

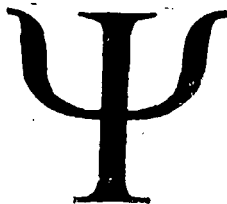


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO EXPLORATORIO DEL DAP: SPED
PROCEDIMIENTO PARA VALORAR DISTURBIOS
EMOCIONALES EN NIÑOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADAS EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
ROMERO MARTINEZ ADRIANA
VAZQUEZ RAMIREZ ALI JOCELYN



DIRECTORA DE TESIS: MTRA MA CRISTINA HEREDIA ANCONA
REVISOR: LIC. RICARDO DIAZ GUTIERREZ.

MEXICO, D. F.,

2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

Por permitimos ser parte de su comunidad y por llevar con orgullo su emblema.

A la Facultad de Psicología.

Por abrirnos sus puertas y así permitir nuestra formación como profesionistas, por ser el escenario en el cual vivimos experiencias agradables y desagradables que siempre llevaremos con nosotras. Muchas gracias.

A la maestra Cristina Heredia.

Por compartir con nosotras sus valiosos conocimientos, por su paciencia, confianza, cariño, apoyo y comprensión, pero sobre todo por su persistencia para la realización de este proyecto.

Al Lic. Ricardo Díaz.

Porque sin su grandiosa colaboración y sus conocimientos, este proyecto habría sido aún más difícil de concluir. Gracias por todo tu esfuerzo, por tu comprensión, paciencia y cariño.

A nuestros sinodales:

Mtra. Martina Jurado.

Por su tiempo, apoyo y contribuciones gracias.

Lic. Yolanda Olguin.

Lic. Maritza Martínez.

Al departamento de Servicio Social por todo lo que hicieron por nosotras, especialmente a:

Lic. Lidia Díaz SanJuan. Por que siempre que la necesitamos contamos con su apoyo, con su amistad y confianza gracias.

Lic. Leticia Gamiz. Por su apoyo y comprensión.

A Celia Chávez (Chela).

Por su infinito apoyo y colaboración para lograr este proyecto y porque siempre fue una gran amiga.

A las escuelas primarias: Próceres de la Revolución y Antonio Cedeño.

Por las facilidades otorgadas para la realización de esta meta.

Romero Martínez Adriana.

Vázquez Ramírez Ali Jocelyn.

AGRADECIMIENTOS

ADRIANA

A Dios.

Gracias señor por acompañarme en todo camino que emprendo, gracias por ser el mejor consuelo y el mejor refugio en los momentos difíciles y dichosos, gracias por otorgarme la grandiosa dicha de existir y llegar a cumplir esta meta.

A mi MAMA.

La Sra. Martha Martínez O. Por regalarme la vida y darme la oportunidad de ser alguien, gracias por confiar en mi, por guiar mis pasos y por haberme enseñado a valorar cada uno de tus esfuerzos y sacrificios, gracias por tu apoyo y dedicación y mil gracias más porque tu presencia ha sido el motivo más grande para culminar esta meta.

A mi PADRE.

El Sr. Luis Romero S. Gracias por regalarme la existencia, por tu presencia y por los consejos que me has brindado en la forma que tu hayas elegido.

A mis hermanos.

Luis, Raúl y Alejandro a quienes quiero expresarles un profundo agradecimiento por todo su apoyo, por haber sido más que un hermano en determinado momento, por alentarme a continuar luchando pero sobre todo por estar presentes cuando los necesito; mil gracias.

A mi hermana.

Paty mil e infinitas gracias porque sin escatimar esfuerzo alguno ha sacrificado gran parte de tu vida para que mi formación profesional fuera posible y porque nunca podré pagarte todo tu sacrificio ni aún con las riquezas más grandes del mundo.

Por lo que soy y por todo el tiempo que has dedicado a nosotros tu familia mil gracias con amor y respeto.

A mi esposo.

Por compartir tu vida conmigo, por ser un compañero comprensivo por toda tu confianza tolerancia y apoyo incondicional a lo largo de la realización de este proyecto.

Gracias por transmitirle luz y dicha a mi existencia, por darme lo mejor de ti y mil gracias más por ser el compañero ideal.

TE AMO

A Ti.

Que siendo aún tan pequeñito eres el motivo más grande capaz de mantenerme firme y persistente, siendo la luz más intensa que ilumina mi camino, el sentimiento de amor nunca antes expresado, la dicha más grande que Dios puede darle a una mujer y la esperanza que mantiene viva a una madre.

Gracias por llenar de dicha y esperanza mi existencia.

TE AMO

A mis amigas.

Joss. Gracias por escuchar y compartir momentos importantes de nuestras vidas, por todo tu tiempo, por ser mi compañera en este proyecto, mil gracias por todo tu apoyo y tolerancia y por tu persistencia para lograr esta meta que ambas anhelábamos.

Jessy. Por tu confianza al compartir momentos tan especiales conmigo, por tus sentimientos incondicionales de amistad y cariño pero sobre todo por enseñarme el verdadero valor de la amistad. Gracias por estar siempre allí cuando he necesitado un buen consejo.

Chio. Por tu amistad incondicional, por tu discreción y confianza por ser una persona con un gran espíritu, por compartir y escuchar momentos agradables y desagradables por todo esto muchas gracias.

Kary. Por enseñarme a disfrutar también de los momentos desagradables, por todos esos momentos inolvidables y por darme la oportunidad de ser tu confidente.

Rosario. Porque aún sin habernos tratado me brindaste tu confianza y tus buenos sentimientos, mil gracias por ser una excelente persona y por todos los momentos que hemos compartido.

A Todas muchas gracias por los momentos inolvidables que pasamos juntas por ser amigas y compañeras, por compartir su tiempo conmigo pero sobre todo por regalarme parte de ustedes y por haber hecho aún más intensos los días de mi vida como universitaria.

A mis profesores. Mil gracias a todas aquellas personas que compartieron conmigo sus conocimientos, gracias por sus consejos y por sembrar en mi el coraje y la constancia para llegar a ser una persona productiva en mi sociedad.

A la Sra. Fatima Ramirez. Por su infinito apoyo, confianza y amistad, muchas gracias por su colaboración y buenos deseos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Gracias por escucharme, por estar siempre conmigo y por cobijarme cuando he creído que no queda nada por hacer. Gracias por ser un gran guía, por llevarme siempre de tu mano, por quererme tanto y sobre todo por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida al lado de mis seres queridos. Gracias por la madre que me tocó.

A mi MAMA

Por ser una gran mujer, por todo tu esfuerzo, tu sacrificio, tus desvelos y por luchar día con día para hacer de mí una mujer de provecho. Gracias por todo tu amor, dedicación, consuelo y disponibilidad, pero sobre todo porque siempre has estado presente en los momentos más felices y en los más difíciles haciendo estos últimos más llevaderos a base de amor y de consejos.

Gracias por la enseñanza que me diste por los valores que inculcaste en mí, pero sobre todo gracias por enseñarme a luchar por lo que quiero sin importar los tropiezos que pueda tener a lo largo del camino. Mil gracias por apoyar como lo hiciste este proyecto y una vez más gracias por contribuir de manera muy significativa a ser lo que soy.

MAMA este trabajo también es tuyo te amo.

A mi abuelita.

Por todo el apoyo que me brindó a lo largo de mi vida por su infinito amor y comprensión gracias Mam.

A mi abuelo.

Por sus sabios consejos en el momento exacto.

A mi Papá.

Por su ausencia.

A mis tíos:

Raúl. Por su cariño, consejos y por su ejemplo, por sus enseñanzas y por ser siempre el hermano que no tuve.

Aida. Por enseñarme el valor y el coraje para enfrentar las adversidades.

Frida. Por su comprensión, cariño y apoyo.

Alma. Por su cariño, apoyo y por enseñarme que en la vida todavía hay gente bondadosa e inocente.

Margarita. Por sus regaños y exigencias de rectitud una señorita no hace... no dice...

Amis primos:

Andrea. Por su cariño, por ser tan compartida, por su fortaleza y por ser la buena onda.

Sybil. Por su tolerancia, dureza, cariño, por escucharme como lo hace y por su dureza crítica.

Mariana. Por alegrarme la vida.

Gaby y Poncho. Por ser un verdadero reto a la obediencia y por su cariño.

Muy en especial a Fridita y Héctor. Porque han sido algo muy importante en mi vida, gracias por quererme tanto y por impulsarme a luchar y ser un buen ejemplo para ustedes los quiero mucho.

A Trelis. Por su cariño, apoyo y consejos.

A Alfonso (José). Por cuidarme, apoyarme, aconsejarme y quererme.

A René. Porque sin quererlo me hizo madurar, me enseñó el sufrimiento y gracias a eso supe que era fuerte y esto me ayudó a crecer, a sacar el coraje y la fuerza para luchar y salir adelante y así llegar a la culminación de esta meta.

A Mario. Por ser el héroe de la película y sacarme del hoyo en el que caí.

A la Lic. Carmen Soto y al Maestro Celso Serra. Porque siempre estuvieron a mi lado en mis momentos de catarsis, por todo el apoyo y cariño que me mostraron a lo largo de la carrera "siempre me sacaron de apuros".

A mi madrina Mayra. Porque siempre me hecho la mano y me saco de problemas.

A la Mtra. Alicia Velázquez,. Por todo el apoyo otorgado a lo largo de mi carrera y aún después.

A Sandy y Bety de Servicios Escolares. Por todo su apoyo, cariño y comprensión con el que siempre conté a lo largo de mi ciclo como universitaria.

A Cristy Balderas. Por su cariño, apoyo y por bromista.

A Lupita González. Por todo su cariño y apoyo en todo momento.

A Teresa Martínez. Por su apoyo, por lépera, agradable y por ser mi amiga.

A Leticia Juárez. Por su apoyo y comprensión.

A la Lic. Isaura López. Por su cariño y apoyo.

A las hermanas Conde. Por su optimismo y cariño.

A la Lic. Alejandra Manjarrez. Por su humorismo y por recuperarme tantos y tantos archivos perdidos.

A Paty Merino. Por su cariño, apoyo y por ser tan sarcástica.

A la Lic. María Luisa Betanzos + Por todo lo que me dejó.

A mis amigos:

Israel. Porque mientras duro fue un excelente amigo con el que siempre conté para todo y porque en los momentos que creí más difíciles estuvo ahí para darme ánimo y apoyarme.

Lola. Por su cariño y apoyo.

Elisa. Por ser una gran amiga por su confianza, cariño, apoyo y buenos deseos.

Chío. Por ser como es, por saber escuchar, por su cariño y por todo lo que compartimos a lo largo de la carrera.

Jessy. Por ese corazón tan tierno por ser como es y por ser una gran amiga.

Ady. Por permitirme conocerla, ser su amiga y emprender juntas esta aventura tan importante para las dos, gracias por tu apoyo, por tu tolerancia y por tu cariño.

A todos y cada uno de los maestros que colaboraron en mi educación y formación y porque gracias a sus consejos y enseñanzas llegue adonde estoy.

A todos los que no menciono ya que sería una Tesis de agradecimientos. A esas personas que son muchísimas les agradezco haber compartido alguna de las etapas de mi vida. Gracias por darme la oportunidad de conocerlas y estar con ellas.

A Creazy. Por todo su amor perruno, por ser mi más fiel y leal amigo gracias por no delatar la otra parte de mi personalidad que sólo tu conoces.

Gracias

Vázquez Ramírez Ali Jocelyn.

INDICE

Página		
Resumen		I
Introducción		III
Capítulo 1		
El desarrollo del niño		1
1.1 Perspectivas de desarrollo		2
1.1.2 Perspectiva Mecanicista		2
1.1.3 Perspectiva Organicista		3
1.1.4 Perspectiva Humanista		4
1.1.5 Perspectiva Psicoanalítica		4
1.2 Teorías del Desarrollo		5
1.2.1 Teoría Psicosexual		9
1.2.2 Teoría Psicosocial		15
1.2.3 Teoría Cognoscitiva		18
1.3 Los Niños en Edad Escolar		24
1.4 EL Desarrollo Gráfico del Niño		24
Capítulo 2		
Antecedentes de las Pruebas Psicológicas		31
2.1 Definición y Características de las Pruebas Psicológicas		31
2.2 Dos técnicas Dentro de las Pruebas Psicológicas		36
2.3 Pruebas Psicométricas		37
2.4 Pruebas Proyectivas		37
Capítulo 3		
Trastornos de Conducta más Frecuentes en el Niño de Seis a Trece año de Edad		46
3.1 Trastornos de Ansiedad		51
3.1.1 Trastornos de Ansiedad Generalizada		54
3.1.2 Trastornos de Ansiedad por Separación		57
3.2.1 Fobias		57
3.2.2 Fobias Específicas		59
3.2.3 Fobias Sociales		64
3.3 Trastornos de Comportamiento Perturbador		64
3.3.1 Trastorno Negativista Desafiante		69
3.3.2 Trastorno Disocial		77
3.4 Trastorno del estado de ánimo		82
Depresión		89
3.5 Trastorno por Déficit de Atención		90
3.6 Trastornos de la Eliminación		92
3.6.1 Encopresis		94
3.6.2 Enuresis		95
3.7 Trastornos de Tics		98
3.7.1 Trastorno de la Tourette		99
3.7.2 Trastorno de Tics Vocales o Motores Crónicos		101
3.7.3 Trastornos de Tics Transitorios		101
3.8 Mutismo Selectivo		105
Capítulo 4		
Características de el DAP: SPED		105
4.1 Objetivos		106
4.2 Usos de la DAP: SPED		107
4.3 Desarrollo y Estandarización		108
4.3.1 Desarrollo de la Versión de Estandarización		110
4.4 Estandarización del Sistema de Calificación		110
4.5 Muestra de Estandarización		111

4.6 Desarrollo de Puntuaciones Derivadas	111
4.7 Confiabilidad	112
4.8 Validez	113
4.9 Aplicación y Puntuación	117
4.10 Descripción del Sistema de Calificación	119
4.11 Estudios Realizados con el DFH en México	121
Capítulo 5	
Metodología	127
5.1 Planteamiento del problema	127
5.2 Justificación	127
5.3 Hipótesis General	128
5.4 Hipótesis Estadística	129
5.5 Variables	129
5.5.1 Definición Conceptual de Variables	129
5.5.2 Definición Operacional de Variables	130
5.6 Muestreo	132
5.6.1 Criterios de Inclusión	133
5.7 Tipo de Estudio	133
5.8 Diseño	133
5.9 Instrumentos y/o Materiales	134
5.9.1 Escenario	135
5.10 Procedimiento	135
5.11 Análisis Estadístico de Datos	136
Capítulo 6	
Resultados y Análisis de Resultados	138
6.1 Distribución de la Cantidad de Puntajes en el DAP de Niños Con y Sin Problemas de Conducta	139
6.2 Comparación entre el Género y la Puntuación Cruda Obtenida en el DAP	141
6.3 ANOVA ONEWAY	142
6.4 Indicadores más Frecuentes que se Encuentran en el DAP en los Niños con Problemas y Niños Sin Problemas de Conducta	142
6.5 Indicadores Gráficos de Mayor Frecuencia Presentes en Cada una de las Diferentes Edades de los Niños que Conformaron la Muestra	144
6.6 Indicadores Gráficos de Menor Frecuencia Presentes en la Prueba DAP.....	150
6.7 Puntuaciones Derivadas	150
6.8 Comparación entre Normas de E. U. Y Normas Mexicanas	152
6.9 Comparación entre Grupos de Edad	153
6.10 Datos Normativos para Población Mexicana Por Edad y Género en Calificación T	154
6.11 Indicadores Gráficos de Mayor Frecuencia Presentes en Cada una de las Diferentes Edades de los Niños que Conformaron la Muestra	158
Capítulo 7	
Conclusiones y Discusión	177
Capítulo 8	
Limitaciones Sugerencias	186
Referencias	188
Apéndice	

RESUMEN

Una de las técnicas de mayor utilidad en la intervención temprana ha sido por mucho tiempo el Dibujo de la Figura Humana (DFH). A la mayoría de los niños les encanta dibujar y pintar si se les da la oportunidad, producirán espontáneamente dibujos de casas, animales, aviones, autos, etc; pero la mayoría de las veces dibujarán figuras humanas; actualmente existen dos enfoques principales de la interpretación del DFH como un test evolutivo de maduración y, los clínicos primordialmente lo consideran como una técnica proyectiva, y analizan los dibujos buscando signos de motivaciones inconscientes, conflictos y rasgos de personalidad.

Dentro de la técnica del Dibujo de la Figura Humana han existido diversas formas de interpretación entre las que figuran las escalas propuestas por autores como; Goodenough - Harris, Machover y Koppitz; una de las últimas contribuciones a la técnica del DFH es la propuesta por Naglieri, McNeish y Bardos en 1991, (DAP: SPED); quienes proponen el dibujo de la figura humana como procedimiento proyectivo para valorar la presencia de disturbios emocionales en niños y adolescentes, por medio de 55 indicadores gráficos que aparezcan en la realización de tres dibujos de la figura humana.

Utilizando este último procedimiento se realizó un estudio exploratorio teniendo como objetivo comparar si los 55 indicadores gráficos esenciales que aparecen en población estadounidense en la técnica del dibujo proyectivo DAP: SPED, aparecen en una muestra de niños mexicanos.

Esta técnica requiere de tres dibujos, el primero de un hombre, el segundo de una mujer y el tercero de sí mismo; la diferencia entre esta técnica y las anteriores es que el DAP: SPED incluye el dibujo de sí mismo, dándonos la oportunidad de observar como el individuo proyecta su percepción de él mismo en relación a su ambiente y como percibe a sus padres proyectándolo en las otras dos figuras, de esta manera el DAP: SPED, enriquece aún más la técnica del DFH como procedimiento proyectivo.

La muestra de la investigación se conformó por 267 niños, de los cuales 160 son niños y 107 son niñas, con edades comprendidas entre los 6 y 13 años; de escuelas públicas del turno matutino ubicadas al sur y oriente del D.F.

La selección de los niños que participaron en el estudio fue realizada a juicio del profesor del grupo, quien los clasifico como niños con problemas y niños sin problemas de conducta; teniendo así que el grupo de niños con problemas se formo por 96 niños y 33 niñas obteniendo un total de 129, para el grupo de niños sin problemas fueron 64 niños y 74 niñas teniendo un total de 138.

Los datos obtenidos a través del DAP: SPED fueron sometidos a un análisis de frecuencias y porcentajes.

Primero se realizó una selección de los indicadores que se presentaban con mayor frecuencia en los dibujos, una vez identificados; se dividió a la muestra en grupos de acuerdo a las variables edad y género.

Los resultados indicaron que existen diferencias en el número de indicadores gráficos que presentan los niños de población estadounidense y los niños mexicanos.

Así mismo se aceptó la hipótesis general de la investigación la cual dice que existen diferentes características entre los dibujos de niños sin problemas de conducta y los niños con problemas de conducta.

Entre los principales resultados se encontró que los niños y niñas clasificados con problemas de conducta presentan más indicadores gráficos - emocionales que aquellos que no se clasificaron con esta característica.

Por otra parte, independientemente de si cuentan o no con la característica de ser niño con problemas de conducta se encontró que en general los niños presentan un número mayor de indicadores que las niñas.

INTRODUCCION

El interés por los dibujos infantiles a cobrado gran importancia durante más de 50 años; a través de estos, el énfasis de la literatura cambió su dirección de las investigaciones comparativas de las producciones gráficas de niños y primitivos; al análisis clínico de pinturas y dibujos de niños perturbados y a la evaluación de la madurez mental y emocional por medio del Dibujo de la Figura Humana (DFH).

Las investigaciones han revisado todo tipo de producciones gráficas de niños de todas las edades desde la infancia hasta la adolescencia; para obtener mayor información acerca de la manera en que el individuo experimenta su Yo en relación con los demás y con su ambiente familiar.

El Dibujo de la Figura Humana (DFH) supone una proyección de la imagen corporal, ofrece un camino para la expresión de necesidades y conflictos que tenga la persona de su cuerpo.

En el dibujo podemos encontrar una manifestación de la organización de todo el modelo del cuerpo, el cual se ha desarrollado a través de la experiencia del individuo que se ve expuesto a enfermedades físicas o mentales por frustraciones o por alteraciones de adaptación, es por eso que facilita la proyección de elementos de la personalidad, permitiendo identificarlos para su valoración. (Buck y Warren, 1995).

Los Dibujos de la Figura Humana (DFH) se han convertido en una de las técnicas más ampliamente usadas por los Psicólogos que trabajan con niños. Los Psicólogos clínicos y educativos son los principales interesados en construir y utilizar test confiables que determinen el nivel de maduración en el que se encuentra el niño, con el objeto de desarrollar sus capacidades y habilidades, observan de que manera evolucionan continuamente las acciones del individuo y como reacciona este en un ambiente que también varía constantemente. Al focalizar su atención en los cambios de la vida describen, explican y predicen el

comportamiento, realizando sugerencias con el propósito de ayudar a desarrollar al máximo las potencialidades de los individuos. Sin embargo para que esto pueda ocurrir es necesario que cuenten con instrumentos fiables y adecuados que les permita cumplir con los objetivos de una evaluación psicológica y presentar un diagnóstico claro y objetivo.

Debido a las necesidades ante las cuales se enfrentan los psicólogos clínicos y educativos, surge la prueba de el DAP: SPED, que tiene como propósito identificar disturbios emocionales por medio de tres dibujos de la figura humana, (hombre, mujer y sí mismo) en niños y adolescentes de entre 6 y 17 años.

Esta prueba fue diseñada por Naglieri McNeish y Bardos, es originaria de E.U. y surge en el año de 1991.

La prueba la constituyen 55 indicadores gráficos (emocionales) que nos ayudan a valorar la presencia o ausencia de disturbios emocionales.

Como la prueba es originaria de E.U. y fue ahí donde se aplicó y estandarizó, quisimos saber si esta prueba puede ser utilizada satisfactoriamente en México así como lo es en E.U.

Es por esto que el presente estudio tuvo como finalidad saber si los 55 elementos gráficos que aparecen en población estadounidense aparecen de igual manera en una muestra de niños mexicanos de entre 6 y 13 años de edad en la prueba del DAP: SPED.

CAPITULO 1

EL DESARROLLO DEL NIÑO

En forma periódica a lo largo de la historia a aparecido la noción de que la niñez es una etapa o conjunto de etapas con cualidades únicas y exclusivas. El concepto de etapa evolutiva se refiere a aquel periodo de la vida, durante el cual buena parte de la conducta se encuentra dominada por una cualidad particular en el modo de pensar o en las relaciones sociales. Se llama etapa a un paso dentro del proceso del desarrollo (Cit. Newman y Newman, 1985).

El estudio del desarrollo humano se centra en las formas cuantitativas y cualitativas en que las personas cambian a través del tiempo. El cambio cuantitativo es bastante evidente y relativamente fácil de medir el aumento de la estatura y peso de una persona es un cambio cuantitativo. El estudio del cambio cualitativo es más complejo, incluye "saltos" en el funcionamiento - aquellos cambios en calidad que diferencian a un niño capaz de hablar de un bebe que no habla. Estos cambios señalan el desarrollo de la inteligencia, la creatividad, la sociabilidad y la moralidad.

Por lo tanto el desarrollo se entiende como la afloración completa y la utilización múltiple de las funciones y habilidades que van surgiendo, gracias a la interacción entre el individuo y su ambiente de esta manera, el desarrollo es el resultado de influencias mutuas de dotes, maduración y factores ambientales que van formando la personalidad del individuo (Sil C. 1997). (Cit. Llanes, C.M. Sil, P.M. 2000).

1.1 PERSPECTIVAS DEL DESARROLLO

Al hablar del desarrollo del niño debemos tomar en cuenta cuatro tipos de perspectivas, que a continuación se describen:

1.1.2 PERSPECTIVA MECANICISTA:

Este tipo de perspectiva equipara a las personas con las máquinas; considera que tenemos más capacidad reactiva que iniciativa. Somos lo que nuestros ambientes hacen de nosotros. Así se separan todos los componentes de un ambiente determinado, podríamos predecir la reacción de una persona.

Los teóricos como Pavlov Watson y Skinner, consideran que los cambios son cuantitativos y que el desarrollo es continuo.

La investigación psicológica adelantada, siguiendo esta perspectiva, intenta identificar y aislar todos los factores ambientales que hacen que determinados individuos se comporten de cierto modo. Consideran cuanto afectan las experiencias tempranas al comportamiento posterior. Tratan de entender los efectos de la experiencia, por lo cual separan estímulos y comportamientos complejos en elementos simples.

1.1.3 PERSPECTIVA ORGANICISTA:

Esta perspectiva considera a las personas como organismos activos, que por sus propias acciones, inician su desarrollo. El cambio es una parte inherente de la vida y es más interno que externo. La totalidad del comportamiento de un ser humano

es más que la suma de sus partes, no podemos escindir el comportamiento en elementos separados para predecir relaciones de causa - efecto.

Los organicistas como Piaget, se interesan más por el proceso que por el producto; en la forma en la cual un individuo llega a creer en ciertas cosas y a actuar de cierta manera, más que en especificar el pensamiento o el comportamiento de la persona.

Están más interesados en el cambio cualitativo que en el cuantitativo; en los saltos de un estadio de desarrollo a otro. Consideran las experiencias de la vida no como la causa básica del desarrollo, si no como factores que pueden apresurarlo o retardarlo. Con frecuencia describen el desarrollo como algo que ocurre en una secuencia establecida de diversos estadios cualitativos a discontinuos.

1.1.4 PERSPECTIVA HUMANISTA:

Los humanistas, como los organicistas, consideran que las personas tienen en sí mismas la habilidad para manejar su vida y fomentar su propio desarrollo.

Además, los teóricos como Maslow, destacan las capacidades individuales para lograrlo en forma saludable y positiva mediante las cualidades específicamente humanas de selección, creatividad, evaluación y auto realización. Esta teoría se fundamenta en la creencia de que la naturaleza humana básica es neutra o buena, y que cualquier característica negativa es resultado del daño sufrido por el ser en desarrollo.

Esta perspectiva no distingue claramente estadios en el transcurso de la vida, y si hace una amplia distinción tan solo entre los periodos anterior y posterior a la adolescencia.

(Cit. en Papalia 1990).

1.1.5 PERSPECTIVA PSICOANALITICA:

La visión del ser humano desarrollada en principio por Sigmund Freud, sostiene que las personas no son activas ni pasivas, si no que se mantienen fluctuando entre dos estadios, siempre en conflicto entre sus impulsos naturales y las restricciones que les impone la sociedad. La naturaleza de estos conflictos depende del estadio del desarrollo en que se encuentra una persona en un momento determinado.

Para los psicoanalistas un niño es un organismo reactivo cuyo desarrollo se efectúa a lo largo de estadios.

Freud habla de que el organismo humano pasa por diversas etapas de desarrollo psicosexual (oral, anal, fálica, latencia y genital) cuyo nombre se relaciona con las partes del cuerpo que son fuentes primarias de gratificación en cada fase.

El orden de los cambios de la energía instintiva de una zona corporal a otra es siempre el mismo, pero el nivel de maduración de un niño es el que determina cuando se darán los cambios.

1. 2 TEORIAS DEL DESARROLLO

Algo ocurre en el desarrollo del niño de 6 a 13 años de edad que nos da la impresión de que se fijó en él algo cualitativo lo mismo que cuantitativo. Se trata de un periodo de consolidación de todos los primeros adelantos. Todas las funciones relativamente autónomas permanentes que se conceptualizan dentro de la estructura de la personalidad, muestran maduración clara conforme se establecen con más firmeza.

Para explicar estos cambios, teóricos como: Freud, Erikson y Piaget desarrollaron las siguientes teorías del desarrollo en donde cada uno explica las distintas etapas por las cuales debe pasar el individuo.

La teoría Freudiana del desarrollo psicosexual, la teoría de Erikson acerca del desarrollo psicosocial y la teoría de Piaget que trata del desarrollo cognoscitivo, son las teorías psicológicas modernas más conocidas.

1.2.1. TEORIA PSICOSEXUAL

La teoría psicoanalítica gira en torno a cuestiones sobre la emoción, la motivación y las actividades psíquicas; deseos, sueños, fantasías y temores. Toda conducta está basada, en motivos primarios como; los impulsos sexuales, los agresivos y los de supervivencia. (Freud). (Cit. en Newman y Newman, 1985).

La mayor parte de tales motivos son inconscientes. Tales motivos pugnan por expresarse mediante el simbolismo, actos de olvido, errores y en los casos más graves, a través de síntomas (Freud). (Cit. Newman y Newman, 1985).

Freud estableció un modelo topográfico de la mente mediante la división de sus contenidos y operaciones sobre la base de que fueran o no conscientes.

Sobre ello distinguió *tres sistemas mentales que denominó: Inconsciente, preconscious y consciente*; (Cueli, Reild 1972). (Cit en Esquivel, Heredia y Lucio. 1994).

El consciente es, el conjunto de ideas que tenemos presentes en un momento dado.

De esta manera aquellas que están en ese momento fuera de nuestro campo consciente decimos que son inconscientes.

Sin embargo entre estas últimas es necesario distinguir lo que podemos evocar a voluntad lo que llamamos preconsciente, ya que el inconsciente propiamente dicho permanece desconocido.

En el estudio de los procesos inconscientes, Freud se dio cuenta de que sus contenidos no eran tan uniformes y que existían otros criterios, que lo llevaron a proponer una segunda hipótesis estructural con respecto a los sistemas mentales que están relacionados funcionalmente.

Freud consideró tres estructuras psíquicas que son un grupo de procesos y contenidos mentales que se relacionan unos con otros y a los que denominó **ello**, **yo** y **super yo**.

De acuerdo con esta teoría el ello abarca las representaciones psíquicas de las pulsiones. Freud consideró que el Ello abarca en el nacimiento la totalidad del aparato psíquico, y que el Yo y el Super yo originalmente partes del Ello, se diferencian en el curso del desarrollo hasta considerarse entidades funcionales separadas.

El Yo consiste en aquellas funciones que tienen que ver con la relación con el medio social. A través de él, el Ello entra en contacto con el mundo exterior, primero es barrera entre el Ello y el mundo externo y después entre los seis y los siete años, entre el Ello y el Super yo.

El Super yo comprende los preceptos morales de nuestra mente, así como nuestras aspiraciones e ideales. El Super yo es una especie de guía formado por la integración de experiencias, permitidas y prohibidas, tal y como fueron vividas en los primeros años.

El Super yo es incapaz de evolucionar sensiblemente por si mismo después de los ocho años, aún si las circunstancias de la vida modifican totalmente las exigencias del mundo exterior.

Freud. Para explicar las consecuencias de la interacción persona - ambiente, empleó la noción de *identificación*. Motivados por el amor, el temor o la admiración los niños emulan activamente las características de quienes cuidan de ellos e internalizan los valores de esas personas. Es también mediante la interacción del niño y sus padres en torno a un conjunto específico de asuntos vitales - alimentación, control de esfínteres, educación moral - como se forman las fuerzas y conflictos básicos de la personalidad.

De esta manera el desarrollo del niño se va completando mediante el transcurso de etapas evolutivas descritas por Freud, cada etapa se refiere a un periodo de la vida donde hay una determinada zona somática que tiene importancia sexual sobresaliente.

En cada una de estas etapas existe un modo único de gratificación sexual que se transforma en actividad física, relaciones sociales y desarrollo de las capacidades.

En cada una de las etapas, pero sobre todo en las tres primeras existe un conflicto inevitable entre los deseos del niño y las normas culturales. (Cit. Newman y Newman, 1985).

Las etapas que conforman el desarrollo, descritas por Freud son cinco tomando en cuenta que las edades mencionadas son aproximadas.

ETAPA ORAL: Desde el nacimiento hasta los 12/18 meses.

Es el periodo en el cual la boca es el medio principal para obtener satisfacción; succionar es algo importante

ETAPA ANAL: De los 18 meses hasta los 3 años.

La atención se centra en la defecación y micción, el niño recibe gratificación en el ano; algo importante es el entrenamiento de limpieza.

ETAPA FALICA: De los 3 a los 5/6 años.

Los órganos sexuales se vuelven la fuente principal de gratificación, esta se da por medio de estimulación genital y los complejos de Edipo/Electra son determinantes.

ETAPA DE LATENCIA: Desde los 5/6 años hasta la pubertad.

La fase de latencia es de relativo reposo o inactividad del impulso sexual, y se extiende desde el periodo de resolución del complejo de Edipo hasta la pubescencia.

La institución del super yo al final del periodo edípico y la mayor maduración de las funciones del yo permiten un grado considerablemente mayor de control sobre los impulsos instintivos. Los intereses sexuales durante este periodo suelen estar en estado de reposo. Se trata de un periodo de afiliaciones principalmente homosexuales tanto en los niños como en las niñas y de sublimación de las energías libidinales y agresivas en aprendizaje energético y actividades de juego, exploración del entorno y familiarización con el mundo de objetos y personas circundante. Es un periodo para el desarrollo de importantes facultades. La fuerza relativa de los elementos reguladores da lugar a menudo a pautas de conducta algo obsesivas e hipercontroladoras.

ETAPA GENITAL: De la pubertad en adelante.

Los cambios hormonales llevan a la sexualidad adulta madura. Los impulsos sexuales se renuevan, para orientarse hacia las experiencias heterosexuales con personas ajenas a la familia.

Las experiencias que se tengan durante estas etapas o estadios determinan pautas de ajuste y rasgos de personalidad para la vida adulta.

Los individuos pueden quedar fijados a una determinada etapa si sus necesidades no se satisfacen o también si se satisfacen excesivamente. La fijación implica una vinculación inmadura que permanece en una forma neurótica que interfiere con el desarrollo normal. (Cit. en Kaplan 1994).

1.2.2. TEORIA PSICOSOCIAL

La teoría psicosocial de Erikson se funda en cuatro conceptos:

- 1) Las etapas del desarrollo.
- 2) Las tareas evolutivas.
- 3) Las crisis psicosociales.
- 4) El proceso de enfrentamiento.

Esta teoría nos habla de ocho etapas de desarrollo psicosocial.

En cada etapa, la persona se enfrenta a un problema que requiere la integración de las necesidades y capacidades personales en las demandas sociales de la cultura.

Las etapas del desarrollo:

ETAPA SENSITIVO ORAL - CRISIS CONFIANZA Vs DESCONFIANZA.

Durante los primeros meses de vida, la boca es la zona más sensible del cuerpo.

Dependiendo de lo que suceda en esta etapa entre el niño y la madre que es también portadora de los valores de la sociedad, el niño desarrolla un sentimiento básico de confianza en el que sus deseos serán satisfechos con frecuencia o una sensación de que va a perder la mayor parte de lo que desea.

“Cuando inicia el destete aproximadamente a los 6 meses también empieza el dolor o la nostalgia. Pero si su confianza básica es fuerte, puede alimentar una fuente interna de esperanza duradera en lugar de un pozo de condenación”. Kaplan, pág. 93.

FASE MUSCULAR ANAL: AUTONOMIA Vs VERGÜENZA.

Entre el 2º y 3er año de vida el niño aprende a andar por sí mismo, a alimentarse, a hablar y a controlar los músculos de su esfínter anal. Tendrá así entonces que elegir entre dos estilos sociales conservar o expulsar.

Así mismo el niño que camina lucha por dominar toda su persona en contradicción con fuerzas restrictivas, como la gravedad o los deseos de los padres.

Si los padres estimulan al niño lo animan a confiar en sus capacidades y le proporcionan un ambiente que no es arbitrario, podrán obtener cierta confianza en su autonomía.

Sin embargo, si sus heces son denominadas "malas" o si está sobrecontrolado siente rabia por su impotencia, se siente aturdido y avergonzado; una vez que se

siente avergonzado desconfía de lo correcto de sus propios actos, pensamientos, sentimientos y empieza a dudar de sí mismo.

ETAPA GENITAL LOCOMOTORA: INICIATIVA Vs CULPA:

A los tres años el niño se desenvuelve en un amplio ámbito donde su aprendizaje se vuelve instructivo; toma las cosas con avidez y curiosidad. La primera iniciativa del niño acontece en su casa donde expresa un interés apasionado por el padre del sexo opuesto.

Evidentemente, es desilusionado. Al mismo tiempo puede intentar conseguir un lugar para sí en el afecto de los padres frente a sus hermanos.

Desarrolla una distinción entre lo que desea y lo que se le dice que debería ser. La disyuntiva aumenta hasta que se crea una brecha entre la serie de deseo en expansión del niño, su exuberancia y crecimiento ilimitado, y el conjunto de restricciones de sus padres.

Gradualmente convierte estos valores paternos en auto-obediencia, autocontrol y auto castigo.

ETAPA DE LATENCIA: LABORIOSIDAD Vs INFERIORIDAD

Es la etapa en la cual el niño se prepara para cooperar en las tareas de los adultos, es importante porque aprende a sentirse útil, y en caso contrario puede llegar a la conclusión de que es inferior y no puede ser productivo.

Es la edad en que llega a ser importante la productividad, estos son años cruciales para el desarrollo de la autoestima, los niños que se sienten desubicados en comparación con sus compañeros pueden "regresar a tiempos de

mayor aislamiento, de menor conciencia de los implementos y de la rivalidad familiar edípica". (Erikson 1950, pág. 260). (Cit. en Kaplan 1994).

ETAPA DE LA PUBERTAD Y ADOLESCENCIA: IDENTIDAD Vs CONFUSION DE ROLES.

De los 12 a los 18 años la decisión y confusión que se presentan permiten con frecuencia que los jóvenes se alíen para formar una especie de clan. Un joven está en suspensión entre <<la moralidad aprendida por el niño y la ética que desarrolla el adulto>>. Erikson llama a esta suspensión una moratoria.

FASE DE JUVENTUD ADULTA: INTIMIDAD Vs AISLAMIENTO.

Es la etapa en la cual al joven adulto le interesa compartir relaciones diversas, ya sea que estas sean duraderas o bien su interés se vuelva hacia sí mismo.

Cuando la intimidad es verdadera existe una mutualidad. Si el amor y el sexo van acompañados en lugar de separados el joven adulto es capaz de un amor que puede compartir con otra persona.

FASE ADULTA: GENERATIVIDAD Vs ESTANCAMIENTO.

Es la fase en la cual el individuo se preocupa por ser útil y dar de sí mismo a quien lo necesite fuera de su núcleo familiar. Es decir, su interés se centra en mejorar la sociedad, en guiar a generaciones más jóvenes con la finalidad de saberse productivo en el sentido de que su experiencia como adulto puede generar aspectos positivos que lo hagan sentirse satisfecho consigo mismo y con los demás.

Los adultos que sólo viven para satisfacer sus necesidades personales y adquirir comodidad y diversión para sí mismos están comprometidos en la autoabsorción que el estancamiento implica.

Estos años comprenden las décadas intermedias de la vida.

FASE DE MADUREZ: INTEGRIDAD DEL YO Vs DESESPERACIÓN.

Cuando la muerte llega a convertirse en una preocupación diaria, el adulto maduro desarrolla una serie de sentimientos cuya base es la desesperación. Puede ser capaz de triunfar sobre ellos por la integridad del yo, es decir, por un intenso sentido de sí mismo y del valor de su vida pasada. La fuerza proviene de una mirada retrospectiva a una vida que ha dado satisfacción. Sin esto, existe un miedo a la muerte, una desesperación: El disgusto y la inconformidad.

Considerando lo anterior, podemos decir que cuando el individuo pasa de una etapa a otra requiere de ciertas habilidades que le permitan llegar "óptimamente" a la siguiente etapa. Estas habilidades son llamadas **Tareas evolutivas**: Siendo estas el conjunto de capacidades y competencias que requiere la persona a medida que va dominando el ambiente (Havighurst, 1953). (Cit. en Newman y Newman, 1985). Dichas tareas indican adelantos en las capacidades motrices, intelectuales, sociales y emocionales. El dominio de las tareas de las etapas posteriores del desarrollo depende a menudo de la adquisición a tiempo de capacidades anteriores o más sencillas.

Conforme el individuo avanza de una etapa a otra, se encuentra con un ambiente cada vez más exigente; por lo que debe hacer uso de sus capacidades alcanzadas hasta ese momento. Llamándole a este aspecto **Crisis psicosociales**.

Se entiende por crisis psicosocial (Erikson, 1930). Los esfuerzos que hace la persona para ajustarse a las exigencias del ambiente, en cada una de las etapas del desarrollo. Esta teoría postula que en cada etapa del desarrollo, la sociedad dentro de la cual uno vive impone ciertas exigencias psíquicas a la persona. (Cit. en Newman y Newman 1985).

Cuando la persona se acerca al final de una etapa de desarrollo debe tomar ciertas resoluciones: Ajustarse a las demandas de la sociedad, a la par que debe traducir esas demandas sociales en términos que le gratifiquen en lo personal.

El que cada crisis psicosocial se resuelva felizmente dependerá de la integración afectiva, intelectual, emotiva y social que se vayan adquiriendo durante la etapa.

La resolución que se haya dado a las crisis anteriores repercutirá en la resolución que se dé a las crisis presentes y futuras.

El cuarto aspecto de la teoría psicosocial se refiere a *El proceso de enfrentamiento*. El cual es el esfuerzo activo que realiza la persona para resolver la tensión y crear nuevas soluciones ante las amenazas que presenta cada etapa evolutiva (Erikson, 1959). (Cit. en Newman y Newman, 1985). La confrontación entre la persona y el ambiente es componente indispensable del proceso psicológico.

La interacción entre la persona y el ambiente viene a ser el terreno intermedio entre los éxitos que logre el individuo en cada etapa y las expectativas de la sociedad respecto a que la persona debe pasar al nuevo nivel de responsabilidad y de acción.

Este esfuerzo se puede entender como aquel esfuerzo de la persona por emplear efectivamente los recursos personales como medio de resolver todo reto social nuevo.

1.2.3 TEORIA COGNOSCITIVA O DEL CONOCIMIENTO

La teoría cognoscitiva rastrea el desarrollo de la lógica y de la razón desde la infancia hasta la adolescencia, identificando aquellos procesos que entran en el "conocer", en cada etapa evolutiva.

ETAPAS DEL DESARROLLO

Piaget (1950, 1970, 1971) considera que la inteligencia sigue patrones regulares y predecibles de cambio; que van desde el apoyo total del niño en la sensación y en la actividad motriz, medios por los que va obteniendo conocimientos. Hasta las capacidades del adolescente para generar hipótesis, prever las consecuencias y formular sistemas lógicos de experimentación.

El concepto de etapa en la teoría de Piaget, significa el paso de un nivel del funcionamiento conceptual a otro (Piaget, 1971). (Cit. en Newman y Newman, 1985).

En cada etapa, el niño conoce el mundo de distinto modo y usa mecanismos internos diferentes para organizarse. En cada nueva etapa, las capacidades adquiridas en las etapas anteriores se retoman para integrarlas en una estructura más compleja.

Esta teoría nos dice que todos los individuos pasan por los mismos estadios, en el mismo orden, aunque la regulación de tiempo varíe de una persona a otra haciendo que la edad de demarcación de cada estadio sólo sea aproximada; cada estadio se construye con base en el anterior y a su vez, se construye en el fundamento para el siguiente.

En cada estadio de desarrollo la representación personal del mundo de un individuo, es decir, su esquema llegará a ser más complejo, más abstracto y más realista.

Este desarrollo cognoscitivo será el resultado de un proceso de dos pasos, que consisten en tomar nueva información del mundo (asimilación) y cambiar las propias ideas para incluir este nuevo conocimiento (acomodación).

De este modo el desarrollo cognoscitivo avanzará a través de cuatro estadios principales, cada uno se caracteriza por una visión única del mundo, resultado de una interacción entre la maduración y el ambiente.

La secuencia de estadios en el desarrollo cognoscitivo nunca varía; no se omite estadio alguno.

Los cuatro estadios de los cuales nos habla Piaget son:

PERIODO SENSORIOMOTOR:

Desde el nacimiento hasta los 2 años. El niño pasa de ser una criatura que responde fundamentalmente por medio de reflejos, a ser capaz de organizar sus actividades con el ambiente.

PERIODO PREOPERACIONAL:

De los 2 a los 6/7 años. El niño comienza a usar símbolos, tales como palabras o dibujos, imágenes, a imitar el comportamiento de otros, a imaginar, a usar el juego simbólico y el dibujo también simbólico y permanece siendo ilógico en sus procesos de pensamiento. El conocimiento todavía se halla muy ligado a sus propias percepciones.

PERIODO DE OPERACIONES CONCRETAS:

De 7 a 11/12 años. Los niños de entre siete y doce años atraviesan el período de las operaciones concretas, en el cual el niño comienza a entender y a emplear conceptos que le ayudan a manejar su ambiente.

Llegan a ser capaces de usar símbolos para realizar operaciones o actividades mentales en contraste con las actividades físicas que eran el fundamento de su pensamiento anterior. Su empleo de representaciones mentales de cosas y hechos les permite adquirir destreza en la clasificación y el manejo de números, y jerarquías de grupos, así como comprender los principios de conservación. Ahora pueden considerar o tener en cuenta más de un aspecto de una situación cuando sacan conclusiones, en vez de estancarse en un solo aspecto. Su egocentrismo disminuye y comienza a entender el punto de vista de otra persona.

Su habilidad para ponerse en el lugar de otros hace mejorar su capacidad para comunicarse, también aumenta su capacidad para hacer juicios morales, la cual llega a ser más flexible.

Este período de desarrollo se caracteriza por la construcción de lo que puede denominarse el mundo legal, aquí ya pueden adquirir y seguir reglas, así mismo se pueden construir conceptos unitarios, pero no tienen tanto arte en generar hipótesis sobre conceptos puramente filosóficos o abstractos.

PERIODO DE OPERACIONES FORMALES:

De los 12 a los 15 años y a lo largo de la edad adulta. El individuo puede ahora pensar en términos abstractos y enfrentarse a situaciones hipotéticas. A este nivel, la persona puede conceptualizar las muchas variables que interaccionan simultáneamente.

Permite la creación de un sistema de leyes o reglas que puede servir para resolver problemas.

Hasta aquí hemos hecho una revisión de las teorías que explican los cambios ocurridos en un individuo a lo largo de su desarrollo.

A continuación y por la finalidad del presente estudio de conocer como dichos cambios y en particular aquellos que señalan el desarrollo de la inteligencia, la creatividad, la sociabilidad y la moralidad; entre otros muchos aspectos influyen en la madurez emocional del niño; cuando estos cambios son los esperados y cuando estos mismos se dan acompañados de alguna alteración; nos centraremos específicamente en los cambios que ocurren en los niños de edad escolar. Ya que el presente estudio se realizó con una muestra de niños de 6 a 13 años de edad.

1.3 LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

Entre los tres y los trece años el desarrollo de los niños recibe la influencia del ambiente escolar y las experiencias que viven allí. El éxito, así como el fracaso académico e interpersonal afecta la autoestima, la confianza en sí mismo y la perspectiva básica en la vida.

Los niños entre los tres y cuatro años usan tres o cuatro oraciones "telegráficas", que incluyen sólo las palabras fundamentales. Hacen muchas preguntas, pueden dar y seguir instrucciones sencillas. Nombran cosas con las cuales están familiarizados, tales como animales, partes del cuerpo y personas importantes para ellos. Emplean plurales, el tiempo pasado y las palabras yo, tú y mí, correctamente. Su vocabulario depende de la estimulación que le proporcione su medio ambiente.

A los cuatro años brincan y saltan con un pie y agarran con seguridad un balón. Entre los cuatro y los cinco años, las frases de los niños tienen en promedio cuatro o cinco palabras. Ahora manejan preposiciones tales como "encima", "debajo", "en", "sobre" y "detrás". Emplean más verbos que sustantivos.

En el transcurso de los tres a los seis años, los niños llegan a tener mayor competencia en cognición, inteligencia, lenguaje y aprendizaje. Desarrollan la habilidad para utilizar símbolos para pensar y actuar, además son más capaces de manejar conceptos de edad, tiempo, espacio y moralidad. No obstante no separan completamente lo real de lo irreal y buena parte de su pensamiento es egocéntrico.

Cuando los niños pueden distribuir objetos en categorías, de acuerdo con atributos particulares, revelan que pueden darse cuenta del color, la forma y el tamaño y que entienden el concepto de categorización. La habilidad verbal se manifiesta en la forma como se designan lo que perciben.

A los cinco años, brincan con mayor facilidad en un pie, saltando lazo en la acera y comienzan a patinar y nadar. A esta edad los muchachos son un poco más fuertes que las niñas y tienen los músculos más desarrollados, además son más hábiles para lanzar un balón, saltar, subir y bajar escaleras. Sin embargo, las niñas los aventajan en otras tareas incluyendo la coordinación de los músculos finos.

Estas diferencias en los niveles de eficiencia pueden ser un resultado de diferencias esqueléticas, pero también es posible que reflejen diferencias de aptitudes sociales que destacan actividades de distintos tipos para los niños y para las niñas.

En cuanto a la personalidad, los niños de cinco años son moderados, serios, dotados de capacidad para imitar la conducta adulta. Necesitan, solicitan y aceptan alguna supervisión, les agrada pedir permiso y ayuda. Manifiestan gran

interés por las experiencias inmediatas, son realistas y emprenden sólo aquello que ésta dentro de sus posibilidades.

Entre los cinco y los seis años los niños comienzan a usar frases de seis a ocho palabras. Pueden definir palabras simples y conocer algunas opuestas. Al hablar diariamente, emplean cada vez más conjunciones, preposiciones y artículos. Su lenguaje es, en general, gramatical, aunque todavía no tienen en cuenta las excepciones a las reglas. Llegan a tener un lenguaje más socializado.

A la edad de los seis años, puede distinguir entre acciones accidentales e intencionales tiene alguna habilidad para distinguir intenciones buenas y malas, mostrando interés por la buena y mala conducta en sí mismo y en sus compañeros de juego. Sin embargo, cuando no sabe que hacer se resiste a las indicaciones de los demás, las acepta sólo cuando coinciden con su idea de lo que deben hacer. Es dominador, obstinado y agresivo. Quiere y necesita ser el primero, el más apreciado; ambiciona el elogio, quiere ganar, todo lo sabe, todo lo quiere; quiere hacer todo a su manera.

Manifiesta sentimientos de posesión de sus cosas, de las que le gusta mostrar.

El niño es el centro de su propio universo expansivo, por lo que muestra un gran interés por la propia infancia, por los relatos referentes a él, por todo lo que se refiere a él mismo. Su nombre es importante para él, le agrada que le llamen por su nombre y escribirlo en todos sus trabajos.

La relación con la madre plantea situaciones sumamente difíciles. Puede comportarse mal con ella, se resiste con "no, no quiero"; actúa como un bebe; es brusco, contradice. Teme que la madre pueda morir o quiere que la madre este en casa cuando él vuelva.

Emocionalmente excitable, desafiante, agresivo física y verbalmente.

Los niños entre seis y siete años hablan en forma más sofisticada ahora hablan utilizando frases compuestas, complejas y gramaticalmente correctas, emplean todas las palabras del lenguaje.

La relación entre lenguaje y pensamiento es controvertida. Piaget 1926 (Cit. en Llanes y Sil 2000) consideraba que el pensamiento llega primero que el lenguaje no estructura el pensamiento, sino que constituye el medio para comunicarlo.

A los siete años es más consciente de sí mismo absorbe impresiones de lo que ve oye o hace. Tiene mayor conciencia de su cuerpo, mostrándose muy sensible con respecto a que lo vean desnudo y no le agrada que lo toquen; pudoroso en sus necesidades físicas.

Siente vergüenza de sus temores, de sus errores o de que lo vean llorar. Poco dispuesto a exponer sus conocimientos, por temor a las risas o a las críticas; o bien, responde repentinamente y se retira. Abandona la escena cuando las cosas no marchan bien; mostrándose prudente a todo lo nuevo.

Le preocupa la posibilidad de que su madre, su maestra o que sus compañeros no lo quieran, por lo que busca tener su propio lugar en el grupo familiar y en el grupo escolar, su propia habitación.

Percibe una meta, pero no la valora suficientemente bien. Quiere completar su tarea una vez comenzada, pero no evalúa bien su capacidad para hacerlo, es propenso a esperar mucho de sí mismo.

Al cumplir los ocho, se vuelve más sociable ya que tiene contacto con más personas y más lugares, mostrando gran interés por la relación con los demás: Con niños y adultos estableciendo mejor plática y hablando de sí mismo, consciente de sí mismo como persona, reconoce algunas de las diferencias respecto de los demás y las expone tratando de que el adulto forme parte de su mundo ya que quiere ser como un adulto, ya que no le gusta que lo traten como a

un niño; comienza a aceptar que un adulto puede saber más que él, puede decidirse fácilmente y aceptar razones.

Tratan de vivir según las normas de los demás, se sentiría culpable si no lo hace, su personalidad es más expresiva, las expresiones faciales y los gestos son "de él".

A los nueve años es más independiente, se basta a sí mismo, es más digno de confianza.

Con mayor disponibilidad para mejorar su comportamiento, más responsable, puede tener la llave de la casa, entrar en ella, comer, salir, hacer compras sencillas y telefonar si va a llegar tarde, ya que es más consciente de sí mismo o en cuanto a sus actividades, su propio cuerpo, su casa, la conducta de sus padres y sus hermanos. Es excesivamente ambicioso en las exigencias que se plantea a sí mismo.

Comienzan a establecerse diferencias individuales de niño a niño en todos los ámbitos. La propia individualidad y personalidad del niño se hacen claramente evidente. Es activo, tiene varios intereses logra éxito en cualquier tarea.

A la edad de los diez años habitualmente es capaz de ignorar las críticas y el mal desempeño de la escuela; se encoge de hombros ante la responsabilidad. Si se le hace una pregunta responde con soltura: "a veces sí a veces no".

Los chicos de esta edad manifiestan pocas inquietudes, son muy positivos, muy específicos, no generalizan.

A los once años parece hallarse embarcado en una búsqueda activa del Yo, y lo encuentra en conflicto con el de los otros: (padres y amigos). Es susceptible de

adoptar patrones conductuales externos y le cuesta trabajo aceptar normas y reglas dentro del hogar.

Suele oponerse a todo lo que se lleva a cabo en la casa; hace exactamente lo contrario de lo que se espera de él; tiene poca disponibilidad para suavizar las asperezas con los demás. Los padres lo califican como egocéntrico y egoísta se muestra muy crítico en su persona así como de los demás, pero no sabe aceptar la crítica de los otros.

A los doce y trece años busca su Yo tratando de ganarse la aprobación de los amigos y asumiendo nuevos papeles dentro de una conducta más madura. Tiene especial conciencia de ello cuando los demás no lo tratan de acuerdo con su concepto de sí mismo; por ello insiste tanto "no se le trate como a un niño".

Posee una perspectiva muy superior, es decir "cree" que puede adquirir independencia debido a que se siente una persona mayor, puede apartarse de los padres y considerarlo con cierta objetividad; tiene más conflictos con ellos.

Puede ser capaz de considerarse a sí mismo en forma más objetiva y de darse cuenta de que no siempre es el centro del universo, cuenta con mayor facilidad para establecer relaciones interpersonales.

Su conducta es responsable útil, y parece desarrollarse más maduramente; sin embargo, a veces manifiesta conductas pueriles, son sumamente críticos, en ocasiones de sí mismos y de su propio aspecto.

Es importante señalar que en las diversas etapas o fases de desarrollo, no corresponden necesariamente a la edad cronológica, sino que más bien, cada fase tiene su propia dificultad, su propia tarea intrapsíquica que cumplir; y sólo si se cumple adecuadamente la propia tarea de estas fases se puede llegar a la siguiente. Ya que el desarrollo interno sufre una acomodación con el medio externo, del cual surgirá la estimulación adecuada que ayudará al individuo a

pasar a la siguiente fase dentro de su desarrollo (Llanes N. y Sil C. 1997). (Cit en Llanes y Sil, 2000).

Otro tópico importante de mencionar dentro del desarrollo del niño es el desarrollo gráfico; pues no debemos olvidar que además de la influencia del medio en el cual se desenvuelve el niño, los cambios tanto físicos como psicológicos que hemos mencionado a lo largo de este capítulo, las habilidades gráficas que va adquiriendo el niño junto con estos cambios; son sumamente importantes cuando se trata de estudiar la madurez emocional del niño mediante el dibujo de figuras humanas como es el propósito de este estudio.

No debemos dejar de lado este importante aspecto ya que es vital que se conozcan los elementos gráficos que un niño puede otorgar a sus dibujos a determinada edad, puesto que al realizar una calificación e interpretación de estos elementos se debe tener presente la edad del individuo.

1.4 EL DESARROLLO GRAFICO EN EL NIÑO

Los dibujos infantiles ofrecen características muy particulares que los diferencian cualitativamente de los trazos de un adolescente, un joven o un adulto.

Valdés (1974) indica que estas diferencias se deben a la forma en que los niños reflejan su realidad, acorde a la evolución psicográfica dada por el desarrollo intelectual en el que se encuentran. Estas expresiones gráficas van transformándose siguiendo pautas establecidas para cada etapa del desarrollo. (Cit. Valdés 1979).

En la actualidad se da importancia básica a los aspectos cognoscitivos en el dibujo. Por esto se ha observado en general que los niños antes de poder dibujar

algún objeto, hacen garabatos. Es por ello que la mayoría de los autores coinciden en que el dibujo infantil se inicia con una etapa de garabateo.

Cuando los garabatos del niño adquieren un propósito definido se asemeja a lo que podría ser una figura humana.

"El niño se complace en dibujar monigotes más que cualquier otro objeto". (Esquivel, Heredia y Lucio, 1994 pág. 150).

Posteriormente el dibujo pasa por las diferentes etapas hasta culminar en la ejecución de la figura humana perfectamente reconocible, lo cual puede alcanzarse a diferentes edades siguiendo los procesos de maduración y desarrollo de cada individuo.

La edad de aparición de los primeros trazos varía generalmente entre los nueve y diez meses y los dos años, según las circunstancias y las condiciones en las que vive el niño; los antecedentes de esta actividad deben buscarse en el pintarrajear, el placer que siente el niño al producir un efecto exterior a sí mismo, y afirmar así su existencia. Al progreso motor se añade el cambio en la capacidad de percibir y esforzarse por trazar detalles que permiten, por ejemplo ya a los dos años reconocer el espacio gráfico definido por la hoja de papel.

Desde los dos años se constituye un verdadero vocabulario gráfico. Hay búsqueda de formas de líneas y hasta reunión de formas y líneas, que permiten la elaboración de un sistema de expresión gráfica.

Entre los 2 y 3 años, además del poder de la palabra, el niño descubrirá el poder de la imagen su capacidad de expresión mediante un dibujo, descubiertos de manera fácil y apreciado sobre todo si su entorno cultural lo ha familiarizado con este modo de expresión (libros ilustrados, material papel - lápiz, programas televisivos).

Entre los 4 y 5 años los progresos son considerables. Las capacidades perceptivo - motrices permiten ahora la realización de formas rectangulares, pruebas de las capacidades de enganche perpendicular de unos trazos con otros. El lenguaje gráfico se organiza, se imponen cierta cantidad de reglas sintácticas: respecto a la horizontalidad y la verticalidad, distribución arriba - abajo de la hoja.

Podemos observar los primeros bosquejos claramente identificables de personajes y de casas, los primeros rudimentos de escenas o acontecimientos particulares.

De los 6 a los 13 años aproximadamente.

Desde muchos puntos de vista los 6 años constituyen una edad de cambios; el niño abandona el mundo del presente, su pensamiento se organiza, une lo que es, lo que fue y lo que será.

En el nivel gráfico, los acontecimientos adquiridos se expresan en la posibilidad de coordinación de esquemas sucesivos y por la relación de puntos de vista diferentes.

Desde luego la escolarización influye en la manera de ser y de hacer del niño pequeño.

Por la transmisión del conocimiento, la escuela contribuye a la construcción de referencias, y modifica de manera indeleble el proyecto del dibujante.

Hacia los 6 ó 7 años los autores señalan la aparición de una línea de suelo y/o de una superficie de base que permite situar los elementos y los personajes dibujados en un ambiente. Muy pronto el niño aprende a sacar partido de la superficie disponible: utilizará procedimientos tales como la representación desde área, mezclando en una misma composición diferentes modalidades representativas.

Los 7 u 8 años son en muchos casos, el apogeo, pero ven ya la declinación de una actividad gráfica dominada por una tendencia a la esquematización y por una necesidad de representación convencional.

Los diez años son ya el final de la infancia. Mezcla de imaginación y de representación del objeto, el reconocimiento social de la función del dibujo pasará en adelante por la conciliación de la proyección de un mundo interior y de una convención cultural. La destreza del dibujante se ha convertido en una realidad pero también en la expresión del dominio de un conocimiento colectivo. Los dibujos son menos esquemáticos, menos estereotipados, más elaborados.

Lowenfeld en 1947, Propuso un enfoque de la evolución gráfica en términos de estadios que considera la producción gráfica hasta la adolescencia. Los estadios se definen de acuerdo con la manera en la que el sujeto aprende la realidad. Los periodos que este autor menciona son: garabateo y pintarrajeo, que constituyen un preesquematismo (4 a 6 años), esquematismo (7 a 9 años), realismo (9 a 11 años), seudorealismo (11 a 13 años) y la diversificación en un tipo háptico o visual propio de la adolescencia. (Cit. Wallon, Cambier y Engelhart. 1990).

A continuación se describirán brevemente los estadios de la producción gráfica descritos por Lowenfeld en 1947 (Cit. Wallon, Cambier y Engelhart. 1990):

Alrededor de los 4 y los 5 años el niño se adiestra en la creación consciente de líneas y de formas, símbolos representativos que encuentran su origen en el garabato del niño y en la relación significativa vivida por el niño. Durante este periodo de preesquematismo el dibujo se caracteriza por las búsquedas, intentos, cambios constantes en formas simbólicas, pues cada niño tiene una manera de dibujar una casa, una persona, un perro, sin haber fijado definitivamente su elección.

Entre los 6 y los 7 años el niño descubre que existe cierto orden en las relaciones espaciales; ya no piensa " esta es una casa" si no por el contrario establece relaciones entre los elementos y se considera a sí mismo como parte del entorno. Esta evolución se expresa por la aparición de un símbolo que Lowenfeld llama "línea de base" al principio el niño coloca todo en la orilla inferior de la hoja de papel; posteriormente dibujará una raya para simbolizar la base sobre la cual se encuentran los objetos.

El periodo de los 9 a los 11 años se caracterizará generalmente por una situación conflictiva por la perdida progresiva de la confianza del niño en su capacidad para representar su entorno. El transcurso de este periodo se caracteriza por la aparición de los dibujos basados en la naturaleza de un modelo, así como el dibujo decorativo.

Entre los 11 y los 13 años el producto final de la creación artistica adquirirá cada vez más importancia; se verá aparecer una distinción clara en las reacciones sensoriales de los niños ante su producción gráfica.

Se diferencian dos tipos creativos: el tipo visual y el tipo háptico estos dos tipos de actitudes gráficas afirmarán plenamente en el transcurso de la adolescencia. El sujeto de tipo visual contempla las cosas del exterior, considera primero el conjunto analiza después los detalles, para finalmente sintetizar sus impresiones parciales de un nuevo todo; es un observador atento y se comporta como espectador admirativo.

El tipo háptico menos preocupado por la experiencia visual, es esencialmente emocional: Se proyecta en su dibujo, en el cual participa como actor, y allí expresa las numerosas impresiones sensoriales, kinestésicas táctiles que lo animan.

Durante la revisión teórica de este primer capítulo hemos observado que el desarrollo ocurre en distintas áreas y por distintos períodos que comprenden a su vez cierta edad del individuo; es decir, durante estos periodos se adquieren y se

desarrollan determinadas habilidades y capacidades en cada una de las distintas áreas que forman parte de la personalidad de un individuo y que le ayudaran a enfrentar el siguiente período de desarrollo y las exigencias del medio externo.

Por lo tanto para que un individuo pueda afrontar de la mejor manera posible las exigencias de su medio este debe contar principalmente con las capacidades fundamentales de acuerdo a la edad en que se encuentre; aunque hay que recordar que no siempre ocurre así, ya que no en todos los individuos aparecen los cambios a una misma edad dado que el desarrollo de un individuo también depende en gran parte de la estimulación que su medio ambiente le proporcione. La finalidad de la revisión de estos temas es fundamentar el presente estudio considerando que cuando un niño expresa su interior mediante un dibujo están incluidos todos estos aspectos de su "corta" vida y que es imposible separarlos cuando se buscan mediante su expresión gráfica elementos que nos ayuden a emitir un diagnóstico.

En esto nos hace pensar la autora Ann Cambier (1990) cuando menciona que el dibujo es un objeto particular por que puede dar testimonio de una persona, aun sin su presencia y considera que su significación no puede escapar a la influencia de lo social, es decir, al contexto histórico - cultural en el que se realiza.

La misma autora considera que el dibujo debe contemplarse desde dos perspectivas:

En la primera, el dibujo cuenta a quien pueda comprenderlo, lo que la persona es en un momento dado, integrando su pasado como su historia personal.

Desde una segunda perspectiva el dibujo es la imagen del objeto y constituye una de las modalidades de la función semiótica, dibujar es expresar con marcas, imágenes u otros signos, lo que a veces no se puede decir con palabras. (Esquivel, Heredia y Lucio. 1994).

Considerando estas bases; podemos decir entonces que en un dibujo libre, sin modelo; el individuo expresa su mundo interno, su espontaneidad, rigidez, creatividad y destreza. Esto es, como se percibe a sí mismo en relación con el ambiente. Es decir, lo que dibuja el niño obedece a una cadena de asociaciones intelectuales y afectivas que están en función de su experiencia personal.

CAPITULO 2

ANTECEDENTES DE LAS PRUEBAS *PSICOLOGICAS*

2.1 DEFINICION Y CARACTERISTICAS DE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS

La prueba psicológica es una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conducta. Que sirve de herramienta para la evaluación psicológica de un individuo.

En la medida en que los resultados que se obtengan sean válidos de acuerdo con las características que cumpla el test se obtendrá el valor de diagnóstico o predictivo dependiendo de qué tanto funcione como indicador de una área de conducta relativamente amplia y significativa.

Las pruebas o instrumentos psicológicos deben contar con ciertas características:

OBJETIVIDAD

Una prueba es objetiva en el sentido de que la aplicación, calificación e interpretación de los resultados serán los mismos en la medida de que el juicio del examinador no intervenga. De esta manera un individuo obtendrá una puntuación idéntica independientemente de quien aplique.

ESTANDARIZACION

La estandarización supone la uniformidad de los procedimientos en la aplicación y calificación de la prueba. Es evidente que si los resultados que obtienen distintas personas han de ser comparables, las condiciones del examen tienen que ser las mismas para todos. (Anastasi 1998)

Otro paso importante en la estandarización de las pruebas es el establecimiento de normas; la norma es el desempeño normal o promedio de un grupo.

CONFIABILIDAD.

La confiabilidad de una prueba es la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas cuando se les aplica la misma prueba o una forma equivalente.

VALIDEZ.

La validez es el grado con el que verdaderamente la prueba mide lo que pretende medir. La validez no sólo nos indica el grado en que la prueba cumple con su función, pues al estudiar los datos de la validación podemos determinar con objetividad qué es lo que mide el instrumento.

Anastasi (1978) señala que para poder determinar la validez es necesario contar con criterios específicos y fuentes objetivas de información que definan el rasgo que mide la prueba. Una prueba no tiene una sola validez, sino varias, que están en función del uso para el que esta se destine y el grupo en el que se utilice. (Cit en Anastasi 1998)

NORMAS

Las pruebas psicológicas y otros procedimientos de evaluación son herramientas poderosas; sin embargo debemos reconocer la diversidad cultural de las personas que provienen de muchos ambientes diferentes en términos étnicos y culturales. Sus antecedentes diversos deben considerarse en la selección de pruebas y en la interpretación de normas, para que los resultados sean objetivos en relación al lugar del cual provienen, es decir, se debe tomar en cuenta la población a la cual va dirigida aunada a su cultura para que la interpretación de sus resultados no se vean afectados.

De esta manera, en los instrumentos psicológicos las puntuaciones suelen interpretarse haciendo referencia a normas que representan el desempeño de la muestra de estandarización en la prueba; es decir, las normas se establecen empíricamente al determinar lo que hacen en la prueba los miembros de un grupo representativo.

Las calificaciones crudas que se obtienen se convierten entonces en alguna forma de calificaciones derivadas, o normas. Estas normas incluyen los equivalentes de edad, de grado, rangos percentilares y calificaciones estándar. La mayor parte de los manuales de las pruebas contienen cuadros de normas que enlistan las calificaciones crudas y las calificaciones transformadas correspondientes, por ejemplo las escalas Wechsler (WISC, WAIS..); las normas sirven como marco de referencia para interpretar las calificaciones crudas.

La puntuación transformada de cualquier individuo se refiere entonces a la distribución de las puntuaciones obtenidas por la muestra de estandarización para descubrir qué lugar ocupa en esa distribución.

Para averiguar la posición exacta del individuo en relación con la muestra de estandarización, la puntuación cruda se convierte en una medida relativa. Estas puntuaciones transformadas cumplen un doble propósito:

Primero, indican la posición del individuo en relación con la muestra normativa, lo que permite la evaluación de su desempeño en comparación con otras personas.

Segundo, proporcionan medidas equivalentes que permiten la comparación directa del desempeño del individuo en pruebas diferentes.

Aunque hay varias formas de convertir las puntuaciones crudas para satisfacer los dos objetivos planteados, las puntuaciones derivadas se expresan esencialmente en dos formas principales:

1) El nivel de desarrollo alcanzado (normas del desarrollo)

2) La posición relativa dentro de un grupo específico (normas intragrupo)

1) Normas del desarrollo:

Normas de edad y grado.

Una norma de edad (equivalente de edad, edad educativa) es la calificación mediana que obtienen en una prueba los sujetos de una edad cronológica determinada; una norma de grado (equivalente de edad) es la calificación mediana que obtienen los sujetos en el nivel de un grado determinado. Las normas de edad se expresan en años y 12 intervalos de un mes; las normas de grado se expresan en 10 intervalos de un mes.

Normas de edad mental.

Es un tipo de norma de edad que se utiliza en distintos tipos de pruebas de inteligencia. La calificación de la edad mental de un sujeto en particular corresponde a la edad cronológica del subgrupo de niños en el grupo de estandarización cuya calificación mediana en la prueba fue la misma que la del sujeto.

Cocientes.

Se refiere a la conversión de la norma de edad del sujeto a un cociente, dividiendo la calificación de la edad entre la edad cronológica de la persona multiplicando el resultado por 100, de esta forma se puede obtener el cociente intelectual (CI de razón)

NORMAS INTRAGRUPPO.

Casi todos los tests estandarizados proporcionan alguna forma de normas intragrupos, con las que la ejecución del individuo se evalúa en términos del

desempeño del grupo de estandarización más próximo, Las puntuaciones intragrupo tienen un significado cuantitativo uniforme y definido.

Algunos de los test que proporcionan normas intragrupo lo hacen por medio de percentiles y/o calificaciones estándares.

PERCENTILES: Las calificaciones percentilares se expresan en términos del porcentaje de sujetos de la muestra de estandarización que caen bajo determinada puntuación cruda. Por ejemplo, si 28% resuelve correctamente menos de 15 problemas de una prueba de razonamiento aritmético, entonces la puntuación cruda de 15 corresponde al percentil 28 (P28). El percentil indica la posición relativa del individuo en la muestra de estandarización.

CALIFICACIONES ESTANDARES: Estas calificaciones expresan la distancia del individuo de la media en unidades de desviación estándar de una distribución normal, de esta manera las normas de calificación estándar son calificaciones convertidas que tienen cualquier media y desviación estándar que se desee para ajustarse a una curva normal. (Anastasi 1998)

Calificaciones z: Al transformar la distribución de las calificaciones crudas en calificaciones z se expresa la diferencia o distancia entre la media de un grupo y cualquier calificación individual (cruda).

La media de las calificaciones z es 0 y la desviación estándar es 1.

C.I. de Desviación: Es la calificación que se adquiere en un test de inteligencia y se obtiene al convertir la calificación de un individuo en una distribución que tiene una media de 100 y una desviación estándar de 15.

Dentro de este tipo de normas se encuentra la puntuación T, que tiene una media de 50 y desviación estándar de 10. De acuerdo con estos datos una puntuación de 60 corresponde a una (DE) por encima de la media, por lo tanto considerando

los puntajes crudos que sean equivalentes a una puntuación T entre 40 y 60, serán tomados como un puntaje promedio; es decir, el individuo que caiga dentro de estos puntajes estará ubicado conforme a lo que se espera en relación a la muestra de estandarización; hay que recordar que dentro de una distribución normal una desviación estándar a la izquierda y una a la derecha de la media indican una "conducta" esperada. (Aiken 1996).

2.2 DOS TECNICAS DENTRO DE LAS PRUEBAS PSICOLOGICAS

Para hacer una evaluación psicológica tiene que recurrirse a diferentes técnicas una de las cuales son las pruebas o instrumentos psicológicos en los que se incluyen tanto pruebas psicométricas como proyectivas.

En las pruebas psicológicas con frecuencia se establece una distinción fundamental entre las pruebas de capacidad y las de personalidad.

Definidas en el sentido más amplio, las pruebas de capacidad incluyen la variedad más amplia de instrumentos para medir inteligencia, aprovechamiento, aptitud y funciones neuropsicológicas.

Las pruebas de personalidad tratan de medir uno o más de los siguientes aspectos:

Rasgos de personalidad, motivación dinámica, adaptación personal, sintomatología psiquiátrica, habilidades sociales y características actitudinales.

El concepto de personalidad se utiliza para explicar las diferencias conductuales entre personas y para comprender la consistencia dentro de cada individuo. (Gregory, 2001).

Además de comprender la personalidad, los Psicólogos también intentan medirla, literalmente cientos de pruebas de personalidad están disponibles para este propósito. Pese a que es difícil definir la personalidad, se pueden distinguir dos características fundamentales de este constructo vago:

Primero, cada persona trata de mantener cierta consistencia en las propias características de personalidad; se tienen rasgos y patrones de acción coherentes que surgen de manera repetida.

En segundo lugar, cada persona es distintiva hasta cierto punto; existen diferencias conductuales entre los individuos.

2.3 PRUEBAS PSICOMETRICAS

Se basan en teorías de tipo factorial y sólo permiten ubicar al sujeto en determinado lugar en relación con un grupo. Se estructuran de tal manera que permiten poca variación en la respuesta, poseen características que las hacen estables para su manejo. Estos atributos son: La estandarización, la validez y la confiabilidad.

2.4 PRUEBAS PROYECTIVAS

Frank (1939, 1948) introdujo el término *método proyectivo* para describir una categoría de pruebas para el estudio de la personalidad con estímulos desestructurados. En una prueba proyectiva la persona examinada se enfrenta con estímulos vagos y ambiguos y responde con sus propias construcciones. (Cit Phares 1996).

"El término *proyección* fue descrito por Freud como; la manifestación de los propios sentimientos inconscientes que se atribuyen no a uno mismo, sino a otro". (Phares, Pág. 72.)

Los seguidores de las pruebas proyectivas tienen una fuerte influencia de la teoría psicoanalítica y de su postulado acerca de que lo inconsciente de la personalidad (latente) lo construyen los datos de la prueba y lo consciente (manifiesto) la conducta del individuo.

Se considera que los estímulos desestructurados, vagos y ambiguos proporcionan la circunstancia ideal para que se revelen los aspectos internos de la personalidad.

La suposición central de las pruebas proyectivas es que las respuestas de una prueba representan proyecciones de los procesos mentales inconscientes más internos de la persona examinada.

El reto de las pruebas proyectivas consiste en descifrar los procesos de personalidad subyacentes (necesidades, motivos y conflictos) con base en las respuestas individualizadas, únicas y subjetivas de cada persona examinada. (Gregory, 2001).

Si las técnicas proyectivas son tomadas como un todo, entonces tenderán a poseer varias características distintivas:

- En respuesta a un estímulo sin estructura o ambiguo se fuerza a los individuos a imponer su propia estructura y, al hacerlo, ponen de manifiesto algo de sí mismos (necesidades interiores, deseos, conflictos, capacidades, defensas e impulsos) etc., es decir, de acuerdo a lo dictado de su personalidad.

- El estímulo material no tiene estructura. Este es un criterio muy tenue, aún cuando se supone en términos generales que refleja la esencia de las técnicas proyectivas.
- El hecho de que una prueba sea o no proyectiva depende de los tipos de respuesta que se alienten a dar al sujeto y del modo en que se utilicen dichas respuestas. *Las instrucciones son el elemento importante.*
- El método es indirecto. En uno u otro grado los individuos no están conscientes de los propósitos de la prueba o, al menos, se disfrazan los propósitos. A pesar de que los pacientes pueden saber que la prueba tiene algo que ver con adaptación - desadaptación, en general no están conscientes en detalle acerca del significado de sus respuestas. No se hace el intento de preguntar directamente al paciente acerca de sus necesidades o problemas; la vía es indirecta y la esperanza es que esta misma cualidad indirecta hará más difícil que los sujetos censuren los datos que proporcionan.
- Existe libertad de respuesta, las técnicas proyectivas permiten una variedad casi infinita de respuestas.
- La interpretación de respuesta tiene que ver más con variables dado que la diversidad de respuestas posibles es tan amplia, el clínico puede hacer interpretaciones a lo largo de múltiples dimensiones (necesidades, adaptación, categoría psiquiátrica, defensas de Yo y demás).

De alguna manera se ha desarrollado la noción de que las pruebas objetivas proporcionan información superficial que el paciente puede controlar, mientras que las pruebas proyectivas conducen implacablemente a revelar las propias cualidades más oscuras y profundas.

Mac Farlane y Tuddenham (1951) han descrito las suposiciones implicadas en las pruebas proyectivas. La principal suposición es aquella de la determinación de respuesta: El hecho de que una respuesta no es un mero accidente, sino una función de los atributos psicológicos del individuo. (Cit. Anastasi 1998).

Los instrumentos proyectivos pueden tomar muchas formas y aspectos. De hecho, en la última parte del decenio de 1940 y primeros años del decenio de 1950 parecía difícil que pasara una semana sin que se publicara alguna nueva prueba proyectiva.

Linzdey (1961) ha categorizado estos muchos instrumentos de modo preliminar de la siguiente manera:

- 1) **Técnicas de asociación:** En las cuales el individuo debe informar lo que significa o lo que sugiere un estímulo verbal, auditivo o visual.
- 2) **Técnicas de construcción:** En las cuales el individuo generará una historia o dibujo o bien producir algo a través de otro medio.
- 3) **Técnicas de completamiento:** En las que el individuo deberá completar una historia o una oración, terminar un dibujo y demás.
- 4) **Técnica de elección u ordenamiento:** En las cuales el individuo debe elegir entre alternativas, ordenar por rango de acuerdo a preferencias u ordenar materiales.
- 5) **Técnicas expresivas:** *El individuo debe actuar, ejecutar o expresar su sí mismo a través de alguna actividad.* (Cit. Phares, 1996).

La técnica del dibujo de la figura humana es un método expresivo de amplio uso.

Desde tiempos remotos la expresión pictórica y gráfica ha constituido una forma de expresión del ser humano, susceptible de analizarse, ya que a través de esto el individuo expresa lo interno de su ser.

En un principio los clínicos que trabajaron con niños utilizaron los dibujos como una escala de inteligencia, pero pronto se hizo evidente que los dibujos permitían explorar factores de la personalidad además de la capacidad intelectual de hecho, los factores emocionales se hacían presentes constantemente con mayor fuerza.

Conforme transcurrió el tiempo se fueron ampliando estas técnicas proyectivas a tal grado que no solo se tomaba en cuenta el dibujo por sí mismo sino que se tomaban en cuenta otras características como las expresiones faciales, tamaño, emplazamiento en la hoja, etc., lo cual parecía ofrecer más información sobre los componentes emocionales que sobre la capacidad intelectual.

Algunos de los clínicos que recurrieron al dibujo como medida de inteligencia fueron:

PRUEBA GOODENOUGH DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

Desarrollada por **Florence Goodenough** en 1926, esta prueba se utilizaba con frecuencia como un índice rápido, económico y aproximado de la inteligencia que servía como complemento para la prueba Binet. En esta prueba se le pide al niño que dibuje a un hombre.

Goodenough en 1926 usa como criterios:

- *La presencia del rasgo*
- *La bidimensionalidad del rasgo*
- *La forma correcta del rasgo*
- *La proporción del rasgo*
- *La ubicación correcta del rasgo*

- *Movimiento*
- *Manejo de perfil.*

Con estos criterios hace sus 51 reactivos, y determina a que edad se iban encontrando cada uno de estos rasgos. (Cit. Anastasi 1998).

LA PRUEBA GOODENOUGH - HARRIS DE DIBUJO (HARRIS, 1963)

Esta prueba es una revisión de la prueba original, requiere que el niño también haga un dibujo de una mujer y uno de sí mismo (a) y dice que más que una prueba que determina *CI*, es una prueba que indica *madurez conceptual* (tener conocimiento de las partes del cuerpo).

La calificación que Harris da al dibujo del hombre y mujer es de tipo cuantitativo, es decir, si aparece o no el rasgo.

En el dibujo de sí mismo la evaluación es de tipo cualitativo, evaluando la madurez emocional. (Cit. Anastasi 1998).

En la búsqueda de señales diagnósticas significativas para la evaluación de la personalidad se ha investigado casi cada medio, técnica o tipo de material subjetivo, aunque se ha dedicado una atención especial al dibujo de la figura humana.

Un ejemplo conocido es la prueba del dibujo de una persona de **Machover** (1949, 1951) fue la pionera en este nuevo campo. Su procedimiento se llegó a conocer como la prueba del dibujo de la figura humana (DFH). Este procedimiento disfrutó de popularidad desde un principio y aún se le utiliza ampliamente como herramienta de evaluación clínica.

Watkins, Campbell, Nieberding y Hallmark. (1995) informaron que los dibujos proyectivos como el DFH alcanzan el octavo lugar de popularidad entre los clínicos en E. U. A.

El DFH se aplica al presentarle al examinado una hoja de papel en blanco y un lápiz con borrador; pidiéndole que "dibuje una persona ". Cuando se completa el dibujo, en general se pide al individuo que dibuje a otra persona del sexo opuesto a la del primer dibujo. Por último, se le pide que "invente una historia sobre la persona como si él o ella fuera un personaje de una novela o de una obra de teatro". (Machover, 1949), (Cit. en Gregory 2001).

La interpretación del DFH se produce de manera completamente clínica - intuitiva guiada por varias hipótesis tentativas con base psicodinámica.

Machover sostenía que es probable que las personas examinadas proyecten sus impulsos aceptables sobre la figura del mismo sexo y aquellos inaceptables sobre la del sexo opuesto.

También creía que los tamaños relativos de las figuras del varón y de la mujer revelaban indicios de la identificación sexual del individuo evaluado.

Estas premisas se basan por completo en la teoría psicodinámica.

Machover partió en sus investigaciones de la hipótesis básica de que siendo el cuerpo la referencia sustancial y concreta del Yo, el dibujo de la figura humana sirve de vehículo singularmente adecuado para la autoproyección de la personalidad, la figura humana producida representa a la persona y la hoja en blanco al ambiente. De ahí que el análisis de la representación de la imagen humana sea eficaz introducción al conocimiento del dibujante, de sus problemas modalidades, impulsos, expectativas, conflictos y ansiedades.

En (1968, 1984) surge otro método con fundamentos empíricos más firmes para analizar los dibujos de la figura humana hechos por niños y adolescentes, este

método fue propuesto por **Elizabeth Koppitz**, quien cree firmemente en la utilidad clínica del dibujo de la figura humana para evaluar a los niños por lo que desarrollo y estandarizó dos sistemas objetivos de calificación uno de los sistemas, basado principalmente en la prueba de dibujo de Goodenough - Harris y en su propia experiencia clínica, utiliza el dibujo de la figura humana como prueba del desarrollo de la madurez mental.

El segundo, derivado en particular del trabajo de Machover es una prueba proyectiva de las actitudes e intereses interpersonales y consta de 30 "indicadores emocionales" que distinguen entre los dibujos de niños "con y sin problemas emocionales". Estos indicadores rara vez se observaron en los niños "normales" de la muestra y, a diferencia de las predisposiciones del desarrollo, se supone que no están relacionados con la edad ni con el nivel de maduración; incluyen:

- a) *Signos de calidad, como transparencias y sombreado del rostro,*
 - b) *Rasgos especiales, como cabezas pequeñas o figuras grotescas y*
 - c) *Omisiones de algunos elementos esperados, como el cuello o los ojos.*
- (Gregory 2001).

Algunos de los rasgos agregados de los dibujos de la figura humana, como las extravagancias o el número total de "indicadores emocionales", parecen diferenciar a los niños que muestran problemas de los que están bien ajustados (D. T. Marsh, Linberg y Smeltzer, 1991; Naglieri y Pfeiffer, 1992; Yama, 1990), (Cit. en Anastasi, 1998); sin embargo, tanto Koppitz como otros investigadores han advertido en contra del uso de indicadores sencillos como "signos" con propósitos de diagnóstico.

Parece existir un consenso respecto a la idea de que los dibujos de figuras humanas sólo pueden proporcionar una idea muy general del nivel de ajuste emocional del niño.

Más que emplear el DFH para inferir los matices de la personalidad, una aplicación más apropiada de esta prueba es la detección de niños de quienes se sospecha un trastorno conductual o emocional. Para el propósito, Naglieri, McNeish y Bardos (1991) desarrollaron **el Dibujo de la Figura Humana: Procedimientos de valoración para el trastorno emocional (DAP: SPED)**. En un estudio, la precisión diagnóstica de los niños con problemas se mejoró de manera significativa a través de la aplicación del enfoque de calificación del **DAP: SPED** (Naglieri y Pfeiffer, 1992). (Gregory 2001).

A partir de este estudio surge la inquietud por investigar cuáles y con qué frecuencia se presentan indicadores emocionales en niños Mexicanos con una edad de entre 6 y 13 años; Ya que el estudio antes mencionado nos indica que en población Estadounidense se presentan 55 indicadores emocionales que estarían hablando de algún tipo de disturbio emocional.

Considerando lo anterior y siendo el tema que nos ocupa, creemos necesario hacer un breve estudio sobre esta prueba ya que en México no se ha utilizado quizá debido a la falta de información en lo que se refiere a población de niños mexicanos, así mismo consideramos que puede ser una herramienta de gran apoyo en el psicodiagnóstico infantil.

CAPITULO 3

TRASTORNOS DE CONDUCTA MAS FRECUENTES EN EL NIÑO DE SEIS A TRECE AÑOS DE EDAD

En el capítulo 1 describimos el desarrollo del niño desde un punto de vista general, es decir, la manera en la cual se espera que un niño crezca y se desarrolle sin ninguna alteración. Sin embargo, desafortunadamente esto no puede ocurrir en la mayoría de los casos; hay que recordar que en los últimos años la enfermedad psíquica infantil ha tenido una importancia especial. Debido a que muchas enfermedades son peligrosas, todas alteran la vida del niño desde el punto de vista de su individualidad poniendo en peligro su dimensión social.

Resulta doloroso que tan pronto, con tan poca edad, el niño pueda presentar disturbios o alteraciones que repercutan notablemente en su desarrollo; sin olvidar que la infancia es un largo y difícil camino hacia la adultez, lleno de obstáculos y superaciones de equilibrios y desequilibrios; el niño está hecho de interacción social.

En definitiva de experiencias, aprende a vivir, tantea, se equivoca o acierta, pero siempre a través de experiencias psíquicas móviles, cambiantes y constituyentes.

Las raíces de la psicopatología infantil nacen y crecen en un terreno móvil: La personalidad en desarrollo del niño; el proceso de desarrollo en esta etapa es vulnerable en varios puntos, el esfuerzo del desarrollo es casi universal hasta que el niño adquiere un nuevo dominio de sus impulsos y de las demandas de la realidad, sin embargo a veces ocurre un desequilibrio: las defensas pueden ser muy débiles al principio, haciendo que la conducta impulsiva causada por el niño sea inundada por sus propios instintos.

En otras ocasiones las defensas son demasiado rígidas produciendo un niño tímido e inhibido que está movilizando todas las defensas que puede; para conservar sus instintos bajo control Fries, 1957. (Cit en Melvin, 1973).

Si las crisis no son dominadas, y el individuo sigue amenazado, aparecerán síntomas persistentes de conflicto interno. Los propios síntomas indican a veces la zona de conflicto. En cualquier caso, pueden estar alteradas áreas completas del funcionamiento del yo; por ejemplo, en el área de adaptación social pueden ocurrir diversas formas de conducta asocial. La actividad del yo libre de conflictos puede estar constreñida e invadida, dando problemas educativos tales como dificultades del aprendizaje.

En algunos casos será imposible resolver conflictos particulares, lo que dará lugar a la persistencia de síntomas específicos como; fobia escolar, tics, conductas agresivas, problemas de eliminación y ansiedad entre otros.

Sin embargo antes de proceder a definir estos trastornos es importante tomar en cuenta el valor que representa un síntoma.

*Comencemos por definir **síntoma**: son las señales que el niño nos emite para comunicar que algo no va bien; a través de los síntomas nos envía signos que son expresión de la enfermedad.*

La importancia o valor de un síntoma no depende de su frecuencia sino de criterios cualitativos como la capacidad contaminante que posean, su especificidad, sus repercusiones y el peso que tenga en el conjunto de la personalidad. (Rodríguez Sacristán, 1995).

Todo síntoma tiene un componente disturbador. El hecho de que posea el carácter de llamada de atención y un valor defensivo y organizador o desorganizador, no excluye su dimensión de incomodidad.

Ahora bien un síntoma no puede aparecer sin ninguna causa aparente. Toda experiencia psíquica es un fenómeno subjetivo y empírico en el que participan el conocimiento y lo afectivo y siempre es algo vivenciado que provoca algún cambio en la persona. Ciertas experiencias tienen el carácter de patogenéticas y pueden desestabilizar el proceso madurativo de la personalidad. Algunas experiencias emocionales como la separación, y pérdida tienen una especial carga desestabilizadora.

Por otra parte la familia puede ser un factor socio - biológico, patogenético y de riesgo de indudable valor. El tipo de organización familiar, con arreglo a la índole de su interacción y de su dinámica repercutirá y tendrá consecuencias que son imprevisibles. No se duda de que los hijos de padres solteros o de padres de matrimonios fracasados corren riesgos emocionales (Sula Wolff, 1977).

Muchas pruebas indican que los niños de familias desintegradas tienen más trastornos de comportamiento que los niños de hogares intactos.

Casi todas estas pruebas proceden de investigaciones en las que se han establecido comparaciones entre grupos de niños psiquiátricamente desequilibrados y grupos de referencia formados por niños "normales". La incidencia de niños con algún tipo de trastorno es más elevada en aquellos que han perdido un padre como consecuencia de separación o divorcio.

Un estudio en Cambridge así como investigaciones posteriores en Londres Sudeste, han puesto de manifiesto que los niños agresivos y delincuentes proceden a menudo de hogares desintegrados, mientras los niños con desórdenes neuróticos son generalmente de familias "unidas". Aunque muchos niños de hogares rotos han padecido experiencias seriamente traumáticas y, por supuesto, pueden sufrir estados neuróticos, un número más elevado de ellos han sido dañados por el desamparo paterno, por métodos inadecuados de crianza y por fallos de sociabilización armónica. (Sula Wolff, 1977).

Los hijos de padres solteros, divorciados o separados son niños que están siendo criados por uno o dos padres que, o bien han hecho una elección marital no realista, o bien reviven en el marco del matrimonio sus conflictos neuróticos personales. Cada uno de los padres denigra al otro en presencia de los hijos y cuando domina la madre, como sucede a menudo, el padre aparece a los ojos de los hijos en situación disminuida. Tras la ruptura, los hijos de estos matrimonios fallidos no solo se quedan sin un padre, si no también con la imagen de un padre "malo", lo que viene a poner en peligro el desarrollo de la personalidad normal del niño del mismo sexo, que se identifica con este mismo padre "despreciado".

Todos llevamos a nuestros padres dentro de nosotros. Nuestra propia estimación y nuestra confianza dependen de que podamos pensar bien de nuestros padres en la infancia.

Cuando muere uno de los cónyuges, el cónyuge sobreviviente mantiene viva la imagen de un padre querido que murió y la ofrece a los hijos con orgullo y con los sentimientos de cariño que existían antes de su muerte. Pero cuando desaparece uno de los padres por ruptura del matrimonio la situación es totalmente diferente.

Compas señala que la familia es un recurso con el que cuenta el niño para hacer frente al estrés, y sostiene que un medio familiar cálido, cohesivo, cercano y organizado provee al niño con un sistema de apoyo y con un modelo positivo de identificación. (Cit. en Solloa, 2001).

La escuela es otra típica organización social, con un interesante valor patogenético. El medio escolar posee una dinámica propia derivada de la conjunción de diferentes factores: 1) el estilo de institución con los valores y normas que la rigen y que generalmente son el reflejo de la sociedad; 2) el niño en edad escolar que es muy receptivo y ávido en un ambiente competitivo, sujeto a pruebas de manera casi permanente, en medio de los compañeros que son al mismo tiempo gratificantes, exigentes y crueles, con la presencia mediadora de la

personalidad del profesor que aveces acelera la inadaptación. La escuela - como la calle - posee una variedad de estímulos psicosociales muy difíciles de identificar o de controlar en su totalidad por la forma en que ocurren y por el sitio en que se dan, en un campo de juego en el que cuentan los mecanismos de rechazo, el prestigio, la ganancia social y la moral de grupo.

Se dan alteraciones o distorsiones en esa dinámica debido al medio escolar, al propio niño, que puede ser vulnerable o portador de déficits, o también debido a la conjunción de ambos factores - niño y medio ambiente escolar -.

Es muy importante saber que el niño entra a la escuela en un momento muy especial de su desarrollo, y se pueden establecer rivalidades entre la escuela y su hogar con la aparición de problemas afectivos, cuya manifestación más evidente va a ser la ansiedad, no solo como un componente de sobrecarga o presión que constituye el llamado "estrés escolar" que puede adoptar diversas formas de presentación. (Rodríguez Sacristán, 1995).

Un comportamiento perturbado que suscite alarma o disgusto en otras personas puede constituir el primer indicio de que un niño lucha con un problema emocional.

Los desórdenes de comportamiento en el niño han sido clasificados de muchas formas, una de estas es la realizada por Sula Wolff ; clasifico los trastornos o desórdenes del comportamiento en dos grupos principales: 1) desórdenes de comportamiento neurótico debido a ansiedad excesiva; y 2) trastornos producidos por una sociabilización defectuosa. (Sula Wolff, 1977). Otra forma de clasificación y la que más comúnmente se utiliza es la que proporciona el DSM - IV.

De acuerdo con esta ultima se realizará la descripción de los trastornos más frecuentes en el niño de edad escolar.

Antes de iniciar conviene definir el término trastorno; entiéndase como el nombre genérico de todas las desviaciones de la conducta caracterial normal, sea cual fuere su causa: herencia, medio ambiente, enfermedades: En casos especiales se designan con este término las conductas psicopáticas. (Dorsch Friedrich, 1976)

3.1 TRASTORNOS DE ANSIEDAD

3.1.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El DSM - IV la define como una ansiedad y una preocupación excesiva que se da por diferentes sucesos o actividades durante la mayoría de los días durante al menos un periodo de seis meses. Esta es difícil de controlar y es estresante.

Prevalencia. No es clara, sin embargo se cree que la proporción de mujer - hombre es de 2 a 1 respectivamente.

ASPECTOS ETIOLOGICOS

Las causas del trastorno de ansiedad en el niño no están claras en absoluto, sin embargo este trastorno se ve influido por múltiples factores tales como el ambiente en el que el niño se desenvuelve o la familia en sí.

Pero lo que sí es seguro es que distintos trastornos pueden provenir de diferentes combinaciones de influencias. Así mismo los niños que responden a los criterios de un trastorno en particular pueden haber llegado al mismo por diversos caminos y tener distintas combinaciones de factores de riesgo.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los síntomas principales son la ansiedad misma, la tensión motora, *la hiperactividad autónoma y la alerta cognoscitiva*. La ansiedad es excesiva e interfiere con otros aspectos de la vida de la persona.

La tensión motora se manifiesta con frecuencia en forma de temblores, inquietud y dolores de cabeza.

La hiperactividad autónoma suele manifestarse por respiración entrecortada, sudoración excesiva, palpitaciones, y diferentes síntomas gastrointestinales como náuseas vómito o dolores de estómago.

La alerta cognoscitiva es patente por la irritabilidad y la facilidad con que se sobresaltan los niños. (Rodríguez Sacristán, 1995)

A continuación se exponen los criterios que maneja el DSM - IV, para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada.

- A.** Ansiedad o preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolonga más de seis meses.
- B.** Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C.** La ansiedad y la preocupación deben estar asociados a tres o más de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales deben haber persistido durante los seis meses anteriores, siendo el número de días en el que se han producido

mayor que en el que no se han producido). **Nota:** En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas.

- 1) inquietud o impaciencia,
- 2) fatigarse con facilidad,
- 3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco,
- 4) irritabilidad,
- 5) tensión muscular,
- 6) alteraciones de sueño (dificultad para conciliar o para mantener el sueño, o sueño inquieto o insatisfactorio).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limitan a los trastornos de un síntoma del eje 1; p. ej., la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia o pasarla mal en público como en la fobia social.)

Contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo compulsivo) estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación) engordar, tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

La ansiedad, preocupación o síntomas físicos provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno

del estado de ánimo como un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo

3.1.2 TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACION

Según el DSM - IV, el trastorno de ansiedad por separación requiere la presencia de al menos tres síntomas relacionados con la excesiva preocupación respecto a la separación de la principal figura del vínculo. La preocupación puede tomar la forma de rehusar ir al colegio, miedo o malestar por la separación, (quejas repetidas por síntomas físicos como: cefaleas y dolores de estómago cuando se anticipa la separación).

Prevalencia. El trastorno de ansiedad por separación, aparece en niños de todas las edades y se da casi por igual. El inicio suele ocurrir en los años preescolares, y es más común entre los 7 y 8 años.

ASPECTOS ETIOLOGICOS

- Los niños pequeños inmaduros y dependientes de una figura materna, están particularmente predispuestos a una ansiedad excesiva relacionada con la separación.
- Estos niños parecen tener un ritmo cardíaco más rápido en reposo y mayor aceleración del mismo cuando desarrollan tareas que requieren concentración cognoscitiva las madres con trastornos de ansiedad, que presentan vínculos inseguros con sus hijos, tienden a tener hijos con porcentajes más elevados de trastornos de ansiedad.
- Las familias en las que los niños muestran este trastorno pueden ser muy mimosas y los niños suelen ser objeto de sobrepreocupación de los padres.

- La muerte de un familiar, una enfermedad infantil, un cambio en el entorno del niño o mudarse a un barrio o colegio nuevo suelen aparecer en la historia de niños con trastorno de ansiedad por separación.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Hay una preocupación exagerada o persistente sobre la pérdida o el posible daño que puedan sufrir las personas vinculadas al niño; preocupación exagerada y persistente de que una catástrofe pueda provocar la separación de la principal figura a la cual está vinculado el niño, hay negación o tenaz resistencia a dormir fuera de casa se presenta una negación o miedo excesivo y persistente a estar solo o sin la persona a la que está más vinculado en casa, se presentan pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.

La ansiedad del niño puede estar cercana al terror o al pánico. El estrés es mayor que el normalmente esperado por el nivel de desarrollo del niño y no puede ser explicado por ningún otro trastorno. Los miedos mórbidos, las preocupaciones y las rumiaciones son características del trastorno.

Los signos premonitorios son irritabilidad, dificultades para comer, quejas, permanecer solo en una habitación agarrarse a los padres y seguirlos a todos lados.

Las manifestaciones asociadas comprenden miedo a la oscuridad y preocupaciones extravagantes; ojos que les miran fijamente y llegar a preocuparse por figuras míticas o monstruos que les persiguen por la habitación. Muchos niños son exigentes y se inmiscuyen en los asuntos de los adultos requiriendo constante atención para aliviar su ansiedad; pueden parecer tristes y llorar con facilidad, se quejan de que no se les quiere expresan deseos de morir o se quejan de que se prefiere a los hermanos.

Como síntomas cardiovasculares y respiratorios son típicas las palpitaciones, el vértigo, la debilidad y el ahogo. (Kaplan, 1999).

A continuación se exponen los criterios que maneja el DSM - IV, para el diagnóstico del trastorno de ansiedad por separación.

A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres o más de las siguientes circunstancias:

- 1) Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar de las principales figuras vinculadas.
- 2) Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que estas sufran un posible daño.
- 3) Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)
- 4) Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
- 5) Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares.
- 6) Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa.
- 7) Pesadillas repetidas con temática de separación.
- 8) Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación de figuras importantes de vinculación.

B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.

C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.

E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, en adolescentes y adultos no se explican mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

Especificar sí:

Inicio temprano: Si el inicio tiene lugar antes de los 6 años de edad.

3.2.1 FOBIAS

Fobia es el término que suele emplearse para describir miedos exagerados.

Entre las diferentes categorías del DSM - IV, que describen miedos intensos a objetos o situaciones, hay dos que suelen aplicarse al niño y al adolescente: Fobias específicas y la fobia social.

3.2.2 FOBIAS ESPECIFICAS

La característica fundamental de los criterios diagnósticos del DSM - IV, para las fobias específicas; es el miedo exagerado y constante, excesivo o irracional a un objeto o situación específica.

Además de estos criterios de diagnóstico requieren que la exposición al estímulo fóbico provoque casi invariablemente una respuesta de ansiedad. Así mismo, se señala que en el caso de los niños dicha ansiedad puede expresarse mediante llanto, rabieta, inmovilización o negativa a separarse de sus padres.

El niño o el adolescente debe tratar de evitar la situación fóbica o verse obligado a soportarlas con una intensa ansiedad o una gran angustia; el miedo debe

provocar una angustia exagerada o interferir de modo significativo en la rutina normal del niño, en su funcionamiento escolar o en sus relaciones sociales.

El DSM - IV, propone una subdivisión de las fobias específicas en cinco grupos: Animal, ambiental (p. ej., cumbres, tormentas, agua) sangre - inyecciones - lesión, situacional (aviones, lugares cerrados) y de otro tipo (p. ej., en niños evitación de ruidos estridentes o de personas disfrazadas).

Prevalencia. Hay una mayor prevalencia de fobias entre las niñas que entre los niños. Las fobias específicas podrían aparecer durante la niñez, pudiéndose mantener a lo largo del tiempo, esto solo en algunos individuos.

ASPECTOS ETIOLOGICOS

Existe una serie de factores que podrían desempeñar un papel en el hecho de que el niño desarrolle o no fobias específicas.

- Los parientes de primer grado de sujetos afectados por una fobia animal tienen más posibilidad de presentar una fobia de este tipo, y de esta misma manera ocurre con una fobia situacional. Sin embargo la influencia de la heredabilidad es menor en el caso de las fobias específicas que en el de otras fobias.
- Rachman 1997, postuló tres vías ambientales diferentes mediante las cuales, solas o en combinación podrían adquirirse fobias:

- 1) La experiencia directa (condicionamiento),
- 2) La experiencia indirecta y;
- 3) La transmisión de información.

Hay indicios que sugieren la importancia de las experiencias indirectas. Ollendick, King y Hamilton (1991), realizaron un estudio con una muestra amplia de niños y

adolescentes norteamericanos; y hallaron que el desarrollo de los 10 miedos de mayor prevalencia solían atribuirse a factores indirectos o instruccionales.

Los miedos que este estudio cita son:

Miedo a ser atropellado por un coche o camión,

A no poder respirar,

Sufrir un bombardeo o una invasión,

Al fuego o a quemarse,

Caerse desde un lugar elevado,

Que un ladrón entre en su casa,

A terremotos,

A la muerte o a los muertos,

Miedo a sacar malas notas

A las serpientes. (Cit. en Wikcs - Nelson, 1997).

Sin embargo podría darse el caso de que los miedos de los niños estuvieran determinados por una multiplicidad de factores, es decir, fuentes indirectas que se combinan a menudo con experiencias de condicionamiento directo.

3.2.3 FOBIAS SOCIALES

En la segunda categoría de fobias específicas que establece el DSM - IV.

La fobia social es un miedo exagerado y constante a actuar de un modo humillante y desconcertante en situaciones o actividades sociales.

El miedo se produce en situaciones en las que el individuo entra en contacto con personas desconocidas o se ve expuesto al escrutinio de otros.

El criterio debe aplicarse, cuando se esta seguro de que el niño tiene capacidad de entablar relaciones sociales adecuadas para su edad con personas que conozca. Siendo así; la ansiedad social debe producirse en situaciones con iguales, no sólo en interacciones con adultos, el contacto con la situación temida debe producir ansiedad de modo casi invariable.

En el niño esto puede expresarse mediante llanto, rabieta u horror a verse envuelto en situaciones sociales con gente que no conoce.

Las situaciones temidas deben evitarse o soportarse con un intenso malestar o deben interferir en el funcionamiento escolar o en las relaciones sociales.

Para los niños entre 8 y 13 años de edad los miedos sociales más frecuentes están relacionados con situaciones en las que hay que hablar en público (leer en voz alta, hacer un comentario sobre un libro, dar un discurso).

Los encuentros sociales que producen tensión van acompañados de una serie de síntomas somáticos (p. ej., palpitaciones, calores y flojera, escalofríos, sudores, náuseas). (Wicks, 1997).

Prevalencia. Se calcula que la fobia social se produce en aproximadamente un 1% de los niños y adolescentes.

La edad de inicio suele situarse entre la mitad y el final de la adolescencia aunque puede también aparecer antes.

ASPECTOS ETIOLOGICOS

En los estudios realizados sobre la *social anxiety scale for children - revised* (La Greca y Stone, 1993) indican que la ansiedad social en este grupo de edades de niños puede agruparse de acuerdo a tres factores:

- 1) Miedo a las evaluaciones negativas de sus iguales.
- 2) Evitación social y
- 3) Angustia ante las situaciones nuevas.

Así mismo este estudio señala que la ansiedad o fobia social esta ligada a la menor aceptación social por parte de los iguales y a un menor sentimiento de autovalía. (Cit. en Wikcs - Nelson, 1997).

Las manifestaciones clínicas se describen dentro de las definiciones expuestas al inicio de cada apartado (fobias), al igual que se describen de forma general los criterios diagnósticos que maneja el DSM - IV para este trastorno ya que para cada caso, en relación con las fobias específicas, existe un cuadro de criterios para el diagnóstico, según del tipo que se trate. (p. ej., Aracnofobia, agorafobia, claustrofobia...).

Hasta ahora hemos explicado los trastornos asociados a la ansiedad de una forma más bien psiquiátrica; sin embargo es importante tomar en cuenta el marco teórico que nos brinda el psicoanálisis.

El psicoanálisis nos ha proporcionado un cuadro teórico muy satisfactorio para la comprensión de los síntomas neuróticos. Los desórdenes de comportamiento neurótico son muy corrientes en el niño. No se deben a ninguna falta de experiencias esenciales al comenzar la vida. Los niños afectados no han sufrido especialmente privaciones capitales en la infancia o en la niñez. Sus padres, por lo común, no son gente despreocupada ni delinquentes auténticos, sino que han tratado de criar a sus hijos de conformidad con las normas establecidas de comportamiento social.

La ansiedad es la clave para comprender los síntomas neuróticos. La ansiedad puede surgir de tres fuentes distintas que entran en acción en diferentes etapas de desarrollo:

- 1) Ansiedad primaria, un temor de disolución o ruptura, consecuencia del conflicto entre las necesidades interiores y las provisiones ambientales inadecuadas, que comienza ya en la etapa oral;
- 2) Ansiedad ligada a la vergüenza y a la pérdida de amor propio, consecuencia del conflicto entre los impulsos primitivos y su prohibición exterior, que aparece en la etapa anal;

3) Ansiedad causada por el sentimiento de culpabilidad, consecuencia del conflicto entre los impulsos primitivos y los dictados de la conciencia, que empieza en la etapa genital.

La ansiedad se produce cuando existe un conflicto, ya sea entre los deseos e impulsos interiores de un lado y el mundo exterior del otro.

Cuando la ansiedad se torna insoportable, entran en acción ciertos procesos psicológicos que protegen al individuo de la desorganización total del comportamiento. Estos medios protectores son llamados mecanismos de defensa.

El mecanismo fundamental es el de la *represión*. En su funcionamiento, el deseo o impulso incapaz de lograr satisfacción u, opuestamente, no tolerarlo ni por el ambiente ni por la conciencia del individuo, es reprimido hacia el inconsciente.

Un pensamiento reprimido deja de existir para la conciencia. Pero aunque inconscientes, una característica de los deseos e impulsos reprimidos es la de que no se han perdido. Siguen luchando por existir y de hecho hallan expresión de diversas maneras indirectas. (Sula Wolff, 1977).

Expliquemos algunos mecanismos de defensa; que además de la represión, se utilizan en la neurosis:

Regresión. Uno de los mecanismos de defensa más comunes en el niño; éste vuelve al comportamiento peculiar de una etapa anterior del desarrollo donde había quedado fijado.

Negación. También es común en los niños y consiste en la falsificación de la experiencia con fines de comodidad mental.

Desplazamiento. En este caso, los sentimientos e impulsos apuntados contra una persona se cambian hacia otra.

Formación Reactiva. Los sentimientos e impulsos desagradables se convierten en sus contrarios.

Proyección. Implica atribuir a otros los propios impulsos inaceptables.

Aislamiento. Hablamos de aislamiento cuando la emoción que acompaña a una experiencia se separa de ella, cuando los sentimientos y las experiencias se aíslan unos de otros.

Fantasía, intelectualización o racionalización. Constituyen otras maniobras defensivas utilizadas para alejar la ansiedades, todas encierran cierto grado de represión de impulsos molestos.

Sublimación. Es el único mecanismo de defensa que permite un empleo completo y creador de los impulsos primitivos. Con él los impulsos en conflicto con el ambiente o la conciencia se traducen en acciones sociales positivas. (Anna Freud, 1977)

Ninguno de los mecanismos de defensa descritos es anormal en sí mismo. Niños y adultos hacen uso de ellos para dominar las ansiedades y temores asociados a los conflictos comunes que todo el mundo tiene que dominar.

Siempre que se emplean los mecanismos de defensa para apagar la ansiedad ya no se dispone de los sentimientos reprimidos para probar la realidad y para su modificación con la edad y la madurez. La parte reprimida de la personalidad sigue siendo infantil y ya no es accesible a la instrucción. Siempre que se reprimen conflictos infantiles en vez de resolverse por medio de la sublimación, se produce alguna distorsión de la personalidad. En mayor o menor grado, todos estamos expuestos a este proceso.

Si las presiones sociales son excesivas durante la niñez, si el individuo tiene que acudir a maniobras defensivas para alejar la ansiedad, entonces una buena parte de su personalidad sigue siendo infantil. (Sula Wolff, 1977).

3.3 TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

En el DSM - IV se describen dos trastornos de comportamiento perturbador específicos - trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial - y una categoría residual

3.3.1 TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

Se describe como un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil dirigido a las figuras de autoridad, sin violaciones serias de las normas sociales o de los derechos de los demás.

Este comportamiento persiste por lo menos durante seis meses y se caracteriza por la frecuente aparición de, por lo menos, cuatro de los siguientes comportamientos: accesos de cólera, discusiones con adultos, desafío activo o negativa a cumplir las demandas o normas de los adultos, llevar a cabo deliberadamente actos que molestan a otras personas, culpar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento, ser quisquilloso o sentirse fácilmente molestado por otros, mostrarse resentido, ser rencoroso o vengativo. Los comportamientos deben aparecer con más frecuencia de la típicamente observable en sujetos de edad y a nivel de desarrollo, y deben producir un deterioro significativo de la actividad social, académica y laboral.

Prevalencia. Aunque el trastorno negativista desafiante puede aparecer desde los tres años de edad, se suele iniciar hacia los ocho años de edad y normalmente, no después de la adolescencia. El trastorno se da más en niños que en niñas antes de la pubertad.

ASPECTOS ETIOLOGICOS.

- No existen patrones familiares distintivos, pero casi todos los padres de niños con trastorno negativista desafiante están también interesados de manera exagerada por el poder, el control y la autonomía. En algunas familias se observan otros hermanos con carácter obstinado, madres deprimidas, controladores y padres pasivo - agresivos.
- En muchos casos los pacientes son niños no deseados.
- Los niños pueden tener predisposiciones constitucionales o de temperamento hacia una voluntad fuerte, preferencias marcadas o gran asertividad.
- Si los padres tienen dificultades con el control y el poder o si ejercen la autoridad según su propia conveniencia, se puede iniciar una lucha que sienta las bases para el desarrollo de trastorno lo que comienza como un esfuerzo del niño para establecer su autonomía acaba convirtiéndose en una defensa contra la sobredependencia de la madre y un instrumento para protegerse de la intrusión en la autonomía del ego.
- En la infancia tardía, los traumas ambientales, la enfermedad o la incapacidad crónica como en el caso de retraso mental; pueden potenciar el grado de oposición como defensa contra el desamparo, la ansiedad y la pérdida de autoestima.
- Las teorías psicoanalíticas clásicas explican el trastorno como consecuencia de conflictos no resueltos que se producen durante la fase anal.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Las manifestaciones del trastorno aparecen prácticamente siempre en casa, cuando pueden no manifestarse en el colegio o con otros adultos, o compañeros.

En algunos casos, las manifestaciones del trastorno se producen desde el principio fuera del hogar en otro, empiezan en casa, pero después se extienden también a los otros ambientes.

Los síntomas del trastorno son más evidentes en las interacciones con adultos o compañeros que el niño conoce bien.

Normalmente, no se ven así mismos como provocadores o desafiantes sino que justifican su comportamiento como respuesta ante circunstancias no razonables.

El trastorno parece molestar más a las personas que rodean al niño que al propio niño.

El trastorno negativista desafiante crónico interfiere casi siempre en las relaciones interpersonales y el rendimiento escolar. Los niños suelen carecer de amigos y perciben las relaciones humanas como insatisfactorias.

A pesar de tener un nivel de inteligencia adecuado, su rendimiento académico es bajo, ya que se niegan a participar, se resisten ante las demandas externas e insisten en solucionar sus problemas sin la ayuda de los demás; como consecuencias secundarias a estas dificultades, suele tener una baja autoestima, escasa tolerancia a la frustración ánimo deprimido y accesos de cólera.

Este trastorno con frecuencia tiende a evolucionar hacia un trastorno disocial o del ánimo. (Kaplan, 1999)

A continuación se exponen los criterios que maneja el DSM - IV para el diagnóstico del trastorno negativista desafiante.

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos cinco meses estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos.

- 1) A menudo se encoleriza e incurre en pataletas.
- 2) A menudo discute con adultos.
- 3) A menudo desafía activamente a los adultos o rehusa cumplir sus demandas.
- 4) A menudo molesta deliberadamente a otras personas.
- 5) A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
- 6) A menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros.
- 7) A menudo es colérico y resentido.
- 8) A menudo es rencoroso o vengativo.

Nota: Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

Ahora trataremos de exponer brevemente como explica el psicoanálisis este trastorno.

La teoría psicodinámica señala que la agresividad e impulsividad de los niños con este trastorno, es un reflejo de esta tendencia oculta en los padres; tales pueden alentar en sus hijos actividades, conductas y actitudes que ellos no se permiten expresar abiertamente y que de manera inconsciente, actúan por intermedio de sus hijos.

Otro factor de la relación padres - hijos que interviene en el trastorno negativista es la incoherencia de la severidad y la indebida permisividad de la educación, lo que es un reflejo de la debilidad del Yo de los padres; para el niño la permisividad excesiva y la falta de límites de sus padres es interpretada como un indicio de debilidad y de falta de interés por él y no como un signo de amor o respeto por sus derechos. Por lo tanto el niño no logra una identificación positiva con las personas que lo educan, lo que forma una restricción para que el niño logre una autoregulación.

Otro punto importante tratado por la teoría psicodinámica como factor desencadenante se presenta cuando los padres tienen un conflicto emocional muy arraigado y lo proyectan en el niño sin advertirlo. En estos casos los niños se adecuan al "inconsciente" de los padres y reaccionan ante él y no ante las actitudes conscientes, aparentemente apropiadas.

Entonces cuando los padres de manera inconsciente identifican al niño con un hermano odiado o con una parte objetable de su propia personalidad, el resultado es un grave desorden en la conducta del niño, que a menudo llega a un comportamiento extremadamente destructivo y autodestructivo. (Solloa, 2001)

En la teoría psicoanalítica, el conflicto obediencia - desobediencia (control - sometimiento) surge en la etapa de control de esfínteres, que es el período del desarrollo en el que el niño tiene la primera experiencia educativa consistente en

acatar reglas y límites y se enfrenta a la amenaza de "perder el cariño de los padres si no lo hace".

Cuando el niño no logra superar las tareas que esta etapa impone, es decir, "obedecer por amor y no por sumisión o temor", se generan conflictos anales con tendencias hostiles, obsesivas y controladoras.

3.3.2 *TRASTORNO DISOCIAL.*

El trastorno disocial es un <<patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan derechos básicos de otros o normas sociales importantes adecuadas a la edad del sujeto>> Los cuatro grupos característicos de conducta del trastorno son: una conducta agresiva que puede causar daño físico a personas y animales, destrucción de la propiedad, fraudes o robos y violaciones graves de las normas.

Existen dos subtipos: tipo de inicio en la infancia y tipo de inicio en la adolescencia.

El trastorno tiene tres especificaciones de gravedad: leve, moderado y grave.

Prevalencia. El trastorno disocial es más frecuente durante la infancia y la adolescencia y se da más en niños que en niñas. El trastorno está significativamente asociado con bajo nivel socioeconómico.

FACTORES ETIOLOGICOS

El trastorno disocial es más frecuente en los hijos de padres con trastorno de personalidad antisocial y dependencia alcohólica que entre la población general.

Cabe mencionar que no hay un factor único que explique el desarrollo de un trastorno disocial o de comportamiento antisocial, mas bien el trastorno es consecuencia de múltiples factores biopsicosociales, tenemos así:

- La educación dura y punitiva caracterizada por la grave agresión física y verbal está asociada al desarrollo de comportamientos agresivos y mal adaptativos
- Las condiciones caóticas del hogar, falta de supervisión apropiada y falta de competencia social, están asociadas al trastorno disocial y a la delincuencia.
- El maltrato a menores y la negligencia también contribuyen, a menudo, al trastorno disocial.
- El trastorno disocial está asociado a muchos otros trastornos psiquiátricos, entre los que se incluyen: el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la depresión, y los trastornos de aprendizaje.

En un estudio realizado con 20 historias que provienen de 20 familias que consultaron por dificultades delincuenciales de hijos y sobrinos, Ma. Eugenia Villalobos encontró que las familias de estos jóvenes se caracterizan por:

CARACTERISTICAS DEL MEDIO FAMILIAR

- a) Ser numerosas, tienen más de cinco hijos y pertenecen a un estrato social medio bajo y bajo.
- b) Ser extensas, constituidas por padres, tíos y abuelos, pertenecientes en un porcentaje alto a familias catalogadas como clase media y baja.
- c) Existir discontinuidad en la composición familiar separación de los padres, ausencia de uno de los padres.
- d) Inestabilidad de lugar de residencia.

CARACTERISTICAS DE LAS RELACIONES FAMILIARES

- a) Los padres no ofrecen a sus hijos relaciones de amor y ternura.
- b) Los padres manejan agresivamente la relación usan castigos físicos arbitrarios.
- c) Los padres no asumen con claridad su rol de autoridad y no establecen con su familia un sistema de reglas claras y definidas.

El presente artículo hace un análisis de las historias de jóvenes que han incursionado en actos delictivos y muestra como los modos de relación familiar tienen unas características particulares en las que los padres proyectan y hacen vivir a sus hijos relaciones conflictivas.

Las experiencias de los jóvenes se caracterizan por estar desprovistas de relaciones de amor, de relaciones estables y relaciones organizadoras que les permitan conocer los límites de sus actos y las consecuencias de sus acciones.

Las edades de la muestra de este estudio oscilan entre 13 y 20 años, familias pertenecientes al Distrito de Aguablanca.

Los casos fueron consultados por un juez de menores y revisados por estudiantes en práctica en Hospital Universitario, consultados por maestros de algunos colegios de la ciudad. (Villalobos, 1994)

MANIFESTACIONES CLINICAS

El trastorno disocial no aparece de un día para otro; por el contrario, existe una variedad de síntomas que van evolucionando con el tiempo hasta establecer un patrón uniforme de violación de los derechos de los demás.

La conducta agresiva antisocial puede adoptar la forma de intimidación agresión física y crueldad hacia los compañeros de menos edad y más débiles que ellos.

Los niños pueden ser hostiles verbalmente, agresivos, insolentes, desafiantes y negativos frente a los adultos y compañeros de su edad.

La mentira persistente, las fugas y el vandalismo son frecuentes.

En los casos más graves, suele aparecer carácter destructivo, robo y violencia física.

Muchos de los niños con conducta violenta no consiguen establecer vínculos sociales, lo cual se manifiesta en la dificultad para establecer amistad con compañeros o la falta de relaciones duraderas. Estos niños suelen sufrir abandono y aislamiento social.

La mayoría tiene una escasa autoestima aunque proyecten una imagen de dureza

De manera característica no hacen nada por los demás, aunque hacerlo les reporte una ventaja inmediata. Su egocentrismo se manifiesta en la tendencia a manipular a los demás para obtener favores sin ningún esfuerzo recíproco. No les interesan los sentimientos o bienestar de los demás prácticamente desconocen los sentimientos de remordimiento o de culpabilidad por su conducta cruel e intentan culpar a los demás.

Este tipo de niños no sólo sufre frustraciones inusuales, sobre todo de sus necesidades de dependencia, sino que tampoco se ajusta a ningún patrón constante de disciplina.

Su conducta global es inaceptable en prácticamente todos los ambientes sociales, los castigos severos suelen exacerbar su cólera y frustración, en lugar de mejorar el problema.

Los niños con trastorno disocial grave parecen ser los más vulnerables para sufrir otros trastornos a lo largo de su vida, como los trastornos del estado de ánimo. (Kaplan, 1999).

A continuación se exponen los criterios que maneja el DSM - IV, para el diagnóstico de trastorno disocial.

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de 3 (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales.

- 1) A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
- 2) A menudo inicia peleas físicas
- 3) Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
- 4) Ha manifestado crueldad física con personas.
- 5) Ha manifestado crueldad física con los animales.
- 6) Ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada).
- 7) Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

Destrucción de la propiedad.

- 8) Ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves.

9) Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios).

Fraudulencia o robo.

10) Ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona.

11) A menudo miente para obtener bienes o favores para evitar obligaciones (esto es, << tima >> a otros).

12) Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamiento o destrozos; falsificaciones).

Violaciones graves de normas.

13) A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.

14) Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo).

15) Suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno disocial de la personalidad.

Especificar el tipo en función de la edad de inicio:

Tipo de inicio infantil; se inicia por lo menos una de las características de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

Tipo de inicio adolescente; No haber presentado ningún criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad.

Especificar la gravedad:

Leve; pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros.

Moderado; él número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre <<leves>> y <<graves>>.

Grave; varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

Los criterios del DSM - IV, precisan, para establecer este diagnóstico, de 3 conductas específicas de las 15 que se detallan entre las que se incluyen **tiranizar, amenazar o intimidar** a los demás y salir por la noche pese a las prohibiciones de los padres, antes de los 13 años de edad, también específica que las ausencias injustificadas a clase se deben iniciar antes de los 13 años para que sea considerado un síntoma de trastorno disocial.

La investigación en el enfoque psicodinámico menciona que los niños con trastorno disocial están dotados constitucionalmente con temperamentos agresivos muy activos.

González Nuñez explica que en este tipo de personas la relación madre - hijo, no se encuentra en armonía, pues la baja tolerancia a la frustración del bebe hace imposible que la madre pueda complacerlo, por lo que la madre suele percibir al

niño como rechazante. La continua inconformidad del niño incrementa la actitud inadecuada de la madre y este patrón de insatisfacción se sigue repitiendo en ambas partes. (Cit. en Solloa, 2001)

Durante la temprana infancia de un niño los padres satisfacen algunas necesidades, y descuidan otras; el cuidado del niño muchas veces es insuficiente y poco empático, en ocasiones combinado con castigos físicos que pueden llegar al maltrato. Debido a esto el niño no logra desarrollar una confianza básica, sus esfuerzos por conectarse emocionalmente con sus padres y obtener respuesta a sus necesidades son inútiles; lo que da como resultado un sentimiento extremo de abandono y desamparo, por el efecto acumulativo de estas experiencias; que lleva al niño a apoyarse en sus impulsos agresivos para proveerse de una pequeña sensación de seguridad.

Al rededor del segundo año de vida el niño experimenta un notable daño narcisista en relación con sus padres; si en este periodo de edad llegase a ocurrir un divorcio, el nacimiento de un hermano o depresión en los padres ya que es un momento en el que el niño esta desarrollando un sentido más positivo e idealizado de ellos como protectores poderosos, guías y objetos de amor.

La herida narcisista se centra en una decepción, aumenta la sensación de desamparo, el niño se siente indeseable; lo cual interfiere en el desarrollo de actitudes positivas hacia los padres y consolida su enojo y su rabia en relación con el mundo adulto.

Otro punto importante que trata la teoría es la transmisión de valores y normas morales en los hijos. La teoría psicodinámica explica que se da una inculcación de sociopatía de una generación a otra pues los niños inconscientemente actúan los deseos antisociales de sus padres. Así pues la identificación juega un papel determinante en el conflicto del niño y el adolescente antisocial, dado que no se le facilita el que logre identificarse con las partes saludables de sus padres, por la patología y las carencias afectivas que estos padres tienen.

Mientras que la agresividad del niño lo mete en una infinidad de problemas a medida que los años pasan, también siente que ésta es la defensa más confiable y la única forma de relacionarse con los demás.

El Yo del niño antisocial se desarrolla con dificultad dado que los padres no favorecen su madurez. (Solloa, 2001)

3.4 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

3.4.1 *DEPRESION*

En el uso diario, por el término depresión se entiende la experiencia de un estado de ánimo generalizado de infelicidad. Esta experiencia subjetiva de tristeza o disforia es, así mismo, una característica fundamental de la definición clínica de la depresión.

Suele observarse una pérdida de la experiencia del placer, retraimiento social, baja autoestima, sensación de desesperanza, incapacidad para concentrarse, trabajos escolares insuficientes, ideación suicida, estado de ánimo irritable, insomnio, alteraciones en las funciones biológicas (dormir, comer, eliminación) y síntomas somáticos.

Prevalencia. Normalmente no suele hallarse ninguna diferencia de género en niños con edades comprendidas entre seis y trece años. Cuando se encuentran diferencias, la prevalencia de la depresión en este intervalo de edad es mayor en los varones que en las niñas. (Kaplan, 1999)

ASPECTOS ETIOLOGICOS

*El estado de ánimo de los niños es especialmente vulnerable a las influencias de factores estresantes sociales intensos, como: desacuerdo familiar, alcoholismo

crónico y abuso al niño.

*La mayoría de los niños pequeños con trastorno depresivo mayor tienen historias de abuso o negligencia.

*Se encuentra mayor incidencia entre niños de padres con trastornos del ánimo y entre los familiares de los niños que sufren este trastorno.

*Hay datos para pensar que los niños cuyos padres mueren antes de que ellos hayan cumplido los trece años son más propensos que otros a padecer depresión.

*Se ha encontrado que interviene de manera directa el tamaño de la familia, el lugar que ocupa el niño en el grupo de hermanos y la ausencia de los padres, como elementos que afectan al desarrollo afectivo y emocional del niño.

*El trastorno depresivo se da en niños que han tenido varios años con otras dificultades como hiperactividad, trastorno de ansiedad por separación o síntomas depresivos intermitentes. (Rodríguez Sacristán, 1995)

En un estudio realizado con una muestra de 86 familias de menores con problemas emocionales o de aprendizaje, que constó de 557 personas, el 65% de los progenitores tomaban bebidas alcohólicas, predominantemente el padre; el 34 % lo hacía consuetudinariamente y el 13% por periodos prolongados y hasta alcanzar la embriaguez habitual.

Estos hallazgos ilustran que las repercusiones en los menores expuestos afectan tanto al desempeño en áreas cognoscitivas como en el terreno emocional de éstos.

Manz, estudio a 45 niños de padres alcohólicos a los que siguió de los 6 a los 12 años encontrando notorias dificultades en el aprendizaje, alteraciones en el estado físico y en la conducta pero lo que más resalto fue la naturaleza alarmante de sus dibujos de la familia en los que se plasmaban el grado en que los niños habían sido llevados hasta sus límites de resistencia por las condiciones familiares de inseguridad persistente vividas por muchos años. (Cit. Caraveo, Medina:, 1995)

Caraveo, Medina, Villatoro y Rascón (1994) Encontraron en un estudio realizado con una muestra de 2025 personas adultas entre 18 y 65 años incluidas en la (ENSM) Encuesta Nacional de Salud Mental, para analizar la fuerza de asociación y la prevalencia diferencial de la presencia/ausencia de la sintomatología psíquica en los niños, con relación a la sintomatología depresiva en la población adulta de los hogares en donde a su vez había un niño menor de 12 años. Se reporta que el 15.6% de los niños de entre 3 y 12 años presentan trastornos psiquiátricos, además de que del total de la muestra 1243 personas que representan el 61.3% informaron de algún niño de 12 años o menos; con problemas.

Por otra parte los resultados informan que a mayores niveles de sintomatología depresiva en el adulto, hay una asociación significativa con la presencia y severidad de sintomatología psíquica en los niños, con un gradiente que se va incrementando hasta señalar un 26% más de probabilidades.

Para este estudio se aplicó el (RQC) Cuestionario de reporte de niños y el (CES-D) para medir la presencia de sintomatología depresiva en el adulto.

Frías, Mestre, del Barrio y García-Ros (1992) Realizaron un estudio con una muestra de 1286 niños de colegios públicos y privados con una edad de entre 8 y 13 años se les aplicó el instrumento de (CDI) Children's Depresión Inventory de Kovacs y Beck 1997. Este instrumento es capaz de identificar niños y adolescentes con trastornos afectivos, así mismo es apto para discriminar a un nivel estadísticamente significativo niños con trastornos depresivos.

Se encontró que las familias de 4 hermanos o más repercute negativamente en la estabilidad emocional de sus miembros, a sí mismo el lugar que ocupa en el grupo de hermanos también destaca como importante para la sintomatología depresiva

Los hijos primogénitos tienen menor sintomatología depresiva.

Se encontró también menor sintomatología en familias intactas (con todos los miembros) que en familias separadas o con uno de los padres muertos

MANIFESTACIONES CLINICAS

Entre los síntomas necesarios están el estado de ánimo depresivo, irritable o una pérdida de interés o placer; hay incapacidad del niño para conseguir el aumento de peso esperado, insomnio o hipersomnias diarias, pérdida de energía sentimientos de inutilidad o culpa inapropiados, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e ideas recurrentes de muerte. Estos síntomas deben producir deterioro social o académico.

En los niños, un episodio depresivo mayor tiende a manifestarse a través de quejas somáticas, agitación psicomotora y alucinaciones congruentes con el estado de ánimo.

En el trastorno bipolar I, encontramos los siguientes síntomas: Autoestima inflada o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, necesidad de hablar, fuga de ideas o pensamientos raudos, distractibilidad, incremento de la actividad dirigida hacia un objetivo e implicación excesiva en actividades placenteras con posibles consecuencias negativas.

Hay una variabilidad extrema del estado de ánimo, conducta agresiva psíquica, altos niveles de distractibilidad y periodo de atención limitados (Kaplan, 1999)

A continuación se exponen los criterios que maneja el DSM - IV, para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representen un cambio con respecto a la actividad previa. Uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

- 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días. **NOTA:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable;
- 2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día casi todos los días;
- 3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o aumento o disminución del apetito casi todos los días. **NOTA:** En los niños hay que valorar el fracaso en lograr un aumento de peso previsto;
- 4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días; Agitación y enlentecimiento psicomotores casi todos los días (observables por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido);
- 5) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días;
- 6) Agitación y enlentecimiento psicomotores casi todos los días (observables por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi todos los días (no los simples autorreproches o la simple culpabilidad por el hecho de estar enfermo);
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena);
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.**
- C. Los síntomas provocan malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.**
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).**
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.**

3.5 TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION

El DSM - IV, define el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH); como, <<un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad>>, más frecuente y grave que el observado habitualmente en niños con un grado de desarrollo similar.

De acuerdo con el DSM - IV, el diagnóstico se realiza cuando se confirman numerosos síntomas en el dominio de la desatención y el dominio de la hiperactividad - impulsividad o en ambos.

De esta manera habrá niños que padezcan este trastorno sufriendo sólo síntomas de desatención o con síntomas de hiperactividad e impulsividad pero no desatención. Algunos otros presentaran síntomas múltiples.

Prevalencia. Los niños presentan mayor incidencia que las niñas, con una distribución por sexos desde 3 a 1 hasta 5 a 1 respectivamente.

Es más frecuente en niños primogénitos del matrimonio.

ASPECTOS ETIOLOGICOS

La búsqueda de las causas del TDAH implica el estudio de diversas variables, muchas de las cuales son biológicas o se piensa que afectan al funcionamiento biológico. Sin embargo, no existe un factor único que explique totalmente el TDAH.

Entre los factores que pueden contribuir a la aparición del TDAH se han sugerido las exposiciones prenatales a tóxicos, la prematureidad y la lesión mecánica prenatal sobre el sistema nervioso fetal. Otros de los factores asociados se describen brevemente a continuación:

- **Factores genéticos;** Se ha observado una mayor concordancia de este trastorno en gemelos monocigóticos. De la misma manera, los hermanos de un niño hiperactivo tienen un riesgo 2 veces mayor de padecer el trastorno que la población en general. Así un hermano puede manifestar predominantemente síntomas de hiperactividad, mientras que otros pueden manifestar síntomas de déficit de atención.
- **Factores neuroquímicos;** Se han asociado muchos neurotransmisores con los síntomas del trastorno. El mejor conjunto de pruebas implican a la norepinefrina y a la *dopamina*. Estos neurotransmisores se consideran importantes para el funcionamiento de las áreas frontales y límbicas del cerebro; Anastapoulos y Barkley, 1992. (Cit. en Wikcs - Nelson 1997).
- **Factores neurofisiológicos;** El cerebro humano experimenta normalmente varias aceleraciones de crecimiento a distintas edades; existen pruebas de que los niños con hiperactividad muestran anomalías en las respuestas electrofisiológicas (Hetchman, 1991; Taylor, 1994). (Cit. en Wikcs - Nelson

1997). Lo cual se ha interpretado a veces como un retraso en la maduración del sistema nervioso.

- **Factores psicosociales;** Un hogar caótico o cargado de responsabilidades, con independencia de la posición social puede que no fomente comportamientos de atención y de reflexión. Unas rutinas regulares y organizadas, unas reglas hechas cumplir de forma autoritaria, las actividades silenciosas; pueden ser especialmente cruciales para los niños vulnerables al TDAH. El estilo de crianza controlador e intrusivo asociado al TDAH, puede provocar o agravar el comportamiento del niño, Hetchman, 1991. (Cit. en Wicks - Nelson, 1997). Las vivencias que producen estrés psíquico, la pérdida del equilibrio familiar y otros factores inductores de ansiedad contribuyen a la aparición o la persistencia del TDAH. Entre los factores de predisposición esta el temperamento del niño.

En la actualidad, se considera que no existe una causa única del trastorno aunque contribuyen muchas variables ambientales y se le asocian muchos hechos clínicamente predecibles. (Wicks1997)

En un estudio con una muestra de 292 niños de entre 8 y 15 años de edad se utilizó el cuestionario de autoestima de Coopersmith encontrándose que los niños con TDH presentan una puntuación menor en lo que a autoestima se refiere, es decir que los niños con este trastorno presentan una autoestima baja, esto siempre y cuando no estén bajo tratamiento (Verduzco, 1992).

MANIFESTACIONES CLINICAS

Hasta hace muy poco tiempo las descripciones clínicas y la investigación se centraban sobre niños en edad escolar, la mayoría varones. Esto se debía a que el TDAH destaca especialmente cuando los niños llegan al colegio y deben adaptarse a las exigencias de un comportamiento <<bueno>> en el que deben estar atentos.

Las principales manifestaciones clínicas del trastorno se describen brevemente a continuación:

Déficit de atención; los padres indican que los niños, comparados con la mayor parte de sus iguales, pasan rápidamente de una actividad a otra y no prestan atención a lo que se les dice. Los profesores se quejan de falta de concentración, de conductas que no tienen que ver con las tareas que están haciendo y de falta de atención a las instrucciones que se le dan.

Problemas de actividad; los problemas motores en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), incluyen tanto un exceso de actividad como una actividad inoportuna. Suele decirse que los niños con TDAH no paran de moverse, son inquietos, nerviosos e incapaces de estar sentados sin moverse. Estos niños se "retuercen", se mueven mucho, no paran de dar golpecitos con los dedos y empujan a sus compañeros de clase; Greenhill, 1991; Whalen, 1989. (Cit. en Wicks - Nelson, 1997).

Todos suelen tener con *mucha* frecuencia pequeños accidentes como caérseles las bebidas o golpearse con las cosas, así como accidentes más graves que les producen daños corporales.

Las características de su movimiento parecen a menudo diferentes de la actividad "normal", siendo excesivamente energético, de cualquier modo desorganizado y carente de objetivos. Los niños hiperactivos parecen tener problemas para regular sus acciones según los deseos de otras personas o las demandas de la situación concreta.

Impulsividad; Lo esencial de la impulsividad es una deficiencia en la inhibición de la conducta, manifestada como <<actuar sin pensar>>. El niño puede entrar de lleno en un problema y tratar de resolverlo antes de planear el primer paso, realizar conductas peligrosas sin hacer caso de lo que le digan, interrumpir a los demás, meterse delante de los otros en la fila o interrumpir la tarea que realiza;

parece incapaz de refrenarse, de controlar su conducta y de demorar la gratificación. (Rodríguez Sacristán,1995).

Se han descrito por separado las manifestaciones clínicas del trastorno con la finalidad de que se pueda observar claramente, cuando el trastorno sólo se presente en una de estas o, cuando se presente combinado en el momento de realizar el diagnóstico.

ALGUNOS PROBLEMAS ASOCIADOS AL TRASTORNO (TDAH)

1. Los niños con TDAH, tienen un rendimiento ligeramente menor en los test de inteligencia general, comparados con los niños que no padecen el trastorno. Los niños que padecen TDAH, son molestos, intratables, difíciles, perturbadores, desobedientes y antipáticos. La mayoría de los niños con TDAH se meten en problemas en situaciones que deberían ser capaces de manejar.
2. Estos niños tienen un gran efecto social. Son habladores y socialmente activos; a menudo inician intercambios sociales, su gran actividad social puede aumentar el riesgo de sufrir experiencias interpersonales negativas.
3. Con frecuencia, su vigor e intensidad no están en armonía con la situación social y con las expectativas sociales.
Muchos niños y adolescentes con TDAH, son muy agresivos, tanto física como verbalmente. Poniéndolos en una situación de riesgo de ser excluidos del grupo, teniendo menos oportunidades de aprendizaje social.(Kaplan, 1999).

Dadas todas estas consideraciones no es sorprendente que los niños con TDAH, se describan como perturbadores y con comportamientos disociales.

A continuación se exponen los criterios que maneja el DSM - IV, para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención.

A. 1) ó 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:

Desatención

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo 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 comportamientos negativistas 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 a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- 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 e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

- 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 sentimiento subjetivos de inquietud).
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- e) A menudo <<esta en marcha >> o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

- g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.
- i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., 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 (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica 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 explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Códigos basados en el tipo:

Trastornos por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos seis 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 seis 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 seis meses.

Nota de codificación: En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en <<remisión parcial>>

3.6 TRASTORNOS DE LA ELIMINACION

Los trastornos de la eliminación se caracterizan por la emisión de heces u orina en lugares inadecuados por un niño cuyo nivel de desarrollo implica la capacidad de tener control sobre las mismas. El control del intestino y de la vejiga se desarrolla gradualmente durante un periodo. Esta adquisición de hábitos higiénicos está afectada por muchos factores, tales como la capacidad intelectual y la madurez social del niño, y las interacciones psicológicas entre el niño y sus padres.(Wicks, 1997).

El DSM - IV, define dos trastornos de la eliminación, **encopresis y enuresis**.

La *encopresis* se define en el DSM - IV, como un patrón de evacuación de heces en lugares inapropiados, tanto si es involuntario como intencionado.

La *enuresis* se define en el DSM -IV, como el repetido vaciado de orina en la ropa o en la cama, tanto si el vaciado es involuntario como intencionado.

3.6.1 *ENCOPRESIS*

Prevalencia. La encopresis se da más en niños que en niñas.

FACTORES ETIOLOGICOS

La encopresis con frecuencia es una complicada interrelación entre los factores psicológicos y fisiológicos. La escasa o inadecuada adquisición de hábitos higiénicos puede retrasar el logro de la continencia por parte del niño.

Algunos niños encopreticos tienen un control de esfínter ineficaz a lo largo de su vida. Por ello, la encopresis puede ocurrir en niños con un control de intestinos adecuado que por una variedad de razones emocionales, entre las que se incluye la ira, la ansiedad, el miedo o la combinación de estos.

La mayoría de niños encopreticos no tienen problemas de conducta y cuando aparecen estos problemas, suelen ser debidos a las consecuencias sociales de defecar. Los niños encopreticos que son claramente capaces de controlar su función intestinal de modo adecuado y depositan heces de consistencia relativamente normal en lugares anormales son, con frecuencia, niños con dificultades psiquiátricas.

La encopresis puede estar asociada a otros problemas del desarrollo neurológico, como fácil distractibilidad, atención breve, baja tolerancia a la frustración, hiperactividad y escasa coordinación.

En ocasiones la encopresis puede ser ocasionada por un miedo especial a usar el retrete o también puede ser precipitada por acontecimientos vitales, tales como el nacimiento de un hermano o el traslado a una nueva casa. A veces, se da una regresión y, después de un largo periodo de continencia fecal, aparece la encopresis tras situaciones estresantes como la separación de los padres o el comienzo de la escuela.

Los niños cuya educación ha sido dura y punitiva y que han sido castigados severamente por <<accidentes>> durante el período de entrenamiento de los hábitos higiénicos también pueden llegar a desarrollar encopresis. (Wicks, 1997)

MANIFESTACIONES CLINICAS

La encopresis se diagnostica cuando la evacuación de heces ocurre en lugares inapropiados (al menos una vez al mes) durante tres meses. Está puede presentarse en niños que tienen control intestinal e intencionadamente depositan heces en su ropa o en otros lugares por diversas razones emocionales. Algunos niños se dedican a esta conducta inapropiada cuando se enfadan con los padres o como parte de un patrón del trastorno negativista desafiante. Los niños a menudo, desarrollan conductas repetitivas que parecen buscar atención negativa. (Kaplan, 1999)

A continuación se exponen los criterios que maneja el DSM - IV, para el diagnóstico de la encopresis.

- A. Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados (p. ej., vestidos o suelos), sea involuntaria o intencionada.
- B. Por lo menos un episodio al mes durante un mínimo de 3 meses.
- C. La edad cronológica es por lo menos de 4 años (o nivel de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., laxantes) ni a una enfermedad médica, excepto a través de un mecanismo que implique estreñimiento.

3.6.2 ENURESIS

Prevalencia. En este trastorno la prevalencia va decreciendo con la edad. Así, se encuentran más niños enuréticos a los 4 años y disminuye hacia los 5 años. Los trastornos mentales sólo están presentes alrededor del 20% de los enuréticos, son más comunes en las niñas y niños con síntomas nocturnos y diurnos, así como en los que mantienen los síntomas al final de la infancia.

ASPECTOS ETIOLOGICOS

- Es muy probable que factores fisiológicos desempeñan un papel importante en la mayoría de los casos de enuresis.
- El control normal de la vejiga se adquiere gradualmente y se ve influido por el

desarrollo neuromuscular y cognoscitivo, por factores socioemocionales por hábitos higiénicos y por posibles factores genéticos. Las dificultades en una o más de estas áreas pueden retrasar la continencia urinaria.

- Se ha observado que aquellos niños que tienen un familiar de primer grado, como el padre que haya presentado enuresis, tienen un riesgo 7 veces mayor de presentar enuresis.
- Algunos estudios describen que los niños enureticos tienen una vejiga anatómicamente normal bajo anestesia pero funcionalmente pequeña, por lo que sienten una urgente necesidad de vaciado con pequeñas cantidades de orina en ella.
- Los factores de estrés psicosocial predisponen algunos caso de enuresis. En niños pequeños, el trastorno no se ha asociado particularmente al nacimiento de un hermano menor, la hospitalización entre los 2 y 4 años, el comienzo en la escuela, la ruptura familiar por divorcio o muerte y el cambio a un domicilio nuevo. (Wicks, 1997)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Se presenta un vaciado repetido de orina en las ropas o en la cama del niño; el vaciado puede ser involuntario o intencional.

Entre las dificultades emocionales y sociales significativas de los niños enureticos se incluyen: mala autoimagen, baja autoestima, vergüenza, restricción social y conflictos intrafamiliares. (Kaplan, 1999).

A continuación se exponen los criterios que maneja el DSM - IV, para el diagnóstico de enuresis.

- A.** Emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea voluntaria o intencionada).

- B.** El comportamiento en cuestión es clínicamente significativo, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- C.** La edad cronológica es de por lo menos de 5 años (o nivel de desarrollo equivalente).

- D.** El comportamiento no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., un diurético) ni a una enfermedad médica, (p. ej., diabetes, espina bífida, trastorno compulsivo).

Especificar tipo:

Sólo nocturna

Sólo diurna

Nocturna y diurna

3.7 TRASTORNOS DE TICS

Dentro de la sección de trastornos de tics el DSM - IV, incluye el trastorno de la Tourette, trastorno de tics motores o vocales crónicos y trastorno de tics transitorios El DSM - IV, define los tics como <<movimientos o vocalizaciones involuntarios, repentinos, rápidos, recurrentes, arrítmicos y estereotipados>>.

Todas las formas de tics pueden exacerbarse por el estrés y atenuarse durante periodos de concentración.

Los tics motores o vocales se dividen en simples y complejos. Los tics simples son los que se componen de contracciones repetitivas y rápidas de grupos musculares funcionalmente similares - por ejemplo. Guiñar los ojos, estirar el cuello, encoger los hombros o hacer gestos faciales. Los tics motores complejos parecen ser más intencionados y rituales que los simples. Los tics vocales complejos consisten en repetir frases o palabras fuera de contexto, coprolalia (uso de palabras o frases obscenas), palilalia (la repetición de las propias palabras) y ecolalia (la repetición de la última palabra escuchada al interlocutor). (Kaplan, 1999)

3.7.1 TRASTORNO DE LA TOURETTE

Según el DSM - IV, los tics del trastorno de la Tourette son tics motores múltiples y uno o más tics vocales.

En este trastorno los primeros tics aparecen en la cara y el cuello. Con el tiempo los tics tienden a observarse en progresión decreciente.

Georges Gilles de la Tourette fue el primero en diagnosticar el trastorno que después llevaría su nombre en 1885.

Prevalencia. El trastorno de la Tourette afecta a los niños tres veces mas que a las niñas.

ASPECTOS ETIOLOGICOS

Factores genéticos. Los estudios de gemelos, estudios de adopciones y los estudios de análisis de segregación apoyan la etiología genética del trastorno de la Tourette.

Estudios recientes de la geneología familiar sugieren que el trastorno de la Tourette puede heredarse a través de un patrón autosómico intermedio entre dominante y recesivo.

Factores inmunológicos y postinfecciosos. Se ha identificado un proceso de autoinmunización secundario a infecciones por estreptococos como un mecanismo que podría originar, potencialmente, el trastorno de la Tourette. Este proceso podría actuar de manera sinérgica con la vulnerabilidad genética al trastorno.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los tics más frecuentes son los que afectan a la cara y la cabeza, los brazos y las manos, el cuerpo y las extremidades inferiores, y los sistemas respiratorio y alimentario. En estas áreas, los tics se presentan como gestos; fruncir la frente, elevar las cejas, parpadear, guiñar los ojos, fruncir la nariz, temblor en las aletas nasales, torcer la boca, mostrar los dientes, morderse los labios u otras zonas, sacar la lengua, sacar la mandíbula, asentir, negar o hacer temblar la cabeza, torcer el cuello, mirar hacia los lados, girar la cabeza, estirar las manos, estirar los brazos, estirarse los dedos, retorcer los dedos, cerrar las manos en forma de puños, encoger los hombros, sacudir un pie, la rodilla o los dedos de los pies, caminar de manera peculiar, retorcer el cuerpo, saltar, hipar, suspirar, bostezar, olisquear, expulsar el aire ruidosamente a través de los orificios nasales, inspirar de manera sibilante, respirar exageradamente, eructar, hacer sonidos de succión o chasquidos y aclararse la garganta.

Normalmente aparecen síntomas conductuales prodrómicos - como irritabilidad, dificultad de atención y escasa tolerancia a la frustración - antes o coincidiendo con la aparición del tic.

Con el trastorno de la Tourette han asociado obsesiones, compulsiones, dificultades de atención, impulsividad y problemas de personalidad. Las dificultades de atención suelen preceder a la aparición de los tics, mientras que los síntomas obsesivo - compulsivos suelen producirse después. Todavía se discute si estos problemas son secundarios a los tics o son consecuencia primaria de la misma condición patológica subyacente. Muchos tics tienen un componente agresivo o sexual, que puede acarrear serias consecuencias sociales. (Kaplan, 1999)

A continuación se exponen los criterios que maneja el DSM - IV para el diagnóstico del trastorno de la Tourette.

- A.** En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics motores múltiples y uno o más tics vocales, aunque no necesariamente de modo simultáneo (Tic es una vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente, no rítmico y estereotipado.)
- B.** Los tics aparecen varias veces al día (Habitualmente en oleadas) casi cada día o intermitentemente a lo largo de un periodo de más de un año, y durante este tiempo nunca hay un periodo libre de tics superior a más de tres meses consecutivos.
- C.** El trastorno provoca un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** El inicio es anterior a los 18 años de edad.

E. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de un fármaco (p. ej., estimulante) o de una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o cefalitis posviral).

3.7.2 TRASTORNO DE TICS VOCALES O MOTORES CRONICOS

Según el DSM - IV, el trastorno crónico con tics motores o vocales crónicos se define por la presencia de bien tics motores o tics vocales, pero no ambos.

Prevalencia. Los niños en edad escolar son los que presentan mayor riesgo, aunque se desconoce su incidencia.

ASPECTOS ETIOLOGICOS

Los estudios gemelares han encontrado una alta concordancia de ambos trastornos en los gemelos monocigóticos. Este hallazgo apoya la importancia de los factores hereditarios, por lo menos en algunos trastornos de tics.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los tics vocales crónicos son considerablemente menos frecuentes que los tics motores crónicos, y son mucho menos llamativos que los del trastorno de la Tourette. Los tics no suelen ser fuertes ni intensos; consisten en pequeños gruñidos u otro tipo de ruidos causados por contracciones torácicas, abdominales o diafragmáticas; no provienen prioritariamente de las cuerdas vocales. (Kaplan, 1999)

A continuación se exponen los criterios que maneja el DSM - IV para el diagnóstico del trastorno con tics motores o vocales crónicos.

- A.** En algún momento a lo largo de la enfermedad ha habido tics vocales o motores simples o múltiples (esto es, vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos ni estereotipados), pero no ambos.
- B.** Los tics aparecen varias veces al día (Habitualmente en oleadas) casi cada día o intermitentemente a lo largo de un periodo de más de un año, y durante este tiempo nunca hay un periodo libre de tics superior a más de tres meses consecutivos.
- C.** El trastorno provoca un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** El inicio es anterior a los 18 años de edad.
- E.** El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., estimulante) o de una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de Huntington o cefalitis posvímica).
- F.** Nunca se han satisfecho criterios del trastorno de la Tourette.

3.7.3 TRASTORNO DE TICS TRANSITORIOS

El DSM - IV, define el trastorno de tics transitorios como la presencia de uno o varios tics vocales o motores, o ambos.

Prevalencia. La incidencia de este tipo de tics se desconoce. Sin embargo se sabe que es frecuente en los niños de edad escolar.

ASPECTOS ETIOLOGICOS

El trastorno de tics transitorios probablemente es de origen orgánico o psicógeno, y algunos tics presentan elementos de ambos. (Kaplan, 1999)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Dentro de las manifestaciones clínicas de este trastorno deben de presentarse las enmarcadas por el DSM - IV.

A continuación se exponen los criterios que maneja el DSM - IV para el diagnóstico de trastorno con tics transitorios.

- A.** Tics motores y/o vocales simples o múltiples (esto es vocalizaciones o movimientos súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos o estereotipados).
- B.** Los tics aparecen varias veces al día, casi cada día durante por lo menos 4 semanas, pero no más de 12 meses consecutivos.
- C.** El trastorno provoca un notable malestar o deterioro significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** El inicio es anterior a los 18 años de edad.
- E.** La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., estimulante) o de una enfermedad médica (p. ej., enfermedad de

Huntington o cefalitis posviral.

F. Nunca se han cumplido criterios de trastorno de la Tourette ni de trastorno con tics crónicos motores o vocales.

Especificar sí:

Episodio simple o recurrente.

3.8 MUTISMO SELECTIVO

Otro de los problemas a los que se enfrentan los clínicos es al mutismo selectivo, que forma parte de los trastornos del lenguaje, es definido por el (*DSM - IV*), como un fallo persistente de la persona para hablar en determinadas situaciones en las que se espera que hable, aunque la persona hable en otras situaciones.

El mutismo selectivo es una inhibición y un rechazo a hablar determinado psicológicamente.

Los síntomas que nos ayudan a diagnosticar el mutismo selectivo deben estar presentes durante al menos un mes, y no están limitados al primer mes de escuela. Recientemente se ha postulado que el mutismo selectivo es una forma de fobia social porque el silencio solamente se produce en situaciones sociales específicas.

Prevalencia

Las investigaciones realizadas indican que el trastorno es más común en niñas que en niños.

ASPECTOS ETIOLOGICOS

Muchos niños con mutismo selectivo tienen historias de retraso en el desarrollo del lenguaje y anomalías en el habla que pueden contribuir al trastorno.

Los niños con este padecimiento presentan altos niveles de ansiedad social, sin psicopatología notable en otras áreas; estos niños no tienen ninguna incapacidad biológica.

Algunos niños parecen predisuestos al mutismo selectivo después de un trauma físico o emocional temprano.

El mutismo puede desarrollarse gradual o repentinamente después de una experiencia angustiada. La edad de inicio puede oscilar entre los cuatro y los ocho años de edad. (Rodríguez Sacristán, 1995).

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los periodos de mutismo suelen manifestarse en el colegio o fuera de casa, sólo en raras ocasiones el niño permanece mudo en casa pero no en la escuela. Los niños que sufren mutismo pueden también, tener síntomas del trastorno de ansiedad por separación, rechazo escolar y retraso en la adquisición del lenguaje. Dado que la ansiedad social está casi siempre presente en los niños con mutismo selectivo también pueden darse alteraciones conductuales en casa como; rabietas y conductas oposicionistas así mismo suelen tener dificultades académicas e incluso fracasos.

Estos niños son generalmente tímidos, ansiosos, vulnerables al desarrollo de la depresión y presentan dificultades para establecer relaciones sociales. (Kaplan, 1999).

A continuación se exponen los criterios que maneja el DSM - IV para el diagnóstico de mutismo selectivo.

- A.** La incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- B.** La alteración interfiere en rendimiento escolar, laboral o la comunicación social.
- C.** La duración de la alteración es de por lo menos un mes (no limitada al primer mes de escuela).
- D.** La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.
- E.** El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (p. ej., tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

De acuerdo con los estudios que se han mencionado a lo largo de este capítulo podemos observar que los riesgos de que los niños menores de 13 años que vivan en un ambiente familiar en donde uno de los padres presente tanto sintomatología de algún trastorno, como consumo de alguna sustancia es más propenso a presentar un trastorno psicológico.

Lo que nos corrobora si no es que muchos, sí algunos de los factores etiológicos intervienen en los trastornos más comunes en los niños de entre 6 y 13 años de edad.

Así como también reafirman la aportación mencionada por algunos autores dentro de nuestro marco teórico de que el medio familiar juega un papel importante en el desarrollo de trastornos en el niño ya que este es el primer núcleo social en donde el niño aprende a relacionarse y a actuar de determinada manera según la situación en la que se encuentra y dependiendo de las normas y valores que haya adquirido de sus padres así como de las experiencias a las que haya estado expuesto dentro de este mismo medio primario de socialización; que posteriormente le permitan enfrentarse a múltiples ambientes dentro de los cuales se encuentra la escuela, el niño corre el riesgo de desarrollar distintos problemas tanto emocionales como conductuales que reflejaran de alguna manera las primeras experiencias de ese pequeño. Pues se encuentra en un ambiente distinto al de estar cerca de sus padres.

CAPITULO 4

CARACTERISTICAS DE EL DAP:SPED

Tras una revisión teórica de los primeros autores que utilizaron el dibujo de la figura humana como técnica de evaluación; tales como Goodenough (1926), Luquet (1913), Lewis (1928), Lembke, Lowenfeld (1947), (1952). Y los estudios realizados para un acercamiento más sistemático para la interpretación del dibujo de la persona, gracias a la prueba de casa - árbol - persona (HTP) desarrollada por Buck en 1948 y la relación del dibujo de la persona por Machover en 1949. Y más tarde el trabajo de Koppitz.

Dieron pie a que Jack A. Naglieri, Timothy J. McNeish y Achilles N. Bardos; desarrollaran el Dibujo de la persona: Procedimiento para valorar los trastornos emocionales, (DAP: SPED) (THE DRAW A PERSON: SCREENING PROCEDURE FOR EMOTIONAL DISTURBANCES).

Para proporcionar una medida más específica para ayudar a identificar a niños y adolescentes que hubieran tenido un desorden de conducta.

Este instrumento fue diseñado para ser breve tanto en los tiempos de la administración como en la calificación, y para incorporar las recomendaciones que aparecen en la literatura de investigación.

4.1 OBJETIVOS

Los objetivos específicos de este sistema para evaluar el dibujo de un hombre, una mujer y la persona misma son los siguientes:

- Proveer un dibujo de la figura humana que comprenda indicadores que puedan ser fáciles y objetivos a la hora de calificar.
- Proporcionar un sistema de calificación del dibujo de la persona que tenga una norma reciente y una muestra representativa nacional.

- Proporcionar un sistema de calificación del dibujo de la persona que demuestre habilidad empírica, para diferenciar entre gente con trastornos y los que no lo padecen,.
- Proporcionar un sistema de calificación del dibujo de la persona que sea confiable.

Esto logrado mediante dos cosas.

- 1.- Tener cierto número de ejemplos para determinar características en el dibujo del hombre, de la mujer y el de la persona misma.
- 2.- Obtener la calificación total del DAP: SPED, lograda por la combinación de los dibujos del hombre, la mujer y la persona misma.

4.2 USOS DEL DAP: SPED

La prueba DAP: SPED es un instrumento de apreciación estandarizada.

Los usos de esta prueba se intentaron como una prueba proyectiva que sirviera como un primer detector en los niños que por disturbo emocional requieren de una valoración más completa.

Puede ser usada por profesionales que quieran identificar ciertos problemas emocionales tanto en niños como en adolescentes a veces relacionados con problemas de conducta.

Los consejeros estudiantiles podrían usar el DAP: SPED para identificar a aquellos que deberían ser vistos individualmente o en grupo.

Psicólogos escolares y expertos en la evaluación pueden usar el DAP: SPED como parte de la apreciación psicoeducacional.

Otros profesionales pueden usar la prueba como un modo de clasificación durante una primera entrevista o durante una apreciación familiar.

**TEMAS CON
FALTA DE ORIGEN**

Siguiendo la clasificación de el DAP: SPED los profesionales pueden elegir entre hacer una prueba adicional con otros especialistas, o bien pedir información adicional a los padres y maestros.

4.3 DESARROLLO Y ESTANDARIZACION

Desarrollo inicial de indicadores.

El DAP: SPED fue desarrollado usando un acercamiento actuarial para la identificación de individuos con problemas emocionales o de conducta.

El sistema intenta ser un método objetivo para determinar la frecuencia en que indicadores inusuales deban ser considerados como potenciales señales de conflictos emocionales, entre la población normal y la población excepcional.

Los indicadores fueron considerados una fuerte señal de disturbio emocional.

- a) Porque fueron seleccionados entre una revisión exhaustiva de la literatura de aquellos signos usados e investigados como indicadores de desorden emocional.
- b) Se observó que resultaban poco frecuentes (en la estandarización) entre individuos normales y ,
- c) Demostraron apropiadas propiedades psicométricas.

Los indicadores al principio fueron organizados por categorías como tamaño, figura posicionamiento en la hoja, sombreado etc. Después de un desarrollo inicial de los indicadores diversos aplicadores independientes revisaron y modificaron la prueba.

El propósito de estas revisiones era eliminar ambigüedades en el sistema de calificación e identificar los indicadores que pudieran ser fácilmente calificados.

Siguiendo los resultados una versión de prueba de los sistemas de calificación de el DAP: SPED fueron construidos y probados en un estudio piloto (McNeish, 1989). Los resultados de este estudio demostraron tener una buena confiabilidad interclase e intraclase.

4.3.1 DESARROLLO DE LA VERSION DE ESTANDARIZACION

Siguiendo el desarrollo inicial del sistema de calificación de el DAP: SPED, varios datos de estandarización fueron recolectados. Una versión del sistema de calificación con 93 indicadores fue aplicada a los dibujos obtenidos de la muestra de estandarización.

20 de estos indicadores involucraban varios aspectos medibles en el dibujo del hombre, la mujer y el sí mismo. Por ejemplo, la altura, el ancho y la extensión de sus brazos en relación con la parte de arriba de abajo de izquierda y derecha de la página.

Estos datos preliminares fueron analizados tomando en cuenta los siguientes pasos:

1.- Se examinaron las diferencias entre los dibujos del hombre, la mujer y el sí mismo. El puntaje crudo, medias y desviaciones estándar se computaron e imprimieron para cada indicador del dibujo. La inspección de estos datos claramente mostró que la puntuación de un indicador en los tres dibujos fue marcadamente similar. Basados en estos resultados se determinó que el análisis y las normas separadas para cada dibujo no eran necesarios.

2.- Se determinaron los grupos de edad apropiados para el cálculo de las normas. Cada indicador calificado para el dibujo del hombre la mujer y el sí mismo, se

promedio y la media de los indicadores fue impresa por intervalos de un año entero.

El análisis separado de variantes (Scheffé post - test) se computo también para cada indicador que estuviera entre las edades, como guía para determinar los grupos de edades que deberían usarse. El examen de estos datos demostró que la progresión edad a edad de los puntajes crudos estaba limitada y no justificaba la necesidad de separar normas por intervalos de un año entero. Los grupos apropiados de edad son los siguientes:

6 a 8, 9 a 12 y 13 a 17.

3.- Las medidas de las figuras se convirtieron en los elementos finales a los que se habían tratado de medir. Para los dos primeros indicadores se trabajó en aspectos como tamaño de la figura, medias y desviaciones estándar (DE) usadas para determinar el grado ± 1 de puntuación. Estos valores fueron usados para determinar cuando la figura era más alta (+1 DE), o cuando la figura era más pequeña (-1 DE) y compararla con el promedio. Esto permitió desarrollar guías para identificar cuando alguna dimensión en particular era inusual (fuera de 1 DE).

4.- Un segundo grupo de medias fue desarrollado para determinar cuando la figura era dibujada en la parte alta, baja o a un costado de la página. Estos indicadores fueron evaluados de acuerdo a cuando la figura tiene -1 DE en un lado particular de la página y 1 DE en el lado contrario de esta.

5.- Los indicadores restantes en proceso de edición de la estandarización fueron sometidos a un análisis actuarial por edad para determinar que indicadores alcanzan el criterio de inusuales. "Inusuales" fueron definidos estadísticamente como indicadores calificados (promediados entre los dibujos del hombre la mujer y el sí mismo) y que ocurren en menos del 16% de los casos. Estos análisis resultaron en la eliminación de 20 indicadores preliminares dada su alta

frecuencia de ocurrencia en la muestra de estandarización de individuos normales.

6.- Se examinó la confiabilidad interna de la escala. Los indicadores calificados dentro de cada uno de los tres dibujos se utilizaron para calcular el alpha de Cronbach (Cronbach, 1951) para cada grupo de edad. Estos indicadores que tuvieron un impacto adverso en la confiabilidad interna de la escala (esto es, tenían correlaciones de ítems total negativas) se eliminaron. Esto resultó en una base final que contenía 47 indicadores (además de 8 indicadores de medición, que hacen un total de 55 indicadores).

7.- El puntaje crudo total de el DAP: SPED para diferenciar género dentro de los diferentes grupos de edades se analizó usando pruebas t para muestras independientes. El resultado de estos análisis indicó que las diferencias en el puntaje de la media fue significativo para cada grupo de edad 6 a 8 ($t= 3.86$, $p<.001$), 9 a 12 ($t= 4.28$, $p<.001$) y 13 a 17 ($t= 6.59$, $p<.001$).

4.7 ESTANDARIZACION DEL SISTEMA DE CALIFICACIÓN

El entrenamiento para calificar la estandarización de el DAP: SPED fue cuidadosamente conducido para asegurar la calidad de las normas obtenidas. Aproximadamente 20 aplicadores participaron en la evaluación de los dibujos que suministraron los individuos en la muestra de estandarización. Para participar en la calificación de los datos normativos, se requería que los aplicadores tuvieran al menos el 90 % correcto y que consideraran inconsistencias en sus calificaciones.

Los examinadores calificaron los dibujos en diferentes niveles de edad para que pudieran experimentar una variedad en los tipos de figuras evaluadas y que se mantuviera un alto nivel de interés.

4.5 MUESTRA DE ESTANDARIZACION

Los dibujos del hombre, la mujer y el sí mismo que se usaron para estandarizar el DAP: SPED, fueron los mismos que se usaron para estandarizar el DRAW A PERSON: A QUANTITATIVE Scoring System. (Naglieri, 1998).

Estos dibujos se obtuvieron en el verano de 1984, usando una muestra de 4,468 individuos con edades de los 5 a los 17 años.

La estandarización de el DAP: SPED estaba formada por 2,260 de los 2,622 individuos usados para el DAP: Quantitative Scoring System (Naglieri, 1998).

Para esa prueba, una muestra de alrededor de 200 individuos en cada año desde los 5 a los 17 fue valorada para establecer normas estables. Usando los datos de censo de 1980 como guía, se identificó una muestra representativa de los EE. UU. En los términos de sexo, región geográfica, raza, estatus socioeconómico.

4.6 DESARROLLO DE PUNTUACIONES DERIVADAS

Los puntajes crudos en las pruebas del dibujo del hombre, la mujer y el sí mismo fueron combinados para redituar una puntuación T usando una serie de procedimientos para asegurar la calidad de las normas.

Primero, después de examinar las necesidades de las diferentes normas, por género y edad, las distribuciones fueron examinadas para determinar la normalidad.

Porque algunas distribuciones del puntaje crudo fueron muy normales en forma, no se necesitó de un proceso de normalización.

Para obtener calificaciones T para cada grupo de edad y género, todos los puntajes crudos fueron transformados a una calificación Z a través de la siguiente fórmula:

$$Z = (\text{Puntaje crudo} - \text{media}) / \text{Desviación estándar.}$$

Donde la media, es la media del puntaje crudo para un determinado grupo de edad, y las desviaciones estándar, son las desviaciones estándar del puntaje crudo para los grupos de edad. Estas calificaciones Z fueron transformadas para estandarizar las calificaciones T con una media de 50 y una desviación estándar de 10 a través de la fórmula:

$$\text{Calificación estándar } T = 50 + z (10).$$

4.7 CONFIABILIDAD

La consistencia interna se determinó usando el alpha de Cronbach, (Cronbach, 1951). Usando la muestra de estandarización, el coeficiente alpha fue calculado para cada grupo de edad. Los puntajes del hombre, mujer y sí mismo fueron sumados para cada sujeto.

Los resultados indican que la prueba del dibujo de la persona, tiene un alto grado de confiabilidad interna para los propósitos de muestreo para los que fue creada.

Confiabilidad intra juez e inter juez.

Este tipo de confiabilidad fue examinada por McNeish (1989) usando un sistema anterior de calificación que era muy similar al usado hoy en día. En ese estudio 25 dibujos fueron calificados dos veces por el mismo juez y los mismos dibujos fueron calificados por jueces diferentes. La correlación del producto - momento de Pearson bajo estas condiciones fue de .94 ($p < .001$) Y .91 ($p < .001$) para las condiciones intra juez e inter juez respectivamente.

Se condujo adicionalmente un estudio inter juez usando la versión actual de el DAP: SPED para 54 casos calificados por diferentes jueces y por un mismo juez quien califico los dibujos dos veces en un intervalo de un mes. Los resultados

demonstraron que el sistema muestra una excelente confiabilidad tanto inter juez ($r=.844$, $p<.001$) como intra juez ($r=.830$, $p<.001$).

4.8 VALIDEZ

La validez de el DAP: SPED se examinó al utilizar diferentes muestras de individuos normales y excepcionales.

Los estudios presentados aquí fueron encaminados para estimar la utilidad de el DAP: SPED para este propósito.

ESTUDIO 1

Sujetos. Los sujetos del estudio incluían 81 estudiantes que fueron puestos en unas características especiales de educación, contra 81 estudiantes normales para la muestra de estandarización.

Las clases de educación especial incluían a aquellos de escuelas públicas o privadas diseñados para el tratamiento de desórdenes de conducta o emocionales.

Cada estudiante de educación especial fue formalmente diagnosticado como si tuviera una severa desventaja de conducta, como se describe en reglas para la educación de niños con desventaja (departamento de educación de Ohio, 1982) de acuerdo a las líneas usadas en el estudio de Ohio. Estas líneas son las siguientes:

UNA DESVENTAJA DE CONDUCTA SEVERA es definida de la siguiente manera:

1.- El término significa una condición que exhiba una o más de las siguientes características por un largo periodo y para un determinado grado marcado, que afecta el desarrollo educacional.

a) Una falta de incapacidad para aprender, que no puede ser explicada por factores intelectuales, sensoriales o de salud.

- b) Una falta de incapacidad para desarrollar o mantener relaciones satisfactorias con maestro y con sus pares.
 - c) Tipos inapropiados de conducta o de sentimientos inapropiados bajo circunstancias normales.
 - d) Un sentimiento general de infelicidad o depresión; o
 - e) Una tendencia a desarrollar síntomas físicos o miedos asociados con problemas personales con relación a la escuela, o problemas escolares.
- 2.- El término no incluye niños que estén socialmente desajustados, a menos que se determine que tienen una desventaja de conducta.

Procedimiento. A los estudiantes de 5 lugares de Ohio central y uno en el oeste de Pennsylvania, se les aplicó el DAP: SPED y la prueba de Analogías Matriz (MAT-SF) en un grupo. Los resultados de el DAP: SPED se convirtieron en puntaje crudo T, y los puntajes percentil de la (MAT-SF) se convirtieron en puntaje estándar ($M=100$, $DE=15$). Los ejemplos de educación especial fueron igualados, usando un par diseñado para igualar sujetos normales de la muestra de estandarización de la DAP: SPED con las bases de edad, género, (todos los hombres) raza, y MAT -SF (dentro de 1 EEM). Los resultados de esta igualdad revelan que las muestras son muy similares.

Resultados. Los resultados de este análisis mostraron una significativa ji - cuadrada de 5.01 ($p<.05$), que indican que las calificaciones de el DAP: SPED son útiles para separar a los sujetos de educación especial de los normales. Los diferentes resultados de este estudio proporcionan un soporte para la validez de el DAP: SPED en cuanto a la discriminación de muestras excepcionales.

ESTUDIO 2

Sujetos. La muestra de control normal comprendía 218 individuos seleccionados de la muestra de estandarización de el DAP: SPED, usando un procedimiento de azar basado en la composición de la muestra especial.

Procedimiento. A todos los estudiantes se les aplicó el DAP: SPED en grupo .

Los protocolos fueron calificados y los puntajes crudos fueron convertidos a calificaciones T de el DAP: SPED. Las calificaciones fueron obtenidas de un grupo normal de control seleccionado por aquellos que abarcaban la estandarización usando un procedimiento de selección al azar. Las muestras fueron conducidas para obtener porcentajes en los casos tanto de control como clínicos con respecto a edad, género, raza y región geográfica (todos los sujetos eran de la región noroeste).

Resultados. Los resultados indican que el DAP: SPED es efectivo en la identificación de aquellos que necesitan una evaluación extra.

Todos los resultados para esta investigación dieron soporte para la validez de el DAP: SPED.

ESTUDIO 3

Sujetos. Los sujetos de este estudio fueron 58 niños y adolescentes en condiciones de educación especial, eran 50 hombres y 8 mujeres con características de disturbios emocionales; La muestra de control normal incluía 262 niños y adolescentes seleccionados de la muestra de estandarización de el DAP: SPED usando un sistema de procedimiento de azar basado en la composición de la muestra especial.

Procedimiento. A todos los estudiantes se les aplicó el DAP: SPED en grupo. Los protocolos fueron calificados y los puntajes crudos fueron convertidos a calificaciones T de el DAP: SPED . Las calificaciones fueron obtenidas de un grupo normal de control seleccionado por aquellos que abarcaban la estandarización usando un procedimiento de selección al azar.

Resultados. El resultado del estudio demostró que la calificación media T de el DAP: SPED es de 54.8 para la muestra de educación especial, fue

significativamente más alta ($t=3.85$, $p<.001$) que la media de 49.7 para el grupo control.

El efecto del tamaño para las diferencias entre las medias (en unidades de desviación estándar) fue de .57. Estos resultados también sugieren que de cualquier manera las muestras clínicas y las normales son muy similares de acuerdo a edad, género, raza y región geográfica, las puntuaciones medias de el DAP: SPED evidenciaron buena discriminación de grupo. Cuando la calificación de el DAP: SPED fue de 55 puntos o mayor, se uso para clasificar las dos muestras en cuales debían de ser evaluadas a futuro y cuales no, y los resultados comparados con los miembros del grupo actual, obtuvieron un significativo ji-cuadrado de (9.00, $p<.005$).

ESTUDIO 4

Sujetos. Incluye una muestra de 54 niños y adolescentes que acudieron a un programa escolar de un día en la fundación Devereux, y fueron comparados con una muestra de 262 sujetos de control normal. Cada estudiante en la muestra clínica acudió a una de las 10 características del programa, que tiene la alternativa de ser un programa de estancia y de educación especial. Los estudiantes acudieron al programa, sólo si habían sido diagnosticados con disturbios emocionales severos (de acuerdo al lineamiento del estado de Pennsylvania) y no podían ser educados en el programa de educación especial normal. En general la muestra consistió en individuos que podían ser clasificados por el (DSM- III- R) con un desorden de conducta y una actitud defensiva.

La muestra de control que fue obtenida de la muestra de estandarización de el DAP: SPED usando un procedimiento de muestreo estratificado al azar basado en la composición de la muestra clínica.

Procedimiento. A todos los estudiantes se les aplicó el DAP: SPED y la MAT - SF en grupo. Los protocolos fueron calificados y los puntajes crudos fueron convertidos a calificaciones T de el DAP: SPED.

Los puntajes crudos de la MAT - SF fueron convertidos en puntuaciones estándar con una media de 100 y una desviación estándar de 15. Las calificaciones fueron obtenidas de un grupo normal de control seleccionado por aquellos que abarcaban la estandarización usando un procedimiento de selección al azar.

Las muestras fueron conducidas para obtener porcentajes similares en las muestras tanto de control como clínica con respecto a la edad, género, raza y región geográfica (todos los sujetos eran de la región noroeste).

Resultados. Los resultados de los estudios demostraron que la puntuación T y la media de el DAP: SPED eran de 56.6 para la muestra clínica era significativamente mayor ($t= 4.85, p<.0001$) que la media de 49.9 para el grupo de control. El tamaño de el efecto para las diferencias entre las medias (usando unidades de desviación estándar) era de .72.

La puntuación media de el DAP: SPED mostró buena discriminación de grupo. La correlación Producto - momento de Pearson entre el DAP: SPED y la inteligencia medida por la MAT - SF, fue muy bajo y no significativo para la muestra de educación especial ($r= -.12$) y para la normal ($r= -.09$). Las medias de la MAT - SF (y desviaciones estándar) para las muestras clínicas y normales fueron de 86.4 (18.3) y 104.1 (11.2) respectivamente. Cuando la calificación de el DAP: SPED fue de 55 o mayor, se uso para clasificar la muestra total de 316 individuos de los cuales debían o no ser evaluados más adelante y los resultados comparados con los miembros del grupo actual, obtuvieron un significativo ji-cuadrado de (6.5, $p<.01$). Los varios resultados de este estudio proporcionan un soporte para la validez de el DAP: SPED.

4.9 APLICACIÓN Y PUNTUACION

El sistema de el DAP: SPED requiere que la persona que va a ser examinada realice tres dibujos (hombre, mujer y el mismo) en tres hojas separadas.

La prueba puede ser aplicada tanto en grupo como individualmente otorgando como máximo 5 minutos para concluir cada dibujo. Si el individuo termina antes de los 5 minutos, proseguir al siguiente dibujo.

Direcciones para la aplicación individual:

Se le entrega al niño una hoja blanca tamaño carta, en forma vertical, lápiz y goma de borrar; indicándole lo siguiente:

"Deseo que tu dibujes algunas figuras para mi. Primero deseo que dibujes un *hombre*, haz la mejor figura que puedas, toma tu tiempo, trabaja cuidadosamente y yo te diré cuando te detengas. Recuerda debes asegurarte que tu dibujo sea el de un hombre completo. Por favor empieza"

Después de 5 minutos como máximo se le indica que se detenga y a continuación se le entrega la siguiente hoja en forma vertical y se le dan las siguientes instrucciones:

"Ahora necesito que dibujes la figura de una *mujer*, Haz la mejor figura que puedas, toma tu tiempo y trabaja cuidadosamente yo te diré cuando te detengas, asegúrate de que tu dibujo sea el de una mujer completa. Por favor empieza."

Cuando se cumplen los 5 minutos se le entrega una tercera hoja en forma vertical y se le indica lo siguiente:

"Ahora deseo que dibujes *la figura de ti mismo*, asegúrate de dibujar lo mejor que puedas, toma tu tiempo y trabaja cuidadosamente. Yo te indicaré cuando te detengas, asegúrate que el dibujo de ti mismo este completo. Por favor empieza."

Direcciones para la aplicación Grupal:

Después de repartir 3 hojas, lápiz y goma a cada individuo se les dan las mismas instrucciones que para la aplicación individual solo que en forma plural, concediéndose el mismo tiempo para cada dibujo.

4.10 DESCRIPCION DEL SISTEMA DE CALIFICACION

El sistema de calificación de el DAP: SPED abarca dos tipos de indicadores. Primero, Indicadores que se relacionan con las dimensiones de la figura (el tamaño de la figura y su posicionamiento en la hoja). Estos indicadores son calificados por medio de 4 plantillas, según la edad del individuo; existen 3 juegos de plantillas uno para cada grupo de edad (6 a 8, 9 a 12 y 13 a 17).

La primera plantilla de cada juego es para calificar los indicadores del 1 al 4, indicadores que consideran lo alto y ancho de la figura; (1. Figura alta, 2. Figura corta, 3. Figura grande, 4. Figura pequeña).

La segunda para los indicadores 5 y 6, indicadores que se relacionan con el posicionamiento de la figura en la hoja; (5. Colocación arriba, 6. Colocación abajo).

La tercera plantilla califica el indicador 7 y 8; (7. Colocación a la izquierda, 8. Colocación a la derecha).

La cuarta plantilla es utilizada para calificar el indicador número 9 que se refiere a la inclinación de la figura; esta plantilla es utilizada para todas las edades.

Segundo, hay indicadores que califican el contenido del dibujo para detectar cosas como sombreado, boca fruncida etc , (ver apéndice).

En cada caso se le da 1 punto a cada indicador que pueda alcanzar completamente el criterio específico del sistema de calificación y 0 al que no lo alcanzó.

Una vez calificadas las tres figuras se procede a obtener la calificación estándar correspondiente al puntaje crudo obtenido por el individuo. Este puntaje crudo es la suma total de puntos obtenidos por los 3 dibujos.

El puntaje crudo total es comparado con la columna apropiada de la tabla (ver apéndice), de acuerdo a la edad y género del individuo.

La puntuación estándar T en esa línea y en esa columna es el puntaje estándar que corresponde al puntaje crudo total obtenido por el individuo.

Los puntajes T contenidos en la tabla de normas de el DAP: SPED tienen una media de 50 y una desviación estándar de 10 y fueron hechos para informar al usuario como un individuo es calificado en relación con otros del mismo grupo de edad. Los puntajes T están diseñados para que entre más alta sea la calificación más disturbios emocionales pueden existir; por lo tanto las puntuaciones estándar que proporciona el DAP: SPED son usadas para identificar a los individuos que requieren de una evaluación adicional, basándose en lo siguiente:

Si el individuo obtiene una puntuación T menor a 55 no se recomienda una evaluación futura, si su puntaje T es de 55 a 64 se sugiere una evaluación adicional y si su puntaje T es igual a 65 o más se sugiere una evaluación adicional inmediata; ya que la puntuación estándar derivada de esta escala, debe ser usada con cautela y ser vista desde el contexto de toda la información personal del individuo. El diagnóstico de las desventajas emocionales o de conducta no debe basarse sólo en un tipo de puntuación se deben obtener varios tipos de recursos.

4.11 ESTUDIOS REALIZADOS CON EL DFH EN MEXICO

A continuación mencionaremos algunos estudios que se han realizado mediante los Dibujos de la Figura Humana (DFH), con el propósito de sustentar esta investigación.

En un estudio (Koppitz y de Moreau, 1968), compararon los indicadores emocionales o IE en los DFH de niños de México y de los Estados Unidos de Moreau, quien había trabajado en ambos países noto gran diferencia en la conducta de los alumnos mexicanos y los estadounidenses. Encontró que los primeros, como grupo, eran más tímidos y reservados, especialmente con los extraños; eran también más controlados y menos agresivos y ansiosos que los estudiantes estadounidenses. El estudio mencionado intento determinar si esas diferencias de actitud y conducta se verían reflejadas en los DFH de los niños.

Los sujetos de este estudio fueron 276 niños mexicanos de la clase baja de la ciudad de Guadalajara y un número igual de alumnos estadounidenses, también de la clase baja, con edades entre 5 y 11 años.

Los niños fueron divididos en dos grupos; uno incluía 125 pares de niños de 5 a 7 años, mientras que el otro quedo integrado por 151 pares de niños de 8 a 11 años

Los DFH realizados por los estudiantes de México y los Estados Unidos fueron examinados para identificar si aparecían o no los 28 IE; después, se hicieron los cálculos de ji-cuadrada para determinar el número de alumnos en cada grupo que mostraba determinado IE en sus DFH.

Tres de los IE ocurrieron con mayor frecuencia en los dibujos de los niños mexicanos.

El gran número de figuras pequeñas en los DFH (27 %) Vs (5 %) refleja una tendencia hacia la timidez, mientras que la figura inclinada (14 %) Vs (7 %) muestra inseguridad subyacente. Las transparencias encontradas en los DFH de los alumnos mexicanos sugiere principalmente un pensamiento concreto (7 %) Vs (1 %).

Los niños dibujaban primero figuras de palo y luego las "vestían" dibujando ropa sobre ellas.

Siete IE estuvieron presentes con mayor frecuencia en los dibujos de los estudiantes estadounidenses: Ansiedad (sombreado del cuerpo, de las extremidades o ambos; 11 % Vs 5 %, sombreado del cuello de las manos o ambos 15 % Vs 2 %), impulsividad (figura grande 5 % Vs 0 %) e ira (dientes 11 % Vs 4 %); también exhibieron frecuencias más elevadas de autoconcepto deficiente (figura grotesca 4 % Vs 0 %) y falta de seguridad (brazos cortos 13 % Vs 2 %, omisión de los pies 9 % Vs 1 %).

Los resultados obtenidos de los DFH concuerdan con la observación de de Moreau acerca de que los jóvenes mexicanos con mayor frecuencia tienden a ser tímidos pero menos ansiosos y agresivos que los estudiantes estadounidenses.

Los resultados se aplican, por supuesto sólo a los DFH de grupos de niños y no a los dibujos de niños individuales. La mayoría de los DFH de los niños y niñas mexicanos y estadounidenses no difieren entre sí de manera considerable.

Koppitz realizó otro estudio, en donde toma como marco de referencia el sexo y la edad aplicándolo a 76 niños que acudían a una clínica de orientación infantil y que tenían una inteligencia normal o superior, con 76 dibujos más de niños pertenecientes a una escuela suburbana, clasificados por sus profesores como sobresalientes y adaptados social y emocionalmente.

Los ojos bizcos y la omisión de piernas no aparecieron en ningún DFH, que según la autora siempre que se presentan reflejan problemas emocionales.

16 indicadores fueron los que se dieron en los pacientes clínicos: Integración pobre, sombreado de cara, manos y/o cuello, asimetría de extremidades, figura inclinada, figura pequeña y grande, cabeza pequeña manos grandes, genitales tres figuras espontáneas y omisión de ojos.

Tres cuartas partes del total de niños bien adaptados no presentaron indicadores emocionales y el 9% de los niños mal adaptados tampoco. Por lo que podemos decir que no todos los niños considerados bien adaptados carecen de problemas emocionales, ni todos los niños llevados a consulta tienen problemas, o cuando menos, no todos lo manifiestan en el DFH.

Otro estudio realizado por Barocio, T. y de la Teja, C. (1980), hicieron una investigación para comparar los resultados obtenidos por Koppitz en niños americanos y los obtenidos en niños mexicanos, con una muestra aleatoria de 535 niños mexicanos, obtenida de una población de 5600 alumnos metropolitanos pertenecientes a escuelas oficiales, con una edad entre 6 y 12 años; los cuales fueron comparados con los resultados que obtuvo Koppitz en la estandarización con niños americanos.

Los indicadores evolutivos se compararon en su conjunto individualmente y por categorías, en cada una de las edades para corroborar su validez en nuestra población. Estadísticamente se encontraron diferencias significativas dentro de lo cultural en todas las edades, y los indicadores esperados se presentaron en el 86% de los DFH, excepto a los 12 años. Encontrándose que a los 6 años las diferencias interculturales fueron mínimas y se incrementaron a mayor edad.

Las autoras argumentaron que el nivel de maduración mental es similar pero, la presencia de los indicadores excepcionales en los niños mexicanos es más tardía y eso disminuye la posibilidad de una calificación mayor.

Para la validación de los indicadores emocionales se pusieron a prueba dos de tres: presentándose el 21.86% del total de los dibujos de la muestra, la figura inclinada, la cual se relaciona a una mala coordinación y/o inseguridad e inestabilidad emocional. Manos omitidas, brazos cortos y la figura pequeña obtuvieron porcentajes entre el 6 y 9%.

Los indicadores de figura inclinada, figura pequeña y manos omitidas se encontraron más frecuentemente en los niños norteamericanos diagnosticados con lesión cerebral.

Así mismo mencionan que los indicadores de figura inclinada y figura pequeña (en varones) no pueden utilizarse en población mexicana como indicadores.

Otra investigación que arroja datos es la de la autora Venegas P., (1985), quien a través del Test Gestaltico visomotor de Bender L. y el DFH de Koppitz tiene como objetivo encontrar alteraciones en niños de la comunidad de Tepito.

La muestra fue conformada por 70 niños 35 niñas y 35 niños con edades de entre 6 y 13 años, pertenecientes a diferentes escuelas primarias de la comunidad, que no fueron promovidos de grado y obtuvieron bajas calificaciones en su año escolar, siendo no aleatoria la muestra. Los indicadores que se presentaron fueron excepcionales o inusuales y se encontraron en 15%, lo que indica una madurez mental superior al promedio.

Los resultados tuvieron una distribución un tanto diferente a los de Koppitz. Así la comparación en ambas distribuciones de indicadores, señaló la existencia de diferencias en cada uno de los niveles de edad para niños y niñas.

El significado de las diferencias, pueden reflejar el patron de maduración que siguen los niños de dos culturas diversas, o puede deberse a lo pequeño de la muestra.

Koppitz en su hipótesis señala la incidencia mayor de indicadores emocionales de niños inadaptados por problemas emocionales y relaciones interpersonales insatisfactorias. En este caso el método proyectivo permitió comprender mejor el mundo interior de los niños y su psicodinamia, los indicadores de mayor frecuencia fueron: brazos cortos, integración pobre de las partes, figuras inclinadas, manos omitidas. Encontrándose que los tres últimos indicadores se dieron en niños norteamericanos con lesión cerebral por Koppitz.

Mercado, (1991), tuvo como propósito encontrar si existían diferencias en el autoconcepto y metas en niños maltratados que viven en la calle. Encontrándose que los menores tienen un autoconcepto devaluado, describiéndose como tontos, lentos, irresponsables, burros, bajos, flacos y atrasados. En cuanto a sus metas, la mayoría desean ser profesionistas, pero los niños sin familia tienen menores posibilidades que los niños con familia.

Los indicadores encontrados con mayor frecuencia fueron: brazos cortos, brazos pegados, cabeza grande, figura grotesca, integración pobre, manos grandes, ojos vacíos, omisión de boca, brazos, cuello y ojos, sombreado de la cara, brazos y manos y finalmente cuatro más que son indicadores de daño cerebral según Koppitz que son: integración pobre, figura inclinada, figura pequeña y transparencias.

Observándose mayor aparición de los indicadores en niños de la calle, lo que quiere decir, que el vivir en la calle altera más su desarrollo emocional.

Por un lado fue posible encontrar diferencias entre los niños maltratados que viven en la calle. Por otra parte los resultados generales revelaron que no existen diferencias significativas en el autoconcepto y metas entre niños maltratados que viven con familia y niños maltratados que viven en la calle.

De acuerdo al objetivo del presente estudio, cabe mencionar la importancia de las investigaciones que se han llevado a cabo con la técnica del Dibujo de la Figura Humana en nuestra población, ya que el instrumento utilizado en la presente investigación fue creado y aplicado en población norteamericana creímos necesario saber si el instrumento es satisfactoriamente útil también en población mexicana y de esta manera poder aprovechar las ventajas que brinda la técnica del Dibujo de la Figura Humana, considerando que la DAP:SPED es una técnica que se basa en los resultados que ha tenido a lo largo del tiempo la utilización del DFH en el campo clínico.

CAPITULO 5

METODOLOGIA

5.1 Planteamiento del problema:

La técnica del dibujo de la figura humana es utilizada en la evaluación psicológica como una herramienta en la cual podemos observar el mundo interno de un individuo, es decir, todo aquello que difícilmente podríamos expresar de manera consciente, además de que esto mismo está en función de la experiencia personal de cada individuo por lo que el dibujo de una y otra persona se verá integrado de acuerdo a sus propias asociaciones tanto intelectuales como afectivas en relación a como se percibe así mismo ante su ambiente. Es por eso que en el presente estudio nos preguntamos, ¿Cuáles son los principales indicadores gráficos (emocionales) que aparecen en el DAP: SPED en una muestra de niños mexicanos entre los seis y trece años de edad, clasificados como niños con y sin problemas de conducta?.

5.2 Justificación:

La evaluación psicológica de los niños es más compleja que la de los adultos, se requiere tomar en consideración la información procedente del niño y la de los adultos que conviven con él, (padres / profesores).

Ante estos hechos los profesionistas de la salud mental necesitan contar con instrumentos psicológicos que les permitan realizar evaluaciones cada vez más satisfactorias en el sentido de que esto mismo les ayude a emitir un diagnóstico acertado; recordemos que la evaluación es uno de los primeros pasos para poder dar un seguimiento y conocer el problema que "lleva" al niño a una consulta psicológica.

En el DAP: SPED (Draw a person: Screening procedure for emotional disturbance). Que en español significa: *Dibujar una persona: procedimiento para valorar disturbios emocionales*; podemos encontrar una herramienta más de apoyo para esta compleja labor, ya que es un instrumento actual que tiene la finalidad de funcionar como un primer filtro, es decir una primera investigación diagnóstica.

Esta prueba se basa en las teorías del desarrollo del niño considerando las pautas de este mismo en relación con los cambios que han ido ocurriendo a partir de los antecedentes teóricos del instrumento.

En Estados Unidos la prueba ha dado resultados satisfactorios y se pretende conocer si tiene la misma utilidad en México.

5.3 Hipótesis general:

Si como menciona Ann Cambier (1990), el dibujo es un objeto particular porque puede dar testimonio de una persona, aun sin su presencia y considera que su significado no puede escapar a la influencia de lo social, es decir, al contexto histórico - cultural en el que se realiza. En un dibujo libre, sin modelo, el individuo expresa su mundo interno, su espontaneidad y rigidez. Esto es, como se percibe así mismo en relación con el ambiente. Es decir, lo que dibuja el niño obedece a una cadena de asociaciones intelectuales y afectivas que están en función de su experiencia personal. (Cit. Esquivel, Heredia y Lucio 1994).

Es de esperarse que existirán diferentes características entre los dibujos (3 fig. humanas) de niños sin problema de conducta y los dibujos de niños con problemas de conducta.

Es de esperarse también que existan diferencias en el número de indicadores que determinan el diagnóstico de disturbo emocional según las normas Estadounidenses y las normas Mexicanas.

5.4 Hipótesis estadísticas:

H1: Existirán diferencias estadísticamente significativas en el número de indicadores gráficos (emocionales) entre niños con problemas de conducta y niños sin problemas de conducta.

H0: No existirán diferencias estadísticamente significativas en el número de indicadores gráficos (emocionales) entre niños con problemas de conducta y niños sin problemas de conducta.

5.5 Variables:

Variable independiente (V.I): Presentar o no problemas de conducta.

Variable dependiente (V.D): Indicadores gráficos (emocionales) que aparezcan dentro de la prueba D.A.P.

5.5.1 Definición conceptual de variables

V.I: PROBLEMA DE CONDUCTA. La existencia de signos y síntomas en la conducta de un niño es definida como problema de conducta cuando las manifestaciones de estos afectan primordialmente al entorno, es decir, que causan un gran malestar en las personas que rodean al niño. (Solloa García, 2001).

V.D: Indicadores gráficos (emocionales).

INDICADOR: En ciencias sociales, es un elemento externo de una situación, significativo e importante, que ayuda a definir y explicar un fenómeno y permite establecer previsiones sobre su evolución futura. (Abad Caja, Julian y Col. 1983).

GRÁFICO (emocional): (Del Lat. Graphics, y este del Gr. grapikós, gráfico, que sirve para escribir) perteneciente o relativo a la escritura o a la imprenta. Descripciones operaciones o demostraciones que se representan por medio de figuras o signos.

Estos indicadores primordialmente reflejan sus ansiedades, preocupaciones y actitudes reflejadas en el dibujo de la figura humana. (Abad Caja y Koppitz).

5.5.2 Definición operacional de variables

V.I: Presentar o no problemas de conducta.

El profesor eligió a aquellos niños (as) que tenía detectados con problemas de conducta, así como a aquellos sin problemas de conducta.

V.D: Indicadores gráficos (emocionales).

Existen cincuenta y cinco indicadores gráficos que evalúa la prueba del D.A.P.

- 1. Figura alta.**
- 2. Figura corta.**
- 3. Figura grande.**
- 4. Figura pequeña.**
- 5. Colocación arriba.**
- 6. Colocación abajo.**
- 7. Colocación a la izquierda.**
- 8. Colocación a la derecha.**
- 9. Figura inclinada.**
- 10. Piernas juntas.**
- 11. Dibujo de línea de base.**
- 12. Letreros o números.**
- 13. Página girada.**

- 14. Perfil izquierdo o derecho.**
- 15. Figura que voltea a otro lado.**
- 16. Integración malograda.**
- 17. Transparencias.**
- 18. Recomenzar.**
- 19. Cabeza omitida.**
- 20. Cabello omitido**
- 21. Ojos omitidos.**
- 22. Nariz omitida**
- 23. Boca omitida.**
- 24. Torso omitido.**
- 25. Brazos omitidos.**
- 26. Dedos omitidos.**
- 27. Piernas omitidas.**
- 28. Pies omitidos.**
- 29. Entrepiera borrada.**
- 30. Entrepiera sombreada.**
- 31. Sombreado de la mano.**
- 32. Sombreado de los pies.**
- 33. Sombreado exterior.**
- 34. Ojos vacíos.**
- 35. Ojos cerrados.**
- 36. Ojos bizcos.**
- 37. Mirada fija con el izquierdo o el derecho.**
- 38. Boca fruncida.**
- 39. Boca de tajada.**
- 40. Dientes.**
- 41. Objeto en la boca.**
- 42. Brazos extendidos.**
- 43. Torso comprimido.**
- 44. Posición inconsistente.**

- 45. *Manos cortadas.*
- 46. *Manos escondidas.*
- 47. *Puños*
- 48. *Dedos rapaces.*
- 49. *Simbolos agresivos*
- 50. *Objetos adheridos.*
- 51. *Fondo.*
- 52. *Monstruo.*
- 53. *Figuras múltiples.*
- 54. *Figura desnuda.*
- 55. *Figura uniformada.*

5.6 Muestreo

La presente investigación se llevó a cabo utilizando una muestra proveniente de dos escuelas oficiales del turno matutino, ubicadas al Sur y Oriente del D. F. respectivamente. La muestra quedó conformada de la siguiente manera:

<i>Ubicación</i>	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>	<i>Total</i>
<i>Sur</i>	86	64	150
<i>Oriente</i>	74	43	117
<i>Total</i>	160	107	267

Clasificación por sexo y ubicación de las escuelas de los sujetos que conformaron la muestra.

Se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico. El muestreo es intencional ya que se establecieron criterios de inclusión por cuota, ya que se pretendía trabajar con un número igual de niños con problema y sin problema de conducta.

5.6.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Edad entre 6 y 13 años
- Ser seleccionado por el profesor como niño con problema y sin problema de conducta.

5.6.2 Sujetos

Se trabajó con una muestra de 267 niños y niñas de los cuales 129 niños (as) presentaban problemas de conducta y 138 niños (as) no presentaban problemas de conducta, con un intervalo de edad entre 6 y 13 años que cursan el nivel primaria.

5.7 Tipo de estudio

Se utilizó un estudio de tipo exploratorio ya que el instrumento no ha sido trabajado en México hasta donde sabemos, esta es la primera aplicación en población mexicana.

5.8 Diseño

Se trabajó con un diseño de dos muestras independientes, ya que los niños fueron seleccionados como niños que presentaban problemas de conducta y niños que no tenían esta característica. Para observar si la condición de presentar o no problemas de conducta afecta o no en el número de indicadores gráficos (emocionales) que aparezcan dentro de la prueba DAP.

5.9 Instrumentos y/o materiales

Para la realización de este estudio se utilizó una prueba denominada DAP: SPED DRAW A PERSON: SCREENING PROCEDURE FOR EMOTIONAL DISTURBANCE. DIBUJAR UNA PERSONA: PROCEDIMIENTO PARA VALORAR DISTURBIOS EMOCIONALES

El cual surge en Estados Unidos en el año de 1991, De los autores, Jack A. Naglieri, Timothy J. McNeish, Achilles N. Bardos.

Esta prueba puede ser utilizada en niños desde seis hasta diecisiete años.

Consiste en pedirle al niño (a) que dibuje tres figuras humanas por separado, la primera será el dibujo de un hombre, la segunda el de una mujer y por último el de sí mismo. La prueba puede ser administrada de forma colectiva o individual otorgando cinco minutos como máximo para completar cada dibujo.

Hay dos formas de calificación la primera consiste en medir la dimensión de las figuras por medio de plantillas, existen 4 plantillas para cada grupo de edad y 1 misma para los tres grupos de edad que son de 6 a 8, de 9 a 12 y de 13 a 17.

La segunda consiste en calificar y cuantificar los indicadores gráficos del dibujo para así obtener un nivel de madurez emocional. Una vez obtenida la puntuación se procederá a buscar en la tabla de calificaciones T el valor que le corresponda a dicha puntuación cruda y así poder ubicarla en el rango que le corresponda de acuerdo a la siguiente tabla:

Las normas de calificación se presentan en calificaciones T en donde hay tres rangos:

CALIFICACION T	Diagnóstico
De 40 - 60	Obtiene un nivel de normalidad.
De 1 - 39	Obtiene un nivel de madurez superior
De 61- +80	Indica la presencia de disturbios emocionales

Dentro de los materiales se utilizaron 3 hojas tamaño carta de color blanco.

Lápices del número 2 ó 2.5.

Goma para borrar y Sacapuntas.

Cronómetro.

5.9.1 ESCENARIO

Las aplicaciones se llevaron a cabo en cubículos especiales con los que contaban dichas instituciones. Entre el mobiliario se encontraba un escritorio y dos sillas.

5.10 PROCEDIMIENTO

Una vez obtenido el permiso, se llevó a cabo una entrevista con el director y profesores para proponerles el tipo de proyecto, de está manera ellos conocieron las características que debían cubrir los niños, para que así los profesores pudieran seleccionar previamente a los alumnos que colaboraron.

Posteriormente se acudió a cada uno de los salones para solicitarle al profesor los niños seleccionados previamente y llevarlos con nosotras de manera individual, siguiendo así el establecimiento del rapport, dentro del cual se dio una explicación acerca de la dinámica a realizar y de está manera se procedió a la aplicación, entregándosele al niño una hoja blanca tamaño carta, en forma vertical, lápiz y goma de borrar; indicándole lo siguiente:

"Deseo que tu dibujes algunas figuras para mi. Primero deseo que dibujes un *hombre*, haz la mejor figura que puedas, toma tu tiempo, trabaja cuidadosamente

y yo te diré cuando te detengas. Recuerda debes asegurarte que tu dibujo sea el de un hombre completo. Por favor empieza”

Después de 5 minutos como máximo se le indicó que se detuviera y a continuación se le entregó la siguiente hoja en forma vertical y se le dieron las siguientes instrucciones:

“Ahora necesito que dibujes la figura de una *mujer*, Haz la mejor figura que puedas, toma tu tiempo y trabaja cuidadosamente yo te diré cuando te detengas, asegúrate de que tu dibujo sea el de una mujer completa. Por favor empieza.”

Cuando se cumplieron los 5 minutos se le entregó una tercera hoja en forma vertical y se le indicó lo siguiente:

“Ahora deseo que dibujes *la figura de ti mismo*, asegúrate de dibujar lo mejor que puedas, toma tu tiempo y trabaja cuidadosamente. Yo te indicaré cuando te detengas, asegúrate que el dibujo de ti mismo este completo. Por favor empieza.” Se concedieron 5 minutos máximo para cada figura.

Las instrucciones fueron respetadas conforme al manual de la prueba.

5.11 ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS:

El análisis estadístico se corrió en el programa SPSS versión 9 en donde se realizó el análisis de tipo descriptivo donde se obtuvieron frecuencias, porcentajes, y medidas de tendencia central; para describir el comportamiento de la muestra; es decir, como se distribuye la población dentro de la curva normal.

Se utilizó un análisis de tipo inferencial en donde se llevaron a cabo comparaciones entre dos grupos a partir de una prueba t, esto para ver si existen diferencias estadísticamente significativas en los niños con problema y los niños sin problema de conducta.

Se realizó un análisis de varianza (ANOVA ONEWAY) para conocer si existían diferencias entre la edad del individuo y el puntaje crudo.

CAPITULO 6

RESULTADOS

El presente trabajo tuvo como finalidad conocer los indicadores gráficos que aparecen con más frecuencia en una muestra de niños mexicanos que presentan algún problema de conducta y niños que no lo presentan mediante la prueba del DAP: SPED.

Se utilizó la estadística descriptiva considerando los puntajes crudos obtenidos por los niños calculándose medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes de los indicadores gráficos por medio de los cuales se pudo comparar al grupo de niños con problemas y niños sin problemas de conducta.

También se utilizó la estadística inferencial mediante la prueba t para conocer si existían diferencias entre las puntuaciones obtenidas por los niños del grupo con problemas y el grupo de niños sin problemas de conducta así como para conocer si el género y la edad son variables que influyen en el número de indicadores gráficos presentes en la prueba del DAP: SPED.

Para saber si la edad influye en las puntuaciones crudas del DAP: SPED se corrió un análisis de varianza (ANOVA ONE WAY).

La muestra estuvo constituida por 267 niños y niñas de escuelas públicas una ubicada al sur de la ciudad y la otra al oriente, se distribuyó a su vez en dos grupos, uno de niños sin problemas (129 niños) y otro con problemas de conducta (138). Las edades de los niños se encuentran en un rango de 6 a 13 años de edad.

De esta manera la muestra quedó conformada de la siguiente forma.

Género	Condición c/p	Condición s/p	Total
Masculino	96	64	160
Femenino	33	74	107
Total	129	138	267

Clasificación por género y criterio de inclusión de los sujetos de la muestra.

6.1 DISTRIBUCION DE LA CANTIDAD DE PUNTAJES EN EL DAP DE NIÑOS CON Y SIN PROBLEMAS DE CONDUCTA

Para conocer en que grupo se presentan más indicadores gráficos se obtuvieron las frecuencias del grupo de niños sin problemas así como las del grupo de niños con problemas de conducta.

Distribución de los indicadores presentes en el DAP de los niños con y sin problemas de conducta.

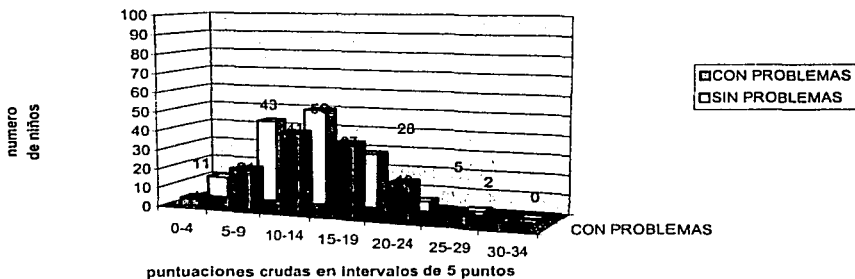


Figura 1. Distribución de los indicadores presentes en el DAP de los niños con problemas y sin problemas de conducta.

La figura 1 nos muestra en el eje de las Y, el número de niños y en el eje de las X, las puntuaciones crudas en intervalos de 5 puntos. De acuerdo con estos datos

podemos observar que en términos generales los niños del grupo con problemas de conducta presentan más indicadores en relación al grupo de niños sin problemas de conducta.

De acuerdo a la gráfica 1 el número de indicadores gráficos presentes entre el grupo de niños con problemas y sin problemas de conducta es distinto.

Para conocer si realmente el promedio de indicadores gráficos es diferente entre los niños con y sin problemas de conducta se utilizó la prueba t comparándose las medias y desviaciones estándar de ambos grupos.

La media que corresponde al grupo de niños con problemas de conducta tiene un valor de 14.43, su desviación estándar es igual a 5.83.

Para el grupo de niños sin problemas la media correspondiente es de 11.23 con una desviación estándar de 4.86.

El valor obtenido de "t" es igual a - 4.847 con un nivel de significancia de .000.

	X	DS	t	significancia
NIÑOS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA	14.43	5.83		
			-4.847	.000
NIÑOS SIN PROBLEMAS DE CONDUCTA	11.23	4.46		

Tabla. 1. Comparación entre el grupo de niños con problemas y sin problemas de conducta de acuerdo con el puntaje total o crudo.

De acuerdo con estos datos podemos observar que **si existen diferencias estadísticamente significativas en el número de indicadores que presentan los niños del grupo con problemas de conducta respecto al grupo de niños sin problemas;** siendo mayor el número de indicadores gráficos que presentan los niños con problemas de conducta en relación a los niños sin problemas.

6.2 COMPARACION ENTRE EL GENERO Y LA PUNTUACIÓN CRUDA OBTENIDA EN EL DAP

Una vez que se corroboró que la diferencia de indicadores gráficos presentes entre un grupo y otro es significativa se quiso conocer si la variable género influye en la forma de dibujar y la cantidad de indicadores que puedan aparecer en sus dibujos (DAP).

	X	DS	t	significancia
MASCULINO	13.79	5.96		.000
FEMENINO	11.2	4.55	3.986	

Tabla 2. Comparación entre género y puntuación cruda del DAP

Se obtuvo mediante una prueba t de student la media y la desviación estándar para comparar el género y la puntuación cruda que obtuvieron los niños y niñas en la prueba del DAP.

De acuerdo a la tabla anterior, el género masculino obtuvo una media correspondiente a 13.79 con una desviación estándar de 5.96, mientras que el sexo femenino obtuvo una media correspondiente a 11.2 y una desviación estándar de 4.55. Siendo el género masculino quien puntúa con un mayor número de indicadores.

El valor obtenido de "t" es de 3.986 con un valor de significancia de .000, por lo tanto podemos observar que **si existen diferencias estadísticamente significativas entre el género y las puntuación crudas que los niños obtuvieron en la prueba DAP: SPED**

Por lo tanto el género si es una variable que influye en el número de indicadores gráficos obtenidos en la prueba del DAP: SPED

6.3 ANOVA ONE WAY

Se realizó un análisis de varianza entre la edad y la puntuación cruda que obtuvieron los niños en la prueba del DAP, esto para saber si la edad es una variable que influye en el número de indicadores gráficos obtenidos por los niños en la prueba DAP; encontrándose lo siguiente:

Por medio de los puntajes crudos obtenidos por los niños se calcularon medias por grupos de edad para poder obtener el análisis de varianza y conocer si la edad en efecto influye en las puntuaciones obtenidas en la prueba del DAP.

EDAD	6	7	8	9	10	11	12	13
MEDIA	17.5	16.2	13.6	11.6	12.3	10.3	11.7	13.2

Tabla 3. Medias por edad.

Suma de cuadrados	Media de cuadrados	Razón F	significancia
8264.135	25.961	1.575	.005

Tabla 4. Análisis de varianza.

Se obtuvo una suma de cuadrados de 8264.135 con una media de cuadrados de 25.961, una razón F de 1.575 y un nivel de significancia de .005.

A través de este análisis, se corrobora que la edad si es una variable que influye en las puntuaciones obtenidas por los niños en la prueba DAP.

6.4 INDICADORES MAS FRECUENTES QUE SE ENCUENTRAN EN EL DAP EN LOS NIÑOS CON PROBLEMAS Y SIN PROBLEMAS DE CONDUCTA

Dado que en la prueba del DAP se registran 55 indicadores gráficos (ver apéndice) se consideró importante conocer cuáles de estos aparecen en las 2/3 partes de la muestra utilizada para este estudio.

Para conocer lo anterior se obtuvieron frecuencias y porcentajes de los indicadores gráficos más frecuentes.

INDICADOR	Niños sin problema de conducta		Niños con problema de conducta	
	FRECUENCIAS	PORCENTAJE	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Figura corta	58	41.7 %	65	50.8 %
Figura pequeña	43	30.9 %	52	40.6 %
Integración mal lograda	46	33.1 %	53	41.4 %
Ojos bizcos	48	34.5 %	0	0 %
Boca fruncida	65	46.8 %	62	48.4 %
Colocación arriba	0	0 %	41	32 %
Ojos vacíos	0	0 %	51	39.8 %

Tabla. 5 Comparación de los indicadores gráficos más frecuentes que se presentaron en la prueba del DAP entre el grupo de niños con problemas y sin problemas de conducta. N = 267
Para fines de la presente investigación se consideró alto a partir del 30% ya que representa las dos terceras partes de la población con la cual se trabajó.

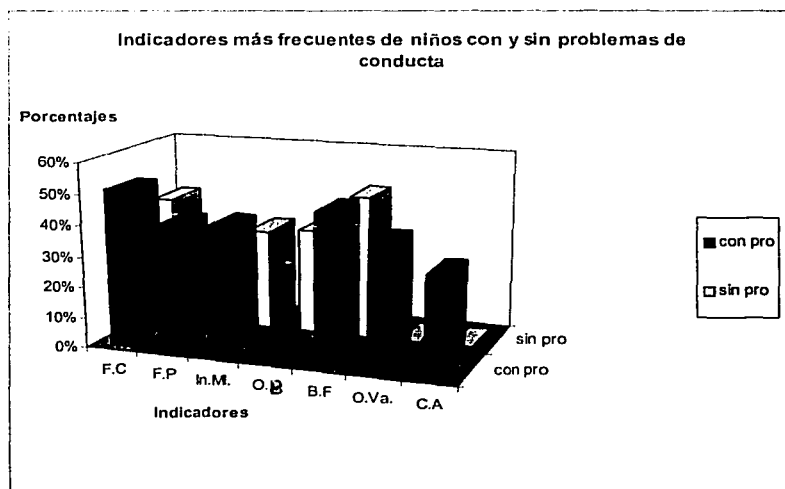


Figura 2. Comparación de los indicadores gráficos más frecuentes que se presentaron en la prueba del DAP entre el grupo de niños con problemas y sin problemas de conducta. N = 267
F.C = Figura corta
F.P = Figura pequeña
In.MI = Integración mal lograda
O.B = Ojos bizcos
B.F = Boca fruncida
O.Va = Ojos vacíos

C.A = Colocación arriba.

Como se observa en la tabla 6 y figura 2, los indicadores gráficos más frecuentes en los niños sin problemas de conducta son: Figura corta con un porcentaje de 41.7, figura pequeña con 30.9%, integración mal lograda con 33.1%, ojos bizcos con 34.5% y boca fruncida con 46.8%.

Así mismo los niños que presentan problemas de conducta repiten los indicadores de: Figura corta con un porcentaje de 50.8, figura pequeña con 40.6%, integración mal lograda con 41.4%, y boca fruncida con 48.4%.

Se observa que además aparecen indicadores que no están presentes en el grupo de niños sin problemas, tales indicadores son: Colocación arriba con un porcentaje de 32 y Ojos vacíos con 39.8%.

Un dato importante es que los niños sin problemas de conducta presentan el indicador gráfico de ojos bizcos con un porcentaje de 34.5, mientras que los niños con problemas de conducta no presentan este indicador; se considera un dato importante ya que se esperaba que estos últimos fueran los que lo presentarían.

6.5 INDICADORES GRAFICOS DE MAYOR FRECUENCIA PRESENTES EN CADA UNA DE LA DIFERENTES EDADES DE LOS NIÑOS QUE CONFORMARON LA MUESTRA.

Indicador	Edad							
	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	11 años	12 años	13 años
Figura alta	5.6%	4%	0%	14.5%	22.1%	18.4%	27.3%	50%
Figura corta	66.7%	80%	64.5%	40%	39.7%	34.2%	27.3%	37.5%
Figura grande	5.6%	4%	0%	18.2%	27.9%	15.8%	22.7%	50%
figura pequeña	61.1%	76%	48.4%	30.9%	27.9%	18.4%	18.2%	37.5%
Colocación	16.7%	16%	22.6%	34.5%	23.5%	42.1%	36.4%	12.5%

arriba								
Colocación abajo	16.7%	40%	16.1%	14.5%	16.2%	13.2%	13.6%	12.5%
Colocación a la izquierda	0%	16%	16.1%	18.2%	27.9%	18.4%	22.7%	25%
Colocación a la derecha	0%	4%	3.2%	0%	4.4%	7.9%	9.1%	0%
Figura inclinada	33.3%	12%	16.1%	21.8%	23.5%	5.3%	13.6%	12.5%
Piernas juntas	22.2%	28%	19.4%	21.8%	29.4%	26.3%	27.3%	50%
Dibujo de línea de base	0%	0%	0%	3.6%	1.5%	0%	4.5%	0%
Letreros o números	16.7%	12%	25.8%	14.5%	13.2%	5.3%	4.5%	12.5%
Página girada	11.1%	4%	3.2%	5.5%	1.5%	2.6%	0%	0%
Perfil izquierdo o derecho	0%	4%	0%	7.3%	4.4%	0%	4.5%	0%
Figura que voltea a otro lado	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Integración mal lograda	66.7%	72%	48.4%	36.4%	35.3%	5.3%	22.7%	37.5%
Transparencias	16.7%	0%	16.1%	12.7%	14.7%	2.6%	18.2%	12.5%
Recomenzar	11.1%	16%	9.7%	1.8%	8.8%	5.3%	9.1%	0%
Cabeza omitida	0%	0%	0%	0%	1.5%	0%	0%	0%
Cabello omitido	33.3%	28%	22.6%	14.5%	16.2%	10.5%	9.1%	12.5%
Ojos omitidos	11.1%	0%	0%	0%	2.9%	0%	0%	0%
Nariz omitida	22.2%	24%	16.1%	12.7%	10.3%	2.6%	9.1%	0%
Boca omitida	22.2%	8%	6.5%	3.6%	4.9%	0%	0%	0%
Torso omitido	11.1%	0%	3.2%	3.6%	2.9%	0%	0%	0%
Brazos	11.1%	8%	6.5%	1.8%	2.9%	7.9%	0%	0%

omitidos								
Dedos omitidos	22.2%	32%	22.6%	0.9%	14.7%	21.1%	27.3%	37.5%
Piernas omitidas	0%	4%	0%	1.8%	0%	0%	0%	0%
Pies omitidos	44.4%	20%	12.9%	5.5%	5.4%	7.9%	9.1%	25%
Entrepiepierna borrada	0%	0%	3.2%	1.8%	4.4%	2.6%	0%	0%
Entrepiepierna sombreada	11.1%	12%	12.9%	16.4%	17.2%	7.9%	9.1%	0%
Sombreado de la mano	11.1%	4%	3.2%	5.5%	5.9%	7.9%	0%	0%
Sombreado de los pies	27.8%	8%	25.8%	16.4%	20.6%	10.5%	9.1%	0%
Sombreado exterior	0%	12%	0%	0%	4.4%	2.6%	9.1%	0%
Ojos vacíos	22.2%	36%	41.9%	20%	30.9%	28.9%	31.8%	25%
Ojos cerrados	0%	4%	0%	1.8%	10.3%	5.3%	4.5%	12.5%
Ojos bizcos	33.3%	20%	35.5%	29.1%	32.4%	39.2%	13.6%	12.5%
Mirada fija con el izquierdo o derecho	11.1%	28%	12.9%	23.6%	25%	42.1%	18.2%	12.5%
Boca fruncida	61.1%	60%	61.3%	41.8%	45.6%	31.6%	54.5%	37.5%
Boca de tajada	11.1%	12%	9.7%	18.2%	25%	18.4%	45.5%	12.5%
Dientes	5.6%	0%	3.2%	1.8%	11.8%	2.6%	9.1%	0%
Objeto en la boca	5.6%	0%	0%	1.8%	1.5%	0%	0%	0%
Brazos extendidos	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4.5%	0%
Torso comprimido	11.1%	20%	6.5%	18.2%	11.8%	23.6%	13.6%	12.5%
Posición inconsistente	27.8%	12%	16.1%	30.9%	13.2%	18.4%	31.8%	12.5%

Manos cortadas	16.7%	28%	25.8%	9.1%	16.2%	23.7%	18.2%	37.5%
Manos escondidas	5.6%	0%	3.2%	1.8%	7.4%	10.5%	13.6%	12.5%
Puños	38.9%	20%	24%	23.6%	17.6%	15.8%	13.6%	0%
Dedos rapaces	38.9%	28%	25.8%	14.5%	22.1%	10.5%	22.7%	12.5%
Símbolos agresivos	16.7%	8%	9.7%	5.5%	8.8%	10.5%	4.5%	25%
Objetos adheridos	5.6%	4%	6.5%	5.5%	4.4%	2.6%	0%	0%
Fondo	5.6%	0%	0%	1.8%	2.9%	0%	0%	0%
Monstruo	5.6%	8%	0%	0%	1.5%	2.6%	0%	0%
Figuras múltiples	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4.5%	0%
Figura desnuda	5.6%	0%	0%	1.8%	0%	0%	4.5%	0%
Figura uniformada	0%	0%	3.2%	0%	0%	0%	0%	0%

Tabla 6. Porcentaje de ocurrencia de los indicadores gráficos (emocionales) que se presentaron en la prueba del DAP: SPED en los grupo de niños con y sin problemas de conducta, (N=267). En cada una de las diferentes edades.

Para fines de la presente investigación se consideró alto a partir del 30% ya que representa las dos terceras partes de la población con la cual se trabajó.

En la tabla anterior se observan aquellos indicadores gráficos (emocionales) que se presentan con un porcentaje de ocurrencia mayor al 30% en casi todas las edades:

Figura corta, se presentó de los 6 a los 11 años en más del 30% de los niños, se observa que este indicador va disminuyendo su porcentaje de ocurrencia conforme va aumentando la edad, sin embargo se observa que a los 13 años el porcentaje de ocurrencia tiende a aumentar de 34.2% de ocurrencia a los 11 años de edad a 37.5 a los 13 años.

Figura pequeña, se presentó de los 6 a los 9 años en más del 30% de los niños, se observa que este indicador disminuye en su porcentaje de ocurrencia conforme

el niño va creciendo, sin embargo se observa que el porcentaje de ocurrencia se eleva de 30.9% que se presentó a los 9 años a 37.5% a los 13 años de edad.

Integración malograda, Se presentó con una frecuencia mayor al 30% en los niños de 6 a 10 años de edad disminuyendo a la edad de 11 y 12 años con un porcentaje 5.3% y 22.7% respectivamente para aumentar a la edad de 13 años con un porcentaje de 37.5%.

Boca fruncida, Es un indicador que se presentó en todas las edades y que al igual que los anteriores va disminuyendo su frecuencia hasta los 11 años y elevándose hacia los 12 y 13 años.

Los indicadores gráficos (emocionales) que a continuación se enlistan corresponden a aquellos indicadores que se presentaron sólo a una determinada edad con un porcentaje de ocurrencia mayor al 30%.

Figura inclinada y Cabello omitido con un porcentaje de 33.3%, *Pies omitidos* con un porcentaje de 44.4%, *Puños y Dedos rapaces* con 38.9%; son los indicadores que se presentaron sólo a los 6 años de edad.

Piernas juntas, Figura grande y Figura alta con 50%, *Dedos omitidos y Manos cortadas* con 37.5%; son los indicadores que únicamente estuvieron presentes en los dibujos de los niños de 13 años con un porcentaje mayor al 30%.

El indicador que se presentó únicamente a los 7 años fue *Colocación abajo* con el 40% de ocurrencia.

Otro indicador que sólo estuvo presente en una sola edad fue *Boca de tajada* con 45.5% en los niños de 12 años.

Un indicador más, presente sólo a los 11 años es *Mirada fija con izquierdo o derecho* con 42% de ocurrencia.

El indicador *Posición inconsistente* estuvo presente en los dibujos de los niños de 9 y 12 años de edad, teniendo así que a los 9 años ocurrió con un 30.9% y a los 12 años se elevó a 31.8%.

Algo más que podemos observar dentro de la tabla anterior son los indicadores que presentan cierta variabilidad tanto en las edades de ocurrencia como en los porcentajes, los cuales son:

Colocación arriba, se presentó a los 9 años con un 34% para elevarse hacia los 11 años con 42.1% y disminuir a los 12 años con 36.4%.

Ojos vacíos, es un indicador que varía su ocurrencia de los 7 a los 8 años con un porcentaje de 36% y uno de 41.9% respectivamente, disminuye a los 10 años con 30.9% para elevarse hacia los 12 años con 31.8%.

Ojos bizcos, este indicador estuvo presente a los 6 años con un porcentaje de ocurrencia de 33.3%, aumentando su ocurrencia a los 8 años con un 35.5%, para después disminuir a los 10 años con 32.4%, pero vuelve a aparecer a los 11 años con un porcentaje más alto que los anteriores 39.2% para disminuir de forma considerable hacia los 13 años con un porcentaje de 12.5%.

NOTA: Todos los demás indicadores gráficos (emocionales) no tuvieron una ocurrencia mayor al 30% en ninguna de las edades.

6.6 INDICADORES GRÁFICOS DE MENOR FRECUENCIA PRESENTES EN LA PRUEBA DAP

A continuación se enlistan aquellos indicadores gráficos (emocionales) que se presentaron con una frecuencia mínima de ocurrencia, es decir que sólo lo presento uno de los niños de la muestra

INDICADOR	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
Figura que voltea a otro lado	0	0 %
Cabeza omitida	1	.3 %
Brazos extendidos	1	.3 %
Figuras múltiples	1	.3 %
Figura uniformada	1	.3 %

Tabla 7. Indicadores de menor frecuencia N = 267

Los datos observados en la tabla 7 corresponden a los indicadores gráficos con porcentajes más bajos que presentan los niños con y sin problemas de conducta. Como podemos ver ningún niño puntuó en el indicador de *Figura que voltea a otro lado*, mientras que solo algunos niños puntuaron en los siguientes indicadores: *Cabeza omitida* con un porcentaje de .3 , *Brazos extendidos* con .3%, *Figuras múltiples* con .3% y *Figura uniformada* con .3%.

Para fines de la presente investigación se consideró bajo a aquellos que sólo tuvieran un indicador presente que equivale al .3% de la muestra

6.7 PUNTUACIONES DERIVADAS

Dado que el DAP: SPED otorga datos normativos en calificaciones T se obtuvieron calificaciones T para los datos de este estudio. Transformando los puntajes crudos a una calificación Z a través de la siguiente fórmula:

$$Z = (\text{puntaje crudo} - \text{media}) / \text{desviación estándar.}$$

En donde la media corresponde a un valor de 12.76 con una desviación estándar de 5.57.

Estas calificaciones Z fueron transformadas para estandarizar las calificaciones T con una media de 50 y una desviación estándar de 10 a través de la fórmula:

$$\text{Calificación estándar } T = 50 + Z (10).$$

TABLA DE CALIFICACION T GENERAL

PUNTAJE CRUDO	VALOR T
1	29
2	31
3	32
4	34
5	36
6	38
7	40
8	41
9	43
10	45
11	47
12	49
13	50
14	52
15	54
16	56
17	58
18	59
19	61
20	63
21	65
22	67
23	68
24	70
25	72
26	74
27	76
28	77
31	83

Tabla 8. Valor correspondiente de escala T según datos de este estudio.

En la tabla anterior se muestra el puntaje crudo y su valor normativo correspondiente de acuerdo a los resultados obtenidos en la muestra de este estudio. Nótese que los límites de normalidad se encuentran ubicados entre los puntajes crudos que van de 7 a 18, siendo la media de 13 puntos.

Las calificaciones T fueron obtenidas sin considerar las variables edad y género.

6.8 COMPARACION ENTRE NORMAS DE ESTADOS UNIDOS Y NORMAS MEXICANAS

Con el fin de establecer si había o no diferencias entre las normas desarrolladas para la prueba DAP y la ejecución de niños mexicanos se hizo una comparación entre la calificación T correspondiente a cada puntuación cruda de acuerdo a los datos normativos de Estados Unidos y los obtenidos en la muestra de este estudio.

	X	DS	t	significancia
NORMAS DE E.U	54.37	10.13	33.75	.000
NORMAS MEXICANAS	49.98	10.02		

Tabla 9. Comparación entre normas de Estados Unidos y normas Mexicanas.

Se obtuvo la media y desviación estándar para normas Estadounidenses mediante la calificación T otorgada según el puntaje crudo obtenido por los niños. Mediante una prueba t de Student se comparó la media y la desviación estándar para las normas de E. U. y las obtenidas para los datos de este estudio. El valor de la media correspondiente a datos normativos de E. U. es de 54.37 con una desviación estándar de 10.13.

Para datos normativos mexicanos de acuerdo con este estudio se obtuvo una media de 49.98 con una desviación estándar de 10.025.

El valor obtenido de "t" es de 33.75 con un valor de significancia de .000, por lo que de acuerdo con la tabla anterior podemos observar que **si existen diferencias estadísticamente significativas entre las normas utilizadas para población estadounidense y las normas para población mexicana**; por lo que es importante mencionar que los niños mexicanos no pueden ser evaluados con los datos normativos estadounidenses.

6.9 COMPARACION ENTRE GRUPOS DE EDAD

Con la finalidad de conocer entre que grupos de edad existían diferencias en relación al puntaje crudo se obtuvieron medias y pruebas t de esta manera se encontró lo siguiente:

EDAD	6	7	8	9	10	11	12	13
6	17.5	16.2 17.5	*13.6 17.5	*11.6 17.5	*12.3 17.5	*10.3 17.5	*11.7 17.5	*13.2 17.5
7	17.5 16.2	16.2	13.6 16.2	*11.6 16.2	*12.3 16.2	*10.3 16.2	*11.7 16.2	13.2 16.2
8	*17.5 13.6	16.2 13.6	13.6	11.6 13.6	12.3 13.6	*10.3 13.6	11.7 13.6	13.2 13.6
9	*17.5 11.6	*16.2 11.6	13.6 11.6	11.6	12.3 11.6	10.3 11.6	11.7 11.6	13.2 11.6
10	*17.5 12.3	*16.2 12.3	13.6 12.3	11.6 12.3	12.3	*10.3 12.3	11.7 12.3	13.2 12.3
11	*17.5 10.3	*16.2 10.3	*13.6 10.3	11.6 10.3	*12.3 10.3	10.3	11.7 10.3	13.2 10.3
12	*17.5 11.7	*16.2 11.7	13.6 11.7	11.6 11.7	12.3 11.7	10.3 11.7	11.7	13.2 11.7
13	*17.5 13.2	16.2 13.2	13.6 13.2	11.6 13.2	12.3 13.2	10.3 13.2	11.7 13.2	13.2

Tabla 10. Comparación entre grupos de edad. * Significativos al .005

Los datos que muestra la tabla corresponden a las medias obtenidas para cada grupo de edad.

De acuerdo a la tabla anterior podemos observar que los grupos de edad que presentan diferencias significativas son.

6 - 8 años con un nivel de significancia de .014.

6 - 9 años con un nivel de significancia de .000.

6 - 10 años con un nivel de significancia de .000.

6 - 11 años con un nivel de significancia de .000.

6 - 12 años con un nivel de significancia de .001.

6 - 13 años con un nivel de significancia de .046.

7 - 9 años con un nivel de significancia de .002.

7 - 10 años con un nivel de significancia de .008.

7 - 11 años con un nivel de significancia de .000

7 - 12 años con un nivel de significancia de .011.

8 -11 años con un nivel de significancia de .017.

10 - 11 años con un nivel de significancia de .043.

6.10 DATOS NORMATIVOS PARA POBLACION MEXICANA POR EDAD Y GENERO EN CALIFICACION T

Por medio del puntaje crudo y separando niños y niñas en grupos de edad, de acuerdo con las diferencias observadas cuando se realizó la comparación por edad (ver tabla 10); se obtuvieron medias y desviaciones estándar para los siguientes grupos de edad: de 6 a 7, de 8 a 10 y de 11 a 13 para niños y niñas; con la finalidad de obtener la calificación T derivada.

CALIFICACION T

P. C	EDAD 6 - 7		EDAD 8 - 10		EDAD 11 - 13	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
0	19	20	27	25	28	25
1	21	22	29	28	30	28
2	23	24	31	30	32	30
3	25	27	32	32	34	33
4	26	29	34	34	36	35
5	28	31	36	37	38	37
6	30	33	38	39	40	40
7	32	35	40	41	42	42
8	34	37	42	44	44	45
9	36	39	44	46	46	47
10	37	41	46	48	48	49
11	39	43	47	50	50	52
12	41	45	49	53	52	54
13	43	48	51	55	54	56
14	45	50	53	57	56	59
15	47	52	55	59	58	61
16	49	54	57	62	60	64
17	50	56	59	64	62	66
18	52	58	61	66	64	68
19	54	60	62	69	65	71
20	56	62	64	71	67	73
21	58	64	66	73	69	76
22	60	66	68	75	71	78
23	61	69	70	77	73	>80
24	63	71	72	79	75	
25	65	73	74	>80	77	
26	67	75	76		79	

27	69	77	77		>80	
28	71	79	79			
29	73	>80	>80			
30	74					
31	76					
32	78					
33	>80					

Tabla 11. Datos normativos para población mexicana por edad y género.

La tabla anterior nos muestra las calificaciones T derivadas para cada puntaje crudo de acuerdo a cada grupo de edad y género, para obtener estas calificaciones se calcularon medias y desviaciones estándar para cada grupo. El grupo de niños de 6 a 7 años obtuvo una media de 16.79 con una desviación estándar igual a 5.41. En el grupo de las niñas de esta misma edad la media fue menor de 14.17 y desviación estándar de 4.77.

Para los niños de 8 a 10 años se obtuvo una media de 12.37 y una desviación de 5.34, el grupo de las niñas de esta edad alcanzó una media de 10.85 y desviación estándar de 4.39.

Por último se calculó la media para los niños y niñas de 11 a 13 años, para los primeros la media fue de 11.13 con una desviación estándar de 5.08, las niñas obtuvieron una media igual a 10.3 y una desviación estándar de 4.19.

Una vez obtenidos estos datos se obtuvieron calificaciones Z por medio de la siguiente fórmula:

$$Z = \frac{x - \text{media}}{Ds}$$

Ya calculadas las calificaciones Z correspondientes a los puntajes crudos y para cada grupo de edad se calcularon las calificaciones T mediante la siguiente fórmula.

$T = (z) 10 + 50$; dando así la calificación T derivada para cada puntaje crudo considerando las variables de edad y género.

De acuerdo con los resultados obtenidos y el objetivo de esta investigación podemos observar que los datos que se muestran en la figura 1, nos indican en términos generales que el grupo de niños con problemas de conducta presentan más indicadores gráficos (emocionales) que el grupo de niños sin problemas de conducta; y al realizar la comparación de medias y desviaciones estándar de cada grupo por medio de una prueba *t*, (tabla 1) se confirmó que **estas diferencias son estadísticamente significativas**; por lo que estos resultados nos llevan a **aceptar** la hipótesis general de este estudio en la que se menciona *que existirán diferentes características entre los dibujos (3 Figuras Humanas) de niños sin problemas de conducta y los dibujos de niños con problemas de conducta en la prueba del DAP: SPED.*

Al realizar un análisis de la distribución de frecuencias de los indicadores gráficos de mayor ocurrencia encontrados en los dibujos del DAP: SPED de los niños con y sin problemas de conducta se encontró lo siguiente:

En el grupo de niños con problemas de conducta el indicador más frecuente es el de *figura corta*, mientras que en el grupo de niños sin problemas de conducta se presenta con menor frecuencia.

Otro de los indicadores de mayor frecuencia fue el de *boca fruncida*, presentándose en ambos grupos pero siendo más alta la ocurrencia en el grupo de niños con problemas.

El indicador de *Figura pequeña* está presente en ambos grupos, se observa que los niños con problemas tienden a dibujar más figuras pequeñas que los niños sin problemas de conducta.

Otro de los indicadores frecuentes en los dibujos de los niños fue *integración malograda*, presentándose más en los niños con problemas de conducta,

nuevamente se observa que los niños con problemas de conducta puntúan más alto en este indicador que los niños que no presentan esta característica.

Dos indicadores más que estuvieron presentes con mayor frecuencia sólo en el grupo de niños con problemas de conducta fueron *colocación arriba y ojos vacíos*.

Por otra parte un dato muy curioso reportado en los resultados es que el indicador *ojos bizcos* estuvo presente sólo en los niños *sin problemas de conducta*, nos parece interesante ya que teóricamente se esperaba que este indicador lo presentaran los niños con problemas de conducta, debido a que cuando se presenta esta característica en los Dibujos de la Figura Humana según Koppitz suele interpretarse como signo de problema, (ver capítulo 4).

De acuerdo con los resultados antes descritos podemos observar que 4 de los indicadores gráficos (emocionales) del DAP: SPED, estuvieron presentes en ambos grupos de niños (niños con problemas y niños sin problemas de conducta).

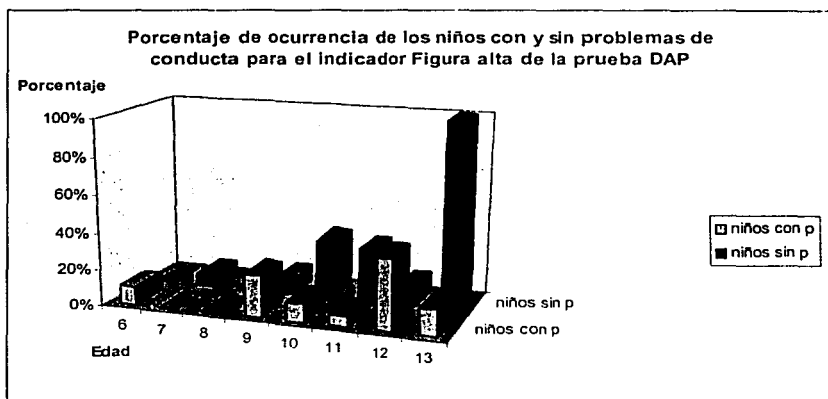
Sin embargo el porcentaje más alto en los cuatro casos fue para *el grupo de niños con problemas de conducta*; así mismo este último grupo presenta dos indicadores más (*colocación arriba y ojos vacíos*) respecto al grupo de niños sin problemas de conducta.

6.11 INDICADORES GRAFICOS DE MAYOR FRECUENCIA PRESENTES EN CADA UNA DE LAS DIFERENTES EDADES DE LOS NIÑOS QUE CONFORMARON LA MUESTRA

Dentro de la tabla 6 se observan los porcentajes de ocurrencia en la muestra de este estudio de los 55 indicadores gráficos (emocionales) de la prueba DAP: SPED.

Los resultados que en dicha tabla se presentan corresponden a la muestra en general, es decir; no están separados por grupo de niños con problemas y grupo de niños sin problemas de conducta.

A continuación y con la finalidad de explicar en cual de estos grupos el indicador ocurre con mayor frecuencia y cuales son significativos para considerarse como indicadores de disturbio emocional en la muestra con la cual se trabajó, se presentan gráficas de los indicadores que tuvieron un porcentaje mayor al 30% de ocurrencia.



Gráfica 1. Porcentaje de ocurrencia de los niños con y sin problemas de conducta para el indicador Figura alta de la prueba DAP.

La gráfica anterior nos muestra que el indicador *Figura alta* se presenta en mayor número de niños sin problemas de conducta de los 6 a los 11 años de edad, a los 12 años la ocurrencia es mayor en los niños con problemas de conducta, a los trece años aumenta la ocurrencia en los niños sin problemas.

Por lo tanto la ocurrencia de este indicador prevalece en los niños sin problemas de conducta, lo que nos habla de que este indicador al menos en esta muestra no apareció como signo de disturbio emocional en los niños mexicanos, ya que para

considerarse como tal debía de estar presente con una frecuencia mayor en los niños con problemas, según los resultados obtenidos por (Naglieri, MacNeish y Bardos 1991). Por lo tanto es importante considerar la ocurrencia de este indicador en investigaciones posteriores.

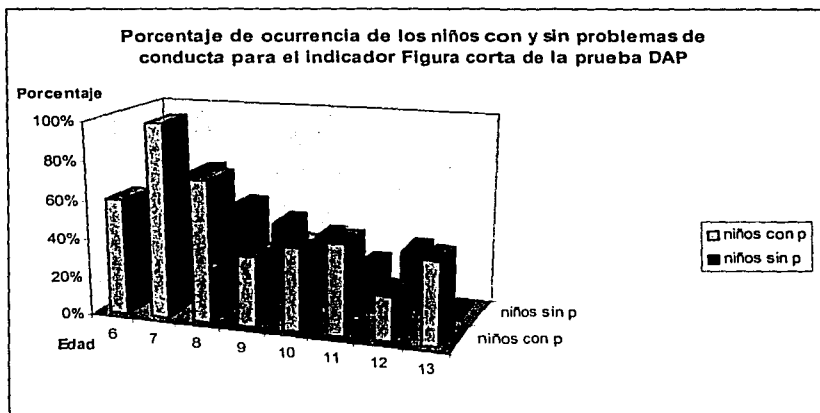
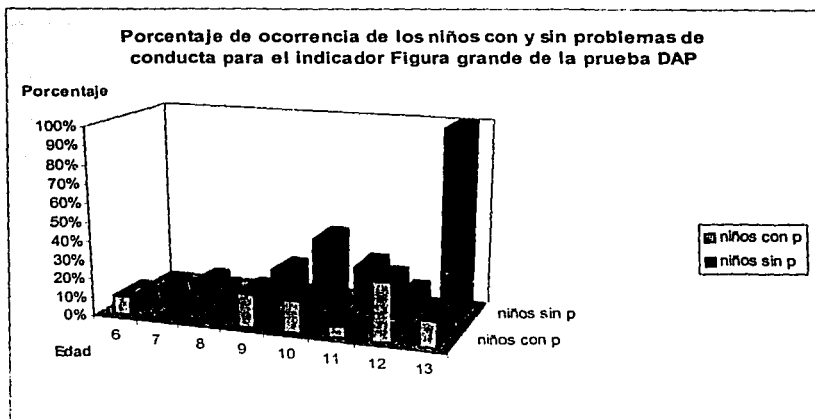


Figura 2. Porcentaje de ocurrencia de los niños con y sin problemas de conducta para el indicador Figura corta de la prueba DAP.

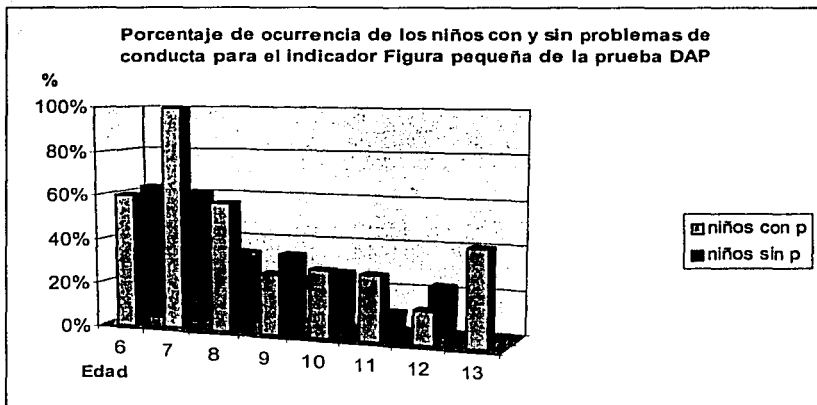
La gráfica 2 nos muestra que el indicador *Figura corta* se presenta en mayor número de niños con problemas de conducta; por lo tanto este indicador discrimina significativamente entre los niños clasificados como niños sin problemas de aquellos clasificados como niños con problemas. De acuerdo a lo anterior el indicador *Figura corta* si se considera un signo de disturbio emocional en los niños de la muestra utilizada en este estudio.



Gráfica 3. Porcentajes de ocurrencia de los niños con y sin problemas de conducta para el indicador Figura grande de la prueba DAP.

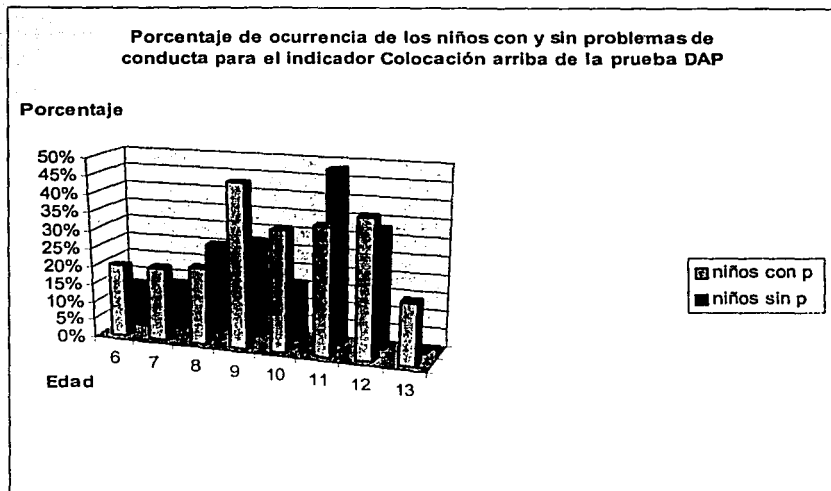
En la gráfica anterior podemos observar que el indicador *Figura grande* se presenta con mayor incidencia en el grupo de niños sin problemas de conducta, por lo que es un indicador que en este estudio no se presentó en los niños con problemas de conducta.

Sin embargo es un indicador al cual debe ponérsele atención para investigaciones posteriores ya que era de esperarse que ocurriera con una frecuencia mayor en el grupo de niños con problemas de conducta, considerando los resultados de los autores del instrumento.



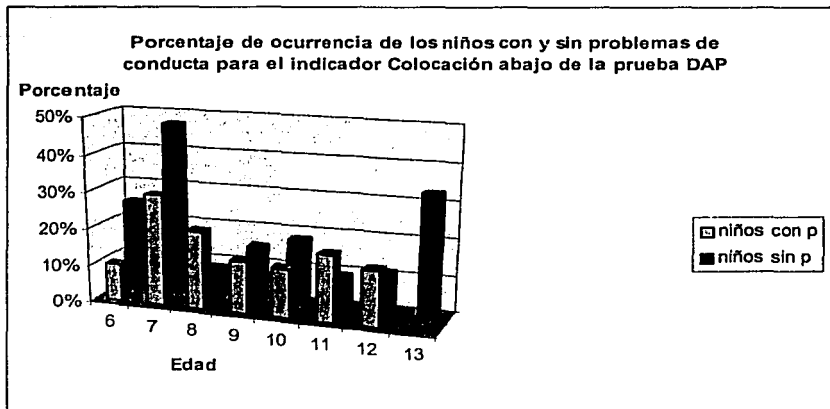
Gráfica 4. Porcentajes de ocurrencia de los niños con y sin problemas de conducta para el indicador Figura pequeña de la prueba DAP.

Figura pequeña es un indicador que está presente con mayor ocurrencia en el grupo de niños con problemas y que al igual que el indicador Figura corta es un indicador que permite valorar de manera significativa la presencia de un trastorno emocional, ya que su ocurrencia se refleja más claramente en los niños con problemas. Por lo tanto el indicador *Figura pequeña* también puede ser considerado como signo de trastorno emocional para esta muestra.



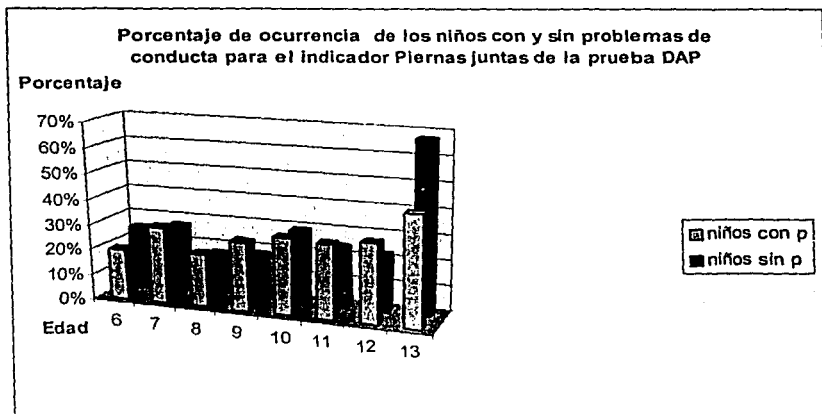
Gráfica 5. Porcentajes de ocurrencia de los niños con y sin problemas de conducta para el indicador Colocación arriba de la prueba DAP.

El indicador *Colocación arriba* es un indicador que como se observa en la gráfica anterior prevalece en el grupo de niños con problemas de conducta pese a que se encuentra presente en ambos grupos. Sin embargo por su prevalencia en el grupo de niños con problemas se considera indicador de disturbio emocional para los niños mexicanos de la muestra utilizada.



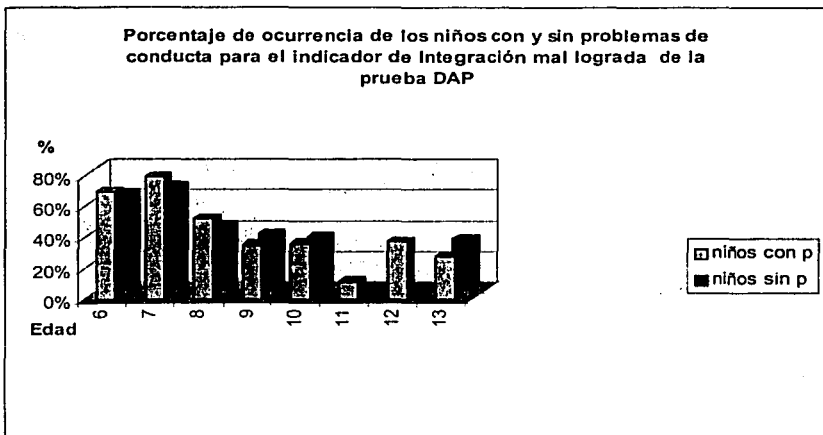
Gráfica 6. Porcentajes de ocurrencia de los niños con y sin problemas de conducta para el indicador Colocación abajo de la prueba DAP.

En la gráfica anterior podemos observar que el indicador *Colocación abajo* prevalece en el grupo de niños sin problemas de conducta por lo que su ocurrencia en este grupo no se esperaba, ya que Naglieri, McNeish y Bardos lo refieren hacia muestras excepcionales.



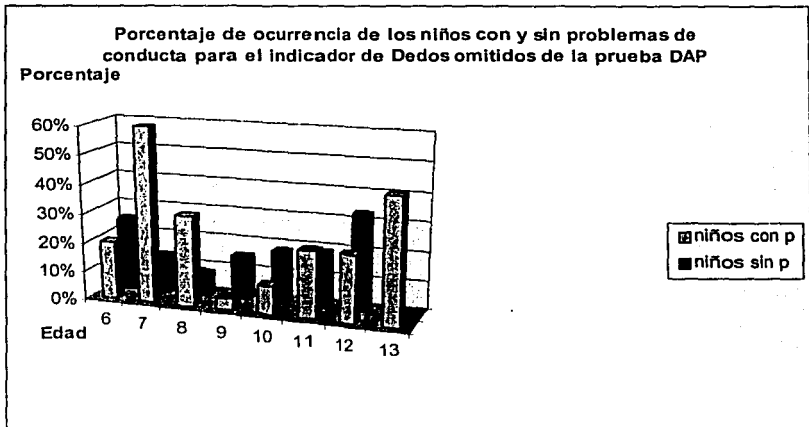
Gráfica 7. Porcentajes de ocurrencia de los niños con y sin problemas de conducta para el indicador Piernas juntas de la prueba DAP.

El indicador *Piernas juntas* tiende a presentarse en ambos grupos, sin embargo su ocurrencia en el grupo de niños con problemas lo incluye en la categoría de indicadores que discriminan entre los niños con problemas y sin problemas de conducta en la muestra de este estudio.



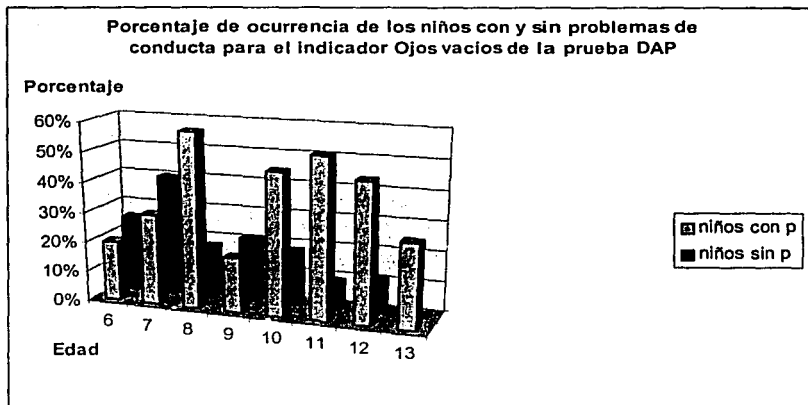
Gráfica 8. Porcentajes de ocurrencia de los niños con y sin problemas de conducta para el indicador Integración mal lograda de la prueba DAP.

El indicador *Integración mal lograda* tiende a presentarse más en los niños con problemas de conducta que en el grupo de niños sin problemas de conducta como lo muestra la gráfica anterior. De acuerdo con estos datos el indicador Integración mal lograda se considera un signo de disturbio emocional para los niños que colaboraron en el presente estudio.



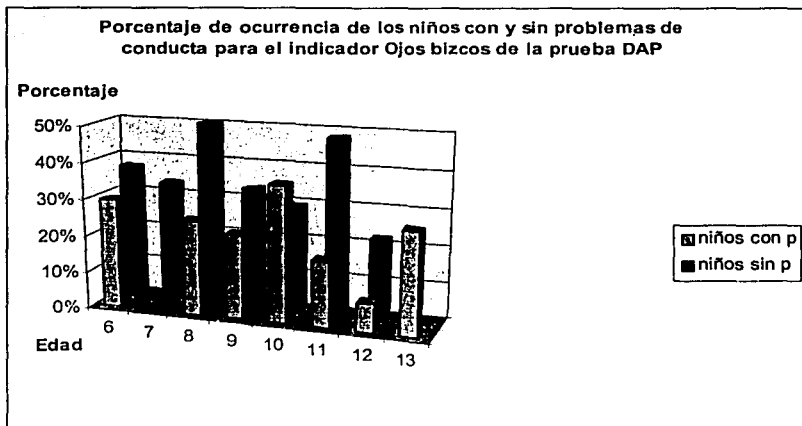
Gráfica 9. Porcentajes de ocurrencia de los niños con y sin problemas de conducta para el indicador Dedos omitidos de la prueba DAP.

En la gráfica anterior podemos observar como los niños con problemas de conducta tienden a puntuar mas alto que los niños sin problemas en el indicador *Dedos omitidos*, lo cual nos dice que este indicador apareció como signo de disturbio emocional en esta muestra.



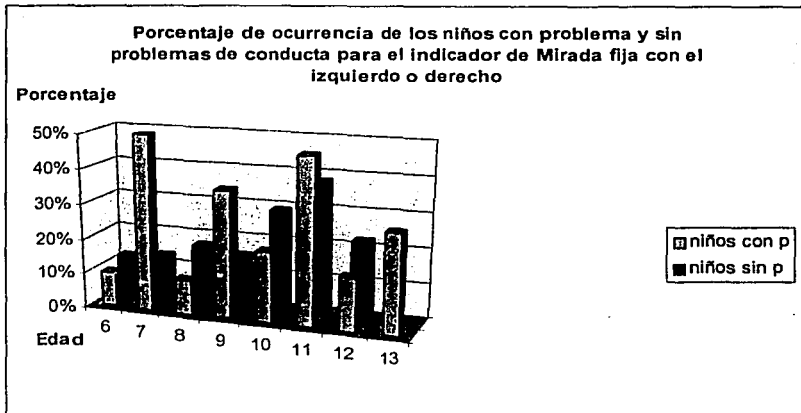
Gráfica 10. Porcentaje de ocurrencia de los niños **con** y **sin** problemas de conducta para el indicador Ojos vacíos de la prueba DAP.

Ojos vacíos es un indicador que como lo muestra la gráfica prevalece de manera significativa en los niños con problemas de conducta, pese a que en el grupo de niños sin problemas también aparece, la ocurrencia es menor; por lo que este indicador puede considerarse altamente significativo al discriminar entre los niños con y sin problemas de conducta en la muestra con la cual se trabajó.



Gráfica 11. Porcentajes de ocurrencia de los niños con y sin problemas de conducta para el indicador Ojos bizcos de la prueba DAP.

Se observa en la gráfica anterior que el indicador *ojos bizcos* se encuentra presente con mayor frecuencia en el grupo de niños sin problemas de conducta, debido a esto podemos decir que no es un indicador que discrimine entre los niños con problemas y los niños sin problemas de conducta con los cuales se trabajó, ya que teóricamente y como lo plantean Naglieri, McNeish y Bardos en 1991, era de esperarse que apareciera principalmente en el grupo de niños con problemas de conducta.

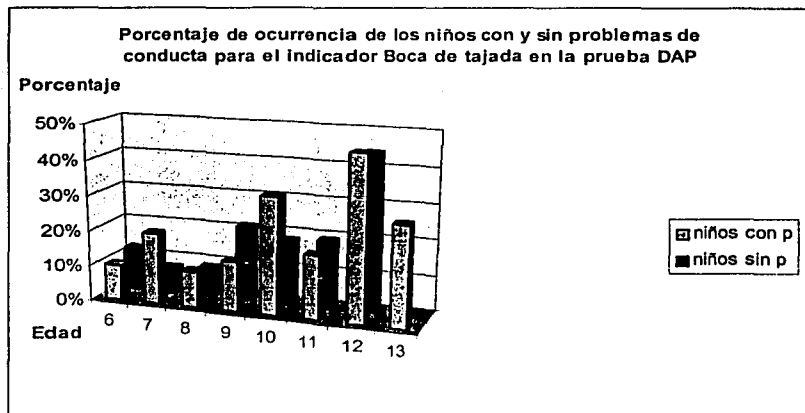


Gráfica 12. Porcentajes de ocurrencia de los niños con y sin problemas de conducta para el indicador Mirada fija con el izquierdo o derecho de la prueba DAP.

En la gráfica anterior se observa como el indicador *mirada fija con el izquierdo o derecho* prevalece principalmente en los niños con problemas, esto nos habla de que es un indicador que puede discriminar a los niños con problemas y a los niños sin problemas de conducta; debido a lo anterior podemos decir que es un signo de disturbio emocional para la muestra con la cual se trabajó.

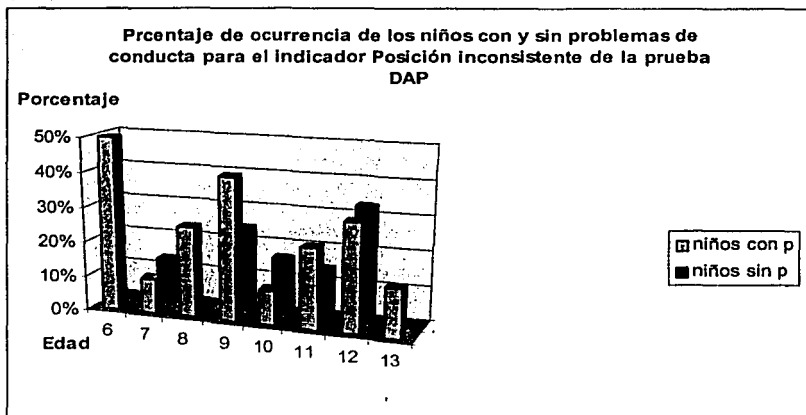
Cabe mencionar que para algunos autores como Machover y Koppitz este indicador cumple con los criterios para considerarse como ojos bizcos y esto nos permitiría decir que este es un indicador que discrimina entre niños con problemas y sin problemas de conducta.

Sin embargo para Naglieri, McNeish y Bardos no es así ya que ellos lo toman como signos diferentes y por lo tanto ojos bizcos como ya se menciona no discrimina entre los grupos con los cuales se trabajo en la presente investigación, Por lo tanto es un indicador al cual se le debe estudiar en lo que a niños mexicanos se refiere.



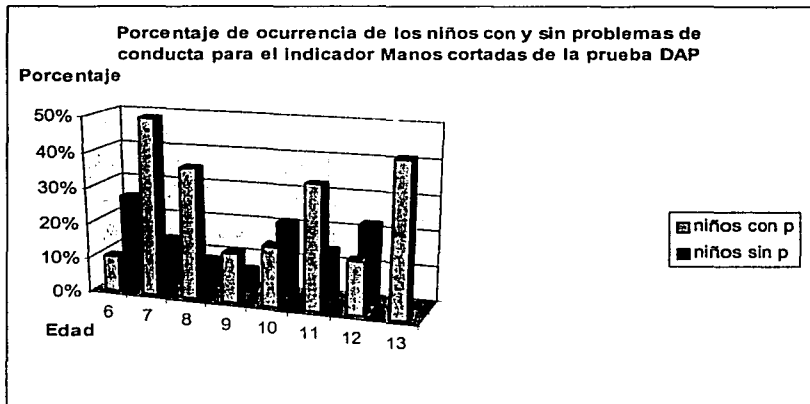
Gráfica 13. Porcentajes de ocurrencia de los niños con y sin problemas de conducta para el indicador Boca de tajada de la prueba DAP.

Boca de tajada es un indicador que ocurre con mayor frecuencia en el grupo de niños con problemas de conducta (ver gráfica 13) lo que nos lleva a pensar que este indicador permite valorar un disturbio emocional entre niños que presentan problemas de conducta y niños que no los presentan esto en cuanto a la muestra con la que se trabajó.



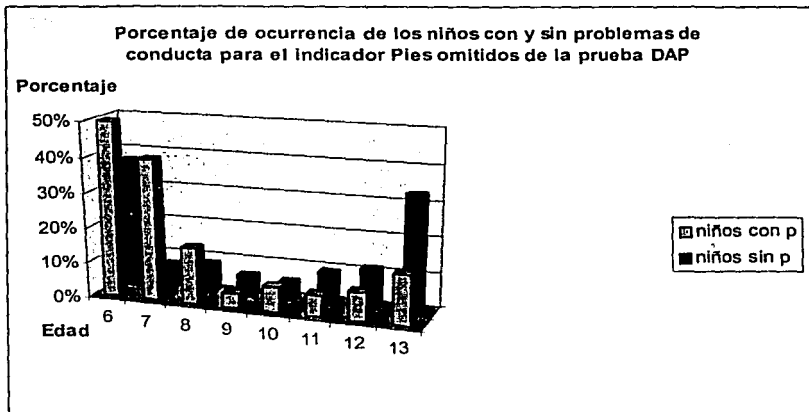
Gráfica 14. Porcentajes de ocurrencia de los niños **con** y **sin** problemas de conducta para el indicador Posición inconsistente de la prueba DAP.

Esta gráfica nos permite observar como el indicador *posición inconsistente* es más frecuente en los dibujos de los niños que fueron clasificados como niños con problemas de conducta; debido a que su frecuencia es mayor en este grupo de niños podemos decir que el indicador refleja de manera clara la discriminación que hace para los dos grupos de esta muestra.



Gráfica 15. Porcentajes de ocurrencia de los niños con y sin problemas de conducta para el indicador Manos cortadas de la prueba DAP.

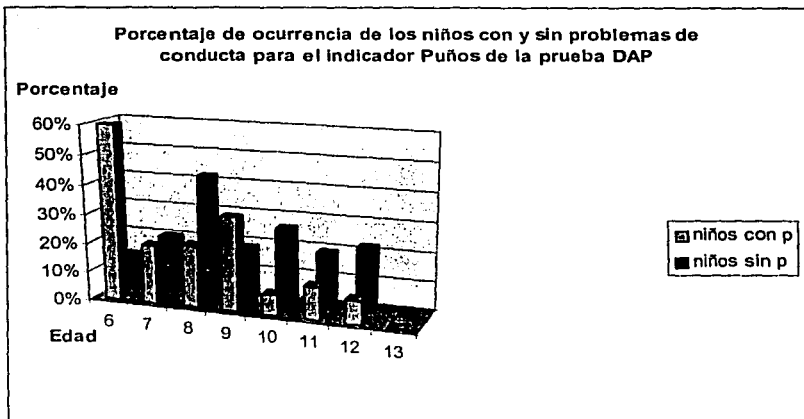
El indicador *manos cortadas* es uno de los cuales nos permite ver la discriminación clara que hace con respecto a los grupos con los cuales se trabajó en la presente investigación; por lo que si se considera como altamente discriminativo de niños con y sin problemas de conducta en cuanto a los niños que conformaron nuestra muestra.



Gráfica 16. Porcentajes de ocurrencia de los niños con y sin problemas de conducta para el indicador Pies Omitidos de la prueba DAP.

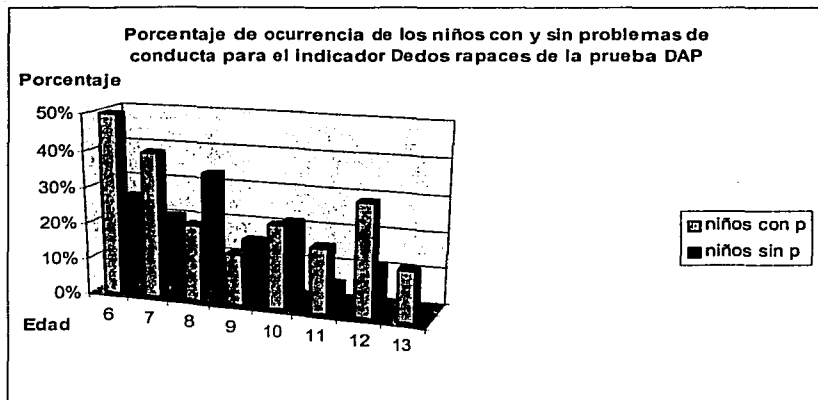
El indicador *Pies omitidos* nos permite ver como va disminuyendo de frecuencia paulatinamente conforme el niño va creciendo, esto nos habla de que es un indicador que puede ser atribuido a un proceso madurativo, es decir, que conforme el niño crece tiende a desaparecer.

Sin embargo el hecho de que los niños de ambos grupos lo presenten después de los 10 años nos refiere un signo de disturbio emocional que como se observa en la gráfica anterior prevalece en los niños con problemas de conducta, lo que nos lleva a pensar que es un indicador que debe ser estudiado con mayor profundidad en población Mexicana.



Gráfica 17. Porcentajes de ocurrencia de los niños con y sin problemas de conducta para el indicador Puños de la prueba DAP.

Puños es uno de los indicadores que como podemos observar en la gráfica anterior tiende a ocurrir con mayor frecuencia en el grupo de niños sin problemas de conducta; por lo que en esta muestra no tuvo la ocurrencia esperada en el grupo de niños con problemas para considerarse como signo de disturbio, sin embargo se sugiere la investigación de este indicador en población mexicana.



Gráfica 18. Porcentajes de ocurrencia de los niños con y sin problemas de conducta para el indicador Dedos rapaces de la prueba DAP.

La gráfica anterior nos muestra como el indicador *Dedos rapaces* aparece en ambos grupos pero con una frecuencia mayor en los niños con problemas de conducta, lo cual nos permite decir que es un indicador que en nuestra muestra es significativo como signo de disturbio emocional.

CAPITULO 7

CONCLUSIONES Y DISCUSION

Como podemos observar de acuerdo con el análisis de las gráficas 1 a 18 del capítulo 6, sólo 18 de los 55 indicadores gráficos propuestos por Naglieri, McNeish y Bardos en la prueba DAP:SPED aparecen frecuentemente en la muestra de niños mexicanos utilizada para este estudio y tomando en cuenta el procedimiento que los autores antes mencionados llevaron a cabo para determinar que los 55 indicadores de el DAP: SPED son signos de disturbio emocional; sólo 13 de estos 18 indicadores se encontraron como tal en los niños de la muestra; ya que estos 13 indicadores obtuvieron un porcentaje de ocurrencia mayor en el grupo de los niños clasificados *con problemas de conducta* de igual manera que los 55 indicadores de el DAP: SPED aparecieron frecuentemente en una muestra de niños "excepcionales" como la denominaron Naglieri, McNeish y Bardos al desarrollar la prueba.

Por otra parte de estos 13 indicadores sólo 5 discriminaron notablemente entre los niños con y sin problemas de conducta; es decir, su ocurrencia fue todavía más alta en el grupo de niños con problemas de conducta que los 8 restantes.

Ahora bien los 5 indicadores de los 18 frecuentes en los niños de la muestra que no se incluyeron en la categoría de signos de disturbio emocional son: Puños, ojos bizcos, figura grande, figura alta y colocación abajo; la razón por la cual no se tomaron como signos de disturbio es porque su frecuencia fue mayor en los niños *sin problemas de conducta*, y de acuerdo con los autores de el DAP: SPED, si los indicadores prevalecen en una muestra "no excepcional " no puede indicar disturbio emocional.

Otro dato importante que se puede observar en las gráficas anteriores es que estos 18 indicadores presentes en los niños mexicanos tienden a presentarse con una frecuencia alta en la mayoría de las edades, es decir no tienden a ser altos en los primeros años e ir disminuyendo en los siguientes hasta aparecer con frecuencias bajas o en el mejor de los casos ya no presentarse; y tomando en cuenta esto los 18 indicadores no pueden ser adjudicados a un proceso de maduración, ya que para pensar en ello se esperarí que la frecuencia fuera disminuyendo conforme avanza la edad del niño y en este caso podemos observar que si en alguno de ellos (como en pies omitidos) disminuye la frecuencia en determinada edad en posteriores aparece nuevamente con frecuencias altas; este indicador si podría atribuirse a un proceso madurativo en los primeros años ya que ocurre con una frecuencia alta que va disminuyendo conforme avanza la edad del niño sin embargo el indicador vuelve a aumentar de ocurrencia en edades avanzadas lo cual lo hace un signo de disturbio emocional.

Ahora bien la diferencia de los porcentajes de ocurrencia entre el grupo de niños con problemas y sin problemas de conducta puede ser observada en las gráficas anteriores, sin embargo ocurre que en indicadores como figura pequeña, colocación arriba, colocación abajo, piernas juntas y dedos rapaces; en determinadas edades la ocurrencia se percibe mayor en el grupo de niños clasificados sin problemas de conducta. La explicación que nosotros damos a esto es que difícilmente podría esperarse que en este grupo no prevaleciera a ninguna edad ningún indicador, ya que la clasificación de niños con problemas y niños sin problemas de conducta se hizo a juicio del profesor y este se basó en el comportamiento del niño dentro del salón de clases, por lo que se podría pensar que no todos los niños considerados sin problemas de conducta carecen realmente de problemas emocionales. Tal como lo menciona Koppitz en uno de sus estudios mencionados dentro del capítulo 4.

Así como también podría deberse a que el grupo de niños sin problemas estuvo conformado por 139 niños, mientras que el grupo de niños con problemas de

conducta lo conformaron 128 niños por lo que debido a esto puede verse alterada la frecuencia de ocurrencia en el grupo de niños sin problemas de conducta.

Aunque la prueba del DAP: SPED en este estudio sólo haya discriminado con 13 indicadores gráficos, entre los niños con y sin problemas de conducta, existen estudios realizados con el DFH, considerando los indicadores emocionales planteados por Koppitz que mencionan la ocurrencia de indicadores emocionales que también son considerados por el DAP: SPED.

En el estudio de Koppitz y de Moreau que se describe en el capítulo 4, se menciona haber encontrado con mayor frecuencia las figuras pequeñas; al igual que en los resultados de este estudio, las figuras inclinadas y las transparencias.

En el estudio de Venegas se encontraron nuevamente las figuras inclinadas, manos omitidas y la integración pobre de las partes (integración mal lograda para el DAP: SPED). Que son considerados como indicadores emocionales clínicamente significativos; estos dos últimos indicadores también encontrados en los resultados del presente estudio.

En otro estudio Koppitz encontró 16 indicadores emocionales en las figuras de pacientes clínicos de los cuales los siguientes también son considerados por el DAP: SPED. Integración pobre, figura pequeña y figura grande; estos tres indicadores fueron encontrados en la muestra de nuestro estudio, sombreado de manos, figura inclinada, tres figuras espontáneas y omisión de ojos.

En el estudio de Barocio, T. y de la Teja, C. 1980 los indicadores más frecuentes fueron: la figura inclinada, las manos omitidas y la figura pequeña estos dos últimos son dos indicadores encontrados frecuentemente en la mayoría de los estudios mencionados al igual que en los resultados de el presente estudio.

Por otra parte en el estudio de Mercado (1991), se encontraron los indicadores brazos pegados (Torso comprimido para el DAP: SPED), Figura grotesca

(Monstruo para el DAP: SPED), integración pobre, ojos vacíos; indicadores encontrados en la muestra utilizada en este estudio, omisión de boca, brazos y ojos así como sombreado de brazos y manos.

Como podemos darnos cuenta la mayoría de los estudios antes mencionados muestra la ocurrencia de indicadores que también fueron encontrados en los dibujos de los niños que conformaron la muestra de este estudio, así mismo mencionan indicadores que aunque no hayan aparecido en la muestra es posible que se presenten en los niños mexicanos; por lo que se sugiere tomarlos en cuenta para investigaciones posteriores realizadas con el DAP: SPED; ya que son indicadores que este instrumento también considera (ver apéndice), y por lo tanto los hallazgos de estos estudios nos dan la posibilidad de encontrar más de 13 indicadores gráficos (emocionales) en los niños mexicanos evaluados mediante el DAP: SPED.

Al obtener los porcentajes de ocurrencia de los indicadores gráficos (emocionales) de los dibujos de los niños observamos que 4 de los 55 indicadores de el DAP: SPED , estuvieron presentes sólo en el .3% y uno más de estos 55 indicadores no apareció en los dibujos de los niños mexicanos.

Los indicadores; cabeza omitida, brazos extendidos, figuras múltiples y figura uniformada corresponden al .3% de ocurrencia ya que cada uno sólo se presentó en una ocasión de los 801 dibujos calificados. Por otra parte el indicador figura que voltea a otro lado no se presentó en ninguno de los 801 dibujos, por lo que su porcentaje de ocurrencia es de 0%.

Considerando que los cinco indicadores gráficos (emocionales) antes mencionados, obtuvieron una frecuencia mínima de ocurrencia podríamos descartarlos como signos de disturbio emocional al menos en los resultados obtenidos de la muestra con la cual se trabajó.

Por otra parte la prueba original DAP: SPED otorga datos normativos por edad y género; con la finalidad de conocer si los niños mexicanos obtienen puntuaciones distintas según estas variables dentro de los resultados se llevó a cabo dicho análisis (capítulo 6).

La comparación de medias y desviación estándar de acuerdo al puntaje crudo del género masculino y femenino por medio de una prueba *t*, arrojó un valor significativo de .000, lo cual indica que el género si es una variable que influye en las puntuaciones obtenidas en el DAP: SPED de los niños de la muestra (ver tabla 2).

Por otra parte mediante un análisis de varianza, se obtuvieron las medias por grupos de edad (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) de acuerdo a los puntajes crudos, se realizó la comparación entre cada edad, obteniendo un valor significativo al .005 determinando así que la edad del niño influye en el puntaje crudo obtenido en el DAP: SPED (ver tabla 3 y 4).

Ya que estaba determinado que la variable edad si influye en la puntuación obtenida de el DAP: SPED en niños mexicanos, se realizó un análisis entre las medias obtenidas para cada edad por medio de pruebas *t*, para conocer entre cuales edades se presentaban diferencias significativas (ver tabla 10).

El análisis arrojó diferencias significativas al .005 entre las edades de: 6 a 8 en adelante hasta 6 a 13, de 7 a 9, en adelante, hasta 7 a 12, y de 8 a 11 y de 10 a 11.

Considerando estos resultados se desarrolló una tabla donde se encuentran registrados el puntaje crudo y el valor en calificación "T" correspondientes a cada uno de los puntajes crudos, como ya se conocía que las variables edad y género influyen en la puntuación obtenida por los niños de la muestra en el DAP: SPED; la tabla presenta los datos normativos por edad y género obtenidos en este

estudio que tentativamente pueden usarse para la población mexicana (ver tabla 11).

De esta manera pudimos observar que los grupos de edad para normas presentados en la tabla 11 del capítulo 6 y los presentados en la tabla de el DAP: SPED (apéndice A) son distintos; por lo tanto, el número de indicadores considerados para el diagnóstico de disturbio emocional es diferente para los niños mexicanos y para los niños estadounidenses.

Con el fin de establecer si la diferencia entre las normas desarrolladas para el DAP: SPED y las obtenidas de acuerdo a la ejecución y puntuación obtenida por los niños de este estudio era significativa, se compararon las medias y desviaciones estándar para cada grupo normativo mediante una prueba t obteniendo un valor igual a 33.75 con un nivel de significancia de .000 (tabla 9) lo que nos corrobora que las diferencias entre las normas utilizadas para población estadounidense y las normas para "población mexicana" son significativas por lo tanto cuando las normas estadounidenses sean utilizadas para evaluar a niños mexicanos debe hacerse con ciertas reservas.

Esto nos lleva a aceptar la otra parte de la hipótesis general de este estudio en la que se menciona que el número de indicadores considerados para diagnosticar disturbio emocional es distinto para los niños mexicanos en relación a los considerados para los niños estadounidenses.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos podemos concluir que se cumplió el objetivo de la presente investigación, ya que se tenía como propósito encontrar cuantos y cuales de los 55 indicadores gráficos de el DAP: SPED, se presentaban con mayor frecuencia en los dibujos de los niños mexicanos; los resultados arrojaron 18 de estos 55 indicadores como los más frecuentes en la muestra utilizada de niños con problemas de conducta, por lo que podemos decir que el DAP: SPED, al menos en esta muestra escolar discriminó entre los niños reportados con problemas de aquellos reportados sin problemas de conducta.

Quizá los 18 indicadores encontrados en la muestra utilizada sean pocos en relación a los 55 indicadores encontrados en la muestra "excepcional" por los autores del instrumento (Naglieri, McNeish y Bardos, 1991); pero hay que considerar que la muestra utilizada por estos fue más amplia y sobre todo los niños que participaron estaban previamente diagnosticados por un especialista como niños "excepcionales" y como niños "normales", mientras que en la muestra utilizada para esta investigación los niños que participaron fueron clasificados por su profesor de grupo como niños con y sin problemas de conducta, por lo que la presencia de indicadores en los niños clasificados con problemas de conducta se vio sesgada por el juicio subjetivo del profesor por lo que no podemos arriesgarnos a afirmar que en realidad todos los niños tuvieran problemas y que los clasificados sin problemas en realidad carezcan de estos.

Por otra parte los 37 indicadores restantes que utilizaron los autores del instrumento no fueron considerados en los resultados de la presente investigación, ya que aunque se presentaron, su frecuencia era menor al 30% y estaban presentes en ambos grupos casi con la misma frecuencia, por lo que no podríamos decir que predominaron en la muestra de niños con problemas de conducta para considerarlos como discriminativos. El hecho de que los indicadores antes mencionados hayan estado presentes con una frecuencia

similar en ambos grupos, puede adjudicarse a que el grupo de niños sin problemas de conducta fue mayor en relación al grupo de niños con problemas.

Los resultados obtenidos en esta investigación también nos permiten aceptar nuestra hipótesis general la cual menciona que existirán diferentes características entre los dibujos de niños con problemas y sin problemas de conducta, así como que existirán diferencias en el número de indicadores que determinan el diagnóstico de disturbio emocional según las normas Estadounidenses y las "normas Mexicanas".

Los resultados que nos llevan a aceptar esta hipótesis arrojan diferencias significativas en cuanto a la puntuación obtenida por los niños con problemas y la obtenida por los niños sin problemas de conducta, mostrando que los niños con problemas obtienen puntuaciones más altas, por lo que la presencia de indicadores es mayor en los dibujos de estos niños.

Por otra parte la influencia de las variables edad y género mostraron diferencias significativas en cuanto a la puntuación obtenida por los niños de la muestra, lo cual nos indica que las normas de Estados Unidos sólo pueden ser utilizadas con reservas para niños mexicanos de entre 6 y 13 años de edad

Como aportación a estos resultados, se desarrolló una tabla de calificaciones T en la que se observa que los rangos de edad son diferentes a los propuestos por las normas estadounidenses (apéndice A) y por lo tanto el número de indicadores para el diagnóstico de disturbio emocional es diferente para los niños mexicanos usando las normas de Estados Unidos y las proporcionadas de manera tentativa por este estudio.

Considerando los hallazgos proporcionados por la presente investigación, podemos concluir de manera general que el DAP: SPED como instrumento

valorativo al menos en población escolar mexicana logra discriminar entre aquellos niños con problemas y aquellos sin problemas de conducta.

CAPITULO 8

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las principales limitaciones que tuvimos al llevar a cabo esta investigación, es la poca información con la que se cuenta en lo que se refiere a la prueba DAP: SPED; ya que debido a esto no pudimos profundizar en la interpretación y discusión de nuestros resultados.

Otra limitación con la cual nos encontramos al realizar esta investigación fue que los niños con problemas se clasificaron como tales tomando en cuenta sólo el juicio del profesor del grupo, por otra parte no nos fue posible igualar el número de niños reportados con problemas de conducta y los reportados como sin problemas, así mismo la cantidad de niñas y niños fue distinta para cada grupo. Estas limitaciones se dieron debido a que el profesor fue quien determinó que niños participarían.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones antes mencionadas consideramos que los resultados obtenidos en la presente investigación dan pie a futuras investigaciones para las cuales se sugiere; utilizar una muestra más amplia en la que se tenga un número igual de niños y niñas en cada una de las diferentes edades con las que se trabaje, ya que el instrumento puede aplicarse desde los 6 a los 17 años. Así mismo que la característica de ser niño (a) con problemas de conducta sea emitida por un especialista.

Tomando en cuenta las sugerencias anteriores creemos necesario el desarrollo de normas para nuestra población.

Por otra parte considerando los hallazgos que esta investigación proporciona en cuanto a las variables edad y género, se sugiere la realización de una

comparación entre niños y niñas en las diferentes edades con la finalidad de saber quienes y a que edad presentan con mayor frecuencia el indicador.

REFERENCIAS

Abad Caja, Julian y Col. (1983). *Diccionario de las Ciencias de la Educación* (Tomo 1 y 2). México: Santillana.

Anastasi, Anne. (1998). *Test Psicológicos*. Madrid: Aguilar.

Anderson y Anderson (1978). *Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico* (4ª. ed). Madrid: Rialph.

Barocio, T. y de la Teja, C.(1980) *Estudio exploratorio de la prueba del DFH de E. Koppitz en un grupo de escolares mexicanos*. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.

Bell, J. E. (1951). *Técnicas Proyectivas*. Buenos Aires: Paidos.

Caraveo, A. J. Medina, N. E. "et al", (1995). *El consumo de alcohol en adultos como factor de riesgo asociado con trastornos psíquicos en los niños*. Salud Mental 18. 18 - 23.

Caraveo, A.J. Medina, N. E. Villatoro, J. Rascón, L.(1994). *La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños*. Salud Mental 17. 56 - 60.

Cohen Jay Ronald, Swerdlik E. Mark. (1996). *Pruebas y Evaluación Psicológica*.

Dolto, Francois. (1991). *Psicoanálisis y Pediatría*. México, Siglo XXI

Dorsch Friedrich (1976). *Diccionario de Psicología*. Herder. Barcelona.

DSM -IV:Manual *Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (1995). Masson, S.A. Barcelona.

Echeburúa Odriozola Enrique (1998) *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Pirámide. España.

Elorza Haroldo (1987). *Estadística para Ciencias del Comportamiento*. México: Harla.

Esquivel Fayne, Heredia Cristina, Lucio Emilia (1994). *Psicodiagnóstico Clínico del Niño*. México: Manual Moderno.

Freud Anna (1971). *Normalidad y patología en la niñez*. Paidos. Buenos Aires.

Freud Anna (1977). *Neurosis y sintomatología en la infancia*. Paidos. Buenos Aires.

Frías, D. Mestre, V. Del Barrio, V. Garcia - Ros, R. (1992). *Estructura familiar y depresión infantil*. Anuario de Psicología 52. 121 - 131.

Gregory, J. Robert. (2001). *Evaluación Psicológica. Historia, Principios y Aplicaciones*. México, D.F. Manual Moderno.

Howard C. Warren (1987). *Diccionario de Psicología*. México: Fondo de Cultura Económica.

Jiménez Serafin, A. (2000) *Principales elementos gráficos que aparecen en el HTP (House, Tree, Person) en niños*. U.N.A.M. Tesis de Licenciatura

Kaplan Harold I. Sadock Benjamin J. (1994). *Compendio de Psiquiatría*. México: Salvat.

Koppitz E. M. (1991). *Evaluación psicológica de los dibujos de la figura humana por alumnos de educación media* México: Manual Moderno

Koppitz, E. (1993). *El Dibujo de la Figura Humana en los niños*. Buenos Aires. Guadalupe.

Lewis R. Aiken. (1996). *Test Psicológicos y Evaluación*. 8ª edición. México: Prentice Hall.

Llanes Casas, M. Sil Pozos, M.(2000) *Normalización del dibujo de la figura humana (DFH) de Koppitz en población mexicana del D.F.* U.N.A.M Tesis de Licenciatura.

McGuigan (1974). *Psicología Experimental*. México: Trillas.

Melvin Lewis (1973) *Desarrollo Psicológico del niño*. México: Nueva editorial interamericana.

Morales M^a. L. (1975). *Psicometría Aplicada*. México, Trillas.

Naglieri Jack. A , McNeish Timothy. J, Bardos Achilles. N. (1991). *DAP: SPED Draw A Person: Screening Procedure For Emotional Disturbance*. Examiner's Manual.
PRO- DE, Inc. E.U.

Newman, M. Barbara, Newman, R. Philip (1985) *Desarrollo del niño*. México: Limusa.

Nunnally. J. C. (1995). *Teoría Psicométrica*. México: Mcgraw - Hill.

Papalia Diane E. Wendkos Olds Sally (1990). *Desarrollo Humano (1ª ed)*. México: McGraw - Hill.

Phares, E. Jerry (1996) *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.

Rodríguez Sacristán Jaime (1995) *Psicopatología del niño y del adolescente*. Universidad de Sevilla. Tomo I - II.

Rojas Soriano Raúl (1980). *Guía para Realizar Investigaciones Sociales*. México: Textos Universitarios - UNAM.

Sattler Jerome M. (1996). *Evaluación Infantil (3ª ed)*. México: Manual Moderno

Solloa García Luz María (2001). *Los Trastornos Psicológicos en el Niño. Etiología, Características, Diagnóstico y Tratamiento*. México: Trillas.

Venegas, P. (1985). *Alteraciones detectadas a través del test Gestáltico visomotor de L. Bender y el test del DFH evaluados por el método de E. Koppitz en niños de la comunidad de Tepito*. Tesis de licenciatura en Psicología. UNAM.

Verduzco, Alvarez Icaza Ma. Angélica.(1992). *La autoestima en niños con trastornos por déficit de atención*. Tesis de maestría. UNAM.

Villalobos Ma. Eugenia. (1994). Cuadernos de psicología (Vol. 13). *En la relación familiar: Algunos de sus efectos perturbadores en la organización social del sujeto*. (pp. 3 -16). Universidad del Valle.

Wallon Philipe, Cambier Anne; Engelhart Dominique (1990) *El dibujo del niño*. La Habana: Científico Técnica.

Wicks Nelson Rita., Allen C. Israel (1997). *Psicopatología del niño y el adolescente*. 3ª edición. Prentice Hall. Madrid

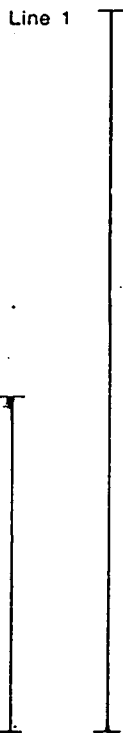
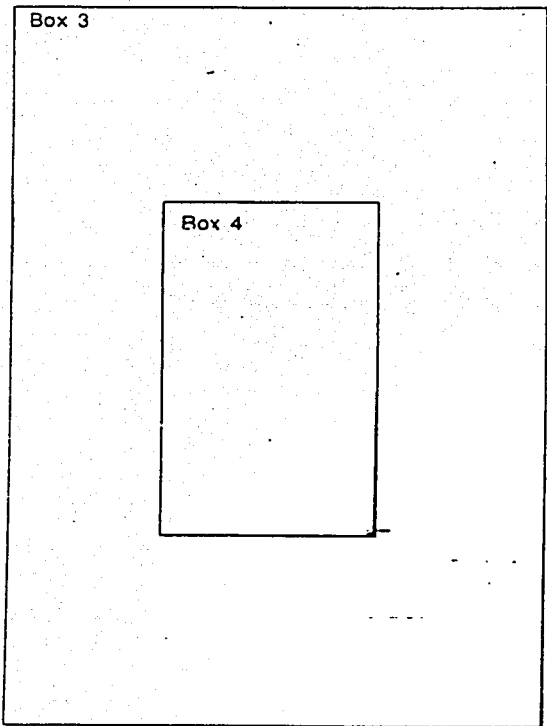
Wolff Sula. (1977). *Trastornos psíquicos del niño: Causas y tratamientos*. 3ª edición. Siglo veintiuno, España.

APENDICE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Plantillas de Calificación

Ages 6-8



Ages 6-8

Box 5

Line 6

Line 5

Box 6

M-W-S

Ages 6-8

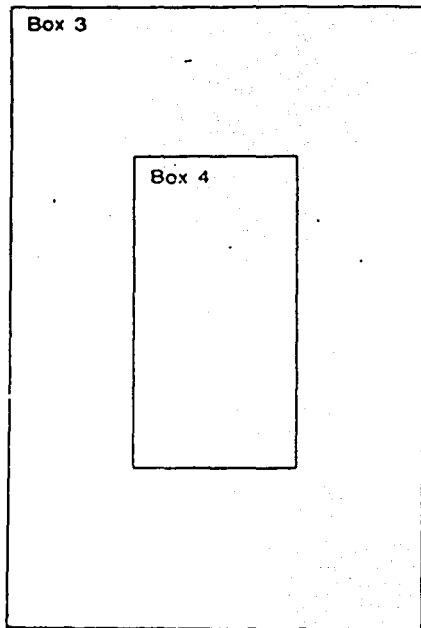
Box 7

Line 8

Line 7

Box 8

M-W-S



Ages 9-12

Box 5

Line 6

Line 5

Box 6

M-W-A

Ages 9-12

Box 7

Line 8

Line 7

Box 8

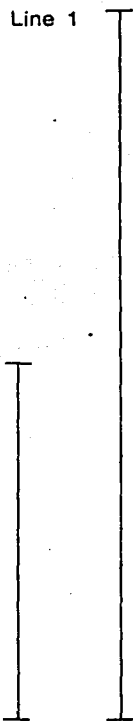
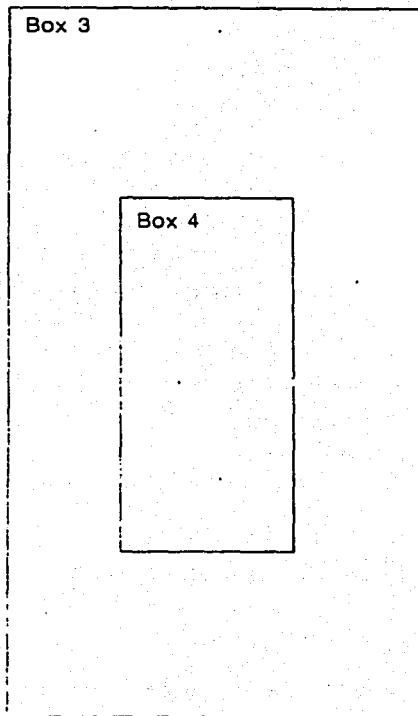
Ages 13-17

Line 6

Line 5

Box 6

M-W-S



Age 13-17

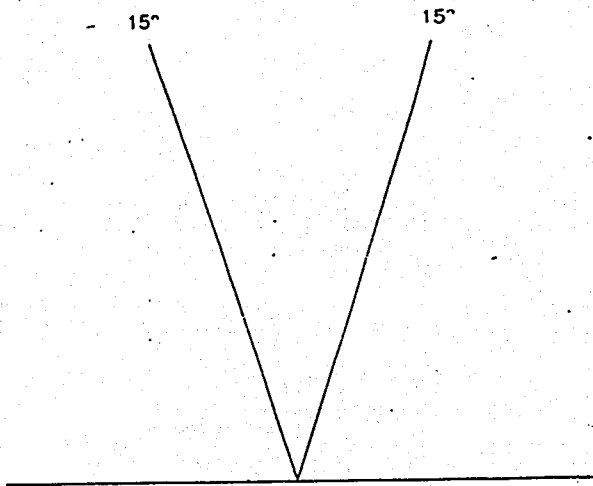
Box 7

Line 8

Line 7

M-W-S

Item 9



DAP:SPED SCORING SYSTEM

1. **TALL FIGURE.- FIGURA ALTA.** Se califica si la distancia entre el punto más alto y el más bajo es más grande que la altura de la línea 1 (utilice la lámina para la edad apropiada.) Prendas de vestir como sombreros o zapatos se incluyen en la medición, aunque otros objetos como bolso de mano, portafolios, mochilas, bates de beisbol, no están incluidos. De todas maneras la lámina debe alinearse exactamente con la página y no rotarla.
2. **SHORT FIGURE.- FIGURA CORTA.** Se califica si la distancia entre el punto más alto de la figura y el más bajo de la misma es menor que la línea 2 (utilice la lámina para la edad apropiada). Prendas de vestir como sombreros o zapatos se incluyen en la medición, otros objetos como bolsos de mano, portafolios, mochilas, bates de beisbol no se incluyen. En todos los casos la lámina debe alinearse con la página y no rotarla.
3. **BIG FIGURE. FIGURA GRANDE.-** Se califica si la figura excede tanto la dimensión vertical como la horizontal del cuadro 3. (Utilice la lámina apropiada a la edad) Prendas de vestir como sombrero o zapatos se incluyen en la medición, no así el bolso de mano, portafolios, mochila etc. La lámina debe estar alineada a la página y no rotarla.
4. **LITTLE FIGURE. FIGURA PEQUEÑA.-** Se califica si la figura entra completamente dentro del cuadro 4. (Utilice la lámina para la edad apropiada) Prendas de vestir como sombrero o zapatos se incluyen en la medición, no así con el bolso de mano, el portafolios, la mochila etc. La lámina debe estar alineada con la página y no rotarla.
5. **TOP PLACEMENT. COLOCACIÓN ARRIBA.-** Se califica cuando cualquier parte de la figura está en el cuadro 5 y la figura esta enteramente arriba de la línea 5.(utilice la lámina apropiada a la edad) El pelo y los artículos de vestir tales como sombreros o zapatos están incluidos en la medición, no así los bolsos de mano, portafolios y mochilas.
6. **BOTTOM PLACEMENT. COLOCACIÓN ABAJO.** Se califica cuando cualquier parte de la figura esta en el cuadro 6 y la figura está completamente bajo la línea 6 (Utilice la lámina para la edad apropiada). Las prendas de vestir como sombreros o zapatos se incluyen en la medición, no así objetos como bolsos de mano, portafolios y mochilas.
7. **LEFT PLACEMENT. COLOCACIÓN A LA IZQUIERDA.** Se califica cuando cualquier parte de la figura esta en el cuadro 7 y la figura está completamente a la izquierda de la LÍNEA 7. (Utilice la lámina apropiada a la edad) Los artículos de vestir como sombreros o

- zapatos se incluyen en la medición, no así otros objetos como: bolsos de mano, portafolios o mochilas.
8. **RIGHT PLACEMENT. COLOCACIÓN A LA DERECHA.** Se califica cuando cualquier parte de la figura esté en el cuadro 8 y la figura esté enteramente a la derecha de la línea 8. (Utilice la lámina apropiada la edad) Prendas de vestir como sombreros o zapatos se incluyen en la medición, no así los bolsos de mano, portafolios y mochilas.
 9. **SLANTING FIGURE. FIGURA INCLINADA.** Se califica si el eje vertical de la figura (Esto es: La línea del punto medio del ancho de la cabeza al punto medio del ancho de la postura) se desvia 15° o más de la línea perpendicular de la base de la página (Utilice la lámina 9 de detalle) Este aspecto se mide colocando sobre la figura una lámina que muestre los ejes vertical y horizontal. Coloque la lámina con los vértices de las líneas en el centro de la base de la figura y paralelo a la base de la página.
 10. **LEGS TOGETHER, PIERNAS JUNTAS.-** Se califica si las piernas están dibujadas juntas sin ningún espacio visible entre las piernas o si solo una pierna está visible de perfil.
 11. **BASELINE DRAWN. DIBUJO DE LINEA DE BASE.** Se califica si se dibujó una línea de base, suelo o pasto.
 12. **LETTERING/NUMBERING. LETREROS O NÚMEROS.** Se califica si aparecen letras, palabras, frases o números en cualquier lugar de la página otra cosa que sobre la figura (Sobre la figura incluye accesorios que se estén usando) *como: botones, etc.*
 13. **ROTATED PAGE. PÁGINA GIRADA.** Se califica si se dibuja con la dimensión más larga de la página hacia arriba.
 14. **LEFT/RIGHT-FACING FIGURE. PERFIL IZQUIERDO O DERECHO.** Se califica si la figura completa o la cabeza está de perfil izquierdo o derecho.
 15. **FIGURE FACING AWAY. FIGURA QUE VOLTEA A OTRO LADO.** Se califica si toda la figura o la cabeza está viendo a otro lado desde el punto de vista del espectador de manera que solo se ve la parte de atrás de la cabeza.
 16. **FAILED INTEGRATION. INTEGRACIÓN MALOGRADA.** Se califica si cualquiera de lo siguiente están presentes pero no agregados.
 - a. La cabeza está agregada al cuello o a la parte superior del torso.
 - b. Dos brazos (uno de perfil) agregados a la mitad superior del torso (arriba de la marca de la mitad en la medida vertical del torso o del fondo de un vestido) El Torso se extiende desde la parte superior del tronco donde encuentra la cabeza o el cuello hasta el fondo donde encuentra las piernas o la entrepierna.
 17. **TRANSPARENCIAS. TRANSPARENCIAS.** Se califica si cualquier parte del cuerpo se muestra a través de la ropa o alguna otra parte del cuerpo.

204

18. **RESTART. RECOMENZAR.** Se califica si una o más figuras humanas están obviamente abandonadas (borradas, tachadas o meramente dejadas incompletas) y una figura completa aparece en la página.
19. **HEAD OMITTED. CABEZA OMITIDA.** Se califica si la cabeza de la figura está ausente. Cualquier intento de representar una cabeza no puede calificarse como omisión.
20. **HAIR OMITTED. CABELLO OMITIDO.** Se califica si la figura no tiene cabello. Cualquier intento de representar cabello sobre la cabeza incluyendo barba etc. No puede calificarse como omisión.
21. **EYES OMITTED. OJOS OMITIDOS.** Se califica si la figura no tiene ojos. Cualquier intento de representar ojos (Incluyendo un solo ojo) no puede calificarse como omisión.
22. **NOSE OMITTED. NARIZ OMITIDA.** Se califica si la figura carece de nariz. Cualquier intento de representar la nariz no puede calificarse como omisión.
23. **MOUTH OMITTED. BOCA OMITIDA.** Se califica si la figura carece de boca. Cualquier intento de representar una boca no puede calificarse como omisión.
24. **TORSO OMITTED. TORSO OMITIDO.** Se califica si la figura carece de torso. Cualquier intento de representar el torso no puede calificarse como omisión.
25. **ARMS OMITTED. BRAZOS OMITIDOS.** Se califica si la figura carece de brazos. Cualquier intento de representar brazos no puede calificarse como omisión.
26. **FINGERS OMITTED. DEDOS OMITIDOS.** Se califica si la figura carece de dedos. Cualquier intento de representar dedos no puede calificarse como omisión.
27. **LEGGs OMITTED. PIERNAS OMITIDAS.** Se califica si la figura carece de piernas. Cualquier intento de representar piernas no puede calificarse como omisión.
28. **FEET OMITTED. PIES OMITIDOS.** Se califica si la figura carece de pies. Cualquier intento de representar pies no puede calificarse como omisión.
29. **CROTCH ERASURE. ENTREPIERNA BORRADA.** Se califica si hay una aparente borradura en el área de la entrepierna de la figura (Debajo de la línea de la cintura o del cinturón y arriba del área de la rodilla).
30. **CROTCH SHADING. ENTREPIERNA SOMBREADA.** Se califica si hay trazos de lápiz presentes en el área de la entrepierna de la figura (debajo de la línea de la cintura o del cinturón y arriba de la rodilla) que llenará un área con color u oscureciendo (incluyendo barras o rayas en la ropa)
31. **HAND SHADING. SOMBREADO DE LA MANO.** Se califica si hay trazos de lápiz presentes en las manos de la figura, que llenarán un área coloreando u oscureciendo.

32. **FEET SHADING. SOMBREADO DE LOS PIES.** Se califica si hay trazos de lápiz en los pies de la figura, que llenarán un área coloreando u obscureciendo (Las agujetas no califican como sombreado).
33. **OUTSIDE SHADING. SOMBREADO EXTERIOR.** Se califica si existen trazos de lápiz fuera de la figura, que llenarán un área coloreando u obscureciendo.
34. **VACANT EYES. OJOS VACÍOS.** Se califica si los ojos de la figura (uno pudiera estar de perfil) están vacíos (esto es, círculos vacíos).
35. **CLOSED EYES. OJOS CERRADOS.** Se califica si la figura tiene los ojos cerrados.
36. **CROSSED EYES. OJOS VIZCOS.** Se califica si tiene los ojos viscos.
37. **GAZING LEFT/RIGHT . MIRADA FIJA CON EL IZQ. O EL DER.** Se califica si los ojos de la figura (uno de perfil) miran fijamente hacia uno de ellos, el izquierdo o el derecho.
38. **FROWNING MOUTH. BOCA FRUNCIDA.** Se califica si la boca de la figura tiene la boca fruncida.
39. **SLASH MOUTH. BOCA DE TAJADA.** Se califica si la boca de la figura es una raya recta o parece tajada.
40. **TEETH. DIENTES.** Se califica si están presentes los dientes en la boca de la figura.
41. **OBJECT IN MOUTH. OBJETO EN LA BOCA.** Se califica si en la boca de la figura hay un objeto (pipa, cigarro, etc.).
42. **REACHING ARMS. BRAZOS EXTENDIDOS.** Se califica si los brazos incluyendo las manos están extendidos arriba de la cabeza.
43. **PRESSED TORSO. TORSO COMPRIMIDO.** Se califica si los brazos de la figura se encuentran abajo a los lados sin espacio visible entre ellos y el torso.
44. **INCONSISTENT POSITION. POSICIÓN INCONSISTENTE.** Se califica si los brazos de la figura están en diferente posición (esto es, extendidos colgando, o pegados al torso como se define abajo).
- a. Alcanzando algo arriba de la cabeza.
 - b. Brazos abiertos aproximadamente en posición horizontal.
 - c. Brazos colgantes apuntando hacia abajo
 - d. Un brazo está pegado al torso si no hay espacio entre él y el torso.
45. **HANDS CUT OFF. MANOS CORTADAS.** Se califica si no hay manos o dedos al final de los brazos. (Manos escondidas detrás o en los bolsillos no califican).
46. **HIDDEN HANDS. MANOS ESCONDIDAS.** Se califican si las manos están escondidas detrás de la espalda de la figura o en los bolsillos.
47. **FISTS. PUÑOS.** Se califica si las manos están empuñadas.

48. **TALONS. DEDOS RAPACES.** Se califica si uno o más dedos están claramente como garras o como cuchillos.
49. **AGRSSIVE SYMBOLS. SÍMBOLOS AGRESIVOS.** Se califican por la presencia de uno o más símbolos agresivos, gestos o escritos (p.ej. pistolas, cuchillos mazos, escritos profanos o algún otro símbolo de agresión..
50. **OBJECT ATTACHED. OBJETOS ADHERIDOS.** Se califica por la presencia de uno o más objetos adheridos a o sostenidos por la figura (p.ej. bolsa de mano, portafolios, mochila, bate de beisbol, pero se excluyen los símbolos agresivos y artículos como gafas y joyería.
51. **BACKGROUND FILLED IN. FONDO.** Se califica por la presencia de cualquier dibujo en adición a la figura humana que no esté adherido a o sostenido por la misma (p.ej. automóvil, animal, edificio, árbol, sol, luna, nubes, gotas de lluvia)
52. **MONSTER. MOUNSTRO.** Se califica si la figura es dibujada como no humano o mounstro.
53. **MULTIPLE FIGURES. FIGURAS MÚLTIPLES.** Se califica por la presencia de más de una persona completa o mounstro en la página.
54. **NUDE FIGURE. FIGURA DESNUDA.** Se califica si está total o parcialmente desnuda la figura. Este aspecto incluye cualquier representación de genitales, pero los pies descalzos, pantalón corto, o camisa de manga corta no califican.
55. **UNIFORMED FIGURE. FIGURA UNIFORMADA.** Se califica la figura dibujada como soldado, vaquero/vaquera, policía, etc.

Protocolo de Calificación

Nombre: _____

Grupo: _____

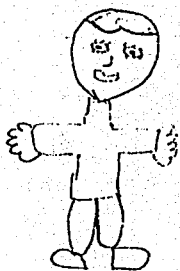
(DAP)

INDICADORES	HOMBRE	MUJER	NIÑO (A)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			
36.			
37.			

38.			
39.			
40.			
41.			
42.			
43.			
44.			
45.			
46.			
47.			
48.			
49.			
50.			
51.			
52.			
53.			
54.			
55.			
TOTAL			

DAP:SPED Norms

Raw Score	Ages 6-8		Ages 9-12		Ages 13-17	
	Males	Females	Males	Females	Males	Females
1	30	31	32	33	29	31
2	32	33	34	35	31	33
3	34	35	36	37	33	35
4	36	38	38	39	35	37
5	38	40	40	41	36	39
6	40	42	41	43	38	41
7	41	44	43	45	40	43
8	43	46	45	47	42	45
9	45	48	47	49	44	47
10	47	50	48	51	45	49
11	49	52	50	54	47	51
12	51	55	52	56	49	53
13	53	57	54	58	51	55
14	55	59	56	60	53	57
15	57	61	57	62	54	59
16	58	63	59	64	56	61
17	60	65	61	66	58	63
18	62	67	63	68	60	65
19	64	69	65	70	61	67
20	66	72	66	72	63	69
21	68	74	68	74	65	71
22	70	76	70	76	67	73
23	72	78	72	78	69	75
24	73	80	74	80	70	77
25	75	>80	75	>80	72	79
26	77		77		74	>80
27	79		79		76	
28	>80		>80		78	
29					79	
30					>80	



Dirigido al hombre:

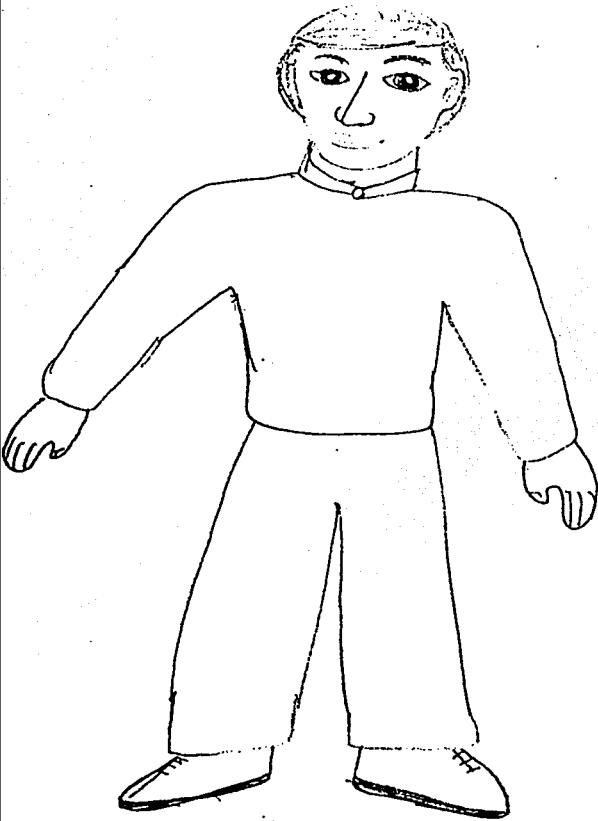
F. G. R.

Femenino de 12 años

6º año

Clasificación sin problemas

Calificación T del DAPSPEO: 37



Dibujo de si mismo

O. A. G.

Masculino de 13 años
6º año

Clasificado sin problemas

Calificación T del DAP SPED: 45

212



Dibujo de si mismo
6^o año
Femenino de 11 años
Clasificado sin problemas
Calificación T del DAV SP

49

213



Dibujó de hombre

J. C. C. G.

Masculino de 11 años

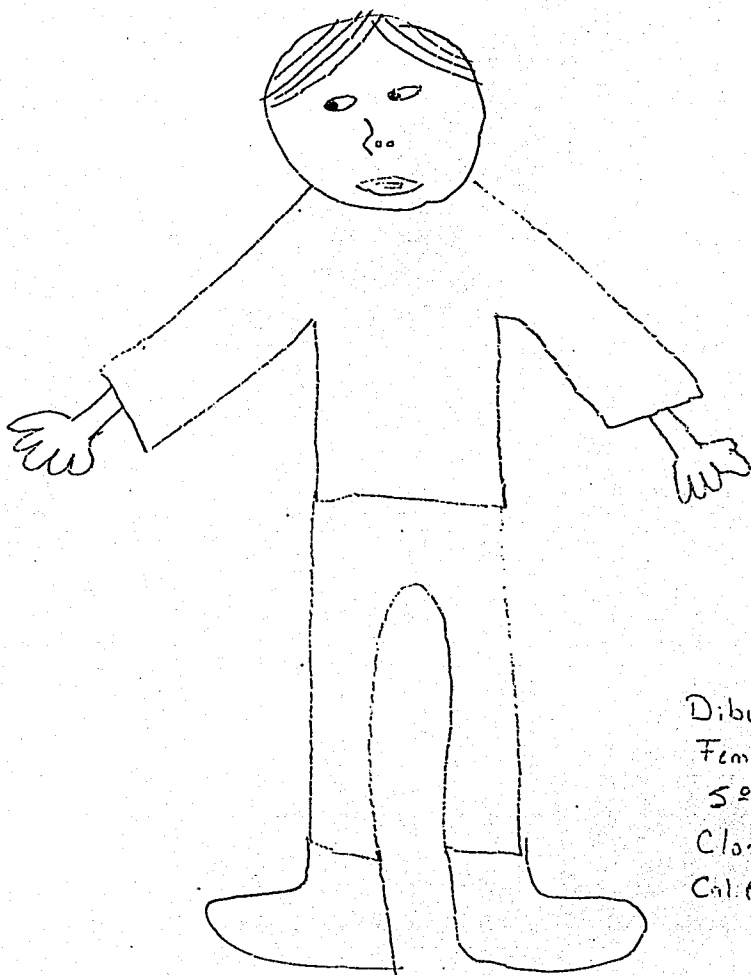
5^a año

Clasificación sin problemas

Calificación T del LAD: 51.51

57

214.



Dibujo de hombre
Femenino de 10 años
5º año
Clasificación sin problemas
Calificación T del DAP: SPED

62

215



Dibujo de mujer

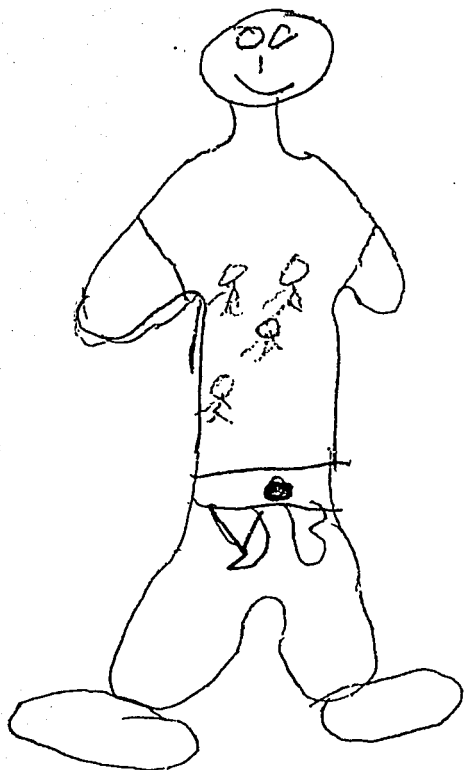
A. C. E.

Masculino de 10 años

4º año

Clasificado sin problemas

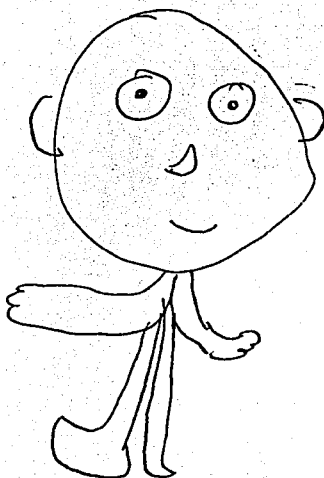
Calificación T. del DAP: SPED: 66



Dibujo de si mismo
L. E. H. E.
Masculino de 12 años
5º año
Clasificado con problemas
Calificación T del DAP: SPEO

63

277



Dibujo de hombre

A. J. H. L.

Masculino de 4 años

3^{er} año

Clasificado con problemas

Calificación T del DAP: SPED: 65

218



Dibujó de hombre

C. P. P.

Masculino de 10 años

5º año

Clasificado con problemas

Calificación T del WAP: SPED: 66



Dibujo de si mismo

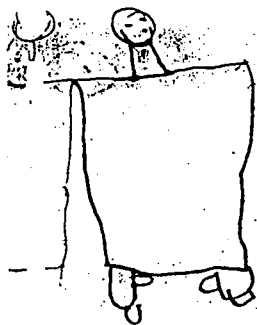
L. A. P. C.

Masculino de 11 años

6^o año

Clasificado con problemas

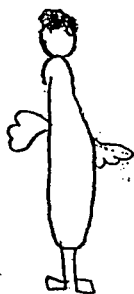
Calificación T del DAP: SPED: 74



Dibujo de hombre
O. A. H.
Masculino de 6 años
1^{er} año

Clasificado: con problemas
Calificación T del DAP: SPED 70

221



Dibujo de mujer

J.R.L

Masculino de 6 años:

1º año

Clasificado con problemas

Calificación T del DAP: SPED 66

222