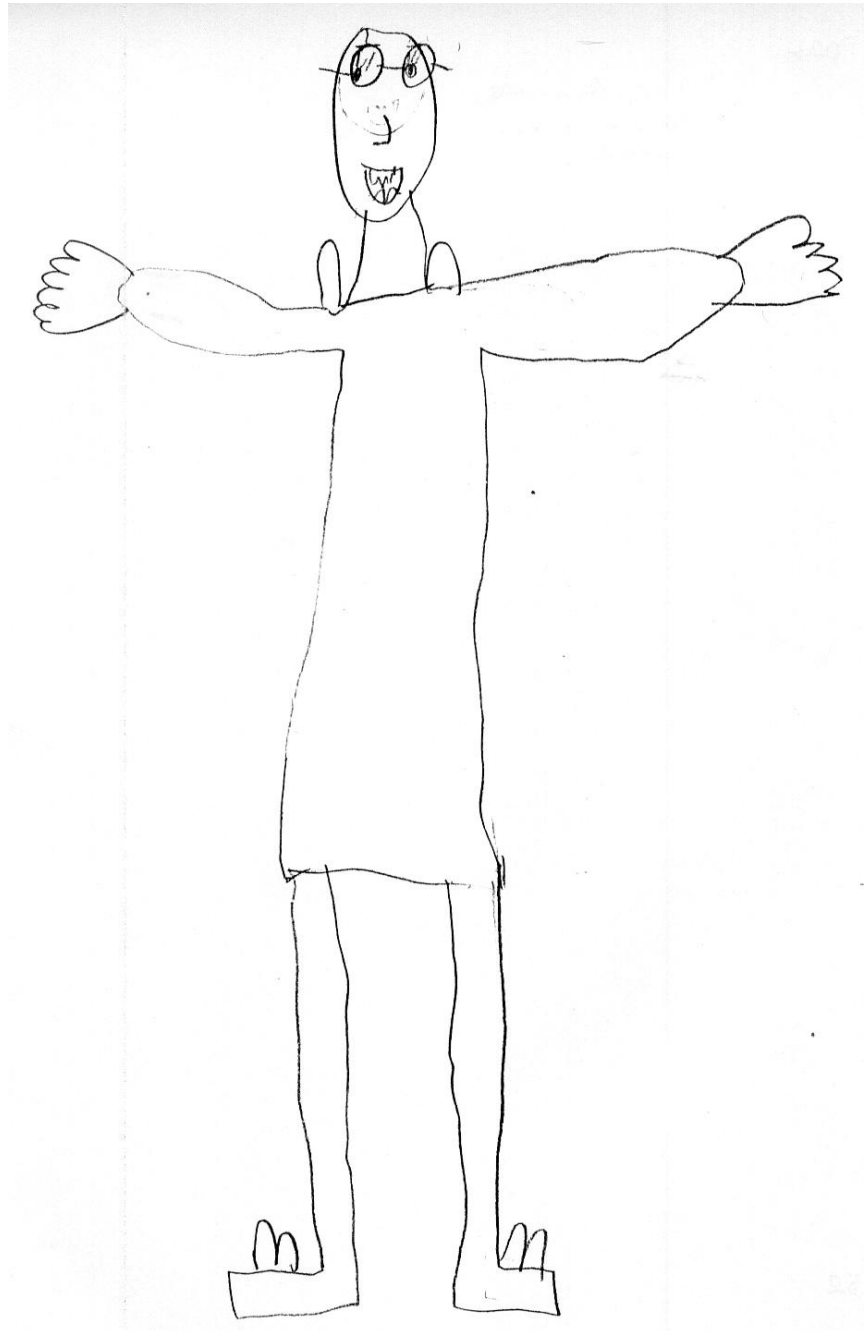
Indicadores Emocionales: - Inclinação de la figura
- Manos grandes
- Omisión de nariz



Dibujo 9

Edad: 8 años

Indicadores Emocionales: - Figura grande
- Transparencias
- Dientes



Dibujo 10

Edad: 8 años

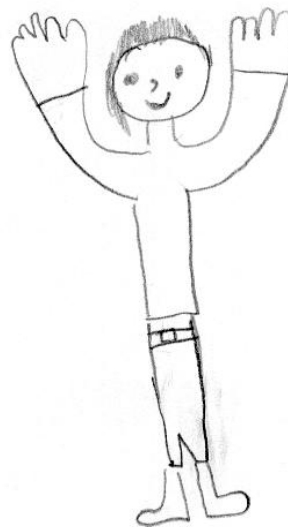
Indicadores Emocionales: - Inclinação de la figura
- Dientes



Dibujo 11

Edad: 12 años

Indicadores Emocionales: - Inclinação de la figura
- Manos grandes
- Brazos largos
- Piernas juntas



Dibujo 12

Edad: 8 años

Indicadores Emocionales: - Figura grande
- Dientes
- Omisión de la nariz

