Universidad de Huelva

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

El test Bender como detector de problemas emocionales y comportamentales en niños de 4º y 5º de primaria

Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:

Pilar Alonso Martín

Fecha de lectura: 4 de diciembre de 2004

Bajo la dirección del doctor:

Jerónimo Juidías Barroso

Huelva, 2010

ISBN: 978-84-92944-61-3
D.L.: H 95-2010

TESIS
UHU
2004
17

UNIVERSIDAD DE HUELVA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

EL TEST BENDER COMO DETECTOR DE PROBLEMAS EMOCIONALES Y COMPORTAMENTALES EN NIÑOS DE 4º Y 5º DE PRIMARIA

Doctoranda: **Pilar Alonso Martín**

Director: **Dr. Jerónimo Juidías Barroso**

Huelva, septiembre, 2004

Universidad de huelva 2010

Agradecimientos.

A todos los que han hecho posible la realización de la presente investigación.

Universidad de huelva 2010

Índice

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

ÍNDICE

Introducción 3

PARTE TEÓRICA

CAPÍTULO 1 9

1.1. Personalidad. 11

1.1.1. Teorías de la Personalidad..... 11

1.1.1.1. Perspectiva psicoanalítica..... 12

1.1.1.2. Perspectiva fenomenológica humanista..... 13

1.1.1.3. Perspectiva disposicional o de rasgos..... 14

1.1.1.3.1. Teoría del rasgo individual de Allport..... 15

1.1.1.3.2. Teoría analítico-factorial de Cattell..... 15

1.1.1.3.3. Modelo de los Cinco Grandes Factores..... 16

1.1.1.3.4. Modelos psicobiológicos..... 17

1.1.1.4. Perspectiva del aprendizaje..... 17

1.1.1.5. Perspectiva socio-cognitiva..... 18

1.1.1.5.1. Teoría del aprendizaje social de Rotter..... 18

1.1.1.5.2. Teoría socio-cognitiva de Bandura..... 19

1.1.1.6. Perspectiva constructivista..... 19

1.1.2. Estructura de los rasgos de la personalidad según la teoría de H. J. Eysecnk..... 20

1.1.2.1. Universalidad del sistema P.E.N..... 27

1.2. Desarrollo evolutivo psico-social..... 32

1.2.1. Desarrollo de la personalidad..... 32

1.2.1.1. El autoconcepto..... 32

1.2.1.2. La autoestima..... 35

1.2.1.3. La identidad sexual y de género..... 36

1.2.2. Desarrollo emocional..... 37

1.2.2.1. Determinantes genéticos y ambientales..... 38

1.2.2.2. Accesibilidad e identificación de las emociones..... 39

1.2.2.3. Interacción emocional y cognitiva..... 41

1.2.3. Desarrollo social..... 41

1.2.3.1. La familia..... 42

1.2.3.2. El grupo de iguales..... 43

1.2.4. La implicación de la escuela..... 45

1.2.4.1. Dificultades de aprendizaje y comportamiento social..... 46

Universidad de huelva 2010

CAPÍTULO 2 ..... **51**
2.1. Emoción 53
2.1.1. Concepto 53
2.1.2. Tipos de emociones 54
2.1.3. Evolución de la emoción en el niño 56
2.1.4. Factores de riesgo y prevención 57
2.1.4.1. Factores de riesgo 62
2.1.4.2. Conductas de alarma en el niño 64
2.1.5. Evaluación de lasconductas emocionales 65
2.2. Problemas Emocionales 69
2.2.1. Clasificación de los problemas infantiles 69
2.2.2. Problemas Ocultos 70
2.2.2.1. Timidez 70
2.2.2.1.1. Concepto 70
2.2.2.1.2. Aportes de investigación 72
2.2.2.1.3. Síntomas de la timidez 75
2.2.2.1.4. Etiología de la timidez 76
2.2.2.1.5. Diagnóstico 77
2.2.2.2. Miedo 78
2.2.2.2.1. Concepto 78
2.2.2.2.2. Etiología 84
2.2.2.2.3. Evaluación 84
2.2.2.3. Ansiedad 85
2.2.2.3.1. Concepto 88
2.2.2.3.2. La ansiedad se aprende 90
2.2.2.3.3. Síntomas de la ansiedad infantil 92
2.2.2.3.4. Clasificación de la ansiedad patológica 93
2.2.2.3.5. Epidemiología 97
2.2.2.3.6. Etiología 100
2.2.2.3.7. Factores de riesgo 102
2.2.2.3.8. Ansiedad y fracaso escolar 105
2.2.2.3.9. Evaluación de la ansiedad 107
2.2.2.4. Depresión 115
2.2.2.4.1. Concepto 115
2.2.2.4.2. Clasificación de depresión 116
2.2.2.4.3. Diagnóstico 118
2.2.2.4.4. Epidemiología 120

Universidad de huelva 2010

2.2.2.4.5. Etiología..... 121
2.2.2.4.6. La importancia de la escuela en los niños deprimidos..... 123
2.2.3. Problemas Manifiestos..... 126
2.2.3.1. Desobediencia..... 126
2.2.3.1.1. Concepto..... 126
2.2.3.1.2. Etiología..... 127
2.2.3.2. Rabietas..... 128
2.2.3.2.1. Concepto..... 128
2.2.3.2.2. Etiología..... 129
2.2.3.3. Ira..... 129
2.2.3.3.1. Concepto..... 129
2.2.3.3.2. Aspectos evolutivos de la ira..... 130
2.2.3.3.3. Epidemiología..... 131
2.2.3.3.4. Etiología..... 132
2.2.3.4. Agresión..... 136
2.2.3.4.1. Concepto..... 136
2.2.3.4.2. Aspectos Evolutivos..... 138
2.2.3.4.3. Factores de Riesgo y Etiología..... 140
2.2.3.4.4. Teorías sobre el comportamiento agresivo..... 142
2.2.3.5. Trastornos de conducta: conducta antisocial..... 143
2.2.3.5.1. Concepto..... 143
2.2.3.5.2. Factores de riesgo..... 147
2.2.3.5.3. Etiología..... 153

CAPÍTULO 3 157
3.1. Técnicas proyectivas..... 159
3.1.1. Introducción..... 159
3.1.2. Supuestos y Fundamentos Teóricos..... 161
3.1.2.1. Supuestos..... 161
3.1.2.2. Fundamentos Teóricos..... 162
3.1.2.2.1. Teoría Psicoanalítica..... 163
3.1.2.2.2. Teoría de la Gestalt..... 167
3.1.3. Clasificación de las técnicas..... 169
3.1.4. Críticas a las Técnicas proyectivas..... 174
3.2. Técnicas proyectivas para niños..... 176

Universidad de huelva 2010

3.2.1. Introducción..... 176
3.2.2. Clasificación de las técnicas proyectivas para niños..... 178
3.2.3. Información y tipo de datos proporcionados por las Técnicas Proyectivas..... 179
3.2.4. Algunas limitaciones de las Técnicas Proyectivas..... 181
3.3. Técnicas proyectivas gráficas..... 182
3.3.1. Introducción..... 182
3.3.1.1. Breve historia de los Tests Gráficos..... 184
3.3.2. Fundamentación y principios teóricos..... 185
3.3.2.1. El test gráfico como un juego..... 186
3.3.2.2. Niveles de maduración..... 187
3.3.3. Utilidad de los tests gráficos proyectivos..... 188
3.3.3.1. Utilidad pragmática de los Tests Gráficos..... 190
3.3.4. Cuando utilizar los tests gráficos..... 191
3.3.5. Aspectos expresivos de los dibujos proyectivos..... 192

CAPÍTULO 4 193
4.1. Introducción..... 195
4.2. Etapas psicoevolutivas..... 200
4.2.1. Garabateo: (1,5-3 años)..... 201
4.2.2. Simbolismo arbitrario o realismo fortuito (2-3 años)..... 202
4.2.3. Realismo subjetivo o malogrado (3-5 años)..... 204
4.2.4. Realismo conceptual o intelectual (5-7 años)..... 205
4.2.5. Realismo objetivo o visual (7-14 años)..... 206
4.3. Particularidades en la evolución de la actividad gráfica..... 207
4.3.1. Inversión del trazo gráfico..... 207
4.3.2. Dificultades en la comunicación gráfica..... 207
4.3.3. Dibujo estereotipado..... 208
4.3.4. Grafismo desordenado e irregular..... 209
4.3.5. Persistencia a la yuxtaposición..... 209
4.3.6. Rotaciones..... 210
4.4. Dibujo de formas geométricas..... 210
4.4.1. Construcción de líneas..... 210
4.4.2. Criterios de evaluación..... 211
4.5. Teorías que estudian el significado del acto de dibujar..... 213
4.5.1. Interpretación genética 214
4.5.2. Interpretación cognitivista..... 215

Universidad de huelva 2010

4.5.3. Interpretación expresiva-proyectiva..... 216
4.5.4. Interpretación convencional..... 217
4.5.5. Interpretación perceptiva..... 217
4.6. Aspectos expresivos del dibujo..... 218
4.6.1. Secuencia..... 218
4.6.2. Presión del lápiz..... 220
4.6.3. Simetría..... 221
4.6.4. El trazo..... 222
4.6.5. El tamaño..... 223
4.6.6. Lugar que el dibujo ocupa en el folio..... 225
4.6.7. Borrado..... 227
4.6.8. Omisiones..... 228
4.6.9. Detalles..... 228
4.6.10. Sombreado..... 229

CAPÍTULO 5 231
5.1. Introducción..... 233
5.2. Antecedentes del test: la gestalt y las leyes de la percepción..... 234
5.3. Descripción del test de Bender..... 238
5.3.1. Descripción general del Test de Bender..... 238
5.3.2. Administración..... 244
5.3.3. Ámbito de aplicación..... 244
5.3.4. Fiabilidad y validez del test de Bender..... 246
5.3.4.2. Fiabilidad de la escala de maduración..... 248
5.3.4.3. Validez de la escala de maduración..... 250
5.4. Variaciones del del test de Bender..... 254
5.4.1. Variaciones en la técnica..... 254
5.4.2. Variaciones en el tipo de administración..... 256
5.5. Sistemas de puntuación del test de bender para el desarrollo madurativo..... 259
5.5.1. Sistemas de puntuación para adolescentes y adultos..... 260
5.5.2. Sistemas de puntuación para niños..... 260
5.6. Factores de género y sociculturales en la ejecución del test de Bender..... 271
5.7. El test de bender como test de personalidad..... 272
5.7.1. Introducción y aspectos generales..... 272
5.7.2. Autores más representativos..... 275

Universidad de huelva 2010

5.7.2.1. Bender (1938, 1946, 1989)..... 275
5.7.2.2. Hutt (1945/1992)..... 279
5.7.2.3. Nodelis (2000). 282
5.7.2.4. Koppitz (1976, 1981)..... 284
5.7.3. Algunas investigaciones realizadas al respecto..... 291

PARTE EMPÍRICA

CAPÍTULO 6 295
6.1. Introducción 297
6.2. Objetivos e hipótesis..... 299
6.3. Metodología..... 302
6.3.1. Sujetos..... 302
6.3.2. Diseño..... 311
6.3.3. Instrumentos..... 312
6.3.3.1. Prueba de maduración visomotora: test Bender..... 312
6.3.3.2. Prueba de capacidad intelectual: Test de Factor "G" de R. B. Cattell y A. K. S. Cattell (Escala 2, Forma A) (1949)..... 319
6.3.3.3. Cuestionario de Personalidad para niños EPQ-J De H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck (1975)..... 321
6.3.3.4. Cuestionario de autoevaluación Ansiedad estado/rasgo STAIC en niños, de C. D. Spielberg et al. (1973)..... 324
6.3.3.5. Cuestionario para el profesor tutor..... 326
6.3.4. Planificación de la recogida de datos..... 330
6.4. Procedimiento..... 332
6.4.1. Procedimiento para la aplicación del test "g" de Cattell. (escala 2, a)..... 333
6.4.2. Procedimiento para la aplicación del test Bender..... 333
6.4.3. Procedimiento para la aplicación del cuestionario STAIC... 334
6.4.4. Procedimiento para la aplicación del test EPQ-J..... 335
6.4.5. Procedimiento para la aplicación del cuestionario del profesor tutor..... 336

CAPÍTULO 7 337
7.1. Estadísticos descriptivos..... 339
7.1.1. Resultados y análisis Descriptivos Generales: Variables Psicológicas..... 339

Universidad de huelva 2010

7.1.1.1. Cociente de Inteligencia..... 339
7.1.1.2. Test de Bender..... 340
7.1.1.2.1. Total de la Puntuación de Inmadurez Perceptiva visomotora..... 340
7.1.1.2.2. Categorías de error del Test de Bender..... 340
7.1.1.2.3. Figuras del Test de Bender 341
7.1.1.2.4. Indicadores Emocionales..... 342
7.1.1.3. Test de personalidad EPQ-J 344
7.1.1.4. Cuestionario de ansiedad infantil STAIC 344
7.1.1.5. Variables de rendimiento académico..... 345
7.1.1.6. Variables psicosociales y motivación..... 346
7.1.1.7. Variables de conducta..... 347
7.1.1.8. Variables de personalidad percibidas por el profesor..... 347
7.1.2. Resultados y análisis descriptivos por cursos..... 348
7.1.2.1. Sexo..... 348
7.1.2.2. Localización y Tipo de colegio..... 349
7.1.2.3. Ubicación del colegio..... 350
7.1.2.4. Edad..... 350
7.1.2.5. Número de hermanos y lugar que ocupa..... 351
7.1.2.6. Repetición de curso..... 351
7.1.2.7. Trabajos de los padres y nivel socioeconómico..... 352
7.1.2.8. Cociente de inteligencia..... 354
7.1.2.9. Test de Bender..... 355
7.1.2.9.1. Total de la Puntuación de Inmadurez Perceptiva..... 355
7.1.2.9.2. Categorías de error del Test de Bender..... 355
7.1.2.9.3. Figuras del Test de Bender 356
7.1.2.9.4. Indicadores Emocionales..... 357
7.1.2.10. Test de personalidad EPQ-J 359
7.1.2.11. Cuestionario de ansiedad infantil STAIC 361
7.1.2.12. Variables de rendimiento académico..... 363
7.1.2.13. Variables de actitud y motivación..... 364
7.1.2.14. Variables de conducta..... 365
7.1.2.15. Variables de personalidad percibidas por el profesor..... 365
7.2. Comparación de medias y análisis de diferencias entre las variables sociodemográficas y los indicadores emocionales..... 367
7.2.1. Comparación por sexos..... 367
7.2.1.1. Inestabilidad emocional..... 367

Universidad de huelva 2010

7.2.1.2. Indicadores emocionales..... 368
7.2.2. Comparación por nivel económico..... 369
7.2.2.1. Inestabilidad emocional..... 369
7.2.2.2. Indicadores emocionales..... 371
7.2.3. Comparación por tipo de colegio..... 374
7.2.3.1. Inestabilidad emocional..... 374
7.2.3.2. Indicadores emocionales..... 375
7.2.4. Comparación por ubicación del colegio..... 378
7.2.4.1. Inestabilidad emocional..... 378
7.2.4.2. Indicadores emocionales..... 379
7.2.5. Comparación por curso..... 381
7.2.5.1. Inestabilidad emocional..... 381
7.2.5.2. Indicadores emocionales..... 382
7.3. Análisis correlacional..... 383
7.3.1. Correlacianes entre inmadurez perceptiva e inestabilidad emocional e indicadores emocionales..... 383
7.3.1.1. Correlacianes entre inmadurez perceptiva e inestabilidad. emocional..... 383
7.3.1.2. Correlacianes entre inmadurez perceptiva e indicadores emocionales..... 384
7.3.2. Correlacianes entre inestabilidad emocional e indicadores emocionales y rendimiento..... 385
7.3.2.1. Inestabilidad emocional..... 385
7.3.2.2. Indicadores emocionales..... 387
7.3.3. Correlacianes entre figuras e inestabilidad emocional e indicadores emocionales..... 390
7.3.3.1. Inestabilidad emocional..... 390
7.3.3.2. Indicadores emocionales..... 391
7.3.4. Correlacianes entre categorías de error e inestabilidad emocional e indicadores emocionales..... 395
7.3.4.1. Inestabilidad emocional..... 395
7.3.4.2. Indicadores emocionales..... 396
7.3.5. Correlacianes entre los factores del test de personalidad EPQ-J e inestabilidad emocional e indicadores emocionales..... 399
7.3.5.1. Inestabilidad emocional..... 399
7.3.5.2. Indicadores emocionales..... 399
7.3.6. Correlacianes entre las escalas del test de ansiedad STAIC e

Universidad de huelva 2010

inestabilidad emocional e indicadores emocionales..... 401
7.3.6.1. Inestabilidad emocional..... 401
7.3.6.2. Indicadores emocionales..... 401
7.3.7. Correlacianes entre las variables del cuestionario del tutor y las pruebas de personalidad y ansiedad..... 403
7.3.7.1. Correlacianes entre la variable conducta antisocial del test EPQ-J y conducta en clase..... 403
7.3.7.2. Correlaciones entre variables de personalidad del test EPQ-J y STAIC y los rasgos de personalidad definidos por los profesores..... 404
7.3.8. Correlacianes entre las variables del cuestionario del tutor y la inestabilidad emocional e indicadores emocionales..... 405
7.3.8.1. Correlaciones entre inestabilidad emocional/ indicadores emocionales y conductas inadecuadas..... 405
7.3.8.2. Correlaciones entre rasgos psicosociales y de motivación indicados por el tutor e inestabilidad emocional e indicadores emocionales..... 405
7.3.8.2.1. Inestabilidad emocional..... 405
7.3.8.2.2. Indicadores emocionales..... 407
7.3.8.3. Rasgos de personalidad indicados por el tutor y los indicadores emocionales e inestabilidad emocional..... 408
7.3.8.3.1. Inestabilidad emocional..... 408
7.3.8.3.2. Indicadores emocionales..... 409
7.3.8.4. Correlacianes entre rasgos de personalidad definidos por los profesores e indicadores emocionales concretos..... 413
7.3.8.5. Indicador emocional constricción..... 415
7.4. Análisis factorial..... 419

CAPÍTULO 8 425

8.1. Test de Bender..... 427
8.2. Test deBender y test EPQ-J y test STAIC..... 445
8.3. Test de Bender y cuestionario del profesor-tutor 455

CAPÍTULO 9 463

9.1. Test de Bender..... 465
9.2. Test de Bender y test EPQ-J y test STAIC..... 470

Universidad de huelva 2010

9.3. Test de Bender y cuestionario del profesor-tutor..... 472
9.4. Conclusiones finales. 474

BIBLIOGRAFÍA..... 477
ANEXOS..... 579
Anexo A: Carta para los pdres y para los colegios..... 579
Anexo B: Cuestionario del profesor-tutor..... 581
Anexo C: Indicadores emocionales: definiciones y ejemplos de puntuaciones..... 583

Universidad de huelva 2010

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1. Cambios en el autoconcepto..... 33
Tabla 1.2. Cambios en el autoconcepto..... 34
Tabla 2.1. Clasificaciones de las emociones..... 55
Tabla 2.2 Resumen de la evolución emocional infantil..... 57
Tabla 2.3 .Instrumentos de evaluación de la competencia. Emocional..... 66
Tabla 2.4. Instrumentos de evaluación genéricos con un factor de desarrollo emocional 67
Tabla 2.5. Instrumentos de evaluación específicas para niños..... 68
Tabla 2.6. Cronología de miedos más comunes..... 80
Tabla 2.7. Instrumentos de evolución de la ansiedad..... 112
Tabla 2.8. Categorizaciones del concepto de conducta antisocial en el DSM..... 144
Tabla 2.9. Categorizaciones del concepto de conducta antisocial en CIE.... 145
Tabla 2.10. Factores biológicos y constitucionales de la conducta antisocial..... 153
Tabla 2. 11 Factores psicosociales de la conducta antisocial..... 154
Tabla 3.1. Porcentajes de utilización de distintas pruebas..... 189
Tabla 3.2. Porcentajes de utilización de distintas pruebas de personalidad... 190
Tabla 5.1: Correlaciones interexaminadores para las puntuaciones en la Escala de maduración para el test de Bender..... 248
Tabla 5.2: Índice de fiabilidad test- retest del B.G..... 250
Tabla 5.3: Relación entre el B.G. y las puntuaciones en C. I..... 251
Tabla 5.4: Relación entre el B.G. y el rendimiento escolar..... 253
Tabla 6.1. Distribución de la muestra por sexo, curso y tipo de colegio..... 304
Tabla 6.2. Distribución de la muestra por colegios..... 306
Tabla 6.3. Distribución de los niveles profesionales de los padres..... 307
Tabla 6.4. Distribución de los niveles profesionales de las madres..... 308
Tabla 6.5. Distribución por número de hermanos..... 310
Tabla 6.6. Distribución del lugar entre hermanos..... 310
Tabla 6.7 Resumen de los instrumentos utilizados..... 329
Tabla 7.1. Distribución del cociente intelectual..... 339
Tabla 7.2. Distribución de la variable Inmadurez perceptiva..... 340
Tabla 7.3. Distribución por dificultad en categorías de error..... 341
Tabla 7.4. Dificultad presentada en el dibujo correcto de las figuras..... 341
Tabla 7.5. Distribución del total de indicadores emocionales..... 342
Tabla 7.6. Distribución de los indicadores emocionales..... 343

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.7. Distribución de los nuevos indicadores emocionales..... 343
Tabla 7.8. Media y D.T. de los factores del test EPQ-J..... 344
Tabla 7.9. Media y D.T. de las escalas del test STAIC..... 344
Tabla 7.10. Porcentajes en rendimiento académico..... 345
Tabla 7.11. Correlación entre el test "G" de Cattell y variables de rendimiento del profesor..... 346
Tabla 7.12. Porcentajes en las variables de actitud y motivación..... 346
Tabla 7.13. Porcentajes en conducta inadecuada..... 347
Tabla 7.14. Porcentajes en número de hermanos..... 351
Tabla 7.15. Porcentajes del lugar que ocupa entre los hermanos..... 351
Tabla 7.16. Distribución porcentual del C.I..... 354
Tabla 7.17. Distribución de los errores totales del test de Bender..... 355
Tabla 7.18. Dificultad en categorías de error..... 356
Tabla 7.19. Porcentaje de alumnos que cometen errores..... 356
Tabla 7.20. Distribución del total de indicadores emocionales..... 357
Tabla 7.21. Distribución de los 12 indicadores emocionales..... 358
Tabla 7.22. Distribución de los nuevos indicadores emocionales..... 358
Tabla 7.23. Media de los factores del test EPQ-J..... 359
Tabla 7.24. Media de las escalas del test STAIC..... 361
Tabla 7.25. Porcentajes en rendimiento académico en 4º nivel..... 363
Tabla 7.26. Porcentajes en rendimiento académico en 5º nivel..... 363
Tabla 7.27. Porcentajes en variables de actitud y motivación en 4º..... 364
Tabla 7.28. Porcentajes en variables de actitud y motivación en 5º..... 364
Tabla 7.29. Comparación de medias de la puntuación de inestabilidad emocional..... 367
Tabla 7.30. Comparación de medias de la puntuación de inestabilidad emocional por sexo y curso..... 367
Tabla 7.31. Comparación de indicadores emocionales por sexo..... 368
Tabla 7.32. Comparación de los indicadores emocionales por sexo y por curso..... 369
Tabla 7.33. Comparación de medias de la puntuación de inestabilidad emocional por nivel socioeconómico..... 370
Tabla 7.34. Comparación de medias de la puntuación de inestabilidad emocional por nivel socioeconómico y cursos..... 370
Tabla 7.35. Comparación de los 11 indicadores emocionales/nuevos indicadores y nivel socioeconómico..... 371
Tabla 7.36. Comparación de indicadores emocionales por nivel

Universidad de huelva 2010

socioeconómico y por curso..... 373
Tabla 7.37. Comparación de medias de la puntuación de inestabilidad emocional por tipos de colegio..... 375
Tabla 7.38. Comparación de medias de la puntuación de inestabilidad emocional por cursos..... 375
Tabla 7.39. Comparación de los indicadores emocionales por tipo de colegio..... 376
Tabla 7.40. Comparación de los indicadores emocionales por tipo de colegio y por curso..... 377
Tabla 7.41. Comparación de medias de la puntuación de inestabilidad emocional por ubicación del colegio..... 378
Tabla 7.42. Comparación de medias de la puntuación de inestabilidad emocional y cursos..... 379
Tabla 7.43. Comparación de los indicadores emocionales por ubicación del colegio (estadísticamente significativos)..... 379
Tabla 7.44. Comparación de los indicadores emocionales por ubicación del colegio y curso..... 380
Tabla 7.45. Comparación de medias de la puntuación de inestabilidad emocional por curso..... 382
Tabla 7.46. Comparación de medias de la puntuación de indicadores emocionales y cursos..... 382
Tabla 7.47. Correlación significativa entre inmadurez perceptiva e inestabilidad emocional..... 383
Tabla 7.48. Correlación significativa entre inmadurez perceptiva e inestabilidad emocional en 4° de primaria..... 383
Tabla 7.49. Correlaciones significativas entre inmadurez perceptiva y los indicadores emocionales..... 384
Tabla 7.50 Correlaciones significativas entre inmadurez perceptiva e inestabilidad emocional por cursos..... 385
Tabla 7.51. Correlaciones significativas entre inestabilidad emocional y variables del rendimiento y capacidad intelectual..... 386
Tabla 7.52. Correlaciones significativas entre variables del rendimiento y capacidad intelectual..... 386
Tabla 7.53. Correlaciones significativas entre inestabilidad emocional y variables del rendimiento y capacidad intelectual..... 387
Tabla 7.54 Correlaciones significativas entre rendimiento y los indicadores emocionales..... 388

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.55 Correlaciones significativas entre rendimiento y los indicadores emocionales por curso..... 389
Tabla 7.56 Correlaciones significativas entre figuras e inestabilidad emocional..... 390
Tabla 7.57 Correlaciones significativas entre figuras y los indicadores emocionales..... 392
Tabla 7.58. Correlaciones significativas entre figuras y los nuevos indicadores emocionales..... 392
Tabla 7.59. Correlaciones significativas entre figuras y los indicadores emocionales por curso..... 394
Tabla 7.60. Correlaciones significativas entre figuras y los nuevos indicadores emocionales..... 395
Tabla 7.61. Correlaciones significativas entre categorías de error y los indicadores de inestabilidad emocional..... 396
Tabla 7.62. Correlaciones significativas entre categorías de error y los indicadores de inestabilidad emocional..... 398
Tabla 7.63 Correlaciones significativas entre categorías de error y los nuevos indicadores emocionales..... 399
Tabla 7.64. Correlaciones significativas entre conductas inadecuadas y conducta antisocial..... 403
Tabla 7.65 Correlaciones significativas entre inestabilidad emocional y rasgos psicosociales y de motivación..... 406
Tabla 7.66 Correlaciones significativas entre inestabilidad emocional y rasgos psicosociales y de motivación en 5° de primaria..... 406
Tabla 7.67. Correlaciones significativas entre indicadores emocionales y rasgos psicosociales y de motivación..... 407
Tabla 7.68. Correlaciones significativas entre indicadores emocionales y rasgos psicosociales y de motivación por cursos..... 408
Tabla 7.69. Correlaciones significativas entre indicadores emocionales y rasgos de personalidad..... 410
Tabla 7.70. Correlaciones significativas entre indicadores emocionales y rasgos de personalidad..... 411
Tabla 7.71. Frecuencia del indicador constricción..... 415
Tabla 7.72. Comparación de medias en el I.E. constricción..... 416
Tabla 7.73. Comparación del indicador emocional y tipo de colegio..... 416
Tabla 7.74. Comparación de los indicadores emocionales por tipo de colegio y curso..... 417

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.75. Comparación del indicador emocional por ubicación del colegio. 417
Tabla 7.76. Comparación de los indicadores emocionales por ubicación del colegio y curso..... 417
Tabla 7.77 Correlación significativa entre rendimiento y constricción..... 418
Tabla 7. 78. Correlación significativa entre rasgo ansiedad y constricción.. 418
Tabla 7. 79. Medida de adecuación muestras KMO y prueba de Bartlett.... 419
Tabla 7. 80. Comunalidades de las variables..... 420
Tabla 7. 81. Porcentajes de varianza explicada..... 421
Tabla 7. 82. Matriz de factores rotados..... 422

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. Modelo jerárquico de la personalidad de Eysenck..... 22
Figura 1.2. Niveles de generalidad del rasgo y el tipo Neuroticismo..... 24
Figura 1.3. Niveles de generalidad del rasgo y el tipo Extraversión..... 25
Figura 1.4. Niveles de generalidad del rasgo y el tipo Psicoticismo..... 26
Figura 2.1. Secuencia de la activación emocional..... 54
Figura 2.2. Factores de riesgo en patología..... 63
Figura nº 2.3. Factores que intervienen en la explicación de la conducta infantil..... 64
Figura 5.1. Proceso de percepción visomotora..... 240
Figura 5.2. Figura del Test de L. Bender adaptadas de las configuraciones de Wertheimer..... 241
Figura 5.3. Resumen de la tabla del nivel de maduración..... 245
Figura 5.4. Protocolo con línea ondulada..... 286
Figura 5.5. Protocolo con repaso y marcos alrededor de las figuras..... 288
Figura 5.6. Protocolo con elaboración espontánea..... 290
Figura 6.1. Distribución por curso..... 304
Figura 6.2. Distribución por localidad..... 305
Figura 6.3. Distribución por tipo de colegio..... 305
Figura 6.4. Distribución del nivel socioeconómico..... 309
Figura 6.5. Distribución por edad..... 309
Figura 6.6. Protocolo con colisión en las figuras 3-4 y 4-6..... 316
Figura 6.7. Protocolo con tachadura exagerada..... 317
Figura 6.8. Protocolo con figuras numeradas..... 317
Figura 6.9. Protocolo con figuras separadas. 318
Figura 7.1. Distribución en porcentajes de los rasgos de personalidad percibidos por el profesor..... 347
Figura 7.2. Distribución por sexo..... 348
Figura 7.3. Distribución por localidad..... 349
Figura 7.4. Distribución por tipo de colegio..... 349
Figura 7.5. Distribución por colegios..... 350
Figura 7.6. Distribución por edades..... 350
Figura 7.7. Porcentaje de repetición de curso..... 352
Figura 7.8. Distribución del nivel socioeconómico..... 352
Figura 7.9. Distribución de la profesión de los padres..... 353
Figura 7.10. Distribución de la profesión de las madres..... 353
Figura 7.11 Distribución porcentual del C.I..... 354

Universidad de huelva 2010

Figura 7.12. Distribución del factor neuroticismo por curso..... 360
Figura 7.13. Distribución del factor extraversión por curso..... 360
Figura 7.14. Distribución del factor psicoticismo por curso..... 360
Figura 7.15. Distribución del factor Conducta Antisocial por curso..... 361
Figura 7.16. Distribución de la escala Ansiedad Estado por curso..... 362
Figura 7.17. Distribución de la escala Ansiedad Rasgo por curso..... 362
Figura 7.18. Porcentajes de conductas inadecuadas..... 365
Figura 7.19. Rasgos de personalidad percibidas por el profesor de los alumnos..... 366

Universidad de huelva 2010

Introducción.

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

Antes de iniciar este trabajo quisiera hacer una breve exposición del motivo que nos llevó a realizarlo.

A través de mis años de experiencia profesional como psicólogo clínico y escolar he trabajado con niños etiquetados de fracaso escolar o diagnosticados con *Dificultades de Aprendizaje* que hubieran tenido una oportunidad de salir de dicho etiquetado si se hubiera hecho un prevención o se hubiera tomado medidas para no tener que llegar a ello.

En algunos de esos niños sí existía un problema orgánico, una inmadurez neurológica, un trastorno perceptivo, pero en otros, la base de su problema no era cognitivo sino afectivo, emocional, niños con alto índice de ansiedad o miedo a equivocarse, inseguros, tímidos, llevando la carga de las expectativas de sus padres o profesores, sin habilidades sociales para poder relacionarse adecuadamente e ir desarrollándose de forma global al mismo paso y tiempo que sus pares.

Puesto que la prevención debería ser una actividad necesaria e indispensable nos planteamos que si el test de L. Bender, que es una prueba que hemos manejado constantemente por su sencillez de aplicación y la información que nos presenta, podría ayudar a los niños, padres y profesores a identificar situaciones de riesgo y poder así intervenir dentro del propio entorno del niño para conseguir su pleno desarrollo personal, evitando la descontextualización de una intervención desde una práctica privada o fuera del aula.

Es sabido que el test de L. Bender detecta la existencia de problemas emocionales, pero no realiza un diagnóstico diferencial y nuestro planteamiento era ver si tiene potencia discriminatoria de conductas ansiosas, conductas de inestabilidad emocional y conductas antisociales, pues si es así, se puede convertir en una prueba que puede ayudar a los profesores a detectar a niños con alto riesgo y poder realizar intervenciones preventivas.

Nos planteamos los cursos de 4º y 5º de primaria (9-11 años) por varias razones: una de ellas es porque evolutivamente a esa edad ya tienen la percepción totalmente madura, luego las distorsiones se producirán como algo externo a

Universidad de huelva 2010

problemas perceptivos, además los/as niños/as[1] en estas edades ya tiene un nivel cognitivo suficiente para entender las preguntas de las distintas prueba, empieza a cobrar mucha importancia su grupo de amigos, y en podría comparar no sólo dos cursos sino dos niveles escolares, y en 4° de primaría también podría trabajar con niños repetidores y ver si eso era una variable importante y si así era, si era detectada por el test de L. Bender.

Para conseguir esto es necesario partir de un marco teórico, el cuál he estructurado de la siguiente manera: un primer capitulo donde explicar el por qué y para qué de esta investigación; un segundo capítulo donde el punto central es el desarrollo evolutivo del niño de 4° y 5° de primaria y como el punto central de este trabajo es la parte emocional, centrarme en el desarrollo social y emocional, cómo se va formando la personalidad, las distintas teorías que intentan explicarlo; la importancia de grupo de iguales , de la familia y por supuesto de la escuela.

En el capítulo tercero, que recibe el nombre de problemas emocionales se ha planteado en una introducción y dos grandes bloques. En la introducción se analiza el concepto de emoción, tipos, y evolución, factores de riesgo y una idea general de cómo evaluar las conductas emocionales.

Los dos grandes bloques han sido: problemas emocionales ocultos, donde se han tratado la timidez, el miedo como emoción independiente de la emoción, la ansiedad y la depresión.

Dentro del segundo bloque se ha tratado los problemas emocionales manifiestos como las conductas desobedientes, las rabietas infantiles, la conducta de ira, la agresión y por último las conductas antisociales.

La ansiedad y la agresión han sido los puntos que se han tratado de forma más detallada por ser dos de los objetivos que se quieren estudiar respecto al potencial del test de Bender para detectarlo y poder prevenirlos.

En este tercer capítulo se ha visto como algunos de estos problemas han sido muy estudiado (ansiedad) aunque todavía no se sabe muy bien cómo se inicia ni como realizar diagnósticos diferenciales, pero sí se observado la alta prevalencia

[1] A partir de ahora, se empleará el género masculino, para hacer más fácil su lectora, pero siempre tendiendo en cuanta que se refieren a los dos sexos.

Universidad de huelva 2010

e incidencia que tiene en la infancia al igual que la agresión y las conductas antisociales con el agravante del incremento de este tipo de conductas y el descenso de la edad de inicio y las graves repercusiones que tienen en el desarrollo integral del niño y posteriormente en la sociedad.

Una vez expuesto los problemas emocionales que hemos creído más importantes se ha planteado las diversas formas de evaluarlos y el capítulo cuarto se ha centrado en las técnicas proyectivas, pues el test de L. Bender, en su faceta del estudio de las conductas emocionales, se le considera un test proyectivo y así en primer lugar se aborda el tema de los tests proyectivos en general y sus fundamentos, para pasar más tarde en centrarnos en las técnicas proyectivas para niños y llegar a los tests proyectivos gráficos y en sus características expresivas de los dibujos, al mismo tiempo que se analizan los problemas que conllevan este tipo de técnicas respecto a la validez y fiabilidad y las críticas que se les achacan y el uso y abuso de ellas.

Centrándonos en la producción gráfica de los niños, el capítulo quinto se plantea las distintas etapas psicoevolutivas del dibujo en el niño, posteriormente se habla de la interpretación simbólica de los dibujos, y sobre todo de los dibujos geométricos y las manifestaciones de los trastornos emocionales.

Con ello llegamos al último capítulo del marco teórico, que está centrado en el test de L. Bender, aquí presentaremos los antecedentes de este test, su descripción y su valor como técnica proyectiva, los autores que lo avalan, y la investigación que ha proporcionado para probar su validez como test indicador de estados emocionales.

En la parte empírica del trabajo se presenta la metodología utilizada, los resultados y el análisis y la discusión de los mismos y las conclusiones obtenidas en el estudio.

Con ello pretendemos comprobar si esta prueba de L. Bender puede ayudarnos a detectar problemas emocionales concretos en el niño y poner en marcha todos los recursos para facilitar un desarrollo integral del niño y posibilitarle así todo el abanico de posibilidades que le ofrece la educación y en un futuro el mundo laboral y social.

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

PARTE TEÓRICA

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

Capítulo 1:

Desarrollo de la Personalidad

Universidad de huelva 2010

2.1. PERSONALIDAD

Antes de empezar a hablar de la formación de la personalidad y de las distintas teorías y autores es pertinente definir cuatro términos que a veces llevan a confusión: persona, temperamento, carácter y personalidad.

a. *Persona:* primitivamente se utilizó esta palabra como la máscara teatral que el actor utilizaba durante la representación.

   Para Jung la persona es "la envoltura del yo", la máscara que uno adopta ante la vida, el papel que mostramos al mundo, pero que oculta gran parte de nuestro yo (Zumalabe, 1994).

b. *Temperamento:* generalmente se usa como sinónimo de carácter pero conlleva unos matices que le hace diferente. Casi todos los autores coinciden en señalar que el temperamento se refiere a la parte más biológico y constitucional de la personalidad, pues al hablar de temperamento se refiere a los factores biológicos hereditarios; son entendida como predisposiciones *temperamentales*, que depende más de la herencia. Por tanto temperamento se refiere a las manifestaciones de índole emocional de un individuo, incluyendo su susceptibilidad emocional, la fuerza y la velocidad con que acostumbra a responder, su estado de humor y sus variaciones y todo ello se considera como dependientes en gran parte de la estructura constitucional y preferentemente hereditario. (Zumalabe, op.cit).

c. *Carácter:* este término expresa un conjunto de características psicológicas que dan especificidad al modo de ser de una persona y determina la manera de como una persona se adapta a la vida; es duradero y permite diferenciar entre sí a los individuos.

   Allport (citado por Zumalabe, op.cit) añade un significado matizado de juicio y valor; y así entiende el carácter como una especie de coraza defensiva ante la vida y que serían los mecanismos que señalaba Freud.

d. *Personalidad:* este término es que más polémica ha suscitado; Child (citado por Zumalabe, op.cit) la define como un término referido a factores internos más o menos estables que permiten que la conducta de la persona sea consistente en diferentes ocasiones y distinta de la conducta que otras personas mostrarían en dichas situaciones.

Universidad de huelva 2010

Esto significa que un individuo es capaz de percibir a lo largo de su vida una cierta continuidad en su modo de comportarse y así le permite autoreconocerse y ser reconocido por los demás.

Por lo tanto en este término quedan claros dos connotaciones distintas: estabilidad entendida como permanencia de unas características más o menos invariables a lo largo del tiempo y consistencia referida a la permanencia de las características anteriores en diferentes situaciones.

Pero además hemos de incluir los *estilos cognitivos* que imprimen a cada individuo una cierta manera de entender y representar lo que le rodea y formas particulares de llevar la relación con los demás.

1.1.1. Teorías de la personalidad

Pretender realizar un estudio de las distintas teorías de la personalidad sería una tarea complicada por extensa, no necesario en nuestro caso y además nos alejaría de nuestro tema, pero sí es pertinente realizar una breve descripción de las teorías más importantes, puesto que ellas han repercutido en el qué y cómo evaluar la personalidad.

En este sentido, podemos mencionar las siguientes teorías:

1.1.1.1. Perspectiva psicoanalítica

El psicoanálisis puede ser considerada la primera teoría formal explicativa de la personalidad (Schultz y Schultz, 2002), basada exclusivamente en aspectos psicológicos.

La perspectiva psicoanalítica comienza a desarrollarse a partir de los trabajos de Freud en el ámbito clínico. Surge de la idea de que la personalidad es un conjunto de procesos que están en movimiento permanente, es decir, se encuentra fundamentada en principios motivacionales. La formulación original de Freud se centra en la existencia de necesidades instintivas o pulsiones inconscientes, fuerzas biológicas que impulsan y determinan la conducta conformando la personalidad del adulto en los primeros cinco años de su vida.

Universidad de huelva 2010

El término psicoanálisis se utiliza para hacer referencia a una teoría de la personalidad, un método para estudiarla y un procedimiento terapéutico (Michels, 1988).

Los postulados freudianos básicos son los siguientes (Freud, 1968): importancia de los procesos inconscientes en la determinación de la conducta; énfasis en los impulsos o pulsiones como fuerzas motivacionales básicas del funcionamiento humano; importancia de las primeras fases del desarrollo (las experiencias tempranas tienen una influencia considerable en la naturaleza de la personalidad); y posibilidad de cambio de la personalidad a través de una serie de procedimientos psicoterapéuticos.

1.1.1.2. Perspectiva fenomenológico-humanista

Siguiendo a Zumalabe (1996), la *fenomenología* es una corriente de pensamiento y un método de conocimiento positivo cuya característica definitoria es la búsqueda en la propia conciencia y particularmente en los procesos intelectuales, excluyendo cualquier preconcepción sobre las causas externas y las consecuencias.

Estrechamente vinculado con la fenomenología se encuentra el existencialismo.

Fenomenología y existencialismo son las bases filosóficas de la Psicología Humanista (Bàguena, 1996), aparecida en los años 50 en Estados Unidos. Esta tradición, surge como alternativa al determinismo y reduccionismo característicos tanto del conductismo como del psicoanálisis, de ahí que se le denominara "tercera fuerza".

La Psicología de la Gestalt (primero en el área de la percepción y después en la de los procesos mentales superiores) fue el primer ámbito psicológico en el que cristalizan los planteamientos fenomenológicos. Esta orientación destaca por su interés en el estudio de configuraciones globales y sencillas que dan significado a la experiencia.

Lewin se ve influido por los principios gestaltistas (sobre todo de Köhler), tomando el concepto de campo fenoménico perceptual y convirtiéndolo en una teoría del espacio de vida, en el ambiente psicológico que cada uno de nosotros vive interiormente.

Universidad de huelva 2010

Siguiendo a Bàguena (1996), los supuestos de la Psicología Humanista son los siguientes:

a. El estudio del individuo como totalidad: cada individuo debe ser estudiado como un todo único, organizado, integrado. El ser humano es algo más que la suma de sus partes, por lo que sólo puede ser entendido como entidad global o total, por tanto su estudio metodológico debe ser de tipo idiográfico y con un enfoque cualitativo, utilizando estrategias de investigación casi exclusivamente clínicas (estudio de casos). Se estudia con detalle a la persona a través de una observación intensa y continuada de sus comportamientos, interesando en mayor medida las vivencias, creencias y reflexiones conscientes.

b. La naturaleza del ser humano: defienden un punto de vista optimista del hombre (la violencia y la destrucción no son características inherentes al ser humano, sino del ambiente en que vive).

   Además de bueno por naturaleza, el ser humano es libre y responsable de su conducta. Ésta no se encuentra determinada ni por condiciones ambientales externas (conductismo) ni por fuerzas irracionales de naturaleza biológica (psicoanálisis).

c. Búsqueda de la perfección: Los seres humanos tienden a la perfección. A menos que existan fuertes presiones en contra (asociadas habitualmente al ambiente familiar o social), el ser humano siempre avanza hacia la mejora. Rogers (1982) indica que la *tendencia a la actualización* (nombre que da a esta búsqueda del perfeccionamiento) es la fuente básica de la motivación humana, mientras que Maslow (1972) llama a esa tendencia *creatividad,* la cual conduce a toda forma de expresión del sí mismo.

Las figuras más representativas de esta perspectiva son: Maslow (Teoría motivacional) y Rogers (Teoría centrada en la persona)

1.1.1.3. Perspectiva disposicional o de rasgos

El énfasis en el concepto de *rasgo* como un elemento fundamental de la personalidad se remonta a los inicios de la Psicología de la Personalidad como disciplina.

Universidad de huelva 2010

Quizás la conceptualización que cuenta con mayor consenso entre la mayoría de los investigadores de la personalidad es la que postula que los rasgos son disposiciones internas, estables y consistentes que influyen en el comportamiento de las personas y en las diferencias que se observan entre ellas.

Los enfoques más representativos de la psicología de los rasgos son los siguientes:

1.1.1.3.1. La teoría del rasgo individual de Allport

Allport resalta el carácter único de la persona, los aspectos individuales de la personalidad. Ésta nunca es general por naturaleza, sino particular, de un ser humano único.

Para Allport, los rasgos son las unidades básicas de la personalidad, definidos como "un sistema neuropsíquico (peculiar del individuo) generalizado y focalizado, dotado de la capacidad de convertir muchos estímulos en funcionalmente equivalentes y de iniciar y guiar formas coherentes (equivalentes) de comportamiento adaptativo y expresivo" (Allport, 1974, p. 312).

1.1.1.3.2. Teoría analítico-factorial de Cattell

La definición que Cattell (1972, p. 15) formula de personalidad es la siguiente: "*Personalidad es lo que permite una predicción de lo que una persona hará en una situación determinada*", planteamiento que puede ser expresado a través de la fórmula: R = f(S,P), donde la respuesta es una función de la persona y los estímulos. Considera que la exploración de los rasgos ayudará a entender la estructura y función de la personalidad, de ahí que el elemento estructural básico en su formulación sea el *rasgo*, definido como una tendencia, relativamente permanente y amplia, a reaccionar de una forma determinada (Pérez García, 1991).

Establece varios tipos de rasgos en función de diferentes criterios:

Universidad de huelva 2010

a. En función de su naturaleza o contenido, Cattell (1972) propone tres tipos de rasgos: rasgos *dinámicos o motivacionales* ; *rasgos aptitudinales o capacidades* y *rasgos temperamentales*

b. En función de su rango de aplicación, diferencia entre *rasgos comunes* y *rasgos únicos.*

c. En función de su valor sustantivo, distingue entre *rasgos superficiales* y *rasgos fuente.*

Siguiendo a Pelechano (1996), el interés de Cattell se ha centrado en encontrar la estructura básica o número de factores necesarios para dar una idea de lo que denomina la esfera personal de la personalidad, partiendo de la hipótesis de que con los tres tipos de datos a los que anteriormente hemos hecho referencia, se identificarían los mismos elementos estructurales. En definitiva, se trata de desarrollar una taxonomía de la personalidad.

1.1.1.3.3. El modelo de los Cinco Grandes Factores

El modelo de los Cinco Grandes Factores tiene su origen histórico y raíces conceptuales en el enfoque léxico (Fierro, 2002).

La consolidación definitiva del modelo se produce a principios de los 80 al confluir tres líneas de investigación:

- Frente a los cuestionarios autoaplicados, la calificación de los demás a través de descriptores ofrecía una mayor objetividad (entendida bajo una perspectiva de consenso). Los trabajos de Digman y Takemoto-Chock (1981), John (1989) y McCrae y Costa (1985, 1989) ponen de manifiesto que al margen de quienes fueran los calificadores y los calificados, los resultados parecía ser coincidentes en su mayor parte con un modelo de cinco factores.

- El grupo de Goldberg lleva a cabo una serie de estudios sistemáticos acerca de la estructura del lenguaje cotidiano referido a los descriptores de personalidad (Goldberg, 1980, 1981, 1982, 1990; Hampson, John y Goldberg, 1986, citado en López López, 2003), entre cuyos resultados cabe resaltar la naturaleza jerárquica del lenguaje de la personalidad,

Universidad de huelva 2010

que va desde los términos más específicos y concretos hasta otros muy amplios.

- Una serie de trabajos comparando los cuestionarios de personalidad más utilizados, llevaron a la obtención de todos, o parte de los factores propuestos por el modelo de los cinco grandes (Ostendorf y Angleitner, 1992).

A partir de entonces, se ha ido consolidando como el modelo estructural o de rasgos más importante actualmente en el ámbito de la Psicología de la Personalidad.

Los dominios y facetas de los cinco factores propuestos son los siguientes: Extraversión (frente a Introversión); Amabilidad (frente a Oposicionismo); Responsabilidad (frente a Falta de Responsabilidad); Neuroticismo (frente a Estabilidad Emocional); Apertura a la experiencia (frente a Cerrado a la experiencia).

1.1.1.3.4. Modelos psicobiológicos

La creencia de relaciones entre los aspectos biológicos y las características conductuales es muy antigua, siendo recogida ya en la Grecia clásica en el modelo hipocrático de los temperamentos. No obstante, esta idea se hace especialmente patente en las biotipologías que a principios del siglo XX desarrollan Kretschmer (1925) y Sheldon (1942), donde se establece la vinculación entre tipos corporales y temperamentales.

Dentro de estos modelos psicobiológicos, los autores más representativos han sido: de Eysenck (teoría factorial biológica); el modelo de Gray; el modelo de Zuckerman y el modelo de Cloninger.

1.1.1.4. Perspectiva del aprendizaje

La perspectiva del aprendizaje parte del conductismo y de los trabajos de su fundador: Watson (1914, 1919; citado por Liebert y Liebert, 2000).

Para Watson, como para los conductistas posteriores, la expresión "personalidad" no aporta nada nuevo ni representa una disciplina distinta

Universidad de huelva 2010

dentro de su concepción general de la Psicología (Pelechano, 1996), ya que se trata de un concepto vacío, innecesario, que hace referencia a un mero conjunto de conductas habituales, aprendidas. Desde su perspectiva, las conductas son suficientes para dar cuenta de la personalidad, no es preciso recurrir a procesos biológicos ni mentales. La conducta es función de sí misma y se puede estudiar con la misma metodología que cualquier otro aspecto de la Psicología.

Los autores más representativos han sido Dollard y Millary Skinner.

1.1.1.5. Perspectiva socio-cognitiva

Siguiendo a Pervin y John (1999), los modelos socio-cognitivos tienen sus raíces en la perspectiva del aprendizaje tradicional. Aquí tenemos dos grande teorías.

1.1.1.5.1. Teoría del aprendizaje social de Rotter

Los trabajos de Rotter (1954, 1966, 1982; Rotter, Chance y Phares, 1972; Rotter y Hochreich, 1975, citados en López López, 2003) suponen el primer intento de acercamiento entre el modelo conductual radical de Skinner y el modelo social representado por la aproximación lewiniana.

Podemos decir que la teoría de Rotter (1954, 1966, 1982) se basa en una serie de supuestos básicos:

a. La unidad de análisis para el estudio de la personalidad es la interacción del individuo con su entorno significativo.

b. Los constructos de la personalidad no dependen, para su explicación, de constructos de otras ramas de la ciencia.

c. La conducta no sólo es descrita por medio de constructos psicológicos, sino que también puede hacerse mediante constructos físicos que permiten su ubicación en un espacio y un tiempo además tiene un componente direccional que le lleva a la obtención de metas y que se infiere a partir de la valoración que el individuo hace del refuerzo

d. La personalidad tiene una unidad (definida en términos de estabilidad e interdependencia).

Universidad de huelva 2010

e. La conducta se encuentra determinada tanto por la naturaleza o importancia de las metas o reforzamientos, como por la expectativa que la persona tiene de obtener tales refuerzos.

1.1.1.5.2. Teoría socio-cognitiva de Bandura

Dentro del estudio de los factores sociales y cognitivos de la personalidad, la teoría socio-cognitiva de Bandura (1977, 1983, 1987, 1997, 1999, 2001, 2002, citado en López López, 2003) es uno de los planteamientos teóricos más interesantes y su autor, el de mayor peso específico y más prolífico de esta perspectiva.

El supuesto teórico sobre el que se asienta la teoría socio-cognitiva es el denominado *determinismo recíproco* (Bandura, 1978), donde ocupa un lugar destacado el concepto de interacción, que postula la influencia mutua de factores personales, conductuales y ambientales. Su aportación, respecto a otros tipos de interaccionismo, es incluir el comportamiento en el modelo y enfatizar la naturaleza recíproca de la interacción entre los tres elementos.

1.1.1.6. Perspectiva constructivista

La perspectiva constructivista en sentido amplio está compuesta por una serie de diferentes planteamientos teóricos específicos.

Siguiendo a Cox y Lyddon (1997), es posible distinguir cinco grupos distintos de aproximaciones constructivistas en el estudio de la personalidad:

a. *Modelos de la teoría acerca del sí mismo*: dirigidos al estudio del desarrollo del patrón de identidad consciente en la persona adulta.

b. *Modelos de desarrollo del sí mismo*: enfocados al estudio del desarrollo de los principios tácitos autoorganizativos que rigen tanto los aspectos conscientes como los inconscientes de la identidad.

c. *Modelos del sí mismo trascendente:* incluyen las perspectivas orientales acerca de la personalidad y algunos modelos existenciales.

d. *Modelos narrativos*: donde se entiende la personalidad como un relato o historia de vida.

Universidad de huelva 2010

e. *El sí mismo como producto social económico o político:* la personalidad no es una realidad natural al margen de su contexto social.

Visto lo anterior, podríamos decir que si algo caracteriza a la Psicología de la Personalidad es su pluralidad teórica, sin embargo vamos a centrarnos en las teorías de rasgos de Eysenck por un doble motivo: la cantidad de trabajos de investigación y revisiones que se ha llevado a cabo a partir de sus tres factores y porque la prueba de evolución de personalidad empleada en este trabajo se basa en dicha teoría.

1.1.2. Estructura de los rasgos de la personalidad según la teoría de H. J. Eysecnk.

Posiblemente, durante las últimas cinco décadas, la obra de Eysenck ha sido temáticamente la más extensa, polémica y de repercusiones de mayor alcance en el terreno del estudio científico de la naturaleza humana. Durante más de 50 años, trabajó en una gran cantidad de campos de la psicología: clínica, educación, inteligencia, medida de la personalidad, genética, psicopatología, psicología de la salud, política, incluso se ocupó de las posibles relaciones entre personalidad y astrología (Bàguena, 1996b; Pelechano 1997a). Quizás por ello, Pinillos (1997) considera que su obra, vista en conjunto, representa tal vez uno de los últimos grandes sistemas teóricos que abarca prácticamente todos los procesos y cuestiones psicológicas.

Eysenck toma prestado de Galeno, Kant y Wundt el esquema de los cuatro temperamento y ajusta a ese esquema dos de sus dimensiones fundamentales (neuroticismo y extraversión) y usa de modo explícito las teorías de Jung y McDougall, algunas de las indicaciones de su maestro Cyril Burt, así como una serie de estudios estadísticos realizados bajo la dirección de Charles Spearman en el University College de Londres y elementos de las escalas de medida de J. P. Guilford. Para su dimensión de psicoticismo se basa en Kretschmer, pues este había supuesto que las dimensiones de ciclotimia y esquizotimia abarcaban desde el grado normal hasta el grado psicótico y así Eysecnk lo utiliza en su tercera dimensión con los términos realismo-psicoticismo.

Universidad de huelva 2010

La pretensión básica del modelo de Eysenck (1947, 1987, 1990, 1995) era descubrir el mínimo número de elementos comunes de la estructura de la personalidad que pudieran explicar el máximo de variabilidad de la conducta humana (modelo descriptivo) y, a partir de ahí, explorar las bases genéticas y orgánicas de esas dimensiones (modelo explicativo). Para lograr este doble propósito, combina la investigación correlacional, a través de la cual encuentra los elementos básicos de la personalidad, con la experimental, utilizada para hallar tanto las manifestaciones conductuales de esos elementos, como la causa orgánica de los mismos.

En 1947 publica *Dimensions of Personality*, obra en la que Eysenck se marca una serie de objetivos que van a determinar su programa de investigación hasta nuestros días y que de forma resumida son los siguientes:

a. Formular unas bases teóricas para la descripción de la personalidad.

b. Utilizar las técnicas de correlación y el análisis factorial para valorar la teoría.

c. Aplicar éstas técnicas y análisis a grupos de personas criterio, tales como histéricos, distímicos y normales. En principio, estos grupos presentarán distintas combinaciones de las dimensiones básicas de la personalidad.

d. Definir los conceptos teóricos de tipos y rasgos; los primeros serían factores de segundo o tercer orden y los segundos corresponderían a factores de primer orden.

e. Diseñar un modelo detallado sobre las dimensiones extroversión e inestabilidad emocional, de modo que se puedan deducir comportamientos diferenciales susceptibles de medirse experimentalmente en el laboratorio.

f. Estudiar las medidas experimentales en personas normales y neuróticas.

Con respecto al modelo descriptivo, Eysenck (1947, 1987, 1990), considera que, en primer lugar, es necesario formalizar un sistema que diera cuenta de forma resumida y ordenada de los fenómenos recogidos bajo el término *personalidad*. Propone un modelo jerárquico, piramidal, consistente en conductas que varían en cuanto a la generalidad e importancia para la personalidad y se pueden delimitar cuatro niveles:

Universidad de huelva 2010

1. Reacciones específicas: representan el plano inferior y son comportamientos que se observan una sola vez, en situaciones cotidianas y pueden ser característicos o no de una persona.

2. Los hábitos: están en el segundo nivel y son comportamientos que revelen cierta estabilidad pues la persona, en situaciones parecidas, reacciona de forma análoga.

3. Los rasgos de personalidad: forman el tercer nivel y son constructor teóricos que resultan de la intercorrelación de distintos hábitos. Son los factores de primer orden (ejemplo: sociabilidad, impulsividad, actividad, vivacidad, etc.).

4. Los tipos generales: son el cuarto nivel y se basan en la intercorrelación entre los rasgos (ejemplo: extraversión)

Vamos a verlo en la siguiente figura:

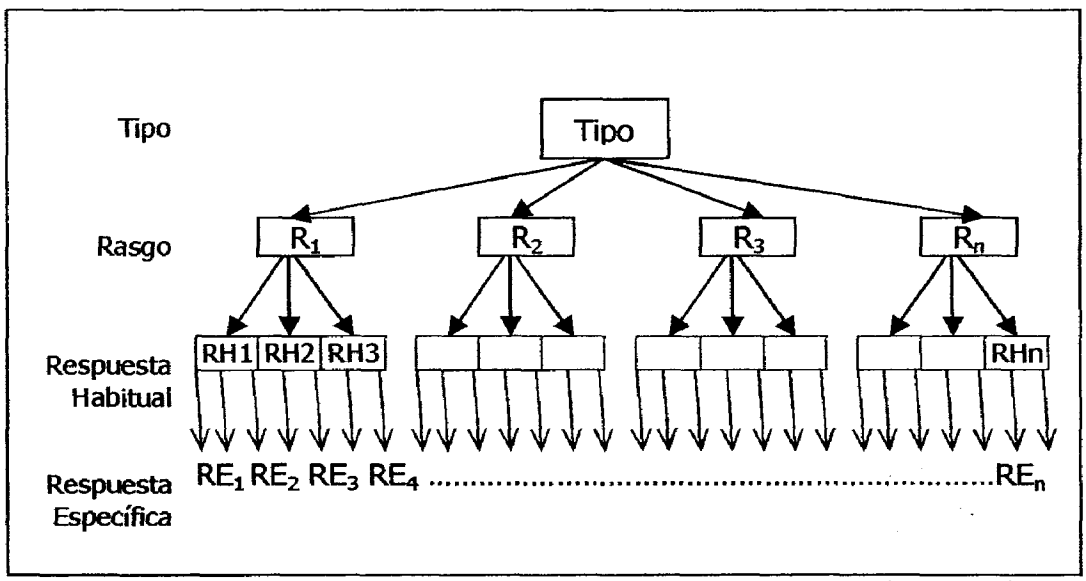


Figura 1.1: Modelo jerárquico de la personalidad de Eysenck (tomado de Eysenck, 1970).

Los cuatro niveles corresponden a las cuatro clases de factores que obtiene siempre a través del análisis factorial. Una reacción específica corresponde al factor de error, un hábito al factor específico, un rasgo al factor de grupo y un tipo al factor general.

Universidad de huelva 2010

Dentro del plano tipo distingue tres dimensiones: estabilidad emocional-neuroticismo; extraversión-introversión y realismo-psicoticismo (P.E.N.). "Estos tipos capitales o dimensiones se consideran firmemente anclados en estructuras psicológicas congénita; las diferencias que en ellos aparecen, en acción recíproca con determinantes del entorno, son las responsables de la génesis de los modelos de conducta fenotípicos, que nosotros observamos, estimamos y medimos" (1967, pp. 21-22).

Este autor ha desarrollado un sistema que abarca muy pocas dimensiones: estabilidad, introversión, psicoticismo e inteligencia.

Estabilidad-neuroticismo.

La estabilidad emocional y el neuroticismo se pueden concebir como áreas extremas de una propiedad que se representa como un continuo. Al definir el neuroticismo, se define a la vez su polo opuesto: la estabilidad.

«Se entiende por neuroticismo una emocionalidad lábil que predispone a una persona a desarrollar síntomas neuróticos en situaciones de excesivo estrés. Las propiedades correlacionales que definen a este "tipo" son el cambio de humor, el insomnio, el nerviosismo, sentimientos de inferioridad, excitabilidad, etc. Se supone que la base fisiológica de esta dimensión de la personalidad es el sistema nervioso autónomo, pero especialmente el sistema nervioso central, que coordina la reactividad simpática y parasimpática» (Eysenck, 1982, p. 27).

Por tanto, el nivel de neuroticismo-estabilidad emocional del organismo vendría determinado por el nivel de activación de su sistema nervioso autónomo. En este sentido, las personas con altas puntuaciones en Neuroticismo se caracterizarían por tener mayores niveles de activación autonómica que harían que tuvieran un umbral de excitación muy bajo (hipersensibilidad crónica), el cual facilitaría la reacción emocional (recordemos que neuroticismo refleja la emocionalidad del individuo) ante la presencia de estímulos de baja intensidad

Universidad de huelva 2010

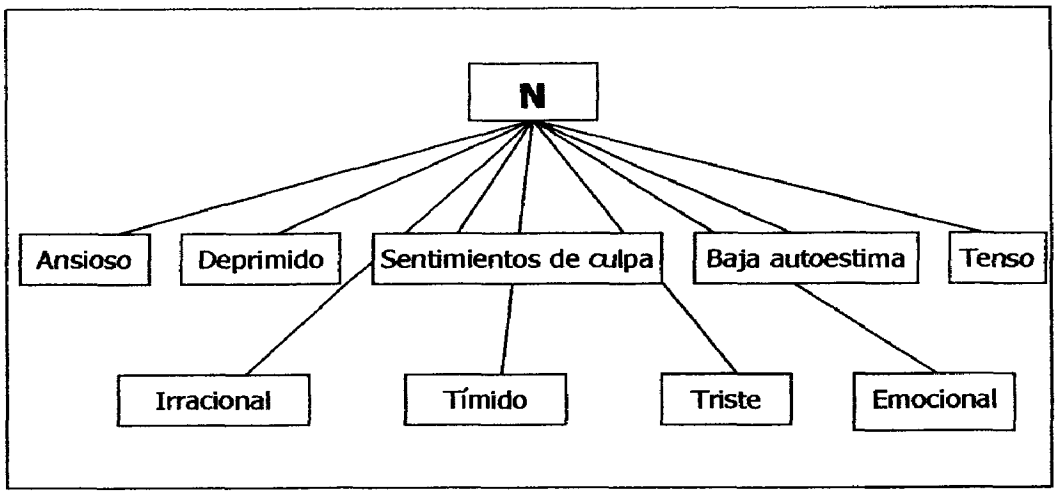


Figura 1.2: Niveles de generalidad del rasgo y el tipo Neuroticismo (tomado de Eysenck y Eysenck, 1987).

Extraversión-introversión

«La extraversión se define en conceptos comportamentales por diversas propiedades que se correlacionan entre sí: propiedades como sociabilidad, impulsividad, actividad, despreocupación, gusto por la vida, alegría, etc. La base fisiológica que sustenta estas y otras muchas propiedades y modelos de conducta se concibe como escasa excitación cortical, probablemente debido al sistema reticular. El extravertido necesita en consecuencia, para lograr un nivel óptimo de excitación, una estimulación externa más fuerte que el ambivertido normal, mientras que el introvertido necesita menos estimulación externa que el (ambivertido) normal" (Eysenck, 1982, p. 22).

Eysenck caracteriza a los introvertidos por el fuerte potencial de excitación: pueden ser condicionados con más facilidad y, en consecuencia, aprenden también con más facilidad. Los extravertidos se dejan condicionar con más dificultad; en consecuencia, aprenden con más dificultad y las reacciones aprendidas se extinguen en ellos más rápidamente; los extravertidos, pues, olvidan también más rápidamente. Esta diferente dotación de potenciales de excitación e inhibición lleva a diferentes modelos de aprendizaje en el campo social.

En situaciones que se asocian a dolor o miedo, los introvertidos forman con más rapidez reacciones de evitación que los extravertidos. En este

Universidad de huelva 2010

sentido los introvertidos aprenden a temer cuando los extravertidos aún no han experimentado temor alguno. Según esto, los introvertidos son más propensos a sentir miedo que los extravertidos. Los introvertidos, por esta razón, son más ansiosos que los extravertidos.

Esto lo podemos ver en la siguiente figura.

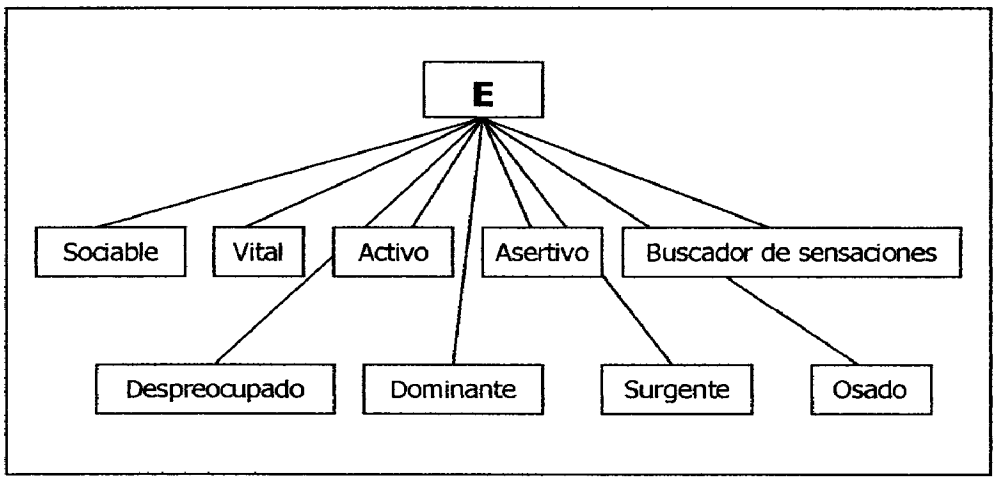


Figura 1.3: Niveles de generalidad del rasgo y el tipo Extraversión (tomado de Eysenck y Eysenck, 1987).

Realismo-psicoticismo

Al igual que las otras dos dimensiones fundamentales, el realismo y el psicoticismo se conciben como puntos finales y opuestos de una línea continua.

Pero para esta última dimensión, la teoría no contempla la existencia de ninguna estructura biológica concreta subyacente. No obstante, Eysenck y Eysenck (1976) la vinculan con el sistema hormonal androgénico de los individuos, así como con ciertas disfunciones en el grado de activación de la corteza cortical. Se trata de un factor de vulnerabilidad general que, aún estando distribuido normalmente en la población, se asocia en diversos grados con la predisposición a las psicosis

A una persona con notable psicoticismo se le puede describir como «un solitario que no puede sufrir a los demás; a menudo es desagradable y no se adapta a ninguna situación. Puede ser cruel e inhumano, puede carecer de sentimiento y de capacidad de empatía, puede ser totalmente insensible. Abriga hostilidad hacia los demás, incluso hacia sus parientes y

Universidad de huelva 2010

amigos, y se muestra agresivo hasta con las personas a las que quiere. Siente debilidad hacia cosas singulares y extraordinarias y se muestra indiferente ante el peligro; le gusta desairar y desconcertar a los demás. (Eysenck, 1982, p. 31).

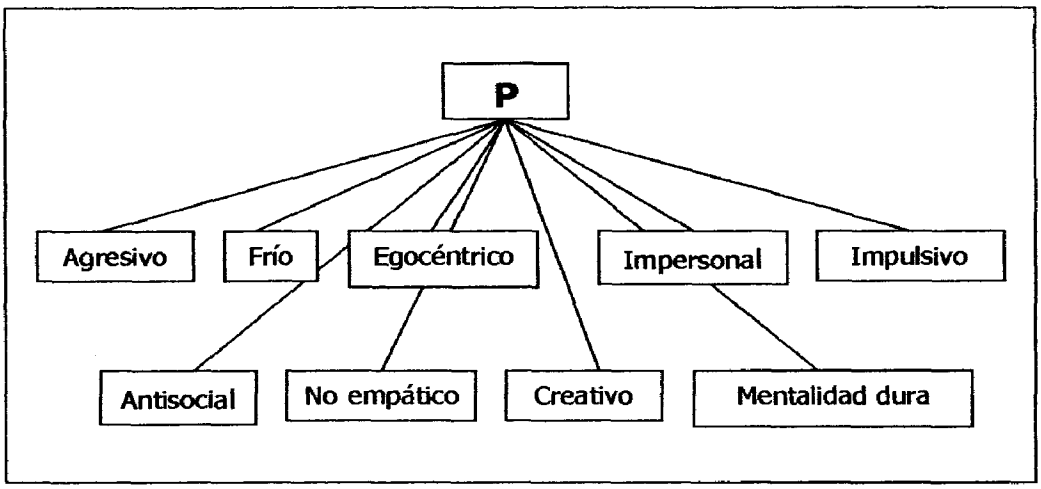


Figura 1.4: Niveles de generalidad del rasgo y el tipo Psicoticismo (tomado de Eysenck y Eysenck, 1987).

Hay que señalar que Eysenck obtuvo estas dimensiones mediante tests y cuestionarios de los cuales presentamos a continuación una breve reseña:

Cuestionario y tests creados por Eysenck

1. Cuestionario médico Maudsley (MMQ): mide la inestabilidad usando elementos intercalados en preguntas sobre la salud de la persona.
2. Inventario de personalidad Maudsley (MPI): mide inestabilidad y extroversión, y contiene una escala de sinceridad.
3. Inventario de personalidad de Eysenck (EPI): mide también la inestabilidad y la extroversión. Usando el EPI con pacientes y con sujetos normales, se ha aislado el tercer factor de personalidad: el psicoticismo. El EPI es muy similar al MPI, aunque tiene dos formas paralelas, los elementos son más simples e incluye una escala de sinceridad.
4. Cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQ): mide las dimensiones inestabilidad, extroversión y psicoticismo (dimensión que el doctor Seisdedos prefiere denominar «dureza). Estas tres dimensiones

Universidad de huelva 2010

conforman la teoría PEN de Eysenck (psicoticismo, extraversión y neuroticismo o inestabilidad; Eysenck y Eysenck, 1985). El EPQ proporciona una versión para adultos (EPQ-A) y otro para jóvenes (EPQ-J).

Debido a las críticas dirigidas al concepto de Psicoticismo y su posibilidad de medición (Claridge, 1981), así como a la debilidad psicométrica de dicha escala (Block, 1977a, 1977b), el EPQ ha sufrido ya una revisión (Eysenck, Eysenck y Barret, 1985).

1.1.2.1. Universalidad del sistema P.E.N.

Fiske (1949), basándose en los constructos de R.B. Cattell y utilizando algunas de las escalas de clasificación elaboradas por él, realizó un estudio factorial en el que aparecerían cinco dimensiones, tres de ellas son interpretadas por Zuckerman (1991) como equivalentes a E, N y P: adaptabilidad social, control emocional y conformidad. Partiendo también de trabajos de R.B. Cattell (1957), Tupes y Christal encontraron en 1961 otra solución con cinco factores. Y, de nuevo, Norman volvería a obtener en 1963 una solución pentafactorial, dos factores de la cual (extroversión o surgencia, y estabilidad emocional) son equivalentes a las dimensiones de E y N de H.J. Eysenck.

Al mismo tiempo en que H.J. Eysenck llevó a cabo sus primeras investigaciones, otros investigadores, dentro de la misma línea de trabajo basada en la utilización de técnicas correlacionales, pero desde un enfoque más analítico-inductivo que el de Eysenck, ofrecían modelos con un mayor número de dimensiones: 14 en Guilford y Zimmerman (1956) y 16 en R.B. Cattell (1957). Sin embargo, modelos con dimensiones tan específicas como los de Cattell y Guilford hacían que éstas fueran difícilmente replicables; en cambio, análisis secundarios y terciarios de esos factores mostraban, con sorprendente regularidad, factores que se asemejaban bastante a E y a N (Zuckerman, 1991). J.P. Guilford, R.B. Cattell y H.J. Eysenck tienen en común que ofrecen sistemas descriptivos generales de la personalidad basadas en el análisis factorial, es decir, intentan detectar todos los ámbitos de la conducta y mostrar su estructura dimensional subyacente. Les diferencia, no obstante, su mayor o menor tendencia a limitarse a un enfoque puramente empírico del problema o a recurrir a la formulación de

Universidad de huelva 2010

teorías explicativas y, por tanto, a la proposición de mecanismos fundamentalmente biológicos.

En 1973, Royce publicó una amplia revisión de todos los estudios de personalidad que utilizaban el análisis factorial y sacó en conclusión que las pruebas existentes apoyaban la existencia de 11 factores de primer orden y 3 de segundo orden, estos últimos eran identificados como introversión, ansiedad y súper-ego. En 1983 Royce y Powell repasaron su sistema donde volvían a aparecer tres dimensiones superiores de la personalidad, llamados por ellos como independencia emocional, extraversión y estabilidad emocional, lo cual posee una clara similitud con el sistema PEN.

Carlier (1985) y Stelmack, Kruidenier y Anthony (1985) analizaron factorialmente el inventario de temperamento de Strelau (1983) (STI), identificando cinco factores, entre los que había un factor de adaptabilidad social que correlacionaba significativamente con E, un factor de control emocional que correlacionaba con N y un factor de represión que correlacionaba con P.

En la actualidad parece haber un renovado y gran interés, al menos en el ámbito norteamericano, por estos modelos pentafactoriales (los "big five"). En la mayoría de los análisis llevados a cabo para replicar los resultados de Norman (1963) han aparecido factores equivalentes a E y N (Digman e Inouye, 1986), otros dos tienen cierta similitud con P, y el quinto factor representa una dimensión de curiosidad intelectual que, por tanto, parece reflejar más bien al componente cognitivo de la personalidad que al temperamental. Sobre este tema pueden encontrarse comentarios en Zuckerman (1991), quien también sugiere que en realidad todos estos modelos no son incompatibles sino encuadrables dentro de un esquema jerárquico en el que unos pocos rasgos generales (probablemente E y N) puede ser subdivididos en otros y éstos, a su vez, en otros más específicos.

A pesar del prestigio del acercamiento de "Los cinco grandes", no todo el mundo está de acuerdo ni en cuanto a la cantidad de dimensiones (Avia, Sanz, Sánchez-Bernardos, Martínez-Arias, Silva y Graña, 1995; Cloninger, 1987; Cloninger, Svrakic, y Przybeck, 1993; Eysenck, 1992; Jackson, Paunonen, Fraboni y Goffin, 1996; Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta y Kraft, 1993), ni con respecto a sus contenidos (facetas o marcadores) de los cinco grandes.

Dos dimensiones de las cinco han sido vistas como partes de una dimensión de orden superior. Así, la dimensión Psicoticismo (P) de Eysenck ha sido relacionada negativamente con las dimensiones de Escrupulosidad y, en menor medida, con

Universidad de huelva 2010

Cordialidad/Amigabilidad (Avía et al., 1995; Costa y McCrae, 1992, 1995; Costa, McCrae y Oye, 1991; Eysenck, 1992; Goldberg y Rosolack, 1994; John, 1989; Kline y Lapham, 1991; McCrae y Costa, 1985; Oraycott y Kline, 1995; Zuckerman et al., 1993). Algunos explican esas relaciones argumentando que Escrupulosidad y Cordialidad son, total o en parte, subfactores de P (Eysenck, 1992; Kline y Lapham, 1991; Oraycott y Kline, 1995). Otros, sin embargo, apoyan la existencia de los dos factores por separado, considerando al mismo tiempo que P es una amalgama de contenidos, especialmente de los que se incluyen en Escrupulosidad y Cordialidad (Costa y McCrae, 1992,1995).

Avia et al. (1995) encuentran resultados similares aplicando las versiones españolas del NEO-PI y del EPQ a tres muestras independientes. Las soluciones factoriales más adecuadas son las de tres y cuatro factores.

Por lo visto hasta ahora los resultados por medio del análisis factorial mostraron un apoyo parcial tanto a las soluciones trifactoriales como pentafactoriales y aunque no confirmó a ninguna de las dos fue la trifactorial la que obtuvo mejores resultados. Las únicas dimensiones que aparecen confirmadas son N y E.

Otro estudio destacable, que contribuye a respaldar la universalidad, 3 de las dimensiones de Eysenck, es el que realizaron en 1988 Zuckerman, Kuhlman y Camac. Un análisis factorial puso en evidencia diez factores con autovalores superiores a la unidad, pero el examen de la representación gráfica de los autovalores ('screen test') sugirió detener la extracción en el quinto factor. En la solución de cinco factores se encontró un factor de sociabilidad, en el que la escala E de Eysenck (EPQ) era el marcador principal, un factor de actividad, un factor en el que se situaban la búsqueda de sensaciones y la agresividad en el polo positivo, y la responsabilidad y la deseabilidad social en el polo negativo, un factor de emocionalidad en el que la escala N de Eysenck (EPQ) era el marcador principal, y un quinto factor que se denominó 'búsqueda de sensaciones impulsiva no socializada', en el que la escala P de Eysenck (EPQ) actuaba como marcador.

Además de la constatación de la aparición de las dimensiones básicas en diferentes estudios factoriales, se han utilizado otros procedimientos para poner a prueba su universalidad como factores temperamentales enraizados en lo biológico y constitucional: recurso a los modelos animales, el estudio de su heredabilidad, estudios transculturales y los estudios longitudinales.

Universidad de huelva 2010

Entre las investigaciones realizadas con animales se encuentra la realizada por Chamove, Eysenck y Harlow (1972) estudiaron las reacciones de unos monos Rhesus ante la entrada de otros individuos de su misma especie en la jaula que habitaban; a partir de la observación de estas reacciones establecieron tres categorías de comportamiento: juego, miedo y agresión que, según H.J. Eysenck (Zuckerman, 1991), eran equivalentes, respectivamente, a las dimensiones de extraversión, neuroticismo y psicoticismo

De los estudios sobre diferencias Constitucionales en emotividad cabe destacar el de Savage y H.J. Eysenck (1964), en el que emplearon las cepas reactivas y no reactivas de Maudsley (H.J. Eysenck y Broadhurst, 1965). Las conclusiones que se derivan de este y otros estudios realizados con ratas es que la emotividad es altamente heredable. Asimismo, la emotividad medida en el test de campo abierto no parece ser específica de esa situación, sino que se generaliza a otras situaciones (ya otras respuestas distintas de la de defecación, a partir de la cual se mide en el test de campo abierto). Según Eysenck y Eysenck (1987), esta dimensión de reactividad emocional en las ratas es equivalente a la de neuroticismo en humanos.

Globalmente, la investigación con animales tiende a confirmar la universalidad de E, N y P. Sin embargo, hay mucha discusión todavía respecto a si determinados comportamientos pueden considerarse como indicadores de una u otra dimensión.

Por lo que se refiere a la heredabilidad de E, N y P, Zuckerman (1991) establece un margen entre 40% y 60% a partir de la revisión de estudios realizados con gemelos idénticos y gemelos fraternos (Boucharde et al., 1990; Eaves y Young, 1981; Floderus-Myrhed, Pederson y Rasmuson, 1980; Fulker, Eysenck y Zuckerman, 1980 ; Loehlin y Nichols, 1976; Pederson, Plomin, McClearn y Friberg, 1988; Rose, 1988; Rose, Koskenvuo, Kaprio y Anginvaino, 1988; Rushton, Fulker, Neale, Nias y Eysenck, 1986; Tellegen, Lykken, Bouchard, Wilkox, Segal y Rich, 1988), de los que, por otra parte, se desprende que la parte de varianza genética aditiva es mayor en N y P que en E. Una de las críticas realizadas con más frecuencia a los estudios de heredabilidad realizados con gemelos es que no se tiene en cuenta la influencia del ambiente que comparten; no obstante, las comparaciones de gemelos idénticos que viven juntos y gemelos idénticos que viven separados (Pederson et al., 1988; Shields, 1962; Tellegen et al., 1988), o de niños con sus padres biológicos o adoptivos (Loehlin, Willerman y Horn, 1985; Scarr, Webber, Weinberg y Wittig, 1981), revelan que la

Universidad de huelva 2010

influencia del ambiente familiar compartido es mínima en comparación con la que representa la herencia, aunque en el estudio citado de Scarr et al. (1981) se sugiere la idea de que no sean ni el ambiente familiar compartido ni la herencia los factores que determinan en mayor medida la personalidad, sino factores ambientales específicos que afectan a unos miembros de la familia más que a otros, debido a correlaciones genotipo-ambiente que harán variar las probabilidades de recibir diferentes influencias ambientales en función de las características del genotipo.

Eysenck y Eysenck (1987) se refieren también a los estudios longitudinales, en apoyo a la pretensión de universalidad de las dimensiones básicas temperamentales. Los resultados que de ellos se obtienen indican que la predicción del temperamento adulto a partir de la infancia puede ser bastante fiable respecto a N, algo menos en E, y mucho menos en P, lo que pone de manifiesto la "débil base teórica del psicoticismo" (Eysenck y Eysenck, 1987).

Todo lo anterior nos lleva a resumir la universalidad de las dimensiones principales de la personalidad.

Universidad de huelva 2010

1.2. DESARROLLO EVOLUTIVO PSICO-SOCIAL.

1.2.1. Desarrollo de la personalidad

Dentro del conjunto de factores que conforman el constructo de personalidad, sólo nos centraremos en el autoconcepto, autoestima, y la identidad de género, pues son los elementos que consideramos más relevantes para este trabajo.

Estos factores van evolucionando en los años escolares, adquiriendo una estabilidad respecto a los años anteriores.

Así autores como Erikson (1980) señala que los factores que juegan un papel predominante en el desarrollo de la personalidad son la laboriosidad y la comparación social. La actividad escolar y la influencia de los iguales se comportarían como los ámbitos donde los niños/as reflejarán sus propios estilos de ser y de crecer, en todos los sentido.

1.2.1.1. El autoconcepto

Siguiendo a Ortega Ruiz (1996) lo niños entre los 6 y 12 años progresan de forma rápida en el conocimiento que tienen sobre sí mismos. Al reconocimiento de sus capacidades y limitaciones se debe añadir la constante evaluación que reciben por parte de su familia y la escuela. Así, para algunos niños los sentimientos de competencia e inferioridad pueden ser terribles. De acuerdo con la descripción de Erikson, los sentimientos de competencia y de miedo a la inferioridad pueden dificultar la adquisición de la independencia y autonomía que necesitan los alumnos/as para poder enfrentarse adecuadamente a las exigencias que la vida les impone.

Los niños en la edad escolar, en comparación con los niños de infantil, son más psicológicos y sociales a la hora de describir su personalidad, además se añade un rasgo de objetividad para ir ajustando lo que dice de sí mismo y sus características más objetivas, aunque todavía tienden a sobrevalorarse o a infravalorarse. Por tanto, el autoconcepto se deja influir por el estilo categorial del pensamiento de los niños y tiende a ser exhaustivo y algo extremista.

Universidad de huelva 2010

La influencia del progreso cognitivo y el desarrollo de las actitudes ante sí y ante los demás se nota en la progresiva configuración del autoconcepto, que se va haciendo más prudente y ajustado a la realidad.

Entre los 6 y 12 años los niños van ajustando su definición incluyendo elementos psicológicos y abstractos, como sus aficiones, deseos, proyectos, sustituyendo el egocentrismo y sincretismo de la etapa anterior.

Como señalan Palacios, Marchesi y Coll (1999) los cambios más importantes que pueden observarse en el autoconcepto entre los 3-6 y los 6-12 años se resumen en la tabla siguiente

Tabla 1.1. Cambios en el autoconcepto. (Palacios s, 1999, p.359).

De...	a...	Descripción del cambio
SIMPLE Y GLOBAL	DIFERENCIADO Y ARTICULADO	Al principio, los niños forman conceptos de sí mismos de carácter global. A medida que avanza el desarrollo, se hacen distinciones más precisas y articuladas.
ARBITRARIO Y CAMBIANTE	COHERENTE Y ESTABLE	Los niños más pequeños cambian frecuentemente su autoevaluación, que se realiza en base a evidencias externas. Conforme crecen, los niños empiezan a basarse más en juicios propios y en la evaluación de la evidencia, ganando su autoconcepto en coherencia y estabilidad.
CONCRETO	ABSTRACTO	Los niños más pequeños, cuando se describen a sí mismos, se centran más en los aspectos físicos, externos y visibles. La tendencia que se sigue conforme avanza el desarrollo es ir dando más peso en las autodescripciones a los aspectos no visibles, sobre todo a las características sociales y psicológicas.
ABSOLUTO	RELATIVO	Al principio el autoconcepto se define sin incluir ninguna referencia a los otros, en términos absolutos. Este concepto de sí mismo va dando paso a otro más relativo y comparativo, que se define basándose en las comparaciones con los otros.
YO PÚBLICO O EXTERNO	YO PRIVADO O INTERNO	Los niños más pequeños no distinguen entre los sentimientos privados e internos y la conducta externa y pública. Los niños mayores consideran su yo privado o interno como su «auténtico yo», no accesible a los demás.

FUENTE: Adaptado de Schaffer, 1996.

Sin embargo el desarrollo del autoconcepto desde los 6 a los 12 años no es homogéneo, sino que se puede distinguir dos momentos distintos evolutivos (Palacios et al, 1999):

Universidad de huelva 2010

- 6-8 años: la tendencia a hacer discriminaciones es cada vez más finas en la descripción de uno mismo, y realiza comparaciones con uno mismo en las que frecuentemente se utiliza contrastes del tipo todo o nada, en las que el propio yo es el principal elemento de referencia, pero empezando a tener en cuenta los contenidos internos y de naturaleza psicológica.

- 8-12 años: las relaciones interpersonales y las comparaciones con otros niños y niñas se irán haciendo predominantes, reapareciendo el yo como espejo de la imagen que de nosotros mismos obtenemos en la vida y los intercambios sociales (Cooley, citado por Palacios,1999); en este tramo de edad se observan además generalizaciones que integran conductas diversas y conceptos opuestos, incrementándose además el énfasis en las descripciones referidas a contenidos y rasgos internos

Esto se ve reflejado en la siguiente tabla.

Tabla 1.2. Cambios en el autoconcepto (Palacios, 1999, p. 360)

Primeros años de la escuela primaria (6-8 años)

Estructura, organización	*Contenidos más destacados*	*Ejemplos*	*Valoración y exactitud*
Primeras conexiones entre distintos rasgos o aspectos; uso frecuente de características opuestas del tipo todo o nada.	Comparación con uno mismo en otro momento o en el pasado. Inclusión de aspectos internos y psicológicos.	«Se me da bien correr, saltar y jugar al fútbol», «Ahora me gusta la leche; antes no me gustaba», «Prefiero jugar a ver la televisión».	Valoración típicamente positiva, no siempre coincidente con la realidad.

Últimos años de la infancia (8-11)

Estructura, organización	*Contenidos más destacados*	*Ejemplos*	*Valoración y exactitud*
Generalizaciones que empiezan a integrar un conjunto de conductas; capacidad para integrar conceptos opuestos.	Rasgos referidos a destrezas y a relaciones interpersonales; comparación con otros niños. Profundización en los rasgos internos.	«Se me dan bien las matemáticas y el lenguaje, pero mal el inglés y la música», «Lo paso bien en el patio, pero mal en clase», «Tengo muchos amigos, pero Juan tiene más que yo».	Valoración de sí mismo que incluye tanto aspectos positivos como negativos. Mayor exactitud en las autodescripciones.

Universidad de huelva 2010

1.2.1.2. La autoestima

Como señalan Palacios, Marchesi y Coll (1999) la autoestima es un concepto multidimensional y las dimensiones que lo conforman van cambiando con la edad Al igual que el autoconcepto, está menos diferenciada en las edades infantiles y se va diversificando y haciéndose más compleja a medida que el desarrollo avanza.

Ortega Ruiz (1996) plantea que el aumento de las capacidades cognitivas, la madurez en la comprensión del funcionamiento del mundo, el conocimiento y el desarrollo interpersonal y social, el realismo en la comprensión de sí mismo/a, su laboriosidad y eficacia, deberían ayudar a formar la autoestima; pero no siempre ocurre así. Al aumentar sus capacidades se impone la constante evaluación que la escuela y padres hacen de los niños de esta edad, lo cual eleva permanentemente el listón de medir su rendimiento, en todos los sentidos. La comparación con otros y la competitividad de la vida escolar no siempre les proporciona buenos resultados generales por lo que no siempre el nivel de autoestima de los escolares es tan alto como cabría esperar. Muchos niños, en esta edad, pueden vivir por un tiempo prolongado, con la idea de que son malos, torpes e inútiles, valorando poco la gran cantidad de habilidades y conocimientos que adquieren cada día y aceptando críticamente las recriminaciones de su familia o de profesores, emitidas a veces bastante a la ligera y sin reparar en el daño que pueden hacer a los/as niños/as. De cualquier forma, la mayoría de los/as escolares se las arreglan para autoaceptarse, aún cuando no se tengan en gran estima; los héroes son casi siempre otros lejanos: futbolistas, actrices, etc., mientras su propia vida social les devuelve una imagen de sí mismos como niños corrientes que tampoco está mal.

El éxito y el fracaso escolar resultan ser componentes importantes de la autoestima, porque afirman o niegan el valor cognitivo y social, que son criterios de evaluación para la autoestima personal, Así la *autoestima académica* se ha convertido en uno de los criterios de autovaloración, para los niños de estas edades. También el éxito o el fracaso en la relación con los iguales, compañeros/as y amigos/ as, es una fuente de estimación de la valía personal. Hay niños que tienen éxito social, son populares y encuentran amigos con facilidad y los saben mantener; y niños impopulares que son rechazados o ignorados por los otros y esto origina problemas y dificultades para conseguir un autoconcepto bien valorado.

Según Palacios e Hidalgo (1999) los determinantes de la autoestima que tienen gran influencia son las prácticas educativas familiares, así los padres/madres con

Universidad de huelva 2010

un estilo democrático (clara delimitación de normas, relaciones cálidas y afectuosas, respeto y aceptación mutua) parecen que promueven una autoestima más alta en los niños. Otro determinante es la apertura a nuevos y diversos contextos de desarrollo donde los niños pueden ampliar la imagen que se han construido en el contexto familiar. Dentro de estos nuevos contextos se encuentra los compañeros y los profesores. Otro determinante son las características individuales, pues según el niño va adquiriendo mayor competencia cognitiva, es capaz de recabar distintos datos a partir de sus experiencias, con mayor objetividad y realismo.

1.2.1.3. La identidad sexual y de género

Hasta hace poco se consideraba que la identificación sexual era un proceso de la identidad personal que ocurría en la edad infantil, pero no podemos olvidar que este proceso dura toda la vida y que en la edad escolar también es importante.

Tanto la familia, como, sobre todo, los iguales, los juegos y las actividades compartidas las que van a permitir que los niños y las niñas profundicen en los rasgos sexuales de su identidad.

Como señala Palacios e Hidalgo (1999), los niños son capaces de identificarse como pertenecientes a un género desde muy pronto y durante los años preescolares atribuyen una cierta estabilidad a esa identificación. Al llegar a los años escolares consiguen ya la constancia del género, que implica la toma de conciencia definitiva acerca del género al que pertenezcan y no sólo por la apariencia externa y que por lo tanto es difícil de modificar. Esto es posible porque los niños comienzan a atribuir la identidad de género a las diferencias anatómicas básicas que existen entre ambos grupos sexuales.

Una vez que se han identificado como niños o niñas, se considera un rasgo personal constante y que no puede modificarse, por lo tanto se puede decir que la identidad de género ha quedado bien establecida y se encuentran pocos cambios a lo largo de la infancia, aunque sí hay que señalar que existen diferencias individuales en lo respecto a la adopción de roles de género. Una diferencia está relacionada con el propio género, pues los niños suelen mostrar más conductas estereotipadas que las niñas, hecho que habitualmente se relaciona con los diferentes patrones de socialización que se ponen en juego con unos y con otras (Martín, 1993). Este hecho ha propiciado que la adopción de roles de género se

Universidad de huelva 2010

convierta en uno de los rasgos de personalidad más evaluados durante las distintas etapas evolutivas (Bem, 1974, Boldizar, 1991, citados en Palacios et al., 1999)

1.2.2. Desarrollo emocional.

Siguiendo a Ausubel y Sullivan (1970) la emoción puede definirse como un estado intensificado de experiencia subjetiva, acompañado de respuestas esquelético-motoras y autonómico-humorales y de una fase selectivamente generalizada de bajos umbrales de respuesta. Se incluyen tanto las emociones placenteras que el niño trata de prolongar como las desagradables que intenta evitar o acabar, acercándose y retirándose, respectivamente, de las condiciones estimulantes de cada caso.

El dar una respuesta emocional comprende la siguiente secuencia:

a. fase *interpretativa,* que es la percepción o previsión de un acontecimiento que se interpreta como amenazador o como acrecentador de una necesidad, objetivo, valor o atributo que implican al yo;

b. fase *reactiva preparatoria,* que consiste en una reducción selectivamente generalizada de los umbrales de respuesta correspondientes a una emoción determinada;

c. fase *reactiva consumatoria,* que viene acompañada de componentes subjetivos, autonómico-humorales y esquelético-motor;

d. fase *reactiva reflexiva,* que implica la conciencia subjetiva del estado impulsivo y de las respuestas viscerales y esqueléticas.

Tal y como señalan Palacios e Hidalgo (1999) los niños, desde muy pronto, son capaces de expresar y asociar determinadas situaciones con emociones básicas, como por ejemplo, la alegría y el enfado. Al final de la primera infancia los niños empiezan a entender y a vivir emociones más complejas como son el orgullo, o la culpa y posteriormente empiezan a entender el control emocional, pero todavía no acaban de entender las emociones contradictorias, ni adoptar las normas de expresión de las emociones y su control.

Universidad de huelva 2010

1.2.2.1. Determinantes genéticos y ambientales

Mientras que Ausubel y Sullivan (1970) señalan que la potencialidad de desarrollar emociones conformes a un modelo está programada genéticamente en todos los seres humanos y que existen predisposiciones modeladoras determinadas genéticamente, tanto con respecto a las categorías generales de estimulación que provocan una emoción en particular, como a las formas generales en que se expresa ese afecto, González Núñez (1991).plantea en su obra *Nacimiento emocional del niño*, la importancia de la convergencia de tres elementos para la formación de la personalidad; y esos elementos son: los factores constitucionales, los propios del desarrollo y los factores ambientales

Para Ausubel y Sullivan (1970) la jerarquía de las respuestas que pueden emitirse en relación con un estado emocional particular, es decir, la probabilidad relativa de que se produzcan de acuerdo con la reducción selectiva de los umbrales de respuesta, también está determinada, en parte, por factores génicos. El escape y la evitación tienden a estar vinculados con el miedo, y la agresión con la ira. El hecho de que en bebés de sólo diez meses aparezcan expresiones faciales que pueden ser correctamente identificadas (conforme a juicios adultos) con experiencias emocionales específicas sugiere que el lenguaje de las expresiones emocionales se estructura sobre un núcleo de pautas de reacción naturales que difícilmente pueden atribuirse al entrenamiento. Una conclusión similar surge de la comprobación de que las expresiones faciales que asumen los niños normales al experimentar diversas emociones a las exhibidas por niños ciegos y sordos en las mismas circunstancias. Otra confirmación es que hay una mayor similitud en las pautas de la sonrisa y del miedo a los extraños entre los gemelos idénticos que entre los mellizos.

Los factores ambientales ayudan a determinar tanto la igualdad como las diferencias interculturales en el modelado de las emociones. Junto con los factores genéticos, las clases universales de relaciones interpersonales y las condiciones de adaptación a los ambientes personal y social determinan los aspectos psicobiológicos de la conducta emocional. Las diferencias psicosociales en la configuración emocional son determinadas por variaciones culturales específicas en las condiciones que provocan ciertas emociones y por preferencias culturalmente respecto del tipo de respuesta emocional que se juzga adecuado a una situación dada. Las diferencias *idiosincrásicas* en este campo están determinadas tanto por la variabilidad experiencial como por diferencias interindividuales en los rasgos temperamentales. Los niños no sólo difieren en

Universidad de huelva 2010

cuanto a las respuestas autonómicas a los estímulos emocionales, sino que también demuestran un mantenimiento de esas pautas en distintas situaciones. También hay diferencias individuales persistentes en el grado en que los componentes autonómico y visceral están representados en la respuesta emocional total. Algunos niños reaccionan con más vigor en el aspecto motor, otros con más fuerza en el aspecto autonómico, y hay otros que responden con la misma intensidad en ambas aspectos.

Como las emociones obedecen a una determinación multicausal, es imposible, incluso en un contexto cultural preciso, predecir cuál será la reacción emocional solamente a partir del estímulo que lo produce. La interpretación del estímulo por parte del sujeto está siempre influida por su experiencia y por su carácter, pero también por factores situaciones y sin olvidar las diferencias evolutivas en la maduración cognitiva, social y personal

1.2.2.2. Accesibilidad e identificación de las emociones

Las emociones varían tanto en la medida en que son accesibles a la conciencia como en el grado de precisión con que pueden ser identificadas. Esta variabilidad se aplica a todas las fases de la secuencia emocional. Algunas veces es el elemento excitante (por ejemplo, la causa del enojo) lo que resulta relativamente inaccesible o no identificable; en otras ocasiones el niño no tiene conciencia o no es capaz de identificar el campo de interés personal al que se dirige al estímulo excitante (por ejemplo, lo que se amenaza). Otra posibilidad es que el niño puede no tener conciencia de sus sentimientos subjetivos o de la relación entre estos sentimientos, el excitante y el referente. Esto tiende a ser especialmente cierto en el caso de situaciones y reacciones emocionales difíciles de verbalizar, pero también puede ocurrir que el desarrollo emocional durante la infancia implica avanzar en el control y la regulación de las propias emociones. En ocasiones, los estados emocionales son tan intensos que se vuelven perturbadores y poco adaptativos.

A medida que los niños se van haciendo mayores, el control externo de sus propias emociones pasa de los adultos a ellos mismos, aprendiendo así a evaluar, regular y modificar sus propios estados emocionales.

Según Palacios e Hidalgo (1999) antes de los 6 años hay ciertos indicios de control emocional; a partir de esa edad, los niños parecen diferenciar entre la

Universidad de huelva 2010

experiencia emocional interior y la expresión externa de las emociones, siendo capaces de ocultar los sentimientos propios a los demás; también son capaces de entender que el cambiar la apariencia externa no implica cambiar el estado emocional interno.

La progresiva toma de conciencia de los propios procesos cognitivos hace que a partir de los 7 años se empiece a observar una evolución en las estrategias utilizadas para regular los estados emocionales, de forma que los niños van a pasar de intentar cambiar la situación externa a intentar producir directamente cambios mentales internos (Saarni y otros, 1998), pues empiezan a darse cuenta de que las emociones pueden desaparecer si se deja de pensar en el acontecimientos que las provocó o si piensan en otra cosa. Otra estrategia que emplean cuando se ven agobiados por emociones negativas es pedir ayuda a otras personas. Hasta los 6-7 años, son los padres a donde recurren, pero a medida que pasan los años, piden ayuda, consuelo y apoyo a otros niños, que suelen ser sus amigos.

Pero a veces como consecuencia de las presiones culturales que lo obligan a suprimir ciertas clases de respuestas emocionales, el niño tiende a inhibir aquellos aspectos de la manifestación emocional que son socialmente más visibles, o sea las reacciones motrices y orales. Los componentes subjetivos de la emoción son más dificiles de inhibir, y como se los puede ocultar de la observación pública sólo están sujetos a la coerción de ciertas presiones internas, como la vergüenza y la culpa.

La evolución de la comprensión emocional depende de los progresos que tienen lugar en el ámbito cognoscitivo, por tanto es necesario que el niño alcance cierto nivel de complejidad cognitiva para que puede tomar conciencia de dicha comprensión emocional, así como el contexto social, pues le va a proporcionar al niño la oportunidad de experimentar en sí mismo las diversas emociones, así como observar cómo manifiestan los demás las emociones. En la medida en que los adultos, en el contexto de las interacciones cotidianas, ayuden al niño a interpretar los distintos estados emocionales y conocer sus causas, están ayudando al niño a avanzar en la comprensión de los estados emocionales (Palacios e Hidalgo, 1999).

Universidad de huelva 2010

1.2.2.3. Interacción emocional y cognitiva

Ausubel y Sullivan (1970) señalan que el desarrollo emocional y el cognitivo se interrelacionan de muchas maneras complejas. En lo que respecta a la prioridad de los desarrollos, es indiscutible el hecho de que los niños pequeños revelan sentimientos intensos y bien diferenciados mucho antes de que se vea su capacidad para pensar en forma lógica. De manera similar, las emociones preceden al razonamiento en la escala filogenética. No obstante, aun en las etapas iniciales de la expresividad emocional, los hemisferios cerebrales agregan dos características importantes. la diferenciación y la sensibilización, a la respuesta emocional. Los cambios viscerales y la activación son condiciones que acompañan, pero que no explican las respuestas emocionales mientras que la expectativa cognitiva parece ser un determinante principal de los estados emocionales.

Las cogniciones que surgen de la situación inmediata, interpretada según la experiencia anterior, proporcionan el marco en el que el individuo llega a comprender y a clasificar sus sentimientos.

No sólo los sentimientos tienen influencia sobre el pensamiento, sino que también el nivel de refinamiento cognitivo ejerce una profunda influencia sobre la reactividad emocional, pues es la interpretación cognitiva lo que determina el tipo de respuesta emocional.

1.2.3. Desarrollo social.

Tradicionalmente, los profesores de educación infantil han dado gran importancia a la promoción del desarrollo social de los niños pequeños. Durante los 20 últimos años se han acumulado un gran grupo de investigaciones que indican que, a menos que los niños alrededor de 6 años, alcancen un mínimo de habilidades sociales, tiene una alta probabilidad de estar en riesgo durante su vida. Hartup (1992) sugiere que la relación entre iguales contribuye en gran medida al desarrollo cognitivo y social y a la eficacia con la cual funcionaremos como adulos; así este autor establece que el mejor predictor infantil de la adaptación adulta sería la habilidad con que el niño se lleva con otros. Así niños que generalmente son rechazados, agresivos, problemáticos, incapaces de mantener amistades y que no pueden establecer un lugar para ellos mismos en la cultura de sus iguales, están en condición de alto riesgo.

Universidad de huelva 2010

El individuo es un ser social por naturaleza, además desde que nacemos, es necesario para el desarrollo de la persona, que entre en contacto con otras personas.

La familia se convierte en el primer entramado social para el desarrollo, pero no en el único, pues posteriormente el niño entra a formar parte de otro sistema social: la escuela; así mientras que en la familia se define por una desigualdad de roles (los padres tienen más edad, más cultura y los niños son dependientes), en la escuela se define como un sistema de iguales: los niños de 4 años están juntos, los de 5 años lo mismo, etc., pasan a formar un grupo social que están unidos durante muchos años de su vida y ambos sistemas se complementan.

Al hablar de desarrollo social nos referimos a la capacidad de relacionarse con otras personas y que estas relaciones sean satisfactorias, pero para que esto se produzca es necesario que se haya adquirido un aprendizaje social. Los niños que no han adquirido la internalización de las normas se encuentran con dificultades en sus intercambios sociales.

Las dos conductas más comunes de interacción inadecuada son el aislamiento y la actuación agresiva en grupo. Para que no ocurra esto es necesario que los niños logren la madurez psicosocial, y esto se consigue desde las aportaciones de la **familia** y del **grupo de iguales**.

1.2.3.1. La familia

Como ya hemos dicho antes, la familia es un sistema social que establece roles desiguales, pues los padres cumplen con la función de criar hijos en dos aspectos: amor y autoridad; los padres organizan, normativizan la vida de la familia y los hijos no pueden hacer reversible esta situación. A medida que los hijos crecen, las desigualdades se reducen (Maganto, 1994).

Las primeras normas elementales y reguladoras de las funciones vitales y sociales las imparte la familia, de esta manera el niño aprende a regular su conducta de acuerdo a unas normas impuestas desde fuera por los padres. El desarrollo social del niño se logra, pues adquiere juicios cognitivo sobre las acciones y conductas.

Universidad de huelva 2010

1.2.3.2. El grupo de iguales.

El grupo de iguales, al contrario que la familia, se caracteriza por la igualdad, pues están junto a otros 20 ó 30 niños de la misma edad, en la misma clase, en el mismo patio del recreo durante años y con un mismo profesor como modelo de identificación para todos los niños.

El grupo de iguales se regula por la igualdad del grupo.

En principio, en las relaciones de iguales, las emociones tiene a estar disociadas (*"me junto con los que me gustas y me separo de los que no me gustan"*) y no son tan ambivalentes como en la familia.

La unión tiende a generar pandillas con actividades de carácter prosocial (actividades deportivas, juegos, música...). Estas pandillas se forman alrededor de un líder natural que une al grupo en función de objetivos comunes, las normas creadas por ellos y las actividades que realizan.

Las normas son las que caracterizan a los grupos y es de decisiva importancia por lo que ayuda a adquirir la madurez social del sujeto.

Los miembros de la pandilla imponen sus propias normas, y por tanto pertenecer a un grupo supone aceptar todas esas normas consensuadas en el mismo grupo. Por tanto el grupo aporta el aprendizaje básico de que en el grupo de iguales existen unas normas iguales para todos, impuestas y dictadas por el propio grupo. El que no acepte las normas estará expuesto a encontrarse aislado o fuera del grupo (Maganto, 1994).

Esta asunción de las normas posibilita el pasar de la moral heterónoma a autónoma, y así van adquiriendo competencias y habilidades sociales para mantener relaciones sociales satisfactorias.

No saber convivir con los iguales los aísla de los demás o les hace imponer una conducta agresiva. Normalmente los grupos surgen en contextos naturales (colegio, barrio, etc.). Al principio los grupos son informales con pocas reglas y con gran movilidad y cambios de un grupo a otro. Con el paso del tiempo el grupo adquiere una estructura más formal, teniendo una organización jerárquica, con vocabulario propio y planificando actividades que no sean conocidas por otros (Berk, 1999).

Universidad de huelva 2010

Respecto al tipo de interacciones se van produciendo cambios significativos según aumenta la edad: en el *juego* se cambia de juego de ficción y rudos a juegos de reglas y de charlas entre ellos; en las *interacciones agresivas*, según Craick y Grotpeter (1995) los chicos tienen más tendencias a manifestaciones abiertas mientras que las chicas son manifestaciones más sutiles como la difamación y la burla centrada en los atributos negativos de los otros.

Moreno (1999) señala que cuando se habla de agresividad de niños en edad escolar hay que tener en cuenta la estabilidad y el significado de dichos actos agresivos. La conclusión que se extrae, según la autora anterior, de las distintas investigaciones es que mientras las conductas de rabietas, desafíos e irritabilidad son normales a los 4 años, su mantenimiento a los 8 puede convertirse en un posible indicador de problema clínicos.

En cuanto a las investigaciones prosociales, también existen una cierta controversia sobre si aumentan o no con la edad (Moreno, 1999). Los datos son tan difíciles de interpretar porque el perfil evolutivo varía según la conducta prosocial de la que hablemos y de la situación concreta en que se da (Fabes y Einsenberg, 1996); pero así todo, los autores concluyen que las conductas prosociales aumentan a medida que los niños se hacen mayores. Shaffer (1994) añade que algunas conductas como el compartir o ayudar a otro se hacen más frecuentes al avanzar en años, pero otras como la demostración de compasión y la disponibilidad para cooperar con iguales no parecen aumentar significativamente.

Las investigaciones que se han centrado en los determinantes emocionales de las conductas prosociales han destacado el valor de las emociones unidas a la empatía.

Para explicar los cambios en la prosocialidad desde un punto de vista cognitivo nos deberíamos centrar en el razonamiento moral-prosocial y la adopción de perspectivas, pues al aumentar éstas, aumenta la probabilidad de que aparezcan manifestaciones prosociales.

Además de lo dicho, el grupo de iguales va a ayudar a definir la personalidad del niño, pues al introducirse en el grupo va adquiriendo conceptos y papeles específicos que se refiere a su persona, constituyendo una nueva socialización diferente de la familia.

Universidad de huelva 2010

El valor del grupo.

En el grupo se efectúa la mayoría de las acciones personales individuales, de forma que el aprendizaje tiene un contexto de interacción grupal.

El niño aprende lo que los otros esperan de él y así va consolidando su adaptación; de esta manera la personalidad se va constituyendo de un modo estable y maduro cuando experimenta el apoyo de los demás.

Hacia los 10-11 años la mayoría de las interacciones se efectúa en el grupo de iguales, que ejerce una presión y una influencia cada vez mayor, pero este peso de influencia varía de un niño a otro y además se debe de tener en cuenta que:

- Los niños son más influenciables que las niñas.
- La influencia depende de la madurez psíquica del niño, de su situación dentro del grupo y de su adaptación personal y social.
- La influencia es mayor en temas más superficiales (vestimenta, música, etc.).
- El peso de los iguales dependerá de la supervisión, de la orientación y de las relaciones entre padres e hijos (Martín Bravo, 1999).

1.2.4. La implicación de la escuela.

El reconocimiento del papel socializador del ambiente escolar y la posibilidad de manejarlo es tan claro, que sirve de apoyo en muchos de los programas de salud mental escolar (Báez y Bethencourt, 1992).

Se han realizado diversas investigaciones sobre el conocimiento social de profesores y alumnos acerca de la experiencia escolar (Báez, 1987). En los alumnos se exploraron la percepción del profesor (competencias, personalidad, comportamiento en el aula, etc.), la percepción de los compañeros (atributos intelectuales, personalidad, desempeño académico, etc.), la propia imagen (autoconcepto, grado de control) y la percepción de la causas del comportamiento (atribución). Respecto al profesorado se han analizado sus creencias sobre la infancia, la educación, atribución acerca de su desempeño y el de los escolares.

Universidad de huelva 2010

Como resumen de los datos obtenidos por las anteriores investigaciones, decir que, tanto los profesores como los alumnos son intérpretes activos de la realidad escolar y que los juicios perceptivos sobre la escuela evolucionan con la edad de los alumnos.

Otro campo de investigaciones ha sido la interacción entre iguales, y dentro de él se han desarrollado dos grandes enfoques instruccionales (Báez y Bethencourt, 1992):

a. Compañeros entrenados para ser tutores
b. Organización grupo de las actividades escolares, con distintas estructuras de tareas, interacción y recompensa.

Resumiendo los datos encontrados se puede decir que los programas tutoriales constituyen un procedimiento eficaz de enseñanza/aprendizaje para el tutor y los tutelados y respecto a las técnicas grupales apoyan la superioridad de los procedimientos cooperativos sobre los competitivos.

Estudios desde un punto de vista de la psicología evolutiva afirman que los efectos de la escolaridad exceden los resultados formales del aprendizaje académico, ampliando al conjunto de características que definen la personalidad del escolar (Cubero y Moreno, 1990; Minuchin y Shapiro, 1983).

1.2.4.1. Dificultades de aprendizaje y comportamiento social.

Existen razones para investigar las relaciones sociales en niños con Dificultad de Aprendizaje (DA) (Bryan, 1991; Romero, 1990):

a. Constatación de las dificultades que experimentan estos niños en relación con los demás.
b. Importancia de la interacción social para el desarrollo global de la persona.
c. La detección de problemas tempranos en las relaciones interpersonales permiten predecir futuros problemas que afectan a la salud mental del escolar.
d. Los problemas en las relaciones interpersonales influyen negativamente en el rendimiento escolar.

Universidad de huelva 2010

Por estos motivos, el análisis de las relaciones sociales ayuda a comprender mejor las dificultades escolares.

El estudio del comportamiento social en niños con dificultades de aprendizaje se ha centrado en las siguientes líneas de investigación: actitudes de los alumnos con DA hacia sí mismo; competencia social; competencia comunicativa y juicios de los profesores (Bryan, 1991).

Las conclusiones más relevantes de dichos estudios han sido las atribuciones que realizan los sujetos para explicar sus éxitos o fracasos. El interés se deriva fundamentalmente del hecho de que las atribuciones que los niños dan al explicar su éxito o fracaso académico influyen sobre su motivación y persistencia en la tareas escolares (Weiner, 1979). Se ha planteado que los alumnos con DA han experimentado fracaso académico y que estas experiencias les llevan a pensar que no tienen la habilidad necesaria para alcanzar el éxito. Tales creencias llevan a un menor esfuerzo en las tareas académicas; así la mayoría de los niños desarrollan atribuciones internas para el éxito o fracaso, pero los niños con DA siguen un patrón diferente.

Cuando se comparan los patrones atribuciones de niños con y sin DA, se demuestra que los niños con DA siguen atribuciones más externas (Aponik y Dembo, 1983; Peral, Bryan y Donahue, 1980; Rogers y Saklfske, 1985), es decir, atribuyen con más frecuencia su rendimiento escolar a factores que van más allá de su propio control (como la suerte o la dificultad de la tarea). Sin embargo, algún estudio ha detectado la existencia de atribuciones causales internas basadas en la carencia de habilidad (Jacobsen, Lowery y Dulette, 1986).

Jiménez y Báez (1990) analizando el tipo de atribución de causalidad que permite diferenciar entre distintos niveles de rendimiento encuentran un patrón causal diferente entre alumnos con DA y sin DA, además en la atribución relacionados con la edad. Al comienzo del ciclo de ESO, los alumnos sin DA atribuían sus resultados académicos, sobre todo, a aspectos cognitivos y de relación con su profesor y dando menos importancia a aspectos comportamentales, adaptativos y familiares, mientras que los dos últimos aspectos son los que tienen más importancia para los niños con DA; pero al avanzar a cursos superiores, se observa que este patrón atribucional se invierte, ya que las dimensiones comportamentales, adaptativas y de relación con el profesor adquieren mayor importancia como elementos que explican lo que ocurre en el grupo sin DA, al revés que en el grupo DA.

Universidad de huelva 2010

Esto nos lleva a concluir que al ser la escuela un contexto donde se producen complejas interacciones, es lógico que sean múltiples las causas atribucionales respecto al rendimiento, tanto del propio alumno como de su entorno.

No podemos dar por finalizado esta primera parte sin hablar del estatus sociométrico y de sus tipos. Como señala Moreno (1999) el estatus sociométrico es uno de los temas clásicos en el estudio de las relaciones entre iguales, donde se trabaja la *preferencia social* (número de preferencias positivas menos las negativas) y *el impacto social* (número total de nominaciones tanto positivas como negativas). Teniendo en cuenta las dos dimensiones del estatus, se puede plantear los siguientes tipos:

a. Niños populares: puntúan alto en preferencia social y en impacto. Otras características son: capacidad de organizar las actividades del grupo, apoya a los demás, sociable y amistoso, inspira confianza y es leal, sabe adaptarse a las reglas del grupo, participa con entusiasmo en los juegos y tiene habilidades cognitivas y comunicacionales (Rubín y otros, 1998; Rice, 1997).

b. Niños rechazados: puntúan alto en impacto social y bajo en preferencias. Tienen conductas que son temidas o evitados, no son cooperativos, manifiestan pobres habilidades de resolución de problemas y poca conducta prosocial

   Hay que distinguir entre los rechazados por su agresividad y los que son por ser tímidos y retraídos. Ambos tienen pocas habilidades sociales y aunque tienen amigos, éstos pueden ser también niños rechazados. A medida que pasa el tiempo, su situación se va deteriorando y aumenta la posibilidad de sufrir desajustes personales.

   Los *niños agresivos* tiene la agresividad como rasgo de rechazo (Newcomb y otros, 1993) y presentan alta tasas de conflictos, conductas disruptivas e interrumpen la actividad y funcionamiento del grupo, manejan mal las relaciones interpersonales, tienen visión negativa de las cosas, esperan más el fracaso que el éxito, sufren un déficit cognitivo que explicaría sus dificultades para procesar sus experiencias sociales e interpretar adecuadamente sus conductas agresivas y sus consecuencias.

   Los *niños tímidos y miedosos* se caracterizan por tener muy pocas interacciones sociales, aunque no tienen dificultades cognitivos para

Universidad de huelva 2010

interpretar las claves que rigen las relaciones, en la vida real tienen grandes dificultades para actuar, se perciben como carentes de habilidades sociales y se sienten poco satisfechos con sus relaciones (Newcomb y otros, 1993).

Existen otras causas de rechazo como por ejemplo, minorías étnicas, racismo, enfermedades de rechazo social (Juidías, 1995)

c. Los niños ignorados: puntuaciones bajas en impacto social e intermedias en preferencia social. Tienen escasa interacciones; evitan meterse en conflictos, son poco sociables y les gusta estar solos. Con el tiempo no presentan más dificultades de adaptación que la media de la población. Según Rubín (1998) es un tipo de niño poco estudiado y conocido.

d. Los niños controvertidos: puntuaciones intermedias en preferencia social pero alto impacto social. Tienen un repertorio de conductas positivas y negativas, pueden ser clasificados por sus propios compañeros como agresivos, disruptivos pero también colaboradores y participativos. Son niños que frecuentemente son líderes (Rubín y otros, 1998)

e. Los niños promedio: moderado número de nominaciones positivas y negativas

Newcomb, Bukowski y Pattee (1993) en una revisión meta-analítica de 41 estudios publicados entre 1982-91 con niños entre 5 y 12 años, aislaron los correlatos conductuales de los distintos grupos sociométricos comparando el grupo promedio con los otros 4 grupos codificando en 4 categorías las 348 variables dependientes. Estas categorías son:

1. *agresivos*: compuesta por 3 componentes que son la agresión física, negativismo y disrupción
2. *aislamiento*: soledad, depresión y ansiedad.
3. *sociabilidad*: interacción social, capacidad de comunicación, solución de problemas, acciones sociales positivas, rasgos sociales positivos, relaciones amistosas y relaciones con los adultos.
4. *capacidades cognitivas*: aptitudes intelectuales y escolares (tanto por exceso como por defecto)

Las conclusiones del estudio apoyaron las diferencias conductuales entre niños con distintos estatus sociométrico:

Universidad de huelva 2010

- los *niños populares* reciben las elecciones porque poseen las cualidades fundamentales para promover el éxito social.
- Los *niños rechazados* superan al grupo promedio en conductas agresivas, pero presentan menos habilidades sociales e intelectuales, presentan aislamiento y esto se relaciona con manifestaciones de ansiedad.
- Los *niños ignorados,* respecto al grupo promedio, son menos agresivos y depresivos, obtienen niveles inferiores de interacción y acciones sociales, tienen un bajo nivel de implicación social.
- Los *niños controvertidos* combinan manifestaciones conductuales de los populares, al compartir la sociabilidad y comparten la agresividad con los rechazados, pero ésta es diferente de los rechazados, pues gozan de aceptación social.

Según Moreno (1999) si comparamos los niños ignorados con los niños promedio , los primeros son menos sociables, agresivos pues al interactuar significativamente menos, tienen menos posibilidades de generar conflictos, son menos habladores, realizan menos intentos para jugar con otros niños y a menudo juegan solos. Estos niños no tienen habilidad para relacionarse con los demás, manifiestan conductas inapropiadas con los iguales, baja autoestima, alta ansiedad en los encuentros sociales y con baja tolerancia a la frustración ante bromas y según la autora anterior puede que estos niños con el tiempo pasen a ser rechazados no agresivo. Olweus (1993) mostró en sus trabajos que estos tipos de niño tienen más posibilidades de convertirse en víctimas pasivas del maltrato entre iguales.

El estatus sociométrico está asociado al desempeño social y correlaciona con el rendimiento académico, adaptación emocional y conocimientos sociales. Los tipos sociométricos son moderadamente estables a lo largo de toda la escolaridad, sobre todo en los niños rechazados.

A medida que avanza la escolaridad, los grupos de iguales dejan de tener estructuras atomizadas, inestables y desordenadas para mostrar mayor integración social (Cubero y Moreno, 1990; Díaz-Aguado, 1986; Justicia, 1986). Señalar que existen diferencias sexuales, pues en los primero años escolares casi no se forman grupos mixtos y los niños acaparan menos elecciones y más rechazos, mientras que las niñas forman estructuras más descentralizadas. Sirva como ejemplo que ilustra esta afirmación, los sociogramas elaborados en los estudios de Juidías (1990, 1991, 1995), Rodríguez Martín (2002) y Lorenzo Correia (2002).

Universidad de huelva 2010

Capítulo 2:

Problemas Emocionales Infantiles.

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

2.1. EMOCIÓN

2.1.1. Concepto

La palabra emoción supone un sentimiento presente en unos estados emocionales concretos como son el miedo, la rabia, la alegría, etc. Se trata de una experiencia subjetiva que forma parte del mundo afectivo.

Todos los seres humanos experimentan emociones (miedo, tristeza, alegría, rabia, culpa, etc.) ante las diferentes situaciones de la vida cotidiana. La experimentación de emociones es inherente al ser humano. De hecho, la dificultad en la identificación y en la expresión de las emociones se relaciona con la alexitimia y la represión emocional, que facilitan la predisposición a padecer trastornos psicosomáticos (Fernández-Montalvo y Yarnoz, 1994).

Las reacciones emocionales están constituidas por conductas motoras, cognitivas y fisiológicas que, junto con las influencias socioculturales y los determinantes biológicos, configuran el comportamiento humano y ejercen una influencia importante en los trastornos de conducta e incluso en la salud física de una persona (Echebarría y Páez, 1989).

Las emociones desempeñan una función adaptativa y son, desde esta perspectiva, necesarias para la supervivencia de la persona

Bridges (1936) lo definió como una reacción particular de un individuo ante una estimulación intensa o súbita. Lo que llama la atención de esta definición, es la idea de improvisto y de profundo en el campo emotivo. Según esto, Del Barrio (2002) se plantea que la emoción es una respuesta rápida a estímulos importantes para el sujeto tanto desde un punto de vista biológico, como social o personal. Esta autora, tendiendo en cuenta otros autores y las distintas posiciones que ha suscitado el tema propone la siguiente definición de emoción "*Una reacción que da lugar a un determinado estado de ánimo de corta duración elicitado por estimulación relevante y acompañado de alteraciones orgánicas. En esta reacción es esencial una relación entre lo biológico, lo cognitivo, lo conductual y lo experiencias y la secuencia precisa de esa relación todavía está en vías de resolución*" (Del Barrio, 2002, p. 21).

Actualmente está cobrando auge las teorías psicofisiológicas acerca de las estructuras que intervienen en la génesis de la emoción. Estas teorías señalan que

Universidad de huelva 2010

tras la estimulación se da una transmisión inmediata, a través del tálamo, que comunica la excitación a la amígdala que a su vez lo hace con los sistemas neuroendocrinos; simultáneamente el tálamo transmite información al córtex y se inicia un proceso de retroalimentación mutua. Esto se puede ver en la siguiente figura:

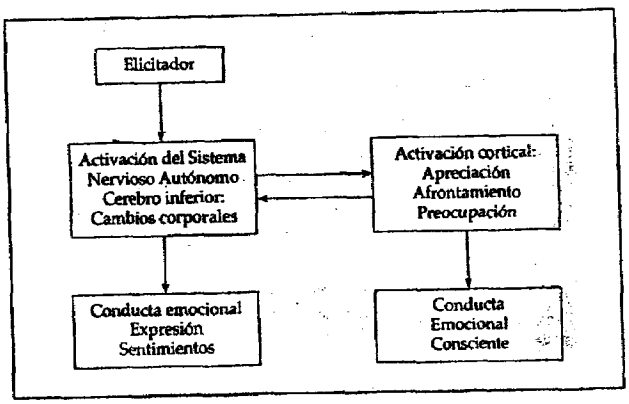


Figura 2.1. Secuencia de la activación emocional (Del Barrio, 1997, p. 22).

2.1.2. Tipos de emociones

Aunque existen muchas clasificaciones, aquí sólo haremos referencia a algunas de ellas pertinentes para nuestro trabajo:

- Sternberg (2001) sostiene que sólo hay dos emociones básicas que son el amor y el odio, y que las demás son combinaciones de ambas. Las emociones positivas son las que implican un acercamiento mientras que las negativas suponen un alejamiento o ataque respecto al estímulo que lo provoca y que son vistos como amenazantes para la supervivencia.
- Plutchik (1980) se plantea metas adaptativas específicas para cada una de las emociones básicas:
  - Tristeza, para la búsqueda de apoyo y compañía.
  - Miedo, para huir y alejarse del peligro.
  - Ira, para remontar los obstáculos.
  - Amor para la perpetuación de la especie.

Universidad de huelva 2010

- Para Izard (1977) la clasificación se ha de hacer teniendo en cuenta la precocidad de su aparición y que si cada emoción tiene una entidad propia no se podría dar una combinación de ellas para alcanzar otras.

- Lewis et al. (1984) plantean que pueden clasificarse en emociones vitales que serán las primeras en producirse y se incorporan en la persona sin necesidad de un desarrollo cognitivo, y en emociones tardías, menos necesarias pero a las que le hace falta un desarrollo cognitivo previo para proporcionarle una mayor complejidad de análisis intelectual respecto de las situaciones.

- Del Barrio (2002) plantea la siguiente clasificación, que vemos en la tabla 2.1:

Tabla 2.1. Clasificaciones de las emociones

Emociones básicas	**Emociones secundarias**
Negativas: ira, miedo y tristeza	*Negativas*: vergüenza, odio, celos, envidia, disgusto, desprecio, preocupación, desesperación, culpabilidad, aburrimiento, desconfianza.
Positivas: alegría, interés y sorpresa	*Positivas*: placer, curiosidad, deseo, adoración, orgullo y éxtasis.

- Otros autores consideran que las emociones forman una estructura jerárquica y así Rosca (1973) considera el amor y la ira como superiores mientras que el pánico, la aprehensión, la rabia y el enojo estarían en un nivel inferior y serían más específicos.

- Hay otra clasificación que se basa en la temporalidad; así cuando la duración es corta se denomina estado, mientras que si una persona tiende frecuentemente a hallarse en un mismo estado emocional se habla de rasgo. Los autores que lo mantienen son R. Cattell y C. Spielberg.

- Esta tendencia de las personas a reaccionar más o menos emocionalmente ha sido explicada con la variable temperamento (Thomas, Chess y Birch, 1970).

- La discusión entre estados permanentes y transitorios aparecen en muchos autores (Wolf, 1969; Lewis y Michalson, 1983) y consideran que no existe un solo género con dos tipos de emociones (duraderas y transitorias) sino que existen dos tipos de géneros diferentes (sentimiento y emoción)

Universidad de huelva 2010

separados por la duración, siendo las emociones más breves y los sentimientos de más larga duración.

- Otra clasificación es dividir las emociones por la dirección en la que se manifiestan: internas y externas. Jones (1969) encuentra que hay unas bases biológicas definidas para esta dirección y señala que hay niños que tienen un alto umbral de respuesta electrodermal (externalizadores) mientras que otros tienen bajo umbral (internalizadores); también distingue un tercer tipo que responden de ambas maneras (generalizadores).

- Esta interpretación es similar a la defendida por Eysecnk respecto de la calidad del sistema nervioso y su diferente capacidad para procesar excitaciones externas o internas (extrovertido-introvertido). Esto también es consistente con los estudios que se han hecho sobre la direccionalidad externa o interna de factores como la ansiedad, agresión o cólera (Rosenweitg, 1948; Spielberger, 1973).

- Otros autores consideran que las emociones básicas son las que aparecen en los animales (Weisfield, 1997).

A la hora de plantearse el número de emociones básicas, tampoco hay un acuerdo, pues varían de 2 a 8 emociones.

Para Watson (1919) eran 3: miedo, ira y alegría. La cifra más frecuente es 6: miedo, ira, tristeza, sorpresa, alegría e interés. Los demás serían combinaciones o distintas graduaciones de estas seis.

2.1.3. Evolución de la emoción en el niño.

La evolución emocional del niño, presenta, al inicio, un periodo de excitación indeterminada (Stratton, 1928); luego sigue con la aparición precoz de las emociones básicas: miedo, cólera y alegría y poco a poco va adquiriendo las demás, que van a estar instaladas totalmente entre los 7 y 9 meses (Izard et al., 1980). Los rangos de edad a los que las diferentes emociones van apareciendo son discutidos respecto a sus umbrales más bajos, pero hay consenso respecto al umbral alto. Según Ekman y Oster (1979) los gestos emocionales de un niño están presentes desde el nacimiento, pero otros autores señalan que se consiguen en el tercer mes. Se puede afirmar que a los dos años, las emociones básicas están constituidas en sus diversos aspectos y a los cinco años ya tienen emociones

Universidad de huelva 2010

complejas; a partir de esa edad se va desarrollando su propio estilo emocional dentro del contexto sociocultural en el que está inserto el niño; por tanto la educación sentimental se configura a lo largo de toda la vida pero son estos primeros años la base de su desarrollo.

Vamos a ver un resumen de esta evolución en la siguiente tabla.

Tabla nº 2.2 Resumen de la evolución emocional infantil (del Barrio, 2002, p. 2)

Edad	Experiencia, reconocimiento
0-12 meses	Experiencia de emociones básicas.
6-12 meses	Reconocimiento de la expresión de emociones básicas en el cuidador.
18 meses, 2 años	Experiencia de emociones secundarias.
2-3 años	Etiquetado verbal de emociones básicas.
2-4 años	Reconocimiento del estado de ánimo propio.
4-5 años	Reconocimiento de elicitadores de las emociones básicas propias.
6-7 años	Reconocimiento discriminante de las emociones propias y ajenas.
7 años	Conocimiento de las emociones propias y ajenas totalmente establecido.

2.1.4. Factores de riesgo y prevención

Generalmente la familia y los profesionales de la enseñanza entienden la importancia de la prevención respecto a la salud y seguridad física de los niños, pero curiosamente sólo se ocupan de los problemas emocionales cuando empiezan a aparecer indicios de una falta de adaptación, ansiedad, depresión, problemas de conducta, de rendimiento, etc., y se convierten en foco de atención cuando el niño manifiesta síntomas del conflicto.

Sería más adecuado tomar medidas preventivas tempranas también para los problemas emocionales, esto no presupone que al hacerlo se eliminen todas las dificultades emocionales, pero pueden ayudar a que se solucionen más rápidamente y/o más fácilmente y por lo tanto interfieran menos en el desarrollo armonioso del niño.

Según Shapiro (2002) la depresión en la infancia y adolescencia se ha duplicado durante los últimos 20 años; los trastornos de alimentación afectan casi a un 15% de los adolescentes; aumenta el número de niños que empiezan a fumar y cada vez a edades más tempranas, al igual que ocurre con el alcohol.

Universidad de huelva 2010

Esto ha hecho que los colegios hayan empezado a plantearse proyectos de prevención (sobre todo en USA) donde se enseñan habilidades que forman la llamada *Inteligencia emocional.* Aunque ya existen algunos programas preventivos, son todavía insuficientes ni están presentes en todos los colegios.[2]

No podemos olvidar que las emociones constituyen uno de los elementos claves para la interacción y así todas las teorías que han planteado su estudio, enfatizan su valor motivacional, su sentido comunicativo y el efecto adaptativo que tienen las emociones en su nivel medio, así como su efecto perjudicial en sus niveles extremos.

Las emociones negativas se han convertido en uno de los más serios problemas de las sociedades desarrolladas. Los desajustes emocionales no sólo alteran la vida personal sino los procesos de producción, y así la agresión, la depresión, el nivel de frustración parecer crecer en lugar de disminuir.

Un factor que mueve la emoción es el éxito, y éste es importante en el mundo infantil, pues en el niño las emociones están en estado puro y poco mediatizado por la cognición y las normas sociales, así la observación del estado emocional es más fácil que la de un adulto. Por tanto una desviación o disarmonía en las emociones producirían desajustes que le impedirían una integración adecuada a su entorno familiar y social.

Una buena educación no consistiría en eliminar las emociones negativas (miedo, ira, envidia, etc.) sino en que lo sienta sólo ante lo que verdaderamente amenace en el caso del miedo o si tiene ira que la use en defensa de sus derechos, es decir, lo correcto será que el niño logre la adecuación entre lo que sucede y la respuesta emocional adecuada; dominar las emociones no quiere decir no tenerlas. Así conseguiremos niños emocionalmente sanos y estaríamos en el camino de la verdadera prevención.

Del Barrio (2002) señala que las estadísticas muestran que los problemas infantiles que no han sido tratados en su momento tienen una alta probabilidad de aparecer en la vida adulta.

---

[2] El proyecto Primario de la Salud Mental, originario de Rochester, se aplica a 700 distritos escolares de USA y se centra en los niños pequeños que evidencian factores de riesgos temprano para los problemas académicos y han ayudado a miles de niños a evitar graves problemas emocionales y de aprendizaje.

Universidad de huelva 2010

Pero ¿cuándo decimos que un niño tiene problemas?. No es tan fácil porque el niño es un ser en desarrollo en el que las fases evolutivas crean situaciones conflictivas pues lo que es normal a los 6 años, puede ser sintomáticos a los 9 años, por tanto la presencia de síntomas no es suficiente para establecer un diagnóstico, debido a que el síntoma forma parte de su propio proceso de desarrollo (Cambell, 1988; Freud, 1965; Pelechano, 1979; Mazet y Honzel, 1981). La decisión de si existe alteración en el niño dependerá de su edad, de las características de su desarrollo en esa etapa, pues los problemas comunes del desarrollo pueden reflejar o una exageración de una conducta propia de la edad o una dificultad de adaptación a las distintas etapas del crecimiento.

El nivel de desarrollo del niño influye en la percepción y valoración de las conductas por parte de adulto: la agresividad, por ejemplo, no es valorada igual por los padres a los 3 años o en la adolescencia (Wenger, Berg-Cross y Berg-Cross, 1980).

Aunque sea reiterativo, pero es importante que quede claro que, cualquier problema infantil ha de ser entendido desde un punto de vista evolutivo, pues la vida es cambiante, pero los niños se caracterizan por estar sometidos a cambios muchos más profundos que cualquier otro periodo de su etapa vital.

Siguiendo a Del Barrio (1997) vamos a sintetizar, 3 épocas claves, que de alguna manera, ayuda a sistematizar los cambios, pues cada etapa supone en el niño distintas formas de ver, entender y manejar el mundo que le rodea y por ello también son distintos los problemas que presentan.

a. Etapa infantil (0-6 años).

Esta etapa es de iniciación del desarrollo y se dan cambios más rápidos. Se suele dividir en 2, de 0 a 3 años y de 4 a 6 años.

Si hubiera que seleccionar un momento importante dentro de este periodo, hablaríamos del primer año de vida. Desde el punto de vista físico, una nutrición y estimulación adecuadas son vítales para el desarrollo normal de un niño. Desde el punto de vista psíquico en un año el cambio que se produce es espectacular, basta decir que entre los 6-18 meses el niño comienza a tener autorreconocimiento delante de un espejo, esto quiere decir que se inicia ya una idea de sí mismo.

Universidad de huelva 2010

El mundo es para un recién nacido un caos que se organiza poco a poco en un esquema que va haciéndose más complejo y que están basados en la repetición, reconocimiento y satisfacción de sus necesidades.

En esta etapa no podemos olvidar algo tan importante para el desarrollo del niño como es el vínculo afectivo o apego, pero no nos vamos a extender en ello, sólo decir que los niños con un apego seguro tiene una conductas exploratorias más activas.

Cuando el niño alcanza los 3 años ha completado la adquisición de las estructuras básicas del lenguaje y gracias a él y a la imitación el niño va asimilando el mundo, de manera que sus esquemas mentales se van haciendo más objetivos, compartidos y socializados.

b. Etapa escolar.

Hacia los 6 años, durante la llamada etapa escolar o segunda infancia se produce un cambio importante, pues su sentido de la realidad es más fuerte y comienza a interaccionar con el ambiente que le rodea. Estamos en la etapa que Piaget denomina operaciones concretas. En esta fase, al niño le gusta ser competente en aquello que inicia, les gusta hacer bien las cosas y ser alabado por ellas y tener amigos.

Ahora se siente diferenciado de los otros y la combinación de la idea de sí mismo y el deseo de competencia aplicado a sí mismo genera la autoestima, tanto positiva como negativa, y que se basa en gran medida en la opinión de los otros.

La independencia y la eficacia de las acciones propias son dos de los logros más importantes en esta fase, pero a la vez el temor a la incompetencia y el fracaso en la pertenencia a grupos son las preocupaciones básicas de este momento.

c. Adolescencia.

Como esta edad se sale de nuestro trabajo sólo haremos referencia a unas breves características.

El peso de esta etapa se centra en el gran cambio físico que se produce en los niños. En esta etapa se tiene acceso a diversas formas de pensamiento abstracto y por tanto se pueden replantear muchas de las

Universidad de huelva 2010

ideas que anteriormente habían asumido. Comienza el espíritu crítico y además debe aprender a dominar sus emociones, que son especialmente fuertes, y empieza las relaciones con el otro sexo y a decidir su profesión.

Pero no sólo la edad es una variable a tener en cuenta sino también se debe valorar el impacto que produce las dificultades de comportamiento en el niño, ver si el síntoma tiene una significación desfavorable para el desarrollo psíquico del niño o es señal de un conflicto temporal.

Otra variable es la percepción y tolerancia de los padres, así las madres perciben los problemas de sus hijos en función de su estado afectivo y de la valoración que hacen de su propia competencia y los padres perciben mayor número de conducta problemáticas en sus hijos cuando existen problema conyugales (Rivas Terán, 1995).

Según diversos autores (Jiménez y Bernia, 1981; Peiró y Carpintero, 1978), la valoración de los profesores está influida por factores perceptivos y de tolerancia y así se observa que los niños agresivos y molestos son valorados como problemáticos con mayor probabilidad que los retraídos, incluso se ha hablado de una percepción selectiva que les llevaría a no detectar la ansiedad, fobia o problemas de retraimiento social. En esta selectividad influye la edad de los profesores, pues a menor edad son más tolerantes y utilizan un sistema de valores de las conductas desadaptadas distintas según la edad del niño.

Además se ha de añadir la variabilidad comportamental, pues la interacción del niño con su ambiente juega un papel importante pues el comportamiento varía con la situación en la que es observado. La presencia de problemas de conducta en un ambiente y no en otro se denomina *especificidad situacional del comportamiento* (Achenbach et al., 1978; Edelbrock y Achenbach, 1984).

Se han señalado una serie de factores que influyen en la variabilidad de las conductas sobre todo en la familia y en la escuela:

- Las características propias de los síntomas condicionan su aparición en el ambiente (tener miedo a la oscuridad en casa, pero no en el colegio).
- El nivel de exigencias hacia el niño es distintos en diferentes situaciones.
- Es difícil conseguir un acuerdo ante los adultos que observan al niño.

Universidad de huelva 2010

2.1.4.1. Factores de riesgo

De todo lo anteriormente expuesto, surge una pregunta ¿existe alguna forma de reconocer los factores o momentos de riesgo para poder aplicar la prevención?.

Varios autores han hablado de los factores de riesgo, vamos a realizar una descripción de ellos.

Según Shapiro (2002) son factores de riesgo:

1. *El temperamento*: aunque es estable y está determinado genéticamente, recientes investigaciones sugieren que el temperamento se puede modificar mediante una intervención temprana.
2. *El estilo de los padres para educar a sus hijos*: aquellos niños que se crían en ambientes autoritarios o permisivos corren el riesgo de sufrir problemas de conducta o emocionales.
3. *Sexo*: los niños tienen más problemas emocionales y de conducta antes de los 12 años, mientras que en las niñas les ocurre en la adolescencia.
4. *Edad*: parece que los temas más serios suelen aparecer cuando los niños son mayores.
5. *Inteligencia cognitiva*: los niños con habilidades cognitivas superiores corren menos riesgo de padecer una gran variedad de problemas.
6. *Otros*: sueño, dieta, ejercicio; compromiso de la familia y sensación de pertenencia; grado de unión entre los padres; compromiso de la comunidad; mala experiencia en el colegio y fracaso escolar.

Vallejo Ruiloba (1993) añade:

1. *Factores genéticos,* pues aunque en la mayoría de los casos no determinan totalmente un cuadro psicopatológico le hacen muy determinante o pueden actuar como simples predisponentes de otros.
2. *Acontecimientos vitales estresantes,* que pueden funcionar como facilitadotes o mantenedores de un trastorno. Canalda (1988) demostró que el número medio de situaciones estresantes experimentados por niños antes del inicio de un trastorno agudo es significativamente superior a niños sanos.

Universidad de huelva 2010

Toro y Vilardell (1987) señalan la importancia de los **factores sociales**, pues median o modulan ciertos trastornos (presión social sobre la delgadez). En la siguiente figura se ven cómo los factores interactúan entre ellos provocando la patología.

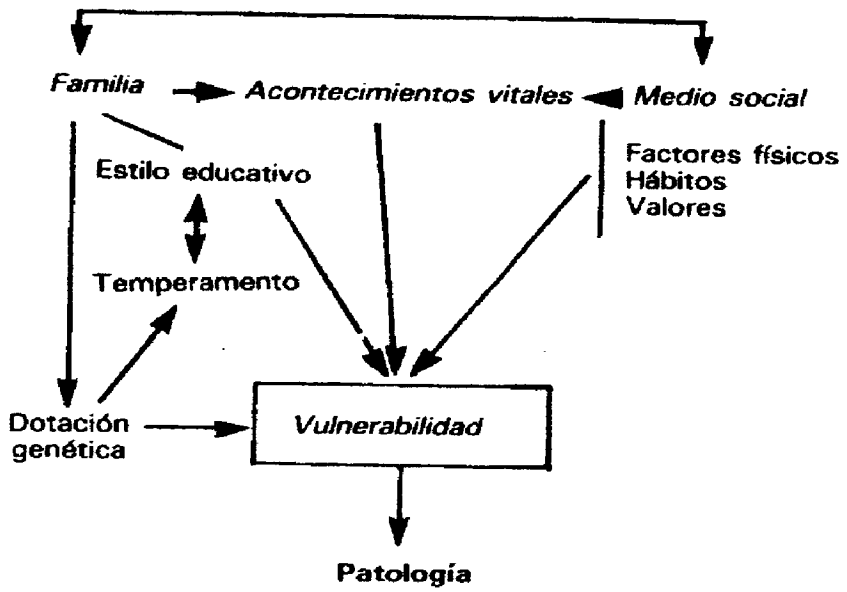


Figura 2.2. Factores de riesgo en patología (Vallejo Ruiloba, 1993, p. 737)

Del Barrio (1997) señala un factor importante que es la vulnerabilidad, entendida como la mayor o menor capacidad de una persona de defenderse ante un ataque; así la vulnerabilidad de un niño le coloca en una situación de desventaja para afrontar los acontecimientos externos negativos. La familia y el entorno social pueden actuar disminuyendo o aumentando esos acontecimientos que el niño tiene que afrontar. Los recursos que puede utilizar tienen a veces carácter personal (por ejemplo, estrategias de afrontamiento) o de carácter ambiental (recursos sociales, apoyo social, etc.) y todo ello condiciona la aparición de conductas adaptadas o no.

Universidad de huelva 2010

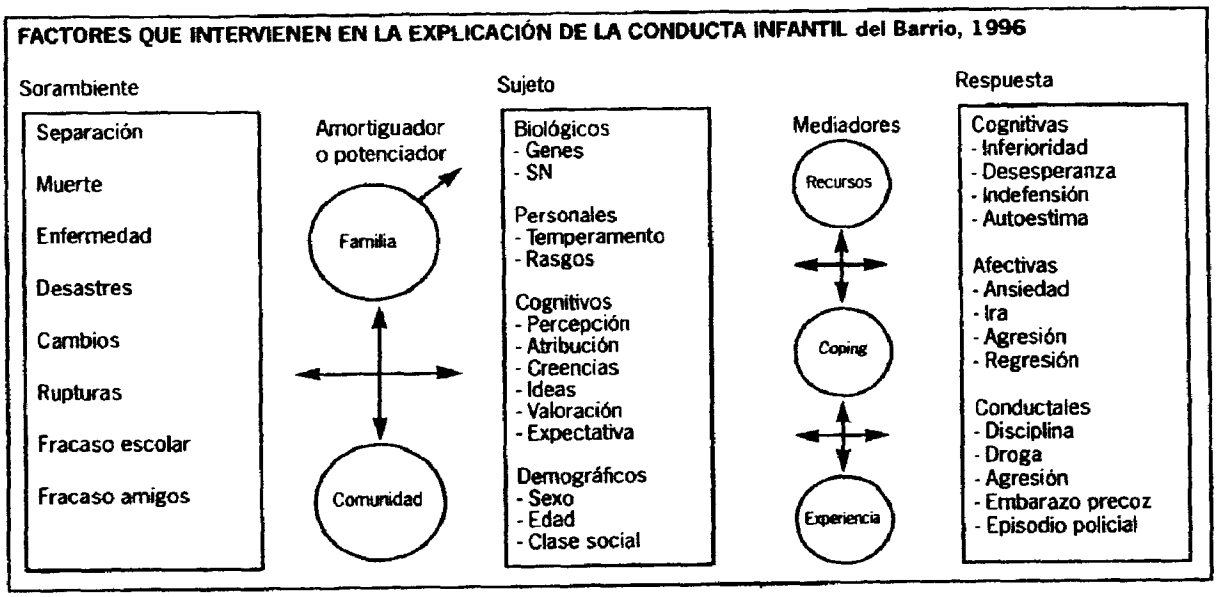


Figura nº 2.3. Factores que intervienen en la explicación de la conducta infantil (del Barrio, 1997, p. 17).

2.1.4.2. Conductas de alarma en los niños

La adaptación escolar, el contacto con otros niños son situaciones que pueden provocar problemas emocionales, y por tanto el niño puede realizar una serie de conductas que lo demuestran. Según Del Barrio (1997) estas pueden ser de varios tipos:

1. **En la escuela:**
   - Falta de atención y concentración
   - Molestar frecuentemente la actividad de la clase
   - Malas notas
   - Reiteradas quejas de los profesores
   - Fugas y/o robos
   - Faltas a clase con conocimiento paterno o sin él
   - Miedo a ir a la escuela
   - Aburrimiento constante
2. **Con los compañeros:**
   - No compartir juguetes (después de los 3 años).
   - No atenerse a las reglas del juego, después de los 7 años.

Universidad de huelva 2010

- Ser rechazado por los compañeros.
- Burlas continuadas
- Agresiones repetidas
- Incapacidad para hacer amigos
- Constantes quejas de los padres de sus compañeros.
- Ausencia de amigos
- Peleas frecuentes
- Desatención hacia los otros.

2.1.5. Evaluación de conductas emocionales

Dentro de ellas vamos a hacer referencia a las siguientes:

1. Conductas emocionales problemáticas

Las más conocidas son:

a. *Kiddie-Infant Descriptive Instrument for Emocional Status* (Instrumento descriptivo de estados emocionales, KIDIES, Stern et al., 1989). Es un instrumento clínico confeccionado para la evolución de los niveles de estado emocional y de sus alteraciones en niños y jóvenes.

b. *Developmental Indicators of Emocional Health* (Indicadores evolutivos de salud emocional, AIMS: DIEH, Partridge, 1990). Consiste en un diálogo estructurado entre padres y cuidadores acerca del estado emocional y salud del niño. Resulta aplicable desde las dos semanas hasta los 5 años.

c. *The Rosenzweig Picture-Frustration-Studt* (Estudio pictórico de frustración de Rosenzweig, PF, Rosenzweig et al., 1984). Es la adaptación infantil del PF para adultos del mismo autor, instrumento pensado para evaluar la frustración. Es una técnica proyectiva pero con unas puntuaciones objetivas

2. Competencia emocional

Estos instrumentos buscan valorar la competencia emocional, es decir, aquella habilidad que consiste en la capacidad de regulación de la emoción. En la tabla 3.3 Se muestran los más utilizados.

Universidad de huelva 2010

Tabla 2.3 .Instrumentos de evaluación de la compt. emocional (del Barrio,2002, p. 139)

Nombre	Autor	Tarea	Edad
Denver Developmental Screening Test (DDST)	Frankenburg, Camp y Natta, 1971	Juego interactivo y separación materna	18-54 meses
Tool Use Task (TUT)	Matas et al., 1978	Juego libre, limpieza, reunión, separación	18-54 meses
Minnesota Preschool Affect Check-list (MPAC)	Sroufe et al., 1984	Interacción con compañeros	3-6 años
Hawaii Early Learning Profile (HELP)	Parks, 1992	Juego y actividades diarias	0-3 años
Functional Emotional Assessment Scale for Infancy and Early Childhood (FEASIE)	Greenspan, 1992	Interacción con familia, médicos y cuidadores	18-42 meses
Preschool socioaffective Profile (PSP)	LaFreniere y Dumas, 1996	Interacción social con familia y compañeros	3-6 años

Cuestionarios

Los cuestionarios sobre emociones se pueden aplicar a los padres, maestros o cuidadores cuando el niño es muy pequeño, y es conveniente reservar el uso de estas pruebas a los niños que ya han alcanzado un nivel bueno de comprensión lectora.

Uno de los medios más habituales es emplear listas de adjetivos, y entre ellas podemos mencionar la Differential Emotions Scale (Escala diferencial de emociones, DES-III, Kotsch et al., 1982). Evalúa estados emocionales a partir de una lista de adjetivos.

Los cuestionarios podemos clasificarlos en genéricos y específicos.

a. Genéricos

Dentro de los genéricos existen una serie de instrumentos, que sin ser específicos de la evaluación emocional, contienen un factor de desarrollo emocional junto con otros que están referidos a distintos campos de desarrollo.

Universidad de huelva 2010

Tabla 2.4. Instrumentos de evaluación genéricos con un factor de desarrollo emocional (del Barrio, 2002, p. 139).

Nombre	Autor	Edad	Aplicador
Early Learning Accomplishement Profile*	LAP, Glover et al., 1978	0-3 años	Psicólogo
Minnesota Infant Development Inventory	Ireton y Thwing, 1980	1-16 años	Psicólogo
Battelle Development Inventory*	BDI, Newborg et al., 1988	0-8 años	Psicólogo
Early Screening Profiles	AGS, Harrison et al., 1990	2-6 años	Padres, maestro y cuidadores
Carolina Curriculum for Infants	Johnson-Martin et al., 1991	0-2 años	Psicólogo
Assessment Evaluation and Programming System	AEPS, Bricker, 1992	0-6 años	Psicólogo y padres
Denver-II	Frankenberg, 1992	0-6 años	Psicólogo
Bayley Scales of Infant Development-II	BSID-II, Bayley, 1993	0-3 años	Psicólogo

Universidad de huelva 2010

b. Específicos

Existen muchos instrumentos para la evaluación de emociones específicas, pero sólo hemos seleccionado los disponibles en su versión española.

Vamos a ver un resumen en la tabla 2.5

Tabla 2.5. Instrumentos de evaluación específicas para niños. (Del Barrio, 2002, p. 140)

Instrumento	Autor	Destinatario	Edad
Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo niños	STAIC, Spielberger et al., 1973 (Esp. TEA, 1988)	Niño	9-15 años
Cuestionario de Ansiedad Infantil	CAS, Gillis, 1980 (TEA, 1989)	Niño	6-8 años
Children's Depression Inventory	CDI, Kovacs, 1992 (España, Del Barrio et al., 1999)	Niño, padres y maestros	7-17 años
Escala de Evaluación de Depresión	EED, Del Barrio et al., 1993	Niños	10-17 años
Cuestionario para la Evaluación de la Ira Estado-Rasgo en niños	STAXI-N, Del Barrio, Spielberger y Moscoso, 1998	Niños	8-17 años
Inventario de Miedos	IM, Pelechano, 1981	Padres, profesores	4-9 años

Universidad de huelva 2010

2.2. PROBLEMAS EMOCIONALES

2.2.1. Clasificación de los problemas infantiles

De acuerdo con los estudios epidemiológicos, alrededor de un 20% de la población infantil presenta un trastorno psicológico: fobias, ansiedad, negativismo, dislexia, etc. La psicopatología del desarrollo señala que los comportamientos problemáticos están aumentando en las últimas décadas; de hecho en la práctica cuatro de cada cinco niños que requieren tratamiento psicológico no lo reciben, sobre todo en los casos más necesitados.

La clasificación de los problemas infantiles tiene una corta historia, pues la psicopatología se ha centrado en sus comienzos en los adultos. Lo único que se ha estudiado desde el principio, han sido los retrasos mentales y las deficiencias sensoriales, porque se mantienen en la vida adulta. En la medida que no se reconocía la infancia como una etapa del desarrollo en el hombre, no existía una psicología ni una psicopatología infantil.

Fue en el siglo XIX y fundamentalmente en el XX cuando se reconoce la infancia como una etapa distinta del desarrollo con necesidades y peculiaridades propias. Esto ha supuesto que la psicopatología infantil y las técnicas de intervención aplicadas a la infancia se hayan desarrollado tardíamente (Olivares, Méndez y Macià, 1997; Ollendick y Hersen, 1988; citados por Macià Antón, 2002); hasta el siglo XX las concepciones sobre los trastornos de conducta en el niño y su tratamiento eran idénticos a las existentes para explicar y tratar los trastornos en el adulto.

Como ejemplo, señalar que la primera clasificación psiquiatrica de la que se dispone, Kraepelin, no incluía trastornos típicas de la infancia.

La primera clasificación formal de las alteraciones infantiles es americana y se encuentra en el DSM-I (1952), pero era una clasificación pobre que incluía sólo el retraso mental y los trastornos transitorios.

La primera ordenación europea con una cierta entidad es la de Rutter (1965) que es multiaxial. Existe también otro tipo de clasificaciones obtenidas empíricamente y ordenadas según el método del análisis factorial.

Universidad de huelva 2010

Los psicólogos especialistas en psicopatología infantil han distinguido dos grandes géneros en los que se pueden agrupar todo tipo de alteraciones: los problemas interiorizados u ocultos y los problemas exteriorizados o manifiestos.

Los problemas ocultos se caracterizan porque el niño sufre en silencio y no se nota que hay tal problema mientras que los problemas manifiestos se hacen notar inmediatamente pues el niño ataca al entorno y son las personas y las cosas que le rodean los que verdaderamente sufren las consecuencias de sus conductas.

Dentro de los problemas ocultos nos hemos centrado en la timidez, el miedo, la ansiedad y la depresión; mientras que en los problemas manifiestos han sido la ira o rabietas, la desobediencia, la agresión y las conductas antisociales, por ser los más pertinentes para nuestro estudio.

2.2.2. Problemas Ocultos

2.2.2.1. Timidez

2.2.2.1.1. Concepto

Se define como incomodidad e inhibición en presencia de otros, y proviene generalmente de la naturaleza interpersonal de la situación más que de situaciones de amenaza e incomodidad; no son esencialmente interpersonales, aún cuando ocurre en presencia de otro, como por ejemplo amenaza de daño o dolencia física (Jones y cols, 1986; citado en García y cols. 1991).

Así mismo, la timidez tradicionalmente ha sido vista como una característica personal permanente. Cattell (1947) y Guilford (1959) la definen como un rasgo de personalidad. La timidez como rasgo es la propensión a responder con exagerada ansiedad, autoconciencia y reticencia en una gran variedad de contextos sociales. Una persona con alto rasgo de timidez, experimentará mayor excitación que una persona con baja timidez, independiente del nivel de amenaza interpersonal en la situación; es decir, se entiende timidez como un componente fundamental de la estructura y organización de la personalidad.

Por otra parte se sugiere un compuesto de heredabilidad dentro de la timidez (Jones y cols. 1986). Dentro de este mismo marco cabe señalar que para algunos

Universidad de huelva 2010

autores, la timidez puede ocurrir como un estado, que es dependiente de la situación, pero para otros, la timidez parece funcionar como una característica con estabilidad temporal y situacional (Briggs, 1985).

Buss (1980, citado en Jones y cols.), define la timidez como una forma de ansiedad social (así como de ansiedad de audiencia y vergüenza), que puede ser un rasgo o un estado, pero que está asociado a alta autoconciencia pública. Cerca de 1985, este autor distinguió entre una temprana forma de timidez, la que estaría ligada a predisposiciones genéticas, y una forma tardía la que estaría ligada a procesos de socialización y al desarrollo de cogniciones autorrelacionadas (citado en Jones y cols. 1986). Respecto de este punto, se sugiere que la inhibición por extraños surge pronto en el desarrollo humano y continúa en la adultez.

Muchos estudios han demostrado consistentemente que cerca de los 8 meses, los niños comienzan a mostrar reacciones de cautela hacia adultos extraños; y a pesar de las diferencias individuales se ha visto que la duración e intensidad de estas reacciones en niños, son conductas universales. Durante la niñez temprana es menos probable encontrar respuestas sólo de cautela, ya que se muestra de forma constante una mezcla de ambos comportamientos: sociable y cauteloso; esto indica una ambivalencia e ilustra claramente el conflicto atracción-evitación en estados de timidez (Bretherton y Ainsworth, 1974; Greenberg y Marvin, 1982; en Asendorpf, 1989). A los 4 años, los niños parecen ser incapaces de realizar cogniciones complejas involucradas en el comportamiento de acercamiento para la presentación personal (Schlenker y Leary , 1982; en Asendorpf, 1989). La habilidad de mirarse a sí mismo desde la perspectiva de otros probablemente surge después de los 4 años. La inhibición ante extraños entre niños pequeños no puede ser explicada sin el comportamiento de acercamiento para la presentación personal. Al parecer esta inhibición ante extraños, en la edad temprana se produce debido a una predisposición biológica en la cual se involucran elementos cognitivos en un bajo nivel (Asendorpf, 1989). Así mismo Asendorpf (1986), sugiere que los sentimientos mixtos aparecen en estados de timidez, los cuales son producto del conflicto atracción-evitación antes mencionado. El estado de timidez surge cuando las personas se sienten motivadas a acercarse, pero también a evitar a otros. Esta noción de conflicto del estado de timidez, lleva a un estado de desinterés social (bajo acercamiento y baja motivación de evitación) y de evitación social (bajo acercamiento y alta motivación de evitación). Leary (1982) define timidez como un síndrome de ansiedad-inhibición, pero plantea que las experiencias cognitivas internas y emocionales deben ser distintas de cualquier

Universidad de huelva 2010

comportamiento o consecuencia social ocasionalmente asociada. (Citado en Jones y cols. 1986).

El constructo de timidez puede ser mejor descrito aludiendo una falta de habilidad social e interpersonal (Jones y cols. 1986). Si la timidez estuviese definida como nada más que la tendencia a evitar gente, debería ser lo inverso de sociabilidad. Cheek y Buss (1981), definen sociabilidad como tendencia a afiliarse con otros en vez de preferir quedarse solo. Los mismos autores definen la timidez en términos de la reacción al estar con extraños o en encuentros casuales: tensión, preocupación, sentimientos de incomodidad y torpeza, evitación de miradas e inhibición del normal comportamiento social.

Por otra parte, la timidez puede se definida desde el punto de vista motivacional: alta motivación de evitación social pasiva; la gente tímida se inhibe por situaciones específicas de acercamiento a otros, sobre todo la gente con la que no está familiarizada; y por la preocupación de evaluación social negativa o insuficientemente positiva, pero las personas tímidas no necesariamente tienen una motivación baja de acercamiento social ni tampoco puede ser que eviten activamente el acercamiento social (Asendorpf y Meier , 1993).

2.2.2.1.2. Aportes de investigación

La investigación sobre este constructo ha girado alrededor de las siguientes variables:

a. Timidez y atractivo físico en díadas mixtas (García et al., 1991.)

El objetivo previo formulado en la investigación sobre díadas mixtas fue estudiar los efectos de la timidez y el atractivo físico, en interacciones iniciales cuando se enfrentaban dos personas extrañas de sexo opuesto.

Los resultados encontrados revelan que el impacto de la timidez y el atractivo físico en interacciones diádicas mixtas iniciales presentan diferencias para hombres y mujeres; sin embargo, se sugiere que se deberían estudiar en el futuro con mayor profundidad.

b. Timidez: ¿Introversión o neuroticismo? (Stephen Briggs, 1988.)

Se planteo determinar por qué medidas de timidez se relacionan igualmente con medidas de introversión y neuroticismo.

Universidad de huelva 2010

Eysenck y Eysenck distinguieron varios niveles jerárquicos de la personalidad:

Nivel más alto y complejo; conformado por superfactores de extraversión-introversión, neuroticismo y psicoticismo.

Nivel más bajo y simple; conformado por la timidez, la cual sería un factor primario dado que es relativamente pura y difícil de dividir nuevamente en subfactores.

Esto fue demostrado a través de un estudio reciente que comparó cinco escalas distintas de timidez, obteniéndose como resultado, que entre ellas existía una alta consistencia interna y que el concepto de timidez está altamente correlacionado en las cinco escalas; y a su vez todas éstas están correlacionadas con otras variables de personalidad, relacional y conductual.

Eysenck (1956; citado en Briggs, 1988)), encontró que la timidez se correlacionaba con la introversión- extroversión y neuroticismo, planteando que existirían dos tipos de timidez: Timidez social introvertida y Timidez neurótica social.

Esto último fue reforzado por Browne y Howarth (1977; citado en Briggs, 1988) quienes descubrieron que existirían tres factores que estarían correlacionados sólo moderadamente, como: la timidez social, la conversación social y la sociabilidad.

En concordancia a lo anterior, Cheek y Buss (1981, citado en Brigss, 1988) concluyeron mediante las mediciones que realizaron por separado de timidez y sociabilidad, que estas dos escalas estaban también sólo moderadamente correlacionadas (r=-.30; N= 912).

Se realizaron mediciones de timidez, observando que se correlacionaba casi igual con extroversión-introversión y con neuroticismo. Se compararon cinco medidas de timidez y ansiedad social (Jones et al., 1986; citado en Briggs, 1988) lo que mostró que existía una diferencia de correlación, con la escala de extroversión-introversión del inventario de Eysenck, de r=-.38, y en el caso del neuroticismo fue de r=.35. Esto podría verse explicado porque: las escalas de timidez son internamente consistentes y difícil de dividir en factores y correlacionan igualmente con

Universidad de huelva 2010

los dos superfactores porque sus preguntas individuales correlacionan casi igualmente con los dos superfactores (extroversión, neuroticismo).

c. *Efectos de la personalidad en el lenguaje diario de los niños* , (Asendorpf y Meir, 1993)

En el experimento de Asendorpf y Meier (1993), se registraron con monitores el lenguaje y la frecuencia cardiaca de 41 niños, desde la mañana hasta la tarde, en época de colegio y encontraron que la frecuencia cardiaca no estaba relacionada con la timidez. También se encontró que los niños sociables, a diferencia de los no sociables, hablan menos por la mañana y más en la tarde. Algunos estudios han encontrado correlaciones de r=.40 a r=.67 entre la opinión parental y el comportamiento observado, respecto de la timidez.

d. *Timidez: Conceptualización y medición.* (Jones y cols., 1986)

Se plantea que las investigaciones sobre personalidad deben ser hechas sobre la base de su importancia en sus consecuencias sociales, pues las puntuaciones altas en timidez están correlacionadas con altas reacciones afectivas (ansiedad y hostilidad), así como con cogniciones autoderogativas y disruptivas en tales situaciones. En díadas de conversación con extraños y en monólogos, individuos con altas puntuaciones de timidez mostraron gran aversión al contacto visual y se enfrascaban mas frecuentemente automanipulaciones nerviosas que las personas con bajos puntajes de timidez, así también, inician menos conversaciones y hablan menos. En otro estudio se plantea que existe una alta correlación entre el test de reticencia y autodenominación de timidez, datos de frecuencia, número de amigos cercanos y amigos del sexo opuesto, además correlaciona altamente con mediciones de personalidad y estado de humor(ansiedad, depresión, hostilidad, y baja autoestima). Entre los resultados se plantea una correlación de r=.55 entre mediciones de timidez y escalas de sociabilidad; así también como una correlación considerable entre timidez y otras formas de ansiedad social, r=.54. La timidez, independientemente de la escala usada para medirla, parece ser la más fuertemente relacionada (inversamente) con extraversión, autoestima y asertividad; y directamente relacionada con miedo social y soledad. La medición de timidez no es idéntica a la medición de constructos similares como ansiedad de audiencia, miedo a la evaluación negativa o ansiedad a hablar en público, ni tampoco estos son simplemente

Universidad de huelva 2010

inversos a conceptos como sociabilidad, asertividad y extraversión. Los autores indican que la timidez esta asociada con la autopercepción de relaciones intimas y sociales menos satisfactorias, como refleja la correlación con soledad. Así, la tendencia de personas tímidas a responder con alta ansiedad, autoconciencia y reticencia en situaciones interpersonales es maladaptativa por si misma, se cree que es aún más grave y permanente, la dificultad de las personas tímidas a iniciar y desarrollar nuevas amistades. (Jones y cols., 1986)

e. *Timidez y sociabilidad.* (Cheek y Buss, 1981)

Cheek y Buss (1981), indicaron que la timidez y la sociabilidad son disposiciones de personalidad distintas. Se concluyó que la timidez no sólo es baja sociabilidad pues en el estudio los sujetos tímidos- sociables tendieron a hablar menos, desviar la mirada y caer en automanipulación, que los otros. Algunas personas son llamadas introvertidas y tienden a permanecer calladas durante el contacto social con extraños o en contactos casuales. La pregunta es que si son reticentes porque prefieren su propia compañía o porque se sienten torpes y tensos en presencia de otros.

La gente tímida parece ser de algún modo miedosa. En el experimento, los tímidos hablaron menos que lo no tímidos. Los sujetos tímidos-sociables realizaban más automanipulación que los tímidos no sociables. La combinación de altos niveles de timidez y sociabilidad esta asociada a pasar más tiempo en automanipulación. La timidez y la sociabilidad están ligados, pero en el estudio los tímidos-sociables estuvieron más y tensos e inhibidos que los tímidos-no sociables. Para explicar esto se plantea la idea de conflicto: los tímidos-sociables están altamente motivados a estar con otros, pero se encuentran a si mismos demasiado miedosos e inhibidos para mezclarse socialmente, entonces este conflicto entre necesidad de afiliación e inhabilidad para realizar adecuadas respuestas sociales, los hace más tensos y desorganizados. La correlación entre temerosidad y timidez es de r=.50.

2.2.2.1.3. Síntomas de la timidez

Es quizás la forma más leve de alteración y no está clasificada entre las patologías infantiles, pero los niños y adolescentes que la padecen, encuentran

Universidad de huelva 2010

muchas dificultades, pues tienen miedo a las situaciones nuevas y eso les impide interaccionar con personas desconocidas y les limita su desarrollo.

Los síntomas más importantes son:

- Tendencia al juego solitario
- Protestar cuando tiene que salir de casa
- Lloros frecuentes en fiestas y celebraciones familiares
- Rehusar a saludar y hablar con desconocidos.
- Ruborizarse cuando se dirigen a él.
- Evitar llamar la atención
- Mostrarse irritable cuando se encuentra en compañía

2.2.2.1.4. Etiología de la timidez

La timidez es una compleja combinación de aspectos personales y situacionales. Por un lado tiene una dimensión temperamental, ya que la evitación de la estimulación nueva es una característica del temperamento que evita las cosas nuevas; pero a veces los niños son tímidos porque lo son sus padres e imitan las pautas de comportamientos que han vivido y aprendido de ellos. A nivel situacional tenemos que si el niño no tiene hermanos y es educado en ambientes restringidos y solitarios, con poca familia extensa, la tendencia a la soledad aumenta.

Otra variable importante es la inseguridad del niño, pues cuando ha sido sometido a críticas continuas pueden haber creado una autoconcepto pobre y/o negativo, y así evitan el contacto con otras personas para que no vean sus defectos. Otros niños tienen muy desarrollado el sentido del ridículo y eso provoca que inhiban todo tipo de conducta que no lleve implícitos el éxito, así restringen sus posibilidades de fracaso, pero limitan su capacidad de vida espontánea, de exploración del mundo y de enfrentarse a situaciones nuevas.

Otros autores (Genovard, Goteen y Montané, 1987) nos hablan de las siguientes causas:

a. Manifestación por parte de los padres de un cierto menosprecio del comportamiento del niño tímido.

Universidad de huelva 2010

b. Los niños padecen timidez a causa del temor que les produce la presencia de la gente, y esto ocurre de forma repetida en la infancia, antes de que sean capaces de responder a los demás o de socializarse.

c. El temor a no ser querido y/o a ser rechazado, pues el niño teme que los demás le retiren la amistad o el apoyo pues depende de ellos.

d. Cuando los padres son poco sociables

e. Causas de origen social (menor consideración en el grupo de compañeros) o de origen físico (un defecto de nacimiento o adquirido...).

f. Timidez condicionada por una necesidad de defensa: habitualmente el sujeto se ve con menos capacidad o fuerza física para resistir a las circunstancias que dominan en su ambiente, muestra un aspecto de inferioridad y timidez para evitar ser atacado e incluso para ser compadecido.

g. Padres extremadamente rígidos y exigentes producen actitudes negativos en el niño y puede verse incapaz de cumplir lo que se espera de él, lo cual puede generalizar a situaciones sociales.

h. La sobreprotección al hacerle vivir de forma limitada y dependiente del esquema de comportamiento que le imponen los padres y poco a poco va perdiendo la posibilidad de tomar decisiones por su cuenta.

2.2.2.1.5. Diagnóstico

El diagnóstico de la timidez tiene como característica general la polivalencia, por lo tanto se diagnostica al mismo tiempo:

a. De forma diferencial cronológica: en la infancia y adolescencia es frecuente y normal, sólo en la juventud aparece cuando las causas que la producen pueden considerarse extrañas

b. Según la forma de aparición y expresión puede haber una timidez normal ; una timidez usual, cuando el sujeto se sienta en condiciones poco habituales y una timidez constitucional, que se da especialmente en sujetos muy emotivos y con un marco afectivo exagerado tanto a la hora de percibir los estímulos, como en su respuesta.

Universidad de huelva 2010

muchas dificultades, pues tienen miedo a las situaciones nuevas y eso les impide interaccionar con personas desconocidas y les limita su desarrollo.

Los síntomas más importantes son:

- Tendencia al juego solitario
- Protestar cuando tiene que salir de casa
- Lloros frecuentes en fiestas y celebraciones familiares
- Rehusar a saludar y hablar con desconocidos.
- Ruborizarse cuando se dirigen a él.
- Evitar llamar la atención
- Mostrarse irritable cuando se encuentra en compañía

2.2.2.1.4. Etiología de la timidez

La timidez es una compleja combinación de aspectos personales y situacionales. Por un lado tiene una dimensión temperamental, ya que la evitación de la estimulación nueva es una característica del temperamento que evita las cosas nuevas; pero a veces los niños son tímidos porque lo son sus padres e imitan las pautas de comportamientos que han vivido y aprendido de ellos. A nivel situacional tenemos que si el niño no tiene hermanos y es educado en ambientes restringidos y solitarios, con poca familia extensa, la tendencia a la soledad aumenta.

Otra variable importante es la inseguridad del niño, pues cuando ha sido sometido a críticas continuas pueden haber creado una autoconcepto pobre y/o negativo, y así evitan el contacto con otras personas para que no vean sus defectos. Otros niños tienen muy desarrollado el sentido del ridículo y eso provoca que inhiban todo tipo de conducta que no lleve implícitos el éxito, así restringen sus posibilidades de fracaso, pero limitan su capacidad de vida espontánea, de exploración del mundo y de enfrentarse a situaciones nuevas.

Otros autores (Genovard, Goteen y Montané, 1987) nos hablan de las siguientes causas:

a. Manifestación por parte de los padres de un cierto menosprecio del comportamiento del niño tímido.

Universidad de huelva 2010

b. Los niños padecen timidez a causa del temor que les produce la presencia de la gente, y esto ocurre de forma repetida en la infancia, antes de que sean capaces de responder a los demás o de socializarse.

c. El temor a no ser querido y/o a ser rechazado, pues el niño teme que los demás le retiren la amistad o el apoyo pues depende de ellos.

d. Cuando los padres son poco sociables

e. Causas de origen social (menor consideración en el grupo de compañeros) o de origen físico (un defecto de nacimiento o adquirido...).

f. Timidez condicionada por una necesidad de defensa: habitualmente el sujeto se ve con menos capacidad o fuerza física para resistir a las circunstancias que dominan en su ambiente, muestra un aspecto de inferioridad y timidez para evitar ser atacado e incluso para ser compadecido.

g. Padres extremadamente rígidos y exigentes producen actitudes negativos en el niño y puede verse incapaz de cumplir lo que se espera de él, lo cual puede generalizar a situaciones sociales.

h. La sobreprotección al hacerle vivir de forma limitada y dependiente del esquema de comportamiento que le imponen los padres y poco a poco va perdiendo la posibilidad de tomar decisiones por su cuenta.

2.2.2.1.5. Diagnóstico

El diagnóstico de la timidez tiene como característica general la polivalencia, por lo tanto se diagnostica al mismo tiempo:

a. De forma diferencial cronológica: en la infancia y adolescencia es frecuente y normal, sólo en la juventud aparece cuando las causas que la producen pueden considerarse extrañas

b. Según la forma de aparición y expresión puede haber una timidez normal ; una timidez usual, cuando el sujeto se sienta en condiciones poco habituales y una timidez constitucional, que se da especialmente en sujetos muy emotivos y con un marco afectivo exagerado tanto a la hora de percibir los estímulos, como en su respuesta.

Universidad de huelva 2010

2.2.2.2. Miedo

2.2.2.2.1. Concepto.

El miedo es una emoción desagradable, que puede llegar a ser dolorosa y se caracteriza por la amenaza real o imaginaria de un peligro. Aunque parezca extraño el miedo es una conducta adaptativa, que evita comportamientos peligrosos, aunque puede llegar a convertirse en una conducta desadaptativa y nociva cuando traspasa los límites de lo útil y perturba la conducta del sujeto hasta el punto de producir en él unas respuestas patológicas.

El miedo ha sido entendido como una reacción emocional normal y adaptativa ante situaciones que implican peligro para el sujeto. Algunos autores se refieren a un peligro real o percibido (Morris, y Kratchowill, 1983), y otros a una amenaza externa (Miller, 1983).

Para Agras (1989), el miedo constituye un primitivo sistema de alarma que ayuda al niño a evitar situaciones potencialmente peligrosas. No se puede rechazar la hipótesis de que los miedos y los temores infantiles, aun los que aparecen más tarde, sean debidos a un conocimiento innato del peligro. Todos los temores, incluso los más elementales, resultan de la puesta en juego de numerosos sistemas de comportamientos sobre los cuales los efectos de la maduración pierden importancia respecto a las variables de experiencia y educación.

Gray (1971) plantea que los miedo innatos se pueden agrupar en 5 categorías:

1. miedo a los estímulo intensos como el ruido;
2. miedo a los estímulos desconocidos como el temor a las personas extrañas;
3. miedo a la ausencia de estímulos como la oscuridad;
4. miedo a los estímulos que han sido potencialmente peligrosos para la especie humana como la serpiente o las alturas;
5. miedo a las interacciones sociales con desconocidos.

Morris y Kratochwill (1983) han señalado tres características relativas a los miedos infantiles:

1. El miedo forma parte del desarrollo normal del niño.

Universidad de huelva 2010

2. La mayoría de los miedos infantiles son transitorios y generalmente no interfieren con el funcionamiento cotidiano.
3. Las experiencias asociadas a estos miedos evolutivos le proporcionan al niño habilidades para enfrentarse a ello y así poder adaptarse a situaciones estresantes en su vida futura.

Los miedos infantiles son muy frecuentes y pueden afectar hasta el 40-45% de los niños. Aparecen sin razones aparentes, están sujetos a un ciclo evolutivo y desaparecen o se atenúan con el tiempo, a excepción del miedo a los extraños, que puede sustituirse en los adultos en forma de timidez.

Mientras que en la timidez no hay grandes estudios, el miedo es una de las emociones más estudiadas en niños y en todo ellos coinciden en que la emoción miedo puede diferir en intensidad, pero cualitativamente es la misma, pues lo que cambia son los estímulos que lo provocan y que suelen tener un carácter social y cultural.

Hay que hacer dos consideraciones respecto a este constructo: **los objetos** que producen el miedo y la **respuesta fisiológica** que genera.

a. Los objetos que producen el miedo

Una primera idea del miedo en el niño es la que hace referencia a los objetos amenazantes; aparte de que muchos objetos, personas y situaciones son o pueden ser potencialmente productores de miedo, es adecuado señalar que existen tipos de miedos específicos en las distintas etapas del desarrollo y que normalmente desaparecen en el mismo proceso evolutivo.

Según del Barrio (2002) hay dos estímulos que provocan el miedo de forma innato, puesto que se da desde el nacimiento y sin aprendizaje previo y son el **ruido violento** y la **falta de suspensión**; mientras que los demás miedos parecen estar condicionados a partir de ellos.

Al estudiar las clases de miedos infantiles se les suele dividir en función de sus distintos tipos de desencadenantes. Los más conocidos son el miedo a la separación, a criaturas imaginarias, a los animales, al daño físico y a ser diferente. Todos ellos están ya recogidos en la obra de Jersild y Colmes (1935).

Universidad de huelva 2010

Los estudios posteriores a éste sobre el carácter evolutivo de sus desencadenantes aportan poco más. Morris y Kratochiwill (1983) conservan esta misma estructura y la única innovación es la enumeración de todos los estímulos que elicitan el miedo, en lugar de sólo apuntar los nuevos.

Véase la siguiente tabla:

Tabla 2.6. Cronología de miedos más comunes.

Edad	Situaciones atemorizantes
0-6 meses	Pérdida súbita de soporte o ruidos fuertes
7-12 meses	Miedo a las personas extrañas,
1 año	Separación de los padres, heridas y personas extrañas
2 años	Multitud de situaciones que incluyen ruidos fuertes, animales, y cambios en su entorno personal
3 -5 años	Máscaras, oscuridad, animales y separación de los padres
6 años	Seres sobrenaturales, lesiones corporales y tormentas
7-8 años	Se le añaden a las anteriores: la desfiguración y a la muerte
9-12 años	Exámenes escolares, rendimiento académico, lesiones corporales , aspecto físico, muerte
12-17 años	Miedo a ser diferente física, social o intelectualmente, o a quedar mal.

En un trabajo de Agras (1989) parte de aceptar estos mismos desencadenantes, pero los clasifica desde un punto de vista abstracto según sean miedo a la separación, a los animales y al daño físico. Gray (1971) por su parte, lleva a cabo la misma tarea, pero su clasificación es distinta y propone la división de desencadenantes intensos, nuevos, ausencia, peligrosos, sociales nuevos. Echeburúa (1993a) ha propuesto conservar básicamente la escala evolutiva de Jersild, pero variando los cortes de los rangos de edad, y así propone: 0-1, 2-4, 4-6, 6-9, 9-12, 12-18 años.

El miedo puede detectarse en los niños desde el nacimiento y se ha considerado que es un síntoma de maduración intelectual del niño y de hecho hay análisis de la secuencia evolutiva infantil que están basados en el estudio de los cambios de miedos. Según las investigaciones, durante el primer año de vida no sólo desencadenan el miedo, el ruido y la falta de sustentación, como

Universidad de huelva 2010

sostenía Watson, sino que también lo hace un estímulo súbito e inesperado que afecte a cualquier canal sensorial (Jersild, y Holmes, 1935). Entre los 3 y 6 meses se percibe ya un cambio en las fuentes de esta emoción, lo que al mismo tiempo se convierte en discriminante de la maduración emocional. Así ocurre con el miedo ante los extraños, que es la prueba efectiva de que el niño distingue ya a sus familiares de los que no lo son y de que además prefiere a los primeros. Algunos estímulos que provocan el miedo son más potentes que otros. Algunos estudios han hecho notar que el miedo a los extraños es muy minoritario: Hiatt et al. (1979) lo encontraron sólo en el 6% de niños entre 10 y 12 meses, mientras que, en cambio, esa reacción se elevaba a un 15% ante el abismo visual.

A medida que el niño crece se van extendiendo sus fuentes de temor. Sobre los 2 años la imaginación comienza a ser uno de los mayores proveedores del miedo infantil; así, un 17,6% de niños entre 7 y 13 meses presentan ya miedo a las máscaras (Schwartz et al., 1982). A partir de los 5 años el niño se adentra en el mundo social, y aparece una nueva fuente de miedo: el fracaso, la incompetencia, la falta de capacidad para pertenecer al grupo.

Algunos autores han encontrado otras clasificaciones de los miedos infantiles empleando para ello la técnica del análisis factorial. Miller et al. (1972) proponen las categorías siguientes:

a. Miedo a sufrir daño físico (caídas, enfermedades, muertes, agresiones).
b. Miedo a los fenómenos naturales (tormentas, agua, viento).
c. Miedo a las situaciones estresantes (separación, pérdida de fortuna, exámenes).

También a través del análisis factorial Pelechano (1981), trabajando con población española, ha encontrado estos tipos de miedo ante:

1) Animales
2) fenómenos naturales
3) Daño Corporal
4) Miedo a la muerte
5) Miedo a situaciones sociales hostiles

Universidad de huelva 2010

6) Miedo a lugares cerrados

7) Miedo a la violencia física.

La razón por la cual unos niños son más miedosos que otros tiene diversas raíces, pero el temperamento, la educación y el tipo de experiencias habidas son los factores que pueden explicar estas diferencias. Desde luego, hay niños más sensibles que otros ya desde el nacimiento, y tendrán una mayor tendencia a desarrollar miedos, pero es evidente que el caso de otros niños que desarrollan miedo a ciertos estímulos, como por ejemplo los perros, guarda una esencial relación con el hecho de que tienen padres que también lo tienen, y en algunas ocasiones también se da el hecho de que han podido tener una experiencia traumática.

El que haya entre un 40 y un 60 por 100 de los niños que presentan problemas de miedos hace que esto no sea considerado como patológico, sino como algo perfectamente evolutivo, que tiene unas tasas normales de incidencia en cada uno de los períodos de edad. Sólo cuando un miedo no es habitual en un determinado rango de edad, o se convierte en un elemento incapacitante de la vida del niño, se considera como patológico. En tal caso no estaríamos ya propiamente ante un miedo, sino ante una conducta fóbica.

b. La respuesta fisiológica

A todo tipo de miedo le acompaña, generalmente, una respuesta fisiológica bastante homogénea que se caracteriza, en el aspecto motriz por la paralización o la huida, aceleración cardiaca, palidez o enrojecimiento. Si la aparición del miedo ha sido súbita y va acompañada de susto, la intensidad se manifiesta con síntomas complementarios a los anteriores, como diarrea, vómitos, desmayos. Una respuesta general suele ser el llanto (sin olvidar que el llanto no es un síntoma exclusivo del miedo).

Del Barrio (2002) señala que existen ciertas características expresivas como son: contraer la frente hacia arriba, los ojos muy abiertos con los párpados abiertos y boca abierta; estas expresiones faciales pueden ir acompañadas o no de movimientos corporales como taparse la cara, temblores o lloros.

Según Ausubel y Sullivan (1983) la expresión del miedo se vuelve más sutil, abstracta e indirecta y menos transparente según avanza el desarrollo evolutivo.

Universidad de huelva 2010

Se reprimen no sólo las manifestaciones motoras sino también el contenido subjetivo de éste. La explicación, según estos autores, es debido a que los estímulos que provocan el miedo se van tornando más imaginarios, simbólicos, difíciles de identificar y la respuesta manifiesta ya no es tan posible y tiene también una connotación cultural, pues en muchas culturas no está bien visto la expresión del miedo al compararla con debilidad o cobardía, y así se la ridiculiza; a media que el niño aprende a temer hacer el ridículo, también aprende a temer la expresión de sus propios miedos, esto favorece la supresión de la conciencia objetiva del miedo

c. Otros factores que predisponen al miedo.

Ya hemos comentado antes la influencia de la cultura para reprimir el miedo, pero también influye en la forma que asume el miedo, pues está moldeada por los estereotipos culturales y por las formas particulares en que los adultos utilizan los temores en el proceso de socialización.

También las diferencias individuales afectan pues están relacionadas con ciertos rasgos temperamentales como la timidez y la imposibilidad, y con el grado en que los niños o padres utilizan el miedo para obtener beneficios (afecto, o prolongar la dependencia de las figuras paternas). Los niños son más susceptibles al miedo cuando les rodea una ambiente de inseguridad y hostilidad, cuando se les abruma con problemas y preocupaciones propias de los adultos y cuando se les somete de manera constante a la amenaza, intimidación, y a exigencias que están por encima de sus posibilidades. También se muestran atemorizados cuando los padres les sobreprotegen o les manifiestan su propio temor, puesto que el miedo priva a los niños de su fuente principal de apoyo y confianza.

Angelino et al. (1956) y Sidaza (1967) (ambos citados por Ausubul y Sullivan, op.cit.) informaron sobre la existencia de diferencias según la clase social, tanto en la calidad como en la cantidad de las expresiones de temor. Además los niños son más propensos a sentir miedo en ambientes físicos no familiares y en situaciones sociales no estructuradas en las que las pautas de la conducta aceptable son ambiguas.

Universidad de huelva 2010

2.2.2.2.2. Etiología

Se puede considerar 4 tipos generales de aparición del miedo y una quinta categoría que tiene que ver con predisposición al mismo.

a. Miedo por imitación: también llamado miedo por contagio, hace referencia a las respuestas de las primeras experiencias que estimulan los cuidadores del niño, y que tienen por finalidad protegerle del peligro de algo dañino. Los adultos, al mostrar física o verbalmente que sienten miedo, enseñan al niño a temer y por tanto a alejarse del peligro.

b. Miedo traumático o de aprendizaje al primer ensayo: por ejemplo coger al niño por los pies en un contexto aparentemente vivido como peligroso por el niño.

c. Miedo por inseguridad: en el contexto familiar y posteriormente en el escolar, la utilización del castigo, cuando el niño no ve causa-efecto o cuando cronológicamente es todavía incapaz de racionalizarlo, se produce un estado emocional de inseguridad, que muy a menudo se concretiza en un miedo al castigo por sí mismo, a quien lo ejecuta y al medio donde se produce.

d. Carácter autorreproductor del miedo: en ciertos casos el miedo funciona como una espiral en la cual no sólo se tiende a generalizar el estímulo aversivo a otras situaciones, sino que además este miedo puede ser cualitativo y cuantitativamente progresivo: el miedo produce más miedo.

e. Predisposición al miedo: reaccionar de forma miedosa antes unos hechos está relacionado con una sensibilidad heredada de los padres relativa a su sistema nervioso autónomo.

2.2.2.2.3. Evaluación

El instrumento de evaluación más utilizado es el siguiente:

- *Inventario de Miedos* (Pelechano, 1981)

Universidad de huelva 2010

Se trata de un inventario pensado para ser cumplimentado por los padres de niños de 4 a 9 años, si bien en otros estudios (Moreno, Párraga y Rodríguez, 1987) el umbral superior de edad se ha subido hasta los 14 años. Consta de 100 elementos. Los padres tienen que dar una respuesta a cada uno de ellos sobre la presencia y, en su caso, la intensidad del miedo experimentado por el niño.

El inventario cubre siete áreas temáticas: miedo a animales, fenómenos meteorológicos (tormentas, truenos, relámpagos), miedo al daño físico y a *las* enfermedades, miedo a la muerte, miedo a situaciones personales hostiles y/o agresivas, miedo a lugares cerrados y miedo a la violencia física real o imaginada.

Este inventario ha sido objeto posteriormente de depuración empírica y de análisis factoriales por parte del autor (Pelechano, 1984), que ha conseguido aislar dos grandes grupos de miedos, en gran medida independientes entre sí:

a) Un grupo de miedos sociales, inducidos socialmente, que pueden ser relativamente fáciles de extinguir.

b) Un grupo de miedos «preparados» filogenéticamente, que corren el riesgo de convertirse en fobias y/o miedos clínicos y cuya extinción resulta más difícil que en el caso anterior.

Una limitación es que la aplicación de este inventario se ha llevado a cabo más con la población general, a fin de identificar a los *niños miedosos,* que con pacientes *fóbicos infantiles.* Este instrumento, así como los datos correspondientes a la validación y tipificación, pueden encontrarse en Pelechano (1984).

2.2.2.3. Ansiedad

La ansiedad es un componente básico de la condición humana y es un fenómeno vivido universalmente que surge como reacción emocional ante diferentes situaciones.

Los conceptos de angustia, ansiedad, estrés y miedo son utilizados a menudo como sinónimos, variando según los países y los momentos. Las diferencias entre esos términos han sido analizadas desde una visión de la psicopatología del adulto. Así el concepto tradicional de angustia, basado en la etimología, hace referencia a la vivencia de estrechamiento, de opresión, de angostamiento y de agobio, con repercusión visceral y con un sentimiento inmotivado que no necesita

Universidad de huelva 2010

acompañarse de objeto concreto. La ansiedad en cambio se acompañaría de sobresalto, excitación, aceleración, con inquietud y temor a que ocurra algo y mayor "repercusión respiratoria". El miedo sería una reacción más "comprensible" ante situaciones de peligro identificado en el ambiente con objetos concretables. El estrés generalmente se entiende en un doble sentido:

a. como "reacción del organismo" ante situaciones ansiógenas lo que supondría un significado más psicofisiológico, de adaptación funcional del cuerpo (Bernard, y Seyle).

b. La otra acepción de estrés es la que lo considera como "fuente de ansiedad" es decir, cuando circunstancias normales del entorno originan o causan angustia y ansiedad y ponen en marcha todo el proceso adaptativo.

En psicopatología infantil las diferencias entre los términos se hacen todavía más confusas que en el adulto debido a la importancia del momento evolutivo y por ello cambiante, pero según van pasando los años la angustia-ansiedad se va pareciendo más a la del adulto.

Echeburúa (1993a) señala que, cuando funciona como un mecanismo de vigilancia, sirve para alertar a una persona de posibles peligros y por eso desempeña un papel de protección para la continuidad del individuo y de la especie; y si se da esta situación de peligro se observa cambios de conducta en tres niveles:

- Nivel motor: inquietud motora, evitación y escape.
- Nivel cognitivo: preocupación, dificultades de concentración y atención.
- Nivel fisiológico: taquicardias, mareos, sudoración, rubor.

Cuando estos cambios de conducta son de intensidad exagerada o persistentes en estímulos insignificantes se convertirán en patológicos (Echeburúa, op. cit.), pues llegan a interferir en el desarrollo de la vida cotidiana y dificultan las relaciones sociales, laborales y familiares y produce un alto índice de sufrimiento en la persona que lo padece.

Es difícil delimitar entre ansiedad normal y patológica, pero Biondi (1989) señala 4 aspectos que los diferencian:

Universidad de huelva 2010

1. Características generales: la ansiedad normal es poco frecuente, de intensidad leve o media y duración limitada, mientras que en la patológica los episodios son repetidos, la intensidad alta y su duración prolongada.
2. Situación o estímulo causante: en la ansiedad normal es una reacción esperable y común a la de otras personas, en cambio, en la patológica la reacción es desproporcionada.
3. Grado de sufrimiento: mientras que en la ansiedad normal es limitado y transitorio en la patológica es alto y duradero.
4. Grado de interferencia en la vida cotidiana: en la ansiedad normal es ausente o ligero no así en la patológica que es profundo.

En la infancia los límites entre la ansiedad normal y patológica no están tan claros. La gradación de menor a mayor no es un criterio suficiente. Podría afirmarse que la ansiedad normal sería un estado emocional de tensión que puede tener su origen en un estímulo "positivo" o "negativo", que al ser superado aporta al niño una mayor seguridad en sí mismo y le enseña a adaptarse al medio en el que desarrolla su existencia como persona y que aunque las reacciones sean aparatosas no habrá repercusiones para el futuro de su organización y maduración emocional. La ansiedad patológica sería un estado emocional con desproporción entre la respuesta emotiva y una situación externa dada, en el que el niño siente una mezcla de desazón, inquietud, disgusto, temor difuso, intensa sensación de peligro o sentimiento de inseguridad no siempre debido a situaciones reales, vivenciados de forma intensa y acompañado de sensaciones físicas de opresión, dolor, inestabilidad y diversas somatizaciones (Rodríguez Sacristán, 1995).

Los estudios en psicopatología infantil se han centrado más en los trastornos externalizados (hiperactividad, déficit de atención, trastornos de conducta, etc.) pues son más problemáticos para la familia, la escuela y además son más fácilmente reconocidos por los padres y/o maestros, sobre todo cuando los síntomas de estos trastornos empiezan a interferir en el funcionamiento diario y causan problemas en las actividades escolares y familiares. No obstante, son los trastornos por ansiedad en los niños y adolescentes los que provocan experiencias más penosas, y tienen distintas y variadas consecuencias en áreas de funcionamiento personal. Su influencia se deja sentir en la desadaptación y dificultades sociales, escolares y en las relaciones familiares, interfiriendo directamente en el desarrollo *y* maduración interpersonal en el rendimiento

Universidad de huelva 2010

académico y alterando el funcionamiento familiar (Biederman, Rosenbaum, Chaloff y Kagan, 1995; Echeburúa, 1993c; Sandin, 1997; Toro, 1991) Por otra parte, los niños con trastornos por ansiedad tienen normalmente múltiples problemas y su relación con otros trastornos agrava su psicopatología, constituyendo factores de riesgo de otros trastornos por ansiedad y de otros trastornos internalizados o externalizados (depresión, abuso de alcohol, trastornos de conducta) (Kessler, et al,. 1998; Kovacs y Devlin, 1998).

2.2.2.3.1. Concepto

Habría que diferenciar entre *miedo* donde el sujeto conoce el objeto externo que le amenaza y se prepara para la huida o afrontamiento mediante una respuesta fisiológica breve y *ansiedad* donde el sujeto desconoce el objeto, siendo la amenaza interna existiendo un conflicto y una prolongación de la reacción (Batallar y Álvarez, 2003).

La ansiedad puede definirse como un patrón complejo y variable de conductas, caracterizado por sentimientos subjetivos de aprensión y tensión emocional, asociado a una intensa activación fisiológica y a determinadas conductas de evitación y escape, que tienen lugar en respuesta a determinados estímulos, tanto internos como externos, del medio en que se desenvuelve el sujeto (Carrobles, 1985). La ansiedad es un concepto global que abarca, con pequeñas variaciones, conceptos tan distintos como el pánico, miedo, fobias y el estrés.

Según Ayuso (1988) la angustia y la ansiedad son conceptos difícilmente diferenciables pues en realidad son matices de una misma expresión. La angustia es más física, más paralizante mientras que la ansiedad conlleva más elementos psíquicos y se vivencia con mayor sobresalto.

La revisión de Weary y Edwards (1994) actualiza las conclusiones que muestran que la depresión y la ansiedad tienen efectos específicos en la cognición. La depresión no afecta a la atención, aunque sí produce un efecto de comprensión negativista de los estímulos ambiguos. La ansiedad influye en la atención y en la comprensión, en la interpretación amenazante de estímulos ambiguos, pero no influye en la memoria y según Fiske y Taylor (1991) confirma la relativa independencia entre atención y recuerdo.

Universidad de huelva 2010

Los trastornos de la ansiedad (T.A.) en la infancia y adolescencia han despertado un gran interés en la última década. Por eso se tiene un mejor conocimiento de estos problemas, tanto desde la perspectiva clínica como epidemiológica (Verhulst, Van der Ende; Silverman et al., 2001). Los datos epidemiológicos recientes señalan que estos trastornos figuran entre los más frecuentes tanto en la población general como en muestras clínicas (Almqvist, 1999; Angold, Costello y Erkanli, 1999; Anderson, Williams, McGee y Silva, 1987; Benjamin, Costello y Warren, 1990; Bowen, Offord y Boyle, 1990; Fergusson et al., 1993; Kashani y Orvaschel, 1988; LabelIarte, Ginsburg, Walkup y Riddle, 1999; Zohar, 1999; Silverman et al., 2001; Verhulst et al., 1997).

Los actuales sistemas de diagnóstico (DSM-IV-R; CIE-10) consideran los T.A. en niños y adolescentes semejantes a los adultos. La ansiedad de separación es el único trastorno específico de la infancia, aunque algunos autores plantearon la conveniencia de diagnosticarlo también en la población adulta (Manicavasagar, Silove y Curtis, 1997).

Bajo el título T.A. se distinguen los siguientes trastornos:

- ansiedad de separación
- trastorno de ansiedad generalizada
- trastorno de pánico, fobia simple y fobia social
- trastorno obsesivo-compulsivo
- trastorno de estrés
- trastorno de ajuste con ansiedad o mixto (ansiedad y depresión).

Los T.A. gozan de una buena validez discriminante, pues dentro de este grupo se puede diferenciar entre niños con ansiedad y niños no afectados por este problema pertenecientes a la población general (Tracey, Chorpita, Douban and Barlow, 1997). Igualmente, es relativamente sencillo distinguir tanto entre los diversos trastornos de ansiedad (Strauss y Last, 1993; Tracey et al., 1997) como entre ansiedad y depresión, a pesar de la elevada tasa de comorbilidad entre ambos (Brady y Kendall, 1992). Esto llevó a algunos autores a plantear una continuidad entre ansiedad y depresión, caracterizada por la afectividad negativa (King, Ollendick, y Gullone, 1991) y/o la internalización de los síntomas (Achenbach, 1985). Los trastornos de conducta aparecen frecuentemente asociados a los T.A. (Anderson, 1987; Last et al. 1987), aunque el grado de

Universidad de huelva 2010

asociación es inferior al observado entre los pacientes depresivos (Schnieerin et al., 2000)

2.2.2.3.2. La ansiedad se aprende.

La sensación de ansiedad puede darse sin necesidad de un estímulo que la provoque, porque generalmente la ansiedad se adquiere a través de un proceso de aprendizaje de generalización de estímulos.

El niño recibe un castigo de sus padres porque ha traído malas notas y en ese momento experimente ansiedad, o sea una sensación difusa de inseguridad e incertidumbre. Fácilmente el aprendizaje se generaliza a otros estímulos y más tarde puede experimentar ansiedad ante todas las notas, los exámenes, ante cualquier hecho de la escuela o al hecho de someter a la opinión de los padres cualquier ejecución propia.

Del Barrio, Moreno y López. (2001) señalan que cuando el niño ha aprendido a reaccionar con ansiedad automáticamente, basta que vea reaccionar a alguien ansiosamente antes, para que aprenda a reaccionar de la misma manera ante situaciones similares. Por eso, durante la infancia la ansiedad es transmisible y por ello contagiosa.

Los padres y adultos en general, pueden transmitir ansiedad a sus hijos indirectamente cuando se ofrecen ante sus ojos como modelos ansiosos.

Además también provocan ansiedad directamente, a través de la culpa, la preocupación y propiciando en el niño una conducta estresante.

a. **Se relaciona con**:

La ansiedad se relaciona principalmente con la tensión, la identidad personal, las dificultades de relación social , la preocupación y la baja autoestima, y la inestabilidad emocional(Del Barrio et al., 2001).

1. Tensión: La ansiedad es una característica de la personalidad, secundaria a otras primarias. La tensión energética o vitalidad es una de las características primarias que más se relaciona con la ansiedad.

Universidad de huelva 2010

Aunque hay personas tensas que no son ansiosas, la tensión y la sobreexcitación propenden a la preocupación, a la angustia y a la larga, ansiedad

2. Identidad personal: cuando son demasiado rígidas dificultan la adaptación propiciando la inseguridad y la incertidumbre.
3. Dificultades de relación social: la suspicacia, la timidez, o la falta de dominio de los mecanismos de comunicación social se relacionan con la ansiedad.
4. Preocupación y autoestima: La buena autoestima se relaciona con el ajuste y el control de los pensamientos y de las emociones. La baja autoestima se relaciona con la .preocupación y la culpa, con la inseguridad y la incertidumbre.
5. Inestabilidad emocional: El descontrol sobre las emociones favorece la incertidumbre. La ansiedad, a su vez, favorece el descontrol emocional.

b. **Factores que intervienen**

En el conjunto de la experiencia ansiosa participan numerosos factores que la constituyen, la matizan o la influencian entre ellos están el factor cognitivo, factores cerebrales y familiares.

a. **Factor cognitivo**. Tradicionalmente se ha venido manteniendo una diferencia esencial entre la ansiedad, como emoción y la cognición. Pero estudios e investigaciones recientes procedentes del campo de la psicopatología afirman que ambas estructuras se dan funcionalmente unidas. (Williams, 1990; Zajonc, 1980-82). Así el desarrollo cognitivo del niño va matizando la manera de vivir la ansiedad y la espera ansiosa influye en el desarrollo cognitivo y en las expectativas, y esto mediatiza el estilo afectivo más o menos ansioso que el niño va adquiriendo poco a poco en sucesivos aprendizajes. A su vez esta experiencia continuada ansioso-cognitiva va modelando el tipo de percepción emocional y de ansiedad que a su vez repercutirán e influenciarán en el futuro desarrollo cognitivo. Este sentido evolutivo y de futuro estará siempre presente en la experiencia infantil de ansiedad. Está probado empírica y experimentalmente la influencia de la ansiedad sobre el pensamiento, la inteligencia y la memoria. (Rodríguez Sacristán, 1995)

Universidad de huelva 2010

b. **Factores cerebrales**, bioquímicos fisiológicos que participan en la ansiedad infantil y que son mal conocidos. La investigación en este área es muy difícil y muchas de las observaciones son deducidas de experimentaciones en el adulto o en animales y solo contadas publicaciones aportan específicamente propuestas para la edad infantil. Algunos de estos trabajos hacen pensar que la ansiedad de expectación y la anticipatoria están reguladas por el sistema límbico a través de su área cingular y que las conductas fóbicas se relacionan con el córtex frontal. El sistema límbico también parece intervenir en las crisis de ataque de pánico que se describen en adolescentes. El "nucleus locus ceruleus" parece participar en los trastornos por ansiedad. La acción de las benzodiacepinas hace pensar que al reducir la serotonina (5-HT) se reduce la actividad de las respuestas neuronales. Los receptores GABA parecen ser el sitio donde las benzodiacepinas actúan.

c. **Factor familiar:** se ha podido establecer que existe una correlación entre la psicopatología familiar y el tipo de trastorno específico de ansiedad. Esto ocurre con las fobias, los trastornos obsesivos-compulsivos y los ataques de pánico que están influidos por factores genéticos (Torgersen, 1988). En otros casos menos específicos se observa una vulnerabilidad o disposición para la ansiedad (Kagan, 1988) de origen familiar. En el caso de las conductas por separación es especialmente llamativo, pero no se puede olvidar el elemento psicogenético aprendido en las primeras edades (Last y Berdel, 1991). Los estudios se han realizado en doble sentido: longitudinales, siguiendo su curso, o retrospectivos, y con el hijos de padres ansiosos o estudiando a padres de niños ansiosos.

Como resumen de ellas se puede decir que hay evidencias empíricas de que la ansiedad tiene un factor genético; y lo mismo ocurre en relación a las actitudes educativas familiares y al desarrollo de una más intensa ansiedad como consecuencia de ciertas conductas paternas. Levy (1943) señalaba como elementos ansiógenos la sobreprotección y los ambientes educativos rígidos o poco comunicativos.

2.2.2.3.3. Síntomas de la ansiedad infantil.

Siguiendo a Rodríguez Sacristán (1995) se va a exponer los síntomas que se clasifican en dos bloques: somáticos y psíquicos.

Universidad de huelva 2010

Hemos de tener en cuenta que estos síntomas son variables en su manifestación, pues dependen de la personalidad del niño, su educación, el estilo afectivo, y el medio sociocultural en el que se encuentra.

a. *Síntomas de expresión somática*:

- *Aparato cardiovascular*: taquicardias, arritmias
- *Aparato respiratorio*: disnea, hiperventilación, apnea.
- *Aparato digestivo*: vómitos, diarreas, nauseas, sensación de bolo, "pellizco en el estomago".
- *Sistema nervioso central*: mareos, temblores, sensación de vértigo, cefaleas, desvanecimientos.
- *Sistema osteo-articular*: parálisis, distonías, hipertonía
- *Piel*: palidez, sudoración, enrojecimiento.

b. *Síntomas de expresión psíquica*:

- sentimientos de culpa, ideas obsesivas, sentimientos de vergüenza y soledad, tartamudez, mutismo, quejas hipocondríacas,
- miedos, fobias, cólera, dependencia, conductas de timidez y huidizas,
- inseguridad, sentimiento de inferioridad, hipersensibilidad, inquietud, agresividad, hiperactividad.

2.2.2.3.4. Clasificación de la ansiedad patológica

La ansiedad patológica aparece en la clínica con las siguientes variables (Galletero y Guimón, 1989):

1. *De forma brusca y episódica*: ataques de pánico.
2. *De manera persistente*: trastornos de ansiedad generalizada.
3. *Como consecuencia de un trastorno un suceso estresante identificable*: trastorno de estrés postraumático
4. *Ante estímulos concretos*: fobias específicas

Universidad de huelva 2010

5. *Ante el miedo exagerado a la evolución negativa*: fobia social
6. *Ante la resistencia ofrecida a las ideas y/o rituales repetitivos*: trastornos obsesivo-compulsivo.

Otra forma de clasificarla es como trastorno primario (la enfermedad es el foco principal de los problemas) o como trastorno secundario (la ansiedad es consecuencia de otro problema).

Spielberge, Gorsuch y Lushene (1970) distinguen entre **ansiedad estado** (respuesta que se emite ante una situación amenazante y constituye un estado emocional transitorio) y **ansiedad como rasgo** de personalidad (respuesta que se mantiene estable a lo largo del tiempo y en distintas situaciones).

En su obra "*Ansiedad y Conducta*", Spielberger (1970) presenta su teoría del estado-rasgo-proceso. Para este autor es importante clasificar las relaciones existentes entre estos conceptos. Afirma que las diferencias entre rasgo y estado consisten, en el sentido de potenciación ligado al rasgo, frente a la actualidad unida con el estado; así pues el rasgo suele ser estable mientras que el estado tiene cierta transitoriedad.

También afirma que el rasgo de ansiedad es general, mientras que el estado se caracteriza por una especificidad situacional (Spielberger, 1973).

Antes de que fuera publicado en 1952 la primera edición del manual diagnostico y estadístico de trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM-I), la mayoría de los psiquiatras aceptaban un esquema diagnóstico bastante simple, de orientación psicoanalítica. En esta taxonomía se describían dos trastornos de ansiedad: neurosis de ansiedad e histeria de ansiedad. El DSM-I asumía esta nomenclatura básica pero manteniendo el enfoque tradicional de Meyer introduciendo el término "Reacción". En 1966, el DSM-II describe 10 neurosis: *neurosis de ansiedad* (reacción de ansiedad en DSM-I), neurosis histérica (dividida en tipos disociativo y de conversión), neurosis fóbica (reacción fóbica en DSM-I), neurosis obsesivo compulsiva, neurosis depresiva de despersonalización, neurosis hipocondríaca y otras neurosis.

Doce años después de la publicación del DSM-II aparece la tercera edición del manual (1980). No es hasta la aparición del DSM III, cuando los trastornos de ansiedad son contemplados, por esta clasificación, como categoría diagnóstica, ya

Universidad de huelva 2010

que en el DSM-II aparecen como una subcategoría del apartado destinado a los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.

En la nueva edición del DSM-III los trastornos por ansiedad se distinguen tres categorías: 1) Trastornos por angustia de separación. 2) Trastorno de ansiedad de evitación. 3) Trastorno de ansiedad excesiva

En los trastornos por angustia de separación se especifica dentro de los criterios una angustia excesiva, relacionada con la separación de aquellos a los que el niño esta vinculado y que se manifiesta por al menos tres síntomas de una lista de 9 de ellos.

En el DSM-III-R aparecen los mismos criterios diagnósticos.

En los trastornos por evitación en la infancia y adolescencia deben valorarse los siguientes criterios diagnósticos: timidez persistente y excesiva en el contacto o comunicación con gente desconocida; deseo de afecto y aceptación y en términos generales relaciones satisfactorias con los familiares y personas cercanas; conducta de evitación lo bastante intensa como para interferir en el funcionamiento social y en las relaciones con los compañeros; como mínimo el niño debe tener dos años y medios de edad; la duración de la alteración es de al menos 6 meses. No existen diferencias con respecto al DSM III.

En los trastornos por ansiedad excesiva los criterios para el diagnostico son: La alteración predominante consiste en ansiedad o preocupación generalizada y persistente que no tiene relación con la separación y que se manifiesta por 4 síntomas de un listado de 7.

En la DSM-IV (1994), los trastornos de ansiedad son considerados una categoría, diferenciándose el término ataque de pánico y agorafobia previamente a las distintas categorías especificas estas son: Pánico sin agarofobia, pánico con agarofobia, agarofobia sin historia de trastorno de pánico, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno agudo por estrés, trastorno de ansiedad generalizada (incluido los trastornos de ansiedad excesiva de la DSM-III-R), trastorno de ansiedad debido a ...(indicar condición medica), ansiedad inducida por sustancias y otros trastornos de ansiedad no especificado en otros apartados.

La clasificación que realiza el DSM-IV (1994) es la siguiente: fobia simple, fobia social, agarofobia sin crisis de angustia, trastorno por crisis de angustia,

Universidad de huelva 2010

trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático y trastorno de ansiedad sin especificar

En la edición del manual DSM-IV (1994), dentro de las específicamente infantiles solo se encuentra los trastornos de ansiedad de separación, desapareciendo los trastornos de ansiedad excesiva y de evitación.

Echeburúa (2000) plantea la siguiente clasificación:

1. *trastornos fóbicos*:
   a. fobias específicas
   b. fobia escolar
   c. trastorno de evitación
2. *trastorno de ansiedad sin evitación fóbica:*
   a. ansiedad de separación
   b. ansiedad excesiva
3. *otros trastornos de ansiedad:*
   a. trastorno obsesivo-compulsivo
   b. trastorno mixto de ansiedad y depresión

Las novedades de esta clasificación son:

- se excluyen los trastornos de ansiedad de los adultos porque no siempre existe continuidad, aunque si existan antecedentes familiares.
- Se incluye el apartado de trastornos fóbicos por la importancia que tienen en la clínica infantil. El trastorno de evitación se incluye aquí porque lo que predomina es la evitación fóbica a personas desconocidas.
- La ansiedad de separación y la fobia escolar se consideran dos problemas distintos.
- Incluir el trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Rodríguez Sacristán (1995) plantea la siguiente clasificación de las formas de ansiedad:

a. Criterio temporal: ansiedad aguda y crónica

Universidad de huelva 2010

b. Según el tipo de estructura: ansiedad generalizada, excisión anticipatorio, de evitación y de separación.

c. Criterio de personalidad: ansiedad rasgo y ansiedad estado

d. Forma clínica: fobia obsesiva, neurótica, depresiva, psicótica, hipocondríaca, somatizada y consecuente con procesos orgánicos

Respecto a las características de las personalidades ansiosas tenemos un carácter temeroso, indeciso y tendencia a retrasar o evitar situaciones comprometidas (Tobeña, 1986). Estas personas, según este autor, no necesariamente llegan a desarrollar conductas patológicas de ansiedad.

Según Echeburúa et al. (1995) las mujeres se ven más aquejadas que los hombres por estos cuadro clínicos de ansiedad, excepto en el caso de fobias sociales y del trastorno obsesivo-compulsivo en los que no hay diferencia entre ambos sexos. Según investigaciones transculturales (Marks, 1987), los trastornos de ansiedad se encuentran ampliamente distribuidos en todo tipo de países y culturas y por tanto no se puede plantear que este trastorno sea sufrido solamente en países occidentales.

2.2.2.3.5. Epidemiología

Los trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia son los trastornos psicológicos más comunes tanto en la población genera como en la clínica, de tal forma que entre el 5% y 25% de esta población padece algún trastorno de este tipo (Sandin, 1996).

Los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de ansiedad en la infancia son muy poco precisos, en parte por la ausencia de unos criterios clasificatorios estrictos básicamente compartidos y en parte por el solapamiento de unos cuadros sobre otros.

En el estudio epidemiológico de la isla de Wight (Rutter, Tizard y Whitmore, 1970), llevado a cabo con una muestra de 2.193 niños de 10-11 años, el 12,5% presentaba *trastornos neuróticos* (traducido a la terminología actual, trastornos de ansiedad y, en mucha menor medida, depresión). Este tipo de trastornos suponía el 37% de toda la morbilidad psiquiátrica de este grupo de edad. Los trastornos de ansiedad tienen, por tanto, un peso específico importante en la psicopatología infantil.

Universidad de huelva 2010

Los estudios epidemiológicos estiman una prevalencia general para los trastornos por ansiedad en niños y adolescentes entre 3.6% *y* 17.7%. Los diagnósticos de ansiedad más frecuentes en niños y adolescentes son: la ansiedad por separación, la ansiedad excesiva y la fobia simple. Mientras que los menos frecuentes son el trastorno por evitación, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno por angustia. Estos datos se corroboran en muestras clínicas (Kendall y Brady, 1995; Last, Hersen, Kazdin, Finkelsteln y Strauss, 1987, Last et al., 1992).

Los *trastornos fóbicos* son difíciles de delimitar por la confusión conceptual entre fobias y miedos. Si bien los miedos en la infancia son muy frecuentes (en torno al 40-45% de la población), las fobias propiamente dichas afectan a un 5% ó un 8% de la población infantil.

La tasa de prevalencia de *fobias específicas* se sitúa en torno al 2,4% de la población infantil y adolescente (Anderson, Williams, McGee y Silva, 1987).

La prevalencia de *fobia escolar* es muy variable, según los diversos estudios recogidos por Strauss y Francis (1989), y puede oscilar del 0,4% al 7,6% 100 de la población escolarizada. La amplitud de este rango refleja la imprecisión del concepto y la variabilidad de criterios en la definición del mismo. Los miedos intensos al colegio, en un momento u otro del desarrollo evolutivo, son frecuentes, pero el rechazo a la escuela (la negativa radical a ir al colegio) es mucho más infrecuente. La fobia escolar, en sentido estricto y con criterios más realistas, puede afectar al 1% de la población infantil tratada en la clínica.

Dentro de los *trastornos de ansiedad sin evitación fóbica,* la *ansiedad de separación* (el trastorno de ansiedad con mayor tasa de prevalencia) puede afectar a un 4% de la población infantil (Ayuso, Alfonso, Rivera y Galletero, 1988).

El *trastorno de ansiedad excesiva* es el más frecuente tras la ansiedad de separación y puede afectar al 2, 9% por 100 de los niños (Anderson et al., 1987).

Por otra parte, el *trastorno obsesivo-compulsivo* como tal es poco frecuente en la infancia y puede oscilar entre el 0,7% de la población infantil y el 1,2% de los niños vistos en la clínica (Bragado, Solano y Crespo, 1990). No obstante, un tercio de los adultos aquejados por este trastorno manifiestan haber experimentado los primeros síntomas antes de los 15 años. De este modo, el *trastorno* parece ser poco frecuente en la infancia, pero los *síntomas aislados* lo son mucho más (Marks, 1987).

Universidad de huelva 2010

En muestras clínicas Last et al. (1987) han encontrado la siguiente distribución de los diagnósticos: trastorno de ansiedad por separación 33%, ansiedad excesiva 15% y fobia escolar 15%; fobia simple 5.5%; trastorno obsesivo-compulsivo 4%; trastorno por evitación, 1.4%, trastorno de angustia 3% y trastorno por estrés postraumático 1.4%. Fue evidente en este estudio que la mayoría de los niños presentaban dos o más diagnósticos. En otra muestra clínica (Last et al., 1992) los diagnósticos más frecuentes en orden decreciente fueron: trastorno de ansiedad por separación, fobia simple, fobia social y trastorno de ansiedad excesiva y trastorno por evitación. Estos diagnósticos presentaron también los porcentajes más altos de comorbilidad

En un estudio de 1995, en una muestra clínica (n=227) con niños de 7 a 17 años los porcentajes de prevalencia para los trastornos oscilaron entre el 6% para el trastorno por angustia y el 17.5% para fobias, los otros trastornos diagnosticados en orden creciente fueron: ansiedad por separación, fobia simple; obsesivo-compulsivo y ansiedad excesiva (Albano, Chorpita, DiBartolo y Barlow, 1995).

En los estudios comunitarios también se observa que la prevalencia de la ansiedad excesiva tiene una amplia variabilidad que va de 2.6% a 15.4%. Al parecer este trastorno permanece constante con la edad. Mientras que la ansiedad por separación, a excepción del estudio de Cohen (1993), está alrededor del 5% y al parecer decrece con la edad. En el caso de la fobia simple la prevalencia oscila entre el 2.4% y el 9%, y los datos no indican que la prevalencia disminuye con la edad. El trastorno por evitación es poco frecuente y está por debajo del 1.6%. Aún más infrecuente es el trastorno obsesivo-compulsivo, con una tasa de 0.3%, aunque en el estudio de Regler, Rae, Narrow, Kaelber y Schatzberg (1998) fue de 2.5%, pero hay que tener en cuenta que en este estudio el rango de edad es muy amplio (de 15-54 años) y además no abarca la infancia. Sin embargo, habitualmente la prevalencia del trastorno de evitación y del trastorno obsesivo-compulsivo está por debajo del 2% (Costello y Angold, 1995). En suma, la prevalencia de cualquier trastorno por ansiedad parece incrementarse ligeramente con la edad, aunque esto no se puede aseverar para un trastorno especifico.

En relación al sexo, los datos de los estudios indican que mientras la proporción de sujetos con trastornos está claramente a favor de los niños cuando se considera el conjunto de categorías, cuando sólo se consideran los trastornos por ansiedad la proporción de niñas es mayor que de los niños.

Universidad de huelva 2010

El predominio femenino en los trastornos de ansiedad existe, pero no está tan acentuado en la infancia como en la vida adulta. Este cambio en la distribución sexual tiene lugar en la adolescencia por razones aún desconocidas (Marks, 1981).

Por último, hay que destacar que tanto en los estudios clínicos como en los comunitarios se informa de los altos porcentajes de comorbilidad de los trastornos por ansiedad.

Los trastornos por ansiedad afectan a una buena parte de los niños y adolescentes, incluso son más prevalentes que la depresión, pero además los miedos, fobias y ansiedades, suelen ser una de las principales causas por las que los niños, adolescentes y adultos acuden a recibir servicio primarios de salud mental (Albano, Chorpita y Barlow, 1996; Sandin, 1997).

En resumen, los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de ansiedad son muy limitados. Incluso sobre algunos cuadros clínicos, como el *trastorno de evitación,* prácticamente no hay datos. Con esta realidad es difícil planificar unos dispositivos asistenciales, así como predecir el curso de estos problemas, identificar los riesgos asociados y adoptar las medidas preventivas oportunas (Bragado, 1993).

2.2.2.3.6. Etiología

Echeburúa (2000) plantea que aunque la prevalencia de estos trastornos en clínica es muy alta, el conocimiento sobre su etiología es escaso. El cómo se adquiere la ansiedad, cómo se mantiene, cuáles son los factores predisponentes y cuales los factores que precipitan no existen todavía resultados concluyentes.

Batallar y Álvarez (2003) plantean la siguiente clasificación de teorías:

1. **Teorías biológicas**:

   1.1. *Genéticas*: la herencia determina una estructura y funcionamiento del S.N.C. Excepto en estudios de adopción, estudios escandinavos han señalado que en las crisis de angustia existe un claro condicionamiento genético. Torgersen (1983) encontró un 30% de concordancia en gemelos monocigóticos frente al 0% en dicigóticos.

   1.2. *Neuroquímicas*: se centran en las siguientes hipótesis:

Universidad de huelva 2010

1.2.1. hipersensibilidad vegetativa periférica beta-adrenérgica

1.2.2. actividad noradrenérgica central

1.2.3. anomalías de los neurotransmisores

1.2.4. pruebas de provocación

1.3. *Modelos animales. Ansiedad de separación*: Se han descrito fenómenos ansiosos en mamíferos superiores ante la separación de los progenitores. Spitz y Bowlby describieron reacciones similares en niños separados del afecto de sus padres. Así, Klein (1987) plantea una teoría del pánico como alteración de los mecanismos de defensa innatos que están en la ansiedad de separación. Los datos no son concluyentes, pues se observa más en cuadros depresivos y no es exclusivo de los trastornos de angustia, aunque en estos últimos existen antecedentes en muchos pacientes (50%)

1.4. *síndromes constitucionales*: Desde la descripción de las crisis de angustia en prolapso mitral y la mayor prevalencia de crisis en personas con laxitud articular y viceversa, se investiga si existe un síndrome constitucional donde un desorden del colágeno condicione una forma de trastorno de ansiedad.

2. Teorías psicológicas:

2.1. *Teorías conductistas. Aprendizaje*: Según este modelo, la ansiedad se condiciona por un estimulo ambiental concreto pudiendo, por condicionamiento y generalización, aprender o imitar respuestas ansiosas de los demás (p. ej. de la madre). Así, ofrecen una explicación del mantenimiento de evitación fóbicas (agorafobia) y el manejo de la ansiedad anticipatoria en el trastorno por angustia, pero no a la crisis de angustia espontánea, o al trastorno de ansiedad generalizada (Marks, 1987).

2.2. *Teorías cognitivistas*: Patrones cognitivos distorsionados preceden a conductas desadaptadas y desajustes emocionales. Así, la sobrevaloración amenazante de los estímulos externos y la infravaloración de las potencialidades personales genera angustia. En general, el ansioso realiza una valoración amenazante de los estímulos externos e internos, sintiendo una imposibilidad de buscar ayuda, disparándose el círculo de la crisis de ansiedad

Universidad de huelva 2010

2.3. *Modelo psicodinámico*: En 1985 Freud plantea la ansiedad como consecuencia de la ineficaz descarga libidinal, considerándola en 1926 como una señal de alarma que surge ante un peligro pulsional, inaceptable para el Yo, pues debe ser reprimido. Si dicha represión no ha sido exitosa como defensa, se utilizan otros mecanismos (conversión, desplazamiento, regresión, etc.) que forman síntomas que constituyen los síndromes clásicos neuróticos. En consecuencia, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del superyó y el poderío de los instintos prohibidos (ello) (Vallejo, 1991).

A nivel clínico, se ha visto que los pacientes con Trastorno por Angustia, previamente a la primera crisis, presentan mayor número de pérdidas en el mes previo y de separaciones de los padres antes de los 17 años, demostrándose la mayor importancia de la separación de la madre en edades tempranas.

3. **Personalidad**: Se ha descrito al neurótico como una persona en constante conflictividad consigo misma y con los demás. Este fracaso personal en construir el ideal del Yo, de canalizar adecuadamente sus deseos (muchos de ellos reprimidos), hace que utilicen abusiva y sistemáticamente mecanismos de defensa, produciéndose síntomas ansiosos. El temperamento, sin embargo, tendría que ver con la estructura y el funcionamiento innato del sujeto. Así, los sujetos hiperactivos, cuando presentan síntomas neuróticos, los potencian siendo difícil salir de ellos.

4. **Acontecimientos vitales. Estrés social**: Situaciones como conflictos emocionales, laborales, sexuales, familiares, o sobrecargas físicas, abandono, etc. pueden asociarse a un trastorno de ansiedad. Aunque el patrón típico es el Trastorno de Ansiedad Generalizado, en un 80% de los Trastornos de Ansiedad, existen acontecimientos estresantes previos a la primera crisis, aunque una vez puesto en marcha el proceso, cursa de forma autónoma.

2.2.2.3.7. Factores de riesgo

El estudio de los factores de riesgo de los trastornos de ansiedad en la infancia es importante pues constituyen una de las categorías diagnósticas más prevalentes de todos los trastornos psicológicos, tanto en la infancia (Bernstein y Borchardt,

Universidad de huelva 2010

1991; Bragado et al., 1995; Bragado, Carrasco, Sánchez y Bersabé, 1996; Jalenques y Coudert, 1993; Kashani y Orvaschel, 1988; Kashani y Orvaschel, 1990) como en la vida adulta (Echeburúa, 1993c; Hollander, Simeon y Gorman, 1996). Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de estos trastornos en la infancia oscila aproximadamente entre un 5.6% y un 21% (Benjamín, Costello y Warren, 1990; Bragado et al., 1996; Costello y Angold, 1995; Kashani y Orvaschel, 1988; Kashani y Orvaschel, 1990), siendo más alta en las niñas que en los niños.

Si a esta elevada prevalencia le añadimos las consecuencias negativas que conlleva la ansiedad para la vida del sujeto (Ayuso, 1988; Cautela y Groden, 1989; Echeburúa, 1993c; Kashani y Orvaschel, 1990; Valdés y Flores, 1990), se entiende la importancia de conocer los factores que facilitan su aparición o que están relacionados con su etiología para detectar los sujetos en riesgo y para desarrollar estrategias de intervención y programas preventivos eficaces.

Numerosos investigadores afirman que la explicación es multicausal (Caprara y Rutter, 1995; Downey y Walker, 1992; Gotlib y Avison, 1993; Masten y Coatsworth, 1995; Rae-Grant, Thomas, Offord y Boyle, 1989; Sansón, Oberklaid, Pedlow y Prior, 1991; Tsiantis y Macri, 1995; Werner, 1993).

a. Temperamento: Los estudios revisados en la literatura muestran una clara asociación entre ciertos rasgos conductuales (en particular la inhibición conductual), y los trastornos de ansiedad en la infancia (Basic Behavioral Science Task Force, 1996; Bernstein, Borchardt y Perwien, 1996; Biederman et al. 1990; Biederman, et al., 1993; Hirshfeld et al., 1992; Jalenques y Coudert, 1990, 1993; Rosembaum et al., 1991; Rosembaum et al., 1992;). La inhibición conductual que se puede observar tempranamente en la vida (Kagan, Reznick, Snidman, Gibbons y Johnson, 1988), pone al niño a riesgo de padecer múltiples trastornos de ansiedad, en especial cuando se trata de niños que permanecen inhibidos de forma estable a lo largo del tiempo (Hirshfeld et al., 1992).

b. La presencia de psicopatología en los padres:

- La presencia de depresión y ansiedad es un factor de riesgo para el desarrollo de estos mismos trastornos en los hijos (Fendrich, Warner y Weissman, 1990; Kashani, Vaidya et al., 1990; Krohne y

Universidad de huelva 2010

Hock, 1991; Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel y Perrin. 1991; Turner, Beidel y Costello, 1987; Warner, Mufson y Weissman, 1995; Weissman, 1985; Weissman, l.eckman, Merikangas, Gammon y Prusoff, 1984).

- La presencia de otras psicopatologías en los padres: alcoholismo, somatización, sintomatología en general, etc., puede predecir ansiedad en el niño (Gotlib y Avison, 1993; Kashani, Vaidya et al., 1990; Messer y Beidel, 1994).

Todo esto sugiere la existencia de una naturaleza familiar en la transmisión de estos trastornos, pero todavía se ha de estudiar si el mecanismo de transmisión es de origen genético, ambiental o una combinación de ambas cosas (Last et al., 1991; Rende y Plomin, 1993; Thapar y McGufitn, 1995; Turner, Beidel y Costello, 1987; Turner, Beidel y Epstein, 1991). Es obvio que la presencia de psicopatología en los padres pone al niño ante múltiples condiciones de riesgo ambiental (Downey y Walker, 1992; Masten y Coatsworth, 1995; Rende y Plomin, 1993) además del posible riesgo genético.

c. Ambiente familiar: aunque se han realizado muy pocos estudios, en general, la mayoría de las investigaciones se centran en el estudio de la relación entre estabilidad en la pareja y problemas externos, pero rara vez abordan su asociación con los problemas internos (Dadds y Powell, 1991). En los pocos trabajos que han estudiado esta relación, los resultados muestran poca consistencia. Así por ejemplo, Fendrich, Wamer y Weissman (1990) no encontraron asociación entre ansiedad en el niño y problemas maritales. Dadds y Powell (1991) demostraron una asociación entre discordia entre los padres y ansiedad en los niños pero no en las niñas. Por su parte Stark, Humphrey, Crook y Lewis (1990) hallaron que esta asociación sólo existía cuando se trataba de niños que, además de ansiedad, presentaban el diagnóstico de depresión.

d. Estilo educativo: parece ser que una excesiva sobreprotección o elevado control por parte de los padres, aumenta la probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia (Messer y Beidel, 1994; Teichman y Ziv, 1994). Sin embargo, sólo ocurre para las niñas. En los niños esta asociación parece ser inversa. Una conducta sobreprotectora parece actuar como un factor protector para el desarrollo

Universidad de huelva 2010

de trastornos de ansiedad (Bowen, Vitaro, Kerr y Pelletier , 1995; Krohne y Hock, 1991), y en especial, cuando se trata de niños inhibidos conductualmente (Bowen et al., 1995).

e. Problemas evolutivos y/ médicos: existen pocos trabajos que los han relacionado con los trastornos de ansiedad. Tan solo, Velez, Johnson y Cohen (1989), en un estudio longitudinal de 776 niños y adolescentes en el que exploraron la presencia de múltiples factores de riesgo de psicopatología externalizante e internalizante, entre ellos los problemas de embarazo y la historia de salud del niño, encontraron que, de los dos trastornos de ansiedad estudiados, los problemas de embarazo predecían significativamente el trastorno de ansiedad excesiva, pero no el trastorno de ansiedad de separación.

f. El nivel socioeconómico bajo: se ha relacionado con la presencia de trastornos de ansiedad (Bragado et al., 1996). Sin embargo, esta asociación no puede ser generalizada a todos los trastornos (Jalenques y Coudert, 1990). Estos autores han encontrado una estrecha relación entre nivel socioeconómico bajo y ansiedad de separación, pero en cambio han fracasado en sus intentos de relacionarlo con el trastorno de ansiedad excesiva (Costello y Angold, 1995; Jalenques y Coudert, 1990, 1993; Velez et al. 1989).

2.2.2.3.8. Ansiedad y fracaso escolar

El exceso de ansiedad es la característica de la personalidad que más se relaciona con el fracaso en el estudio.

Según Del Barrio et al. (2001) los motivos por los que el alumno ansioso se distrae son:

- Pasa más tiempo *soñando despierto* que el alumno ajustado.
- La ansiedad impide la generalización y aumenta la dispersión analítica, provocando la fatiga y la distracción.
- Las emociones alteran el discurrir de sus pensamientos
- La ansiedad estimula los pensamientos automáticos. El pensamiento automático es una característica de la niñez intermedia.

Universidad de huelva 2010

Además el ansioso es poco eficaz. No vive el presente, vive preocupado por el pasado o por el futuro. Percibe el presente poco claro, liado o emborronado por emociones de otro momento o situación. Su actuación, dependiendo de la configuración de los factores primarios de su personalidad, tiende a ser demasiado cíclica, agobiada y frenética o con dejadez y pereza.

Creemos pertinente comentar en este apartado la **fobia escolar**, pues como señala Echeburua (2000) esta fobia no puede reducirse a una fobia especifica.

Cuando hablamos de fobia escolar, nos estamos refiriendo al rechazo constante, por parte del niño para acudir a la escuela debido a algún tipo de miedo relacionada con la situación escolar.

Según Granell de Aldaz (1984) este miedo a la escuela es normal, dentro del desarrollo evolutivo del niño y así puede llegar a afectar hasta el 18% de los niños entre 3 y 14 años, pero la fobia, es decir el rechazo al colegio es poco frecuente y suele darse entre los niños de 3 y 4 años (cuando se inicia el colegio). Según Ollendick y Mayer (1984), los porcentajes están entre el 0,4% y el 1,7%. Afecta más a niños que a niñas

Esta fobia suele manifestarse en forma de quejas más o menos vagas y trae como consecuencia una actitud de desgana a la hora de ir al colegio (la vuelta de vacaciones, los lunes, el cambio de clase o de escuela, etc.)

Según Antón (2002) el niño responde ante la fobia escolar de tres maneras:

a. Sistema motor. Escaparse del colegio, negarse, decir que está enfermo, mostrar un conducta negativista; si los padres lo llevan al colegio, chilla, llora, pide volver a casa. Si el niño está en la escuela, su comportamiento es muy disruptivo o muy pasivo.

b. Sistema fisiológico: incluye respuesta como tensión muscular alta, taquicardia, sensación de mareo, vómitos, diarrea, dolores de cabeza y trastornos de la alimentación y sueño.

c. Sistema cognitivo: el niño presenta imágenes negativas sobre situaciones escolares; anticipa situaciones desfavorables para él como suspender el examen, no saber contestar a lo que le pregunten y evalúa negativamente sus propias capacidades.

Universidad de huelva 2010

Estos síntomas desaparecen si el niño se queda en casa, pero como señala Berg (1985) esta fobia suele estar asociada a otros trastornos como la depresión y una baja autoestima.

2.2.2.3.9. Evaluación de la ansiedad

La evaluación clínica es necesaria para el diagnóstico, la planificación del tratamiento y la investigación. Sin embargo hay una escasez de cuestionarios y entrevistas clínicas que posean una fiabilidad y validez satisfactorias (Schniering et al., 2000).

La evaluación de los TA suele abordarse desde una perspectiva multicausal con variables clínicas, neuropsicológicas, comportamentales y cognitivas. Los datos proceden de diversas fuentes de información, entre las que se incluyen a los propios niños y adolescentes y las personas más significativas de su entorno.

En este proceso evaluativo, las entrevistas estructuradas y los autoinformes son irrenunciables y gozan de una singular importancia tanto en contexto clínico como en la investigación (La Greca, 1990; Edelbrock et al., 1985; Schniering et al., 2000). Sin embargo, a estos instrumentos les falta, en muchos casos, unas adecuadas propiedades psicométricas, por lo que su uso generalizado plantea cierto riesgo de mala práctica profesional. Estas dificultades se acentúan notablemente cuando se validan en otras poblaciones culturalmente diferentes.

Presentamos a continuación, brevemente, una reseña de los principales instrumentos de evaluación utilizados al respecto: entrevistas, cuestionarios, inventarios y pruebas específicas.

a. Entrevistas

Las entrevistas, tanto estructuradas como semiestructuradas, son indispensables en el proceso evaluativo (Sandín, 1997; McClellan y Werry, 2000). En los últimos años se han desarrollado varios instrumentos:

- **NIMH** *Diagnostic Interview Schedule for Children* Version IV (NIMH DISC-IV, Schaffer et al., 2000)
- *The Child and Adolescent Psychiatric Assessment* (**CAPA**, Angold y Costello, 2000)
- *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Scnizophrenia for School-Age Children* (**K-SADS**, Puig-Antich, 1978)

Universidad de huelva 2010

- *The Interview Schedule for Children and Adolescents* (**ISCA**, Sherrill y Kovacs, 2000)
- *The Children's Interview for Psychiatric Syndromes* (**ChIPS**, Weller, Weller, Fristrad, Aooney y Schecter, 2000)
- *The Dominic-A* (Valla et al. , 1997)
- *Diagnostic Interview Schedule for Children* (**DISC**; Costello, Edelbrock, Dulcan, Kalas y Klaric, 1984)
- *The Diagnostic Interview for Children and Adolescents* (**DICA**; Herjanic y Aeich, 1982)
- *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children* (**ADIS-C**; Silverman y Nelles, 1988).

Estas entrevistas van destinadas tanto a los niños como a los padres o cuidadores y tienen por objetivo la evaluación de la psicopatología general, incluidos los TA.

Schniering et al. (2000), en su revisión, afirman que, en general, las entrevistas clínicas estructuradas son bastante precisas a la hora de detectar los síntomas y permiten el diagnóstico diferencial entre los distintos TA. Estos instrumentos gozan de una adecuada fiabilidad test-retest con respecto al diagnóstico de los TA, pero muy baja en relación con los síntomas individuales y con respecto al acuerdo entre los informadores (padres e hijos).

b. Cuestionario e Inventarios para el niño.

El número y la calidad de los instrumentos de autoinforme destinados a la evaluación de los TA han registrado un evidente desarrollo en la última década. Y por ello existen un conjunto de pruebas que gozan de buenas propiedades psicométricas y son fáciles de aplicar a los niños. La mayor parte de ellos se aplican en unos pocos minutos, identifican de forma aceptable los TA y detectan los cambios que se operan tras el tratamiento.

No obstante, en su contra, se afirma que no discriminan suficientemente entre los diversos TA y otros trastornos psiquiátricos y que no son sensibles a la evolución de la sintomatología a lo largo del desarrollo.

Universidad de huelva 2010

Entre los autoinformes más importantes desde el punto de vista clínico, publicados hasta la actualidad están :

- *Fear Survey Schedule for Children Revised* (**FSSC-R**; Ollendick, 1983)
- *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (**MASC;** March et al., 1997)
- *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (**RCMAS**; Reynolds y Richmond, 1978)
- *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (**SCARED**; Birmaber et al., 1997)
- *Social Phobia and Anxiety .Inventory for Children* (**SPAI-C**; Beidel, Turner, y Morris, 1995)
- *Spence Children's Anxiety Scale* (**SCAS**; Spence, 1997)
- *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (**STAIC**; Spielberger, 1973).

Los estudios realizados demostraron una buena fiabilidad test-retest, aunque los índices son muy diferentes entre los diversos cuestionarios. Así en el **FSSC-R**, la fiabilidad osciló entre 0.55 a los 3 meses y 0.82 a 1 semana (Ollendick, 1983). El **RCMAS** mostró una fiabilidad entre 0.68 a 9 meses y 0.98 en 3 semanas (Reynolds y Richmond, 1985). El **SCARED** mostró igualmente una estabilidad de 0.86 (5 semanas) según el estudio realizado por Birmaher et al. (1997). El cuestionario **SCAS** tiene una baja estabilidad (0.51 a 6 meses), según la investigación de Spence (1997). La fiabilidad del **STAIC** varía en función de los diversos estudios: 0.63 (10 meses) y 0.86 (2 semanas) de acuerdo al trabajo de Beidel et al. (1995); 0.63 (3 meses) y -0.72 (1 día) para la escala A-Estado (Finch, Kendall, Montgomery, y Morris, 1975) y 0.44 (3 meses) y -0.65 (1 día) para A-Rasgo (Finch, Montgomery, y Deardoff, 1974).

La validez concurrente es también aceptable: así se ha demostrado para **RCMAS** (Reynolds, 1982), **STAIC** (Hodges, 1990), FSSC-R (Ollendick, 1983), **SPAI-C** (Beidel, 1996) y **SCAS** (Spence, 1997). Igualmente, la mayor parte de estos cuestionarios gozan de una buena validez discriminante, permitiendo la diferenciación entre niños ansiosos y niños sin problemas de ansiedad. En este sentido, los cuestionarios **FSSC-R** (Ollendick, 1983), **SPAIC** (Beidel, 1996), **SCAS** (Spence, 1997), **RCMAS** (Stark, Kaslow, y Laurent, 1993), y **STAIC** (Perrin y Last, 1992) posibilitaron un buen diagnóstico diferencial entre ambos tipos de poblaciones.

Universidad de huelva 2010

Sin embargo, son ineficaces para diferenciar a niños ansiosos de niños que padecen otras patologías psíquicas. Así, por ejemplo, Hodges (1990) y Stark et al. (1993) probaron que el **RCMAS, STAIC y FSSC-R** no distinguen entre niños ansiosos y depresivos; tampoco entre niños ansiosos y niños hiperactivos (Perrin & Last, 1992). Bedel (1996), por el contrario, sí demostró que el **SPAI-C** identificaba satisfactoriamente a los niños ansiosos y a los niños con problemas de conducta.

Por último, la mayor parte de estos cuestionarios muestran una escasa concordancia entre los informes de los padres y de los niños, tal como demostraron, entre otros, Engel, Rodriguez y Geffken (1994) y Kenny y Faust (1997). Este desajuste cabe atribuirlo bien a la ansiedad de los padres, a determinados factores relacionados con el niño, a la dificultad de las preguntas o a la deseabilidad social (Schniering et al., 2000); y es, además, un problema bastante frecuente en los procesos evaluativos de síntomas internos (Engel et al., 1994; Huddleston y Rust, 1994).

c. Otras pruebas de evaluación

Se pueden añadir las medidas de conducta, las cogniciones y los datos psicofisiológicos.

1. Desde la perspectiva conductual:

   - la *observación natural* (Melamed y Siegel, 1975)
   - los *tests de evitación conductual* (Dadds, Rapee y Barrett, 1994).

2. Desde el punto de vista cognitivo:

   - adaptación a la población infantil del *Cognition Checklist* (**CCL**, Beck et al., 1997)
   - *Cuestionario de pensamientos automáticos para adultos,* realizado por Ambrose and Rholes (1993) y Laurent and Stark (1993).
   - Ronan et al. (1994) desarrollaron el *Negative Affect Self statement Questionnaire* (**NASSQ**; Ronan, Kendall, & Rowe, 1994) para evaluar el afecto negativo en niños y adolescentes, dotándolo de buenas propiedades psicométricas.

Universidad de huelva 2010

3. Desde la perspectiva psicofisiológica:

   - tasa cardíaca y la respuesta electrodermal (King, 1994)
   - la actividad adrenérgica (Rogeness, Cepeda, Macedo, Fischer, y Harris, 1990)
   - la tensión muscular (Turner, Beidel, & Epstein, 1991).

Debido a las limitaciones que tienen los diversos instrumentos revisados, los clínicos y los investigadores coinciden en la necesidad de crear nuevos instrumentos de medida (Jensen, Salzberg, Richters, y Watanabe, 1993; March, 1995; March y Albano, 1996; March, Sullivan y Parker, 1999).

d. Instrumentos utilizados en España.

Los instrumentos de evaluación de este trastorno que están actualmente disponibles en España son los siguientes:

Los instrumentos disponibles, suelen ser muy genéricos y permiten medir la ansiedad como rasgo de personalidad y, en algunos casos, como estado situacional, pero no permite detectar los trastornos de ansiedad como tales y, menos aún, proceder a un diagnóstico diferencial de los mismos.

Siguiendo a Echeburúa (2000) se ha seleccionado un pequeño número de instrumentos de medida, algunos *específicos* de la ansiedad y otros más *generales,* de personalidad, pero que incluye una dimensión de inestabilidad emocional.

1. Cuestionarios e inventarios para el niño

1.1. Cuestionarios generales de personalidad:

- *Cuestionario de Personalidad* **EPQ-J** (Eysenck y Eysenck, 1975)

1.2. Cuestionarios e inventarios específicos de ansiedad:

- *Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo para Niños* **STAIC** (Spielberger et al., 1973)

Universidad de huelva 2010

- *Cuestionario de Ansiedad Infantil* **CAS** (Gillis, 1980)
- *Cuestionario de Ansiedad Manifiesta Infantil* **CMAS** (Castañeda et al., 1956)

2. **Cuestionarios para adultos (padres o profesores) sobre las conductas del niño**

2.1. *Inventario de Miedos* (Pelechano, 1981)

2.2. *Inventario del Comportamiento Infantil* **CBCL** (Achenbach y Edelbrock,1983)

Las características y el ámbito de acción de los instrumentos descritos están reflejados en la tabla 2.7

Tabla 2.7. Instrumentos de evolución de la ansiedad

Siglas	*Nombre*	Autores	Adaptación española	edad	Variables medidas
EPQ-J	*Cuestionario de Personalidad*	Eysenck y de Eysenck, 1975	TEA,1978	8-15	Inestabilidad emocional, Extraversión, Dureza, Conducta antisocial
STAIC	*Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo para Niños*	Spielberger et al., 1973	TEA,1988	9-15	Ansiedad Estado/Rasgo
CAS	*Cuestionario de Ansiedad Infantil*	Gillis,1980	TEA,1989	6-8	Ansiedad
CMAS	*Cuestionario de Ansiedad Manifiesta Infanantil.*	Castañeda et al., 1956	Sosa et al., 1990	10-12	Ansiedad Rasgo

1. Cuestionarios generales de personalidad

Cuestionario de Personalidad **(EPQ-J)** (Eysenck y Eysenck, 1975)

El **EPQ-J** se comentará brevemente, pues al ser un instrumento empleado en esta investigación, se da la información en el epígrafe de instrumentos.

Universidad de huelva 2010

Es un cuestionario que parte de la teoría de la personalidad de Eysenck y que tiene por objetivo medir tres dimensiones básicas de la personalidad: *inestabilidad emocional, extraversión* y *dureza* (esta última con una menor fiabilidad y validez), así como una tendencia a la *conducta antisocial.* Incluye una escala de *sinceridad,* que intenta ser una medida de la tendencia del sujeto a falsear respuestas para dar una «buena imagen». A este respecto, entre los niños se observa una significativa elevación de las puntuaciones S *(sinceridad)* con el aumento de la edad, lo que sugiere, en cierta medida, un grado de madurez (Rubín, 1990).

Se trata de un instrumento con muy buenas propiedades psicométricas (a excepción del factor *dureza).* La dimensión *inestabilidad emocional* está relacionada con la ansiedad.

2. Cuestionarios e inventarios específicos de ansiedad

a. *Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo para Niños* (STAIC) (Spielberger,1973)

Al igual que con el instrumento anterior, aquí sólo se realizará una breve referencia, puesto que además , como el anterior, es sobradamente conocido y utilizado en nuestro país..

Aunque el inventario fue diseñado originalmente para medir una dimensión estable de personalidad (la ansiedad como *rasgo),* incluye también una escala de *estado,* que permite detectar las conductas de ansiedad en la situación actual del niño.

Las puntuaciones del **STAIC** muestran una correlación negativa con el rendimiento escolar (sobre todo en niñas). Es decir, un nivel alto de ansiedad puede interferir negativamente en el rendimiento escolar.

Con este Cuestionario los investigadores pudieron determinar niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo, convirtiéndose en un instrumento de uso casi exclusivo. En estas dos últimas décadas se han publicado más de 3000 estudios que lo han utilizado. Los ítems de la ansiedad rasgo del test se seleccionaron en función de su correlación con las puntuaciones totales de otras escalas de ansiedad, reflejando los sujetos como se sienten generalmente y señalando la frecuencia con que experimentan los síntomas de ansiedad. En la escala de ansiedad estado se consideró tanto la validez

Universidad de huelva 2010

de constructo como la consistencia interna y la facilidad y rapidez de administración.

b. *Cuestionario de Ansiedad Infantil* **(CAS)** (Gillis, 1980).

Se trata de un cuestionario derivado del ESPQ de Cattell y aplicable individual o colectivamente a niños de 6 a 8 años.

El interés del **CAS** es doble, pues permite explorar el nivel de ansiedad en unas edades (6 a 8 años) donde los instrumentos no son excesivamente fiables y válidos (como el STAIC) y porque sirve como diagnóstico precoz de la ansiedad infantil, y así intervenir en los niños vulnerables que pueden llegar a padecer trastornos emocionales y de conducta en la adolescencia.

c. *Escala de Ansiedad Manifiesta Infantil* **(CMAS)** (Castañeda, McCandless y Palermo, 1956)

Se trata de una adaptación de la «Escala de Ansiedad Manifiesta» de Taylor para niños y adolescentes.

Esta escala permite detectar la tendencia a experimentar ansiedad habitualmente. Desde esta perspectiva, es más una medida de la ansiedad-rasgo que de la ansiedad-estado.

Hay una adaptación española de una de las versiones de esta escala (ERAMN), que consta de 28 ítems y que tiene unas buenas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez (Sosa, Capafons y López, 1990).

3. Cuestionarios para adultos (padres y/o maestros) sobre las conductas del niño.

a. *Inventario de Miedos* (Pelechano, 1981)

Este inventario ya se ha visto en el apartado dedicado al miedo.

b. *Inventario de Comportamiento Infantil* **(CBCL)** (Achenbach y Edelbrock, 1983)

Universidad de huelva 2010

Este instrumento tiene por objetivo recoger la descripción que hacen los padres (juntos o cada uno por separado) de las conductas del niño.

Se ha creado, asimismo, una versión de esta escala "El *Inventario de Comportamiento Infantil para Maestros*" (**CBCL-TRF**), y así poder sistematizar la visión que tienen de las conductas del niño. La edad de aplicación es de 6 a 16 años y los profesores deben valorar las conductas referidas a los dos últimos meses (Edelbrock y Achenbach, 1984).

Actualmente se dispone de baremos para muestras españolas del inventario para padres correspondientes a rangos de edad de 4-5 años y 6-11 años, obtenidos, por lo que se refiere a este último rango, con muestras clínicas y no clínicas (Del Barrio y Cerezo, 1990,1991; Moreno y Del Barrio, 1991).

2.2.2.4. Depresión

2.2.2.4.1. Concepto.

Del Barrio (1997) señala que durante mucho tiempo se ha creído que no era posible que los niños se deprimiesen, además se ha observado que los niños, al igual que los adultos, pasan por unos estados que a menudo pasan inadvertidos ya que los síntomas no son los mismos que los del adulto, por eso los padres pueden pensar que lo que le ocurre al niño es que está pasando una etapa infeliz.. No es hasta mediados de los 70 cuando se empieza a aceptar, definir y sistematizar el concepto de depresión en la infancia(Vallejo Ruiloba,1993). Una vez que se aceptó esta idea, se empieza a plantear la idea de "depresión enmascarada" (Cytryn y McNew, citado en Vallejo Ruiloba, 1993), donde se suponía que la depresión en el niño se manifestaba de forma diferente que en el adulto, es decir de forma enmascarada, por ejemplo, a través de síntomas como la encopresis, hipercinesia, trastornos de conducta, etc.

Es difícil aceptar la idea de que un niño, pueda tener depresión. Así es que los expertos, por motivos teóricos, y las personas sin preparación especial, por motivos sentimentales, han negado la existencia de la depresión infantil. Sin embargo, sí hay niños deprimidos y por tanto depresión infantil.

La depresión infantil no entiende de edades ni de sexo. Por increíble que parezca, los bebes también pueden sufrirla, de hecho los primeros casos de

Universidad de huelva 2010

enfermedad se detectaron en bebes de pocos meses. Ahora la estadística revela que la padece uno de cada 100 recién nacidos.

Según Genever et al. (1987) se puede definir como "un estado psíquico caracterizado por la inaccesibilidad del individuo a la estimulación general o a alguna en particular, por tener baja iniciativa y pensamientos negativos de desprecio" (Genever et al. 1987, p. 48).

El niño deprimido puede aparecer como activo e interesado en ciertos tipos de actividades a la vez que mostrará otros síntomas que señalan la depresión; así puede ser incapaz de concentrarse en su trabajo o mostrar un rendimiento escolar bajo, incluso cuando dedica tiempo a estudiar y/o su capacidad intelectual es buena; se añade un pensamiento impreciso, una imaginación pobre y lentitud en razonamiento, rehúsan todo tipo de esfuerzos, los intereses son reducidos, y sus contactaos sociales escasos pues prefiere jugar solo y generalmente se niega a participar en actividades sociales; el niño deprimido tiene sentimientos de inferioridad y de tristeza crónica.

Por tanto vemos que su característica más llamativa es la tristeza. Antes se llamaba melancolía y hoy disforia (decaimiento, tristeza, melancolía). A causa de este estado de ánimo triste, el niño sufre una alteración importante en su vida.

Vallejo Ruiloba (1993) indica que la depresión mayor puede aparecer en cualquier momento evolutivo de la niñez y adolescencia y los síntomas más característicos son el humor depresivo persistente y la anhedonía generalizada (Ambrosini y Puig-Antich, 1985). Alrededor de estos dos síntomas se añaden culpabilidad, fatiga, pérdida de intereses, dificultad para concentrarse, agitación o lentitud motora, trastornos del sueño y de la alimentación e pensamientos suicidas. Las quejas somáticas suelen acompañar a este cuadro depresivo, sobre todo dolores abdominales, cefaleas y nauseas. Ryan (1989) añade ideas delirantes, sobre todo en adolescentes.

2.2.2.4.2. Clasificación de depresión

Se han realizado muchas clasificaciones y aquí siguiendo a Cantwell y Carlson (1987), sólo veremos las más frecuentes:

1. Cuando se atiende al curso de la perturbación:

Universidad de huelva 2010

a. depresión *unipolar:* se caracteriza por presentar un curso regular

b. la depresión *bipolar:* tiene un curso irregular que presenta dos polos contrapuestos: el de depresión (estado de ánimo triste, abatimiento) y el de manía (estado de ánimo eufórico y agitado) que se alternan sucesivamente en el tiempo.

2. Gravedad

a. *depresión mayor:* síntomas son más numerosos e intensos y carácter agudo.

b. *trastorno distímico*: síntomas menos numerosos y de intensidad leve, y carácter crónico

3. Origen

a. *depresión endógena*: el desencadenante es algún proceso interno del sujeto, que le resulta perfectamente desconocido; el episodio depresivo comienza de una manera inexplicable para el sujeto y para las personas de su entorno.

b. *Exógena*: su aparición se relaciona con acontecimientos negativos que el sujeto o sus familiares identifican como causa de la depresión; ésta representaría una cierta reacción al hecho desencadenante.

4. Modo y frecuencia de su aparición.

a. *Aguda*: se considera que es aguda cuando consiste en un episodio aislado asociado a ciertos acontecimientos estresores psicosociales graves;

b. *Crónica*: se caracteriza por presentar episodios recurrentes que se producen dentro de un ambiente positivo que no presenta ninguna forma de acumulación de hechos o elementos perturbadores que pueden ser tomados como factores de riesgo.

Siguiendo a Del Barrio (1997) en el caso de la **depresión infantil** podemos hacer dos clasificaciones.

1. Criterio evolutivo :

a. *Depresión sensoriomotriz* (1-3 años)

Universidad de huelva 2010

b. *Preescolar* (4-5 años): tanto en esta etapa como en la anterior los síntomas son principalmente de carácter motor y la principal fuente de vulnerabilidad radica en la vinculación materna.

c. *Escolar* (6-12 años): se caracteriza por las quejas somáticas y los problemas de conducta acompañan habitualmente a la tristeza y, aunque la familia sigue siendo importante, la eficacia en el desempeño de su papel escolar y social constituyen las nuevas fuentes de vulnerabilidad.

d. *Adolescente* (13-18 años): la sintomatología se acerca a la del adulto, y los problemas de rendimiento, enamoramiento, identificación sexual y autonomía son los desencadenantes más importantes.

2. Facilidad o dificultad de su diagnóstico:

a. *Pura*: los síntomas son semejantes a los de la depresión adulta.

b. *Mixta*: los síntomas se esconde entremezclada con otros problemas. El término de depresión mixta se usa también para denominar una forma de depresión acompañada de ansiedad.

2.2.2.4.3. Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión infantil es complicado, pues la mayoría de sus síntomas tienen un carácter interiorizado y no es siempre es fácil percibirlos.

Como señala Del Barrio (1997) la melancolía, la disforia y la tristeza son emociones. La depresión por tanto es, básicamente, una alteración emocional, un trastorno afectivo donde imperan los pensamientos negros y la pérdida del gusto por las cosas agradables.

Sin embargo hay muchos más síntomas. Weinberg (1973) ha establecido unos criterios para la depresión infantil, los cuales se han mantenido casi sin alteración a lo largo del tiempo

Criterios diagnósticos de la depresión infantil según Weinberg:

- Disforia
- Al menos dos de los síntomas siguientes: agresión, problemas de sueños, cambios en el apetito o peso, cambios en el rendimiento escolar,

Universidad de huelva 2010

socialización disminuida, cambio de actitud en la escuela, quejas somáticas y falta de energía.

- Estos síntomas representarán un cambio en la conducta habitual del niño
- Los síntomas durarán al menos 1 mes

El DSM-IV (1994) no tiene criterios diagnósticos específicos para la depresión infantil porque considera, desde hace algún tiempo (1980), que los de los adultos son válidos también para los niños. En el DSM-IV aparecen pequeñas modificaciones respecto a los criterios de épocas anteriores: se acorta el periodo de síntomas a dos semanas; se presenta la anhedonia (desinterés, ausencia de placer) como alternativa a la disforia, etcétera. Pero lo más destacado es que no constan los síntomas más específicamente infantiles: la agresión, el descenso en el rendimiento escolar, el cambio hacia una actitud negativa en la escuela, la disminución de la socialización y las quejas somáticas. A pesar de esas modificaciones existe una gran similitud entre ambos sistemas de criterio.

Los criterios de Weinberg y colaboradores presentan una ventaja sobre el DSM-IV y es que incluyen los síntomas característicos de los niños. En particular la agresión y las quejas somáticas, porque suelen aparecer normalmente y sirven como llamada de atención, puesto que es la manera más fácil de mostrar que algo no va bien. En muchas ocasiones los niños no saben explicar lo que les pasa ni a los demás ni a sí mismos. Entonces la inquietud, el negativismo y la somatización son las formas que tienen de expresarse. Por eso es difícil de diagnosticar, pues se puede confundir con trastornos de oposición o problemas de conducta.

El DSM-IV advierte que la disforia en los niños puede sustituirse por la irritabilidad. Esta dimensión de protesta en la depresión infantil debe ser adecuadamente subrayada en los criterios para su diagnóstico.

Métodos de evaluación

Siguiendo a Del Barrio (1997) vamos a señalar algunos métodos diferentes para detectar y evaluar la depresión:

a. Cuando el niño es muy pequeño se observa cómo juega y actúa con su madre, sus compañeros, sus juguetes.

b. Interrogar a los padres, a través de entrevistas, especialmente construidas para ello. Se comprueba si las respuestas que dan se consideran síntomas de depresión y están contenidas en los criterios diagnósticos.

Universidad de huelva 2010

c. Hay también análisis objetivos que tratan de cuantificar la presencia de aquellos elementos físicos que se han relacionado con la depresión. Se pueden hacer análisis de la actividad muscular, y también otros que determinan la actividad cerebral.

d. Desde finales de los años setenta se dispone de bastantes cuestionarios que pueden contestar los niños y que proporcionan una información muy fiable sobre sus estados de ánimo, pero hay que tener la precaución de confirma que el niño tenga una buena comprensión lectora. Es aconsejable que hasta los 9 años sea el examinador quien lo lea en alto y el niño sólo lo rellene para evitar una lectura y comprensión deficientes. A partir de los 9 años, los niños pueden cumplimentar solos los tests. Se exceptúa, claro está, aquellos niños que presenten cualquier tipo de deficiencia en la comunicación y en el aprendizaje.

El instrumento más empleado para la evaluación de la depresión infantil es el llamado *Inventario de Depresión Infantil* **CDI** (Kovacs, 1992). Existe también un instrumento elaborado especialmente para población española: la *Escala de Evaluación de la Depresión*-**EED** (del Barrio et al., 1993).

2.2.2.4.4. Epidemiología

La depresión en los niños no es una perturbación muy habitual, aunque los estudios muestran que su frecuencia crece sin parar en los países desarrollados.

Del Barrio (2002) estima que la depresión mayor puede oscilar entre un 1% y un 3% y el trastorno distímico entre un 4% y un 7% de la población infantil.

En la población infantil española se encuentra un volumen de deprimidos perfectamente ajustado al nivel mundial: un 2% de depresión mayor y un 6% de trastorno distímico. Los porcentajes son más altos si se trata de población adolescente en donde se puede alcanzar entre el 5% y el 15%. En adolescentes españoles aparecen cifras muy similares. Este porcentaje puede ascender hasta un 33% si se tienen en cuenta todos aquellos casos que dicen haber tenido algún episodio de depresión en algún momento de su breve vida (Del Barrio, 1997).

Por otra parte, hay una creciente certeza de que la incidencia (número de casos nuevos) de la depresión infantil está sufriendo un incremento constante, sobre todo en los países desarrollados. Las cifras de estimación ponen el porcentaje de

Universidad de huelva 2010

depresión de los niños próximo al de la depresión adulta. En un tiempo se creía que la depresión era una perturbación típica de la mediana edad y la vejez, hoy los datos indican que son los sujetos adolescentes y adultos muy jóvenes los que están alcanzando la prevalencia más alta.

Hay una mayor tendencia a desarrollar síntomas depresivos entre las niñas, pero estas diferencias entre sexos sólo comienzan a perfilarse a partir de los 12 años, es decir, en la adolescencia y este fenómeno se mantiene en la vida adulta. Además la cantidad de niños deprimidos va creciendo a medida que asciende la edad. Los casos de depresión son muy infrecuentes por debajo de los 6 años. En el periodo preescolar se estima un porcentaje del 1%; en el periodo escolar se calcula entre un 2% y un 8% y en la adolescencia entre un 15% y un 20%, pero según señala Del Barrio (2001b) la depresión afecta a los niños de distinta manera en los diferentes momentos evolutivos, así es raro en etapas infantiles (un 2%), mientras que en primaria ya alcanza desde un 5% hasta un 9% y en la adolescencia aumenta hasta un 20%.

Los desencadenantes de la depresión tienen un carácter evolutivo y así en las primeras etapas del desarrollo del niño, los factores de riesgo se relacionan, sobre todo, con la familia y con un apego deficiente, aunque la depresión materna también influye. En la etapa escolar, los factores de riesgo cambian, y es la eficacia tanto en la parte académica como social la que adquiere mayor importancia y en la adolescencia son la propia identidad y la relación con los demás los factores de riesgo de esta etapa.

Hay también evidencia de que las tasas son superiores en zonas urbanas frente a las rurales y son mayores en la clase social baja que en la alta.

2.2.2.4.5. Etiología

Aunque la depresión infantil se parece a la adulta, su etiología es distinta a la del adulto.

Los niños se caracterizan sobre todo por tener una baja autonomía. La familia cumple la tarea de atender sus necesidades. El niño nota esa dependencia, por eso sus inseguridades, miedos, problemas y patologías guardan una estrecha relación con la naturaleza de sus relaciones con la familia y esto abarca también a la depresión.

Universidad de huelva 2010

Parece que el niño deprimido posee una personalidad caracterizada por un deficiente control de las emociones y una tendencia a alejarse social y emocionalmente y ensimismamiento (introversión). El niño que tiene tendencia a tener reacciones emocionales excesivas y que al mismo tiempo es tímido y poco comunicativo tiene una considerable probabilidad de desarrollar este tipo de trastorno.

Pero es necesario que esta vulnerabilidad personal interaccione con algunos acontecimientos o desencadenantes ambientales. Estamos de acuerdo con Del Barrio (1997) cuando señala que la vulnerabilidad ante estos desencadenantes es también un factor evolutivo:

a. A un niño pequeño (de 0 a 5 años) le afectan los acontecimientos que ocurren en el seno familiar como puede ser la separación o la pérdida materna o paterna, el abandono, el abuso y todo aquello que esté relacionado directa o indirectamente con el apego.

b. Los niños en edad escolar (de 6 a 11 años) empiezan a ser más sensibles a acontecimientos relacionados con el rendimiento en la escuela, interacción con compañeros, la competencia en el juego, su pertenencia a un grupo.

c. Los adolescentes (de 12 a 18 años) muestran una mayor vulnerabilidad ante la transformación corporal y personal, el cambio de relaciones con padres y amigos, el inicio de relaciones de pareja, el rol social, etcétera.

Según otros autores (Genovard et al., 1987) las causas son:

- Sentimiento de no sentirse querido
- Pérdida de uno de los padres
- Falta de disciplina o por el contrario una disciplina excesivamente rígida, en la que los padres expresan constantemente delante del niño las expectativas que tienen de él y que muchas veces son poco realistas con las posibilidades del niño.
- Factores físicos: aunque la enfermedad física raramente es causa principal de la depresión, puede hacer que el niño se sienta inseguro y rechazado.

Universidad de huelva 2010

Otros factores que provocan un proceso depresivo pueden ser

1. Depresión familiar
2. Apego inseguro
3. Problemas de relación familiar
4. Maltrato
5. Problemas de comunicación familiar
6. Inadecuación entre temperamento y educación.
7. Ineficacia en la resolución de problemas
8. Fracaso en la competencia escolar y/o competencia social.
9. Acontecimientos vitales negativos.

2.2.2.4.6. La importancia de la escuela en los niños deprimidos

La gran importancia psicosociológica de la escuela, radica en que no sólo transmite conocimientos sino también valores. La escuela institucionaliza dos necesidades básicas de la sociedad: la transmisión de la cultura y la formación de la personalidad social, sin olvidar, como indica Seva (1983), que hoy en día ambas funciones las comparte con otras dos grandes instituciones sociales: la familia y los medios de difusión social.

Es un hecho evidente, que de las características bio-psico-sociales del niño y de las características del sistema educativo, pueden aparecer una serie de desajustes que en algunos casos llegan a provocar verdaderos trastornos psíquicos, una de cuyas manifestaciones fundamentales es el irregular o mal rendimiento escolar.

Cuando nos referimos a la psicopatología en la edad escolar, nos debemos centrar en dos grandes grupos de trastornos: por un lado, los que surgen en relación con la exigencia que la escuela puede suponer para el niño, y por otra parte, aquéllos problemas psicopatológicos propios del periodo evolutivo de 6 años a la pubertad.

En esta etapa evolutiva, el niño utiliza la escuela para expresar su malestar, y como señala Rodríguez Sacristán (1992) que una experiencia universal es el

Universidad de huelva 2010

hecho de que los problemas en torno a la escuela son los más numerosos como motivo de consulta.

Es muy importante saber que el niño entra en la escuela en un momento muy especial de su desarrollo y que pueden aparecer conflictos entre la familia y la escuela, con la aparición de problemas afectivos, cuya manifestación más evidente es la ansiedad. Por la mañana, en el momento de ir al colegio, la sintomatología es variada e intensa: el niño llora, suplica, promete ir al día siguiente, si es obligado a ir, el cuadro es a veces más dramático, se encierra en su habitación y llora con gran angustia. Estas manifestaciones junto con los síntomas psicosomáticos antes descritos, ceden si se le permite quedarse en casa y además no aparecen los fines de semana ni en vacaciones. Si se le impone la escuela con firmeza, el niño puede aparentar calmarse y dejarse conducir pasivamente, aunque posteriormente puede escaparse de la escuela y volver de nuevo al hogar. También es posible que muestre conductas agresivas. Fuera del momento crítico de ir a la escuela, el niño se calma, promete ir al día siguiente más tranquilo y "racionaliza" su "fobia" comentando que un profesor le tiene manía, que los compañeros se burlan de él o que siempre fracasa en determinada asignatura. Posteriormente la fobia se justifica a sí misma: el niño tiene miedo porque va retrasado y no conoce el programa de la clase. Por la noche, el problema puede exacerbarse y tiene dificultades para dormirse pensando en que al día siguiente tendrá que enfrentarse de nuevo al problema.

A partir de los tres años, este trastorno alcanza al 2% de niños. Los síntomas se agudizan y se traducen en trastornos del lenguaje (tartamudez) o del sueño, enuresis, hiperactividad, angustia, falta de apetito, inestabilidad, aislamiento, agresividad o timidez. Estos síntomas se agravan en la etapa escolar, cuando el niño se encuentra con malas experiencias académicas o la marginación por parte de otros compañeros y así el índice sube a 8% entre la edad de 6 y 12 años. Del Barrio (1997) señala que si el rendimiento escolar está por debajo de sus expectativas, el niño se siente frustrado y cree o le hacen creer que no sirve para nada y es entonces cuando se produce una pérdida de autoestima al convencerse de que no está a la altura de lo que esperan las personas que le rodean.

Las depresiones son relativamente frecuentes en la edad escolar, aunque en bastantes ocasiones no se diagnostican correctamente y de forma precoz, lo que sería necesario para poder instaurar un tratamiento adecuado.

Universidad de huelva 2010

La intervención de la escuela en estas situaciones puede realizarse de dos maneras diferentes, bien como portadora de agentes determinantes o como marco para que el niño desarrolle o manifieste su depresión, ya que es el medio en el que más se le exige. Independientemente de que haya sido originada en el ámbito escolar, lo cierto es que la escuela se involucra en la depresión del niño

La experiencia clínica, constatada por numerosos autores, (Black, Weimberg y Rutman, Anthony, Frommer, Dugas, Mendiguchia, citados en Velilla Picazo, 1993), demuestra que la depresión infantil y el mal rendimiento escolar, están claramente relacionados, siendo este último uno de los síntomas claves del niño deprimido. En muchos casos de depresión infantil es muy importante la valoración de un informe escolar que nos comunica la disminución de su rendimiento, dificultades de aprendizaje, desinterés y ausencia de cooperación, cuando hasta entonces venía siendo lo contrario. Dicho informe va a ser uno de los principales medios para un diagnóstico certero.

Nissen (1983) matiza las manifestaciones depresivas según la edad y fase de desarrollo por la que atraviesa el niño, distinguiendo entre primera infancia, primera edad escolar, edad escolar y adolescencia. Según este autor, en los niños en edad escolar los síndromes depresivos son a veces difíciles de descifrar. Junto con el estado básico de tristeza, hay a menudo inseguridad ansiosa e irritabilidad, inhibiciones del juego y del aprendizaje, así como trastorno de la concentración y de la atención. Se describen en este grupo de edad niños pasivo-inhibidos sorprendentemente tranquilos, y también niños agitados y agresivos, a veces con sintomatología asocial.

En un trabajo de investigación de Polaino y Doménech (1988), sobre la detección de depresión en niños de EGB, encontraron entre otros hallazgos, que tanto la depresión mayor como el trastorno distímico, eran mucho más frecuente en niños que repetían curso, con respecto a los no repetidores, siendo esta diferencia significativa.

Resulta evidente que la disminución del rendimiento escolar es una de las primeras señales indicadoras de la posible aparición de un cuadro depresivo en la infancia. Pero, como señala Polaino (1988), lo que podría tomarse como una causa, también puede constituir su consecuencia, es decir, las "dificultades escolares" no necesariamente están desencadenadas por la depresión sino que pueden ser la causa de la misma, así el fracaso escolar, las dificultades de

Universidad de huelva 2010

aprendizaje y el bajo rendimiento, pueden ser tanto *causa* como *consecuencia* de las depresiones infantiles, manifestación y suscitación de los mismos.

El rendimiento escolar es uno de los aspectos que tiene más importancia para los padres. El niño que repite curso, o que suspende reiteradamente, puede llegar a sentirse responsable de los disgustos familiares y puede llegar a percibirse a sí mismo como el culpable de todo lo negativo que sucede en su casa. Polaino (1988) señala que esto contribuye a un descenso en el nivel de aspiraciones del niño, lo que va a suponer una baja motivación para el trabajo. Es fácil que surja la inhibición, la irritabilidad, los sentimientos de vergüenza, y culpabilidad. Si se mantiene en ese estado durante mucho tiempo puede hacer que aparezca un síndrome depresivo, y si no se diagnostica a tiempo puede impedir un buen desarrollo evolutivo. Como opina Nissen (1983), cuando un niño manifiesta rechazo a la escuela, hay que pensar en la posibilidad de que desarrolle un síndrome depresivo.

2.2.3. Problemas Manifiestos

2.2.3.1. Desobediencia

2.2.3.1.1. Concepto

Se entiende por desobediencia cuando el niño se niega a hacer aquello que se le pide o hace aquello que se le ha indicado que no haga. También se considera conducta desobediente cuando el niño no atiende continuada y sistemáticamente a las órdenes razonables de sus padres, maestros y cuidadores rechazando su autoridad y generando problemas de convivencia.

Forehan y McMahon (1981) definen esta conducta como una negativa a iniciar o a completar una orden hecha por otra persona en un plazo determinado de tiempo.

Al ser una conducta de alta prevalencia en la infancia es importante señalar que son conductas que tienden a desaparecer por sí mismo con la edad; Achenbach y Edelbrock (1981) encontraron que a los 5-6 años, un 50% de los padres se quejaban de conductas como desobediencia, mientras que a los 16 años estas quejas sólo aparecían en el 20% de la familias.

Universidad de huelva 2010

Estos datos y los datos de otros estudios apoyan la idea de que la presencia de este tipo de conductas durante la infancia no es en sí misma patológica.

Del Barrio (1997) estima que un tercio de los niños presentan un grado patológico de conductas desobedientes y cuando se trata de población clínica la cifra asciende a 40% y aunque tiende a descender con la edad es necesario concienciar de la importancia del problema para que no sea el primer escalón de otro tipo de conductas más problemáticas, pues según esta autora cuanto mayor es un niño más preocupante es la conducta pudiendo ser un precedente de conductas delictivas.

Debemos añadir que para ver la patología de este tipo de conductas son muy importantes las variables de frecuencia e intensidad y el grado de deterioro del funcionamiento familiar y social.

Esta conducta comienza a los 2-2,6 años y recibe el nombre de "**crisis de la terquedad**" pues a esa edad el niño descubre su personalidad e individualidad y unos deseos distintos a las otras personas debido a su creciente autonomía. Al ocurrir esto se coloca en una nueva situación respecto al adulto y empieza a sentirse independiente como él y por ello se expresa, sobre todo oponiéndose a la voluntad del adulto y recurrir constantemente al "no".

Cuando la conducta de desobediencia es extremadamente grave, se le denomina "**Trastorno negativista desafiante**" (DSM-IV; APA, 2000) con las características de un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente, hostil, dirigido a las figuras de autoridad. Suele ponerse de manifiesto de forma gradual, al principio sólo en el contexto familiar y antes de los 8 años, pero con el paso del tiempo se generaliza a otros ambientes invadiendo las esferas de la familia, escolar y social.

Entre un 2% y un 16% de niños y adolescentes padecen este trastorno (Larroy y de la Puente, 1995).

Doke y Flippo (1986) señalan que estos niños presentan problemas asociados, como la hiperactividad y problemas de aprendizaje.

2.2.3.1.2. Etiología

Los niños desobedecen por varias causas:

Universidad de huelva 2010

1. Querer imponer su voluntad frente al otro cuando no coincide lo que quiere hacer con lo que le piden los adultos.
2. Necesidad de autonomía y de exploración del mundo debido al control excesivo ejercido por los adultos.
3. Para reafirmar su propio yo frente al otro.
4. Una autoridad excesiva o permisiva por parte de las figuras paternas con una conducta agresiva (Dishion, 1990; Patterson, 1982; Patterson, De Baryohe y Ramsey, 1989). McMahon (1991) indica que los estudios que evalúan el funcionamiento familiar ha mostrado que los padres de los niños desobedientes son generalmente menos asertivos y menos consistentes en sus órdenes.
5. Dumas (1992), McMahon y Forehand (1988) señalan otros factores que influyen en el comportamiento como son:
   - *Características propias de los padres*: habilidades paternas de comunicación, de control, de solución de problemas, etc. (Dishion,1990; Patterson y Bank, 1986; Whaler, 1987)
   - *Características de los hijos*: presencia de mayor o menor actividad, patrones de sueño y comida regulares, déficits en habilidades sociales, sesgos cognitivos como por ejemplo interpretación hostil de las situaciones (Dumas, 1992; Kazdin, 1993; Patterson, 1982)
   - *De interacción*: problemas conyugales, familiares, etc. (Reid y Crisafulli,1990)
   - *Externos a la familia*: situación laboral, grado de ajuste social de los padres (Dumas y Whaler, 1985; Whaler, 1987)

2.2.3.2. Rabietas

2.2.3.2.1. Concepto

Es quizás la forma más leve de problemas conductuales de corta duración y con un carácter esporádico.

Universidad de huelva 2010

Sus síntomas suelen ser lloros y protestas verbales violentas y agresivas hacia los objetos, las personas o él mismo; y el motivo suele ser para expresar hambre, cansancio, miedo, dolor, inquietud o cualquier emoción negativa.

Como ya venimos diciendo esta alteración hay que observarla desde un punto de vista evolutivo y así por debajo de 3-4 años es normal que exprese su dolor o su alteración en forma de rabietas. Pero estas rabietas hay que diferenciarlas del llanto motivado; así la rabieta es un llanto agudo provocado por no haber conseguido lo que quiere, por tanto la rabieta se convierte en un instrumento para conseguir los deseos del niño por encima de las reglas o normas que establecen los adultos.

2.2.3.2.2. Etiología

La etiología es variada y una de los factores que lo originan son las explosiones emocionales de la familia, como portazos, gritos, donde el niño puede imitar dichos comportamientos.

Otro causa es que a veces se exige al niño conductas en público que no se exigen en la privacidad, y esto hace que provoque resistencias por parte del niño y explosiones emocionales por parte del adulto.

Una última causa es exigir esfuerzos al niño cuando está cansado o hambriento.

No podemos olvidar que aunque hay que atender al niño en sus demandas no se puede acostumbrar al niño a ejercer esta forma de expresión emocional.

2.2.3.3. Ira

2.2.3.3.1. Concepto

Separar la ira de la agresión es un poco artificial, pues ésta suele representar, generalmente, un paso previo de la agresión pero al ser actualmente una de las emociones que se está convirtiendo en un problema de conducta infantil grave, vamos a tratarla de forma independiente de la agresión.

Siguiendo a Del Barrio (2002) podemos decir que la agresividad como conducta patológica se produce cuando un individuo ataca sin necesidad, esto es,

Universidad de huelva 2010

cuando en la situación en que se halla no exige en modo alguno defenderse. La secuencia habitual de vivencias es una escalada Ira-Hostilidad-Agresividad, lo que Spilberger ha llamado el *síndrome AHA* (Anger-Hostility-Aggression). Ahí se interpreta que estas conductas representan un continuo cuya secuencia va desde una emoción (ira) que pasa por una actitud negativa hacia los otros (hostilidad) y que puede desembocar en una acción violenta con consecuencias negativas para otro (agresión). En un primer estadio estaríamos ante una emoción, y en el último, ante una acción.

La ira tiene una consecuencia positiva que es iniciar la propia defensa, por tanto funciona como mecanismo de defensa ante el peligro y ante la superación de dificultades. Hay autores que consideran positivas la ira y la agresión infantil, viéndolas como un camino para la obtención de la independencia personal, puesto que su uso permite al niño conseguir que sus padres cedan en sus pretensiones respecto de cualquier mandato que no le gusta. Y es también un antídoto contra la depresión (Hops et al., 1987).

Autores como Ekman y Friesen (1975) señalan las características expresivas de la ira: frente deprimida, mejillas levantadas, boca abierta mostrando los dientes y ojos abiertos. Otros autores han recogido otra serie de gestos típicos: descenso de las cejas, tensión y estrechamiento de la abertura de los párpados, aleteo de las ventanas nasales, abertura de la boca mostrando los dientes y parece ser que estos gestos parecen adecuados para preparar al sujeto para el ataque. La posición de los ojos mejoraría la agudeza visual, el movimiento de la nariz la ingestión de oxígeno y la posición de la boca intimidaría al oponente.

2.2.3.3.2. Aspectos evolutivos de la ira

Al igual que otras emociones la expresión de ira es evolutiva y así Dennis (1940), describió la pauta corporal de la cólera en el bebé: luchar, agitarse o llorar. A partir de los 18 meses la ira se manifiesta inequívocamente con movimientos faciales (fruncir el ceño, fijar la mirada, abrir la boca), corporales (dar patadas, morder, pegar), cierto tono de voz (gritos, timbre agudo) y expresiones verbales (insultos, provocaciones) en los que se imita la conducta de los padres. En niños entre 18 y 60 meses se han descrito una serie de conductas relacionadas con la ira: arquear la espalda, estirar las piernas, tirarse al suelo, gritar, chillar, llorar, empujar, pegar, pellizcar, dar patadas, tirar cosas, correr alejándose, morder, pinchar, arañar, tirar del pelo (Potegal et al., 1996).

Universidad de huelva 2010

En los niños más mayores: chillar, dar patadas, arañar, morder, hablar rápido y entrecortado, insultar, ojos brillantes y, en casos muy extremados, temblores (Darwin, 1872).

Los estudios de Izard et al. (1987) han mostrado que los bebés responden con expresión de dolor en un 41% de casos, y con expresión de cólera en el 36% cuando se les iba a inyectar; sin embargo, a medida que los niños crecen (18 meses) aumentan las respuestas de cólera (54%) y disminuyen las de dolor (13%). Los mismos resultados se encuentran en los trabajos de Stenberg y Campos (1990) y Carnras (1980). Se plantean que las diferencias entre el dolor y la ira parece son más cuantitativas que cualitativas, sobre todo en los primeros meses (Camras et al., 1991).

En los estudios evolutivos de los niños se observa que hay un cambio con el tiempo en los elicitadores de la ira, y así al principio es de naturaleza somática pero con el paso del tiempo van cambiando a carácter preferentemente social. Stearns (1970) considera que este cambio se inicia precozmente, a los 2 años, que es además el momento en que los ataques de ira son más frecuentes en los niños. Como ya hemos visto, la restricción de movimiento era el elicitador de la ira más precoz, según Watson. Trabajos experimentales de Stenberg y Campos (1990) confirman esto mismo en niños de 1 a 7 meses.

En la etapa evolutiva de la adolescencia Stearns (1970) dice que los elicitadores más habituales son: bromas, injusticias, mentiras, órdenes, sarcasmo e incumplimiento de promesas. A partir de esta edad los elicitadores se estabilizan y tienen siempre que ver con la frustración de deseos o planes, así como con situaciones de inferioridad o de amenazas.

2.2.3.3.3. Epidemiología

La ira es una emoción muy común en los niños. En la encuesta de Lapouse y Monk (1959) llevada a cabo sobre 482 niños de la población general, entre 6-12 años, aparecía que los ataques de ira ocurrían en un 10% de la muestra.

La duración de los episodios de ira es variable. Se estima que la intensidad es un modulador de la duración, ya que a mayor intensidad se asocia una mayor duración del episodio. La duración media de un ataque de ira en un niño se estima entre 5 y 15 minutos (Fridhandler y Averill, 1982). Mientras que las rabietas

Universidad de huelva 2010

tienen una duración algo más corta, y así algunos especialistas han encontrado unos valores promedio de 23 segundos (Dawe, 1937), mientras que para otros la duración podía oscilar entre 1 minuto y 75 minutos (Goodenough, 1931). Otros estudiosos encontraron medias de 4,7 minutos en niños entre 18 y 60 meses (Potegal et al., 1996).

Por lo que se refiere a su frecuencia aparecen también cifras muy variables. En los 3 primeros meses, puede ser de un 3%; entre los 9 meses y 2 años crece al 12% (Main, 1981; Goodenough, 1931). Sin embargo, en la encuesta de Potegal et al. (1996) se estimó que 991 niños de un total de 1.219 (un 81%) manifestaban esas rabietas. Si relacionamos esto datos con datos obtenidos a los trastornos de oposición en edad escolar, tenemos entonces un 22% (Bragado et al., 1999), mientras que en este mismo rango de edad la conducta antisocial se estima entre un 2% y un 6% (Kazdin et al., 1994). Estos datos nos señalan dos ideas: la gran dispersión de cifras que hay, y de la dificultad de obtener medidas fiables, pero se ve que existen variadas conductas que pueden tener como denominador común la ira.

En el estudio de Potegal et al. (1996) nos señala que las conductas asociadas a los ataques de ira parecen tener un patrón constante. Conductas como pegar, empujar y tirar cosas suelen darse al comienzo del episodio, en sus primeros 30 segundos, mientras que el llorar se produce ya en el medio del episodio.

2.2.3.3.4. Etiología

La teoría más aceptada es la que sostiene que aquélla proviene de la frustración, de modo paralelo a como lo hace la agresión (Dollardet al., 1939). La frustración se produce principalmente ante la obstaculización que padece el sujeto al tratar de alcanzar bienes primarios como comida, sexo o poder. Ellis (1962) cree que la causa no es sólo la frustración, puesto que hay casos de ésta sin ira, sino de las demandas irracionales ("debería...., tengo que.....") que son el origen de toda emoción negativa.

En la emoción de la ira, están presentes muchos elementos explicativos tales como la activación fisiológica, tensión muscular, procesos cognitivos, experiencias subjetivas y conductas manifiestas.

Universidad de huelva 2010

Los niños sienten ira cuando se enfrentan a una pérdida, causada por acontecimientos externos o internos (por ejemplo, cuando no alcanza lo deseado). Generalmente se habla de dos tipos de desencadenantes: los estímulos internos (grado de irascibilidad, temperamento, emocionalidad, neuroticismo, tipo de sistema nervioso, etc.) y los externos (horas de sueño, enfermedad, hambre, hora del día, día de la semana, composición familiar, acontecimientos vitales-recientes)

Watson y Morgan en 1917, en un estudio clásico, consideraron que la conducta de ira es innata y que su mayor o menor intensidad y frecuencia están ligadas a un determinado tipo de temperamento. Hay niños que tienen temperamentos difíciles, con una cierta facilidad a desarrollar conductas de ira desde edades muy tempranas; en esos casos si no se trata precozmente, puede terminar produciendo conductas agresivas y delincuencia en la pubertad (Patterson et al., 1982,1992). La relación entre temperamento difícil e ira también se ha encontrado en niños españoles (Carrasco et al., 2000).

Además, la ira infantil puede tener una dirección interna o externa, y las consecuencias patológicas de la misma pueden darse la depresión o la delincuencia.

Desde luego, las situaciones físicas estresantes como hambre, enfermedad, ruido, cansancio, multiplican la probabilidad de aparición de respuestas de ira (Bell et al. ,1971; Lewis, 1967).

Goodenough (1931) señala que las rabietas infantiles son más frecuentes en los niños que están sometidos a algún proceso de enfermedad física, y que se producen también con una frecuencia más alta, justo antes de las comidas.

Muchos autores, en cambio, señalan que una verdadera conducta de cólera sólo aparece tras la frustración pues existe intencionalidad o un cierto grado de expectativas, algo que se da en los niños desde que son muy jóvenes.

La frustración como elicitador de la agresividad ha provocado muchas investigaciones al igual que con la cólera. En niños de 7 meses aparecen claramente respuestas de cólera en un 66% de la muestra cuando, tras darles una galleta, ésta se les retira de la boca a continuación (Stenberg et al., 1983). En el mismo trabajo también se constata que la madre recibe más respuestas de ira que un extraño y que la repetición de la situación aumente la intensidad emocional de

Universidad de huelva 2010

la respuesta. Lo mismo observaron Stenberg y Campos (1990) en niños más pequeños cuando les quitaban el biberón o el chupete.

Otro claro elicitador de la ira por frustración es aquella situación en que se separa al niño de la madre, como muestran los experimentos de Hyson e Izard (1985) donde la ira aparecía en el 42% de los casos en niños de 13 meses, y en el 29% en los de 18 meses.

También se ha realizado experimentos para la aparición de respuestas de cólera o ira ante una estimulación inusual. Esto aparece con claridad en los trabajos de Schwartz y colaboradores (1982); aquí se utilizaron máscaras que provocaron la aparición de una respuesta de ira entre el 15 y el 18 por 100 de unos niños de entre 7 y 13 meses de edad.

Torestad (1990) ha listado hasta 900 situaciones elicitadoras de ira en sujetos adolescentes que, una vez sometidas a análisis factorial, se reducen a diez grandes géneros: 1) Opinión de otros sobre el sujeto; 2) Censuras; 3) Insultos; 4) desconsideraciones; 5) Bromas molestas; 6) Frustración de planes; 7) Riñas; 8) Acoso físico; 9) Provocaciones, y 10) Destrucción de propiedad.

Uno de los elementos externos implicados en la aparición de la conducta de ira en los niños tiene que ver con la imitación y así la conducta paterna funciona como un modelo a imitar. Los niños de 5 a 8 años, pertenecientes a familias donde se da un alto nivel de ira, cuando se les presentan ciertas escenas familiares, ofrecen explicaciones mucho más violentas y cargadas de cólera que los niños pertenecientes a familias con bajos niveles de ira, y ello en una proporción de 25% frente al 10% (Zahn-Waxler et al., 1991). En este campo existen numerosas investigaciones que muestran la conexión entre conducta paterna, y sobre todo materna, con las respuestas de cólera y agresivas de los niños. También se han investigado los estilos atributivos de la madre en relación con conductas airadas o violentas y los resultados apuntan a que las madres con una grave falta de control personal son aquellas que tienen hijos con más conductas agresivas, mientras que aquellas que presentan responsabilidad y estilo atribucional interno tienden a tener hijos menos agresivos (Keltikangas, Jirvinen, 1990).

Björkoqvist (1997) añade que los niños tienden a imitar la agresividad de la madre fuera de casa y la del padre dentro. Además, en general, se advierte una clara tendencia a que cada hijo imite preferentemente al padre de su mismo sexo (identificación).

Universidad de huelva 2010

Naturalmente, la explicación de estos hechos es variada, puesto que en realidad hay una pluricausalidad: pueden estar basados en factores como el aprendizaje vicario; una ausencia de socialización e incluso factores de índole fisiológica.

Una de las conductas paternas más fuertemente agresivas es el maltrato y el abuso infantil. Está muy fuertemente relacionada con la aparición en el niño de la ira y la agresividad.

Widom (1989, citado en García Moro, 2003) observó que la violencia ejercida por los adultos contra los niños varones tiene como una consecuencia el incremento de la conducta delincuente en éstos, y de violencia doméstica cuando se trata del caso de las niñas.

Los estudios de Kirwil (1997) muestran que si los padres desaprueban la violencia y el niño es agresivo, éste será más agresivo ante la falta de flexibilidad paterna; si, por el contrario, los padres aprueban la violencia, el niño será menos agresivo precozmente, pero si esto se combina con una falta de flexibilidad, con la edad se volverá cada vez más agresivo; esto nos señala la importancia de la posición de los padres y el valor de la flexibilidad de las normas familiares.

Es importante el control de la ira en los niños puesto que una respuesta incontrolada de esta índole acarrea todo tipo de inconvenientes para el propio sujeto, inconvenientes que son unos de carácter social y otros físicos.

Cuando un niño no puede controlar su ira y la usa indiscriminada o inadecuadamente, surgen una serie de consecuencias negativas tanto para él como para su entorno. Aquél que no controla su ira suele ser rechazado por sus compañeros y maestros, e incluso por su familia, por la inconveniencia de su conducta, lo que incrementa más su nivel de frustración y, por tanto, aumenta los ataques del niño y la intensidad de su conducta agresiva.

Entre las consecuencias negativas de carácter físico que nacen de esas reacciones se pueden encontrar los dolores de cabeza y las alteraciones cardiovasculares.

Por otra parte, se ha encontrado en numerosas ocasiones una asociación estrecha entre la ira y la depresión. Ello ha llevado a pensar que o bien tienen desencadenantes comunes o una es provocadores de la otra. Parece que esta relación está, sujeta a algunas matizaciones; por ejemplo, Culbertson y

Universidad de huelva 2010

Spielberger (1996) sostienen que en adolescentes la ira interiorizada es la vivencia que guarda relación con la depresión, pero no la ira exteriorizada; parece que la expresión emocional tiene, en este caso como en otros, un efecto protector. En este mismo sentido Del Barrio (1997) han encontrado asociación entre la agresión verbal y la depresión, pero no de esta última con la agresión física.

2.2.3.4. Agresión

La agresividad, al igual que ocurre con la desobediencia es una de las principales quejas de padres y educadores respecto al niño.

La agresividad, como cualquier emoción, tiene elementos cognitivos, afectivos y motores, aunque la que predomina es la acción física, pero puede manifestarse de formas distintas y alcanzar diferentes niveles de intensidad.

Del Barrio (1997) señala que un 10% de los niños presentan un grado de agresividad superior a los que socialmente se tolera y la consecuencia es que dificulta la socialización provocando la aparición de problemas de distintos tipos.

Uno de los principales problemas que presenta la agresividad infantil es su elevada correlación con trastornos equivalentes en adultos, sobre todo en conducta antisocial.

Según estudios retrospectivos y longitudinales un comportamiento excesivamente agresivo en la infancia suele predecir agresividad en la adolescencia y en la edad adulta, pero también existe mayor probabilidad de fracaso académico y de la existencia de otras patología psicológicas durante la edad adulta como consecuencia de su dificultad para socializarse adecuadamente (Roff y Wirt, 1984; Wilson, 1984, citados en Serrano, 1996)

Aunque el comportamiento agresivo es común en los niños, necesitan aprender nuevos modos de expresión para que puedan llegar a adultos socializados

2.2.3.4.1. Concepto

Dollard, Doob, Millar, Mowrer y Sears, (1939) definen la conducta agresiva como un comportamiento cuyo objeto es dañar a una persona o un objeto de forma física o verbal.

Universidad de huelva 2010

Al realizar una revisión de las definiciones dadas por distintos autores se observa aspectos en común: cuando se habla de agresividad es para referirse al hecho de provocar daño a una persona u objeto ya sea animado o inanimado; a conductas intencionadas que pueden causar daño físico o psicológico.

Así parece que la agresión está más basada en la intención de causar daño y menos en la consecuencia, por eso algunos investigadores han definido la agresión como una conducta que intenta causar daño a personas o propiedades y no es socialmente justificable (Pake y Slaby, 1983, citado en Vasta et al., 1996).

Buss (1961) clasifica el comportamiento agresivo atendiendo a tres variables:

- *Según la modalidad*: agresión física o verbal.
- *Según la relación interpersonal*: directa o indirecta.
- *Según el grado de actividad implicada*: activo o pasivo.

Otros autores (Genovard et al., 1987) plantean otra clasificación:

- Agresiones físicas directas
- Agresiones físicas indirectas
- Explosiones agresivas
- Agresiones verbales

Del Barrio (1997) añade la agresión psicológica, pero señala que ésta es más propia del adulto que del niño.

De todos los tipos de agresiones que se han planteado la que más preocupa es la agresión física y generalmente suele darse como consecuencia de una emoción negativa e intensa de hostilidad y rabia y puede entrar o no dentro del campo delictivo.

Como ya hemos señalado anteriormente este tipo de agresión (al igual que otros problemas emocionales) está experimentando un incremento en los países desarrollados y cada vez aparecen más noticias en los medios de comunicación acerca de ataques cometidos por niños cada vez más pequeños y a veces con un alto índice de gravedad.

Este tipo de conductas las podemos encontrar hasta en niños de 0 a 6 años.

Universidad de huelva 2010

2.2.3.4.2. Aspectos Evolutivos

Con frecuencia la conducta agresiva es vista como una característica estable de la personalidad, comparable a la inteligencia (Lorenz, 1974; Olwens, 1979).

Algunos estudios revelan que los sujetos con conductas agresivas tienen a mantener este tipo de conductas de forma estable y persistente (Dodge y Cols., 1990; Olwens, 1993) incluso señalan variables de personalidad asociadas. Slee y Rugby (1993) encontraron alta tendencia de psicoticismo asociado a este tipo de conductas.

Otros autores (Kolko et al., 1986; Berkowitz, 1962; Cerezo, 1991; Barudy, 1988) apoyan esta idea y aportan que este tipo de personas parecen reunir una serie de características personales que propician el mantenimiento de estas conductas.

Al igual que lo hemos reflejado en otras emociones, se ha de tener en cuenta, al hablar del niño agresivo, las variables de frecuencia, intensidad, adecuación y amplitud de dicha conducta.

Al lado de una agresividad adaptativa está la inadaptativa, pero al igual que en ciertas edades tempranas son frecuentes este tipo de respuestas, no podemos olvidar la gran diferencia entre "problemas de conducta agresiva en la infancia" (celos, necesidad de llamar la atención) y un trastorno disocial (conducta antisocial) donde ni la frecuencia ni la intensidad son iguales.

Kazdin (1988) afirma que en el momento que la conducta agresiva sea peligrosa, frecuente o incontrolable se debe plantear su significación clínica.

No debemos olvidar que las manifestaciones agresivas son un rasgo normal en la infancia y el nivel más alto se da alrededor de 2-3 años, disminuyendo hacia los 5, pues van abandonando su comportamiento agresivo y aprendiendo nuevos modos de expresión a través de la socialización.

Maccoby (1980, citado por Serrano, 1996) afirma que esta conducta es más frecuente en los primeros años.

Herbert (1985) observa que hacia los 4 años empieza a disminuir gradualmente la destructividad y los intentos de humillar a otros. A los 5 años, la mayoría de los niños emplean menos el negativismo, la rebelión o las acciones físicas de rechazo.

Universidad de huelva 2010

Sin embargo esto depende de cómo se entienda la conducta agresiva, pues Rule (1974) diferencia entre *agresión instrumental* y *agresión hostil* en función del objetivo de la agresión. La instrumental sería para conseguir fines no agresivos (aprobación social, objetos materiales, etc.), por tanto estaría motivada por el incentivo y controlada por incentivos externos para conseguir ese objeto externo, mientras que la agresión hostil tiene como objetivo dañar a alguien o algo y el motivo sería el enojo o enfado y está provocada por un estímulo aversivo y su objetivo es eliminar o reducir dicha estimulación.

Teniendo en cuenta esta distinción se observa que en el niño pequeño el comportamiento agresivo es del tipo instrumental (Flake-Hobson, Robinson y Skeen, 1983, citado en Serrano, 1996). Entre los 2-5 años este tipo de agresividad disminuye a la vez que aumenta la agresión hostil (Hartup, 1974). Maccoby (1980, citado en Serrano, 1996) señala que la aparición de ademanes de amenaza y el enfocar la agresión hacia objetos específicos es también más normal a esta edad.

Entre los 6-8 años se observa que disminuye el número de conducta de agresión, pero hay un porcentaje más alto de agresividad hostil que instrumental (Flake-Hobson et al., 1983, citado en Serrano, 1996).

Entre los 18 meses y los 5 años no hay una relación simple entre la edad de los niños y su agresión total (Hay, 1984). Hay datos que indican, sin embargo, que la agresión física e instrumental prevalece más en las edades más jóvenes, haciéndose más común la agresión verbal y hostil al alcanzar la edad escolar (Hartup, 1974; McCabe y Lipscomb, 1988). La agresión en los niños mayores se mide utilizando el método de propuesta por parte de los compañeros, en el que cada niño clasifica a sus compañeros. Las clasificaciones de los niños entre primero y quinto grado han indicado que la agresividad en conjunto parece aumentar con la edad (Eron et al., 1983).

Olweus (1979) sugiere que existe mayor propensión hacia pautas más estables de agresión en los primero años, al igual que existe mayor probabilidad de que los niños mayores usen formas de agresión del tipo verbal.

Respecto a las diferencias debidas al género están bien documentadas (Crowell, 1987; Eagly y Steffen, 1986, citado en Vasta et al., 1996). Los niños comienzan a mostrar más agresividad durante los años infantiles (Cummings, Iannotti y Zahn-Waxler, 1989; Hyde, 1986, citado en Vasta et al., 1996), y continúan haciéndolo durante la escuela elemental (Eron et al., 1983; Parke y

Universidad de huelva 2010

Slaby, 1983, citado en Vasta et al., 1996). En los últimos cursos elementales, comienzan a notarse otras diferencias debidas al género. La agresión de los niños hacia otros niños se convierte en crecientemente física, pero la agresión de los niños hacia las niñas desciende notablemente. La agresión de las niñas se hace más social (como insultar y chismorrear), y se dirige predominantemente, aunque no en exclusiva, hacia las otras niñas (Cairns et al., 1989, citado en Vasta et al., 1996).

2.2.3.4.3. Factores de Riesgo y Etiología

A la hora de explicar la aparición de una conducta agresiva hay que tener en cuenta variables personales y variables sociales.

Del Barrio (1997) señala específicamente dos variables: la herencia agresiva y los ambientes agresivos.

a. Dentro de la variable **herencia agresiva** afirma que es una variable que se puede considerar como un buen predictor, así un adulto violento habrá sido frecuentemente un niño violento y con alta probabilidad haber tenido padres violentos.

   El aprendizaje de la agresión por observación de un modelo agresivo está documentado, así Bandura y Walters (1959) encontraron que los padres de niños no agresivos no permitían la agresión en la discusión, mientras que los padres con hijos agresivos modelan y refuerzan constantemente actitudes y conductas agresivas.

   Ciertos experimentos han demostrado que los niños aprenden la violencia en el modelo de su mundo cercano pero sobre todo en el núcleo familiar

   Becker (1964) ha demostrado que una combinación de disciplinas relajadas y poco exigente con actitudes hostiles por parte de ambos padres fomenta el comportamiento agresivo de los hijos. La violencia doméstica es un buen predictor de la futura conducta agresiva del niño.

   Otro factor familiar que influye es la incongruencia en el comportamiento de los padres, es decir, desaprobar la agresión, pero

Universidad de huelva 2010

cuando se produce se castiga con su propia agresión física o amenazando al niño.

También son importantes las relaciones deterioradas entre los propios padres que provocan tensiones que pueden inducir al niño a comportarse agresivamente.

b. Respecto a las **variables ambientales agresivas** señalar que en estos ambientes se acumulan otros factores de riesgo: problemas escolares, violencia, ausencia de control paterno y un acceso fácil a drogas.

El nivel de impulsividad, la frustración, la hiperactividad, un determinado tipo de temperamento y un alto índice de emoción son también factores que aumentan la probabilidad de que aparezca una respuesta de agresión.

A los anteriores factores de riesgo se le debe añadir la permisividad paterna hacia la conducta violenta, la disciplina paterna, el castigo corporal, desatención, carencia de reglas de convivencia y ausencia de relaciones afectivo padre-hijo.

Los niños que se comportan agresivamente suelen entrar en un círculo vicioso pues su actitud violenta provoca el rechazo de los compañeros y esto aumenta la agresión. Como consecuencia, los padres de otros niños evitan que salgan con ellos y esto trae una marginación y sus amistades y relaciones sociales son con otros niños que tienen problemas parecidos y el grupo se convierte en un elemento clave del mantenimiento de la agresión pues apoya y anima a sus miembros, generando una microsociedad que le da los apoyos que no les da la sociedad.

Serrano (1996) añade otros factores de riesgo:

- *Factores orgánicos*: factores hormonales y mecanismos cerebrales influyen en la conducta agresiva (Avis, 1974). Factores como una lesión cerebral o una disfunción puede provocar comportamientos agresivos . Valles (1988) señala que también estados de mala nutrición o problema de salud específicos pueden ocasionar una menor tolerancia a la frustración por no conseguir las metas y pueden aparecer conductas agresivas.

Universidad de huelva 2010

- *Déficit de habilidades necesarias para afrontar la frustración*: Bandura (1973) indicó que la ausencia de estrategias verbales para afrontar el estrés a menudo conduce a la agresión. Hay datos experimentales que muestran que las mediaciones cognitivas insuficientes pueden conducir a la agresión. Camp et al. (1977) encontró que los chicos agresivos mostraban deficiencias en el empleo de habilidades lingüísticas para controlar su conducta; responden impulsivamente en lugar de responder tras la reflexión. Cuando se les entrena para incrementar las autoverbalizaciones, su agresividad disminuye (Camp, Blom, Herbert y Van Doornick, 1977). Shure y Spivack (1972) también informaron de que las habilidades cognitivas deficientes se hallan relacionadas con la conducta agresiva. Estos autores observaron que los jóvenes de escuelas especiales eran deficientes en habilidades de solución de problemas y que sus soluciones resultaban impulsivas y agresivas.

2.2.3.4.4. Teorías sobre el comportamiento agresivo.

Fernández Ballesteros (1983) clasifica las teorías que se han formulado para explicar la agresión en:

1. *Teorías activas*: son aquellas que ponen el origen de la agresión en los impulsos internos, por tanto la agresión es innata. Estas teorías son llamadas teorías biológicas. Pertenece a este grupo las psicoanalíticas y las etológicas

    a. Teorías psicoanalíticas: defiende que la agresión se produce como un resultado del "instinto de muerte" y en este sentido la agresividad es una manera de dirigir el instinto hacia afuera, hacia los demás, en lugar de dirigirlo hacia uno mismo.

    b. Teorías etológicas: apoyan la idea de que la agresividad en el hombre es innata y puede darse sin que exista provocación previa, ya que la energía se acumula y suele descargarse de forma regular.

2. *Teorías reactivas*: son teorías que ponen el origen de la agresión en el medio ambiente que rodea al individuo y perciben dicha agresión como una reacción de emergencia frente a los sucesos ambientales.

Universidad de huelva 2010

Dentro de estas teorías nos encontramos las teorías del impulso social y del aprendizaje social.

a. Teorías del impulso: según esta teoría la agresión es una respuesta natural ante una frustración, la cual se activa y sólo se reduce mediante alguna forma de respuesta agresiva.

b. Teoría del aprendizaje social: afirma que las conductas agresivas pueden aprenderse por imitación u observación de la conducta de modelos agresivos. Enfatiza aspectos como el aprendizaje observacional, reforzamiento de la agresión y generalización de la agresión.

Así por tanto, es determinante la situación, los modelos que tienen, las influencias cognitivas y los determinantes propios de cada persona para poder explicar dicha conducta.

2.2.3.5. Trastornos de conducta: conducta antisocial

2.2.3.5.1. Concepto

Los estudios longitudinales de la última década señalan que han aumentado los índices de problemas emocionales y conductuales de los adolescentes respecto a años anteriores (Compas et al., 1995).

Esta tendencia se ha generalizado en Europa y en el mundo; así, por ejemplo, en Alemania la tasa de delitos cometidos por niños menores de 14 años era del 4,9% en 1994, alcanza un 5,5% al año siguiente y en Grecia en el periodo de 1989-93 se ha producido un incremento del 120% en infracciones a leyes específicas (no penales) y delitos contra la propiedad en niños de 7 a 12 años, incrementándose a un 36% en edades de 13-17 años (Buelga y Lila, 1999).

Para ver la gravedad de este incremento sólo tenemos que acercarnos a cualquier periódico y ver las noticias de sucesos referidos a asesinatos o actos vandálicos cometidos por niños y adolescentes.

La sociedad también está percibiendo su importancia, porque mientras que no existe mucha documentación sobre rabietas, desobediencia e ira, sí existe mucha bibliografía sobre conducta antisocial y agresión; pero en este trabajo de

Universidad de huelva 2010

investigación no es uno de los puntos centrales, por lo tanto se realizará un breve resumen de las aportaciones más importantes para no extendernos demasiado.

Antes de definir el concepto hagamos un poco de historia para entender mejor este concepto.

A principios del siglo XX, Kraepelin (1915) considera las conductas antisociales como manifestaciones de forma de psicosis frustradas. Healy y Bronner (1926) señalan que los delincuentes tiene una "deficiencia constitucional psíquica", defecto físico y mental y la combinación de estas deficiencias así como las manifestaciones de las mismas por las alteraciones de la conductas son de naturaleza hereditaria.

En 1952, en el DSM-I se codifica el diagnóstico " trastornos de personalidad sociopática " con 4 tipos: reacción antisocial, reacción disocial, desviación sexual y alcoholismo y adicción a drogas.

En 1967, Freedman y Kaplan utilizan el diagnóstico de " trastorno de personalidad sociopática" reacción antisocial y disocial para describir niños que están siempre con problemas y no sacan provecho de sus castigos.

En la siguiente tabla vemos como se ha ido categorizando a través de los distintos D.S.M.

Tabla 2.8. Categorizaciones del concepto de conducta antisocial en el DSM

DSM-I (1952)	TRASTORNO PERSONALIDAD SOCIOPÁTICO: 1. Reacción Antisocial. 2. Reacción Disocial. 3. Desviación Sexual. 4. Alcohol y Adicción a Drogas.
DSM-II (1968)	TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: - Reacción Infrasocializada Agresiva de la Infancia.
DSM-III (1980)	TRASTORNO DE CONDUCTA: 1. Infrasocializado Agresivo. 2. Infrasocializado No Agresivo. 3. Socializado Agresivo. 4. Socializado No Agresivo.
DSM-III-R (1988)	TRASTORNO DE CONDUCTA: 1. Grupal. 2. Agresivo Solitario. 3. Indiferenciado.
DSM-IV (1994)	TRASTORNO DISOCIAL: 1. Presentación En La Infancia. 2. Presentación En La Adolescencia.

Universidad de huelva 2010

Tabla 2.9. Categorizaciones del concepto de conducta antisocial en CIE

CIE-9 (1978)	- Trastorno De conducta Infrasocializado - Trastorno De Conducta Socializado. - Trastorno De Conducta Compulsivo. - Trastorno Mixto Conducta Y Emoción.
CIE-10 (1992)	TRASTORNOS DISOCIALES: - Trastorno Disocial Limitado al Contexto Familiar - Trastorno Disocial En Niños No Socializad. - Trastorno Disocial En Niños Socializados. - Trastorno Disocial Desafiante y Oposición.

Una vez hecha la introducción vamos a ver como se define este concepto y para ello Kazdin y Buela (1997) lo hacen diciendo que la conducta antisocial es cualquier conducta que tenga como consecuencia infringir reglas sociales y/o realizar una acción contra los demás.

Garrido y Martínez (1998) la definen como aquella conducta opuesta a las normas sociales, normas que no tienen que referirse necesariamente a aspectos legales.

Estas conductas son vistas en niños con tratamiento clínico y en niños normales pero con distintas medidas en el curso de su desarrollo. Varios estudios han examinado el origen de estas conductas y los resultados indican altos índices de extensión de esta conducta en muestra de niños y adolescentes normales. McFarlane, Allen y Honzik (1954) descubrieron en su investigación longitudinal, un predominio alto de conductas antisociales específica (por ejemplo, a los 6 años la conducta más predominante era mentir con un 53% pero en cambio a los 12 había disminuido a un 10%). Achenbach y Edelbrock (1981) realizaron un estudio por secciones de niños de 4 a 16 años y obtuvieron resultados parecidos a los autores anteriores, así la desobediencia en casa y destrucción de los objetos personales fue visto como problemas por el 50% de los padres y el 26% de los niños normales de 4-5 años. En los adolescentes de 16 años los índices de esta conducta bajan hasta un 20% y 0% respectivamente.

En un estudio de Rechea et al. (1995) se refleja que el 81% de los adolescentes españoles de 14 a 21 años encuestados (en una muestra de 2100 sujetos), admiten haber cometido algún tipo de comportamiento antisocial alguna vez y el 58% lo ha realizado durante el último año.

La consideración de la conducta antisocial como parte del desarrollo normal también requiere la mención de diferencias de sexo en estas conductas. En niños

Universidad de huelva 2010

normales, se ha comprobado que los niños están implicados con mayor frecuencia en robos, peleas, absentismo escolar, destrucción y mentiras (Rutter, Tizard y Whitmore, 1970).

Los diferentes estudios epidemiológicos muestran que las conductas antisociales son más frecuentes en los niños que en las niñas en el curso del desarrollo normal en una proporción de 3 niños por 1 niña (Graham, 1976; Silva, Martorell y Clemente, 1986a, 1986b, citado en García Moro, 2003).

Sin embargo, esta diferencia es mayor o menor en función del tipo de comportamiento antisocial y de la edad del sujeto.

Campbell (1995), Costello et al. (1996) y Simonoff et al (1997, citado en García Moro, 2003) señalan que las diferencias entre niños y niñas en comportamientos como la conducta airada, la discusión con los adultos, la venganza, etc. son nulas aunque tienden a ser ligeramente más alta en chicos que en chicas (1,4 en chicos por 1 en chicas). Simonoff et al (1997) añade que el tipo de comportamiento negativista aumenta con la edad en los niños pero no en las niñas, siendo mucho más frecuente en los niños de más edad que en las niñas; sin embargo, esta diferencia se invierte a favor de las niñas en edades más tempranas.

Robin (1966) señala que los robos se daban más en los niños, mientras que en las niñas era el comportamiento provocativo y las burlas. La A.P.A. (1995) establece que mientas los niños suelen incidir más en robos, peleas, acto vandálicos problemas de disciplina escolar, las niñas incurren más en mentiras, absentismo escolar, fugas, consumos de tóxicos y comportamientos sexuales inapropiados (McGee et al., 1990)

En general, los chicos tienden a mostrar niveles más elevados de exteriorización de síntomas tales como los característicos de conducta antisocial. En contraste, las chicas muestran mayores índices de tipos interiores de síntomas como timidez, hipersensibilidad y quejas físicas.

La conducta antisocial puede incluir varios síntomas como peleas, robos, arrebatos, agresividad y fugas (Garrido, 1995, Kazdin, 1988; Kazdin y Buela-Casal, 1994; Robins, 1966, citados en García Moro, 2003).y otra serie de síntomas alternativos que aunque no deben confundirse con la conducta antisocial, suelen estar presentes, como la hiperactividad, conductas alborotadoras más leves, fracaso escolar, el rechazo por parte de sus compañeros y las escasas habilidades sociales

Universidad de huelva 2010

Las características centrales que determinan si el niño tiene este tipo de conductas son: la frecuencia, la intensidad, la repetición, la cronicidad y la magnitud de las conductas antisociales pues los niños que realizan un tipo de conducta antisocial son propensos a realizar otros actos disfuncionales (Kazdin, 1988).

Este tipo de criterios deben tomarse conjuntamente a la hora de la valoración. En los casos más graves, es muy probable que el niño puntúe alto en la totalidad de los mismos, aunque no siempre es así, pues algunos niños con conductas antisociales son difícilmente identificables al no puntuar significativamente en muchos de estos criterios.

Como señala Kazdin (1988), la gravedad de muchas. conductas no viene caracterizada por su alta frecuencia sino por su elevada intensidad respecto a los efectos que producen sus acciones.

La cronicidad y la repetición son también criterios importantes a la hora de identificar este tipo de conductas, pues *"ayudan a definir los niveles clínicos de conductas antisocial"* (Kazdin y Buela-Casal, 1994, p. 29).

La amplitud, magnitud o diversidad constituye el último criterio para identificar las conductas antisociales con peor pronóstico. Diferentes estudios indican que los niños que manifiestan un tipo de conducta antisocial son propensos a realizar otros comportamientos problemáticos (Kazdin, 1988; Rutter, Giller, 1988, Rutter, Giller y Hagell, 2000)

2.2.3.5.2. Factores de riesgo

Los factores que predisponen a niños y a adolescentes hacia la conducta social han sido estudiados extensamente en el contexto de casos clínicos y delincuentes enjuiciados (Henggeler, 1989; Patterson, Reid y Dision, 1992).

La lista de factores es larga por eso, siguiendo a Kazdin y Buela-Casal (1994) se van a clasificar en factores del niño, de los padres, la familia y escuela.

Universidad de huelva 2010

a. Factores del niño:

- *Temperamento*: en un estudio con niños y adolescentes, aparecieron datos que señalan que niños con puntuaciones altas en neuroticismo y en extraversión son más propensos a realizar conductas antisociales (Kirkaldy y Mooshage, 1993). Silva (1992) ha encontrado los mismos resultados con muestras españolas.

- La labilidad afectiva, dureza emocional, indiferencia, ansiedad, Neuroticismo, baja autoestima, resentimiento, retraimiento social, egocentrismo, agresividad extrapunitiva, impulsividad, extraversión, dependencia de campo y falta de previsión de futuro entre otros, constituyen indicadores que tienden a producir comportamientos antisociales (López y Garrido, 1999; Valverde, 1996)

- *Niveles subclínicos de conducta antisocial*: varios estudios han encontrado que los niveles subclínicos de la conducta antisocial predicen trastornos de conducta posteriores (Loeber,1990). Estudios realizados por Robins (1966) y Rutter y Giller (1988) sugieren que las conductas antisociales predicen un curso continuado de disfunción social , conducta problemática y desadaptación.

- Los individuos que inician su carrera antisocial de una forma temprana tiene un mal pronóstico en sus vida adultas (Campbell y Swing, 1990; Garrido, 1989, 1998; Glueck y Glueck, 1968; Kazdin, 1988; Rutter y Giller 1988; Tolan, 1987; White et al., 1990, citados en García Moro, 2003).

- Conductas incontrolables de aparición temprana, antes de los diez años aproximadamente, se hallan claramente relacionados con un peor pronóstico. Así el inicio temprano de comportamientos como la actividad sexual, fumar o beber alcohol, consumir sustancias ilegales e incurrir en actos temerarios y/o peligrosos, está asociado con el trastorno de conducta (A.P.A., 1995)

- Esto no significa que todos los niños con conductas revoltosas se identifiquen después como antisociales, pero la conducta infantil en su fase inicial es uno de los factores de predicción más sólidos de los trastornos posteriores, pero no podemos olvidar lo que ya hemos comentado anteriormente que hay que tener en cuenta, la edad de

Universidad de huelva 2010

comienzo, el número de conductas antisociales y de situaciones en las que son evidentes. Los niños con un comienzo anterior y mayor incontrabilidad están bajo un riesgo más alto.

- *Rendimiento académico e intelectual*: Las deficiencias académicas y niveles bajos de funcionamiento intelectual se asocian a los trastornos de conducta. Esta relación se ha demostrado con distintas medidas del rendimiento intelectual y escolar (ej. pruebas verbales y no verbales, notas, pruebas de rendimiento) y medidas de la conducta antisocial (ej. autoinforme del niño, informe del maestro, antecedentes delictivos) (Rutter y Giller, 1983; Martí, 1987). Pero esto no significa que la disfunción académica represente un factor de riesgo. La reducción en la escolarización (ej. absentismo, expulsiones) y una menor atención de los maestros podrían conducir a un menor rendimiento académico. Sin embargo, la evidencia sugiere que las deficiencias académicas y un bajo cociente intelectual predicen a menudo una posterior conducta antisocial (Wadsworth, 1979; West, 1982; Mayor y Urra, 1991).

- Se sabe que el funcionamiento intelectual y académico se relacionan con otras variables tales como la clase social y número de miembros de familia (Álvaro, 1993). Incluso cuando se controlan estas variables, los funcionamientos educativo e intelectual sirven como factores de predicción de la conducta antisocial (West, 1982). Aunque las disfunciones académicas son un factor de riesgo para los trastornos de conducta, la relación no es meramente unidireccional. La conducta antisocial predice el posterior fracaso escolar y el nivel de rendimiento académico (Bachman, Johnston y O'Malley, 1978; Ledingham y Schwartzman, 1984)

- *Factores biológicos y nutricionales:* la relación entre la biología y delincuencia es una de las uniones más claramente establecidas por la investigación criminología moderna (Garrido et al., 1999)

- Se constata que los hijos de padres alcohólicos tienen un mayor riesgo de padecer conductas antisociales y quizás, esto puede ser debido, a las consecuencias para el desarrollo fetal en las primeras etapas del embarazo de la exposición elevada al alcohol (Rutter, Giller y Hagell, 2000)

Universidad de huelva 2010

- *Influencias genéticas:* Mediante el estudio de gemelos monocigóticos, se ha demostrado la "*concordancia de la delincuencia y la conducta antisocial*" (Kazdin y Buela-Casal, 1994, p.44).

b. Factores de los padres y la familia:

- *Base genética*: parece demostrada la existencia de factores heredados de tipo neurofisiológico, psicofisiológico y bioquímico que predisponen a los menores a manifestar conductas antisociales (Muñoz, 1997). Hay varias líneas de investigación que apoyan estos factores (DiLalla y Gottesman, 1989; Kazdin, 1985). Los estudios con gemelos monocigóticos y dicigóticos han señalado mayor concordancia de la delincuencia y la conducta antisocial entre los monocigóticos que entre los dicigóticos, pero no podemos obviar que, los factores ambientales pueden ser más similares para los monocigóticos que para los dicigóticos.

- Los estudios de adopciones también han establecido la influencia de factores ambientales tales como las condiciones domésticas adversas (ej.: disputas de pareja, trastornos psiquiátricos), la exposición a cuidados maternos discontinuos antes de tener un hogar adoptivo definitivo y la edad a la cual se adopta al niño (Cadoret y Cain, 1981).

- *Interacción entre padres e hijos*: Varios rasgos relacionados con la interacción de los padres con sus hijos son factores de riesgo de trastornos de conducta. Las prácticas disciplinarias y actitudes de los padres se han estudiado con especial detalle. Los padres de niños con trastornos de conducta tienden a ser duros en sus actitudes y prácticas; disciplinarias con sus hijos (Farrington, 1978; Kazdin, 1985).

- Los estilos disciplinarios físicamente punitivos, laxos, caprichosos e inconscientes por parte de uno o ambos padres está asociado con la conducta antisocial en general y con la delincuencia en particular (Kazdin, 1988; Lemos, 1996; Loeber, 1990)

- Los padres de niños antisociales son más propensos a dar órdenes a sus hijos, a recompensar la conducta desviada directamente por medio

Universidad de huelva 2010

de la atención y conformidad, y a ignorar o procurar consecuencias aversivas por la conducta prosocial.

- La supervisión del niño como aspecto del contacto entre padres e hijos se ha relacionado con frecuencia con los trastornos de conducta (Glueck y Glueck, 1968; Robins, 1966). Los padres de niños antisociales o delincuentes son menos propensos a controlar dónde van sus hijos o a preocuparse de su cuidado cuando faltan de casa. Otros factores que se considera que reflejan una pobre supervisión y constituyen factores de riesgo son la ausencia de reglas sobre dónde pueden ir los niños y cuándo deben volver, permitiendo que vaguen por las calles y realicen muchas actividades independientes y no supervisadas (Wilson, 1980) .

- La violencia (abuso, maltrato, o castigo duro) y negligencia en el seno de la familia son considerados como dos de los factores más significativos que predicen la conducta antisocial. Así en determinados estudios se ha encontrado que los niños con experiencia de abuso y negligencia aumentan un 50% el riesgo de caer en actos criminales posteriormente (Widon, 1989, 1997)

- Las características que reflejan la calidad de las relaciones familiares también sirven como factores de riesgo. Los padres de jóvenes antisociales, comparados con los de los que no reciben tratamiento, muestran menor aceptación de sus hijos, menos calor, afecto y apoyo emocional, y menor apego (Henggeler, 1989). En las relaciones familiares, una comunicación de menos apoyo y más defensiva entre los miembros, menor participación en actividades familiares y un claro dominio de un miembro distinguen también a las familias de los jóvenes antisociales.

- *Psicopatología y conducta delictiva*: la asociación entre alteraciones psicológicas y conducta antisocial ha sido el objeto de estudio de múltiples investigaciones (Llorente, 1987). No obstante, no se pueden establecer conclusiones claras dado que dicha relación depende de múltiples factores, tales como tipo de patología, gravedad, diferencias individuales, variables situacionales, etc.

- *Orden de nacimiento y número de miembros de familia*: el orden en el nacimiento se relaciona con el inicio de la conducta antisocial pues es

Universidad de huelva 2010

mayor en los hijos intermedios que en los hijos únicos, primogénitos o los más pequeños (Glueck y Glueck, 1968). Una familia más numerosa aumenta el riesgo de delincuencia (Glueck y Glueck, 1968; Mayor y Urra, 1991). El tamaño de la familia se relaciona con los hallazgos acerca del orden de nacimiento de los hijos. Los estudios se han centrado en la distancia entre nacimientos y tamaño de la familia. Los niños con hermanos mayores son más propensos a ser delincuentes, y cuanto mayor es la distancia entre hermanos, mayor es esta probabilidad (Wadsworth, 1979).

- *Matrimonios separados y disputas de pareja*: La separación de los padres durante la infancia está relacionada con la conducta antisocial delictiva de los niños. Las relaciones conyugales desestructuradas, rotas, en continuo conflicto interpersonal, la exposición a ambientes de riesgo familiar como la separación o divorcio de los padres, la convivencia con una madre soltera, el fallecimiento de uno de los padres, se relaciona también con la conducta antisocial (A.P.A., 1995; Lemos, 1966, Rutter y Giller, 1988; Rutter, Giller y Hagell, 2000).

- Sin embargo, la separación de los padres está relacionada con los trastornos psiquiátricos en una variedad de trastornos infantiles (Rutter y cols., 1970); asimismo, la separación de los padres puede deberse a varios factores tales como la muerte, el internamiento o las disputas de pareja. Las investigaciones han demostrado que las relaciones matrimoniales infelices, los conflictos personales y las agresiones caracterizan las relaciones entre los padres de niños antisociales y delincuentes (Rutter y Giller, 1983; Mayor y Urra, 1991).

- *Clase social*: existe un predominio de los trastornos de conducta y delincuencia en las clases más bajas (West, 1982; Mayor y Urra, 1991). Sin embargo, la interpretación de este dato es compleja por la asociación de clase social a tamaño de familia, hacinamiento, poca atención a los niños y otras variables que constituyen factores de riesgo. Cuando estos factores son controlados por separado, la clase social muestra poca o ninguna relación con la conducta antisocial (Robins, 1978; Wadsworth, 1979).

Universidad de huelva 2010

c. Factores de la escuela.

- Características del entorno: las escuelas de primaria que tienen malas condiciones físicas o una baja desproporción entre maestro-alumno presenta índices más elevados de delincuencia (Wadsworth, 1979). Los elementos relacionados con las condiciones físicas , las relaciones entre los miembros del centro, la existencia de una dirección clara y pautas adecuadas y conocidas de conducta, la ausencia de maltrato entre compañeros etc., constituyen factores que afectan indirectamente en la aparición de conducta antisocial (Kazdin, 1988; Kazdin y Buela-Casal, 1994)

2.2.3.5.3. Etiología

Existen un amplio abanico de teorías que intentan explicar estas conductas, entre ellas están las biológicas, ambientalistas y psicológicas, pero desde hace tiempo es la teoría biopsicosocial la que parece explicar mejor este cuadro.

Vamos a hacer un pequeño repaso de las distintas teorías que han llevado a la conclusión de que una combinación de ellas es la explicación más globalizadora y lo haremos con las siguientes tablas

a. Factores biológicos y constitucionales.

Tabla 2.10. Factores biológicos y constitucionales (Mojarro y Benjumea, 1995)

SEXO	Más frecuente en Varones.
GENÉTICOS	- En Gemelos: mayor concordancia en monocigóticos que en dicigóticos. - En estudios de niños adaptados: mayor riesgo, criminalidad y conducta antisocial en casos de padres biológicos con historia de trastornos.
FACTORES PRE Y PERINATALES	- Bajo peso al nacer. - Anoxia cerebral en el recién nacido y sufrimiento en el parto. - Malnutrición consumo de drogas y alcohol durante el embarazo.
FACTORES CEREBRALES	- Alteraciones en lóbulo frontal. - Aumento de signos neurológicos menores está aumentado en los infrasocializados. - Alteraciones electroencefalográficos variables.
FACTORES BIOQUÍMICOS	- Aumento en la M. A. O. plaquetaria. - Disminución de M. H. P. G. Plasma. - Disminución D. B. H. más notable en trastornos de conducta en niños y jóvenes infrasocializados - Aumento en la función Noradrenérgica.
DIETA	- Disminución en la ingestión de vitaminas, sobre todo de vitamina B - Disminución de minerales especialmente hierro. - Aditivos Alimentarios.
PLOMO	Niveles Subclínicos.

Universidad de huelva 2010

b. Factores psicológicos y ambientales

En la siguiente tabla podemos ver los factores sociológicos y psicológicos que proponen Mojarro y Benjuema (1995)

Tabla 2. 11 Factores psicosociales (Mojarro y Benjumea, 1995)

FACTORES SOCIOLÓGICOS	- Clase social baja, tamaño familiar, hacinamiento, pobreza - Presión grupo social. - Medios de Comunicación.
FACTORES PSICOLÓGICOS	- Aprendizaje vicario por imitación - Familia: Antecedentes de psicopatía, conducta criminal y alcoholismo, padres desempleados, agresivos negligentes y crueles. Madre fría. Discordia y conflictos familiares. - La hipótesis de Dollard: A toda frustración sigue una agresión. - Educación: Rigidez o severidad educativas o ausencia de control.

Del Barrio (2002) propone las siguientes causas que explicarían estas conductas:

a. Causas que tienen que ver con el sujeto: impulsividad, agresividad, búsqueda de sensaciones, pobre control emocional, temperamento difícil, hiperactividad, problemas de aprendizaje y pocas habilidades sociales

b. Causas que tienen que ver con el entorno familiar: alteraciones psicopatológicas, alcoholismo, agresividad, abandono del hogar, baja cohesión familiar, indiferencia u hostilidad materna y disciplina rígida, inexistente o errática.

c. Causas que tienen que ver con el contexto: barrios pobres, escaso apoyo social, escasas oportunidades de ocio, delincuencia en miembros de la familia, alta densidad de población juvenil delincuente y crisis social de valores.

También señala que existen dos tipos de delincuencia: la individual y la grupal. La individual es cuando un sujeto no puede asumir las normas de la sociedad en la que vive, mientras que la grupal es típica de los sujetos que asumen valores y normas pero de un grupo marginado. En el caso de los niños es más frecuente este último tipo de conductas pues el grupo es muy fuerte entre los 10 y 18 años pero desgraciadamente los valores y acciones de estos grupos juveniles se encuentran al margen de lo que sociedad considera adaptada.

Universidad de huelva 2010

Una vez que ya hemos descrito algunos de los problemas emocionales infantiles más frecuentes, pasemos a ver distintas técnicas para su evaluación, pero en esta investigación sólo vamos a centrarnos en las pruebas proyectivas.

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

Capítulo 3.

Instrumentos de Evaluación de los Problemas Emocionales mediante Pruebas Proyectivas.

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

3.1. TÉCNICAS PROYECTIVAS

3.1.1. Introducción

Antes de iniciar este capítulo es importante que hagamos una aclaración terminológica, puesto que generalmente los conceptos de *técnicas*, *métodos* y *test* aparecen como sinónimos, no siendo cierto.

Ferrater Mora (1981) señala que se tiene un **método** cuando se sigue un cierto camino para lograr un cierto fin; es decir, un conjunto de operaciones ordenadas con el que se pretende alcanzar un resultado; por tanto los métodos proyectivos serían un conjunto de operaciones ordenadas para el estudio de la personalidad (Aguirre, 1989).

Frank (1939) define método proyectivo como aquel que permite observar una forma de organización con el supuesto de que dicha forma es la característica esencial de la personalidad y tiene un valor de estabilidad.

El término **técnicas proyectivas** fue una expresión inventada por Frank en 1939 en su obra *Los métodos proyectivos para el estudio de la personalidad,* intentando unir la relación existente entre tres pruebas: el test de asociaciones de palabras de Jung (1906), la técnica de H. Rorschach (1921) y el TAT de Murray (1978).

Frank, en esa misma obra, plantea que las técnicas son los instrumentos precisos que se utilizan al servicio del método, así en las técnicas proyectivas se destaca el objetivo de facilitar la proyección como manifestación de la personalidad.

English y English (1976, citado en Exner) en su Diccionario de vocablos psicológicos y psicoanalíticos definen las técnicas proyectivas como *un procedimiento para descubrir estilos propios de comportamiento mediante la observación del comportamiento como respuesta a una determinada situación, la cual no presupone una respuesta determinada.*

Anzieu (1962) define las técnicas proyectivas de la siguiente forma: "El método proyectivo consiste en presentar al sujeto un material que esté lo menos estructurado posible, pidiéndole que lo organice a su manera, lo cual no puede

Universidad de huelva 2010

hacer sin revelar, sin proyectar sobre él, la estructura de su propia personalidad" (p. 2).

Aguirre (1989) define técnica proyectiva como *un conjunto de pruebas, claramente diferenciadas que se caracterizan por poseer una metodología propia que consiste básicamente en presentarle al sujeto, de un forma determinada, un material ambiguo aunque fijo y estandarizado; el sujeto, a partir de ese material, debe organizar libremente su respuesta. La organización de la respuesta dependerá no tanto de las características intrínsecas del estímulo como de las condiciones internas del sujeto.*(p.15)

Vemos que las técnicas proyectivas nos hablan de:

a. Una forma de observación controlada de un fenómeno psicológico llamado proyección.
b. Una pantalla en la que se refleja algo concreto llamado personalidad.

La característica principal común de estas técnicas es la **ambigüedad** de la tarea que se propone al sujeto, que es lo que permite que cada uno responda a su manera. Esta falta de estructuración es el punto clave que utilizan para detectar la configuración psicológica del individuo a través de sus esfuerzos activos por organizar el material de prueba. El resto de las características de estas técnicas se derivan de esta ambigüedad:

1. Las instrucciones han de ser algo vagas.
2. Las respuestas del sujeto son libres, así como el tiempo de duración de la prueba.
3. Las interpretaciones son tanto cualitativas como cuantitativas.

Bell (1992) nos habla de unas características comunes en las técnicas proyectivas:

a. el estímulo no manifiesta el verdadero propósito del examinador al pedirle la respuesta.
b. dan una muestra de la conducta individual con características de expresividad y brevedad como para poder utilizarse de forma clínica.
c. la conducta registrada se puede considerar desde una doble visión, como una totalidad organizada y como la personalidad que la produce.

Universidad de huelva 2010

De Santigo Herrero et al. (1999) señala las diferencias más importantes de las técnicas proyectivas respecto de las técnicas psicométricas:

1. Sus resultados no se expresan numéricamente ni se ordenan en escalas métricas.
2. No se prestan a verificación matemática ya que no son instrumentos de medida.
3. No es posible una formulación matemática de su validez, aunque sí existe una posibilidad de validación interjueces.
4. Falta de objetividad, tanto en la interpretación como en la aplicación.
5. Parten del supuesto de que en su ejecución influirá toda la personalidad del sujeto y así de alguna manera aparecerá en los resultados.

Teniendo en cuenta lo anterior English y English (1958) plantean que **un test proyectivo** es una situación relativamente no estructurada y a la cual se debe responder con tan pocas restricciones como sea posible en su forma de respuesta y con una cierta estandarización.

Hablar de tests proyectivos es añadir la idea de tipificación, necesaria para posibilitar la comparación entre los datos del sujeto y los datos normativos derivados de las respuestas de un grupo de referencia.

3.1.2. Supuestos y Fundamentos Teóricos

Antes de hablar de los fundamentos teóricos, vamos a comentar brevemente los supuestos prácticos que están implícitos en las técnicas proyectivas.

3.1.2.1. Supuestos

Aguirre (1989) señalan los siguientes supuestos:

a. La ambigüedad de los estímulos y la libertad de respuesta permiten afirmar que las respuestas dadas por el sujeto están determinadas por sus características psicológicas.

Universidad de huelva 2010

b. Las características psicológicas del sujeto se derivan de una estructura estable de la personalidad que existe en todos los individuos y que los tests proyectivos permiten captar.

c. Existe un isomorfismo entre las estructuras de la personalidad y la organización de la respuesta a una técnica proyectiva

d. Las condiciones dinámicas y motivacionales derivadas de las emociones o las necesidades insatisfechos altearan la percepción y el juicio.

e. Las técnicas proyectivas coinciden en el intento de estimar las desviaciones individuales en lo que respecta a una actividad cognitiva y se realiza con respecto a una norma real, social o estadística

3.1.2.2. Fundamentos Teóricos

Histórica y tradicionalmente las Técnicas proyectivas han estado vinculadas a la **teoría psicoanalítica** por el contexto en que surgen y por la formación clínica y teórica de los primeros creadores y a **la teoría de la Gestalt**.

Tal como Brown (citado por Abt y Bellok, 1985) ha señalado, los criterios del psicoanálisis y de la psicología de la Gestalt concuerdan en muchos puntos esenciales, de modo que su inclusión en el desarrollo de la psicología proyectiva se ha logrado con un mínimo de confusión conceptual. En las dos teorías se pueden ver los siguientes puntos en común que resultan importantes para la psicología proyectiva:

1. En general existe estrecho acuerdo entre ambas teorías con respecto a la estructura y el desarrollo de la personalidad.

2. La psicología de la Gestalt es célebre por la importancia que da al concepto de totalidad del organismo, y por su afirmación de que el total tiene prioridad sobre las partes. De acuerdo con el punto de vista guestáltico, los cambios y las modificaciones del organismo se logran de acuerdo con leyes económicas. El enfoque psicoanalítico es básicamente el mismo, y hay en realidad muy poco conflicto

3. El psicoanálisis postula una relación esencial entre los mecanismos y dinamismos psicológicos que funcionan dentro del individuo y la cultura y el ambiente socioantropológicos de la que forma parte. La aplicación hecha por Brown (op. cit.) de los principios topológicos a la psicología

Universidad de huelva 2010

social, y las notables contribuciones de Lewin y sus colaboradores en la investigación-acción y otras áreas relacionadas durante los últimos años, señalan una congruencia de criterios.

4. Tanto la psicología de la Gestalt como el psicoanálisis utilizan un gran número de construcciones independientemente derivadas, que se pueden emplear como eficaces herramientas interpretativas en la descripción de la personalidad.
5. La psicología de la Gestalt y el psicoanálisis comparten una creencia en el determinismo psíquico y en la uniformidad y continuidad de la naturaleza psicológica. Cada una de estas posiciones teóricas sostiene que todos los fenómenos psíquicos tienen una causa y un significado, así como una función económica con respecto a la psicobiología de todo el organismo.

3.1.2.2.1. Teoría Psicoanalítica

Bell (1992) señala que el movimiento psicoanalítico y las contribuciones de Freud fueron esenciales en la configuración de estas técnicas y el modelo mediante el cual pudo llevarse a cabo el análisis del contenido latente a través de las verbalizaciones y las conductas asociadas.

En 1904, Jung, uno de los primeros discípulos de Freud y también uno de los primeros disidentes, elabora una prueba psicológica que será conocida como «El test de asociación de palabras» en la cual, basándose en el valor del proceso asociativo, utiliza las asociaciones que el sujeto da a una lista previamente determinada de palabras como manifestación de sus tendencias y conflictos profundos.

Algo más tarde, en 1920, Rorschach, formado igual que Jung en la clínica psiquiátrica de Zurich dirigida por Bleuler y miembro del círculo psicoanalítico, elabora una técnica de diagnóstico basada en la interpretación de manchas de tinta que se concibe como prueba de imaginación. Al aplicarla a sus pacientes comprueba su utilidad como elemento de observación de determinadas características de la personalidad y como ayuda para el establecimiento de diagnósticos diferenciales más precisos.

Universidad de huelva 2010

En 1935, Murray psicoanalizado por Jung y miembro de la misma escuela suiza, tras su emigración a Estados Unidos y siendo director de la Clínica psicológica de la Universidad de Harvard, crea el Test de Apercepción Temática, basado en el análisis de relatos y en el supuesto de identificación al héroe que lleva a cabo el sujeto que elabora dichos relatos en función de las situaciones percibidas en una serie de láminas. Posteriormente estos tests son recogidos en el artículo de Frank (1939), recibiendo la denominación de métodos .

Antes de pasar a la otra fuente, creo que es necesario que veamos los fundamentos de la unión entre las técnicas proyectivas y el psicoanálisis y tal como señala De Santiago et al. (1999) dichos fundamentos son dos: **proyección** y **percepción**:

1.- PROYECCIÓN:

El concepto clásico de proyección es de raíz psicoanalítica.

Valls, en su *Diccionario Freudiano* (1996) lo define como un *mecanismo psíquico, caracterizado por la percepción en el mundo exterior de los procesamientos psíquicos interiores (...) que se vale de leyes de la asociación.*

No obstante, las técnicas proyectivas no se limitan a provocar la proyección en el sentido ortodoxo, puesto que favorecen igualmente la expresión de mecanismos mentales de todo tipo, poniendo de manifiesto hechos importantes acerca del Yo y de la dinámica de la personalidad global. Por ello, los tests proyectivos podrían denominarse, en este sentido, pruebas de mecanismos mentales (los cuales incluyen, entre otros, la proyección) o tests de dinámica de defensa del Yo.

En las pruebas proyectivas se entiende la proyección como una expresión de la personalidad del sujeto, es decir, la proyección como Instrumento de Medida.

Habría que distinguir distintos tipos de proyección puestos en juego en los tests proyectivos:

A. *Proyección especular:* El sujeto encuentra en la imagen del otro características que pretende que sean suyas. Por ejemplo, un niño

Universidad de huelva 2010

físicamente débil dibuja en el test de la figura humana un cuerpo atlético y musculoso.

B. *Proyección catártica:* El sujeto atribuye a la imagen de otro aquellas características que se niega a considerar como suyas y de las que se libera desplazándolas sobre otros. Un ejemplo claro, dentro de la patología sería el delirio paranoide, constituyendo el caso prototípico de la proyección como mecanismo de defensa.

C. *Proyección complementaria:* El sujeto atribuye a los demás sentimientos o actitudes que justifican los suyos propios. Por ejemplo, un antisocial justifica su rebeldía con una pretendida tiranía por parte de la sociedad.

2.- PERCEPCIÓN:

Es sabido que la percepción objetiva, directamente dependiente de nuestros receptores sensoriales, es igual para todo el mundo, pero interviene otro aspecto de percepción que es el que Abt y Bellak (1989) denominan *apercepción*, consistente en que la percepción del mundo exterior depende de los recuerdos personales, remotos o no, conscientes o inconscientes, y del nivel de ansiedad actual del sujeto. Se trata, por tanto, de una percepción teñida por las necesidades y experiencia interior del sujeto. En este sentido considera Bellak (1989) el psicoanálisis como una teoría del aprendizaje con relación a la historia de la vida del sujeto.

Podemos encontrar un antecedente del concepto de apercepción en la obra de Freud de 1900 *La interpretación de los sueños*, donde, sin citarlo, hace referencia a la concepción neurológica del aparato psíquico, expuesta ya en su *"Proyecto de una Psicología para Neurólogos"* (1895).

Relacionando ambos conceptos (proyección y percepción), define Bellak la proyección como una *deformación aperceptiva severa en la que la masa aperceptiva previa o ciertos aspectos de ella, ejercen un efecto tal sobre la percepción presente que hace que los aspectos adaptativos de la cognición se vean seriamente dañados. Es decir el proceso primario "contamina" el proceso secundario* (Bellak, 1989, p. 30).

Estas deformaciones pueden proceder de tres clases de rasgos o estados dinámicos:

Universidad de huelva 2010

a. Estados emocionales transitorios.

b. Rasgos dinámicos permanentes integrados en la personalidad consciente.

c. Rasgos dinámicos permanentes que el individuo no puede ni quiere integrar en su personalidad, siendo inconscientes hasta cierto punto.

Antes de cerrar este apartado, creo que es importante hacer mención a la relación que tiene el movimiento con la personalidad

Personalidad y Movimiento

Deutsch (1947) observó que existía una relación definida entre el comportamiento postural del paciente y el material inconsciente que estaba liberando, o que iba a quedar liberado en breve, por medio del psicoanálisis. Deutsch afirmaba al respecto:

Ciertas actitudes posturales reflejan o sustituyen, preceden o acompañan la expresión verbal del material inconsciente. Cada individuo tiene una postura de reposo característica, a la que vuelve siempre que se desvía de ella. (1947, p. 211)

Holt (citado en Anzie, 1981) señala que el movimiento es siempre una función del individuo en relación con algún aspecto de su ambiente interno o externo; y al ser una manifestación de las relaciones funcionales, es importante a la hora del estudio de la personalidad.

Respecto al problema del ritmo individual, Anders (citado en Anderson, 1978) observó que cada persona presentaba un ritmo de movimiento peculiar y propio, y que existía una relación personal entre ese tiempo y el de su pulso y respiración

Estudiando una tarea motora sencilla, Langer (citado en Anderson, 1978) observó que la compulsión motora (tendencia a actuar sin pensar) presenta un coeficiente de correlación de 0,52 con la agresión; de 0,43 con la dominancia; de 0,40 con la exhibición, y de 0,38 con la compulsión según queda determinada por las restantes estimaciones empleadas en el estudio de Harvard sobre personalidad, bajo la dirección de Murray. Considerando estos cinco atributos como un síndrome de ascendencia, se obtuvo una correlación de 0.65 entre ascendencia y

Universidad de huelva 2010

compulsión motora (Langer, op. cit.). La "impedancia" (o necesidad de invertir una cantidad de tiempo desproporcionada para realizar una tarea) presentaba una correlación negativa con la agresión, contracción, defensividad, dominancia y compulsión, indicando sentimientos de inferioridad, inseguridad, escasa integración, autohumillación (Langer, op. cit.). En general, este estudio constituye una buena ilustración de las relaciones existentes entre características motoras (expresión) y atributos de personalidad.

3.1.2.2.2. Teoría de la Gestalt

La otra fuente se encuentra en la **teoría de la Gestalt**, que puso de manifiesto la importancia de la totalidad de la personalidad, de la conducta y de la experiencia en el análisis de los elementos que determinan las conductas.

Los experimentos desarrollados por sus teóricos han llevado a descubrimientos que se relacionan con las técnicas proyectivas: Wertheimer, Köhler y Koffka contribuyeron a la comprensión de los procesos perceptuales implicados en las técnicas proyectivas, especialmente en aquellas que presentan un estímulo al que se debe responder (por ejemplo el T.A.T.). Los experimentos de Lewin[3] proporcionaron conocimiento de la estructura de las situaciones y de las fuerzas que operan sobre los sujetos en esas situaciones

El primer factor significativo que surge de la experimentación en el campo de la percepción es la *selectividad* general de todos los procesos preceptúales, donde se ha llegado a establecer que cada estímulo se percibe siempre en relación con la configuración de otros estímulos entre los que aquél aparece enclavado en la realidad o con los cuales ha llegado a relacionarse de forma funcional a través de la experiencia pasada del sujeto.

La selectividad general encontrada en todos los actos perceptuales del sujeto es una función de ciertos factores *internos* y *externos* de la percepción.

---

[3] Lewin intentó describir las relaciones entre vectores que motivan la conducta del sujeto en varias direcciones, las barreras interpuestas en el curso del movimiento y su conducta dentro del "espacio vital".

Universidad de huelva 2010

Casi desde sus principios, la psicología de la Gestalt ha dado una gran importancia a la investigación y el descubrimiento de las leyes que gobiernan los *factores externos* en la percepción.

Raimy (citado en Abt y Bellak, 1989) ofrece las siguientes hipótesis sobre el papel de los *factores internos* en la percepción que en gran medida resultan congruentes con la posición teórica de la psicología proyectiva:

a. El concepto del sí mismo es un sistema perceptual aprendido, gobernado por los mismos principios de organización que los objetos perceptuales.
b. El concepto del sí mismo regula la conducta.
c. La percepción que una persona tiene de sí misma puede no tener relación con la realidad externa
d. El concepto del sí mismo es un sistema diferenciado pero organizado, de modo que incluso sus aspectos vistos como negativos pueden ser defendidos por el sujeto para mantener su individualidad.
e. El marco total de este concepto determina la forma en que se perciben los estímulos, así como el olvido o el recuerdo de los estímulos antiguos.
f. El concepto del sí mismo permitir una rápida reestructuración si las condiciones lo permiten, pero también puede mantenerse inalterado en condiciones que puedan ser vistas como situación de tensión.

También son importantes los estudios de Piaget referente al desarrollo del autoconcepto o de los factores perceptuales internos. Piaget (1926) ha intentado desarrollar lo que equivale a una teoría genética de la percepción, y así sugiere que el niño percibe el mundo físico como estructurado, por limitado que sea su marco de referencia y tiene capacidad para dar a cualquier campo de estímulos la certeza, de manera que sus actos perceptuales sean estables. Sin embargo, a medida que el niño madura y comienza a experimentar diversas clases de presiones sociales, a las que debe aprender a responder en forma aceptable y aprobada, de acuerdo con las exigencias del área cultural de la que forma parte, exhibe una marcada tendencia a modificar sus percepciones en la dirección de un acuerdo cada vez mayor con los de las otras personas. Los estudios de Piaget sugieren que ésta es la técnica mediante la cual el pensamiento del niño se

Universidad de huelva 2010

socializa, y que el niño es realmente incapaz de pensar en el sentido adulto hasta que sus percepciones se han socializado.

Sherif (1935) añade que cuanto más vago y menos estructurado es el campo de estímulos, más importante se vuelve el papel de la disposición y de los factores internos en la percepción para explicar la conducta del individuo.

Según Abt y Bellak (1989) cuanto más estructurado es el campo de estímulos, más depende la conducta de la actuación de los factores externos en la percepción; e inversamente, cuanto más vago y ambiguo el campo de estímulos, mayor es la oportunidad y la necesidad de que actúen los factores internos.

Gracias a los estudios de Bruner y Goodman (1947); Lambert, Solomon y Watson (1949); Bruner y Postman (1949); Bragman (1949) y Postman y Bruner (1949) se ha podido comprobar como la consideración de un aumento de tamaño en un objeto importante, no estaba en función del valor real de ese objeto sino del grado de relevancia que tenía para un sujeto determinado.

Aparece ahí un mecanismo que se denomina acentuación, y éste se concibe como un mecanismo central que subyace en las tendencias del juicio atributivo a incrementar el efecto de lo personalmente relevante.

La acentuación es una variedad de lo que Helson (1948) denomina nivel de adaptación, y está determinado por los efectos a posteriori de los estímulos con los que el organismo ha tenido relación y así los objetos importantes o personalmente relevantes son recordados como más grandes que los objetos neutros.

Esto nos lleva a que la acentuación, el nivel de adaptación y los cambios en la memoria están muy relacionados, posibilitando interpretaciones desde cualquiera de ellos.

3.1.3. Clasificación de las técnicas

Procediendo en orden cronológico, podemos reseñar las siguientes clasificaciones:

a. **Frank** (1939) toma como criterio para la clasificación la clase de respuesta elaborada por el sujeto, distinguiendo los siguientes tipos:

Universidad de huelva 2010

1. *Constitutivas*: cuando el sujeto plantea una estructura, forma o configuración sobre un objeto neutro.
2. *Interpretativas*: cuando el sujeto dice lo que una situación estímulo, tal como un dibujo, significa para él.
3. *Catárticas*: cuando el sujeto descarga afectos o sentimientos sobre la situación estímulo, como cuando juega con juguetes.
4. *Constructivas*: cuando a través de las construcciones realizadas con el material ofrecido, revela alguna de las construcciones organizadoras de su vida.

b. **Eysenck, H. J**. (citado por Pichot, 1971) establece la siguiente clasificación:

1. *Tests de completamiento*. El sujeto debe completar una frase o una historia cuyo principio constituye el estímulo.
2. *Tests interpretativos*. El sujeto debe interpretar o contar una historia a partir de un estímulo.
3. *Tests de producción*. Se le pide al sujeto que dibuje, pinte o, en una situación de juego, que realice o produzca una construcción destinada a interpretarse.
4. *Tests de observación*. Se coloca al sujeto en una situación vagamente estructurada y se observa su comportamiento.

Esta clasificación, que comenzó basada en la tarea que se solicita al sujeto, acaba teniendo en cuenta la tarea que lleva a cabo el examinador.

c. **Bell**, (1992) enuncia cuatro categorías:

1. Asociación de palabras y técnicas afines
2. Técnicas de estimulación visual.
3. Movimiento expresivo y técnicas afines.
4. Juego, dramatización y técnicas afines.

También aquí el criterio varía de las características de la tarea a las características del estímulo.

Universidad de huelva 2010

d. **Anzieu** (1981) propone dos categorías de Tests proyectivos:

1. *Temáticos* cuyo prototipo es el TAT. Recogen la manifestación de las tendencias, conflictos y momentos claves vividos por el sujeto. Pertenecen también a esta categoría, los juegos dramáticos, los dibujos o narraciones libres o a completar y las interpretaciones de cuadros, fotografías o documentos diversos.
2. *Estructurales.* su prototipo es el Test de Rorschach. Recogen la manera de aprehender el mundo, el equilibrio, su «mundo de formas».

e. **Aguirre Llagostera** (1989)

1. *Evocación mediante asociación perceptiva*: la respuesta es dada a partir de un estímulo visual o auditivo. Ejemplos: el Test de Rorschach y el Test de Asociación de palabras.
2. *Evocación y reproducción mediante expresión gráfica*: el sujeto debe analizar y sintetiza un objeto o situación, evocado en función de la consigna y representarlo gráficamente. Ejemplos: todas aquellas pruebas basadas en el dibujo de un elemento o una configuración sugeridos por una consigna y susceptibles de ser analizados según unas determinadas normas.
3. *Elaboración de una situación percibida*: a partir de una situación presente o sugerida en el estímulo, habitualmente una lámina, el sujeto debe construir un relato. Ejemplos; T.A.T (Test de apercepción temática), T.R.O. (Test de relaciones objetales) de Phillipson y P.N. (Pata negra) de Corman.

f. **Fernández Ballesteros** (1996) clasifica las Técnicas proyectivas en:

1. *Estructurales:* ante las cuales el sujeto comenta lo que ve ante estímulos visuales muy poco estructurados. Ejemplos: el Rorschach y el Z- Test.
2. *Temáticas*: que consisten en estímulos visuales con distintos grados de estructuración ante los que el sujeto debe narrar una historia. Ejemplos el T.A.T de Murray, el Test de Relaciones Objetales de Phillipson y el Pata Negra de Corman.

Universidad de huelva 2010

3. *Expresivas*: en ellas se le pide al sujeto que realice un dibujo. Ejemplos: Dibujo de la Figura Humana de Machover, Test del Animal de Levy, Test de la Familia de Corman.
4. *Constructivas:* en las que el sujeto debe construir «algo» con muy diversos materiales. Ejemplo: Test del Pueblo.
5. *Asociativas:* en las que el sujeto debe manifestar verbalmente sus asociaciones a palabras, frases, cuentos. (Fernández Ballesteros, 1996, p. 168)

Se mantiene la clasificación en torno a la tarea a realizar por el sujeto pero son categorías que se superponen.

De Santiago et al. (1999) propone otra clasificación, que voy a exponer, brevemente, por parecerme más completa:

1. TÉCNICAS DE ASOCIACIÓN DE PALABRAS: se le dice al sujeto una palabra o frase y él debe responder con lo primero que le venga a la cabeza, como una especie de asociación libre. Son los estímulos verbales los que van a provocar la respuesta proyectiva.

   1.1. Asociación de palabras.

   1.2. Frases incompletas.

   1.3. Narración y completamiento de relatos. (Fábulas de Düss).

   1.4. Test Desiderativo.

2. TÉCNICAS APERCEPTIVAS: los estímulos a los que el sujeto debe responder son cuadros, figuras, dibujos impresos, etc. Ha de contar una historia, expresar a qué se parecen las figuras de la cartulina. Es decir, debe estructurar según su mundo interno una serie de estímulos gráficos sin un sentido determinado, o, más concretamente, con el significado que cada sujeto le otorgue.

Tenemos las siguientes:

2.1. -Apercepción de formas y estructuras.

A) Test de Rorschach.

B) Test de Zülliger (Z-test).

Universidad de huelva 2010

2.2. Apercepción temática:

A) T.A.T. (Murray)

B) C.A. T. infantil (Eellak)

C) Pata Negra (Corman).

2.3. Otros métodos de cuadros:

A) Test de Frustración (Rosenzweig).

B) Test de Szondi.

C)Test de Relaciones Objetales (Phillipson).

3. TÉCNICAS PROYECTIVAS GRAFICAS: la persona se enfrenta casi siempre a un estímulo neutro: una hoja de papel en blanco, y a una consigna concreta, aunque bastante ambigua: dibujar (una persona, un árbol, una familia, etc.). Es decir, que la tarea que debe realizar es gráfica, no verbal y lo que resulte va a dependen de su estructura psíquica.

Dentro de este grupo se recogen:

3.1. Escritura y grafología.

3.2. Motores y visomotores:

A) Psicodiagnóstico miokinético (Mira y López)

B) Guestáltico visomotor (Bender).

3.3.- Dibujos:

A) Dibujo libre (Wolf).

B) Dibujo de la figura humana (Goodenough).

C) Dibujo de la familia (Corman).

D) Test del árbol (Koch).

E) Casa -Arbol -Persona (Buck).

3.4.- Colores:

A) Test de Lüscher.

Universidad de huelva 2010

4. TESTS LÚDICOS, DRAMATIZACIÓN y SIMILARES: son menos utilizados y más limitados al campo de la clínica infantil, consisten en la manipulación de objetos reales con fines proyectivos: piezas de un rompecabezas, figuritas de madera o el propio cuerpo o el de otros.

Aquí están:

4.1.- Test del mundo.

4.2.- Make a Picture Story Test (MAPS).

4.3.- Test de construcción de una casa.

4.4.- Psicodrama.

3.1.4. Críticas a las Técnicas proyectivas.

Las técnicas proyectivas han provocado gran número de críticas. Según Bell (1992) muchas de ellas son justificables y, además no han sido tenidas en cuenta en las siguientes investigaciones. Pero también, comenta este autor, algunas de esas críticas han sido excesivas, pues todavía es necesario que avance el método científico de la psicología para que se puedan solventar algunas de ellas.

Las críticas dirigidas contra las técnicas proyectivas son las siguientes:

1. Falta de estandarización de los diversos métodos proyectivos. Con excepción del Rorschach, ningún método proyectivo ha sido empleado en forma estandarizada en más de 50 estudios de investigación. El TAT se está acercando al logro de tal estandarización. La estandarización es una regla que puede aplicarse sólo parcialmente a las técnicas proyectivas.
2. Sensibilidad que revelan los métodos en cuanto a las relaciones interpersonales entre el examinador y el sujeto. La calibración del examinador se hará parte esencial del procedimiento, si bien no se han desarrollado aún los medios que pueden facilitar el cumplimiento de esa calibración.
3. Imposibilidad de estos métodos de describir en detalle las características de los grupos empleados para los estudios experimentales. Ello es, en parte, consecuencia del registro y, en parte, de los problemas que llevan a la formulación de la cuarta crítica.

Universidad de huelva 2010

4. Dificultad semántica en la presentación de las conclusiones de las interpretaciones de los tests, debido a la inadecuación de los términos empleados para describir las características de la personalidad.

   La debilidad de este vocabulario se halla vinculada con las características de la personalidad de manera válida y fiable, pero éstas sólo tienen, por lo general, carácter de hipótesis de trabajo.

5. La desventaja que entraña el empleo de las técnicas proyectivas reside en la gran cantidad de material obtenido y su problemática para la reducción de esos registros mediante un esquema de clasificación, pues se necesita que no destruya la naturaleza propia del material, pero sí que la refleje.

6. Control de las tendencias subjetivas propias del examinador. Este elemento subjetivo puede manifestarse tanto en la observación de la conducta individual, como en la elección de las categorías al clasificar las respuestas y, especialmente, en la interpretación.

7. El problema de la fiabilidad en la tarea, en la clasificación y en la interpretación.

8. Las cuestiones relativas a la fiabilidad nos remiten a las de la validez.

9. Los novatos y los profesionales no preparados o poco entrenados han desacreditado el Campo de la Psicología por el mal empleo de las técnicas proyectivas.

Anzieu (1981) añade las siguientes críticas:

1. Algunos partidarios de estas técnicas, cometen generalizaciones no cuidando de definir sus operaciones y control de resultados.

2. Ausencia de sentido científico en los autores que construyen o aplican las técnicas proyectivas. Algunos autores creen que los defectos proviene del material empleado y lo modifican con mayor o menor imaginación.[4] Otros toman el material de un test proyectivo y lo administran según la técnica de otro test proyectivo.

---

[4] Las láminas del TAT (Murray, 1938) han sufrido muchas transformaciones (cambios de personajes) y sin embargo ningún autor ha investigado experimental o estadísticamente si ese

Universidad de huelva 2010

3. Es preocupante la gran cantidad de sistemas distintos de interpretación para un mismo test, pero que a la vez mantiene inalterable el material y las consignas. Así por ejemplo, en el TAT, desde su creación en 1935 hasta 1952 se registra un sistema nuevo por año.

4. Las respuestas del sujeto dependerán demasiado de la influencia del examinador.

5. Las técnicas proyectivas no toman en cuenta más que un aspecto parcial y cambiante de la personalidad.

Aunque, ciertamente, estas técnicas tienen grandes críticas no podemos olvidar que son un valioso elemento de observación que nos permiten la obtención de datos relevantes en cuanto a necesidades, valores, temores, expectativas, fantasías, formas de reacción; pues percibir, organizar, dar sentido y resolver una situación son elementos válidos para ser tenidos en cuenta a la hora de la evaluación psicológica de un sujeto.

3.2. TÉCNICAS PROYECTIVAS PARA NIÑOS

3.2.1. Introducción

Según Calonge (1992), el uso de de técnicas proyectivas en la infancia es un instrumento útil para la formulación de hipótesis interpretativas, sobre todo cuando la edad y/o el nivel madurativo del niño no permite la utilización de pruebas psicométricas.

Neale y Rosal (1993) definen que el campo de estudio en técnicas proyectivas puede ser visto como una mezcla de arte, evaluación y terapia.

El proceso proyectivo en la infancia no se conoce tan bien como en los adultos. Para empezar, el yo y la estructura del carácter no están relativamente estables. El yo va pasando por la etapa de indiferenciación hasta alcanzar un buen

---

cambio favorecía la proyección en el sujeto pero a la vez se sigue conservando el mismo sistema de análisis y de interpretación del original.

Universidad de huelva 2010

nivel de diferenciación como resultado de la interacción entre el aprendizaje y los procesos de la maduración.

En los adultos se posee un marco de referencia para establecer juicios relativos al grado y el nivel de integración yoica, pero en el caso de los niños esa información no es tan fácil de conseguir ni de aplicar.

La evolución infantil se orienta hacia dos campos clínicos relacionados:

- Aquellos conflictos disfuncionales de carácter familiar o social donde el niño es el síntoma o "paciente designado" de la situación
- El propio conflicto que el niño experimenta relacionado con una estructuración psicoafectiva particular que está inserto en un ambiente socicultural determinado.

Jones y Badger (1991) y French (1993), aportan que el examen, mediante técnicas proyectivas debe ser enfocado hacia la exploración de la experiencia del niño con las perturbaciones emocionales tanto internas como externas y/o familiares.

La justificación del uso de las técnicas proyectivas es la necesidad un acercamiento cualitativo.

Pérez García (1989) añade que el análisis nos proporcionará información de las áreas menos madura dentro del desarrollo de la personalidad infantil, mostrando cómo su incapacidad para organizar e interpretar el material presentado nos habla de la concienciación de los posibles problemas emocionales y de sus pocos recursos para afrontar estas situaciones conflictivas. Debemos contar también que el proceso evolutivo determinará el nivel de gravedad o levedad que los síntomas están provocando en el desarrollo de la personalidad del niño.

Exceptuando las "normas privadas" del clínico experimentado en el trabajo con niños, existe muy poca información sobre la conducta infantil y sus respuestas a las situaciones proyectivas con distintos tipos de materiales.

Para el clínico experto, los tests proyectivos aportan un alto grado de confianza a la hora de confirmar sus primeras hipótesis surgidas por la entrevista o pueden aportar información que invalida los primeros planteamientos del problema. Por tanto, la adecuada integración de los datos previstos o nuevos empieza a ser la base que orienta el proceso diagnóstico, y con ello, las pautas de intervención.

Universidad de huelva 2010

Jiménez y González (1995) plantean que la presentación de técnicas proyectivas podría utilizarse en áreas concretas y estáticas de la personalidad cuando el objetivo se centre en la definición o aclaración de un aspecto concreto de carácter diagnostico, o en la descripción de dimensiones parciales de la estructuración de dicha personalidad.

Bourgés (1979) plantea que las técnicas proyectivas, desde la perspectiva dinámica, capta la evolución afectiva del niño a lo largo de su proceso madurativo. Esa perspectiva se presenta como la clave de la compresión eficaz de la problemática del niño.

Pero, hoy en día, y a pesar de su origen psicoanalítico, los profesionales emplean las técnicas proyectivas mucho más allá de la referencias psicoanalíticas. El profesional analiza las capacidades que el niño tiene en sus modelos particulares de estructuración cognitiva, de interpretación del mundo que le rodea y su estilo de presentación de sí mismo antes situaciones ambiguas.

Los estímulos específicos de las técnicas proyectivas llevan hacia la proyección de elementos imaginarios y se suman procesos racionales en un porcentaje que depende del test aplicado y de la situación en la que se encuentra el niño.

3.2.2. Clasificación de las técnicas proyectivas para niños.

Rabin y Haworth (1966) realizan la siguiente clasificación:

a. Las técnicas *asociativas:* exigen que el niño responda a los estímulos presentados con la "primera palabra", imagen o idea, "lo antes posible. (test de asociación de palabras).

b. Las técnicas *de construcción: s*e espera que "haga" o "invente" algo, que "cree". (Test de Apercepción para niños (CAT)).

c. Las técnicas *de completamiento:* se presenta al examinado un producto incompleto que aquél debe completar. En muchos sentidos, constituye un tipo más estructurado de método, puesto que se exigen al niño ciertos requisitos implícitos en la parte "no terminada". No hay aquí tanta libertad como en el caso de la construcción. (Test de frustración de Rosenzweig)

Universidad de huelva 2010

d. Las técnicas de *elección u ordenamiento:* están, en cierto sentido, más cerca de los métodos "psicométricos", al ser la respuesta más limitada y simple. Permiten un menor grado de libertad y espontaneidad por parte del niño. (Test de Szondi).

e. Las técnicas *expresivas:* ofrecen una oportunidad no sólo para la proyección (material para que el examinador haga una interpretación de la personalidad) sino también, para la autoexpresión del examinado. (juego libre).

3.2.3. Información y tipo de datos proporcionados por las Técnicas Proyectivas

El uso de los tests proyectivos para la investigación de la personalidad infantil ha ido constantemente en aumento pues permiten obtener las percepciones y las interpretaciones de la realidad que hace el niño. A medida que éste va logrando su propio esquema cognoscitivo, tiende a revelar pensamientos, sentimientos y actitudes internas sobre diversos aspectos de su mundo.

Abt y Bellak (1989) señalan que las respuestas que dan los niños en las técnicas proyectivas reflejan la percepción que el niño tiene de los estímulos, y que constituyen manifestaciones de los sentimientos, los estados y las actitudes internas del niño.

1. Concepto de proyección.

El fenómeno de la proyección en los niños no puede considerarse tal como se hace con los adultos. El hecho es que los niños interpretan la realidad de muchas formas, según su nivel de desarrollo y pueden "distorsionar" la realidad por sus limitaciones en su experiencia, su conocimiento y su dominio del lenguaje. El pensamiento mágico, el razonamiento sincrético, constituyen ejemplos de "distorsiones" de la realidad física y social hechas por el niño pequeño, y no puede suponerse que reflejan actividades defensivas.

2. Nivel de fantasía obtenido.

Desde un punto de vista psicoanalítico, debería existir alguna correlación entre el nivel de desarrollo del niño y la fantasía derivada del impulso.

Universidad de huelva 2010

En los últimos años la investigación ha tendido cada vez más a examinar la relación entre la fantasía y la conducta. Se trata, en parte, de estudios de validación de los tests proyectivos. Se han publicado trabajos sobre el juego con muñecos, el TAT y el Rorschach, que intentan establecer tales correlaciones.

Smith y Coleman (1956) utilizando el Rorschach y el MAPS, encontraron que el primero arroja relaciones curvilíneas entre el contenido hostil y la agresión manifiesta, mientras que en el caso del MAPS, se estableció una correlación positiva entre "el grado en que los temas hostiles eran dramatizados sin modificación en los protocolos del MAPS y la hostilidad manifiesta" (1956, p. 333). Los autores también afirman que utilizando ambos tests obtuvieron mejores correlaciones entre los datos del test proyectivo y la conducta manifiesta, aunque cada uno de los tests parece medir cosas distintas. Con todo, llegan a la siguiente conclusión: "*Ninguna de las correlaciones entre el contenido hostil del test proyectivo y la hostilidad manifiesta fue bastante alta como para que estas medidas resulten útiles como instrumentos predictivos en un nivel individual*" (1956, p. 333). Así, por valiosos que sean los resultados grupales, todavía se debe resolver el problema relativo a mejorar la capacidad predictiva de los datos obtenidos con los tests proyectivos para cada individuo.

La fantasía del niño debería reflejar en mayor medida su propia experiencia de vida y así a medida que madura, comienza a acercarse a las respuestas más convencionales.

3. Necesidad de datos normativos.

Muchos autores (Goodenoguh y Harris, 1950; Paulsen, 1954; y Thetford, 1951; citados por Rabin y Haworth, 1966) señalan la necesidad de obtener datos normativos para las diversas técnicas proyectivas. Hace falta saber cuál es el nivel normal cuando se compara un niño con otros miembros de su grupo. Además, es preciso determinar el grado en que el niño se separa de sus pares desde el punto de vista del desarrollo y así, podemos estar más seguros respecto a cuáles de las respuestas son significativas en *apercepción* o *distorsión*. El grado en que el niño se desvía de sus pares, sin embargo, y el punto de la "curva" del desarrollo en que se encuentra sólo pueden determinarse cuando contamos con datos adecuados que permiten hacer tales comparaciones. Además, las normas son necesarias para evaluar el grado en que el niño expresa su propia orientación frente a la realidad.

Thetford et al. (1951) y Ames et al. (1952) señalan que los estudios normativos referidos a niños de distintas edades también ofrecen considerables

Universidad de huelva 2010

datos sobre las tendencias del desarrollo. En términos ideales, deberían ser estudios longitudinales para brindar el máximo de datos sobre el patrón de desarrollo.

3.2.4. Algunas limitaciones de las Técnicas Proyectivas.

Según Rabin y Haworth (1966) aunque los tests proyectivos son válidos para la mayoría de los niños, es importante señalar que hay dos grupos de niños donde es mejor emplear técnicas no proyectivas pues proporcionarán datos más valiosos.

1. Niños muy pequeños y en edad preescolar

Aquí las dificultades están en el lenguaje, pues incluso después de una mayor adquisición del lenguaje puede no ser suficiente y limitar sólo a una descripción cuando se le muestran láminas. Muchos investigadores han señalado la falta de validez en el uso de tests proyectivos con niños pequeños. Entre ellos figuran Ames et al. (1952, p. 285), quienes afirman, al evaluar los resultados obtenidos con el Rorschach, que puede revelar más claramente el grado de desarrollo que la estructura individual de la personalidad.

Además hay otra variable a tener en cuenta que es señalada por los psicólogos del desarrollo y del yo, y es que los niños pequeños expresan sus emociones en forma muy directa e inmediata por tanto la represión es más rara y más débil. Es menos probable que los conflictos se internalicen. Por lo tanto, los niños pequeños pueden ser más informativos con respecto a sus problemas y conflictos en la conversación espontánea que a través de las láminas del Rorschach o del CAT.

2. Niños extremadamente perturbados.

Son niños que al estar desorganizados resulta más útil averiguar hasta dónde pueden organizar su pensamiento y satisfacer las exigencias del medio en que viven, que explorar sus dificultades. Aquí el empleo de tests de inteligencia y otros materiales más estructurados puede resultar muy positivo. Quizás sea más importante determinar si el niño ha podido aprender a manejar las capacidades que se requiere en su curso, que

Universidad de huelva 2010

aumentar el número de pruebas evidentes de su psicopatía. El acento está puesto aquí en la investigación de los aspectos firmes y positivos de su personalidad, y no en las debilidades.

Incluso en niños menos perturbados, deben tenerse en cuenta las capacidades y fortalezas reveladas en los tests no proyectivos, que pueden diferir de las deducidas de los proyectivos. Ambos tipos de tests se complementan en la evaluación total. Si uno de ellos falta, pueden pasarse por alto datos importantes, porque no es posible explorar algunos niveles psíquicos. Rapaport (1976) sugieren el uso de "...tests no estructurados, que revelan más sobre la organización y los patrones de conflicto de la personalidad, y tests estructurados, que revelan más sobre la fuerza de la socialización v la adaptación"(p. 184).

3.3. TÉCNICAS PROYECTIVAS GRÁFICAS

3.3.1. Introducción

La realización expresiva en el ser humano es fundamental para comprender sus motivaciones. Cencillo (1977) la define como "hacer presente simbólica o substitutivamente lo latente en la intimidad o presentar bajo otro aspecto no patente lo ya presentado en la realidad percepcional" (p. 426).

Cuando la persona realiza un dibujo está expresando aquello que ha percibido o percibe de manera personal e íntima y lo hace con claves manifiestas y con otras simbólicas.

En los test gráficos, la expresión y la proyección se solapan y se complementan, pues la proyección es una forma de expresión y a la vez, la expresión implica proyectar.

Los tests gráficos sirven de estimulo para la imaginación del sujeto por lo que se supone que en principio la persona revelará algo de sí mismo (Vega Vega, 1984), es decir el sujeto ante la presentación de frases, consignas, las estructurará proyectando con su imaginación, su estado de ánimo, sus conflictos Inter e Intrapsíquicos y el tipo de mecanismos de defensa que censuran tales contenidos inconscientes.

Universidad de huelva 2010

Los tests gráficos pueden informar de los aspectos estructurales más básicos, pues al tener menos control intelectual en la realización gráfica les convierte en los primeros detectores de índices psicóticos y los últimos en ofrecer modificaciones o cambios importante (Pérez García, 1989).

Dentro del área de las técnicas proyectivas es importante observar la actitud del sujeto cuando se enfrenta a la tarea, pues nos puede revelar características de la personalidad (no es lo mismo un niño que dibuje con confianza que otro que lo haga con dudas); también es importante fijarnos en la cooperación del niño en la tarea encomendada.

A nivel de la propia producción gráfica debemos diferenciar los denominados elementos *expresivos* de los elementos de *contenido*.

Los elementos expresivos: son llamado estructurales o formales (Machover, 1971). Cabe destacar: la calidad de la línea, lugar que ocupa el gráfico en el papel, el tamaño, la presión, la simetría, el borrado, las proporciones, las áreas en blanco, la perspectiva, grado de inclinación, etc.

Los elementos de contenido: Hammer (1992) incluye dentro de esta categoría la postura de la figura, la expresión facial, siempre que se trate de un ser animado y la importancia que se le preste a los diversos detalles del dibujo.

El énfasis expresivo en los dibujos transmite diferentes matices de significados, así hay niños que pintan una "línea feliz" o "una línea nerviosa" (Hammer, 1997).

Wolf (citado en Hammer, op.cit.) mediante sus investigaciones aportó "el cociente rítmico", pues según este autor existen proporciones definidas en el tamaño de los elementos formales y son características para cada sujeto, no varían con la edad y aparecen relativamente temprano en la vida. Esto nos habla de la confiabilidad de los movimientos expresivos y de intentar demostrar la correlación entre patrones psicomotores y personalidad.

Al darle la consigna al sujeto le estamos pidiendo que ponga en funcionamiento sus capacidades cognitivas (percepción, memoria, atención, etc.) para proporcionar la respuesta. En términos dinámicos se diría que se llama a las formaciones yoicas del sujeto y nos da la información de los mecanismos de percepción y adaptación a la realidad que posee el sujeto, pero en la producción gráfica (color, tamaño, fuerza del trazo, etc.) el sujeto nos esta revelando un factor

Universidad de huelva 2010

afectivo pasivo que invoca elementos afectivos del sujeto, el contenido emocional del mismo. Debido a esta distinción de factores podemos decir que cuando nos encontramos con dibujos de gran calidad artística y adecuada percepción de la realidad, nos habla de que las capacidades cognitivas y el control yoico, superan el factor pasivo afectivo. Es decir, el sujeto se enfrenta, a la realidad, principalmente con las funciones mentales (sistema secundario) más que con las afectivas, o pulsionales (sistema primario) (Hammer 1997,).

Al mismo tiempo, a nivel cognoscitivo podríamos decir que los tests proyectivos gráficos miden el desarrollo de maduración mental en cuanto que exigen un trabajo de análisis, síntesis y abstracción, cuya consecuencia es la conceptualización. Por tanto al Análisis le sigue la Síntesis, posteriormente la Abstracción y por último la Conceptualización. (De Santiago et al., 1999)

3.3.1.1. Breve historia de los Tests Gráficos

Aunque Goodenough (1926) fuera la pionera en dar una importancia diagnóstica a los dibujos, fue Freud, quien en 1900 y 1913, ya hace mención de la posibilidad que tienen los dibujos para interpretarse. Pero es con el desarrollo y consolidación del Psicoanálisis de niños cuando cobra importancia el análisis de dibujos. Los primeros intentos de esta nueva técnica se sitúan en 1920 y su precursora fue H. von Hug-Hellmuth aunque ésta no escribiera sobre la importancia del dibujo, sí lo hizo sobre el juego. Quien sí resalta la relevancia del dibujo es M. Klein (1930) la cual lo introduce en el trabajo analítico.

Encontramos entre medias del trabajo de Goodenough (1926, enfoque evolutivo) y del de Klein (1930, enfoque del psicoanálisis infantil) a Sophie Morgensten (1947, enfoque clínico) cual fue la primera en valerse de dibujos espontáneos del niño para psicoanalizarlo. Morgensten y Nolan realizaron en 1928 un estudio psicopatológico acerca de lo que denominaron "una extensión de la proyección", en dicho estudio se trataba tanto de descubrir la dinámica interna de sus pacientes como poder acelerar el proceso de psicoterapia teniendo como base las producciones gráficas de los sujetos.

Universidad de huelva 2010

3.3.2. Fundamentación y principios teóricos.

Los principios de orientación teórica en la que se basan estos tests gráficos proyectivos son los siguientes:

1. En el ser humano existe una tendencia a ver el mundo de manera antropomórfica (a través de su propia imagen) y eso facilita los aspectos proyectivos implicados en los dibujos de una casa, árbol, animal y otros.
2. La esencia de esa visión antropomórfica es el medio de proyección (por el cual uno atribuye las propias cualidades, sentimientos, actitudes y esfuerzos a objetos del entorno: personas, cosas u organismos).
3. Las distorsiones forman parte del proceso de proyección siempre que:
   a. la proyección tenga una función defensiva
   b. se dé significado de la propia vida a los datos parciales o superficiales, que no correspondan a la imagen real o total del objeto, o al objeto cuya presencia el sujeto niega en sí mismo

Esencialmente, el sistema interpretativo de los dibujos proyectivos se basa en estudios experimentales que ha provisto muchos datos aunque aún no concluyentes para la utilización de las Técnicas Gráficas como métodos de evaluación de la personalidad (Campo et al. sobre la homosexualidad, 1994; Pont, sobre delincuencia, 1998; Grassano 1987; Frank de Verthely 1984, sobre el mal ajuste sexual, y autoconcepto, rol sexual, homosexualidad).

Los aspectos de la dinámica de la personalidad que surgen de los dibujos proyectivos, se descubren mediante distintas vías de comprobación: información global sobre el examinado, asociaciones libres que realiza, traducción de símbolos mediante el análisis funcional y las comparaciones entre dibujos de una misma serie (más consistencia interna), y a través del registro de conductas verbales, expresivas y motoras, con interacción e integración de las mismas. Por lo general, las interpretaciones deberían representar la convergencia de varias o muchas líneas de datos; es un principio básico de toda metodología científica.

Además hemos de tener en cuenta que en los test gráficos confluyen tres ejes importantes:

a. *acción psicomotriz*: el hecho gráfico de dibujar,

Universidad de huelva 2010

b. *representación mental*: la imagen mental expresada en el dibujo,

c. *el relato*: la verbalización o comentario añadido sobre el dibujo.

Pérez García (1989) hace referencia a otros elementos que están igualmente implicados:

1. *La teoría de la situación analítica:* las técnicas Gráficas son un juego. La capacidad lúdica, frente la tarea como frente a la vida (tanto en el niño como en la madre, en el paciente como en el analista), está en función, o depende totalmente de la no urgencia defensiva y de los procesos de identificación. (Este punto lo veremos un poco más detallado en el apartado siguiente)
2. *La teoría de las pulsiones:* El dibujo es una acción, acción psicomotriz. Requiere el control y dominio motor. Puede reflejar el control de los impulsos, el nivel de la maduración biopsicológica o el umbral involutivo de deterioro.
3. *La teoría de las relaciones objetales:* . El dibujo es una imagen y en su realización aparecen las vivencias del "si mismo" y del propio cuerpo.
4. *La teoría del espacio-tiempo:* El dibujo es espacio, bidimensional o tridimensional. Espacio "potencial" donde aparecen las manifestaciones psicóticas o neuróticas de los sujetos
5. *Teoría de la comunicación y de la no-comunicación:* El dibujo es lenguaje; tiene su valor expresivo propio y simbólico-relacional. El dibujo como "juego" es terapéutico por sí solo (De Ocampo et al, 1989; Winnicott, 1971) y como medio de expresión es un instrumento útil de exploración de las fantasías (Klein, 1929, 1930, 1933, 1967).

3.3.2.1. El test gráfico como un juego

Una característica de las Técnicas Proyectivas Gráficas, es que son vividas como un "juego". Winnicott (1979) se sorprendía de lo que daba de sí el juego del garabato, pues a través de este juego (un lugar imaginario en el que poder manifestar todos los personajes del mundo interno, los recursos y los temores de cada uno). Este test le permitía establecer una comunicación con el niño y poco a poco los garabatos se iban transformando en significados figurativos o figuras

Universidad de huelva 2010

significativas. Este trasfondo lúdico, es muy importante, al permitir la expresión de la fantasía.

Winnicott, en su libro "Realidad y juego" (1971) explica como en la relación psicoterapéutica se crea un espacio transicional, el cual aparece como una reedición del espacio potencial creado entre el lactante y su madre. El objetivo de ese espacio es convertirse en una zona intermedia entre la fantasía (espacio perteneciente al narcisismo primario), y la realidad (o espacio dominado por la realidad externa).

De esta forma en la psicoterapia el papel que tiene el juego es el de constituir ese espacio transicional, citando a Winnicott dice del juego en relación con la psicoterapia lo siguiente: *"La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas"* (1971, p. 61). Extrapolando esto al juego con dibujos se podría decir que el espacio blanco, que es la hoja de papel, se podría entender como el objeto transicional donde el paciente puede expresar cuestiones concretas de sí mismo en la comunicación y en la transferencia. Por eso tiene importancia el dibujo pues permite utilizarse en la intervención psicoterapéutica, y además puede detectar índices psicopatológicos en el paciente, o en la zona transicional.

3.3.2.2. Niveles de maduración

Aunque las etapas del desarrollo gráfico las expondremos de forma más detallada en el siguiente capítulo, nos parece importante que hagamos aquí un resumen de dichas etapas pues como indica Bueno Belloch (1997) es necesario saber el nivel de desarrollo gráfico del niño cuando se le aplique un test gráfico proyectivo, pues la edad del niño es crucial para saber cual es la calidad de la respuesta esperada para su edad.

Pérez García (1989) señala que hay una correspondencia entre el desarrollo cronológico-evolutivo del dibujo y la adquisición de las funciones del pensamiento. Pero también en sentido inverso. La pérdida regresiva de las funciones del pensamiento puede reflejarse en el nivel regresivo del dibujo. Esa correspondencia puede darse tanto en el sentido progresivo-ascendente: desde el pensamiento sensoriomotor al pensamiento abstracto (Piaget, 1976; Wallon, 1974), como en sentido regresivo-descendente: del pensamiento imaginativo creador (que se sirve también del preconsciente) al pensamiento concreto-

Universidad de huelva 2010

operativo o sincrético (por yuxtaposición de elementos, no por integración unitaria), disociado, o en último grado, sensorio motor.

En sentido ascendente, sorprende los cambios madurativos reflejados en el dibujo; la evolución gradual, desde el desorden confusional (primeros garabatos del año y medio), al contenido reconocible (a los 3 años y medio); desde el realismo concreto, operatorio (7 años) a la comunicación simbólica y concepción espacial compleja (14-17 años). Es importante observar cómo en los garabatos del niño pequeño, el interés está en el gesto motor, en la huella gráfica en sí misma y no en el intento de representar algo. No hay relación integrada entre movimiento-trazo-figura.

A partir de los 2 años y medio ó 3 años, el niño "descubre" la relación entre estos elementos y aparecen los primeros *intentos de control visomotor* (Bender, 1982; Koppitz, 1981); poco después (a los 3 ó 3 años y medio), aparece la *"intencionalidad"*, atribuyéndole significado real a las líneas, luego al color y por último, *asignándole un nombre* al dibujo.

Al principio el ojo era el que seguía a la mano, luego es ésta quien sigue al ojo y poco después es la cabeza, la representación mental, el pensamiento, quien acaba definitivamente "rigiendo los accesos a la motilidad" (Freud, 1923), conduciendo al ojo y a la mano.

El paso del pensamiento sensoriomotor al pensamiento imaginativo, transcurre por la progresiva integración de sistemas sensoriales, perceptivos, motóricos, etc. (Pinol-Dourier, 1979). Cuando esta integración se pierde, por la regresión por ejemplo, en el adulto, el proceso puede recorrer la línea inversa: de la "desmentalización" al "desmantelamiento" autista (Meltzer, 1979) del pensamiento lógico a la pérdida del "sentido común" (Bion, 1965) por ataques al pensamiento y disociación de los sistemas sensoperceptivo.

3.3.3. Utilidad de los tests gráficos proyectivos.

A pesar de las críticas que les ha hecho son muchos los profesionales que trabajan con ellas. En varios estudios se ha observado una gran utilización de técnicas proyectivas frente a otros tipos que se centran más en técnicas de talante psicométrico.

Universidad de huelva 2010

En un artículo de Weiner (1992) se muestran porcentajes de utilización de distintos tests psicodiagnósticos en diferentes investigaciones. Fue realizada en 221 servicios que incluían hospitales psiquiátricos, centros de salud mental, práctica privada y centros de consejo.

El resultado lo vemos en la siguiente tabla

Tabla 3.1.Porcentajes de utilización de distintas pruebas

TESTS	Porcentajes
WAIS	90%
MMPI	85%
TVG BENDER	82%
RORSCHACH	81%
TAT	76%
WISC	71%
H T P	69%

Pero la importancia de estas técnicas no solo están presentes fuera de nuestras fronteras sino que en España y en la actualidad también se observa una amplia utilización de técnicas proyectivas. Y esto se puede ver en una investigación centrada en los informes periciales psicológicos de tipo judicial que se realizan actualmente en nuestro país. Dicha investigación realizada por De Santiago et al. (1999) se basa en el estudio de que tipo de pruebas o test de personalidad (a diferencia de la anterior investigación que incluía todos los tipos de técnicas) son utilizados para realizar los mencionados informes peritales.

El estudio se hizo recopilando las pruebas se utilizaron, cuáles y de que clase eran. Para ello se revisaron 108 informes con una utilización total de 438 test de distinta orientación, pero solamente se tuvieron en cuenta los 281 que eran tests de personalidad proyectivos y psicométricos. Los no incluidos eran: test de inteligencia (tales como WAIS, WISC, PMA, etc.), Tests Neuropsicológicos (como el Bender, test de retención visomotor de Benton, etc.) y Tests subjetivos (como el Diferencial Semántico).

Los resultados obtenidos señalan que los dos test psicométricos más utilizados fueron el EPQ y 16 PF (frecuencia de 21 en ambos casos) y con un total de frecuencia de tests psicométricos de 96, muy inferior a la frecuencia de los tests subjetivos (f = 185). Los autores señalan que fueron utilizados 9 tests de tipo psicométricos frente a 13 proyectivos.

Universidad de huelva 2010

Tabla 3.2. Porcentajes de utilización de distintas pruebas de personalidad

TESTS	PORCENTAJE
RORSCHACH	16,7%
DFH	12,8%
TEST DE LA FAMILIA	10,6%
16 PF	7,4%
EPQ	7,4%
TEST DEL ÁRBOL	6,4%
HSPQ	6,4%

3.3.3.1. Utilidad pragmática de los Tests Gráficos

Pont (2000) nos señala las ventajas de este tipo de tests:

- ítems familiares para todos y pueden ser dibujados por sujetos de todas las edades.
- Simplicidad y economía (tiempo y esfuerzo)
- A través de la secuencia de los gráficos podemos ver si se organiza o desorganiza cada vez más (progresión o regresión en psicóticos).
- El tiempo total de la respuesta es corto (ahorro de tiempo)
- Son instrumentos de apreciación rápida por un clínico con experiencia (peligro falta de práctica).
- Son menos susceptibles de controlar por el sujeto intelectual y conscientemente (y por tanto son los primeros detectores de índices psicóticos). La posibilidad de enmascaramiento, consciente o inconsciente disminuye marcadamente en relación con los tests verbales.
- Traducen las capas más primitivas y profundas de la personalidad, los aspectos estructurales más básicos, reflejan los aspectos más estables de la personalidad, los más difíciles de modificar y por tanto suelen ser los últimos también en ofrecer modificaciones importantes.
- Son técnicas no influidas por la cultura (porque no interfiere el lenguaje)
- Aportan una imagen gráfica de la personalidad total como gestalt

Universidad de huelva 2010

- El orden evolutivo en el dibujo es notablemente constante independiente del antecedente social de los niños (sobre todo en las figura humana a causa de su universal familiaridad)
- Traducen en qué estado está el "yo" del sujeto (percepción, psicomotricidad, juicio, abstracción, asociación, coordinación oculomanual, análisis-síntesis, espacial,...)
- Detectan organicidad.

3.3.4. Cuando utilizar los tests gráficos

Los tests gráficos son instrumentos diagnósticos que facilitan la empatía pues la tarea suele ser interesante y no es vivida como una amenaza ya que cualquier respuesta es correcta

Son especialmente indicados para comenzar un examen psicológico, en los contactos iniciales *a modo de rompehielos* (Hammer, 1997) a menos que el sujeto presente, como indica De Ocampo et al. (1989) sufra graves trastornos orgánicos (del esquema corporal, dificultades psicomotrices incapacitantes, Parkinson, Alzheimer) y también se debe tener en cuenta otros posibles trastornos que dificultan la grafía. Aimard y Abadie (1992) llegan a la conclusión de que los niños que presentan retraso del lenguaje a menudo son torpes en el dibujo. Señala que el retraso del lenguaje se acompaña habitualmente de retraso del grafismo.

Se ha de tener siempre presente que una lectura correcta de los signos pictóricos requiere práctica y aplicación, y que, como es natural, eso solo se consigue gradualmente. No se deben hacer interpretaciones aisladas en base a signos, el análisis del dibujo corresponde a la interacción de sus partes integradas en una globalidad. Sobre este aspecto, es preferible por lo tanto no interpretar obsesivamente cada detalle gráfico comprobando que rasgo de personalidad le corresponde, sino a la inversa, hacer una lectura global de los rasgos de personalidad y ver donde aparecen. Esto responde a la denominada hipótesis Holista-Funcional, la cual aparece normalmente aplicada al test de Rorschach pero, sin duda esto es extrapolable a los tests proyectivos gráficos.

Esta hipótesis plantea que toda acción realizada es tanto activa como propositiva y por lo tanto tiene una orientación hacia objetivos. Por lo tanto para

Universidad de huelva 2010

comprender y evaluar una acción (o una producción en el caso de los test gráficos) deberemos hacer un análisis global.

3.3.5. Aspectos expresivos de los dibujos proyectivos.

La interpretación de los Dibujos Proyectivos, se basa empíricamente en los siguientes puntos fundamentales (Sauch, 2000, Pont, 2000; Levy, 1997; Blatt et al., 1976):

a. El empleo de los significados simbólicos, comunes en psicoanálisis y folklore, derivados de los estudios que los expertos clínicos han realizado sobre sueños, mitos, fantasías y otras actividades que contenían determinismo inconsciente.

b. La experiencia clínica con los mecanismos de desplazamiento y substitución, así como en una amplia gama de fenómenos patológicos, en especial síntomas de conversión, compulsiones, fobias, estados psicóticos, que sólo pueden comprenderse dentro del marco que ofrece el concepto de simbolismo.

c. El descubrimiento de la simbolización a través de las asociaciones del sujeto.

d. La evidencia empírica derivada del estudio de los dibujos previos de pacientes.

e. La correlación entre los dibujos proyectivos realizados a intervalos durante el curso de una terapia, y el cuadro clínico en los momentos en que se realizan los dibujos (correlaciones directas).

f. Congruencia interna. Cuando no hay coincidencia entre las distintas técnicas incluidas en la batería proyectiva (entre los dibujos y el comportamiento del sujeto, su historia, otras técnicas y otros dibujos), que, más que contradecirse, se ha comprobado que se complementan.

g. El sistema interpretativo de los dibujos proyectivos se basa en los estudios experimentales.

Pero este punto se tratará de forma más detenida en el capítulo siguiente, donde se analizará cada elemento expresivo.

Universidad de huelva 2010

Capítulo 4:

Aspectos evolutivos, expresivos y teóricos-interpretativos del dibujo infantil.

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

4.1. INTRODUCCIÓN

Al igual que en otros capítulos, antes de iniciarlo vamos a definir previamente una serie de conceptos relacionados con los temas que nos ocupa: grafismo, acto gráfico y espacio gráfico

- **Grafismo**: es un movimiento de la mano controlado por la vista que permite seguir la evolución de los trazos y los diferentes momentos de las conexiones viso-gráficas. Una simple línea es el primer grafismo del niño (Lurçat, 1983). El grafismo es el resultado del movimiento, es el trazo que aparece en la superficie donde dibujamos.
- **Acto gráfico**: es el hecho de realizar grafismos. El dibujo es una actividad que precisa actos gráficos para ser llevada a cabo. Lurçat (1974) lo define como un conjunto de realizaciones que se utilizan para escribir o dibujar. Para este autor, el acto gráfico es la acción de realizar la actividad gráfica con movimientos organizados y su objetivo es la realización de trazos que conllevan un contenido expresivo. El estudio del acto gráfico ayuda a conocer cómo se va produciendo la evolución del grafismo y los diferentes objetivos de cada trazo realizado.
- **Espacio gráfico**: es el lugar donde se realiza el acto gráfico y donde aparecen los grafismos (Wallon y Lurçat, 1959 y Lurçat, 1974). Este espacio puede tener diferentes planos y su amplitud es muy variable. En el entorno educativo predomina el plano vertical-horizontal.

El análisis de la expresión gráfica de los niños es uno de los indicadores básicos para el estudio del desarrollo psicológico del niño y así poder aplicar los métodos y técnicas que vayan mejor para su desarrollo integral y para solucionar los problemas concretos que puedan surgir (Valdés, 1985).

Según este mismo autor, los estudios sobre el dibujo infantil tuvieron un momento de auge desde finales del s. XIX hasta las primeras décadas del s. XX, pero actualmente los estudios están centrados en otros aspectos del desarrollo del niño.

Los trabajos realizados por Cooke (1885), Barnes (1893), Shinn (1892), Maitland (1895), Lukens (1896) y Brown (1897) constituyen algunos de las primeras investigaciones que se caracterizan por el empleo de una metodología de

Universidad de huelva 2010

tipo descriptivo. Otras investigaciones realizadas a comienzos del siglo pasado (Claparède, 1907; Luquet, 1927; Goodenough, 1926, 1931)[5] centran su interés en la relación entre aptitud intelectual y desarrollo del dibujo. La naturaleza y contenido del dibujo son considerados como indicadores de un determinado nivel de desarrollo cognitivo. Los dibujos de la figura humana, la casa y el árbol son los que más investigaciones han provocado y la consecuencia más importante es la posibilidad de elaborar escalas que tengan utilidad para el estudio y evaluación del desarrollo cognitivo en los niños, sobre todos en los más pequeños. Así la escala de inteligencia elaborado por Goodenough, basada sobre todo en el número de detalles dibujados en la figura humana es una de las aportaciones más importantes.

Maganto (1988) señala que todas las manifestaciones de la conducta son expresiones más o menos claras de nuestra forma de ver, pensar y sentir, pues no solamente se tiene en cuenta la organización mental que manifiesta el dibujo sino también la calidad, la dinámica propia de la organización individual.

El dibujo resulta ser uno de los recursos más empleados por los niños para expresarse; a través de él plasman lo mismo sus fantasías que sus miedos, la forma en que perciben el mundo y a sí mismos dentro de él; es una forma en la que no es necesario profundizar en lo que se quiere decir, a menos que exista un adulto a quién le interese lo realizado por el niño y decida interrogar a éste para conocer o profundizar en el significado. Este último puede tener connotaciones distintas, ello depende de las condiciones o el contexto en el que se realice el dibujo así como de la situación personal de quién lo hace. La ejecución de los dibujos realizados por los niños depende de múltiples influencias, algunas de ellas son necesarias para su evolución, pero otras pueden perjudicarlo.

Entre estas influencias destaca las condiciones que rodean la creación de los dibujos. Ésta puede provenir directamente del niño, él es quien toma la iniciativa para dibujar y quien decide qué y cómo lo va a hacer. Su intención es "comunicar" algo aunque no sea consciente de ello, a través de su dibujo puede decirnos si está triste o alegre, a veces nos dará alguna indicación verbal con respecto a lo que está haciendo ("estos son los ojos de la nube"), lo que nos lleva a pensar que el dibujo

[5] Todos los autores citados en Escoriza y Boj (1993)

Universidad de huelva 2010

representa un medio a través del cual dialoga consigo mismo, con su mundo interior.

El dibujo es un intermediario entre el juego y la imagen mental, pero necesitaríamos analizar los elementos que conforman el dibujo infantil:

a. *la intención* (que es la continuación de una idea que el niño tiene en la mente al empezar el dibujo; dentro de los objetos reales el niño reproduce los elementos que le interesan),

b. *la interpretación* (idea que el niño tiene durante el transcurso o al final de la ejecución de su dibujo, del nombre o la explicación que le dará a éste, generalmente coincide con la intención que ha sugerido el dibujo),

c. *el tipo* (representación de un mismo objeto que el niño da en todos sus dibujos, siguiendo una evolución gradual, que a su vez está compuesta por dos factores: conservación del tipo y modificación del tipo),

d. *el modelo interno* (este concepto corresponde a una realidad psíquica y nos sirve para distinguir la representación mental y el objeto que se plasma en el dibujo),

e. *el color*: base en lo anterior, vemos que el niño es sensible al color, abstrayéndolo de los objetos que le sirven de soporte

Hay dos clases de dibujo: el *figurativo* (su fin es representar algo) y el *no figurativo* (geométrico, que no representa nada para el niño). En tanto que los niños demuestran un mayor interés por las "formas de vida" se inclinan más por el dibujo figurativo que por el no figurativo que representaría las "formas bellas". Queda claro que el dibujo infantil es realista, con matices esquemáticos e idealistas.

A través del dibujo, el niño nos da su visión del mundo, su forma de percibirlo y por tanto de expresarlo. Esto nos permite investigar sobre aspectos de su personalidad y ello es debido al resultado de dos factores: la maduración psicofisiológico y la experiencia vivida.

El contenido del dibujo suele estar determinado conscientemente, existe una relación entre el estilo de la ejecución y las características de la personalidad (Anzieu, 1981).

Muchas investigaciones apoyan el empleo de los dibujos como técnica diagnóstica para evaluar la personalidad del niño.

Universidad de huelva 2010

Waehner (1942,1946) estudió 760 pinturas realizadas por 38 niños (de ocho a once años) en diversas instituciones psiquiátricas. Empleando ciertos criterios especiales y métodos estadísticos, consiguió establecer diferencias entre varias categorías psiquiátricas. En otro estudio, Waehner (1946) presentó unos análisis de las pinturas de 55 muchachas universitarias que se ajustaban rigurosamente a los resultados obtenidos en el Rorschach por Munroe y a los análisis grafológicos de Lewinson. Asimismo, después de analizar los dibujos infantiles que Dubois (1944) trajo de Alor, Waehner consiguió establecer pronósticos, por ejemplo, un mínimo de respuestas de movimiento al Rorschach, que más tarde se confirmaron en los análisis de los protocolos del Rorschach realizados por Oberholzer (1944). Los criterios adoptados por Waehner, muy elaborados, eran semejantes a los empleados en el Rorschach.

Brick (1944) estudió desde el punto de vista cualitativo las producciones artísticas de 200 niños. A partir de ellos se establecieron varios diagnósticos que se revelaron correctos al compararlos con los datos procedentes de las entrevista de padres y maestros. Elkisch (1945) observó que el *contenido* no servía para discriminar entre niños adaptados y no adaptados, cuya clasificación se había establecido a partir de las calificaciones sociométricas de los maestros con el Inventario B de calificación del comportamiento de Haggerty-Olson-Wickman. En cambio, el análisis de los distintos elementos formales sí discriminaba. Alschuler y Hattwick (1947) [6]realizaron un minucioso estudio cuantitativo de las pinturas de caballete de 149 niños de jardín de infancia. A continuación se compararon las historias biográficas, el comportamiento manifiesto y las calificaciones de maestros y observadores con cada uno de los elementos formales. Los resultados demostraron que los diversos elementos formales y ciertas características de personalidad estaban íntimamente relacionados.

Los estudios de Wolff (1977,1979) demostraban la consistencia de las proporciones en los dibujos de los niños americanos y africano, de niños ciegos y epilépticos y por tanto representa un indicio fiable de ciertos aspectos del movimiento gráfico.

[6] Todos estos autores se encuentran en la obra de Anderson y Anderson (1978)

Universidad de huelva 2010

Al igual que hemos comentado en el capítulo anterior, esta forma de conocer a la persona mediante sus dibujos se desarrolló por la influencia de la teoría psicoanalítica.

Entre 1920-1930, al extender el tratamiento a niños, observaron que las técnicas de asociación libre de palabras tenía graves inconvenientes, pues los niños tenían una expresión verbal poca elaborada e inmadura. Así los dibujos cobraron un papel simbólico parecido a los sueños, interpretándolos desde la concepción de los aspectos proyectivos. Para los seguidores de esta idea, el valor del dibujo radica en la proyección que hace el niño de su mundo inconsciente, recordemos que el término proyección no significa "trasladar a otra persona lo que no queremos reconocer en nosotros" sino la exteriorización de cualidades que están en el niño y que provienen de las relaciones que ha establecido con sus figuras importantes y que adjudica a un objeto externo a él.

Por lo tanto a la hora de interpretar la respuesta del niño deberá tenerse en cuenta los elementos formales o expresivos (tamaño, trazo, presión, etc.) como la inclusión, eliminación o proporcionalidad de los elementos que dibuja.

Autores como Buck (1948), Machover (1980), Hammer (1992), Koch (1992), Corman (1992), Siquier de Ocampo (1989), Grassano (1980), Frank de Verthelyi (1984) concuerdan en la afirmación de que el dibujo es una proyección entendiéndola como expresión de la personalidad del sujeto y particularmente los elementos inconscientes, proyectándolos hacia el exterior.

Otros autores como Lewis y Greene (1986), que son seguidores ortodoxos de la interpretación psicoanalítica han utilizado los dibujos como técnicas de diagnóstico en niños escolares y señalan el gran valor del dibujo para conocer su personalidad.

Majluf (1980) cita una serie de estudios que ponen en evidencia la variedad de interpretaciones a que puede verse sometido el dibujo cuando se intenta derivar elementos de tipo explicativos, así de aprendizaje (Eisner, 1969), de madurez mental (Goodenough, 1926; Harris, 1923), perceptual (Arnheim, 1954), de estilos perceptuales-cognitivos (Grossman, 1970; Efland, 1965; Lovano, 1970; Rouse, 1963; Silverman, 1962; Witkin, 1962), preceptúales (Arnheim, 1954), factores de personalidad (Buck, 1969; Hammer, 1992; Koppitz, 1986; Machover, 1980; Rabin, 1968).

Universidad de huelva 2010

En el trabajo clínico es posible comprobar que las emociones que un niño no desea o no sabe cómo expresar lo consigue mediante sus dibujos. Esto ha motivado a que también se utilice con fines terapéuticos (Aberastury, 1984; Aubin, 1980, Dolto, 1948; Winnicott, 1971).

4.2. ETAPAS PSICOEVOLUTIVAS

Se ha utilizado el dibujo para emitir juicios diagnósticos, basándose en colecciones de dibujos, pues son el único medio de ver el cambio, el movimiento de la evolución gráfica en función de la edad y las circunstancias del niño.

Atendiendo a la evolución de las formas y a la significación, Escoriza (1984) analiza las propuestas de varios autores y plantea una síntesis propia. En todas ellas se observa que la maduración psicomotriz, los intereses, las vivencias personales y la función simbólica son los elementos fundamentales para entender la evolución del dibujo.

De su exposición se sintetiza tres modelos mentales según el predominio relativo y temporal de alguno de estos factores:

a. *Modelo cinético*: etapa del garabateo
b. *Modelo afectivo*: etapas del simbolismo arbitrario y realismo subjetivo
c. *Modelo cognitivo*, conceptual o perceptivo: etapas del realismo conceptual y realismo objetivo.

Luquet (1981) plantea una denominación personal de esas etapas al dividir la evolución del dibujo en las etapas del *realismo fortuito, realismo malogrado, realismo intelectual y realismo visual.* Su planteamiento es más global que el otro, pero se basa en los mismos principios. Este autor opina que el dibujo infantil es sobre todo realista y que el esquematismo e idealismo ocupan un lugar muy pequeño en el total de los dibujos infantiles.

A continuación veremos el proceso de evolución del dibujo integrando las aportaciones de los diferentes autores.

Universidad de huelva 2010

4.2.1. Garabateo: (1,5-3 años)

La mayor parte de los psicólogos admiten la existencia de esta primera etapa (Buró, Lowenfeld, Horovitz, Wallon, Widlöcher, citados por Escoria y Boj, 1993) aunque no hay acuerdo sobre los límites cronológicos.

Es predominio del modelo cinético, pues la actividad gráfica es sólo una descarga motriz, sus trazos son impulsivos y descontrolados, no existe una intención figurativa. Su inicio se suele situar alrededor de los 18 meses; el niño ya se sujeta de pie, tiene una mínima coordinación visomanual y un mayor control sobre su mano y antebrazo.

Al principio, el dibujo es realizado por el placer del movimiento. Bender y Schilder (1936), Gesell y Ames (1946), Wallon (1951) y Goodenough (1971) opinan que el garabato es consecuencia del gesto y resulta del movimiento del niño, pero no tiene un objetivo simbólico. En términos generales, esta actividad gráfica se caracteriza por ser impulsiva, incontrolada, desordenada, irregular y es una expansión de del juego motor (Di Leo, 1985).

Lowenfels y Lambert-Brittain (1980) afirman que los garabatos no son intentos de reproducir el medio visual que rodea al niño. Según el primer autor, cuando el trazo es más controlado y el niño asocia y relaciona dibujo con realidad es cuando acaba este periodo y se inicia el siguiente. Así esta etapa se configura como una fase de preparación necesaria para poder, posteriormente, dibujar figuras y formas.

Estos autores (1980, pp. 120-128) distinguen tres tipos de garabateos, que van desde el 1,6 hasta los 4 años, superando esta etapa:

a. *Garabateo desordenado* (propios de esta etapa): no tiene dirección concreta; el niño todavía no tiene todo el control de sus movimientos; los trazos varían en longitud y dirección.

b. *Garabateo controlado* (propios de la segunda etapa): el niño descubre la relación entre movimiento y dibujo; existe una mayor coordinación visomanual; puede copiar un círculo; se inicia la integración viso-motriz; aparecen las primeras relaciones entre lo dibujado y lo real.

c. *Garabatos con nombre* (3-4 años): existe intención figurativa; el niño cuenta lo que ha dibujado y le da un nombre; el dibujo tiene intención y

Universidad de huelva 2010

serán cada vez más diferenciados, además ha cambiado del pensamiento cinético al imaginativo.

Eng (1970) realiza dos clasificaciones:

1. Teniendo en cuenta las fases en su desarrollo:
   a. *Garabateo ondulado*: esencialmente mecánico
   b. Garabateo circular
   c. Garabateo ondulado
2. Teniendo en cuenta su ubicación
   a. *garabateo concentrado*: centro de la página
   b. *garabateo disperso*: por toda la página
   c. *garabateo aislado*: líneas y formas que se repiten separadamente

Vemos que en esta fase, el niño disfruta con el juego constante de líneas en movimiento, le gusta ver y sentir los movimientos de su mano y observar lo que aparece en el papel.

4.2.2. Simbolismo arbitrario o realismo fortuito (2-3 años).

Al comienzo de esta etapa, se produce en el niño el descubrimiento de la conexión entre su movimiento y el trazo realizado (Osterrieth, 1977; Lowenfeld, 1973), es decir descubre su capacidad para representar por medio del dibujo, y según Luquet (1981) "el niño toma conciencia de su poder creador" (p.105).

En esta etapa se produce la emergencia del modelo afectivo. Aparece la interpretación afectiva de la realidad y la formación del símbolo. Comienza la significación, la intención figurativa y el reconocimiento arbitrario de un modelo real.

Calmy (1977) distingue, en la evolución del gesto gráfico, tres niveles: motor, perceptivo y de representación; el nivel perceptivo se comprueba cuando el niño deja de interesarse por el gesto y se preocupa del resultado del gesto y el nivel motor es el garabeteo.

Universidad de huelva 2010

A los dos años y como consecuencia de la entrada del elemento perceptivo, el niño descubre la conexión entre su movimiento y el trazo realizado, toma conciencia de que ha sido él quien realiza el dibujo.

Luquet (1981) habla de un realismo fortuito pues el niño no tiene conciencia de que las líneas que dibuja puedan servir para designar objetos. Wallon (1951) lo define como simbolismo arbitrario ya que los dibujos tienen un significado muy personal, poco estable y variado.

Según Read (citado por Di Leo, 1985) el niño detecta de forma casual una imagen de alguno de sus trazos lo cual le lleva a seguir dibujando de forma consciente, lo que apareció por azar. La aparición de este simbolismo (Escoriza y Boj, op.cit), de la forma (Wallon, 1951), de la representación (Buhler), la imitación y la imagen (Piaget e Inhelder), del grafismo con valor de signo (Osterrieth, 1977) se produce entre los dos y tres años.

Biber (citado por Di Leo, op. cit) señala que a los tres años el niño descubre por casualidad, que sus trazos sugieren un objeto, aunque la verdadera representación se alcanza a los 4 años; Boutonier (1960) afirma que es a los tres años cuando el dibujo va adquiriendo identidad de objeto.

Por tanto, el niño es capaz de producir trazos que guardan cierto parecido con un objeto, pero no porque de antemano, quiera producir algo determinado.

En esta etapa se observa un aumento del control del gesto: aparecen trazos parciales, posibilidad de frenar, y el ojo conduce al mano, pudiendo así dar la forma que quiere debido a la coordinación viso-manual.

Aparece lo que Lurçat (1980) llama "ingerencia de la función simbólica en el grafismo espontáneo". Los elementos que hacen posible el trazo con significación, son: el control, la coordinación y función simbólica.

El paso del garabateo a la representación va a ser posible por el desarrollo de la función simbólica, pues va a permitir un progresivo parecido entre el modelo real y el mental. Osterrieth (1977) afirma que al controlar mejor sus trazos, y prestar más atención a los elemento de semejanza, el niño se ira colocando en el modo figurativo.

Todo lo anterior nos lleva a hablar de una actividad gráfica que se caracteriza por el simbolismo, y algunos autores (Buhler, Wallon, Mira y López, Di Leo, Remplein, Piaget, etc.) consideran que este simbolismo es poco estable y muy

Universidad de huelva 2010

variado, por eso el dibujo, en esta etapa, es una actividad simbólica derivada de al construcción activa y significativa de la realidad objetiva.

Este simbolismo de formas indiferenciadas y de significación personal, adquiere gran importancia para el niño, pues se convierte en un medio de simbolizar la realidad que le interesa, así el niño irá desarrollando su lenguaje gráfico y lo orientará para ir consiguiendo un mayor grado de representación

4.2.3. Realismo subjetivo o malogrado (3-5 años)

En esta etapa, el niño ya es capaz de captar las semejanzas y dar a sus dibujos una intención representativa, así la búsqueda de la semejanza es el dato más importante de esta etapa. En el dibujo infantil aparece la intención figurativa y el niño busca establecer una analogía entre su dibujo y el mundo real.

En esta etapa se da un predominio del modelo afectivo. Se da una relación afectiva entre la realidad y la formación del signo. Se une la intención representativa, la preocupación por la semejanza, la aparición de la forma figurativa y la evocación del modelo real. El paso a esta etapa se produce por la búsqueda de la forma figurativa. El niño capta las semejanzas y desea copiar los objetos que le atraen. Según Lowenfeld (1957) el niño establece sus primeras relaciones entre los objetos a través de su participación emocional, su interés y sus impulsos.

El niño quiere ser realista, pero todavía tiene obstáculos físico, pues aún no ha conseguido dirigir y limitar sus movimientos para dar la forma que quiere y tiene dificultad para mantener mucho tiempo su atención. Por esto Luquet (1972) llama a esta etapa realismo malogrado, pero Osterrieth (1977) no concuerda con él, pues considera que el niño no fracasa en su intento de representar el dibujo, pues todavía no le preocupa la semejanza real con el objeto.

Es una etapa caracterizada por una imperfección global que Luquet denomina *incapacidad sintética* y que se puede observar sobre todo en las proporciones, pues los dibujos no guardan las dimensiones relativas entre los elementos. Sin embargo la incapacidad sintética va disminuyendo pues la atención del niño es más constante y le va permite pensar, mientras dibuja detalles, en los demás elementos que ya han sido dibujados, y por tanto, tener en cuenta sus relaciones.

Universidad de huelva 2010

Otra característica de esta etapa es la aparición del dibujo de la figura humana. En las primeras figuras sólo representa el entorno. El dibujo es aditivo, configurado a base de la unión de diferentes elementos.

En este período las composiciones están formadas por la representación de personas, árboles, figuras geométricas y combinaciones de líneas. La representación está dominada por lo afectivo a través del tamaño, número de detalles, lugar de ubicación en el papel y orden del dibujo.

4.2.4. Realismo conceptual o intelectual (5-7 años)

Etapa de predominio del modelo cognitivo-conductual en la que se produce la relación intelectual con la realidad, el niño sabe lo que dibuja, y existe una mayor preocupación por la semejanza.

La característica principal de esta etapa es que la percepción y representación de la realidad está muy influida y mediatizada por su conocimiento y conceptualización de la realidad. Lowenfeld y Brittain (1980), afirman que durante esta etapa el niño busca conceptos nuevos y sus símbolos representativos cambian constantemente. El dibujo realizado es una síntesis conceptual del objeto representado en los que se integran las propiedades más importantes del objeto y la imagen mental que se tiene de él.

Comparando la producción gráfica con niños de edades inferiores podemos observar dos diferencias importantes: *aumentan los detalles* y *desaparece la yuxtaposición;* y esto es debido al progreso en la capacidad para identificar objetos, la percepción con predominio de factores intelectuales sobre los afectivos y el interés por los dibujos. Pero estas causas están condicionadas al medio escolar, a los intereses personales, a la capacidad imaginativa y la cantidad y calidad de las formas aprendidas (Luçart, 1980).

Los dibujos son símbolos de la imagen mental que tiene el niño del objeto y por eso las características de los dibujos son muy personales y dependen de la información que tenga y de su comprensión.

El niño imita la realidad pero según su percepción y sus vivencias personales y así el objeto dibujado y la forma en que es representado definen la significación personal que tiene para el niño.

Universidad de huelva 2010

Escoriza y Boj (1993) resumen la actividad gráfica de esta etapa en los siguientes puntos:

- Añade detalles de forma progresiva
- Aparece el dibujo de la figura humana (esquemática).
- Las figuras suelen ser de tamaño exagerado
- Suele representar personajes, árboles, figuras geométricas y combinaciones de líneas y curvas.
- La representación de los objetos está dominada por lo afectivo
- Aparecen las siguientes novedades:
  - ✔ *Representación del movimiento*: los elementos dibujados aparecen en actividad y supone el fin de la yuxtaposición
  - ✔ *Estructuración*: La representación espacial queda delimitado por la línea de tierra, que marca el límite inferior de la escena y cielo, que marca el límite superior del dibujo y desaparecen las figuras flotando.
  - ✔ *Transparencias*: el niño dibuja lo que sabe que existe. Indica el índice de información respecto al objeto, resalta la influencia de factores afectivos sobre los cognitivos, y es una característica del pensamiento prelógico.
  - ✔ *Perspectiva*: según Davis (1984), hay dos dificultades con las que se enfrentan los niños cuando dibujan relaciones de tres dimensiones en un plano: dominio de las habilidades necesarias para producir un dibujo que sea visualmente realista (Freeman, 1980) y la segunda dificultad es de tipo cognitivo (al tener perspectiva, alguna parte del dibujo no aparece). Según Cox (1981) los dibujos no pueden ser clasificado por su ordenación espacial, sino por el orden temporal empleado en realizarlo.

4.2.5. Realismo objetivo o visual (7-14 años)

Se distingue por el predominio cognitivo-perceptivo y por la reproducción de la realidad vista. El modelo mental se corresponde con el modelo real.

Universidad de huelva 2010

Cuando el niño se da cuenta de la insuficiencia del realismo intelectual, y empieza a dar importancia a la síntesis va dejando atrás esa etapa. Suele suceder entre los 8-9 años, pero existen grandes diferencias entre niños.

En esta etapa el dibujo del niño tiene las mismas características que el dibujo del adulto. Los niños que no se les da bien el dibujo, dejan de hacerlo, porque los resultados obtenidos no son lo que ellos querían. El dibujo ha perdido el valor lúdico y de experimentación que había tenido hasta entonces.

4.3. PARTICULARIDADES EN LA EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD GRÁFICA

Siguiendo a Escoriza y Boj (1993) señalamos las siguientes particularidades que se pueden dar en la evolución psicográfico del niño.

4.3.1. Inversión del trazo gráfico

Esto se da con mayor frecuencia en niños que presentan problemas de lateralidad. Es aconsejable observar la actividad gráfica en aquellos niños que presentan lateralidad cruzada o mal definida.

4.3.2. Dificultades en la comunicación gráfica

La importancia del dibujo no está solamente en su calidad estética sino que nos proporciona información. Hay niños que simplifican y estilizan sus dibujos, es el dibujo sintético y este tipo de dibujo suele ser muy pobre en el contenido pero cuando se le pregunta al niño por su dibujo, llama la atención la cantidad de información que proporciona. Lowenfweld (1954) considera que a veces el niño habla mucho de cosas que no se ven en sus trabajos, pues el niño piensa en palabras y no en imágenes debido a que todavía no se ha desarrollado esa capacidad.

Universidad de huelva 2010

4.3.3. Dibujo estereotipado

La estereotipia se produce cuando el niño, de forma constante y sistemática, presenta un dibujo monótono y uniforme. En este tipo de dibujos hay que tener en cuenta dos variables:

1. *La repetición del tema*: dibuja las mismas cosas
2. *La repetición del esquema gráfico*: las cosas que dibujas siempre tienen la misma forma

Si se considera que el niño dibuja lo que ve, la aptitud para procesar la información visual quedará reflejada por la cantidad de dicha información (detalles) puesta en el dibujo. Por tanto la riqueza y variedad de los dibujos nos habla, en general, de una gran creatividad, la cual es posible por la capacidad imaginativa, flexibilidad mental y un deseo de explorar y experimentar. Según Widlöcher (1988), uno de los puntos de vista, en que puede ser analizado y evaluado un dibujo es el narrativo, donde el niño nos cuenta sus gustos, preocupaciones, lo que le interesa y en general su mundo imaginario.

Diversas investigaciones (Tampieri, 1980, citado en Escoriza y Boj, 1993) han tratado de determinar las reacciones de los niños de distintas edades ante el fracaso y se ha obtenido que a hasta la edad de 7 años, repiten las actividades donde han tenido éxito y evitan aquellas en las que han fracasado. La explicación puede ser debida a la necesidad motivante que tiene el niño pequeño de aprobación y de elogio por parte del adulto.

Para Lowenfeld (citado en Escoriza, 1993) el dibujo redundante puede deberse a que el niño esté interesado en una cosa o su mente no tenga bastante flexibilidad para inventar, explorar o imaginar.

Eng (1970), sostiene que el automatismo en los dibujos presentan las siguientes características:

* El niño cuando dibuja tiende a repetir movimientos simples automatizados.
* Se produce una separación entre idea y representación que lleva a la distorsión de la forma y el movimiento y afecta al significado.
* Se produce cuando el niño aprende figuras nuevas, pero todavía se aferra a las formas que ya conocía.

Universidad de huelva 2010

* Los automatismos generan representaciones simplificadas de objetos, personas y situaciones o que el estado de conciencia ha disminuido (cuando se está aburrido se empieza a dibujar automáticamente líneas simples y figuras que se repiten sin ningún interés en particular).
* En los niños muy capacitados no suelen aparecer pues los dibujos están siempre en desarrollo, así parece que los automatismo están más asociados con niños de bajo nivel de aptitudes.

4.3.4. Grafismo desordenado e irregular

Esta variable puede observarse en determinados rasgos de la actividad gráfica infantil:

- ✔ *Tamaño:* demasiado grande, muy pequeño o ambos.
- ✔ *Intensidad*: cuando el niño escribe o dibuja ejerce una presión irregular sobre el lápiz y el papel. El trazo demasiado fuerte es característico de los niños impulsivos, hiperactivos, excitados y agresivos, y se da una falta de control motriz que puede ser debida a causas madurativas o emocionales.
- ✔ *Grafismo emborronado y superpuesto*: presenta problemas a la hora de poder entenderlo; el niño no está a gusto con su actividad y tiende a destruirlo o emborronarlo para ocultarlo.

4.3.5. Persistencia a la yuxtaposición

Esto nos habla de la incapacidad del niño para relacionar los segmentos de una totalidad. Richmond (1970) señala que la yuxtaposición se ve en el modo en que un niño expresa sus conocimientos a través del dibujo, pues puede conocer los elementos que componen un dibujo, pero ser incapaz de relacionarlos al representar gráficamente la totalidad.

En los dibujos infantiles se puede observar que los detalles de un todo están dispersos sin que exista una relación significativa entre ellos.

Universidad de huelva 2010

4.3.6. Rotaciones

Esta particularidad presenta dos formas:

1. *Rotación espacial*: cuando el niño gira la hoja en la que realiza sus dibujos, y así poder adecuar el dibujo a sus esquemas perceptivos o motrices.
2. *Rotación de la figura*, se produce cuando la orientación de la figura es distinta de la dibujada por el niño. Koppitz (1995) señala que las causas pueden ser por problemas en la conceptualización de las impresiones visuales o una deficiencia en la percepción visual o una dificultad para dibujar ángulos y curvas o una disfunción en la integración viso-motriz y en la direccionalidad.

Ambas formas de rotación tienen como finalidad compensar los problemas derivados de las dificultades perceptivas y motrices. La formación y desarrollo de método personales que les permitan ejecutar de forma exitosa sus actividades gráficas son el resultado para compensar o superar por sí mismos sus propias dificultades.

4.4. DIBUJO DE FORMAS GEOMÉTRICAS

4.4.1. Construcción de líneas

Los estudios relacionados con la construcción de líneas han formulado distintas hipótesis. Berman et al. (1974) señala que esta capacidad está determinada por la forma del medio inmediato y por los referente que dicho medio proporciona. Piaget e Inhelder (1956) plantean que la dificultad de realizar una línea es debida a la falta de un marco de orientación espacial basado en la verticalidad y horizontalidad.

Berman et al. (op.cit.) añaden que la dificultad que se encuentra a la hora de realizar una línea oblicua es por la tendencia de los niños a centrarse sobre las claves horizontales-verticales que les proporciona normalmente el marco rectangular habitual, mientras que las claves para lo oblicuo están ausentes en su medio inmediato. En su estudio obtuvieron los siguientes datos:

Universidad de huelva 2010

- La orientación vertical fue reproducida con mayor precisión que la horizontal y la oblicua.
- La oblicua fue más difícil de realizar correctamente que la horizontal.
- Los niños dibujan con menos frecuencia diagonales que horizontales y verticales.

La adquisición de la línea vertical, antes que la horizontal, ha sido demostrada en los trabajos de Bender (1932), Gessell (1946) y Hattwick y Alsehufer (1947) (citado en Escoriza y Boj, 1993). Según Abraham (1979) se debe a que el niño controla primero su propia orientación vertical y a continuación la horizontal.

4.4.2. Criterios de evaluación

La capacidad para la construcción de figuras geométricas es adquirida en el siguiente orden:

- **Tres años**: círculo
- **Cuatro años**: cuadrados
- **Cinco años**: triángulos
- **Seis años**: rombos

Para Rand (1973) las dos aptitudes implicadas en la tarea son:

a. *Análisis visual*: aptitud para detectar los rasgos distintos de las formas percibidas. Maccoby (1968, citado en Escoriza y Boj), propuso que los niños pequeños realizan malas copias porque fracasan a la hora de discriminar los rasgos distintivos de los estímulos. Dibujar con precisión es considerado como indicador del dominio en la organización espacial (Piaget e Inhelder, 1956; Vereeckem, 1961, citado en Escoriza y Boj, 1993).

b. *Utilización de reglas gráficas*: el conocimiento de las reglas artísticas puede facilitar al niño los dibujos de las formas geométricas. Según Rand (1973) hay evidencias de que los niños emplean las siguientes normas para dibujar: copiar las figuras de la misma manera y seguir el mismo camino cuando hacen copias repetidas de la misma figura.

Universidad de huelva 2010

En la ejecución de una buena copia, los niños deben ser capaces de planificar la realización de los dibujos y saber dónde empezar, qué dirección seguir, cuándo parar y cambiar de dirección, determinar el contorno del modelo, encontrar una relación entre el dibujo del modelo y su representación y reconstruir la relación entre las partes en una totalidad organizada significativamente.

En los aspectos cognitivos del dibujo infantil se tiene en cuenta los detalles en los dibujos como indicadores de lo que sabe el niño y en qué fase de desarrollo se encuentra. Los autores que señalan la importancia de los aspectos preceptúales, plantean que el niño dibuja lo que ve y así la aptitud del niño para interactuar con la información visual se verá por la cantidad de información visual contenida en los dibujos. Graham et al. (1960) y Rand (1973) proponen sistemas de puntuación centrados en la realización de las figuras geométricas.

Graham et al. (1960) se fijan en las siguientes variables para realizar la puntuación:

- si el dibujo tiene o no alguna forma
- si el niño ha reproducido bien las aspectos abiertos-cerrados y curvos-rectos de las figuras
- si tienen el número y la relación correcta de segmentos
- si la orientación, sobre la línea del suelo es correcta
- si la relación tamaña-segmentos era proporcional
- si la intersección de los segmentos era correcta.

Escoriza (1993) plantea una serie de criterios a la hora de evaluar las figuras geométricas:

- *círculo*: forma, proporción, sentido del trazo, punto de cierre, tipo de trazo.
    - Durante la etapa infantil los círculos dibujados son desproporcionados
    - El sentido del trazo suele ser el de las agujas del reloj, y cambia a los cinco años.
    - El punto de cierre coincidente suele conseguirse a los cinco años

Universidad de huelva 2010

- *cuadrado*: forma, proporción, sentido del trazo, punto de cierre, trazo, ángulo y método de copia.
    - La reproducción del cuadrado exige dominar antes el trazo vertical-horizontal (2-2,6 años), las líneas paralela y la cruz...
    - Entre los 2 y 3 años el niño dibuja una forma indiferenciada.
    - A partir de los 3 años las esquinas aparecen ligeramente redondeadas.
    - A los 4 años el cuadrado se identifica correctamente pero todavía tiene dificultades en la resolución de las esquinas, puntos de cierre, proporciones y ángulos oblicuos.
    - A los 5 años la copia tiene alta calidad.
- *triángulo:* forma, sentido del trazo, punto de cierre, calidad de la línea oblicua y método de copia.
    - Para poder dibujar esta figura, el niño debe percibir y dominar el trazo oblicuo, que se suele conseguir a los 3,6-4 años.
    - La reproducción reconocible se da a partir de los 4,6 años
    - El número de trazos suele ser uno solo y seguido hasta los 5-6 años y posteriormente se utiliza tres trazos para marcar correctamente las esquinas mejorando la calidad de los trazos oblicuos y el horizontal.
- *Rombo:* para conseguir esta figura es necesario que el niño domine la capacidad para ejecutar la doble conjunción de los trazos oblicuos y comprenda la forma. La reproducción normal suele darse a los 6-7 años, estando mejor conseguido el rombo horizontal que el vertical.

4.5. TEORÍAS QUE ESTUDIAN EL SIGNIFICADO DEL ACTO DE DIBUJAR

Siendo el dibujo un acto gráfico complejo, conviene tener presente que son varios los factores que intervienen en su ejecución y expresión. Generalmente se ha convenido

Universidad de huelva 2010

en considerar a los siguientes como más significativos: La *experiencia escolar* (calidad y cantidad), que de hecho actúa como dinamizador de los otros factores, *la motricidad*, *la afectividad* y el *desarrollo cognitivo.*

Coincidimos con Escoriza (1984) al afirmar que "en cada etapa de la evolución del dibujo: el niño dibuja como puede (motricidad) lo que le interesa (afectividad), según lo conoce y percibe (cognición) ya sea en forma simbólica (búsqueda de la significación) o realista (búsqueda de la semejanza)"(p.6).

Dentro de este marco y siguiendo a Escoriza y Boj (1993) vamos a presentar distintas teoría interpretativa sobre el significado y explicación del acto de dibujar.

4.5.1. Interpretación genética

Los dibujos se interpretan desde la perspectiva de la edad, considerando que reflejan el estado de desarrollo del sujeto, es decir si su dibujo corresponde o no a un criterio de normalidad en cada nivel considerado.

Esta interpretación se ha analizado desde dos enfoques complementarios:

a. Descriptiva: se interesa por los cambios inter e intraindividuales observados en la evolución del dibujo, y que considera una variable fundamental la edad cronológica. Lo que marca el proceso de cambio es el número de detalles que van apareciendo en el dibujo a medida que el niño evoluciona en edad.

b. Explicativa: Explicativa: estudia la evolución del dibujo en base a la determinación de sus mecanismos causales (funcionales y secuenciales). Es, de hecho, una concepción interaccionista, que concibe que desarrollo psicológico y dibujo se configuran como expresión de las modificaciones que se producen a lo largo del desarrollo ontogenético, afirmando que el dibujo traduce las modificaciones psicológicas que se dan en el niño a medida que crece. Graham et al. (1960) proponen dos sistemas para conceptuar los cambios evolutivos en la producción de las figuras: uno enfatiza la continuidad del desarrollo (cambios cuantitativos) y el otro pone el acento en la discontinuidad y organización jerárquica del desarrollo (cambios cualitativos)

Universidad de huelva 2010

4.5.2. Interpretación cognitivista

Esta interpretación responde según Richmond (1970) a la hipótesis de que "el niño dibuja lo que sabe" y como añade Di Leo (1985), el dibujo es un retrato de su pensamiento, pues dibuja lo que comprende y no lo que ve.

Piaget e Inhelder (1977) comentan que el dibujo es primero una conceptualización y posteriormente una buena copia perceptiva.

Esta tendencia pretende establecer una relación entre el nivel del dibujo y el nivel mental, de modo que puede considerarse el dibujo como la interacción entre percepción y experiencia, desde el momento que manifiesta de forma espontánea la cognición y el proceso de adaptación mental del niño a su medio. La evolución del dibujo aparece supeditada al desarrollo cognoscitivo, por lo menos hasta los 11-12 años. El número de conceptos que el niño puede evocar por representación gráfica y la manera como es capaz de relacionarlos en su dibujo dependerá de la experiencia que tenga de las cosas y la capacidad para analizar sus relaciones.

La teoría del desarrollo cognitivo afirma que el arte de los niños es un proceso cognitivo, es decir, dibujan lo que saben (Clarke, 1977). Los dibujos son tomados como indicadores de las representaciones internas.

La idea del paralelismo entre desarrollo intelectual-desarrollo del dibujo ha llevado a considerar al dibujo como una forma de medir la inteligencia y a comparar la aptitud intelectual con las fases en la evolución espontánea del dibujo.

Según Lowenfeld y Brittain (1980), el conocimiento que revela el niño cuando dibuja, indica su nivel intelectual, y así cuanto más detalles realiza nos habla de una mayor concienciación de las cosas que le rodean. Esto coincide con las ideas de Luquet sobre la relación entre la acumulación de detalles y el desarrollo intelectual.

El valor psicométrico, dado al dibujo, ha dado lugar a investigaciones y al desarrollo de escalas para intentar explicar la relación entre inteligencia y dibujo. Se ha empleado tanto *el dibujo geométrico* como *el figurativo*, y se ha partido de la idea de que las formas y figuras presentan un grado de dificultad diferencial que va a permitir establecer una escala en la producción gráfica.

Cloutier y Girard (1976) señalan los dos factores que se tienen en cuenta y son:

Universidad de huelva 2010

1. Orientación de la figura: los dibujos orientados ortogonalmente son más fáciles que los oblicuos y las figuras orientadas verticalmente son más fáciles que las horizontales
2. El número de elementos que componen la figura: cuanto mayor es el número de partes de la figura más dificultad

4.5.3. Interpretación expresiva-proyectiva.

El concepto básico de este conjunto de teorizaciones sería el que la producción gráfica es una expresión de la personalidad y de la problemática infantil. La hipótesis fundamental explica que el niño dibuja los objetos tal como los vive, con ello se le reconoce un importante valor proyectivo del dibujo. Al referirse al significado proyectivo del dibujo, Hammer (1992) afirma que todo acto, expresión o respuesta de un sujeto lleva implícita, de alguna manera, su personalidad.

Cuando observamos los dibujos de los niños se pueden ver proyecciones que no han verbalizado, y que ni se habrían dado cuenta de algunos de los sentimientos que les afectan (Hammer, 1992).

El elemento proyectivo fundamental es el plano gráfico, el cual incluye el trazo, el tamaño y la ubicación dentro de la página (Corman, 1992; Salvador, 1982)

Widlöcher (1988) distingue tres planos diferentes que manifiestan las propiedades proyectivas del dibujo:

a. Valor expresivo de los estados emocionales, a través del gesto gráfico.
b. Valor proyectivo de la visión del mundo y de los sentimientos y pensamientos inconscientes, a través de los elementos figurativos.
c. Valor narrativo del dibujo al revelar las preocupaciones, intereses, etc.

Al analizar los aspectos figurativos del dibujo, Aubin (1980) señala dos niveles de interpretación:

a. Manifiesto: el dibujo refleja las pequeñas preocupaciones e intereses del momento, en un nivel consciente.
b. Latente: el dibujo constituye una proyección del universo personal, con sus problemas emocionales que se dejan traducir en formas simbólicas.

Universidad de huelva 2010

Hess (1981) emplea el análisis del dibujo no figurativo, con finalidad diagnóstica y terapéutica para poder determinar el estilo expresivo de los niños. Según este autor es puede identificar dos estilos distintos:

a. Estilo motórico: garabatos abundantes y dispersos por toda la hoja, ejecutados con movimientos rápidos y mucha presión. Expresaría estados emocionales intensos que afectan al control motriz y servirían de descarga emocional. Las dos características básicas serían la impulsividad y la ausencia de control.

b. Estilo constructivo: ejecutado como movimientos lentos pero con cierta presión, tienen un cierto carácter de composición.

Sin embargo, si partimos sólo de los dibujos, sin conocer al individuo, podemos cometer equivocaciones graves.

4.5.4. Interpretación convencional

El dibujo es considerado como un reflejo del conocimiento que tiene el niño de las convenciones establecidas por los adultos. La evolución del dibujo infantil es vista como un progresivo acercamiento al dominio del dibujo convencional.

La satisfacción que experimenta el niño cuando dibuja es entendida como una muestra del grado de dominio que se ha alcanzado en el empleo de las reglas establecidas. Los niños que muestran disgusto por el dibujo es interpretado como indicador de las dificultades que encuentran los niños para asumir dichas reglas y por tanto una incapacidad para expresarse gráficamente de acuerdo a ellas.

4.5.5. Interpretación perceptiva

Esta interpretación se basa en el desarrollo perceptivo. Clark (1977) postula que el niño dibuja las cosas según las ve. El marco teórico se fundamenta en la explicación gestaltista de la percepción visual como un proceso gradual hacia una discriminación más fina de los detalles visuales: el niño primero percibe un todo y posteriormente va discriminando los detalles.

Los criterios para evaluar la producción gráfica se centra en la precisión representacional:

Universidad de huelva 2010

- grado de autenticidad
- número de detalles representacionales
- calidad expresiva

Dibujar con precisión es considerado como el reflejo de la habilidad del niño para organizar el espacio. La reproducción de la forma se fundamenta, a nivel explicativo, en los principios de organización perceptual propuestos por la teoría de la Gestalt.

4.6. ASPECTOS EXPRESIVOS DEL DIBUJO

Los dibujos hechos por niños son representaciones y no reproducciones y expresan un realismo interno y no tanto intelectual.

Cuando un psicológico clínico utiliza el dibujo como método diagnóstico parte de una edad cronológica determinada y por tanto espera un nivel de desarrollo madurativo adecuada a esa edad, pero no puede olvidar que los factores emocionales pueden potenciar o bloquear ese desarrollo cognitivo.

El grado de perfección del dibujo nos señala la madurez del niño y una medida de su grado de desarrollo. Pero no sólo depende de su desarrollo intelectual, pues es influido por otros factores emocionales y por el equilibrio de la personalidad total.

Existen muchas razones que pueden estar influyendo: carencias de estímulos emocionales, relaciones familiares deterioradas, causas ambientales, económicas, pedagógicas y todas esas variables pueden originar retrasos o estancamientos. El resultado de esto puede verse a través de sus manifestaciones gráficas y desde la subjetividad y la idiosincrasia de cada niño que vive la experiencia.

Un dibujo es el resultado de lo que es importante para el niño, de lo que recuerda, de sus experiencias, no de la realidad óptica.

Por tanto deben tenerse en cuenta cuando se evalúe los dibujos infantiles, pues el niño emplea sus facultades mentales, motrices y emocionales.

Teniendo en cuenta diversos autores (Aubin, 1974, 1980; Corman, 1992; De Santiago, 1999; Hammer, 1992, 1997; Koch, 1992; Koppitz, 1986; Machover,

Universidad de huelva 2010

1980; Xandro, 1999), pasemos a analizar los distintos elementos expresivos del dibujo.

4.6.1. Secuencia

Definición: *relativo grado de regularidad en las sucesivas colocaciones de los dibujos.*

En casi todas las técnicas proyectivas se impone la necesidad de ir anotando de forma ordenada y sistemática como el sujeto va dando sus respuestas, pues nos permite hipotetizar, determinados mecanismos psíquicos del sujeto.

Corman (1992) y Buck (1969) indican que los dibujos constituidos de izquierda a derecha se refieren al movimiento progresivo normal, mientas que los de derecha a izquierda indican tendencias regresivas de la personalidad con su consecuente posibilidad sintomática a nivel psicopatológico

Al mismo tiempo hay que observar, los niveles de productividad en el sujeto, si aumenta o disminuye en el transcurso de la tarea.

Con estos datos, De Santiago et al. (1999) siguiendo a Hammer (1992), hipotetizan lo siguiente:

Si la productividad disminuye poco a poco en el sujeto, a lo largo de diferentes gráficos existe la posibilidad de fatiga física o mental (psicastenia en el sentido Janetiano) que puede ser debida a ideaciones o rumiaciones obsesivas. En pacientes depresivos es fácil encontrar muy pocos detalles en los dibujos y/o incapacidad para complementar los mismos.

Si la productividad aumenta poco a poco en el sujeto, a lo largo de diferentes gráficos existe la posibilidad de que se trate de un índice de ansiedad situacional, esto nos llevaría a pensar que los mecanismos de defensa de los sujetos son adecuados.

Este autor señala que los sujetos obsesivos realizan los dibujos con mucha minuciosidad y de forma lenta y perfeccionistas, mientras que la sucesión gráfica de algunos psicóticos suele ser desordenada.

Universidad de huelva 2010

4.6.2. Presión del lápiz.

Definición: *grado de presión del instrumento gráfico sobre el material.*

Señala el nivel de vitalidad del sujeto. Todo lo que tiene que ver con la afectividad periférica o relacional.

Caligor (1980) indica que la presión comunica la cantidad de energía y la fuerza que transmite de sus actuaciones; Hammer (1992) está de acuerdo en la idea anterior, pues para él es un indicador del nivel energético del sujeto.

Para Debinne (1977) la fuerza del trazo se corresponde al estado emocional del sujeto en el instante que dibuja e inclusivo al curso de su propio desarrollo personal

Para Corman (1992) la fuerza del trazo se manifiesta por su grosor y la marca que deja en el papel.

De Santiago et al. (1999) siguiendo a Hammer (1992), hipotetizan lo siguiente

a. Una presión fuerte: apuntaría hacia asertividad en las relaciones sociales. Si es demasiada presión indicaría agresividad, sujetos impulsivos que sus afectos les desbordan porque no hay control yoico adecuado sobre los mismos. El sujeto se deja invadir por sus emociones, siendo sujetos explosivos tanto en sus afectos de ternura como en los agresivos. A nivel psicopatológico se suele dar en las psicopatías, orgánicos, epilépticos y en las encefalopatías.

   Corman (1992) señala que un trazo fuerte es indicativo de violencia, fuertes pulsiones y Aubin (1980) añade seguridad, impulsividad y audacia.

   Hammer (1992) indica que este tipo de trazo corresponde a niños asertivos, y para Salvador (1982) sujetos seguros, con audacia, pudiendo llegar a ser violentos.

   Lewis y Greene (1986) señalan que cuando un niño dibuja con una presión excesiva hace pensar que las tensiones internas se manifiestan con una tensión muscular excesiva, y así cuanto más fuerte es la presión más intensa es al ansiedad que está padeciendo.

Universidad de huelva 2010

b. Una presión débil: bajo nivel pulsional. Si bien, puede ser indicativo de espiritualidad, delicadeza, sentimentalismo y otras posibles virtudes o características de índole similar, también puede ser significativo de inseguridad y timidez. A nivel psicopatológico se suele dar en las esquizofrenias crónicas, catatónicas y en las depresiones.

Koch (1992) señala que un trazo flojo es indicativo de falta de tensión y de un tono débil, depresión y falta de fuerza para imponerse.

Corman (1992) y Aubin (1980) y Hammer (1992), Salvador (1982) señalan que indica personas indecisas, insegura, suaves, tímidas, con dificultad para autoafirmarse, fatigadas, con pulsiones débiles, o con un alto índice de represión.

Como indica Corman (1992) es evidente que estos dos tipos de presión pueden combinarse en los dibujos. Hay que estar atento para ver en que zona se produce, puesto que pueden indicarnos zonas específicas de conflictos, tanto internos como externos. Machover (1980) apunta que las áreas conflictivas suelen destacarse por un cambio brusco en el trazo.

Koppitz (1986) señala que la línea fina esta vinculada en los niños pequeños con las características de timidez y retraimiento.

4.6.3. Simetría

Definición: *armonía de posición de las partes similares respecto a otros y con referencia a un plano determinado.*

El exceso de simetría se suele dar en personalidades inseguras y emocionalmente frías, que se angustian ante su propia impulsividad. De esta forma la simetría actúa como defensa. El sujeto busca la rigidez simétrica para contrarrestar la emergencia del sistema primario con sus necesidades o bien para defenderse de un ambiente externo que se vive como angustioso.

Una simetría marcadamente bilateral se presenta sobre todo en la neurosis obsesivo-compulsiva, si bien, como apunta E. Szekely (1966) también aparece en sujetos que presentan alguna dificultad en cuanto a la dominancia lateral.

Los sujetos impulsivos, hipomaniacos, y los excesivamente naturales suelen plasmar fallas claras en la simetría y esto se puede dar bien por descuido o por un

Universidad de huelva 2010

exceso de control afectivo. Para su distinción habrá que analizar los aspectos expresivos, los de contenido y la entrevista final.

La simetría rígida o inflexible se da también en las depresiones.

4.6.4. El trazo

Definición: *carácter de la línea*

El trazado nos indica el grado de aislamiento o acercamiento que el sujeto establece con su medio. De esta manera un movimiento restringido del trazo nos hablaría de inhibiciones y tendencia a la introversión, mientras que un movimiento amplio del trazo sería indicativo de expansión vital y extroversión.

Caligor (1980) se plantea que cuando el sujeto fragmenta el trazo refleja poco conocimiento de su propio medio como respuesta a la ansiedad, mientras que el trazo reforzado indica preocupación respecto a su actuación en su medio y con necesidad de aislarse lo que puede indicar una necesidad de respaldar lo que hace para reducir su propia ansiedad.

Koch (1992) distingue el trazo repasado (excitabilidad) y el trazo quebrado (indecisión).

Hammer (op. cit.) indica que la longitud del trazo suele aumentar en las personas inhibidas, al contrario de las personas impresionables

Machover (1980) hace referencia a seis tipos de líneas o trazados: rectos, quebrados, fragmentados, reforzados, finos y gruesos:

Trazos rectos: autoafirmación, rigidez ideativa.

Trazos circulares: sujetos dependientes y emotivos.

Trazos quebrados: agresividad y hostilidad.

Trazos fragmentados: tendencias psicóticas.

Trazos finos: timidez e inseguridad.

Trazos gruesos: alcohólicos, paranoides, orgánicos y deficientes mentales.

Koppitz (1995) respecto a líneas fragmentadas las asocia con temor, inseguridad, sentimiento de inadecuación, ansiedad y negativismo, pero añade que

Universidad de huelva 2010

muchos niños adaptados, con un buen nivel de inteligencia y con buena autoestima usaban trazos fragmentados, por tanto no se podría considerar como un rasgo psicopatológico.

Trazos fuertemente reforzados: Koppitz (1995) establece, entre los ítems emocionales del Bender, que el repaso del dibujo y el reforzamiento de las líneas se asocian a impulsividad, agresividad y conductas disruptivas.

Las líneas reforzadas se hallan relacionadas con la agresividad (Handler y McIntoch, 1971) y con hostilidad manifiesta (Brown, 1965).

4.6.5. El tamaño

Definición: *superficie del dibujo en relación al material donde se dibuja.*

Frank de Verthelyi (1984) señala que existe una relación entre el tamaño del dibujo y los rasgos de su carácter. Para él hay que tener en cuenta la ubicación y el tamaño de todo el dibujo respecto al papel, pues simboliza el medio en que se desenvuelve el sujeto.

Lewis y Greene (1986) añaden que la cantidad de espacio blanco que dejan los niños nos habla sobre la existencia o no de la depresión. Cuanto menos éxito vean en sus vidas más zonas vacías dejarán en su dibujo

Puede hacer referencia tanto a la autoestima, al ideal del yo, como a las fantasías de omnipotencia.

De Santiago et al. (1999) siguiendo a Hammer (1992), hipotetizan lo siguiente

a. Los dibujos pequeños: Yo inhibido, timidez, dependencia grupal, sentimientos de inadecuación e inferioridad, introversión.

   A nivel psicopatológico las figuras pequeñas y situadas en la parte superior del folio, que dan sensación de perdida del sentido espacio-temporal, aparecen en sujetos poli o toxicómanos, demencias seniles, alzheimer y/o en otras patologías orgánicas.

   Para Lewis et al. (1986) indican sentimientos de inadecuación, un yo inhibido, preocupado por las relaciones con el ambiente.

Universidad de huelva 2010

Di Leo (1985) señala que los dibujos pequeños suelen ser realizados por niños ansiosos o inseguros.

Xandro (1999) plantea que el dibujo pequeño nos habla de sencillez, pero también de inhibición de los impulsos y sentimientos de inferioridad.

También se dan los dibujos pequeños en esquizofrénicos muy deteriorados donde el "yo" está muy disminuido.

b. Los dibujos excesivamente pequeños o microgramos: aparecen en la neurosis depresiva; utilizan la goma de borrar (no mejorando la presencia del dibujo) y queda la figura como sombreada.

Koppitz (1986) señala que el tamaño pequeño está asociado a niños con ansiedad, conducta introvertida, callados y tímidos.

Hammer (1992) indica que existe correlación entre tamaño muy pequeño y sentimientos de inferioridad.

Debienne (1979) concuerda con los autores anteriores en que las reproducciones pequeñas son propias del niño tímido o deprimido, mientras que el inestable, impulsivo suele llenar toda la página.

Para Corman (1967) indica una falta de expansión o inhibición

c. Los dibujos grandes se refieren a la extroversión. Aparece asociado con expansividad, inmadures y controles internos deficientes.

Hay que tener en cuenta, como señala Koppitz (1986), que el plasmar sobre la hoja figuras grandes no adquiere significación clínica hasta los ocho años. Cuando después de los ocho años, aproximadamente, el tamaño del dibujo es hiperbolizado es significativo de agresividad y de conductas disruptivas. Los psicópatas lo hacen generalmente grande y situado en el margen izquierdo, correspondiendo, a su propia inadaptación social.

También se dan figuras grandes en paranoides, hipomaniacos o en sujetos con exceso de fantasías. Cuando aparece un dibujo considerable y pobre, en cuanto al trazo, puede ser indicativo de organicidad y/o deficiencia mental.

Universidad de huelva 2010

Los sujetos histeroides también suelen dibujar figuras grandes, colocadas en el centro de la hoja.

Hammer (1992) considera como dibujos normales y ajustados, en cuanto al tamaño del trazo *"aquellos cuyas líneas fluyen libremente, decididos y bien controlados"* (p. 55). Este mismo autor señala que el tamaño contiene indicios sobre la autoestima y que existe un cierto isomorfismo entre la relación entre el tamaño del dibujo y el papel y el sujeto y su ambiente. Los extremos, respecto al tamaño, no responden a una experiencia sana ni a una correcta percepción de sí mismos y con una dificultad alta para adaptarse a la realidad de su contexto.

Este autor (op. cit.) señala que la figura grande puede indicar una fuerte corriente agresiva y que el sujeto responde a las presiones ambientales con sentimientos de expansión y con agresión.

Xandro (1999) destaca que un dibujo grande equivale a ser una persona de miras amplias, con desprecio por el detalle y suele corresponder a gente con sentimiento de inferioridad y megalomanía.

4.6.6. Lugar que el dibujo ocupa en el folio

Definición: *emplazamiento del dibujo respecto a la hoja de papel.*

En general casi todos los autores aceptan que dibujar en la zona superior del folio es indicativo de personas optimistas, soñadoras e idealistas, sujetos refugiados en la fantasía; mientras que, dibujar en la zona inferior hace sospechar acerca de posibles trastornos depresivos, neuróticos y asténicos, sujetos que se apoyan en lo concreto.

De Santiago et al. (1999) siguiendo a Hammer (1992), hipotetizan lo siguiente

a. el lado derecho de la página simboliza la progresión y la esperanza y el porvenir es decir sujetos que se rigen por el principio de la realidad. Estos sujetos aplazarán la consecución del placer inmediato en aras a una adecuada adaptación al medio. Son sujetos generalmente introvertidos.

Koch (1992) relaciona la parte derecha con el futuro, con el nivel de aspiraciones y la interacción con el ambiente.

Universidad de huelva 2010

Xandro (1999) dice que cuando el dibujo está hacia esta parte nos habla de un sujeto de fácil comunicación con los demás, extrovertido y con confianza en el futuro.

Corman (1992) coincide con Koch, pero Hammer (op. cit) indica que el sujeto que dibuje a ese lado es probable que tenga un comportamiento estable y controlado, pero con ciertos rasgos de introversión.

b. El lado izquierdo representa la regresión, regida por el principio del placer y la ley de la inercia (reducir toda tensión a cero), tienden a volver al pasado. Generalmente son extrovertidos e impulsivos no aplazando la consecución del placer en base a la realidad.

Koch (1992) relaciona la parte izquierda con el pasado y con aspectos regresivos. Corman (1992) añade que los que dibuja en la parte izquierda, no sólo "regresan" sino que se han cerrado al futuro y deciden retroceder. Salvador (1982) al igual que los autores anteriores se plantea que el espacio de la izquierda nos habla de tendencias regresivas y miedo al futuro.

Debienne (1979) señala que el pasado ocupa la parte izquierda y representa el polo maternal, la emoción.

Hammer (1992.) indica que el sujeto puede ser impulsivo y buscar las satisfacciones de forma inmediata, y suelen ser extrovertidos.

c. El dibujo centrado es el que regularmente nos indica la seguridad del sujeto.

Alschuler y Hattwick (citados por Hammer, 1992) señalan que los niños que centran sus dibujos tienen una conducta más emotiva, autodirigida y más centrada en ellos, pero también es indicativo de mucha seguridad.

Frank de Verthelyi (op. cit.) señala que lo normal es encontrar las figuras en la parte central de la hoja y que cualquier desvío de esta ubicación habla de una tendencia más o menos significativa en función del grado en que se produce.

Universidad de huelva 2010

d. Parte superior: Koch (1992) la relaciona con lo intelectual, y sentimientos espirituales, mientras que Corman (1992) es la parte de expansión, de imaginación, la región de los soñadores e idealistas.

Hammer (op. cit) plantea que la persona que dibuja en esa zona busca sus satisfacciones en la fantasía y no en la realidad y se mantiene distante, al contrario de la persona que tiene tendencia a situar el dibujo en la parte inferior.

Para Salvador (1982), esta ubicación es propia de sujetos con imaginación, tendentes a la fantasía, pero que huyen de la realidad a través de la idealización.

e. Parte inferior: Koch (op. cit) la relaciona con lo material, y lo concreto, mientras que para Corman (op. cit.) es la parte de los cansados y deprimidos. Aubin (1974) añade que es la zona del inconsciente.

f. Rincones y esquinas: Hammer (op. cit.) plantea que si se dibuja en un rincón, se elige el izquierdo superior y los estudios normativos señalan la existencia de una correlación negativa entre la edad y el uso de esa zona. Weider, Noller y Folles (citado en Hammer) han comprobado que los niños más pequeños prefieren la parte izquierda-superior pero a medida que van creciendo desplazan los dibujos hacia el centro de la página.

4.6.7. Borrado

Definición: *acción de borrar todo el dibujo una vez que ha finalizado; en el caso de que se borre total o parcialmente pero el niño abandona el dibujo y empieza en otra parte del papel (segunda tentativa).*

Un borrado excesivo es indicativo de ansiedad ínter o intrapsíquica, autoinsatisfacción y de mecanismos defensivos de anulación.

Respecto a este aspecto expresivo del dibujo hay que tener especial cautela. Es frecuente encontrarse en la literatura científica sobre los dibujos la interpretación en la que borrar es principalmente un índice de conflicto, siempre y cuando no sea para mejorar el dibujo, puesto esto sería un signo positivo de realidad y flexibilidad. Es patológico cuando el borrar es compulsivo o cuando empeoran el dibujo

Universidad de huelva 2010

Koppitz (1995) señala que cuando se borra y se dibuja después en otro lugar diferente nos habla de impulsividad y ansiedad, pues los niños impulsivos abandonan fácilmente y vuelven a comenzar algo diferente en vez de acabar aquello que habían empezado, pues les resulta más difícil.

Luquet (1978) indica que el borrar indica descontento y se manifiesta de varias formas, pues también pueden romper la hoja, o darle la vuelta y comenzar en el otro lado.

Para Hammer (1992) el borrar se asocia a indecisión, o indeterminación, pero que se debe de tener en cuenta la parte borrada, pues se vincula con áreas conflictivas.

Machover (1980) nos indica que rara vez borran los deficientes mentales, los esquizofrénicos y alcohólicos crónicos, los maníacos y los orgánicos. y por otro lado en mujeres en edad de pubertad parece que el conflicto corporal se expresa en un borrado excesivo.

4.6.8. Omisiones

Definición: *ausencia de partes esenciales del dibujo.*

Caligor (1980) señala, que aunque es un fenómeno raro, refleja bloqueo de controladores intelectuales, retraimiento y dificultades para manejar su contexto, pero Frank de Verthelyi (1984) indica que tendrá que estudiarse el significado de la parte no dibujada y que puede estar asociada a dificultades en el propio crecimiento.

4.6.9. Detalles

Definición: *pormenorización, tratado por partes.*

De Santiago et al. (1999) siguiendo a Hammer (1992), hipotetizan lo siguiente:

El exceso de detalles en un gráfico es típico de personalidades obsesivo-compulsivas. La ausencia de los mismos suele ser un índice regresivo y de aislamiento emocional. Los detalles grandes indican tendencias psicóticas; sobre este tipo de detalles hay que estar muy atento sobre todo en adolescentes ya que pueden plasmar sobre el papel modas generacionales o del grupo de amigos.

Universidad de huelva 2010

4.6.10. Sombreados

Definición: *oscurecimiento de alguna parte del dibujo a base de trazos más o menos contiguos y se produce un ennegrecimiento de la figura.*

Caligor (1980), Koppitz (1995) coinciden en la indicación de ansiedad, angustia, conflicto, pues está relacionado con el grado de angustia que tiene el niño.

Aubin (1980) señala que el sombreado parece obedecer al deseo de ensuciar, de manchar, y a veces se asocia a sentimientos agresivos con sentimientos de culpa y depresión.

Para Hammer (1992) y Di Leo (1985) el sombreado, en sentido general, indica ansiedad y tensión en el niño y es una forma de canalizarla.

Suele ser indicativo de ansiedad y tensión. Si estos sombreados son muy fuertes y vigorosos sugieren agresividad y/o ocultamiento, siendo una conducta gráfica típica en los niños y en las psicopatías.

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

Capítulo 5.

El Test de Bender.

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

5.1. INTRODUCCIÓN

Lauretta Bender en 1938 publica el **Test Guestáltico Visomotor** y a partir de ese momento el test se ha ido afianzando y ha promovido gran cantidad de investigaciones. Lubin y Sands (1992) publican una compilación de investigaciones sobre las propiedades psicométricas del test desde 1970 a 1991 y señalan que aparece en 192 abstracts psicológicos y Ciencias Sociales.

Este capítulo se va a dividir en dos grandes partes. La primera donde se hablará del test de Bender como un test de madurez visoperceptiva y una segunda donde se refleja su cualidad como técnica proyectiva.

En sus inicios, este test, tuvo relevancia para detectar trastornos de base orgánica o de distintos tipos de psicosis, pero estaba dirigida a adultos. Es a partir de los años 60 cuando el interés de esta prueba se desplaza a los niños, sobre todo en relación a la evaluación de los problemas de aprendizaje cuando estos no pueden explicarse por retrasos globales de desarrollo. Los autores que con sus investigaciones abrieron nuevas vías han sido: Santucci y Galifret-Granjon (1960), Koppitz (1963), Quirós (1962), Santucci y Pêcheux (1970), Koppitz (1975), Watkins (1980) (citados en Koppitz, 1981). Todos ellos han recibido la influencia de Pascal y Suttell (1951).

El Test de Bender, en opinión de Defontaine (1979) "tiene como objetivos, entre otros, el de controlar la maduración de la ejecución motriz y de la estructuración visual del niño. La evaluación de esta prueba no depende sólo de los forma de los dibujos reproducidos, sino de la relación entre ellos, con el fondo espacial y el esquema temporal" (p. 250).

Hoy sigue siendo uno de los instrumentos más eficaces del psicodiagnóstico. Aplicado a niños, en el contexto de una exploración más amplia, permite medir el nivel de organización perceptivo-motriz y la estabilidad emocional y compararlo con la norma para poder así extraer consecuencias para comprender por que se produce el retraso escolar y poder poner en marcha el mecanismo reeducativo.

Universidad de huelva 2010

5.2. ANTECEDENTES DEL TEST: LA GESTALT Y LAS LEYES DE LA PERCEPCION

Los primeros investigadores de la percepción se remontan al siglo XVII con los asociacionistas ingleses, quienes partían de la premisa que a partir de las impresiones procedentes del aparato sensorial podía conocerse la realidad.

En psicología, según Polaino–Lorente (1985), la percepción se entiende como un proceso de codificación organizativa e interpretativa de los datos sensoriales y que tiene relación con las experiencias anteriores del sujeto y están implicadas los estímulos físicos, sus propiedades estimulares, el sistema nervioso del individuo y sus experiencias previas. Forgus (1975) sitúa el proceso de percepción dentro del contexto de la necesidad del hombre para adaptarse al medio en que se desenvuelve y hacer frente a sus exigencias y la define como "un proceso de extracción de información" (p.13), y considera que esa información es extraída a través de los estímulos que dan origen a algún tipo de acción reactiva adaptativa del sujeto.

Pinillos (1975) indica que el desarrollo de la actividad perceptiva es un proceso de maduración biológica y de aprendizaje, aunque añade Vernon (1973) que es imposible distinguir entre los efectos de la madurez y los de la experiencia en la evolución de la percepción (en forma y en color).

Velasco de Frutos (1978) aunque está de acuerdo con los dos autores anteriores, hace hincapié en la distinción de unos elementos innatos y otros adquiridos para el proceso perceptivo, pues en dicho proceso debe de existir un centro neurológico que capte las percepciones, pero cuyo funcionamiento se facilite con la experiencia.

Forgus (1975) señala que existen pocos psicólogos que separen la percepción como un proceso exclusivamente aprendido. La mayoría opinan que el proceso perceptivo comienza con programas no aprendidos, que son reflejos y necesarios para iniciar el proceso de adaptación y posteriormente se pasa a programas aprendidos.

Piaget e Inhelder (citado en Forgus, op.cit.) realizaron estudios experimentales en el que hallaron que había progresión de edad en el desarrollo de la percepción de la forma que implicaba niveles ascendentes de abstracción.

Universidad de huelva 2010

Sin embargo los aspectos de la percepción que parecen ser independientes del aprendizaje han sido estudiados de la forma más exhaustiva por psicólogos de la Gestalt. Whittaker (1971) en sus investigaciones aporta que existen diversas características de la percepción donde el aprendizaje no es excesivamente importante.

Los principales representantes de la psicología de la Gestalt son Wertheimer (1880-1943), Koffka (1886–1941) y Köhler (1887-1967).

Surge en Alemania como controversia al introspeccionismo iniciado por Wundt. Proponen la tesis de que la percepción lo es siempre de totalidades. Los psicólogos de la Gestalt atacan el atomismo del estructuralismo.

Dichos psicólogos sostienen que la experiencia originaria proporciona unos datos básicos que son fenómenos estructurados con propiedades del todo y elementales, significativos y no sensoriales. Su idea central es "el todo es mayor que la suma de sus partes" y que el todo son las partes y sus mutuas relaciones, éstas pueden ser diferentes y de ellas surgen propiedades que no se deriven de las partes aisladas.

Los gestaltistas suponían que en cada acto perceptual, en función del patrón total de excitación del órgano sensorial involucrado, así como la constelación de estímulos que afectan a otros sentidos, se genera en el sistema nervioso procesos eléctricos que son gobernados por leyes dinámicas análogas a las que operan en la organización de los sistemas físicos. Como consecuencia de este isomorfismo plantea la idea de una correspondencia topológica entre campos perceptivos y sus fundamentos cerebrales. Lo que supone una concepción del sistema nervioso como un todo que funciona de forma flexible y dinámica.

Estudian la percepción en términos de su organización inherente y de sus propiedades de configuración. Reúnen gran cantidad de experimentos para demostrar que los fenómenos perceptivos deben de entenderse de forma holística.

Se sirven de la experiencia subjetiva pero como observación fenomenológica centrada en cómo se ven las cosas.

Basándose en el análisis fenomenológico, los gestaltistas formularon una serie de leyes que describen cómo se organiza el campo fenomenológico de la percepción. Entre ellas están:

Universidad de huelva 2010

- **Ley de la pregnancia:** según Katz (1976) esta ley es válida para la generalidad, es decir, ocurre en todos los individuos. Esta ley formulada por Koffka (1935) dice "la organización psicológica será siempre tan excelente como las condiciones dominantes lo permitan" (p.74). El término excelente incluye propiedades como regularidad, simetría, homogeneidad, equilibrio, sencillez y concisión. Añade Katz (op. cit.) "en tanto que se trate de impresiones sensoriales, las cuales son localizadas en el espacio, entra en función la ley de pregnancia y tiende a la orientación vertical – horizontal" (p.45).

Apoyados en el funcionamiento de esta ley, los gestaltistas formularon los siguientes principios:

a. **Principio de la proximidad:** la proximidad de los elementos en el espacio o tiempo es una condición favorable para percibirlos como una estructura.

b. **Principio de semejanza:** en condiciones iguales, los elementos semejantes, tienden a formar unidades, sobre todo si esta semejanza ve realizada por diferencias respectos a los otros elementos del grupo.

c. **Principio de la simetría:** hay mas probabilidad de que zonas simétricas de un campo se vean cómo figuras que las asimétricas. Los estímulos tienen a organizarse de forma simétrica.

d. **Principio de la buena continuación:** un conjunto de elementos pueden estar dispuestos de tal manera que al examinar los elementos parezcan estar situados de forma adecuada entre sí y tienden a percibirse como formando parte de una misma figura.

e. **Principio del destino común:** se refiere al agrupamiento basado en el movimiento o cambios comunes de un conjunto de elementos de campo.

f. **Principio de cierre:** las formas incompletas tienden a asumir una forma completa o cerrada. Basado en el principio global de la pregnancia

Estos y otros principios aparecen publicados en 1923 en un trabajo de Wertheimer sobre leyes de estructura y organización de la experiencia perceptiva.

Universidad de huelva 2010

Para los gestaltistas, los sujetos organizan el mundo imponiendo formas y las generalizan al terreno del pensamiento, aducen que pensar supone reorganizar los elementos de un problema en una totalidad nueva. Conocer supone servirse de estructuras que tienen una base física y que se imponen por sus cualidades. Estas estructuras son totalidades complejas comunes en todos los niveles de funcionamiento cognitivo.

Vernon (1973) indica que es diferente el modo en que percibe un niño y un adulto; un niño entre 6 y 12 meses necesita una experiencia prolongada para aprender a distinguir formas. Al final del primer año tiende a considerar las figuras geométricas dibujadas en superficies planas como objetos reales.

Los dibujos de niños pequeños muestran que no reconocen los rasgos esenciales de formas sencillas. Cuando son capaces de copiar formas tienden a reproducir todas las formas cerradas como círculos, aunque sean triángulos o cuadrados. En la fase siguiente, distinguen las líneas rectas de las curvas, pero todavía tienen dificultades con los lados oblicuos del triangulo. A los 5–6 años todavía encuentran difícil darle la inclinación correcta al rombo.

A los 6–7 años la percepción es sincrética, es decir percibe totalidades más que detalles. Según Slochwer (1946; citado por Vernon, op. cit.) las copias serán más regulares y simétricas que las originales.

Otra característica de la percepción de los niños pequeños es que no prestan atención a la orientación de la forma en el espacio. Esta tendencia puede indicar la incapacidad del niño de analizar lo que percibe, de aislar ciertos aspectos y tenerlos en cuenta, como en la lectura de letras. Pero además manifiesta cierta rigidez y estereotipia en sus procesos perceptivos.

Universidad de huelva 2010

5.3. DESCRIPCIÓN DEL TEST DE BENDER.

5.3.1. Descripción general del Test de Bender

Lauretta Bender construyó entre los años 1932 y 1938 el Test Guestáltico Visomotor, conocido como B.G. (Bender Gestalt). Tiene como base la Psicología de la Gestalt y su objetivo es evaluar la integración y coordinación visomotriz.

Bender seleccionó 9 de las 30 figuras desarrolladas por Wertheimer y las adapta para simplificarlas o acentuar algún rasgo gestáltico básico y así poder estudiar la experiencia gestáltica en adultos con algún tipo de trastorno psicopatológico o intelectual, primero y de niños con diferentes niveles de maduración después.

Mientras que Wertheimer pedía a los sujetos que describieran lo que veían, puesto que quería medir los patrones de la percepción visual, Bender pide a los sujetos que copien las figuras en una hoja para no desarticular la percepción y la motricidad.

Bender (1938/1984) define la función gestáltica como "aquella función del organismo integrado por el cual éste responde a una constelación de estímulos dado como un todo siendo la respuesta misma una constelación, un patrón, una gestalt" (p. 24).

El test Bender consta de 9 figuras impresas en negro sobre cartulinas blancas de 10x15 cm. y consiste en pedirle al sujeto que copia las 9 figuras para analizar y valorar por medio de su reproducción cómo ha estructurado los dibujos. El análisis de la ejecución de las figuras se centra sobre los elementos que el sujeto ha tenido en cuenta y el modo en que los integra para volver a organizar la forma, mediante coordinaciones motoras.

Para la autora, el objetivo central es evaluar la madurez de los sujetos en relación a su adecuación perceptivo-motora y las posibles perturbaciones en los procesos que intervienen en la reproducción gráfica.

Universidad de huelva 2010

Los supuestos que rigen la producción son según Bender (1938):

1. La tendencia a experimentar la gestalt como figuras en estado de transformación y así la configuración se integra en el espacio y en el tiempo.
2. la gestalt resultante se compone del patrón especial original (patrón visual), del factor temporal de transformación y del factor personal sensoromotor. Existe una tendencia a completar y reorganizar las gestalts de acuerdo con principios biológicamente determinados por el patrón de acción sensomotriz.
3. este patrón de acción varía en los distintos niveles de maduración y está determinado por los estados patológicos orgánicos o funcionales subyacentes.

Bender (1970) vuelve a insistir en la naturaleza global de la función gestáltica y de la imposibilidad de separar las capacidades motoras y perceptivas.

Koppitz (1981) añade que un niño con una percepción inmadura o deficiente tendrá dificultades con la percepción visomotriz, como consecuencia una pobre realización del Test Bender. Lo que nos lleva a determinar que una buena percepción visomotriz y una buena ejecución del Bender da como resultado una presunción de relativa madurez o una buena adecuación de la percepción visual, pero, no obstante, Fisher (1976), Newcomer y Hammill, (1973) (citados por Koppitz, op. cit.) demostraron que no todos los niños con puntuación de inmadurez tienen problemas en la percepción visual.

Lo mismo se plantea con la coordinación motriz. A una buena coordinación motriz, se espera buenos resultados en el test, pero no todos los niños con pobres resultados en el Bender tienen una mala coordinación, y así lo demostraron Heinrich (1968), Wedell y Horne (1969), Zach y Kaufman (1972) (citados en Koppitz, op. cit.).

Universidad de huelva 2010

El proceso de percepción visomotriz que implica copiar las figuras del test sería el siguiente:

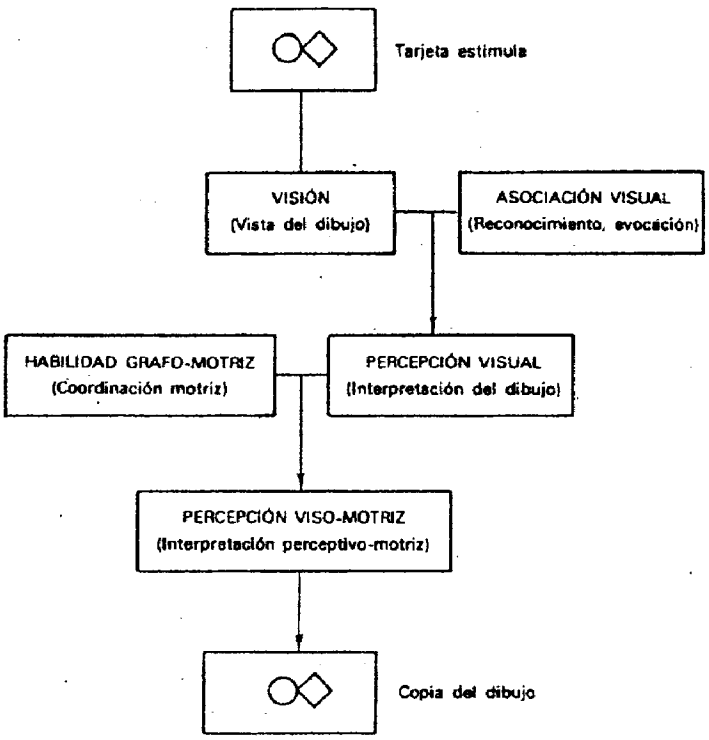


Figura 5.1. Proceso de percepción visomotora (Koppitz ,1981)

La tarjeta estímulo con el dibujo A (tarjeta primera) impacta la retina del sujeto y es transmitido al cerebro. Si el niño posee una visión normal, visualiza el dibujo. Pero esto no significa que pueda percibirlo ya que la percepción o interpretación de lo que ve depende de la maduración y de las experiencias del niño. Sabemos que tiene percepción visual cuando el niño puede dibujar las dos figuras, dispuestas en posición horizontal y tocándose uno al otro, pero esto no quiere decir que pueda copiarlo. Para ello el sujeto tiene que traducir lo que percibe en una actividad motriz, es decir, dibujarlo en el papel.

Si el niño posee madurez en su integración perceptiva y en su coordinación motora, podrá realizar correctamente la tarea. Esto se suele alcanzar a los 8-9 años. Por tanto una mala copia puede ser debido a inmadurez o mal funcionamiento de la percepción visual, de la coordinación motriz o de ambas.

Universidad de huelva 2010

Sin embargo, como ya se ha dicho antes, Hienrich (1968) , Wedell y Horne (1969) (citados por Koppitz, op. cit.) demostraros que no todos los niños con resultados pobres en el test tienen problemas perceptivos, ni dificultades en la coordinación motriz, pero en cambio si tienen problemas en la integración perceptivomotriz, que es una función que requiere un más elevado nivel de integración.

Las tarjetas estandarizadas del Test Bender han sido publicadas por la Asociación Ortopsiquiátrica Americana (Bender, 1946). Dichas tarjetas son nueve, y en cada una de ellas aparece dibujado una figura geométrica compleja sin significado. La primera se designa con la letra A y las demás están numeradas del 1 al 8 en el reverso de la tarjeta.

Los dibujos son los siguientes:

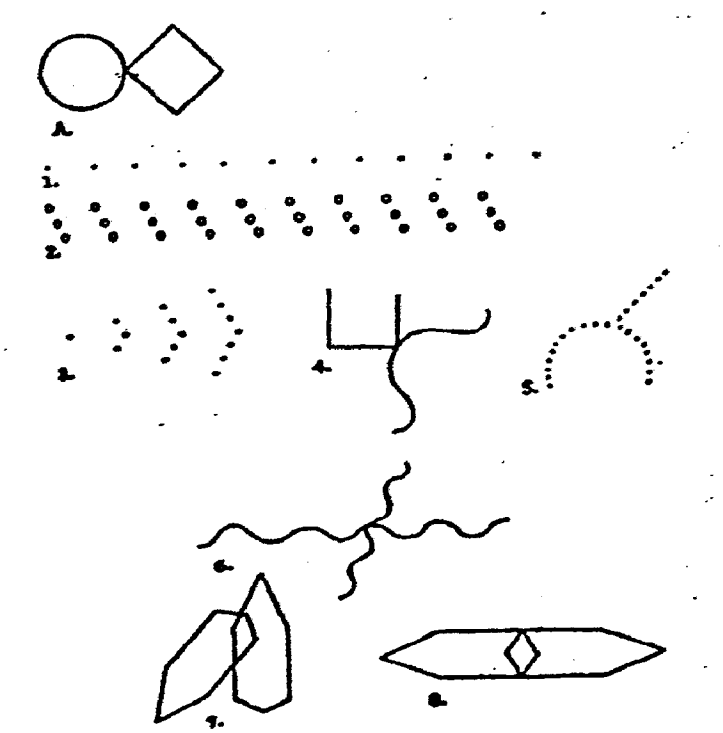


Figura 5.2. Figura del Test de L. Bender adaptadas de las configuraciones de Wertheimer (Bender, 1985)

Universidad de huelva 2010

Figura A

Está considerada como introductoria, ya que rápidamente se la percibe como figuras cerradas sobre un fondo. El dibujo lo forma un círculo y un cuadrado orientado sobre la diagonal y tangente al círculo. El centro del círculo y el del cuadrado están alienados con el punto de tangencia. Esta configuración se reconoce como dos figuras contiguas, a causa de que cada una de ellas constituye un "quite gestalt". Este principio rige sobre otro, según el cual las partes que se hallan más próximas entre sí se visualizan generalmente juntas.

Figura 1

Está compuesta por una línea de 12 puntos aproximadamente de 1mm. de diámetro. Debería percibirse, según Wertheimer (Bender, op.cit.) de modo que los puntos apreciasen como una serie de pares determinados por la distancia menor, con un punto suelto en cada extremo. Se trata de un gestalt construida sobre el principio de la proximidad de las partes.

Figura 2

Contiene 3 hileras de círculos de forma elíptica dispuestos en 10 columnas inclinadas desde arriba a la izquierda hacia abajo a la derecha. Por lo general se percibe como una serie de líneas cortas oblicuas. El principio que lo determina es también el de la proximidad de las partes.

Figura 3

Está compuesta por 16 puntos. El primer punto constituye un vértice y tres ángulos; el primer ángulo está formado por tres puntos, el segundo por cinco y el tercero por siete puntos. Está determinada por el principio de la proximidad de las partes.

Universidad de huelva 2010

Figura 4

Está compuesta por un cuadrado abierto y tangente a su ángulo interior derecho una línea en forma de campana. El principio gestáltico es la organización geométrica o interna.

Figura 5

Está compuesta por un conjunto de puntos formando un círculo incompleto de cuya parte superior salen siete puntos que forman un trazo recto inclinado. Se la visualiza como formado por dos líneas contingentes. El principio es el mismo que el de la figura A.

Figura 6

Está formada por dos líneas sinusoidales de distinta longitud de ondas que se cortan oblicuamente. Se basa en el principio gestáltico de la buena continuación.

Figura 7

Tanto esta figura como la siguiente no son descritas por Bender, quien únicamente refiere que las dos están compuestas por las mismas unidades. La figura 7 se encuentra formada por dos hexágonos, uno dispuesto vertical y el segundo oblicuo al primero, con un contacto secante con el mismo. El principio gestáltico de base es el de una configuración compuesta por las distintas unidades.

Figura 8

Está compuesto por una figura hexagonal ubicado horizontalmente y en su centro un pequeño rombo. Se basa en el principio de conformidad de las figuras geométricas.

Universidad de huelva 2010

5.3.2. Administración

Bender (1983) propone una técnica de administración para su aplicación individual que se recoge en la "Guía para la aplicación del BG" de Bernstein, adjunta en la traducción castellana de la misma (Bender 1980).

Una vez preparada convenientemente el material de la prueba (ya descrita en el punto anterior) se procede a verbalizar las instrucciones:

"Aquí hay algunos figuras (o dibujos) para que los copie. Cópielos tal y como usted los ve."

Bernstein (op. cit.) también señala ser cuidadosos de no sugerir nada al dar alguna otra indicación.

La administración del test se comienza con la figura A, para continuar sucesivamente, una a una, con las ocho figuras de la serie, en el orden estandarizado, a fin de que el sujeto los vaya copiando con el modelo a la vista.

Las tarjetas deben ser mostradas una a una, colocadas en el margen superior del protocolo de la prueba, en posición correcta.

Se debe alentar al sujeto a que coloque la figura A, cerca de la esquina superior derecha del papel, pero no insistir si la sugerencia no es aceptada.

Si el sujeto intenta girar la tarjeta se le debe desalentar, pero si persiste se le dejará, no obstante se anotará en su protocolo, como cualquier conducta del sujeto durante la prueba, pues nos servirá para complementar la evaluación.

El tiempo no es fijo ni se limita, las láminas serán retiradas a medida que el sujeto las vaya copiando.

5.3.3. Ámbito de aplicación.

El test Bender es utilizado en una gran variedad de evaluaciones, pero su autora propone su utilización en tres grandes áreas:

1. Determinación del nivel de maduración en los niños:

El nivel de maduración de un sujeto se puede establecer mediante la evaluación de su nivel de rendimiento gestáltico visomotor, pues esta

Universidad de huelva 2010

función básica está asociada con la capacidad del lenguaje y con diversas funciones de la inteligencia (percepción visual, habilidad motora manual, memoria, conceptos temporo-espacial).

Para ello elaboró una tabla de normas de maduración (Bender, 1938) sobre una muestra de 800 niños de 3 a 11 años y adultos.

Esta tabla constituye un resumen del tipo de respuestas según las edades, indicándose en el ángulo superior izquierdo cada casillero, el porcentaje de niños capaces de conseguir la copia del dibujo

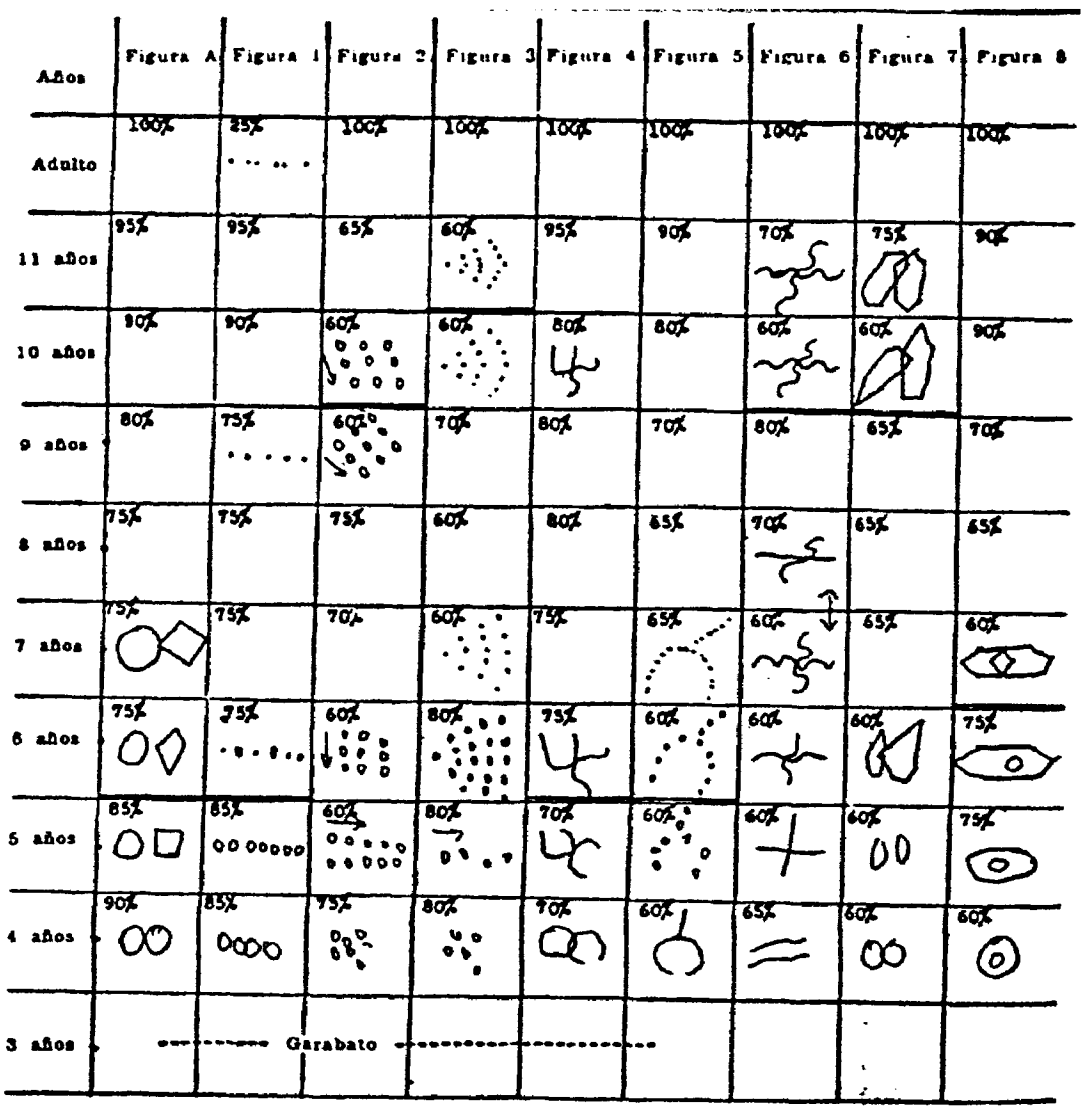


Figura 5.3. Resumen de la tabla del nivel de maduración (Bender 1985)

Mediante la comparación del protocolo del sujeto con estos datos normativos, se puede determinar su nivel de maduración, si bien al ser el

Universidad de huelva 2010

propósito de Bender, el crear un instrumento fundamentalmente clínico, no proporcionó al test la organización que exige un riguroso tratamiento numérico para la formulación cuantitativa del nivel de madurez.

II. *Examen de la patología mental infantil.*

La aplicación del test de Bender en esta área se ha enfocado sobre todo al estudio de la esquizofrenia infantil, debilidad mental y las demencias infantiles.

III. *Examen de la patología mental en adultos.*

El interés en esta área se ha centrado sobre todo en los siguientes aspectos:

- Retrasos globales de maduración.
- Incapacidades verbales específicas.
- Fenómenos de disociación que perturban el conjunto de la personalidad.
- Desórdenes impulsivos.
- Desórdenes preceptúales.
- Desórdenes confusionales.

También se ha aplicado en el estudio de la afasia, demencias, alcoholismo, síndromes traumáticos, psicosis maniaca–depresiva, esquizofrenia, simulación, etc., demostrando con ello su uso cada vez más generalizado.

5.3.4. Fiabilidad y validez del test de Bender

A pesar de que Bender (1938) sienta las bases para la evaluación, tanto cuantitativa como cualitativa, el mayor énfasis lo realiza en el segundo aspecto. Elabora una tabla de estandarización del tipo de respuestas según las edades, pero la autora, en diversas ocasiones (1938, 1965, 1970) recomienda la evaluación clínica de la prueba, es decir, la interpretación subjetiva de las figuras por el examinador ayudándose por su intuición y experiencia, rehusando la cuantificación de los resultados del protocolo.

Universidad de huelva 2010

De la "Guía para la aplicación del BG" de Bernstein (op.cit.) se pueden extraer algunas de las características que observa la autora para el análisis cualitativo de las reproducciones de las figuras de la prueba como:

- Características de la organización de las figuras sobre el espacio disponible.
- Grado de claridad de la reproducción, adhesión o distorsión de los modelos.
- Características de los contornos, si son nítidos o difusos; de los trazados si son continuos, fragmentados o repasados; de los elementos reproducidos con respecto al tamaño, posición y orientación.
- Colocación en el plano horizontal o vertical correcta o incorrecta, colocación hacia la derecha o izquierda, dirección del movimiento, interrelación de las figuras, etc.
- Afán de perfeccionismo, formalismo, tendencia a las respuestas abstractas o concretas, auxilio mecánico, etc.

Una vez analizados estos detalles, Bender, realiza el diagnóstico atendiendo a los "indicadores" de diversos tipos de alteraciones. Esta evaluación la emplea tanto para conocer el nivel de maduración como para el examen de trastornos graves, tales como neurosis y psicopatías, ya que considera que a partir de los 11 años, es posible realizar una reproducción fiel de las figuras y toda desviación sería significativa de peculiaridades individuales.

Este modo de analizar los protocolos del test, presenta según Koppitz (1981) algunas dificultades, en cuanto que al estar basado en la intuición y experiencia del examinador, éste puede extraer importantes datos si está bien entrenado, pero no ocurre así cuando el profesional no está cualificado o no tienen experiencia, en cuyo caso la intuición no puede ser digna de confianza.

De aquí se deriva del hecho, según Koppitz (op. cit.) de que se hayan desarrollado un considerable número de sistemas "objetivos" de puntuación para el test de Bender, y de variaciones de la prueba, ya que facilitan el que un psicólogo poco experimentado puede hacer uso correcto de la prueba, a lo que añade la ventaja que supone poder comparar datos procedentes de distintos estudios o grupos de niños en investigaciones experimentales sobre el test de Bender que por necesidad se encuentran limitados a los datos objetivos resultantes de los protocolos.

Universidad de huelva 2010

5.3.4.1. Fiabilidad de la escala de maduración

Existe una considerable evidencia de que en este test la fiabilidad interevaluadores y el test-retest son satisfactorias.

a. INTEREVALUADORES

Koppitz recoge (1981, p. 46) los resultados de 31 investigaciones realizadas entre 1965 y 1973, en el siguiente cuadro se ven los resultados.

Tabla 5.1: Correlaciones interexaminadores para las puntuaciones en la Escala de maduración para el test de Bender

Investigador(es)	*Número de examinadores*	*Tests puntuados*	*Sujetos*	*Correlaciones*
Caskey (1973)	2	193	alumnos Jardín Inf.	.99
Cellura y Butterfield (1966)	2	20	alum. retrasados M.	.91
Dibner y Korn (1969)	2	492	Jard. Inf. a 4.º Gr.	.95
Dinmore (1972)	3	30	Jard. Inf. a 4.º Gr.	.97; .95; .93
Egeland y otros (1967)	3	80	niños retrasados M.	.90; .91; .91
Giebink y Birch (1970)	2	98	alum. Jard. Inf.	.84
Giebink y Birch (1970)	2	111	1.ºGrado	.93
Heinrich (1968)	2	20	2.º y 6.º Grado	.80
Kaspar y Lampel (1971)	2	28	5 a 8 años	.90
Marsh (1972)	2	21	6 a 13 años	.96
Mlodnosky (1972)	2	30	1.ºGrado	.96
Moseley (1969)	1*	80	3.ºGrado	.91
Moseley (1969)	2	25	3.ºGrado	.89
Obrzut y otros (1972)	2	54	1.º, 3.º y 6.º Grados	.98
Ryckman y otros (1972)	2	20	2.º Grado	.85
Ryckman y otros (1972)	2	24	4.º Grado	.79
Ryckman y otros (1972)	2	27	6.º Grado	.80
Snyder y Kalil (1969)	3	418	1.ºGrado	.91; .96; .93
Sonoda (1971)	3	37	alum. Jard. Inf.	.89; .90; .86
Taylor y Thweatt (1972)	2	50	6 a 12 años	.96
Vormeland (1968)	1**	281	1.ºGrado	.92
Vormeland (1968)	2	281	1.ºGrado	.89
Wile (1965)	2	50	niños y adultos	.91

* El investigador repuntuó los protocolos del Test de Bender un año después.
** El investigador repuntó los protocolos del Test de Bender 6 meses después.

Dentro de los estudios posteriores a los recogidos por Koppitz, están:

- Morsbach, Del Priori y Furnell (1975) (tomado de Cruz Sáez, 1996) haciéndose eco de los comentarios de Egeland, Rice y Penny (1976) de que tal vez la experiencia del evaluador mediatizaba los resultados que se obtenían sobre la fiabilidad de la prueba, realizaron estudios para comprobar hasta qué punto el grado de experiencia clínica y manejo de

Universidad de huelva 2010

la prueba influenciaba la fiabilidad interexaminadores. Hubo dos grupos de evaluadores, uno con experiencia en la prueba y el otro con estudiantes si ninguna experiencia. Los coeficientes de correlación para las categorías de error variaban de 0,69 a 0,99. Sin embargo también constatan que el grupo sin experiencia fue mucho más homogéneo en su puntuación que el grupo experimentado, pues éste se dividió en evaluadores severos y permisivos. Los autores opinan que esta mayor variación que se da en el grupo clínico está provocada por la diferente experiencia y entrenamiento. Esto abre la perspectiva del factor subjetivo a la hora de evaluar un sistema que se considera objetivo.

- Neale y McKey (1985) utilizando a 3 evaluadores obtienen una alta fiabilidad de 0,91 para la puntuación total, pero no hubo acuerdo en los ítems de la prueba.
- Zinder y Kalil, (citados por Koppitz, 1981) señalan 6 fuentes de error en la puntuación del Bender donde las principales variables eran el examinador y el manual de puntuación.
- Svensson y Hill (1990) utilizaron el método Koppitz para corregir los protocolos de 3 pacientes y de un niño normal. Se les pidió a 12 evaluadores con diferentes grados de experiencias que realizaran un diagnóstico que luego fue comparado con el diagnóstico real. A pesar de alcanzar una fiabilidad interevaluadores significativa para la puntuación total y los indicadores emocionales, no se encontró acuerdo significativo en el diagnóstico realizado, aunque el efecto "experiencia" fue importante, excepto para el diagnóstico Daño Cerebral en el que se obtuvieron un porcentaje mayor de exactitud en los evaluadores que casi no conocían la prueba.

b. Test-Retest

En el siguiente cuadro se muestran los estudios recopilados por Koppitz (1981) en los que se ofrecen los datos sobre el índice de fiabilidad test- retest del BG aplicados a niños normales utilizando la escala de maduración:

De los resultados se puede extraer que la fiabilidad test- retest es buena, siempre que el intervalo de tiempo transcurrido entre las dos evaluaciones sea corto, menos de 3 meses. Cuando este intervalo es mayor, las correlaciones, aunque son significativas, tienden a ser algo menores (Keog y Smith, 1967, Koppitz, 1976)

Universidad de huelva 2010

Tabla 5.2: Índice de fiabilidad test- retest del B.G.

Investigador(es)	*N*	*Sujetos*	*Intervalo de tiempo*	*Correlaciones*
Isaac (1973)	180	1.º Grado	el mismo día	no dif. sig.
Ryckman y otros (1972)	20	2.º Grado	1 semana	.53*
	24	4.º Grado	1 semana	.56
	27	6.º Grado	1 semana	.76
McCarthy (1972)	19	1.º Grado	1-2 semanas	.88
	31	2.º Grado	1-2 semanas	.56
Caskey (1973)	193	alumnos J. Inf.	10-14 días	.63 (test ind.)
	193	alumnos J. Inf.	10-14 días	.83 (test grup.
Goff & Parker (1969)	25	alumnos J. Inf.	2 semanas	.90
	29	1.º Grado	2 semanas	.81
	29	2.º Grado	2 semanas	.85
	28	3.º Grado	2 semanas	.83
	29	4.º Grado	2 semanas	.85
Ruckhaber (1964)	24	alumnos J. Inf.	6 semanas	.84 .80 .87
	24	alumnos J. Inf.	12 semanas	.81 .75
	24	alumnos J. Inf.	18 semanas	.77
Sonoda (1971)	37	alumnos J. Inf.	3 meses	.63 .53 .60
Keogh & Smith (1968)	140	alumnos J. Inf.	2 meses (sep./nov.)	.57
	140	alumnos J. Inf.	5 meses (sep./feb.)	.65
	140	alumnos J. Inf.	8 meses (sep./mayo)	.56
Koppitz, 1974	44	alumnos J. Inf.	8 meses (oct./ene.)	.50

* Significativa al nivel de 0.05, todas las otras *r* son significativas al nivel de 0.01 o más.
** En este estudio se empleó el sistema de puntuación de Keogh; en todos los demás estudios fue utilizado el sistema de puntuación de la Escala de Maduración del Test de Bender

No se han obtenido los mismos resultados en relación a las categorías de error, pues se presentan correlaciones más bajas (Egeland et al., 1967, Friedman et al., 1967, Neale et al., 1985). Estos resultados son congruentes con las observaciones de Koppitz (1981) de que aunque los errores específicos pueden variar cuando el niño reproduce los mismos dibujos en diferentes ocasiones, la puntuación total tiende a ser la misma y que en consecuencia los protocolos se deben evaluar en base a la puntuación total y no con errores individuales.

5.3.4.2. Validez de la escala de maduración

La validez de la escala de maduración ha sido calculada en diversos estudios contrastando las puntuaciones obtenidas por el sujeto en el Bender con un criterio externo, fundamentalmente con el nivel intelectual y el rendimiento académico.

Universidad de huelva 2010

a. Relación entre el Bender y el C.I.

Koppitz (1981, pag. 94) recopila los datos aportados por las distintas investigaciones entre las puntuaciones del Bender y las puntuaciones del C.I.

Tabla 5.3: Relación entre el B.G. y las puntuaciones en C. I.

Investigador(es)	*Núm.*	*Edad*	*Sujetos y CI, Tests*	*Bender y CI*	
				r	*p*
McNamara y otros (1969)	42	M 5;8	negros, aventajados, CI WPPSI $\bar{x}$ 84	−0'62*	0.001
Caskey (1973)	193	J. I. (grupo)	ciudad pequeña, Otis-Len. CI $\bar{x}$ 105	−0'66	0.001
	193	J. I. (indiv.)	ciudad pequeña, Otis-Len. CI $\bar{x}$ 105	−0'51	0.001
Becker y Sabatino (1973)	154	Jard. Inf.	blancos, de suburbio, Am. Sch. Int. T. M. CI $\bar{x}$ 104	−0'35	0.001
Koppitz	52	Jard. Inf.	blancos, suburbio CTMM CI $\bar{x}$ 109	−0'36	0.01
	44	1.° Grado	blancos, suburbio CTMM CI $\bar{x}$ 119	−0'19	NS
Baer y Gale (1967)	69	1.° Grado	Esc. Parroquial, CTMM CI $\bar{x}$ 120	−0'23	NS
	32	1.° Grado	Casa Caridad, CTMM CI $\bar{x}$ 96	−0'54	0.01
Vormeland (1968)	281	1.° Grado	Oslo, Noruega, Kuhlman-Anderson CI $\bar{x}$	−0'48	0.01
	691	1.° Grado	Oslo, Noruega, Kuhlman-Anderson	−0'49	0.01
Henderson y otros (1969)	120	6;9/7;0	blancos, clase baja, CI WISC $\bar{x}$ 99	−0'51	0.01
	33	6;9/7;0	clase baja, no blancos, CI WISC $\bar{x}$ 92	−0'48	0.01
Keogh (1965)	127	3.° Grado	blancos, clase media, CI WISC $\bar{x}$ 106	−0'24	0.01

* Las correlaciones son negativas, ya que en el Test de Bender se puntúan errores; por lo tanto, una puntuación alta es una mala puntuación.

De las trece correlaciones, 11 son estadísticamente significativas, indicando que las puntuaciones en el Bender están muy estrechamente relacionadas con los cocientes intelectuales medios o inferiores.

Las dos correlaciones que no resultaron significativas fueron extraídas de las puntuaciones de alumnos con una capacidad mental superior a la media.

Koppitz (1976) administra el Bender a 239 niños entre 5 y 10 años con objeto de conocer la correlación existente entre la escala de maduración, los test de inteligencia y el rendimiento escolar.

De los resultados obtenidos se extrae la conclusión de que las puntuaciones del Bender pueden ser consideradas como una buena estimación del nivel intelectual de los niños con edades comprendidas entre los 5 y 10 años.

De las investigaciones revisadas, Koppitz (1981) destaca las siguientes conclusiones:

- Los niños que obtienen buenas puntuaciones en el test de Bender tienden a obtener también un C.I. en la media o por encima de la

Universidad de huelva 2010

media. Sin embargo, el test no discrimina entre capacidad mental media–alta y superior.

- Una puntuación inmadura en el Bender no implica un C.I. bajo, pues pueden intervenir otros factores.
- Los niños con C.I. medio o elevado pueden obtener puntuaciones buenas o inmadura en el test, pero la mayoría de las veces alcanzarán un buen rendimiento en la prueba..
- Los niños con C.I. por debajo de la media, tienden a obtener puntuaciones bajas en el Bender.
- Si el test se administra junto a una prueba de capacidad verbal, su validez como instrumento de sondeo intelectual se ve incrementada.
- Las puntuaciones del test Bender de los niños retrasados mentales están generalmente más relacionadas con su edad mental que con la cronológica.

b. Relación entre el Bender y el rendimiento escolar

Se ha observado que la coordinación visomotora juega un papel importante en el aprendizaje de los niños. Durante muchos años se ha considerado que las habilidades de integración visomotora contribuyen a la predicción del rendimiento escolar (Koppitz, 1981; Leisak, 1984; Tolor y Brannigan, 1980;) por la que la evaluación del desarrollo de la percepción visomotora forma parte de las baterías de evaluación psicoeducativa utilizadas por los psicólogos escolares (Haddad, 1986; Sattler, 1982)

De la mayoría de los estudios realizados en esta área, se desprende que la puntuación total en la escala de maduración discrimina entre grupo de alumnos con buen desempeño escolar y grupos con dificultades de lectura (Ackerman y cols, 1971; Connor, 1969; Kerr. 1972; Fisher, 1967; Stavrianos, 1971; Vande Voort y Senf, 1973; citados por Koppitz, 1981).

Utilizando el test Bender como instrumento de sondeo para predecir los resultados escolares, algunos autores como Dibner y Korn (1969), sugieren que sea administrado al final del ciclo de infantil .

Koppitz señala, después de sus investigaciones (1976, 1981) que la puntuación obtenida en el Bender al comienzo del primer, segundo y tercer curso está estrechamente relacionada con el juicio del maestro sobre el

Universidad de huelva 2010

rendimiento del alumno al final de dichos cursos. Sin embargo las puntuaciones de Bender en preescolar y cuarto curso son indicadores ineficaces de cara al pronóstico del rendimiento al final del año.

Los hallazgos sobre la utilización del Bender como medio de predicción de rendimiento académico han sido ambiguos. Algunos investigadores como Connor, 1968-69; Mardock y cols 1969; Keim, 1970, (citados por C. Sáez, 1996) informan que la ejecución del test Bender debe ser utilizado con mucha cautela en la predicción o diagnóstico de cualquier deficiencia perceptual o rendimiento pobre en lectura.

En cambio otros investigadores como Koppitz y cols, 1961; Smith y Keogh, 1962; Kelly y Amble, 1970, ofrecen datos que apoyan el uso del test Bender como instrumento predictivo y de diagnóstico.

Hammer (1967) señala que no existe diferencia real entre que la prueba sea aplicada al final del preescolar o al inicio de primero de primaria. Koppitz (1981) está de acuerdo con el autor anterior, pues el test Bender parece ser especialmente efectivo como instrumento de predicción para niños con edades comprendidas entre los 5,6 y los 6,6 años.

Tabla 5.4: Relación entre el B.G. y el rendimiento escolar.

Investigador(es)	*N*	*Época y medida de rendimiento*	*r*	*p*
Jardín de Infancia: Test de Bender y rendimiento				
Jessen y Prendergast (1965)	140	Jard. Inf., Lee-Clark Read. T.	−.34'	.01
Cabrini (1968)	90	1.º Gr., Met. Readiness Test	−.39	.01
Cabrini (1968)	90	1.º Gr., Gates Primary Test	−.29	.01
Giebink y Birch (1970)	98	2.º Gr., Calif. Achiev. Test	−.19	NS
Keogh (1965)	127	3.º Gr., Calif. Reading Test	−.29	.01
Keogh (1967)	73	3.º Gr., Calif. Ach. T., Read.	−.24	.05
Keogh (1969)	21	4.º Gr., aritmética	−.51	.02
Keogh (1969)	21	5.º Gr., aritmética	−.46	.05
Keogh (1967)	73	6.º Gr., Iowa Bas. Skills, read.	−.57	.01
Keogh (1967)	73	6.º Gr., Iowa Bas. Skills, aritmética	−.37	.01
Dibner y Korn (1969)	492	Jard. Inf. a 4.º Gr., calif. lectura	−.28	.01
Dibner y Korn (1969)	492	Jard. Inf. a 4.º Gr., calif. aritmética	−.25	.01
Primer Grado: Test de Bender y rendimiento				
Snyder y Freud (1967)	667	1.º Gr. Lee-Clark Readiness	−.47	.01
Greene y Clark (1973)	263	1.º Gr. Stan. Ach. T., lectura	−.17	NS
Greene y Clark (1973)	263	1.º Gr. Stan. Ach. T., aritmé.	−.27	.01
Hammer (1967)	213	1.º Gr. Sur. Prim. lec. dev.	−.21	.05
Henderson y otros (1969)	120	1.º Gr. lectura	−.26	.01
Henderson y otros (1969)	83	1.º Gr. lectura	−.32	.01
Henderson y otros (1969)	120	1.º Gr. aritmética	−.41	.01
Henderson y otros (1969)	83	1.º Gr. aritmética	−.36	.01
Jessen y Prendergast (1965)	105	1.º Gr., Gates Reading Test	−.49	.01
Mlodnosky (1972)	93	1.º Gr., lectura en la clase	−.38	.01
Oberstein (1968)	50	1.º Gr., N.Y.S. Reading Ach.	−.58	.01
Obrzut y otros (1972)	99	1.º Gr., Stan. Ach. T., lectura	−.32	.01
Stadler (1966)	74	1.º Gr., Modif. Ginn Read. Test	−.46	.01
Vormeland (1968)	574	1.º Gr., lectura	−.29	.01
Vormeland (1968)	574	1.º Gr., aritmética	−.49	.01
Vormeland (1968)	574	2.º Gr., lectura	−.20	.05
Vormeland (1968)	574	2.º Gr., aritmética	−.40	.01
Giebink y Birch (1970)	111	2.º Gr., lectura	−.17	NS

Universidad de huelva 2010

Analizando los datos de la tabla 5 Koppitz (op. cit.) sugiere que influyen varios factores en los resultados: el medio socioecónomico de los sujetos, sus niveles de capacidad intelectual y nivel escolar en el momento de la prueba y el número de sujetos incluidos en el estudio.

Así de las 54 correlaciones mostradas en el cuadro anterior, 33 son estadísticamente significativas y 8 no lo son. Asimismo en otro estudio realizado por Koppitz (1973) obtiene una correlación significativa entre los resultados en el Bender en preescolar y el rendimiento en séptimo y octavo grado, esto da evidencia de la relación positiva entre la puntuación en el test y el rendimiento escolar.

En general, las investigaciones revisadas informan de relaciones significativas entre las puntuaciones de Bender y rendimiento escolar. Los hallazgos van en el sentido de que una buena ejecución del Bender en preescolar parece ser un buen predictor del éxito escolar posterior. Una puntuación inmadura puede estar asociada tanto con buen, medio o mal rendimiento escolar (Koppitz, 1973; Keohg, 1965; Thweatt, 1963, Norfleet, 1973). Sin embargo la magnitud de las relaciones no ha sido lo suficientemente grande para permitir la predicción individual.

No obstante, a pesar de la cantidad de investigaciones realizadas, es difícil extraer conclusiones definitivas debido, sobre todo, a las grandes variaciones entre los diferentes estudios en cuanto a poblaciones estudiadas, muestras, diseños, criterios de medida, forma de pasar el test de Bender, corrección y análisis realizados

5.4. VARIACIONES DEL DEL TEST DE BENDER.

5.4.1. Variaciones en la técnica.

a. **Métodos de copia:** especialmente con niños de preescolar, inmaduros y poco diestros en la utilización del lápiz. Wise (1968), Wedell y Horne (1969) sugieren formas alternativas de copias de las figuras como plastilina o palillos. Los resultados obtenidos son comparables a los obtenidos con el método estándar en niños de preescolar.

Universidad de huelva 2010

b. **Técnicas de elección múltiple y repasado:** en el método de elección múltiple se le muestra al sujeto una hoja con una determinada cantidad de dibujos de una figura del test Bender, sólo uno de ellos es correcto y el sujeto debe de emparejar o elegir el que es igual al de la tarjeta estándar. El método de repasado consiste en que el sujeto repase las figuras del test con un lápiz y después esos trazos de transfieren a una hoja de papel en blanco.

Las investigaciones han mostrado relaciones significativas entre los métodos de elección múltiple y el método estándar de copia. Sirvan de ejemplo las realizadas por Allen, Adamo, Alker y Levine (1971); Heinrich (1968), Labrentz, Linkenhoker y Aarón (1976) Wedell y Horne (op. cit), (citados en Cruz Sáez, 1996).

También se obtuvieron relaciones significativas entre el método estándar de copia y el de repasado, (Heinrich, 1968; Wedell y Horne, 1969).

c. **Técnicas de evocación**: dentro de esta técnica los autores han utilizado dos procedimientos diferentes que consisten en:

- Exponer cada figura durante 5 segundos, retirarla y pedir al sujeto que la reproduzca (Becker y Sabatino, 1971; Sabatino e Ysseldyke,1972).
- Primero se administra la prueba en condiciones estándar y después de finalizar toda la prueba se le dice al sujeto que dibuje de memoria las figuras que puede recordar ,(Hutton, 1966; Koppitz, 1973; Pope y Zinder 1970; Weiss, 1977, citados por Cruz Sáez, 1996).

Al tratar de comprobar la relación entre los resultados del test cuando se aplican estos métodos de evocación y los resultados del test en condiciones estándar, los resultados no son concluyentes ya que parecen estar en función del método de evocación utilizado en el estudio.

Falta clarificar qué mide y cómo contribuye al mejor conocimiento de los procesos mentales la técnica de evocación, Koppitz (1981) comenta "*hasta que la validez de este método, con niños, haya sido establecida, parece que no existe justificación para usar el método del Test de Bender por evocación*" (p,.219).

En esta misma línea se declara Rogers (1980), al señalar que, debido a su inherente baja fiabilidad, esta técnica tiene una valor dudoso en la

Universidad de huelva 2010

evaluación del funcionamientos intelectual y que dicha baja fiabilidad, puede ser la causa de las inconsistencias que aportan los resultados de la investigación.

5.4.2. Variaciones en el tipo de administración.

a. Administración grupal:

Desde su introducción por Keogh y Smith (1961) se puede considerar la innovación más importante porque ha posibilitado la utilización del Bender como instrumento de sondeo y evaluación en amplios grupos de escolares y con fines de investigación. Estos autores examinaron dos métodos diferentes de administración grupal del Bender comparándolos entre sí y con la administración individual del test, demostrando que las puntuaciones obtenidas a partir de los dos métodos grupales, no diferían significativamente una de otra ni de las obtenidas por el método estandarizado de administración individual de la prueba.

Desde su incorporación está técnica ha sido ampliamente utilizada sin una pérdida significativa de fiabilidad (Becker y Sabatino, 1971; Caskey y Larson, 1977; Howards 1970; Jacobs 1971 y McCarthy, 1975).

Koppitz (1981) describe cuatro técnicas para administrar el test Bender a grupos escolares:

1. Presentación de tarjetas ampliadas del test de Bender:

Keogh y Smith (1961) se sirvieron de tarjetas de 28x42,5 cms. (tres veces más grandes que las tarjetas estándar) en las que las figuras del test estaban reproducidas a escala, con la misma proporción entre el tamaño de las figuras y el tamaño de la tarjeta. Comprobaron que presentadas estas tarjetas ampliadas y colocadas en un soporte, frente a la sala, era más eficaz con niños que comenzaban la escuela, pues están acostumbrados a mirar cuadros y cartulinas y copiar letras y número de la pizarra.

Esta técnica ha sido utilizada por la mayoría de autores en la administración del Bender grupal. Mencionemos, por ejemplo a Singh

Universidad de huelva 2010

(1965), Bishop (1966), Mogin (1966), Vormelan (1968), Giebink y Birch (1970). (Citados por Koppitz, 1981)

2. Uso de cuadernillos de copias especiales del test de Bender.

Keogh y Smith (op. cit.) utilizaron en su estudio un cuadernillo especial del test de Bender, con páginas blancas de 22,5x28 cms. numeradas en el ángulo inferior externo. El tercio superior de cada página contenía una única figura de la prueba reproducida con el mismo tamaño que las tarjetas estándar. Se pidió a los niños que copiaran las figuras en los dos tercios inferiores de la hoja.

Esta técnica presentó el inconveniente de que algunos niños tendían a superponer sus dibujos sobre las figuras-estímulo impresas, con lo que se hacía necesaria una supervisión más estricta.

3. Proyección de las figuras del test de Bender

Consisten en la proyección por separado de las figuras del test sobre una pantalla o pared.

Se han descrito tres métodos distintos:

- *Proyección de opacos*: Ruckhaber (1964) lo utilizó y no halló diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas a través de la Escala de Maduración de Koppitz.
- *Proyección de transparencias*: utilizadas por Dibner y Korn (1966), Becker y Sabatino (1971) y Caskey (1973).
- *Proyección de diapositivas*: Howard (1970) y McCarthy (1972), no hallaron diferencias significativas entre la aplicación individual y colectiva del test mediante diapositivas.

4. Uso de tarjetas individuales del test de Bender

Consiste en suministrar a cada niño su propio conjunto de tarjetas del BG (Adams y Canter, 1960; Dibner y Korn, 1969). Esta forma, según Koppitz es especialmente válida para examinar a grupos pequeños de alumnos muy jóvenes o inmaduros.

Universidad de huelva 2010

Existe consenso con respecto a admitir que no hay diferencias significativas entre la puntuación individual y grupal en el test de Bender: Howard, 1970; Jacobs, 1971; Keogh y Smith, 1961, McCarthy, 1972,.1975; Solomon, 1969.

Becker y Sabatino (1971) informan de una correlación de 0,85 entre las puntuaciones individuales y grupales en el BG para niños de 5-9 años.

Con respecto al tamaño del grupo, Koppitz (1981) recomienda que si el grupo es muy grande estén dos personas durante la administración grupal del test. Parece ser que el método de administración de test determinará el número de niños que pueden realizar el test eficazmente en una sola vez. Cuando se emplean tarjetas ampliadas, los grupos pueden incluir aproximadamente de 6 a 15 niños, de acuerdo con Chang y Chang, 1967; Hammer, 1967; Solomon, 1969 y Werner y otros, 1967 (citados en Koppitz 1981). El único investigador que informó de dificultades con este método de administración grupal fue Mlodnosky, (1972), quien examinó a 7 niños de primer curso (hiperactivos, de un nivel socioeconómico bajo) que reclamaban constantemente atención y eran incapaces de trabajar independientes. Para niños extremadamente inmaduros e inquietos y para alumnos con problemas conductuales y/o de aprendizaje es más adecuado el método individual del Bender.

La proyección de las figuras del Test es especialmente útil cuando se trabaja con grupos grandes de alumnos (Caskey, 1973, Howard, 1970; citados por Koppitz, 1981).

Como resumen de este punto se podría señalar que el gran interés por el test ha determinado multitud de variaciones, con el propósito, en general, de incrementar su utilidad clínica y la explicación de las diferencias individuales en la ejecución (Tolor y Brannigan, 1980, citados por Koppitz, 1981).

Universidad de huelva 2010

5.5. SISTEMAS DE PUNTUACIÓN DEL TEST DE BENDER PARA EL DESARROLLO

En este apartado sólo se van a tratar los sistemas de puntuación desde un punto de vista del desarrollo viso-perceptivo, pues todo lo referente a los indicadores emocionales se tratarán en un epígrafe posterior

La proliferación de sistemas de corrección se deriva de la necesidad de los psicólogos de contar con métodos objetivo para interpretar los protocolos del Test de Bender. La mayor parte de los mismos de desarrollan para ser utilizados con poblaciones delimitadas y poder evaluar funciones específicas. Lo más destacable es que prácticamente casi todos se alejan o no tienen en consideración los principios guestálticos en los que se fundamenta la prueba. Esto motivó las protestas de Bender (1976,1981) que se manifestó en contra de estos sistemas objetivos porque son inapropiados y no hacen justicia a la riqueza de la prueba. Bender argumentó que los procesos comprendidos en la integración de las experiencias perceptivos y motoras y los aspectos madurativos no se pueden reducir a funciones separadas.

Las réplicas a estos comentarios críticos de Bender van en la línea de que los sistemas subjetivos o la valoración cualitativa y clínica que la autora propone, presenta varias dificultades, entre ellas las más destacadas son:

- Los sistemas subjetivos requieren gran experiencia y entrenamiento por parte del evaluador.
- Complican la comparación de datos de diferentes estudios.
- Complican la realización de investigaciones adecuadamente diseñadas y controladas.

Pasemos a continuación a exponer algunos de los sistemas de puntuación desarrollados para la evaluación de sujetos, tanto adultos como infantiles.

Universidad de huelva 2010

5.5.1. Sistemas de puntuación para adolescentes y adultos

El sistema de Pascal y Sutell

Pascal y Sutell (1951) presentaron un sistema de puntuación del test de Bender para sujetos de 15 años en adelante, que valora la precisión y exactitud de la ejecución. Para los autores, la ejecución de un sujeto en el Bender refleja no sólo la capacidad para percibir los dibujos y reproducirlo sino que es, también una muestra de la actitud con la que se enfrentan a la realidad. Cuanto mayor es su puntuación mayor dificultad para adaptarse a la realidad.

5.5.2. Sistemas de puntuación para niños

a. Adaptación el test Bender de Santucci y Galifret-Grajon para niños de 6-10 años (1960).

El objetivo central de estos autores fue la creación de una técnica objetiva del nivel de desarrollo de los niños con el fin de detectar posibles discrepancias entre el nivel mental y el nivel de organización espacial.

Las autoras introducen modificaciones en el material, pues eliminan las figuras 1, 5, 6 y 8, además alteran el orden de presentación de las figuras 3 y 4, a nivel de instrucciones, les pide a los sujetos que lo copien lo más exacto posible y les indican donde deben empezar a dibujar.

Según el grado en que la copia se ajusta al modelo se puntúa de 0 a 3, pudiéndose otorgar puntuación adicional según criterios de perfección.

b. Adaptación del test de Bender de Santucci y Pecheux en niños de 6 a 14 años (1970).

Estas autoras animadas por la utilidad de la adaptación de 1960 en el examen psicológico de niños en edad escolar, pero encontrando déficits en la validación y baremación de la misma, elaboran un sistema de medición apoyado en criterios objetivos con referencia a una norma genética.

Universidad de huelva 2010

Realizando un inventario de las relaciones espaciales, de los 5 modelos del Bender elegidos que se ponen en juego, las clasifican dentro de 7 elementos: forma, número, relación de contigüidad–separación, orientación general, orientación precisa, precisión de las alineaciones y exactitud de las dimensiones.

c. Un modelo de desarrollo conceptual para el test de Bender: Rimmer y Weiss (1972).

Estos autores interpretan la prueba de Bender como una tarea cognitiva y usan como base la teoría de Piaget para elaborar un sistema de puntuación. Analizan cada una de las figuras en función de conceptos aritméticos y geométricos. Generan un sistema de puntuación compuesto de 76 elementos que dan lugar a 9 perfiles distintos para cada una de las figuras de la prueba.

Los autores encontraron relaciones significativas (r= 0,50 a 0,60) entre los 9 perfiles de las figuras y las edades de los sujetos estudiados. Hallaron que el desarrollo es rápido de los 4 a los 6 años y a los 12 años alcanzan las puntuaciones tope totales.

d. La forma modificada del Bender: Jansky y DeHirsch (1972).

Esta forma tiene su antecedente en una batería de instrumentos desarrollada por DeHirsch, Jansky y Langford (1966) con tres propósitos:

- Determinar hasta qué punto los tests administrados en preescolar podían predecir el rendimiento lector al final del segundo curso.
- Identificar aquellos tests más eficaces para predecir problemas en lectura.
- Combinar los mejores predictores en un instrumento que pudiera ser utilizado en la identificación de niños de "alto riesgo".

En 1972, estos autores perfeccionan el trabajo anterior. Para ello utilizan un procedimiento modificado del Bender en el que se incluían 6 de las 9 figura (A, 1, 2, 4, 6 y 8) y eliminando aquellas figuras más difíciles (3 y 7).

Universidad de huelva 2010

El sistema de puntuación está basado en el método de interpretación de Bender. La puntuación se obtiene en función del número de figuras en las que el niño fracasa al intentar reproducir las características esenciales de la Gestalt, por lo tanto puede oscilar de 0 a 6.

e. El sistema de puntuación rápida de Pauker (1976).

El objetivo de este sistema es conseguir una medida rápida, fácil y fiable de las dificultades para dibujar las 9 figuras que componen el test de Bender. La dificultad viene determinada por la desviación con respecto a los dibujos originales en cuanto a la forma, orientación espacial y direccionalidad.

f. Sistema de puntuación de Watkins para el Bender (1980)

Este sistema fue desarrollado para determinar si la existencia de un problema visual y de percepción en niños y adolescentes, podría llegar a causar discapacidad para el aprendizaje.

El sistema de Watkins consta de 42 ítems, los cuales se puntúan como 0 ó 1 menos en los dos últimos ítems donde pueden puntuar más de un punto y analiza cuatro tipos de errores: distorsión, rotación, integración y perseveración.

g. Nueva valoración del test Bender: Lluis Font (1986)

Este autor parte de las puntuaciones valoradas por Koppitz y Santucci–Pêcheux.

Para la selección de ítems se tuvieron en cuenta los recogidos por Koppitz (1963, 1975), Watkins (1980) y Pascal y Suttell (1951) para la valoración negativa; y los recogidos por Santucci-Pêcheux (1970) para la valoración positiva, así como otros propuestos por el propio autor en ambas valoraciones.

Universidad de huelva 2010

Se aplican los modelos de Santucci–Pêcheux y se presentan todos los modelos a la vez, uno debajo de otro en una sola página debiéndose realizar la copia en la hoja siguiente.

h. Sistema cualitativo para la versión modificada del Bender para niños preescolares y de primaria: Brannigan y Brunner (1989).

Este sistema está diseñado para ser usado como una ayuda en la identificación de niños con problemas de aprendizaje. Se utilizan sólo 6 figuras: A, 1, 2, 4, 6 y 8.

El sistema de puntuación cualitativa está basado principalmente en la investigación de Bender y Keogh y Smith y se centra en la representación global de la figura. Se obtiene una puntuación individual para cada figura y una puntuación total para las 6 figuras. La fiabilidad interevaluadores fue de 0,95.

i. Sistema de puntuación de la escala de maduración del test de Bender elaborado por Koppitz (1963).

La escala de maduración de Koppitz (1963, trad 1976, 1981) es uno de los sistemas de puntuación del Bender aplicados a niños más ampliamente utilizado y el que más investigación ha generado y por ello es que hemos elegido para nuestra investigación.

Tres son los motivos que llevaron a su autora a elaborar dicha escala:

- Desde su experiencia clínica se plantea que los niños con dificultades emocionales y de aprendizaje suelen presentar, con mucha frecuencia, problemas perceptivo severos.
- No existía un sistema objetivo del Bender para aplicar a niños de inteligencia normal.
- Como consecuencia de lo anterior, en los otros sistemas las desviaciones se puntuaban sin tener en cuenta si las mismas se relacionaban en primer lugar con la edad y madurez, con problemas preceptúales o con actitudes emocionales.

Universidad de huelva 2010

El objetivo que se planteó, como resultado de lo expuesto, fue "proveer diferentes modos de analizar los protocolos del Bender producidos por niños pequeños de modo que el examinador pueda evaluar su **madurez perceptual, posible deterioro neurológico y ajuste emocional** en base a un solo protocolo" (Koppitz, 1976, p. 23).

Así, el primer paso de Koppitz fue el recoger una lista de desviaciones y distorsiones sobresalientes en los protocolos de niños, seleccionando 20 categorías. Cada categoría de puntuación fue definida detalladamente y cada ítem fue puntuado según el error estuviera presente o ausente en las figuras.

El test Bender fue administrado individualmente. Una vez realizada la corrección y análisis de los datos se concluyó que siete de las 20 categorías discriminaban entre niños con alto y bajo desempeño. Las categorías fueron las siguientes: distorsión de la forma, rotación, sustitución de puntos por círculos, perseveración, integración de partes, ángulos en las curvas, ángulos incorrectos.

A partir de estos datos, Koppitz manifiesta que el desempeño en la escuela primaria se relaciona con tres funciones básicas de la percepción visomotora:

- La capacidad de percibir el dibujo como un todo limitado, y poder iniciar y detener una acción a voluntad.
- La capacidad de percibir y copiar correctamente las líneas y figuras en cuanto a orientación y forma.
- La capacidad de integrar partes en una sola Gestalt.

Cada una de las 7 categorías fueron definidas en varios ítems que las describían, dando lugar a los **30 ítems** puntuables que conforman la **Escala inicial del Bender infantil** (Koppitz, 1963; citada por Koppizt 1981).

Las revisiones y modificaciones de la escala inicial dieron como resultado la **Escala de Maduración** para el Bender infantil tras realizar una revisión del manual de valoración. En dicha revisión, no incluye ningún cambio sino que afina y matiza las instrucciones para que la corrección del protocolo sea más fácil y se minimicen los errores de puntuación.

Universidad de huelva 2010

En líneas generales, Koppitz (1981), considera que las dos principales fuentes de error son el examinador y el manual de puntuación, elaborando en consecuencia el Manual Revisado de Valoración para el sistema de puntuación de la Escala de Maduración del test de Bender.

Zinder y Kalil,1968 (citados por Koppitz, 1981) matizan más esta información identificando seis fuentes de error en las puntuaciones de los protocolos del Bender y son:

- Sobrevaloración.
- Instrucciones no suficientemente detalladas.
- Falta de cuidado del examinador al contar los puntos y los círculos.
- Dificultad en la diferenciación de puntos y círculos debido al déficit en la capacidad motriz de los niños.
- Omisión de un dibujo por el examinador.
- Líneas excesivamente finas, superposición de dibujos y borraduras que interfieren la claridad de un protocolo.

La escala de Koppitz, como ya hemos indicado se compone de 30 items, estos 30 ítems constituyen cuatro categorías: distorsión de la forma, rotación, integración de las partes y perseveración

1. *Distorsión de la forma*, que implica la destrucción de la gestalt, como: figuras mal trazadas, desproporción entre los tamaños de los componentes de la figura; sustitución de puntos por círculos o rayas, sustitución de curvas por ángulos, o falta total de curvas donde deberían existir; ángulos de más o de menos. Estos errores se pueden puntuar en las láminas siguientes: A, 1, 3, 5, 6, 7 y 8.

2. *Rotación*, que consiste en rotar la figura o cualquiera de sus partes, 45º grados o más. Este error se puede puntuar en las láminas siguientes: A, 1, 2, 3, 4, 5, 7 y 8.

3. *Integración*, que consiste en: a) no lograr conectar bien las dos partes de una figura, ya sea porque se separan más de 3 milímetros de

Universidad de huelva 2010

distancia, o porque se sobreponen: b) dos líneas no se cruzan o lo hacen en un lugar incorrecto; y c) la omisión o adición de hileras de puntos, o la pérdida de la forma global, en el caso de figuras compuestas de puntos o círculos. Estos errores se pueden puntuar, en las láminas siguientes: A, 2, 3, 4, 5, 6 y 7.

4. *Perseveración*, que consiste en un aumento, continuación o prolongación del número de unidades que componen la figura. Suele ocurrir en los tres casos siguientes: 1°) cuando en la figura 1 existen más de 15 puntos en la hilera; 2°) cuando existen más de 14 columnas de círculos en alguna hilera de la figura 2; y 3°) cuando hay 6 o más curvas completas, en cualquier dirección, en la figura 6. Se puntúan, por tanto, sólo en las tres figuras citadas: 1, 2 y 6.

Neale y McKay (1985) realizan un estudio sobre el Bender utilizando este sistema. Estos autores agrupan los errores en 5 categorías:

- *Distorsión*: modificación excesiva de la figura estímulo, tanto en su totalidad como en parte de la misma. Los ítems que componen esa categoría son: 1a, 1b, 8, 12a, 12b, 17a, 18a, 18b, 21a, 21b y 24.
- *Rotación*: rotación general de la figura . Los ítems 2, 5, 7, 11, 13, 16, 22 y 25.
- *Perseveración* : ítems 6, 9 y 20.
- *Integración*: cuando se da una pérdida de la forma debido al fallo para unir de forma correcta aspectos importantes de la figura o cuando la orientación de toda la figura es incorrecta. Ítems 3, 14, 19 y 23.
- *Sustitución*: la figura estímulo ha sido reemplazada en parte o en la totalidad por algo diferente. Ítems 4, 10, 15 y 17b.

Cada uno de los 30 ítems puntuables se computa como presente o ausente, en caso de duda no se puntúa, sumándose los obtenidos en un puntaje total con lo cual las puntuaciones elevadas indican un pobre desempeño en el test de Bender, mientras que las bajas reflejan una buena actuación, ya que la puntuación total de esta escala registra imperfecciones en lugar de valora la habilidad para la realización de los dibujos de la prueba. Estos ítems se confrontaron para su

Universidad de huelva 2010

validación con el rendimiento de 165 alumnos de 1° y 2° cursos, medidos por el Test Metropolitan (Hildreth y Griffith, 1946; citados por Koppitz, 1981) incluyéndose sólo aquellos ítems que diferenciaban significativamente entre estudiantes por encima o por debajo del promedio (Koppitz,1976).

Los 30 ítems que componen la escala así como sus definiciones operativas son los siguientes:

Figura A

1a: *distorsión de la forma*: el cuadro o círculo o ambos están excesivamente achatados o deformados.

1b: *desproporción* entre el tamaño del cuadrado y del círculo. Uno es el doble de grande que el otro.

2: *rotación*; rotación de la figura o parte de la misma en 45° o más.

3: *integración*: falla en el intento de unir el círculo y el cuadrado

Figura 1

4: *distorsión de la forma*: cinco o más puntos convertidos en círculos.

5: *rotación*: rotación de la figura en 45° o más.

6: *perseveración* : más de 15 puntos en una hilera.

Figura 2

7: *rotación:* rotación de la figura en 45° o más de al menos la mitad de una hilera.

8: *integración:* omisión de una o dos hileras de círculos, cuatro o más círculos en la mayoría de las columnas, adición de una hilera.

9: *perseveración*: más de 14 columnas de círculos en una hilera.

Universidad de huelva 2010

Figura 3

10: *distorsión de la forma:* cinco o más puntos convertidos en círculos.

11*: rotación:* rotación del eje lardo de la figura en 45° o más.

12a: *integración*: no logra el aumento del número de puntos en cada hilera; cabeza de flecha irreconocible o invertida; conglomeración de puntos.

12b : *línea continúa* en lugar de hilera de puntos.

Figura 4

13: *rotación:* rotación de la figura o parte de ella en 45° o más

14: *integración:* una separación de más de 3 mm. entre la curva y el ángulo adyacente, lo mismo se aplica a la superposición.

Figura 5

15: *modificación de la forma*: cinco o más puntos convertidos en círculos.

16: *rotación:* rotación de la figura en 45° o más

17a: *integración*: pérdida de la forma, conglomeración de puntos, la extensión atraviesa el arco.

17b: *línea continúa* en lugar de puntos.

Figura 6

18a: *distorsión de la forma* : tres o más curvas sustituidas por ángulos.

18b : *ninguna curva*, línea recta.

Universidad de huelva 2010

19: *integración*: las dos líneas no se cruzan o se cruzan en un extremo.

20: *perseveración*: seis o más curvas completas en cualquiera de las dos direcciones.

Figura 7

21a: *desproporción de la forma*: debe de ser por lo menos el doble de grande una que la otra.

21b: *distorsión de la forma*: adicción u omisión de ángulos.

22: *rotación:* rotación de la figura en 45° o más.

23: *integración*: los hexágonos no se superponen o lo hacen excesivamente.

Figura 8

24: *distorsión de la forma:* las figuras (hexágono y rombo) estés excesivamente deformadas, ángulos añadidos u omitidos o rombo omitido.

25: *rotación:* rotación de la figura en 45° o más

Es recomendable que los protocolos del test sean evaluados mediante la puntuación total y no sobre la base de puntos de valoración individual, pues un niño puede variar en detalles pequeños cuando dibuja una misma figura en diferentes ocasiones, pero generalmente la puntuación total de la escala de maduración permanecerá sin grandes cambios.

En su revisión de 10 años sobre la investigación del Bender, Koppitz (1981) observó que los niños tienden a alcanzar el techo aproximadamente a los 8 años, siendo dificultosa la interpretación de los datos después de esa edad en niños normales.

Taylor, Kauffman y Partenio (1984) investigaron los aspectos madurativos del sistema de puntuación de Koppitz en 652 niños de 5 a 11 años para examinar más

Universidad de huelva 2010

específicamente la relación existente entre edad y ejecución de la prueba. Los hallazgos indican que las puntuaciones obtenidas en el test no pueden ser consideradas madurativas para las edades de 5 a 11 años. Los resultados mostraron una variación en la distribución de las puntuaciones con una estabilización hacia los 8 años. Aunque Koppitz afirmó que el sistema de puntuación no debería ser considerado madurativo después de los 10 años, estos autores mantiene que esta afirmación es válida para las edades de 9 a 10 años.

En España, Aguirre, Cortadella y Bertrán (1988) encuentran que la puntuación en el Bender es una variable evolutiva hasta la edad de 7 años.

Sin embargo Casullo (1988) en su estandarización del Bender en Argentina, obtiene que el promedio alcanza la meseta en la maduración de las funciones de integración visomotora entre los 11 y 12,11 años. Esto lleva a cuestionarse los autores la influencia que ejercen los factores socioculturales en la ejecución de esta prueba y por tanto en el ritmo de maduración de la integración visomotora.

Bolen et al. (1992) han ampliado el sistema de puntuación de Koppitz a sujetos comprendidos entre 11,6 y 15,11 años. Después de aplicar el Bender a 311 sujetos que seguían una escolaridad normal concluyen señalando que no hubo diferencias significativas entre los grupos de edad y que el desarrollo de la integración viso-motora no es completo a los 11 años, como suponía Koppitz y que puede ser medible y cuantificable objetivamente para adolescentes.

Un dato importante en la interpretación de los protocolos son las observaciones acerca de la conducta mantenida por el sujeto durante la prueba, pues aporta información cualitativa que no puede obtenerse a través de la escala. Dicha información es relativa a la **actitud, control interno, hábitos de trabajo, la atención, la confianza en sí mismo, el buen control del lápiz, la habilidad o dificultad para compensar problemas en la percepción visomotriz, utilizar más tiempo, impulsividad**, etc.

En definitiva, en la interpretación del test de Bender es necesario tener en cuenta los datos cuantitativos como cualitativos, para posteriormente integrarlos y poder dar orientaciones individualizadas.

Universidad de huelva 2010

5.6. FACTORES DE GÉNERO Y SOCICULTURALES EN LA EJECUCIÓN DEL TEST DE BENDER.

En las investigaciones realizadas no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las ejecuciones del Bender de niños y niñas (Aguirre, Cortadella y Bertrán, 1988; Baer y Gale, 1967; Isaac, 1973; Koppitz, 1963; Weinstein, 1983).

En relación a las diferencias culturales los resultados de las investigaciones encuentran diferencias estadísticamente significativas en el proceso de desarrollo de la percepción visomotriz entre niños de diferentes grupos étnicos; sobre todo en niños de corta edad (Robien y Shea, 1983; Sapp,1984; Taylor y Parten, 1984).

También se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones del Test Bender de niños deprimidos económicamente o procedentes de hábitos rurales comparados con sus pares urbanos. Los estudios confirman que los niños pertenecientes a niveles socioeconómicos bajos tienden a cometer más errores que los niños de clase media (Hoffman, 1976; Isaac, 1973; Sapp, 1984; Moseley, 1970).

Los niños de minorías étnicas, negros, hispanos, indios–americanos tienen a tener un desarrollo madurativo en la integración visomotora más lento que los niños angloamericanos. Aunque se han planteado varias razones de este rendimiento inferior, como por ejemplo, dificultades para comprender los requisitos de la tarea, motivación insuficiente, experiencias perceptivo motoras limitadas, déficits cognoscitivos (Grenberg y Alshan, 1974; Vega y Powell, 1970), otra idea que se plantea (Cruz Sáez, 1996) es que estos son los grupos más deprimidos económicamente y sus experiencias escolares más limitadas.

Universidad de huelva 2010

5.7. EL TEST DE BENDER COMO TEST DE PERSONALIDAD.

5.7.1. Introducción y aspectos generales.

La reproducción de dibujos no es una técnica nueva en la aplicación de tests, así Binet incluyó en sus tests de inteligencia la reproducción de dos dibujos al igual que Ellis, pero como señala Bell (1992) su empleo en los tests de personalidad es un poco más reciente.

Son los gestaltistas, en sus estudios sobre el campo de la percepción, quienes hacen uso frecuente de esta técnica y así el primer test de personalidad basado en métodos visomotrices es el construido por Bender.

Sin embargo su propósito no fue construir un test de personalidad sino una prueba para evaluar el desempeño visomotriz; pero como señalan Rabin y Haworth (1966) es difícil separar las relaciones entre personalidad y organismo y así cuando vemos un objeto, vemos algo más que la partes que lo componen como un todo y dentro de ese todo hay elementos de mayor o menor importancia y la percepción de la forma cambia en la medida en que esos elementos se modifican. Ese cambio, debido a la percepción, está condicionado por determinantes psicológicos internos, que pueden ser el resultado del desarrollo y la maduración visomotriz, de factores emocionales, de estados fisiológicos y de factores sociales.

Según Abt y Bellak (1985) el contacto con la realidad y la misma realidad están relacionados con las emociones y las reacciones de cada persona frente a ese mundo y por tanto la percepción de estímulos visuales puede considerarse como un proceso dinámico donde se produce una selección, organización y diferenciación de fondo y figura. No sólo se perciben los modelos sino que se produce una tendencia innata a completarlos, esto lleva a reorganizaciones que están biológicamente determinadas por patrones sensoriomotrices y así diferencias en los niveles de maduración o estados patológicos influyen en las variaciones.

Según los autores anteriores, estas variaciones perceptúales es lo que ha permitido comprender estados psicopatológicos y concretizar técnicas diagnósticas.

Universidad de huelva 2010

Pascal y Suttell (1951) señalan que la interpretación de la prueba por parte del sujeto conlleva el elemento de experiencias pasadas. Estas aportaciones están apoyadas por datos empíricos de sus investigaciones donde señalan que fueron los sujetos psicóticos los que obtuvieron un número mayor de desviaciones y que existía una correlación positiva entre el número de desviaciones y con la progresión del trastorno psicológico.

Simpson (1958) encuentra diferencias significativas entre un grupo de sujetos normales y otro con dificultades emocionales que habían obtenido puntuaciones similares en pruebas de habilidades motoras y perceptivas; esto confirma lo dichos por la autores anteriores.[7]

Por tanto el hecho de ver y reproducir dibujos geométricos no depende sólo del aprendizaje sino que están involucrados más factores.

Desde un punto de *vista psicoanalítico*, recordemos que la proyección impregna tanto la percepción como la reproducción de los dibujos pues no podemos olvidar que el niño consigue la espacialidad a partir de sus vivencias corporales y del cuerpo del otro.

El espacio de la representación se construye a partir de la proyección del propio cuerpo y por eso cobra espacial importancia las distorsiones sobre la percepción.

Según Bó (2001) el espacio de la hoja en blanco lleva a la proyección de aspectos inconscientes de la subjetividad. La **forma** en que el niño dibuja la primera figura**, el lugar** dónde la coloca en la hoja en blanco, su **tamaño**, **su forma de trabajar**, **la actitud** ante su resultado, los **comentarios** que realiza sobre su propia actuación nos aportarán valiosos elementos para el diagnóstico. Pero no sólo debemos fijarnos en la consecución del dibujo sino en los **tachones, borrones** y a las diversas **maneras de eliminar lo que ha dibujado**, pues también nos dan elementos a tener en cuenta a la hora de plantear hipótesis.

Abt y Bellak (1985) señalan que, por ejemplo, **la ubicación de las figuras en la hoja**, ya nos revela la configuración gestáltica del sujeto, pues algunas personas comienzan arriba y van colocando las figuras hacia abajo y aunque aparentemente

[7] Sin embargo este autor cometió una serie de errores metodológicos que cuestionan de forma importante sus datos.

Universidad de huelva 2010

el resultado es ordenado, puede suceder que exista una sensación de densidad en la hoja o compulsión en la organización de las figuras.

Estos mismos autores añaden que la **numeración de las figuras** puede constituir una manifestación neurótica o el hecho de **separar las figuras mediante líneas** puede representar como un signo de neurosis severa, o cuando **colisionan o se superponen varias figuras**, éstas pierden su individualidad y se aprecia en el resultado total una configuración desorganizada y sin control, que puede llevar a pensar en una situación de confusión por parte del sujeto.

Fromm (1966) siguiendo las indicaciones de Tolor y Schulberg (1962) lleva a cabo una diferenciación de impulsos simbólicos (sexuales), afectivos y asociativas que provocaba cada uno de los dibujos en los sujetos y así encontró que entre los niños normales y los que presentaba dificultades emocionales no existían diferencias en cuanto a su habilidad de copia y perceptual, lo que le lleva a pensar que las diferencias que se encuentran deben ser explicadas por los factores de interpretación que han sido medidos teniendo en cuenta las propiedades afectivas, asociativas y sexuales simbólicas de los dibujos.

Hammer (1992) descubrió valores psicosexuales relativos a cada figura y trabajó estos hallazgos aislando índices de sensibilidad fálica, sentimientos de castración y reacciones y defensa.

Pero el diagnóstico de factores de la personalidad y de posibles desviaciones no se puede basar sólo en los resultados de esta prueba. Bender (1981) señala que este test es un complemento a las baterías exploratorias y Billingslea (1948) señala que las conclusiones deben ser vinculadas a los resultados de otras pruebas antes de determinar un diagnóstico de personalidad; y así se le ha realizado a esta prueba una serie de críticas que siguiendo a Epstein y Lane (1996) vamos a comentar brevemente:

1. el decreciente énfasis en la aplicación de los tests en general y de las técnicas proyectivas en particular, en aras de una mayor implicación terapéutica.
2. el uso del test de Bender como técnica proyectiva más que como un instrumento objetivo.
3. existen mejores tests para medir patologías

Universidad de huelva 2010

4. el resultado depende más de cómo se administra, de la versión que se utiliza, así como del sistema de puntuaciones y de las distintas interpretaciones que del propio test.
5. los críticos también señalan que pocos signos del test han resultado válidos para discriminar entre distintos grupos nosológicos.
6. y sumándose a la crítica anterior está el que las investigaciones con esta prueba no han aportado grandes resultados.

Sin embargo, los mismo autores, anteriormente reseñados, contestan a las críticas señalando que los tests proyectivos han superado 50 años de críticas y todavía aparecen en todas las baterías de evaluación y que esta prueba en concreto, de Bender, tiene un gran valor como detector de patologías, pero que se la está atomizando demasiado, cuando lo recomendado es un enfoque global e integrar sus resultados en el conjunto total de todos los obtenidos por todas las pruebas aplicadas al sujeto.

5.7.2. Autores más representativos

Aunque existen muchos autores que han trabajado el Test de Bender como una técnica de personalidad para detectar problemas emocionales, nos centraremos sólo en cuatro de ellos, pues creemos que son los más representativos

5.7.2.1. BENDER (1938, 1946, 1989)

Bender (1938) señala que los desórdenes emocionales en la infancia pueden tener su origen en una desorganización temprana de la función visomotriz. Por lo tanto **el desajuste emocional implicaría un fracaso en el proceso de acomodación del impulso motor a la organización del dibujo**, y este fracaso se podría atribuir a una dificultad o pérdida de la integración.

Según esta autora, existirían tres factores que desempeñan un papel importante en esa integración:

- El carácter biológico del campo visual
- Relaciones temporales basadas en experiencias del sujeto y en la duración del proceso de maduración.

Universidad de huelva 2010

- Factores motrices que están relacionados con los impulso y actitudes hacia el propio dibujo.

Bender investigó cómo distintas influencias externas cómo factores orgánicos, emocionales, tóxicos o traumáticas podrían afectar a la percepción. Más concretamente investigó cómo distintos síndromes clínicos podían alterar la percepción de la gestalt y así hipotetiza que cualquier de esos síndromes clínicos podrían alterar la madurez del proceso perceptivo, con una tendencia a la regresión o a percibir figuras de un modo más primitivo.

Y así a través de sus investigaciones (1932, 1933, 1935,1938, 1949) que están recogidos en su obra "Test Guestáltico visomotor: usos y aplicaciones clínicas" (1989) realiza las siguientes observaciones respecto al test:

a. **Los niños pequeños** presentan una cierta manera de garabatear tanto si el movimiento es circular o pendular, pero cuya dirección está determinada por la mano que usa; así si es con la mano derecha sigue una dirección de las agujas del reloj y al revés cuando utiliza la izquierda. Además se ha de tener en cuenta si realiza los círculos cerrados o abiertos. Cuando un niño aprende una nueva figura, tienden a perseverar en ella cuando realiza otros dibujos. A partir de los 4 años hasta los 7, la diferenciación de las formas es rápida, los niños más mayores bien organizados y adaptados pueden alcanzar aproximadamente en sus dibujos las puntuaciones de los adultos.

b. **En los deficientes de bajo grado,** se observa el empleo de formas circulares del mismo modo que los niños, pero los deficientes presentan dificultades, sobre todo, en las líneas paralelas, las formas angulosas y las formas en cruz debido a su tendencia a reproducir los puntos definidos como círculos y a realizar las líneas rectas con movimientos ondulados.

c. **En las enfermedades orgánicas cerebrales,** los dibujos adquieren las formas características del área y de la extensión de la lesión cerebral. Así señala la autora que en la demencia paralítica los dibujos son casi perfectos y están realizados con excesivo cuidado, pero que tiende a un formalismo pero sin interés personal y con ciertas regresiones hacia tendencias primitivas, como emplear números o letras en vez de puntos o círculos. En las psicosis alcohólicas se puso de manifiesto que en la encefalopatías alcohólicas graves existe una perseveración de las rayas y una percepción incompleta de las formas; en el Síndrome de Korsakoff

Universidad de huelva 2010

aparece en perseveración de los impulsos motrices; en los estados alucinatorios crónicos aunque existe buena percepción de las formas, ésta aparecen con contornos borrosos. En los estados confusionales se observa una integración de las partes en el todo. En las psicosis traumáticas agudas presenta una regresión hacia formas primitivas como en los estados confusionales.

d. **En los pacientes esquizofrénicos,** la autora ha encontrado pruebas de disociación de las figuras, que se observa en un cambio en la dirección del movimiento en una parte o en el total de la figura y en la desviación espacial o separación de una parte de la figura por el movimiento en un ángulo de 45°. Aparecen tendencia a la perseveración, cambios de puntos por círculos, fragmentación, representación de líneas punteadas como ondulantes, exclusiones de formas en cruz y formas angulosas e incapacidad para integrar la configuración total o relacionar uno o más partes del todo.

e. **Los pacientes depresivos,** dibujan con forzada precisión y nunca se muestran satisfechos de sus dibujos, mientras que los maniacos presentan elaboraciones que no destruyen las formas originales.

f. **En las psiconeurosis,** no se observan trastornos perceptivos pero los sujetos suelen pedir instrucciones específicas y recurren al evaluador para pedir ayuda y orientación. Las nueve figuras pueden estar desparramadas o amontonadas; algunas personas borran mucho y tratan de copiar las formas lo más exacto posible, otras en cambio pueden dibujarlas rápidamente. Pero la autora añade que con este test no es posible diagnosticas las diferentes neurosis (de ansiedad, mixta e histérica), no obstante sí resalta la importancia de la observación durante la ejecución de la prueba y la disposición final de las figuras sobre el papel, pues nos describen aspectos funcionales de una personalidad.

Bender creyó que el test podía detectar la presencia de dificultades visomotrices y obtener alguna indicación sobre qué pudo causarlas (Epstein y Lane, 1996), pero no estaba de acuerdo en que su prueba pudiera ser utilizada como técnica proyectiva, ni que los sujetos que sufrían de trastornos neuróticos pudieses mostrar dificultades perceptivas. Fue Schilder (psicoanalítico y marido de Bender) quien la animó para seguir investigando con figuras geométricas

Universidad de huelva 2010

atribuyendo un uso proyectivo de los diseños, él creía que la personalidad, al igual que el acto de percibir, influía en la percepción de los dibujos geométricos.

Posteriormente en su obra (1989, p. 237) la autora señala que este test visomotriz es uno de los más eficaces para el estudio de la personalidad y presenta el sistema de variables según Bell (1964) para el análisis cualitativo de la producción en el Bender: movimientos en la ejecución de las copias y formas de las figuras.

Halpern (citado en Bender, 1989) ha sido uno de los investigadores más destacados en la utilización del test como técnica proyectiva y así presenta una tabla de signos patognómicos donde tiene en cuenta:

- La distribución de las copias en el protocolo de prueba: ordenamiento y sucesión, emplazamiento en la mitad superior de la hoja, figuras "colgadas" de los cantos, amontonamientos-superposiciones y enmarcamiento de cada figura.
- El tratamiento de las figuras: grandes, pequeñas, manejo lábil .
- Fragmentación de los modelos,
- Tratamiento de las líneas: carácter y alteraciones
- Sustituciones y omisiones de elementos
- Perturbaciones en la orientación espacial: rotación y desplazamiento.
- Impresión de conjunto: primitivización y sobresimplificación, elaboración y "ejecución demasiado perfecta"
- Perseveración.

Billingslea (1948) en un estudio que realizó sobre el Test de Bender confirma que los psiconeuróticos no producen desviaciones específicas en la funciones visomotrices.

Kossanyi y Grasselli (1995) en sus investigaciones apoyan la utilidad del test de Bender como técnica proyectiva para la valoración de la personalidad y Vignate de Loza y Orlicki (1993) han evaluado la eficacia del test de Bender para medir la fuerza yoica en 18 sujetos adultos con síntomas somáticos, 10 adultos psicóticos y 10 sujetos controles.

Pero es Hutt el primer autor del que se tiene constancia del empleo del test de Bender con un uso proyectivo.

Universidad de huelva 2010

5.7.2.2. HUTT (1945/1992)

La adaptación de Hutt (1945/1992) es una técnica proyectiva de valoración del Bender de las más conocidas.

Este autor pretendió realzar la importancia de la relación entre los factores precepto-motores y la personalidad.

Se utilizan las nueve figuras del Bender, pero la calidad de las líneas y el espaciado de los elementos de los dibujos se han alterado para proporcionar diseños más nítidos.

Según su autor este test beneficia a unos determinados grupos de sujetos:

1. *Categoría I:* para sujetos cuyo comportamiento verbal fuera inadecuado a sus capacidades y estilos de personalidad (sujetos con fuertes defensas de racionalización, ansiosos o deprimidos).
2. *Categoría II*: para los sujetos que no pueden o no quieren aportar una muestra de lenguaje para realizar el diagnóstico, y puede ser debido a carencias culturales o de dificultades para adquirir el lenguaje.
3. *Categoría III*: incluye a sujetos que "sufren alguna forma de patología intracraneal" (p. 21).
4. *Categoría IV:* para los sujetos con retraso mental

Hutt señala una serie de ventajas de su adaptación que le proporcionan distintas utilidades:

a. como *test amortiguador* (p .23), pues el sujeto no percibe la situación de examen como angustiosa o atemorizante.
b. como indicio suplementario para completar la baterías de pruebas donde se ha podido sobrecargar la parte verbal en la evaluación total.
c. cuando se necesita pruebas que requieran una mínima interacción entre el sujeto y el evaluador.
d. es una prueba muy adecuada para los analfabetos y los que pueden tener problemas de cultura.
e. puede ser útil en el diagnóstico diferencial del retraso mental y para aquellos sujetos que intenta ocultar facetas de su personalidad o se sospecha que está fingiendo una enfermedad y también para detectar

Universidad de huelva 2010

procesos psicóticos que pueden quedar enmascarados en una prueba verbal.

f. es útil para observar las áreas de conflictos y los distintos estilos de defensa o para definir el grado de regresión psicológica y desajuste intelectual del sujeto.

El proceso de administración comprende tres fases: copia, elaboración y asociación:

a. *Copia*: el sujeto debe reproducir lo mejor que pueda las tarjetas.

b. *Elaboración*: se le enseña de nuevo las tarjetas y se le indica que modifique o los cambie del modo que quiera.

c. *Asociación*: se le presenta las tarjetas con los dibujos que ha realizado en la fase de elaboración y se le pide que cuente qué le recuerdan o que le sugieren cada una de ellas.

Hutt (1992) proporciona una escala de psicopatología integrada por 17 factores, que comprenden 70 indicadores, definidos objetivamente. Dieciséis de esos factores reciben una puntuación entre 1 y 10, según la severidad de los errores.

Señala cinco tipos de errores:

1. organización: regularidad de la secuencia; posición del primer dibujo; uso del espacio; colisión; uso del margen; variación en la posición del papel y variaciones en la posición de la tarjeta estímulo.

2. desviaciones de tamaño: aumento o disminución general en el tamaño de las figuras y aumento o disminución ocasional de tamaño

3. desviaciones en la forma: dificultad en el cierre; dificultad de cruzamiento; dificultad en la curvatura y cambio en la angulación.

4. distorsión grosera: rotación perceptiva; retrogresión; simplificación; fragmentación; dificultad de superposición; elaboración o garabateo; perseveración y repaso de la figura total.

5. movimiento: desviación en la dirección del movimiento; inconsistencia en la dirección del movimiento; características de la línea.

Universidad de huelva 2010

Hain (1964) encontró otros factores dentro de un puntaje total a la hora de investigar lesión cerebral. Estos factores son: *concreción, unidad de separación de línea; dificultad en el ángulo agudo y ángulos agregados.*

Pascal y Suttell (1951) incluyeron los elementos de: *sobretrabajo; asimetría y líneas guías* en sus puntuaciones, pero dieron resultados bajos.

Guertin (1952) analizó 41 variables del trabajo de Billingslea (1948) y obtuvo cinco factores: *propensión a movimientos curvilíneos; ejecución descuidada; mal contacto con la realidad; construcción y mala contigüidad espacial.*

Clawson (1959) se basó en Hutt, pero añadió los ítems de *escalonamiento; el uso de arcos en lugar de ángulos y borraduras.*

Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el grado de psicopatología. Hutt (1992) informa de una fiabilidad interjueces que oscila entre 0,76 y 0,98.

Hutt y Monhert (1985, citado en Hutt) evaluaron la efectividad de la adaptación del primer autor en un muestra de 90 adolescentes normales y 91 con problemas emocionales de edades comprendidas entre 13-16 años. Confirmaron la validez de dicha escala para discriminar entre los dos grupos de adolescentes.

Sangster, Roger y Searight (1993) investigaron la validez del sistema de puntuación de Hutt para detectar la hostilidad de una muestra de sujetos y los resultados muestran que cinco de los indicadores de hostilidad de Hutt correlacionan con las siete escalas de agresividad del Test Interpersonal Behavior Survey (IBS). Estos autores apoyan el test de Bender y especialmente la escala de Hutt como una herramienta válida de la evolución de la personalidad.

El autor también proporciona una escala de ausencia–presencia destinada a evaluar características relacionadas con la conducta perceptiva de acercamiento–evitación. A cada factor se le asigna un valor de +2 a -2 o de valor máximo en presencia hasta valor máximo en ausencia. El puntaje presencia-ausencia es el número algebraico total de los puntajes marcados anteriormente. El puntaje correcto es el total más una constante de valor 20 (Hutt 1992, p.180)

La escala está relacionada con el modo de adaptación, las defensas empleadas, la apertura a nuevas experiencias perceptivas y de aprendizaje y el grado en que estas experiencias pueden producir cambios tanto en la conducta encubierta como manifiesta. Los factores incluidos en esta escala están relacionados con el espacio, el tamaño, la organización, el cambio de forma o gestalt y las distorsiones.

Universidad de huelva 2010

Wasserman (1995) investigó la validez de la escala ausencia-presencia pero la escala no pudo discriminar entre sujetos con trastornos de estrés postraumático y sujeto que habían llevado a cabo un programa para superarlo, lo que llevó a no apoyar la validez de la escala de Hutt.

Los factores que conforman la escala de psicopatología como la de presencia-ausencia fue obtenida de pruebas clínicas con adultos normales, psiconeuróticos, esquizofrénicos y orgánicos cuyas edades oscilaban entre 21,5 y 28,7 años. El sistema de puntuación es aplicable a adultos (Silva Moreno, 1995).

Lee y Oh (1998) trabajaron la adaptación de Hutt en pacientes con lesión cerebral (dos grupos: con/sin lesión localizada) y otro grupo de pacientes con desórdenes neuróticos. Trabajaron tanto la escala psicopatológica como la escala de ausencia-presencia. Los resultados obtenidos muestran que las dos escalas encontraron diferencias significativas entre el grupo de lesión cerebral y el grupo de pacientes neuróticos. Se encontraron diferencias en angulación, implicación y solapamiento en la escala de psicopatología, mientras que en la escala de ausencia-presencia fueron el uso de la hoja, rotación y simplificación respecto al grupo de lesión focalizada y el grupo de neurosis.

Bouisson (1999) trabajo con la adaptación de Hutt en pacientes mayores que tenían las estructuras mentales alteradas. Su método de trabajo consistió en, a partir de las 9 figuras del Test de Bender, activar las experiencias actuales que tuviesen que ver con la formación del pensamiento.

El autor señala que se puede utilizar a partir de los 7 años pero se debe tener en cuenta el nivel intelectual y la maduración perceptiva, pero no aporta pruebas al respecto.

5.7.2.3. NODELIS (2000)

Nodelis parte de las nueve tarjetas, y la forma de aplicar es similar a Bender, se le proporciona dos hojas en posición vertical pero no le permite ni goma de borrar ni regla, pues considera que el uso de ellas puede modificar el registro espontáneo que es de alto valor diagnóstica. Sólo realiza la fase de copia pero si lo considera oportuno efectúa una re-toma (de una figura o de varias) que se realiza en una hoja aparte y una vez finalizada la ejecución completa del test

Universidad de huelva 2010

Nodelis (2000) señala que el test de Bender trabaja con signos gráficos que son evidencia directas que sirven para trabajar con síndromes y sobre todo para detectar con bastante precisión la existencia de "factores cerebroespinales" (p. 42).

Los signos que trabaja son los descritos por Bender, Hutt, Koppitz y los que añade según sus propias investigaciones.

También se plantea la fluctuación de signos de una toma a otra y por ello considera que es importante que se evalúen los signos que se mantienen (aportan mayor certeza al diagnóstico) y los que no se mantienen en el re-test (puede ser debido a un alto índice de ansiedad; incorrecta comprensión de la consigna o debido a la toma de psicofármacos).

Los indicadores propuestos son en su mayoría idénticos a Hutt, por eso sólo se comentarán aquellos que han sido añadidos:

a. Tiempos de ejecución: normal, enlentecida, acelerada .

b. Tono de la línea: líneas pesadas acompañadas de incoordinación motora; líneas débiles o finas; incoordinación motora; línea miscelánea; línea ondulada y líneas guías y/o separación entre figuras.

c. Signos de elaboración: es la asignación de sentidos concretos a los dibujos de la prueba. Bender observó este signo en sujetos maníacos. Gay de Wojtuñ (1979) define las elaboraciones verbales como "concretizaciones" mientras que las gráficas son las elaboraciones y coincide con Bender en que las elaboraciones son signos que muestran una alteración profunda y se observan en los esquizofrénicos y maniacos. Goldar (1990) las llama "impulso de interpretación" y suelen aparecer en sujetos con delirios.

d. Signo de "Closing-In": se refiere a la tendencia a aproximarse o superponer la copia a la figura estímulo y tanto Mayer-Gross como Nodelis señalan que aparecen en cuadros demenciales y en esquizofrenias defectuales. Esta tendencia se ve cuando el sujeto dibuja la copia resiguiendo el modelo (*closing-in* completo) o cuando no se le permite reseguir la copia se produce un *closing-in* incompleto, y se repite el impulso a la copia (p. 59).

e. Tachaduras: cuando los sujetos sufren un alto índice de ansiedad o inseguridad, tenderán a tachar sus reproducciones aunque también

Universidad de huelva 2010

pueden hacerlo sujetos con componentes obsesivos. Las tachaduras pueden ir acompañadas de verbalizaciones de insatisfacción y es necesario dejar constancia de ellas y no facilitar la goma de borrar pues los sujetos quieren corregir aquello que consideran que está mal.

f. Verbalizaciones durante la toma: ayuda para el diagnóstico y confirma otros signos. Se suele observar en sujetos depresivos que manifiestan quejas de sus reproducciones o en paranoicos donde plantean que son los estímulos difíciles de reproducir.

g. Punto relleno: sugiere, según Nodelis, tensión interna e implica que una parte de la energía del sujeto se está invirtiendo en una tarea simple y puede valerle para mantener el control.

Posteriormente plantea una correlación de los signos del test con la psicopatología y así describe los signos que se observan en las neurosis, psicosis procesales, psicosis marginales, epilepsia, enfermedades cerebro-espinales (síndrome cerebeloso, corea de Huntington, demencias) en los síndromes delirantes, en los trastornos de la personalidad, en la simulaciones de enfermedad, oligofrenias, en el alcoholismo y en personalidades post-traumáticas.

5.7.2.4. KOPPITZ (1976, 1981)

Es la escala planteada por Koppitz la que vamos a utilizar en nuestro estudio, y por ello nos detendremos un poco más, y explicaremos más detalladamente los indicadores emocionales que plantea para la evaluación de los desórdenes afectivo.

Koppitz (1976) propuso que el test de Bender podría ser utilizado como una técnica proyectiva y elaboró un sistema de puntuaciones objetivas que sirvieran para la identificación de niños con problemas emocionales. Teniendo en cuenta los estudios de Byrd (1956), Simpson (1958), Clawson (1959), Hutt y Briskin (1969) donde aportaban pruebas de que el Test de Bender podía discriminar entre niños adaptados e inadaptados se plantea la hipótesis "*los niños con una percepción visomotora inmadura o defectuosa no sólo tienden a presentar problemas de aprendizaje sino que también tiene una incidencia muy mayor de problemas emocionales que los niños cuya percepción visomotora funciona normalmente*" (1984, p.164).

Universidad de huelva 2010

Después de realizar diversas investigaciones, seleccionó 11 indicadores emocionales que se planteaba que podían reflejar actitudes emocionales y la estructura de la personalidad, pero al analizar la significación estadística, el último indicador emocional (constricción) fue eliminado, puesto que aunque se apreciaba una aparente diferencia, no obstante no se obtuvo una significación estadística, y los demás fueron considerados como signos patognómicos relativamente independientes del funcionamiento visomotriz.

Otras investigaciones realizadas posteriormente discrepan con estos resultados y así, Jonson (1973) comparó 25 sujetos que no mostraban el indicador emocional "constricción" y 25 pacientes que sí con relación a las puntuaciones de la escala de depresión del test MMPI. Obtuvo diferencias significativas entre los dos grupos apoyando la validez de este indicador como índice de depresión.

Los **indicadores** son los siguientes (Koppitz, 1984, p.172-81):

1. Orden confuso

Las figuras del test de Bender se hallan dibujadas arbitrariamente sobre el papel sin seguir ninguna secuencia u orden lógico. Se considera positivo cualquier índice de orden o secuencia lógica.

Parece estar asociado a un *fallo en la capacidad de planificación y en la incapacidad para organizar el material* y aunque es común en los niños de 5 a 7 años, en niños mayores e inteligentes puede reflejar *confusión mental.*

Ackermam y cols.(1971) hallaron que este indicador era significativamente más frecuente en niños de 8 a 11 años con dificultades de aprendizaje que en buenos estudiantes. Naches (1967), encontró que aparecía más a menudo en los protocolos de la prueba de niños *acting-out* que en los del grupo de control.

2. Línea ondulada (en las figuras 1 y 2):

Dos o más cambios abruptos en la dirección de la línea de puntos de las figuras 1 y 2. Este cambio debe abarcar por lo menos dos puntos o círculos consecutivos. Para computarlo no es necesario que se dé en las dos figuras. Este indicador se asocia con una *pobre coordinación motora y/o inestabilidad emocional.* Puede reflejar una *falta de estabilidad* emocional debido a una mala coordinación y poca capacidad de integración o por un bajo control motor como consecuencia de la tensión que presenta el niño con dificultades

Universidad de huelva 2010

emocionales. También se han de tener presentes las causas de factores orgánicos.

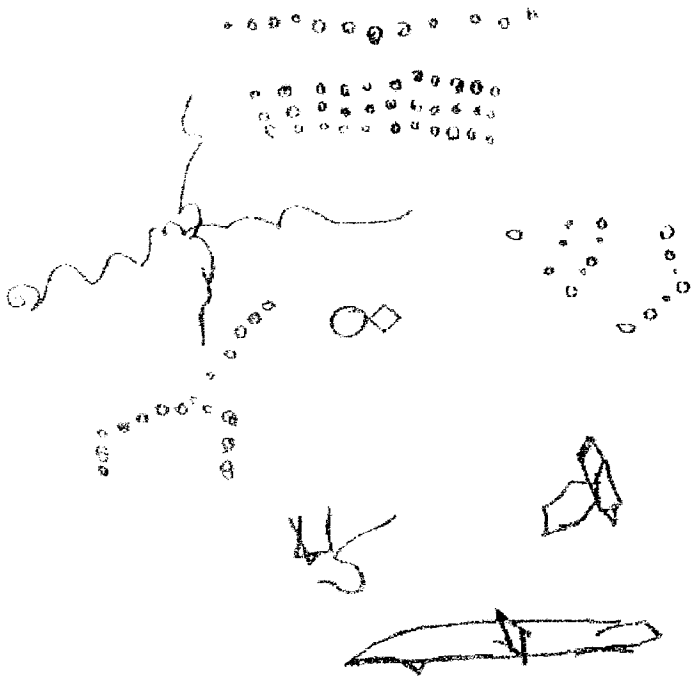


Figura 5.4. Protocolo con línea ondulada

Elliot (1968) halló que este indicador discriminaba entre un grupo de pacientes psiquiátricos y un grupo control de niños normales, mientras que Kai (1972) comprobó que discriminaba entre alumnos de Jardín de Infancia con y sin problemas emocionales.

3. Círculos sustituidos por rayas (figura 2).

La mitad o más de los círculos de la reproducción de esta figura están sustituidos por rayas de 1.5 mm. o más de largo. Cuando se sustituye los círculos por puntos no se computa, pues no diferencian entre niños con problemas afectivo y sin ellos.

Se asocia con *impulsividad y falta de interés* en niños pequeños. Se ha encontrado este indicador en aquellos niños que están preocupados por sus problemas o que no quieren hacer lo que se les pide.

Universidad de huelva 2010

Handler y McIntosh (1971) confirma la idea de impulsividad, y Kai (1972) señaló que las rayas en la figura 2 se encontraba más a menudo en niños pequeños japoneses con problemas emocionales.

4. Aumento progresivo del tamaño (figuras 1, 2 ó 3).

Los puntos o círculos de las figuras aumentan progresivamente de tamaño de tal modo que los últimos son por lo menos tres veces más grandes que los primeros. Solo se computa una vez, aunque se dé en más de una figura.

Las implicaciones diagnósticas de este indicador aumentan a medida que los niños se hacen mayores y está asociado a una *baja tolerancia a la frustración y explosividad.*

Naches (1967), halló que el aumento progresivo del tamaño era significativamente más frecuente en los protocolos del test de Bender de niños acting-out. Este mismo resultado fue obtenido por Kai (1972) en niños de Jardín de Infancia con problemas emocionales.

5. Gran tamaño

El área cubierta por una figura es un tercio más grande en ambas direcciones que el de la tarjeta estímulo. Cuando la figura consta de dos partes, ambas deben estar agrandadas para que se puede computar. Con que se dé en una sola figura ya se puede contemplar como indicador emocional.

Las implicaciones clínicas se asocian *con conductas acting-out.*

Naches (1967) y Kai (op.cit.) confirmaron lo establecido por Koppitz y Elliot (1968) halló que el gran tamaño discriminaba entre pacientes psiquiátricos y un grupo de alumnos normales.

6. Tamaño pequeño

El área cubierta por cualquiera de las reproducciones de las figuras del test de Bender es la mitad o menos de grande que el área de la figura del diseño. Al igual que el anterior cuando una figura consta de dos partes, deben estar reducidas las dos partes para poder computarlo como indicador emocional y sólo con que aparezca una vez se puntúa.

Universidad de huelva 2010

Se relaciona con la *ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez en los niños.*

Elliot (1968) y Kai (1972) hallaron que este indicador discriminaba entre pacientes psiquiátricos y grupo control de 11 a 14 años y entre alumnos de Jardín de Infancia bien y mal adaptados.

7. Línea fina

El trazo del lápiz es tan fino que requiere esfuerzo para ver la figura completa. Se asocia *con timidez, vergüenza y retraimiento en niños pequeños.*

Elliot (op. cit.) comprobó que los pacientes psiquiátricos realizaban significativamente más a menudo líneas finas que el grupo control. El mismo resultado fue obtenido por Kai (op. cit.) con alumnos de Jardín de Infancia con problemas emocionales en comparación con alumnos bien adaptados.

8. Repaso descuidado o líneas fuertemente reforzadas

Una figura completa o parte de ella está repasada con líneas espesas, impulsivas. Este indicador se computa con que aparezca una sólo vez.

Esta categoría no se puntúa cuando la figura es borrada y vuelta a dibujar o si la figura es corregida con líneas deliberadas que realmente mejoran el dibujo.

Se relaciona con la *impulsividad, agresividad y conducta acting-out* en los niños.

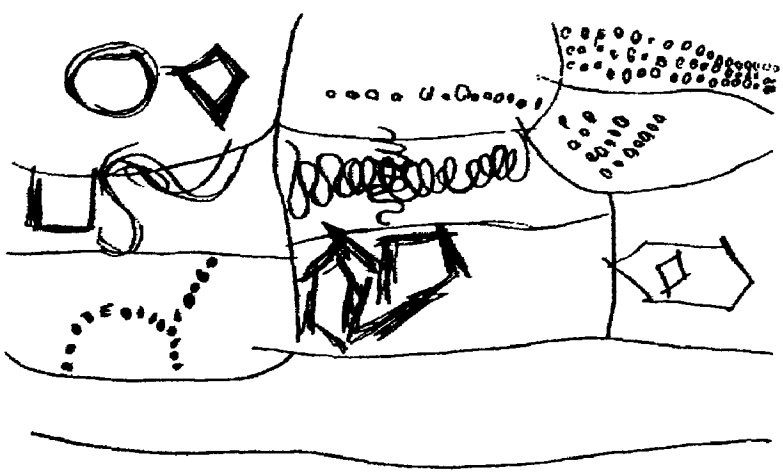


Figura 5.5. Protocolo con repaso y marcos alrededor de las figuras

Universidad de huelva 2010

Handler y McIntosh (1971) hallaron que las líneas reforzadas están significativamente relacionadas con la agresividad, mientras que Brown (1965) la halló relacionada con la hostilidad manifiesta.

Sin embargo, las borraduras espontáneas y cuidadosas correcciones se evidenciaban como relacionadas con una inteligencia alta y un buen rendimiento, según los estudios de Bravo (1972) y Keogh (1968 a).

9. Segunda tentativa.

El dibujo de **una figura del test o parte de ella es borrado espontáneamente o abandonado antes o después de ser completado en su totalidad y se realiza un nuevo dibujo de la figura**. Este indicador sólo se puntúa cuando es dibujada en dos ocasiones en dos lugares diferentes de la hoja de reproducción.

Las implicaciones clínicas se refieren a la *impulsividad y ansiedad.* Los niños impulsivos abandonan rápidamente y vuelven a comenzar de nuevo o comienzan algo distinto en vez de intentar acabar lo que les resulta difícil.

Handler y McIntosh (1971) mostraron que los niños agresivos tenían más segundas tentativas que los sujetos retraídos o control. Mogin(1966) encontró que este indicador se asocia con dificultades de comportamiento en niños de 2° y 3° y Kai (1972) confirmo lo expuesto por Koppitz.

10. Expansión.

Se emplean dos o más hojas de papel para completar las reproducciones de las nueve figuras del test de Bender.

Se relaciona con la conducta *acting-out y la impulsividad* en los niños, en lo que coinciden Brown (1965) y Naches (1967).

A estos diez Indicadores Emocionales originales, Koppitz añade en su segunda monografía otros dos más que por aparecer muy raramente en los protocolos del test de Bender, no es posible hacer un estudio controlado de ellos, pero que no obstante cuando aparecen tienen una considerable implicación diagnóstica. Estos indicadores son los siguientes:

Universidad de huelva 2010

11. Marcos alrededor de las figuras

Una vez reproducidas las figuras, se dibuja un marco alrededor de una o más de ellas. (Ver figura 6.5)

Se asocia con un intento por parte del niño por controlar su impulsividad. Suelen presentarlo niños que tienen un *pobre autocontrol* y necesitan o quieren límites y controles externos para poder desenvolverse en el medio familiar y escolar.

12. Elaboración espontánea o añadidos a la figura

En una o más figuras del test de Bender, se realizan cambios espontáneos de tal modo que las convierten en objetos concretos, encontrándose en los protocolos de niños que se hallan abrumados por *grandes temores o ansiedades, a menudo con un débil contacto con la realidad y que confunden hechos con fantasías.*

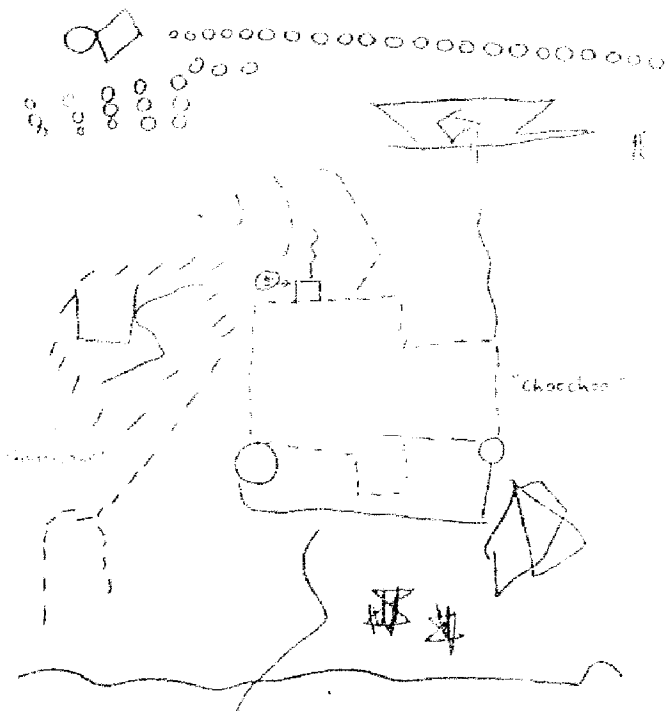


Figura 5.6. Protocolo con elaboración espontánea (el niño ha realizado un recorrido de un tren, y se ve escrito Choochoo, indicando que es el tren.)

Cada uno de estos indicadores se contabiliza una sola vez en el total de los dibujos de la prueba aunque estén presentes en más de una de las reproducciones de los diseños.

Universidad de huelva 2010

Los Indicadores Emocionales son signos clínicos que deberían se evaluados individualmente como cualquier otro síntoma clínico. Pueden aparecer separadamente o en combinación pues no son mutuamente exclusivos. Un problema emocional puede aparecer de diferentes formas en el Test de Bender Por ejemplo, sustitución de círculos por rayas y repaso descuidado o repaso de líneas significan impulsividad. Así en un protocolo de un niño pueden aparecer ambos signos o solamente uno de ellos sin que por ello se establezca ninguna diferencia en la interpretación del protocolo. Algunos IE implican tendencias opuestas que en ocasiones pueden aparecer en el mismo niño y que pueden ser reflejadas en un único protocolo del Test de Bender.

Según Koppitz (1981), un único IE en el protocolo del Test de Bender de un niño refleja una actitud o tendencia dada, pero no indica por sí mismo ningún problema emocional serio, como tampoco muestra con certeza cómo se manifestará esta tendencia en el marco escolar.

Afirma la autora en su primera monografía (1976), **que son necesarios un total de 3 ó más indicadores emocionales en un protocolo** para poder decir con cierto grado de certeza que un niño tiene serios problemas emocionales y necesita de una evaluación posterior.

La interpretación de los IE debe ser prudente pues los IE debe nos habla de tendencia y actitudes subyacentes; y a partir de ellos se podrán formular hipótesis que necesitarán ser confirmadas con otras observaciones y datos psicológicos (Koppitz, 1984, p.164).

5.7.3. Algunas investigaciones realizadas al respecto

Lis et al. (1990) estudiaron la validez de los indicadores emocionales de Koppitz (1976). La muestra fue de 1048 niños italianos de infantil y primaria (4-11 años) y analizaron los indicadores emocionales apoyando la validez de los indicadores emocionales, pero cuestionan el número de tres errores planteados por Koppitz.

Como ya he señalado anteriormente esta escala de indicadores emocionales ha provocado numerosas investigaciones pero los resultados son contradictorios y así nos encontramos que Porteous (1996) utilizó los indicadores emocionales del test de Bender para discriminar entre niños inadaptados, con problemas conductuales

Universidad de huelva 2010

leves y niños sin dificultades y llegó a la conclusión de que los indicadores eran capaces de clasificar correctamente en cada categoría el 50% de los casos y cuando sólo se hacían dos categorías (con y sin dificultades) llegaba a alcanzar el 65% de la muestra. McCormick y Brannigan (1984) valoraron la utilidad del Bender como medida de "acting-out ", ansiedad y conducta aislada en 40 adolescentes con problemas emocionales. Se encontraron correlaciones entre los signos del Bender que señalan "acting-out" y las pruebas utilizadas para contrastar, mientras que no ocurrió con los signos de ansiedad y conducta aislada.

Cobrinik (1987) analiza la realización del test de Bender de un niño de 9,5 años con severos desórdenes y señala cómo la forma de resolver los conflictos visomotrices puede prefigurar posteriormente las tendencias del carácter relacionadas con aspectos de los problemas emocionales del niño.

Cartil Ferrer (1984) evalúa la validez de los indicadores emocionales a partir de dos muestras, una compuesta por niños normales y otra con dificultades emocionales y sólo obtienen validez significativa los indicadores"orden confuso, línea ondulada y tamaño pequeño"

Rossini y Kasper (1987) evaluaron la validez de los indicadores en tres grupos de niños de 7-10 años con las características de inadaptación, problemas conductuales y normales, teniendo en cuenta el nivel de desarrollo. Los grupos clínicos produjeron más indicadores emocionales que el grupo control, pero no se encontraron diferencias entre los dos grupos clínicos.

De los 13 indicadores utilizados obtuvieron validez como signos patognómicos "orden confuso", "gran tamaño" y "figuras encuadradas"

Belter et al. (1989) evaluaron la validez del test de Bender en 140 adolescentes con dificultades emocionales, 47 adolescentes con problemas de retraso mental y 150 sujetos controles. El test de Bender sí diferenció a los tres grupos, suponiendo un apoyo a emplear esta prueba como *screenig* para detectar adolescentes con dificultades emocionales.

Pero otras investigaciones no apoyan estos resultados, así: Rossini (1993) evalúa la validez concurrente de los indicadores emocionales en tres grupos de niños (inadaptados, problemas de conducta y normales) pero no encuentra diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en la escala cuando covaría el desarrollo visomotriz.

Universidad de huelva 2010

Breen y Butler (1983) realizaron una investigación pasando la prueba a una muestra de 30 niños con problema emocionales y 29 niños sin dificultades, de edades comprendidas entre 7-11 años. Analizaron los protocolos por edades, pero no obtuvieron diferencias significativas aunque sí encontraron bajas correlaciones significativas entre el número total de indicadores y la edad.

Field, Bolton y Dana (1982) cuantificaron los protocolos de 120 sujetos (de 16 a 50 años) con trastornos médicos y psiquiátricos utilizando la adaptación de Hutt, Pascal y Suttel. Se correlacionaron los resultados con dos criterios de psicopatología (diagnóstico de incapacidad mental y la ansiedad) y con la edad y el Coeficiente Intelectual. Los resultados mostraron que la tasación de los protocolos era fidedigna, pero la puntuación global no predijo las variables psicopatológicas, aunque las puntuaciones correlacionaban con la edad y el C.I., pero no aportan validez al test de Bender como indicador de psicopatología.

Trahan y Stricklin (1979) investigaron la relación entre los indicadores emocionales del Test de Bender y la conducta "acting-out" en 93 niños de 5-12 años. Los resultados que se obtuvieron señalan que ni el número total de indicadores ni los indicadores de forma individual correlacionan significativamente con la variable de conducta.

Otros autores señalan que los IE no pueden ser considerados como una Escala al no poseer la consistencia interna exigible para ello (McConnell. 1.967; Ackerman y cols., 1.971), mientras que las investigaciones de Rossini y Kasper (1985) avalan la tesis contraria..

Pero no son los únicos autores que han trabajado *la escala de los indicadores emocionales de Koppitz,* y así nos encontramos a Bloom (1987), Cobrinik (1988), Holmes et al. (1984), Dharitri y Vinoda (1991), Gregory (1977), Mermin (1978), Morrongiello (1990), Ninnes et al. (1985), Petti (1988), Pietrowski (1995), Reichenberg y Rapahel (1992), Robles et al. (1988), Sellbom y Meunier (2003) y Viotti (1982).

Sin embargo otros autores han utilizado el sistema de puntuación de la escala de desarrollo de Koppitz para detectar problemas emocionales, así Gragiulo (2003) aplicó el test de Bender a **pacientes esquizofrénicos agudos y crónicos** y observo que en los primero presentaron **más distorsiones y rotaciones** mientras que en el grupo de los crónicos se obtuvieron más **perseveraciones.** Shapiro y Simpson (1995) usaron el sistema de puntuación de Koppitz en una muestra de

Universidad de huelva 2010

adolescentes con problemas conductuales y emocionales pero la realización del test no obtuvo correlación con las escalas del Test MMPI.

Mills (1976) realizó un estudio en niños británicos de 7 a 10 años. La muestra que tenía 7 años fue evaluada por la maestra al llegar a los 13 años. Se observó que no se produjo relación entre la incidencia de problemas emocionales y los errores en la escala de Koppitz, sin embargo si observo una relación entre niños que habían tenido 7 o más errores en la prueba y las limitaciones educacionales posteriores.

Marfurano et al. (1997) han trabajado el test de Bender con dos muestras de niños con/sin problema de rendimiento escolar y señalan que el patrón de diferencias en la ejecución del test en los dos grupos sugiere una clara asociación entre bajo rendimiento y problemas de adaptación, pero sólo en el grupo de bajo rendimiento.

Como podemos ver los **indicadores emocionales apuntados por Kopptiz han generado una enorme cantidad de investigaciones, pero los resultados son contradictorios y conllevan una enorme controversia entre los distintos investigadores, pues parece que existen más interrogantes que respuestas.**

Además, en estos últimos años el test de Bender se está aplicando más en psicología forense y en neuropsicología, dejando un poco aparcado el objetivo de su validez como técnica de personalidad.

Con este trabajo pretendemos dos grandes objetivos: **retomar** esas concepciones y ver hasta qué punto **puede ayudar, desde la mira de la prevención, a detectar niños con dificultades emocionales.**

Se ha trabajado sobre todo en adolescentes y la pregunta es ¿será la prueba eficaz, más efectiva con niños un poco más pequeños?.

Por ello nos preguntamos si el Test de Bender podría darnos una respuesta preventiva para dificultades emocionales como la ansiedad, inestabilidad emocional y conducta antisocial en niños de 9 a 11 años y poder así plantear una intervención que minimice o palie las consecuencias negativas para el futuro desarrollo integral de ese niño

Universidad de huelva 2010

PARTE EMPÍRICA

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

Capítulo 6

Objetivos y Metodología

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

6.1. INTRODUCCIÓN

Los estudios epidemiológicos dentro del mundo educativo y centrados en la población infantil y niñez deben llevarse a cabo con poblaciones de niños escolarizados para determinar qué relación existe entre los problemas escolares, tanto de aprendizaje como conductuales y los trastornos emocionales

Los trastornos emocionales son una causa frecuente de problemas de conducta relacionados con la escuela. La mayoría de los niños que presentan una alteración conductual y/o de aprendizaje no son detectados y por tanto no reciben el tratamiento adecuado. La escuela y a veces, la familia, rechazan a estos niños que a menudo reciben una educación inadecuada como marginados sociales (Poznanski y cols. 1976). De este grupo de niños constantemente rechazados pueden llegar a surgir sujetos que en épocas posteriores se ven implicados en conductas autodestructivas. Es de esperar que una **detección temprana** y su posterior **tratamiento adecuado** evitaría su fracaso personal, aislamiento social o actividad antisocial (Brumback y Weinberh, 1977).

Dentro de los trastornos emocionales, la ansiedad infantil tiene todavía pocas investigaciones como entidad nosológica propia, pues hasta hace poco tiempo no se plantaba que los niños pudieran sufrir depresión, ansiedad, o estrés, pues hasta el DSM III (1980) no se introdujo una nueva categoría diagnóstica centrada específicamente en los trastornos por ansiedad que por lo general se producen en la infancia. Tradicionalmente, los modelos de psicopatología de adultos habían servido para clasificar y comprender la psicopatología de los niños.

En este trabajo nos planteamos la existencia de dos tipos de ansiedad (Spielberg, 1973): la **ansiedad rasgo**, como dimensión de la personalidad y por tanto relativamente estable y **la ansiedad estado**, como una situación transitoria.

Aunque el Test de Bender ya ha demostrado ser discriminador de problemas emocionales y comportamentales, todavía no se ha logrado un diagnóstico diferencial.

Este trabajo intentará ver si se puede encontrar correlación, tanto con las figuras, categorías de error y los indicadores emocionales del Test de Bender con

Universidad de huelva 2010

las variables **ansiedad infantil, neuroticismo, introversión y conducta antisocial.**

Es evidente que éste es un campo muy complejo, donde todo estudio peca de incompleto, limitado y selectivo, lo que no ha de ser impedimento para abordarlo.

Universidad de huelva 2010

6.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

El **objetivo general** es determinar si el test de Bender puede discriminar, en niños de 4º y 5º de primaria, problemas emocionales y comportamentales y poder establecer un diagnóstico diferencial.

Los **objetivos específicos** se agrupan en tres bloques:

El Test de Bender y variables sociodemográficos:

1. Determinar si existen diferencias en la incidencia de indicadores emocionales respecto al sexo.
2. Si existen diferencias de la incidencia de indicadores emocionales respecto al nivel socioeconómico.
3. Si existen diferencias de la incidencia de indicadores emocionales respecto al tipo de colegio o a la localización del colegio.
4. Si existen diferencias de la incidencia de indicadores emocionales respecto al curso escolar.

El test de Bender como prueba madurativa:

1. Determinar si los niños con problemas visoperceptivos tiene más indicadores emocionales y de qué tipo.
2. Determinar si los niños con bajo rendimiento escolar tienen más indicadores emocionales y de qué tipo.
3. Determinar si alguna figura del Bender es discriminativa de problemas emocionales y cuál.
4. Determinar si alguna categoría de error del Bender es discriminativa de problemas emocionales y cuál.

El test de Bender como técnica proyectiva:

1. Determinar si correlaciona el Test de Bender con neuroticismo, ansiedad, introversión y conducta antisocial y si existe un indicador específico para cada una de los elementos anteriores.

Universidad de huelva 2010

2. Determinar si puntuaciones altas en neuroticismo correlaciona con el indicador emocional: orden confuso, línea ondulada o círculo por rayas.

3. Determinar si puntuaciones altas en ansiedad (estado- rasgo) correlaciona con el indicador emocional tamaño pequeño o segunda tentativa.

4. Determinar si puntuaciones altas en conducta antisocial correlaciona con el indicador emocional de tamaño grande, aumento progresivo y repaso de figuras.

5. Determinar si las calificaciones de las conductas de los alumnos, dadas por el maestro, están relacionadas con los Indicadores Emocionales y señalar con cuáles.

Con el fin de dar respuestas a los objetivos planteados se han formulado una serie de hipótesis que orientarán el análisis de los resultados.

Las **hipótesis** que se plantean son las siguientes:

1. Los niños con más alto índice de errores perceptivos en el test de Bender mostrarán más indicadores emocionales.

2. Los niños con bajo rendimiento tendrán más indicadores emocionales.

3. Las figuras 3, 4, 6 y 7 correlaciona con más indicadores emocionales

4. Las categorías de error de distorsión, integración y rotación son más discriminativas de indicadores emocionales.

5. Existe diferencias significativas a nivel de sexo en el número de indicadores emocionales, siendo más alto para las niñas.

6. No existes diferencias significativas en la variable socioeconómica respecto al número de indicadores emocionales.

7. Existen diferencias con respecto a los indicadores emocionales entre alumnos de colegios de la capital y colegios periféricos.

8. Existen diferencias con respecto a los indicadores emocionales entre alumnos de colegios públicos y concertados.

Universidad de huelva 2010

9. En cursos más altos se darán más indicadores emocionales.

10. Existe correlación entre puntuación total de indicadores emocionales del Bender y las variables de neuroticismo, introversión, psicoticismo, conducta antisocial y ansiedad.

11. Los indicadores emocionales *orden confuso, línea ondulada, círculo sustituido por rayas o marcos alrededor de las figuras* correlacionan con neuroticismo.

12. Los indicadores emocionales tamaño *pequeño, segunda tentativa o elaboración espontánea* correlaciona con ansiedad estado o ansiedad rasgo.

13. Los indicadores emocionales *círculo sustituido por rayas, tamaño grande, aumento progresivo, repaso y expansión* correlacionan con conducta antisocial.

14. El test de Bender podrá detectar y diferenciar, en niños con dificultades emocionales de 4° y 5° de primaria, las diferentes clases de sintomatología emocional.

15. Existe correlación positiva entre las valoraciones dadas por el profesor a nivel de características personales y comportamentales y los resultados obtenidos por las distintas pruebas.

16. Existe correlación entre la valoración dada por el profesor a nivel de características personales y comportamentales y los indicadores emocionales del Bender.

Universidad de huelva 2010

6.3. MÉTODOLOGÍA

Esta investigación consiste en un estudio descriptivo correlacional.

Se realizó mediante la aplicación del test Gestáltico Visomotor de Bender, el test de factor "g" de R. B. Cattell y A. K. S. Cattell (escala 2, forma A), el test EPQ-J de H. J. Eysenck y S. G. B. Eyesenck, el test STAIS de C. D. Spielberg y cols. y un cuestionario al profesor tutor.

Dichos tests fueron pasados a la muestra durante los meses de diciembre del 2002 y enero del 2003.

6.3.1. Sujetos.

La población la componen los alumnos de 4° y 5° de primaria de la población de Huelva, capital y provincia.

Criterio de rechazo: se excluyeron aquellos sujetos que se tenía constancia de deficiencias sensoriales o psíquicas.

El tipo de muestreo elegido para esta investigación ha sido un muestreo intencional y por conglomerados, pues se buscaba una muestra:

a. con diferente nivel sociocultural y económico, pues como ya se ha visto en la parte teórica, es una variable que debe ser tenida en cuenta

b. en diferente tipos de colegios (público y concertado) para comprobar si existen diferencias en cuanto al número de indicadores emocionales, para determinar si influye el tipo de colegio debido a la existencia de mayor heterogeneidad en los centros públicos que en los concertados respecto a las variables individuales de los alumnos (capacidad, rendimiento, conducta, estabilidad emocional) y a las familias (nivel social, cultural y económico); pues según la creencia generalizada popular, en los colegios públicos existe una mayor heterogeneidad, al no existir el "filtro" que establecen algunos colegios concertados .

Universidad de huelva 2010

c. comparar Huelva capital con colegios de zonas rurales pero colindantes con Huelva, para determinar si influye la ubicación y el contexto social donde se inserta dicho centro.

Se determinó de antemano los cursos de 4º y 5º de primaria por dos motivos:

1. se considera que en estos cursos, el test de Bender ha alcanzado el techo, por tanto las dificultades visoperceptivas encontradas en los protocolos no serán debidas a problemas madurativos.

2. el nivel de 4º de primaria es el final de un ciclo, mientras que 5º es el inicio del último ciclo de primaria y por tanto en ambos las exigencias escolares empiezan a ser altos: textos para estudiar, trabajos de las distintas asignaturas, etc.

La elección final de la muestra se produjo después de varios contactos con los distintos centros con el fin de cubrir dos objetivos:

1. aceptación de la investigación por parte del centro. En la entrevistas con la dirección y orientador del centro se explicaron las características y objetivos de la investigación, la forma de recogida de datos, los instrumentos a aplicar, el tiempo y condiciones materiales.

   Se les entregó una carta[8] para que los padres de los niños que iban a formar parte del estudio tuviesen la misma información y diesen su aprobación.

2. que la muestra estuviese equilibrada respecto al número de alumnos en las variables "tipo de colegio" y "localización".

La muestra está constituida por 722 sujetos de los cuales el **49,8%** corresponde a **varones** y el **50,1% a mujeres**, escolarizado en colegios públicos y concertados pertenecientes a Huelva capital y periferia.

Su distribución, según las variables que la definen, está constituida de la siguiente manera:

---

[8] Ver anexo

Universidad de huelva 2010

Tabla 6.1. Distribución de la muestra por sexo, curso y tipo de colegio.

Recuento

				tipo de colegio		
curso	sexo			público	concertado	Total
4	mujer	localidad	Huelva	26	76	102
			Periferia	81	0	81
		Total		107	76	183
	varón	localidad	Huelva	25	86	111
			Periferia	78	0	78
		Total		103	86	189
5	mujer	localidad	Huelva	28	78	106
			Periferia	74	0	74
		Total		102	78	180
	varón	localidad	Huelva	35	68	103
			Periferia	67	0	67
		Total		102	68	170

Analizando por **cursos** se observa que existe un equilibrio entre ambos cursos, siendo, no obstante, el nivel 4º el que presenta un porcentaje levemente más alto.

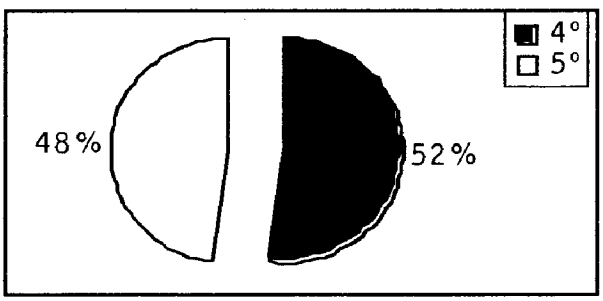


Figura 6.1. Distribución por curso

Como se puede apreciar en la figura siguiente, la distribución de la muestra en cuanto a la procedencia de los alumnos hay más alumnos en Huelva capital que en la periferia con una diferencia de 16%.

Universidad de huelva 2010

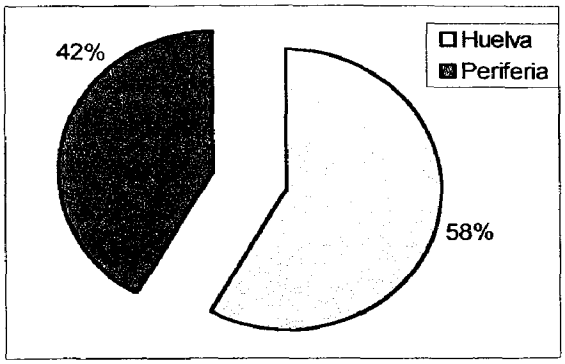


Figura 6.2. Distribución por localidad.

Respecto al **tipo de colegio** existe una diferencia entre ambos de un 14%, siendo el colegio público el que tiene mayor porcentaje en nuestra muestra.

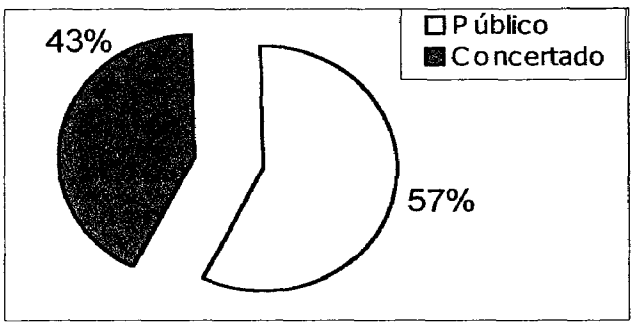


Figura 6.3. Distribución por tipo de colegio

Observando la distribución de la muestra en los distintos **colegios** que han participado en nuestra investigación, vemos que Antón Guerrero (Aljaraque), Esclavas (Huelva), Funcadia (Huelva), San Sebastián (Punta Umbría), Moliere (Huelva) y Marismas del Odiel (Huelva) son los colegios más numerosos, mientras que Giner de los Ríos (Huelva), Lepe (Lepe) y Virgen del Rocío (Huelva) son los que poseen menos porcentaje

Universidad de huelva 2010

Tabla 6.2. Distribución de la muestra por colegios

	Frecuencia	Porcentaje
Lepe	50	6,9
Virgen del Rocio	46	6,4
Mazagon	60	8,3
Punta Umbria	75	10,4
Aljaraque	115	15,9
Moliere	72	10,0
Esclavas	96	13,3
Funcadia	94	13,0
Giner	42	5,8
Marismas del Odiel	72	10,0
Total	722	100,0

La elección de los distintos colegios se ha realizado teniendo en cuenta el nivel socioeconómico y profesional de los padres

Las categorías profesionales de los padres de los alumnos de la muestra se han agrupado siguiendo la clasificación nacional de ocupaciones CNO – INEM, pero al haber categorías que se quedaban vacías, se ha hecho el siguiente agrupamiento:

NS I: dirección de empresas, técnicos, profesionales, científicos e intelectuales

NS II: administrativo, técnicos medios

NS III: hostelería, oficiales en general, servicios con Cualificación.

NS IV: agricultura, pesca, minería, construcción o servicios sin cualificar.

A la hora de clasificar, algunas situaciones laborales no se habían contemplado, para solucionarlos se aumentaron las siguientes categorías:

NS V: ama de casa.

Universidad de huelva 2010

NS VI: en paro; jubilado, baja por accidente, varios (marginalidad, incapacidad transitoria o permanente)

A continuación se exponen las tablas de la variable nivel socioeconómico.

Hemos de tener en cuenta la poca precisión del criterio de clasificación de la muestra, por eso presentamos esta distribución con ciertas reservas.

Tabla 6.3. Distribución de los niveles profesionales de los padres

	Frecuencia	Porcentaje
autónomos, empresarios, tec. sup.	115	15,9
administrativos, tec. me	72	10,0
servicios, ob. cualificad	318	44,0
ob. sin cualificar	188	26,0
ama de casa	2	,3
otros:parados, jubilados bajas	16	2,2
no tiene	11	1,5
Total	722	100,0

Tal y como se ha visto en la tabla anterior dentro de las profesiones observamos que, en nuestra muestra de padres el porcentaje más alto lo encontramos en el grupo III, pertenecientes a servicios y obreros cualificados, le sigue el grupo IV donde se encuentran obreros sin cualificar (albañiles, marineros, etc.) y con un porcentaje un poco más bajo está el grupo I constituido por profesionales liberales, empresarios y autónomos

Respecto a las profesiones de las madres, encontramos que es el grupo V (amas de casa) el más numeroso, le sigue el grupo IV, el grupo III y el grupo I.

Universidad de huelva 2010

Tabla 6.4. Distribución de los niveles profesionales de las madres

	Frecuencia	Porcentaje
autónomos, empresarios, tec. sup.	76	10,5
administrativos, tec. me	67	9,3
servicios, ob. cualificad	115	15,9
ob. sin cualificar	125	17,3
ama de casa	336	46,5
otros:parados, jubilados bajas	2	,3
no tiene	1	,1
Total	722	100,0

Para la variable de clasificación **nivel socioeconómico** se ha utilizado el criterio de la localización de las características sociales de la población, criterio que es ampliamente aceptado por los sociólogos. También la Fundación FOESA, en sus estudios sobre indicadores sociales y que pueden servir para clasificar la muestra, considera la ubicación como uno de los criterios más definitorios de la posición social y el nivel socioeconómico de la familia.

La figura 6.4 nos muestra que el nivel bajo tiene menor porcentaje con un 27% de la muestra, mientras que el nivel medio tiene un 37%, y el nivel alto con un 36%, esto nos lleva a decir que nuestra muestra posee un nivel socioeconómico entre medio y alto.

Universidad de huelva 2010

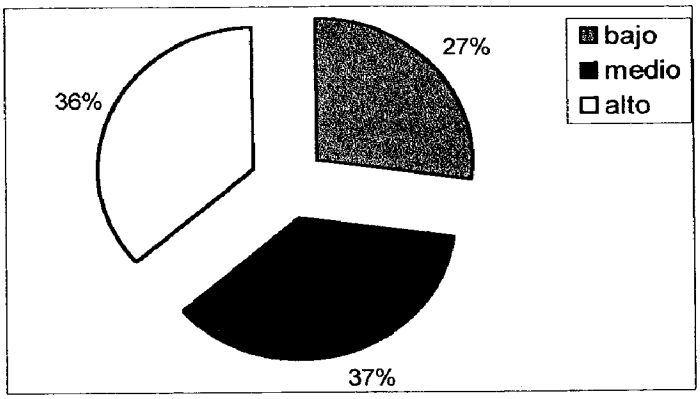


Figura 6.4. Distribución del nivel socioeconómico.

Respecto a la variable **edad,** están comprendidas entre 9 y 13 años, siendo la media aritmética de 9,6 años.

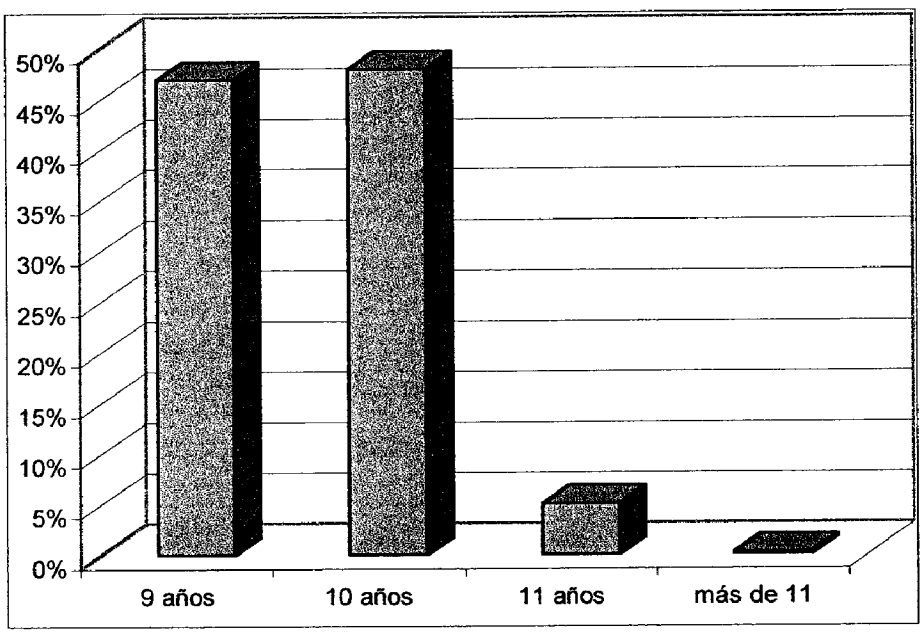


Figura 6.5. Distribución por edad

Se han de señalar las siguientes observaciones:

- Al pasar las pruebas en diciembre, muchos de los niños no habían cumplido años, por eso la muestra tiene tan poco peso en los alumnos de 11 años, que sería lo esperado para el nivel de 5° de primaria.

Universidad de huelva 2010

- El alumno de 12 años y el de 13 años tienen características especiales, pues el niño de 12 años es adoptado sin haber sido escolarizado en su país de origen y el niño de 13 años pertenece a una familia de emigrantes marroquíes, que no hablaba el idioma castellano y acaban de escolarizarse este año en la escuela.

Respecto a las variables **número de hermanos y lugar que ocupa,** observamos en las tablas posteriores que la gran mayoría de las familias pertenecientes a nuestra muestra, está compuestas por dos hijos (54,8%), a continuación por tres hijos (18,8%) e hijo único (14,1%). La media de hermanos en la muestra es de 2,37.

Tabla 6.5. Distribución por número de hermanos

	Frecuencia	Porcentaje
1	103	14,3
2	395	54,7
3	136	18,8
4	59	8,2
5	14	1,9
6	5	,7
7	5	,7
8	3	,4
9	2	,3
Total	722	100,0

Respecto **al lugar** que ocupan entre hermanos, el 44,9% es el hermano mayor y un 36,4% ocupa el lugar intermedio, mientras que un 11,2% ocupa el tercer lugar

Tabla 6.6. Distribución del lugar ocupado entre hermanos

	Frecuencia	Porcentaje
1	324	44,9
2	263	36,4
3	81	11,2
4	34	4,7
5	11	1,5
6	2	,3
7	2	,3
8	2	,3
Total	722	100,0

Universidad de huelva 2010

La distribución de la variable de **repetición de curso**, es la siguiente: un 6,2% (45 alumnos) ha repetido curso; de estos alumnos un 3,3% (24 alumnos) han repetido 4° y 21 (2,9%) lo han hecho en 5° de primaria.

6.3.2. Diseño

Tipo de diseño

Se trata de una investigación básicamente descriptiva y correlacional, donde se han seleccionado sujetos de diferentes edades (9-11 años) evaluados en un solo momento temporal.

Variables

Las variables que se han utilizado, se han clasificado en variables sociodemográificas y psicológicas, utilizando el criterio de Senra y Senra (1995):

- *variables sociodemográficas:*
  - * Sexo
  - * Edad
  - * Nivel socioeconómico
  - * Tipo de colegio: público y concertado
  - * Localización: capital y periferia

- *Variables psicológicas:*
  - * Puntuación C.I.
  - * Puntuación total de errores del Test de Bender (inmadurez perceptiva).
  - * Puntuación en las categorías de error y figuras del Test de Bender.

Universidad de huelva 2010

* Puntuación total de los indicadores emocionales (inestabilidad emocional) del test de Bender
* Puntuación de los 12 indicadores emocionales del Test de Bender.
* Puntuación de los 4 nuevos indicadores emocionales del Test de Bender.
* Puntuación de las escalas del EPQ-J: neuroticismo, extraversión, psicoticismo y conducta antisocial.
* Puntuación del test STAIC: ansiedad estado y ansiedad rasgo.
* Rendimiento académico.
* Indicadores comportamentales y de personalidad dados por el profesor tutor.
* Indicadores aptitudinales, motivaciones y sociales dados por el profesor.

6.3.3. Instrumentos

Para la selección de los instrumentos de medida se estableció el criterio de que fueran técnicas fiables, asequibles y fáciles de aplicar.

Para realizar todas las pruebas en una misma hoja, se empleó una hoja A4, donde en el anverso aparecía un protocolo de datos sociodemográficos y en el reverso realizaban el Test BG.

Las demás pruebas se realizaban en sus protocolos correspondientes.

Se pidió la colaboración del profesor tutor para rellenar el cuestionario por cada alumno de su clase.

6.3.3.1. Prueba de maduración visomotora: test Bender

Para ello se utilizó el Test Gestáltico Visomotor de Bender (Bender, 1938). Se aplicó de forma colectiva.

Universidad de huelva 2010

Fundamentación teórica

La prueba se derivó de las configuraciones gestálticas que ideó Wertheimer en 1923 para demostrar los principios de la Psicología de la Gestalt en relación con la percepción.

Mas tarde Bender (1938) desarrolló la prueba para que se utilizará como prueba vasomotora, en poblaciones de adultos a nivel clínico y como una evaluación del desarrollo de los niños.

Edad de aplicación

Desde los 4 años en adelante

Descripción

La prueba consta de nueve figuras geométricas dibujadas en negro en tarjetas blancas de 10x12,5 cm. Los dibujos se presentan uno por uno y el niño debe ir copiándolos en una hoja de papel blanco. Estas nueve tarjetas se presentan en un orden específico empezando por la tarjeta A, 1, 2, ... hasta la tarjeta 8.

Puntuación

Para corregir y baremar se utilizó el sistema de puntuación propuesto por Koppitz (1975).

Para las categorías de error se aplicó la realizada por Neale y McKay (1985).

Para los indicadores emocionales se emplea los once indicadores señalados por Koppitz (1984).

Fiabilidad y validez

Comentados anteriormente en el capítulo anterior, epígrafe, 6,.3 y 4.

Universidad de huelva 2010

El objetivo de este test en esta investigación es doble:

I. Determinar posibles disfunciones en la integración visomotriz.

Para corregir y baremar se utilizo el sistema de puntuación Koppitz (1975). En dicha corrección se utilizan todos las tarjetas del test.

El hecho de escoger el modelo de Koppitz se debe a que es fácil de corregir y es uno de los sistemas que más datos tiene sobre las variables que correlacionan con el éxito del resultado de la prueba, éxito escolar, rendimiento específico y variables socioculturales.

Para las categorías de error se aplica la realizada por Neale y McKay (1985):

Distorsión: modificación excesiva de la figura estímulo, ya sea en su totalidad o en parte de la misma.

Los ítems donde se pueden analizar son: 1a , 1b, 8, 12a, 12b, 17 a, 18 a, 18 b, 21 a, 21 b y 24

Rotación: rotación general de la figura o de cualquier parte de la misma en 45° o más; rotación de la tarjeta estímulo.

Los ítems donde puede observarse esta categoría son 2, 5, 7, 11, 13, 16, 22 y 25.

Perseveración: repetición de algún aspecto de la tarjeta estímulo más allá del límite preciso.

Los ítems evaluables son: 6, 9 y 20

Integración: aparece cuando se da una pérdida de la forma debido al fallo para unir de forma correcta aspectos importantes de la figura o cuando la orientación de toda la figura es incorrecta.

Los ítems evaluables son: 3,14, 19 y 23

Sustitución: la figura estímulo ha sido reemplazada en parte o en su totalidad por algo distinto.

Los ítems evaluables son: 4, 10, 15 y 17b.

Universidad de huelva 2010

Con este objetivo se van a medir las siguientes **variables**:

1) *Puntuación Bender*: los errores totales que cometen los alumnos al copiar las figura (inmadurez perceptiva)

2) *Categorías de error*

3) *Figuras con errores*

II. *Determinar los indicadores emocionales:* que reflejan las actitudes emocionales y la estructura de la personalidad.

En este aspecto se considera los resultados obtenidos el evaluar el test de Bender como prueba proyectiva, en tanto hay unos tipos de errores que no están vinculados a la maduración perceptivo motriz, pero es útil para el diagnóstico de niños con problemas emocionales.

Estos indicadores no se consideran que sean una función de la percepción visomotora.

Con este objetivo se van a medir las siguientes **variables**:

1) *Puntuación total de indicadores emocionales*: inestabilidad emocional

2) *Puntuación en cada uno de los doce indicadores emocionales* (ausencia o presencia): orden confuso; línea ondulada; rayas en lugar de círculos; aumento progresivo de tamaño; tamaño grande; tamaño pequeño; línea fina; repaso del dibujo; segunda tentativa, expansión, encuadre de las figuras y elaboración.

Al igual que Koppitz (1984) consideramos que a partir de tres indicadores emocionales existe significatividad de inestabilidad emocional.

Al empezar a corregir se detectaron algunos cambios, añadidos que realizaban algunos alumnos a las figuras del test y teniendo en cuenta los indicadores de Hutt (1980) y Nodelis (2001) se han categorizado como otras variables emocionales.

Universidad de huelva 2010

Son las siguientes:

1) Colisión de figuras o trozos de figuras que se incluyen en dibujos ya realizados :

   a. Cambio de dirección de la figura 2 por colisión con la figura 1

   b. No se puede continuar el dibujo de la figura porque se introduce en un dibujo ya realizado anteriormente de otra figura.

   c. Se introduce en el espacio del dibujo realizado anteriormente.

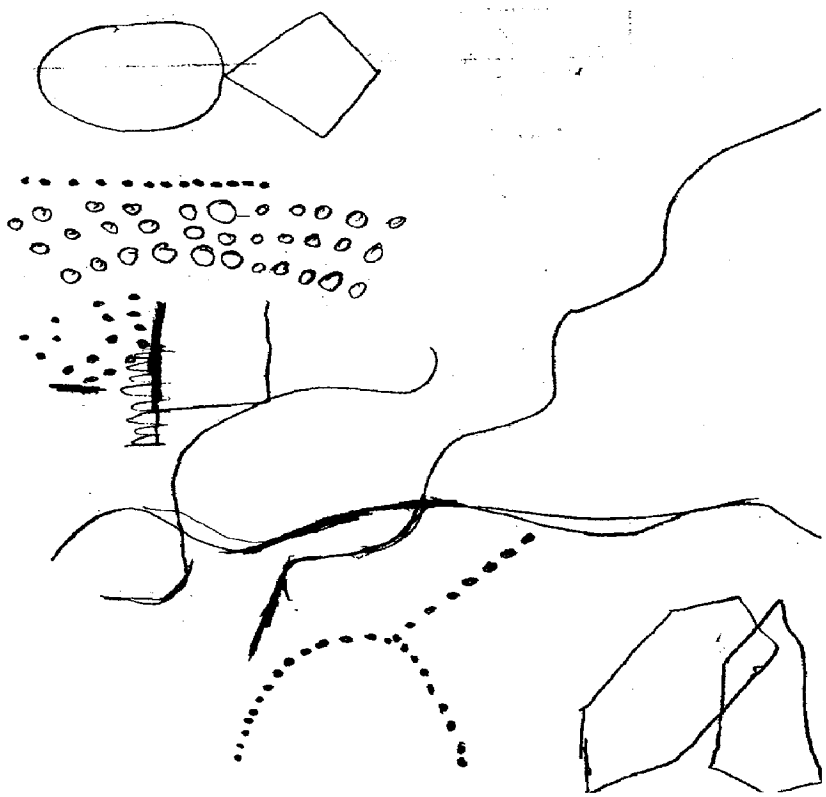


Figura 6.6. Protocolo con colisión en las figuras 3-4 y 4-6

Universidad de huelva 2010

2) Tacha las figuras de forma exagerada, de forma que casi oculta el dibujo. (Nodelis, 2000, habla sólo de tachaduras)

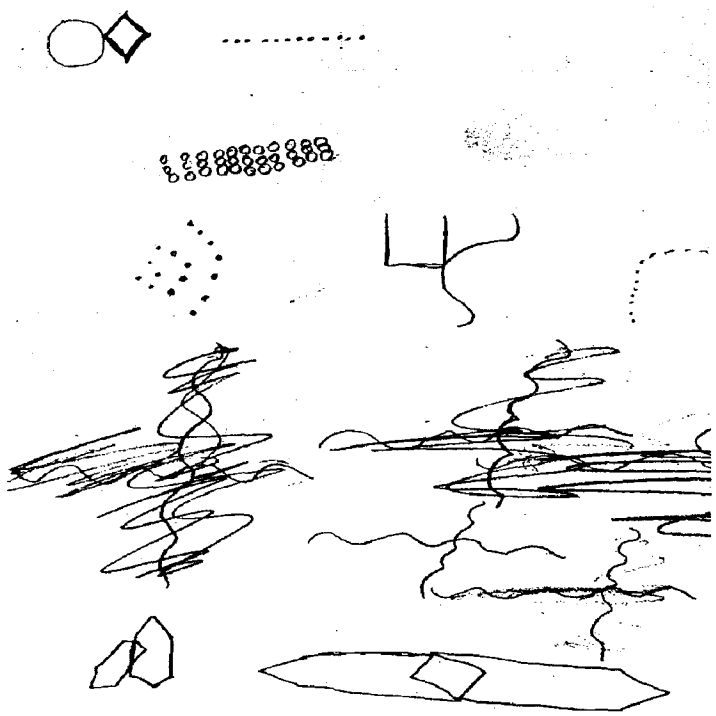


Figura 6.7. Protocolo con tachadura exagerada

3) Numera las figuras (este elemento no aparece en los autores vistos en el marco teórico)

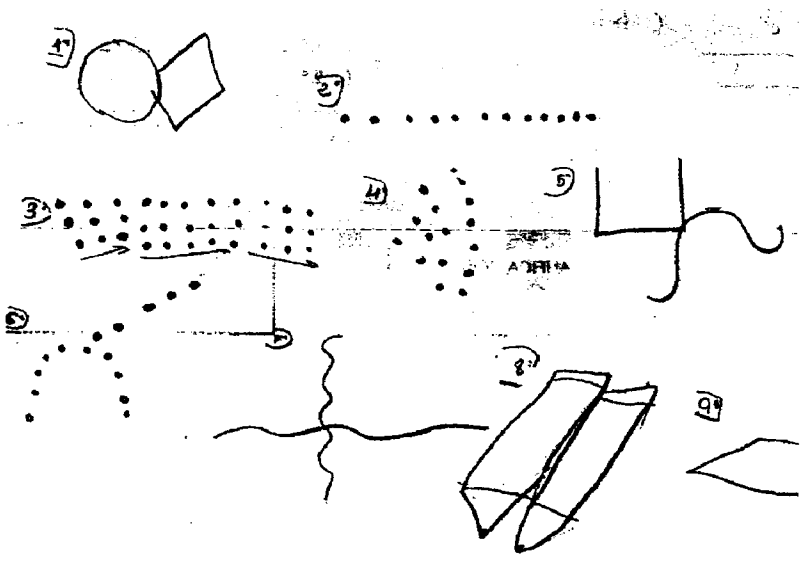


Figura 6.8. Protocolo con figuras numeradas

Universidad de huelva 2010

4) Separa las figuras con líneas (Nodelis, op. cit, la incluye dentro del tono de línea y la define como líneas guías y/o separación de figuras).

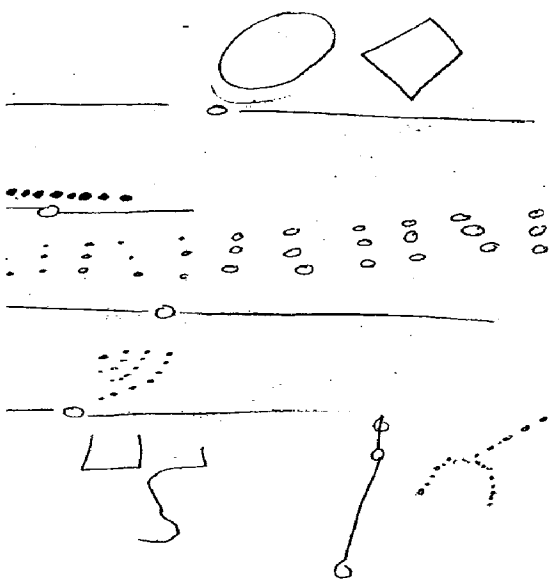


Figura 6.9. Protocolo con figuras separadas

Coincidiendo con Di Leo (1978) y Aubin (1974) vamos a definir los nuevos indicadores:

- *Separar:* se puede interpretar como una defensa intelectual, aislamiento afectivo y social, obsesión por controlar los impulsos.
- *Enumerar las figuras*: sugiere una defensa obsesiva compulsiva con obsesión por controlar los impulsos; refleja un intento de manejar la ansiedad, una necesidad de ser preciso.
- *Colisión*: indica que la persona no siempre hace un buen juicio ni previsión; es indicativo de desorganización y puede suponer poca habilidad para conceptuar y mantener los límites entre el sujeto y los otros. También puede indicar un abordaje intelectual individualizado
- *Tachar exagerado:* puede hablar de un cambio de intenciones, una actitud desaprobatoria de sí mismo; es una expresión de fuertes sentimientos negativos.

Universidad de huelva 2010

6.3.3.2. Prueba de capacidad intelectual: Test de Factor "G" de R. B. Cattell y A. K. S. Cattell (Escala 2, Forma A) (1949).

Este test se ha empleado para evaluar la inteligencia.

Es un test de los denominados "libre de influencia cultura" y está formado por 3 escalas. En nuestra muestra se ha utilizado la escala 2, forma A. La aplicación ha sido colectiva.

Fundamentación teórica

Spearman (1927) analizó factorialmente más de 100 tests y descubrió que el proceso psicológico que subyace a la ejecución de un test era un proceso de abstracción ("g") por lo que defiende una concepción unitaria de la inteligencia, y así la plantea como una capacidad de introspección, una capacidad para conseguir relaciones esenciales existentes entre una o más ideas que se tienen en cuenta y la capacidad para sacar correlatos. Este factor "g" está presente en todas las tareas intelectuales, incluso las que difieren entre sí. Esa diferencia consiste precisamente en la cantidad del factor "g" que requiere para su ejecución.

Este mismo autor añade que la inteligencia es una capacidad que nos permite determinar el rendimiento futuro de un sujeto y que la complejidad de la tarea y la cantidad de actividad mental que necesitan son los factores determinantes del grado en que la prueba se satura en "g".

Cattell, estimulado por los trabajos de investigación de Spearman y otros sobre la naturaleza y medida de la inteligencia, publica en 1930 el "Cattell group and individual intelligence tests".

En 1940 aparece una revisión del test donde los elementos son ya completamente perceptivos.

Edad de aplicación

Escala 2: de 8 a 14 años.

Universidad de huelva 2010

Descripción:

Este test consta de 4 subtest:

El primer subtest está formado por series incompletas y progresivas. Consta de 12 elementos y el tiempo de aplicación es de 3 minutos

En la segunda (clasificación) el sujeto debe identificar la figura diferente de entre 5 opciones. Consta de 14 elementos y el tiempo es de 4 minutos.

El tercer subtest el sujeto debe completar el cuadro de dibujos o matriz mediante la elección de 5 respuestas ofrecidas. Consta de 12 elementos y el tiempo es de 3 minutos.

El cuarto subtest el sujeto debe elegir la alternativa que cumple las mismas condiciones que el dibujo de referencia. Consta de 8 elementos y el tiempo es de 2,30 minutos.

Puntuación

Un punto por cada respuesta correcta. La puntuación directa en cada subtest es el número de aciertos logrados en el mismo. La puntuación total es la suma de las puntuaciones obtenidas en los cuatros subtests.

El manual se presenta con una baremación española y con conversión de las puntuaciones directas en cocientes intelectuales, centiles y eneatipos, así como también la conversión de los cocientes intelectuales en centiles.

Fiabilidad y validez:

Fiabilidad

En los estudios españoles se calculó sobre muestras de diversos cursos. Para el cálculo se ha utilizado el método de las dos mitades y el resultado obtenido se corrigió con la fórmula de Spearman-Brown. Los índices obtenidos en esta prueba varían de 0,85 a 0,78. Los más bajos son para cursos superiores.

Universidad de huelva 2010

Validez

La validez de esta prueba se ha medido a partir de la correlación con el Test de Aptitudes Cognoscitivas-Primarias II con un resultado de 0,54, con el Test TEA-1 y TEA-2 con un resultado que fluctúa de 0,30 a 0,68.

A través de esta prueba se va a medir **la variable**:

- Cociente intelectual: resultado de aplicar la baremación que propone dicha prueba

6.3.3.3. Cuestionario de Personalidad para niños EPQ-J De H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck (1975).

Fundamentación teórica:

Eysenck (1970) en una revisión de la literatura demostró evidencias para un enfoque que reconoce la existencia de dos dimensiones diferenciadas y de importancia; estas han sido llamadas *Neuroticismo–Estabilidad* (emocionabilidad o inestabilidad) y *Extraversión-Introversión.*

En 1947, Eysenck planteó que muchos rasgos de la personalidad pueden ser definidas en las dos dimensiones planteadas anteriormente; a esta idea le surgieron muchas críticas, pero en la estructura de personalidad planteada por Cattell se observa que lleva esencialmente a resultados muy similares (Cattell & Scheier, 1961) y los estudios de Guilford sobre la personalidad se orienta a factores de segundo orden que se asemejan en gran medida a los postulados de la prueba de Eysecnk.

En 1952 este autor apuntó la hipótesis de que podría postularse la existencia de una tercera dimensión de la personalidad que sería independiente de las otras dos dimensiones. A esta tercera dimensión la llamó *Psicoticismo.*

Royce, en 1972 (citado en el test EPQ) señaló que en la revisión general realizada de los estudios factoriales de la personalidad, se observó la existencia de tres factores principales que se asemejan estrechamente a los tres factores medidos por la escala EPQ.

Universidad de huelva 2010

Esto hace que el autor del EPQ indique que la elección de las tres dimensiones no es ni subjetiva ni arbitraria sino que está en la línea de los resultados experimentales

Edad de aplicación:

La edad de aplicación: de 8 a 15 años.

Descripción:

El test está formado por 81 ítems, donde la respuesta es dicotómica con valores de SI/NO. Estos ítems están agrupados para medir tres dimensiones: *neuroticismo, introversión y dureza*, pero también evalúa la *sinceridad* y añade una última medición de *conducta antisocial* (falta baremar).

La administración puede ser colectiva o individual. No existe tiempo límite para su cumplimentación.

Puntuación:

Se corrige con la ayuda de la plantilla de corrección. Dicha plantilla está dividida en las columnas correspondientes a las diversas dimensiones recogidas en el cuestionario.

Una vez contabilizadas las respuestas de los sujetos que coincidan con la plantilla se realiza la baremación. En la tipificación española se manejó la escala en centiles, excepto en la escala de *Conducta Antisocial* que se realiza a partir de la comparación con los estadísticos básicos.

Fiabilidad y validez:

Este test se ha realizado con una tipificación con población española y todavía no se ha obtenidos el índice de fiabilidad test-retest, pero en los estudios ingleses el coeficientes varía entre 0,55 y 0,89.

Universidad de huelva 2010

Respecto al estudio de la consistencia interna (coeficiente alfa), en los análisis originales ingleses, se ha encontrado índices bastantes aceptables, sobre todo en las escalas N y S (de 0,75 a 0,86). En los análisis con la población española presenta una fiabilidad internar similar a los que ofrece el cuestionario en los niños ingleses.

Respecto a la **validez** del EPQ-J y el Cuestionario de Depresión para niños (CDS), los resultados que se obtuvieron parecen señalar que la Inestabilidad (N) correlaciona significativamente con todas las escalas depresivas, mientras que Sinceridad lo hace con las escalas "positivas" y no se observa ninguna influencia de la escala E y P en los aspectos depresivos.

En relación a pruebas de rendimiento (TEA-1, Monedas 1, Pruebas objetivas de Lectura Silenciosa, letras invertidas, lengua y matemáticas) es la escala E la que presenta indicios positivos y significativos; respecto a la escala P se observan correlaciones pero de signo negativo.

En la escala S, sólo se encuentran relaciones significativas en algunas variables del estudio, mientras que en la escala N no se obtuvo ninguna correlación.

A través de esta prueba se van a medir las siguientes **variables**:

- Estabilidad/Inestabilidad emocional (factor N)
- Extraversión/introversión (factor E).
- Dureza (factor P).
- Conducta antisocial (factor C.A.).

Todos ellos resultado de aplicar la baremación que proporciona dicha prueba.

La escala Conducta Antisocial se presenta con los estadísticos básicos de media y desviación típica. La forma de valorar ha sido puntuar en cuanto superaba la media correspondiente a cada edad/sexo.

Universidad de huelva 2010

6.3.3.4. Cuestionario de autoevaluación Ansiedad estado/rasgo en niños, de C. D. Spielberg et al. (1973).

Fundamentación teórica:

Este cuestionario tiene como antecedente al test STAI del mismo autor. Se diseñó como una herramienta de investigación en el estudio de la ansiedad en escolares de la enseñanza primaria.

La medida de *Ansiedad Estado* intenta apreciar estados transitorios de ansiedad, es decir, aquellos sentimientos (percibidos) de aprensión, tensión y preocupación que fluctúa y varía en intensidad con el tiempo.

La medida de la escala *Ansiedad Rasgo* intenta evaluar diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad, es decir, diferencias entre los niños en su tendencia a mostrar estados de ansiedad.

El investigador puede utilizar esta prueba para determinar los niveles actuales de la intensidad de *Ansiedad-Estado* inducida en situaciones experimentales de tensión o como índice del nivel de compulsión.

Esta escala puede resultar útil como indicador del nivel de ansiedad transitoria experimentada por los niños en situaciones de psicoterapia.

La escala *Ansiedad-Rasgo* puede utilizarse en diseños experimentales para seleccionar niños que varíen en predisposición a la ansiedad o detectar tendencias comportamentales neuróticas en niños escolarizados, al igual que para medir la eficacia de tratamientos reductores de la ansiedad infantil.

Edad de aplicación:

Edad de aplicación: niños de 9 a 15 años.

Descripción:

El cuestionario consta de dos partes claramente diferenciadas: la escala que mide ansiedad-estado y la escala que mide ansiedad-rasgo.

Universidad de huelva 2010

La escala *Ansiedad-Estado* contiene 20 elementos con los que el niño puede expresar "cómo se siente en un momento determinado". La escala *Ansiedad-Rasgo* comprende también 20 elementos con los que el sujeto puede indicar "cómo se siente en general".

En la escala *A-E* las columnas de respuesta varían de 1 a 3 puntos y señalan expresiones de grado en que se presentan los sentimientos, siendo Nada, Algo y Mucho las correspondencias verbales a los número, mientras que en la escala *A-R* expresa la frecuencia y las respuestas con 1 punto viene reseñada como "casi nunca", el 2 con "a veces" y la puntuación 3 con " a menudo".

Puntuación:

Cada respuesta puede ser puntuada desde 1 punto a 3, según la intensidad del síntoma presentado en cada elemento.

Para la obtención de la suma total se procede de la siguiente manera:

Para la escala *Ansiedad-Estado* se suman los puntos obtenidos por los sujetos definidos como "positivos A" , después se suman los puntos obtenidos en las respuestas definidas como "negativos B", las cuales se realizan mediante la plantilla de corrección. Posteriormente se calcula la diferencia "positivo A menos negativos B" y se suma la constante 40.

Para la escala *Ansiedad-Rasgo* se suman las puntuaciones obtenidas por las contestaciones del sujeto.

Los baremos son de dos tipos: centiles de tipo ordinal que van desde 1 a 99 y puntuaciones típicas "S" de media 50 y desviación típica 20, transformable a decatipo.

Las poblaciones de los baremos son españolas.

Fiabilidad y validez:

En los estudios españoles se ha aplicado el procedimiento de las dos mitades y corregido el índice con la formulación de Spearman-Brown donde los resultados son de 0,89 en A-E y 0,85 en A-R.

Universidad de huelva 2010

Respecto a la validez de constructo en la escala A-E varía de 0,23 a 0,63 y de 0,18 a 0,63 en A-R (la prueba presenta los índices de validez factorial entre los 20 elementos seleccionados y el factor general definido en los análisis).

Respecto a la relación de este cuestionario y otras pruebas señalar que la escala A-R correlaciona en general negativamente con pruebas de aptitud y rendimiento escolar.

Barrios y Hartmann (1997) sugieren que puede emplearse como una buena herramienta de screening para detectar ansiedad.

En esta prueba se van a medir las siguientes **variables**:

- Ansiedad-estado (A-E)
- Ansiedad-rasgo (A-R)

Ambos resultado de aplicar la baremación que proporciona dicha prueba.

6.3.3.5. Cuestionario para el profesor tutor[9].

Este cuestionario se realizó después de haber analizado cuestionarios para profesores y profesores tutores de los Equipos Psicopedagógicos de Orientación Escolar de Córdoba, Cádiz y Málaga y se adoptó a los objetivos de esta investigación.

Está estructurado en dos bloques:

1. El primer bloque consta de tres apartados: rendimiento escolar, rendimiento escolar en relación al grupo-clase y rendimiento escolar en relación a sus capacidades.

   Dentro del apartado **rendimiento escolar** se le pide al profesor que puntúe, según su criterio, al alumno en nueve ítems, los cuales están

[9] Ver Anexo

Universidad de huelva 2010

estructurados en tres subapartados y con una valoración de bajo, medio y alto.

- Aptitudinal: capacidad intelectual, razonamiento lógico, expresión y comprensión lectora y escrita; habilidades para el cálculo
- Motivacional: interés por los aprendizajes y atención en clase
- Sociales/individuales: autoconfianza en sí mismo e integración en el grupo.

Dentro del apartado **rendimiento escolar**, tanto en relación al **grupo clase** como a sus **capacidades**, el profesor les califica en las diversas asignaturas que componen el currículo.

La escala empleada, al igual que el apartado anterior, es bajo, medio y alto.

2. El segundo bloque consta de dos apartados: el comportamiento general del alumno en el centro, y las características conductuales del alumno en el centro.

   Dentro de este bloque, en el primer apartado, el profesor califica como adecuado/no adecuado el comportamiento del alumno en el aula, en el recreo, en otras instalaciones y con los compañeros.

   En el segundo apartado se les proporcionó una serie de rasgos de personalidad y el profesor marcaría aquel que considerase que defina mejor al alumno.

   Los rasgos son los siguientes:

   - Introversión-extraversión.
   - Inquietud-serenidad:
     - Excitado, agitado, nervioso, intranquilo
   - Sumisión-dominancia (Bosch Giménez, 1983)

Universidad de huelva 2010

➢ Sumisión: dependencia de la opinión; sin deseo de imponer sus propias condiciones.

- Rechazo-aceptación del grupo, tanto en clase como en el recreo.
- Desorganizado-ordenado.
- Ansioso-tranquilo.

➢ Ansioso: situaciones de ansiedad; sentimiento de inseguridad en sí mismo.

- Agresivo-no agresivo tanto verbal como físico.

En el cuadro siguiente se presenta un resumen de los instrumentos utilizados para recoger los datos de la investigación.

Universidad de huelva 2010

Tabla 6.7 Resumen de los instrumentos utilizados

	Test Bender	"G" Cattell	EPQ-J	STAI C	PROF. TUTOR	Datos sociod
Sexo					X	X
Edad						X
nº hermanos						X
lugar que ocupa						X
Capacidad intelectual-cognitiva						
capacidad intelectual general		X			X	
Seriación		X				
Clasificación		X				
Relación		X				
integración motriz	X					
razonamiento lógico		X			X	
rendimiento escolar					X	
Personalidad						
estabilidad afectiva	X		X		X	
Extraversión	X		X		X	
Sinceridad			X			
conductas antisociales	X		X		X	
Agresión	X		X		X	
Psicoticismo			X			
Ansiedad	X			X	X	
Sumisión					X	
Desorganizado	X				X	
Motivación						
Interés					X	
Atención en clase					X	
Sociales						
Autoconfianza					X	
Rechazo					X	

Universidad de huelva 2010

6.3.4. Planificación de la recogida de datos

Este estudio implicaba la realización de 750 diagnósticos individuales en un periodo corto de tiempo, lo que hizo plantearse tener un equipo para la recogida de datos, pero a la vez era imprescindible cuidar de forma especial los aspectos relacionados con la preparación y planificación de las pruebas.

En la etapa previa a la recogida de datos hubo dos momentos claramente diferenciados:

1. preparación del material necesario para llevar a cabo la recogida de datos.
2. selección y formación técnica de los miembros del equipo para la recogida de datos.

1. Preparación del material:

Se prepararon dos tipos de material:

- Carpetas de instrucciones para los colaboradores
- 775 carpetas para los sujetos de la muestra.

La *carpeta de los colaboradores* contenía el material necesario para poder estudiar adecuadamente las características e instrucciones de los tests. Estaba compuesta por los documentos del Test Bender, Test "g" de Cattell, Test STAIC y EPQ-J, tanto el protocolo como las instrucciones para su correcta aplicación; se completaba con el cuestionario para el profesor tutor y la hoja donde se encontraban los datos sociodemográficos.

La carpeta para cada niño contenía las hojas de datos sociodemográficos y de realización del Test Bender y las hojas de respuesta de los test.

2. Selección y formación del equipo:

Para garantizar la rapidez en la recogida de datos, cada colaborador sería responsable de una clase.

Universidad de huelva 2010

Estos colaboradores deberían tener una formación igual para evitar sesgos en la investigación. El equipo surgió de una selección entre los alumnos de 5º de psicopedagogía que habían cursado previamente la asignatura "Diagnóstico en educación" en la Facultad de Ciencias de la Educación.

Se organizó un seminario de formación antes de iniciar la fase de recogida de datos.

El seminario se impartió en dos sesiones de 3 horas cada uno. En la primera sesión se expuso el objetivo de la investigación y se le entregó a cada colaborador la carpeta de instrucciones y se les explicó en qué consistía cada prueba y cómo se debía de administrar. Se les instó a que, para practicar y manejar las pruebas lo más fiable posible buscarán un sujeto al que aplicar todas las pruebas.

En la segunda sesión se resolvieron las dudas que habían surgido y ejemplificaron la aplicación de una de las pruebas, después plantearon la formación de los grupos para cada colegio.

Cada grupo estaba constituido por 2, 4 o 6 personas dependiendo del número de grupos que hubiera en cada centro, pues cada colaborador, como ya se ha mencionado anteriormente, era responsable de una clase.

En todos los grupos siempre estaba la persona responsable de la investigación.

Se les proporcionó a cada colaborador el calendario con las fechas, horas y nombre del colegio al que habían sido asignados. El calendario comprendió las fechas de los meses de diciembre de 2002 y enero de 2003; dicho calendario sufrió varias modificaciones pues algunos colegios tuvieron que cambiarlas para el mes siguiente, por motivos de evaluaciones, tutorías y fiestas de Navidad.

La recogida de datos no se hizo simultáneamente en todos los centros, pues el responsable de la investigación era un elemento constante de los grupos.

Universidad de huelva 2010

6.4. PROCEDIMIENTO

Como ya se ha comentado antes, la evaluación se efectuó entre los meses de Diciembre de 2002 y Enero de 2003.

En el proceso de evolución se vieron implicados los alumnos y los profesores tutores de dichos alumnos.

Inicialmente se contactó con el director y/o el orientador del centro, se les expusieron los objetivos de la investigación y se les solicitó la participación y colaboración por parte del centro[10]. En caso de participación nos comprometíamos a entregar al centro los resultados obtenidos por cada niño en la batería de pruebas.

Una vez que el director informó a los profesores y padres de los niños implicados y éstos dieron su aprobación se concertaron los días para la aplicación de las pruebas.

La entrada en los colegios se cuidó de forma especial para facilitar la investigación y así al llegar al centro, el investigador responsable presentaba al equipo a la dirección y profesores.

Una vez hechas las presentaciones, cada colaborador era acompañado por el profesor-tutor a la clase correspondiente.

A los niños se les aplicaron los 4 instrumentos de evaluación para medir los aspectos vinculados con las hipótesis planteadas. El orden de aplicación fue el siguiente: primero rellenaron el cuestionario de datos sociodemográficos, con ello se fue creando una empatía con la clase, posteriormente se les administró el Test de Bender, el test "g" de Cattell, el cuestionario STAIC y por último el Test EPQ-J.

Al inicio de la aplicación de las pruebas se les explicó que era para realizar un estudio y se les animó para que colaborasen y mostrasen buena disposición antes de empezar el estudio.

---

[10] Ver en el anexo la carta de presentación elaborada para dicha autorización.

Universidad de huelva 2010

Los profesores tutores tuvieron que cumplimentar el cuestionario referente al rendimiento y comportamiento de cada alumno.

Las pruebas fueron administradas en cada uno de los centros respectivos dentro del horario escolar.

La sala donde se procedió a administrar las pruebas fue la propia clase de los alumnos, pues en general eran cómodas y la distribución de los pupitres permitió una correcta visualización y audición de los tests.

6.4.1. Procedimiento para la aplicación del test "g" de Cattell. (escala 2, a).

Se repartieron primeramente las hojas de respuesta y se les explicó como deberían rellenar dichas hojas y que tuviesen en cuenta cómo estaba estructurada y cómo cada subtest tenía un ejemplo y donde debía contestar.

Cuando ya no quedaban dudas, se les repartió el cuadernillo y se les volvió a repetir las instrucciones.

Se comenzó explicando los ejemplos del primer test y asegurándonos que todos los niños entendían lo que tenían que hacer. Una vez que se controló que todos habían escrito correctamente las respuestas de los ejemplos, se le informó de que tenían un límite de tiempo para realizarlo y se pasaron los cuatro subtest de la prueba.

En todo momento se estuvo muy atento en observar cómo rellenaban la hoja de respuestas, pues algunos alumnos contestaban preguntas de un subtest en el apartado correspondiente a otro, perdiendo por tanto validez dicha hoja o teniendo que borrar el alumno las respuesta mal colocadas y restándole tiempo y suma de respuestas acertadas.

6.4.2. Procedimiento para la aplicación del test Bender

Se utilizaron las nueve láminas del test de Bender de forma colectiva, para ello se presentaron las figuras de forma ampliada (400X100) colocadas frente a los niños de tal forma que todos ellos vieran adecuadamente las figuras.

Universidad de huelva 2010

La aplicación se produjo después de establecer una situación de "rapport" con los alumnos, esto se consiguió explicando lo que se iba a hacer, pero sin introducir información sobre la prueba a aplicar para evitar posibles distorsiones que pudieran interferir con la ejecución del test, resolviendo al mismo tiempo cualquier duda que tuvieran los alumnos.

Lo primero fue rellenar el protocolo con los datos sociodemográficos que había en la primera página.

Después se les explico que tenían sólo esa hoja para hacer los nueve dibujos que se les iría mostrando uno a uno.

Cuando se les enseño el primer dibujo se les dijo "*este el primer dibujo de los nueve, mirarlo bien y copiarlo lo mejor que sepáis*".

Se estuvo pendiente para ver si algún niño realizaba una rotación de la hoja. Si ocurría así se ponía un asterisco en la figura rotada.

No se puso tiempo límite, y cuando todos los alumnos habían acabado de dibujarlo, se retiraba y se enseñaba el segundo y así hasta las nueve figuras.

6.4.3. Procedimiento para la aplicación del cuestionario STAIC

En este cuestionario se les preguntó a los niños si preferían leerlo cada uno de forma particular o que se les leyese de forma colectiva. Algunas clases prefirieron leerlo de forma individualizada, en otras se leyó colectivamente y en otras se formó un grupo con aquellos alumnos que por elección propia o por sugerencia de la profesora se les fue leyendo los ítems.

En esta prueba hubo algunas palabras que tuvieron que ser explicadas a un porcentaje bastante alto de los alumnos, sobre todo en 4° curso.

Las palabras dentro de la escala Ansiedad-estado, fueron las siguientes:

- En el ítem 8: "*me encuentro satisfecho*"
- Ítem 13: "*me siento agradablemente*".
- Ítem 15: *confuso.*
- Ítem 19: *contrariado.*

Universidad de huelva 2010

En la escala Ansiedad-rasgo:

- Ítem 17: *"me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo".*

En esta prueba se les explicó que estaba divida en dos partes, en los primeras 20 ítems les preguntan por cómo se sentían en ese momento, mientras que los otros 20 ítems se referían a cómo se sentían en general, no solamente en ese momento.

Se les instó mucho en que sólo podría dar una respuesta de las tres, y que debían de contestar todos los ítems de la prueba.

Cuando el alumno finalizaba la prueba, se comprobaba que hubiera contestado a todos los ítems de forma correcta.

6.4.4. Procedimiento para la aplicación del test EPQ-J

En esta prueba se les preguntaba si se leía en voz alta para todos o cada uno lo realizaba de forma individual. Las respuestas de los alumnos fue la misma que en la prueba anterior.

Hubo algunas preguntas que tuvieran que ser explicadas por no entender lo que les preguntaban, en un porcentaje moderado de los alumnos.

Dichas preguntas fueron los siguientes:

- Ítem 29: *te sientes herido fácilmente cuando los demás encuentran faltos en tu conducta o trabajo*
- Ítem 44: *tienes muchas aficiones o te interesas por muy interesantes cosas.*
- Ítem 46: *te gusta hacer picardías o jugarretas a los demás.*
- Ítem 57: *son muy exigentes contigo tus padres.*
- Ítem 64: término *"descarado".*
- Ítem 69: la expresión *"hacer novillos".*

Universidad de huelva 2010

Al igual que en la prueba anterior, se les explicó que no se podía contestar las dos respuestas.

Según iban acabando se iba comprobando que hubieran contestado todas las preguntas y con una sola opción.

6.4.5. Procedimiento para la aplicación del cuestionario del profesor tutor

Se les explicó, al tutor, el cuestionario y la importancia de su opinión tanto a nivel aptitudinal como actitudinal respectos a sus alumnos.

Unos tutores rellenaron mientras se pasaban las pruebas y otros nos pidieron que fuéramos otro día a recogerlos.

Señalar que para el grupo de preguntas sobre las capacidades se les explicó que lo que se les pedían eran las notas del alumno en esas asignaturas, mientras que en las preguntas del bloque 3 se pedía su opinión respecto a las capacidades del alumno en las distintas asignaturas.

Una observación que nos comentaron un grupo de profesores fue respecto al ítem de personalidad "sumisión-dominancia", pues encontraban una dicotomía mal operacionalizada, así había alumnos que no entraban en ninguna de las dos categorías. Se les explicó que sólo rellenasen ese ítem en el caso del alumno que se encontrara en uno de los dos polos de dicha variable.

Universidad de huelva 2010

Capítulo 7:

Resultados y Tratamiento Estadístico.

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

7.1. RESULTADOS Y ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

7.1.1. Resultados y análisis descriptivos generales: Variables Psicológicas

7.1.1.1. Cociente de Inteligencia

El C. I., que se ha obtenido a través del test "g" de Cattell, se distribuye desde un valor mínimo de 70 hasta un máximo de 149, siendo la media del grupo 106.

Para hacer una lectura más rápida se han agrupado los valores de esta variable tendiendo en cuenta los intervalos proporcionados por Weschler en el test WISC-R, así tenemos que nuestra muestra se adecua a la curva normal, aunque tiene un valor de asimetría de 0,210 y de -0,44 de curtosis, pues el 43,9% se establece en torno a los valores de C.I. de 90-109 y el 24,9% entre los valores de 110-119. Esto lo podemos observar en la tabla siguiente.

Tabla 7.1. Distribución del cociente intelectual

	Frecuencia	Porcentaje
70-79	4	,6
80-89	90	12,5
90-109	317	43,9
110-119	180	24,9
120-129	82	11,4
130 - +	49	6,8
Total	722	100,0

Hemos de recordar que la intención de esta variable era realizar un *screening* para detectar casos de deficiencias cognitivas.

Universidad de huelva 2010

7.1.1.2. Test de Bender

7.1.1.2.1. Error Total de la Puntuación de la escala de madurez visoperceptiva de Koppitz.

En la variable de la puntuación total del test de Bender (de la escala madurativa visoperceptiva), a la que hemos llamado Inmadurez perceptiva visomotora, presenta una media de error de 2,22 y se distribuyen como se aprecia en la tabla 7.2.

Tabla 7.2. Distribución de la variable Inmadurez perceptiva visomotora.

	Frecuencia	Porcentaje
0	159	22,0
1	158	21,9
2	148	20,5
3	103	14,3
4	54	7,5
5	40	5,5
6	29	4,0
7	16	2,2
8	6	,8
9	6	,8
12	3	,4
Total	722	100,0

La puntuación de "0" errores la alcanzan un 22%; 1 error es cometido por el 21,9% y dos errores el 20,5%. Se ha de señalar que un 14,3% obtiene todavía 3 errores y en general un 36% obtienen tres errores o más en total, cuando en el marco teórico se registra que lo esperado, para la edad de nuestra muestra, sería como máximo dos errores.

Aunque no se señalan los años con meses de los alumnos, si es importante recordar que muchos de los alumnos estaban cercanos a cumplir un años más, por lo que tenemos que plantear una cierta *inmadurez perceptiva* en un porcentaje moderado de alumnos.

7.1.1.2.2. Categorías de error del Test de Bender

En vista de los resultados anteriores, nos planteamos analizar las categorías de error para saber más de nuestra muestra y detectar si existe alguna categoría de error que presente más prevalencia.

Universidad de huelva 2010

Observando la tabla 7.3 diremos que es *Distorsión (*47,4%) y *rotación* (40,7%) y en menor medida *sustitución* (28,9%) las que obtienen un porcentaje moderado de frecuencias.

Tabla 7.3. Dstribución por categorías de error.

CATEGORÍA	N	Porcentaje
Distorsión	343	47,5%
Rotación	294	40,7%
Perseveración	92	12,7%
Integración	187	25,9%
Sustitución	209	28,9%

7.1.1.2.3. Figuras del Test de Bender

Vemos en la tabla 7.4 las figuras que todavía presentan dificultad para ser dibujadas correctamente.

Tabla 7.4. Dificultad presentada en el dibujo correcto de las figuras

FIGURAS	N	Porcentaje
Figura A	76	10,5%
Figura 1	70	9,7%
Figura 2	61	8,4%
Figura 3	199	27,6%
Figura 4	147	20,4%
Figura 5	146	20,2%
Figura 6	117	16,2%
Figura 7	359	49,7%
Figura 8	87	12%

Universidad de huelva 2010

Así la *figura 7,* con un 49,7% es la que más dificultad presenta a los alumnos a la hora de ser dibujada, a continuación está la *figura 3* (27,6%), *figura 4* (20,4%) y *Figura 7* (20,2%); mientras que las *figuras A, 1, 2, y 8* no presentan ningún problema para su realización.

7.1.1.2.4. Indicadores Emocionales

Como podemos observar en la tabla 7.5. un 26,2% obtiene 1 indicador, un 39,2% dos indicadores y un 24,7% tiene 3 indicadores o más, que es considerado, como ya se ha visto en el marco teórico como índice de existencia de dificultades emocionales.

Tabla 7.5. Distribución del total de indicadores emocionales

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	0	69	9,6
	1	192	26,6
	2	283	39,2
	3	142	19,7
	4	32	4,4
	5	4	,6
	Total	722	100,0

En la tabla siguiente podemos apreciar qué indicadores son los que tienen frecuencias más altas.

Vemos que *orden confuso* (57,3%), *tamaño pequeño* (40,2%), *repaso* (34,5%) y *segunda tentativa* son los indicadores emocionales que más frecuentemente aparecen en las realizaciones de los alumnos, mientras que los indicadores *círculo sustituido por rayas, aumento progresivo, línea fina, expansión* y *encuadre* tienen el porcentaje más bajo de presencia en los dibujos.

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.6. Distribución de los indicadores emocionales

INDICADORES EMOCIONALES	N	Porcentaje
Orden confuso	414	57,3%
Línea ondulada	61	8,4%
Círculo sustituido por rayas	9	1,2%
Aumento progresivo	8	1,1%
Gran tamaño	55	7,6%
Tamaño pequeño	290	40,2%
Línea fina	17	2,4%
Repaso	249	34,5%
Segunda tentativa	192	26,6%
Expansión	1	0,1%
Encuadrar	12	1,7%
Elaboración	24	3,3%

Seguidamente vamos a realizar la misma apreciación con los que hemos llamado como "nuevos indicadores emocionales".

Tabla 7.7. Distribución de los nuevos indicadores emocionales

NUEVOS INDICADORES EMOCIONALES	N	Porcentaje
Colisión	48	6,6%
Tachar exageradamente	22	3%
Numerar	20	2,8%
Separar	3	0,4%

De estos indicadores se podría tener en cuenta *la colisión* de las figuras, el *tachar exageradamente*, y el *numerar* las figuras, mientras que *separar* tiene un porcentaje muy bajo, semejante al indicador *expansión.*

Universidad de huelva 2010

7.1.1.3. Test de personalidad EPQ-J

Los resultados que hemos obtenidos muestran que la media en Neuroticismo está por debajo de la media de la prueba (x=11,23), pero en cambio es superior en extroversión (x=17,83), en psicoticismo (x=3,23), y con un 1,81 puntos por encima de la media esperado para esas edades (las medias van desde 17,71 hasta 18,93) respecto a conducta antisocial.

Esto nos señala una muestra con cierta estabilidad emocional, adaptados a las circunstancias que les rodean, tranquilos, y con control, con un buen grado de socialización en general, pero también con conductas agresivas y en algunos casos sin tener en cuentas las consecuencias de sus acciones.

Tabla 7.8. Media y D.T. de los factores del test EPQ-J

FACTORES	$\bar{X}$	D.T.
Neuroticismo	10,68	3,904
Extraversión	18,24	3,294
Psicoticismo	3,61	2,973
Conducta Antisocial	19,94	2,796

7.1.1.4. Cuestionario de ansiedad infantil STAIC

La media de la variable ansiedad-estado supera la puntuación media, pues la media, en varones es de X=30,76, y en las mujeres de X=29,61, mientras que en la variable ansiedad rasgo está alrededor de la media (x=34,41 en varones y X=35,33en mujeres).

Tabla 7.9. Media y D.T. de las escalas del test STAIC

ESCALAS	$\bar{X}$	D.T.
Ansiedad estado	31,17	6,310
Ansiedad rasgo	34,86	7,165

Universidad de huelva 2010

7.1.1.5. Variables de rendimiento académico.

La siguiente tabla sólo se expresa en porcentajes para que resulte más clara a la hora de establecer los resultados.

Tabla 7.10. Porcentajes en rendimiento académico.

FACTORES	BAJO	MEDIO	ALTO
Capacidad intelectual	15,4%	53,3%	31,3%
Razonamiento lógico	20,8%	48,3%	30,9%
Matemáticas	24,9%	40,4%	34,6%
Lengua	27,3%	42%	30,7%
Sociales	21,4%	45,3%	33,3%
Naturales	21,1%	45,6%	33,4%
Idioma	26,2%	43,2%	30,3%

Los datos expuestos en la Tabla 7.10 surgen de la ficha que rellenó cada tutor por cada niño de su clase y de las notas del primer trimestre. Vemos que existe una tendencia a puntuaciones medias y altas.

En general la muestra es percibida por los profesores con una capacidad intelectual medio-alto, al igual que el razonamiento lógico.

Respecto a las notas sigue la misma tónica anterior, pues el porcentaje de resultados medios y superior son más altos que las puntuaciones bajas.

Señalar que se buscó la correlación que existía entre la capacidad intelectual definida por el test de inteligencia y la percepción del profesor.

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.11. Correlación entre el test "G" de Cattell y variables de rendimiento del profesor

		g de Cattell	capacidad intelec.
g de Cattell	Correlación de Pearson		
	Sig. (bilateral)		
	N		
capacidad intelec.	Correlación de Pearson	,379**	
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	722	
razonamiento lógico	Correlación de Pearson	,407**	,862**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	722	722

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Aunque es significativa, creemos que tampoco tiene valores excesivamente altos, pero no debemos olvidar que ninguna puntuación es definitiva de un niño, pues confluyen factores que escapan a nuestro control, como es la ansiedad ante una prueba de inteligencia, la novedad, la preocupación por hacerlo bien, el tiempo límite de dicha prueba y el no saber contestar a una pregunta y quedarse en ella todo el tiempo; al igual que la opinión del profesor sobre el niño influye en el rendimiento de éste y el rendimiento del niño vuelve a influir sobre la percepción del profesor. Por tanto debemos ser precavidos con el resultado obtenido.

7.1.1.6. Variables psicosociales y motivación.

Respecto a las variables psicosociales y de motivación podemos señalar que, según los profesores, sólo un 9,1% de los alumnos no se ha integrado de forma satisfactoria, y un 23% de los alumnos obtiene un nivel de autoconfianza bajo.

El interés de los alumnos es medio alto y lo mismo ocurre con la variable atención en clase.

Vamos a ver estos resultados en la tabla siguiente.

Tabla 7.12. Porcentajes en las variables de actitud y motivación.

FACTORES	BAJO	MEDIO	ALTO
Interés	18,1%	41,6%	40,3%
Autoconfianza	23,1%	49,6%	27,3%
Integración	9,1%	48,6%	42,2%
Atención en clase	19,3%	42,7%	38%

Universidad de huelva 2010

7.1.1.7. Variables de conducta.

Respecto a conductas inadecuadas inadecuada, el porcentaje, en general, es muy bajo y sólo sube el porcentaje en las conductas respecto a los compañeros y a su comportamiento en el recreo.

Tabla 7.13. Porcentajes en conducta inadecuada percibidas

CONDUCTA	PORCENTAJE
Conducta en el aula	6,5%
Conducta en el recreo	7,2%
Conducta en otros sitios	6,4%
Conducta con los compañeros	7,6%

7.1.1.8. Variables de personalidad percibidas por el profesor.

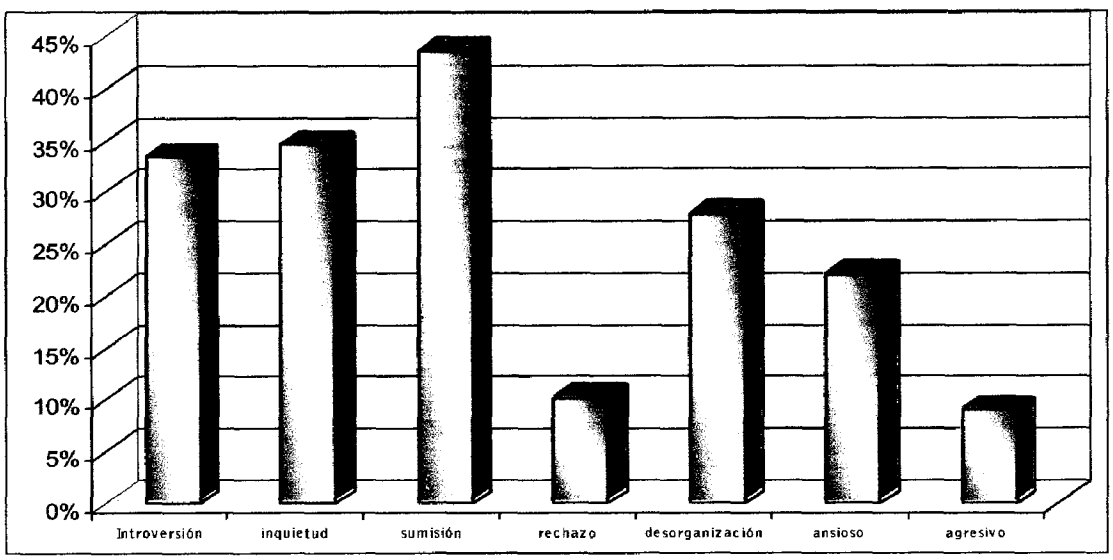


Figura 7.1. Distribución en porcentajes de los rasgos de personalidad percibidas por el profesor.

Universidad de huelva 2010

Los profesores describen a sus clases respecto a los rasgos dados en el cuestionario que se les facilitó de la siguiente manera:

- Hay más alumnos extrovertidos (66,3%) que introvertidos.
- Son más serenos (64,3%) que inquietos.
- Ligeramente más dominantes (55,3%) que sumisos.
- Aceptados en su gran mayoría (88,9%).
- En general más ordenados (71,5%) que desorganizados.
- Más tranquilos (76,9%) que ansiosos.
- Poco agresivos (89,8%)

7.1.2. .- Resultados y análisis descriptivos por cursos

7.1.2.1. Sexo

Como se ve en la siguiente figura las diferencias entre los cursos, en cuanto al número, no son excesivamente llamativas, sólo señalar que 4º tienen algunos alumnos más (372) que 5º (350) y a nivel de sexo es en 5º donde existen pequeñas diferencias entre ambos (sólo de 10 alumnas).

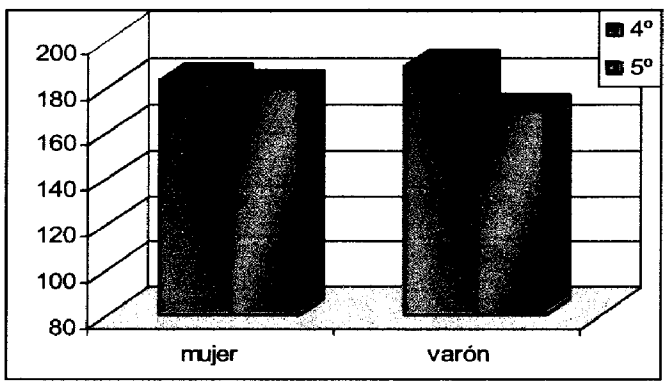


Figura 7.2. Distribución por sexo.

Universidad de huelva 2010

7.1.2.2. Localización y Tipo de colegio.

En nuestra muestra, el porcentaje más alto de alumnos se encuentra en Huelva capital y la diferencia es más visible en 5º de primaria, pues es de 19%, mientras que en 4º sólo es de 15% .

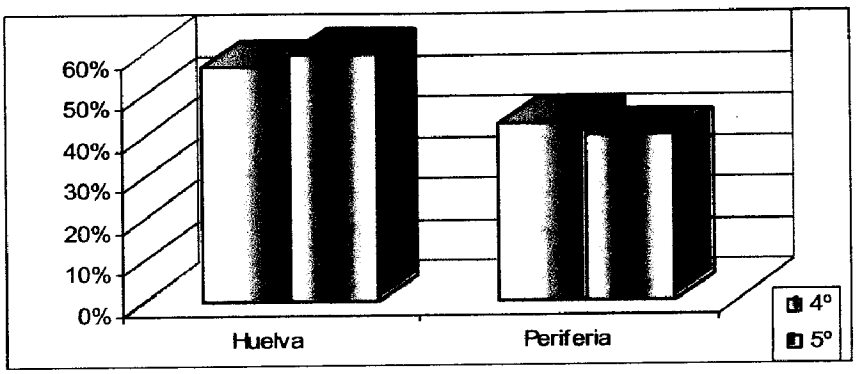


Figura 7.3. Distribución por localidad.

La diferencia entre tipos de colegios no es excesivamente grande, siendo de un 16,6% en 5º y de un 13% en 4º a favor del colegio público

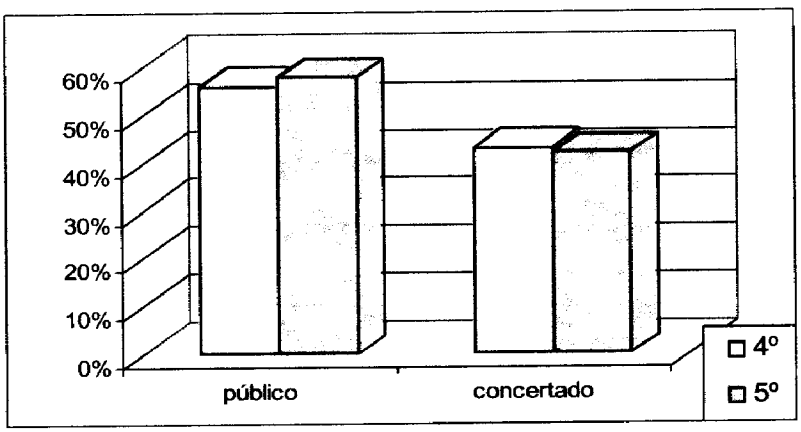


Figura 7.4. Distribución por tipo de colegio.

Universidad de huelva 2010

7.1.2.3. Ubicación del colegio

Como se ve en la Figura 7.13 es el colegio situado en Aljaraque el que agrupa más alumnos, sobre todo en el nivel 4º, después se encuentra el colegio Cardenal Spinola (Esclavas) y Funcadia, ambos en Huelva capital..

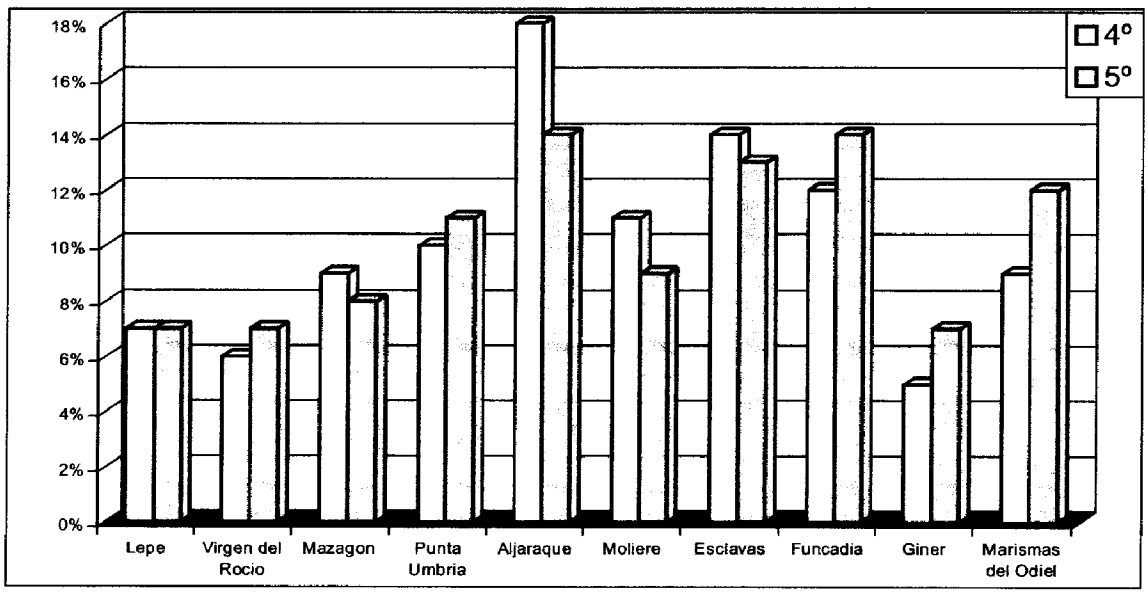


Figura 7.5. Distribución por colegios.

7.1.2.4. Edad

La edad en 4º nivel está comprendido entre los 9 y los 11 años, siendo la media de 9,12 años, y en 5º entre 9 y 13, siendo la media de 10 años..

En la siguiente figura vemos cómo se distribuyen.

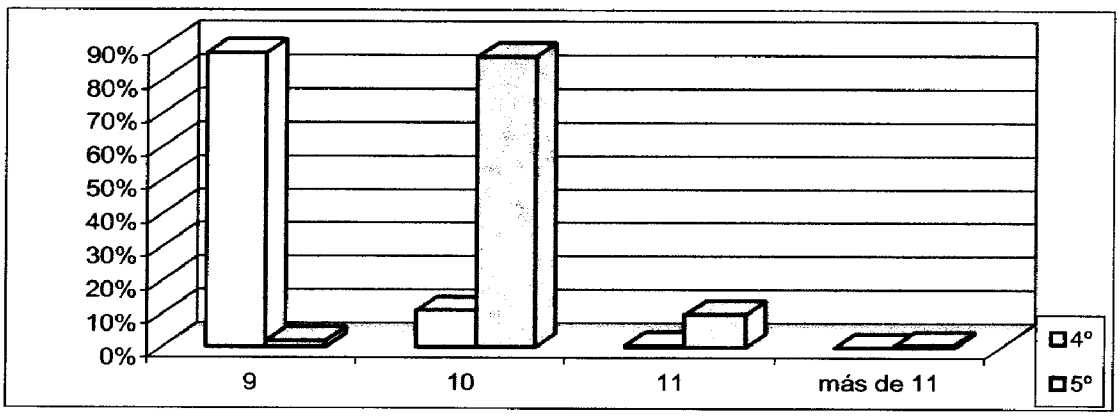


Figura 7.6. Distribución por edades.

Universidad de huelva 2010

7.1.2.5. Número de hermanos y lugar que ocupa

Al igual que hemos comentado anteriormente, es la familia compuesta por 2 hermanos quien tiene el porcentaje más alto, seguida de 3 hermanos e hijo único.

Tabla 7.14. Porcentajes en número de hermanos

Nº DE HERMANOS	4º	5º
1	16%	12%
2	54%	55%
3	17%	20%
4	9%	7%
Más de 5	3%	6%

En cuanto al porcentaje sobre el lugar que ocupa, el más alto es el primogénito, mientras que el mediano ocupa un 38,2% y un 34,6% el hijo mediano en los cursos de 4º y 5º respectivamente.

Tabla 7.15. Porcentajes del lugar que ocupa entre los hermanos

LUGAR QUE OCUPA	4º	5º
1	44%	45%
2	38%	35%
3	11%	11%
4	5%	4%
Posterior al 5º	1%	4%

7.1.2.6. Repetición de curso

En 4º nivel han repetido un 6,5% de alumnos, el cual desciende levemente en 5º, pues sólo un 6% repite curso. Debemos recordar que 4º es un final de ciclo y

Universidad de huelva 2010

por lo tanto es normal que el porcentaje de repetidores sea más alto. Respecto la porcentaje de repetidores de 5º es debido a los niños inmigrantes que han entrado directamente, por la edad, en ese nivel.

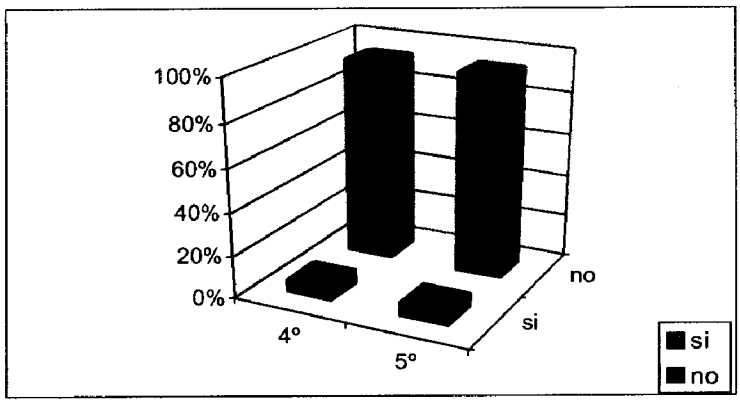


Figura 7.7. Porcentaje de repetición de curso.

7.1.2.7. Trabajo de los padres y nivel socioeconómico

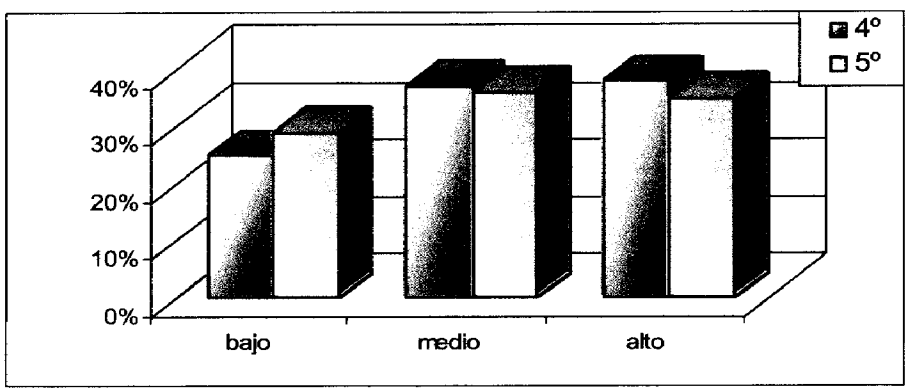


Figura 7.8. Distribución del nivel socioeconómico.

En el nivel de 4º el 37,6% de los alumnos pertenece a un nivel socioeconómico alto y un 37,1% al nivel medio, porcentaje que varía muy poco en 5º

Universidad de huelva 2010

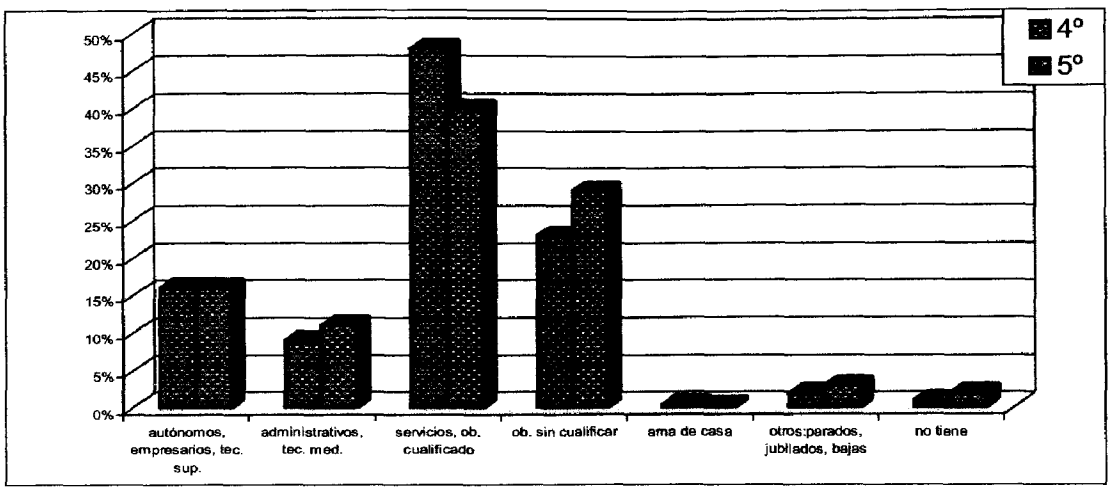


Figura 7.9. Distribución de la profesión de los padres

Como se ve en la figura anterior, existen pocas diferencias entre 4° y 5° en la variable profesión de los padres, así el porcentaje más alto se encuentra en el nivel III (sector servicios), y después el nivel IV (sin cualificación profesional).

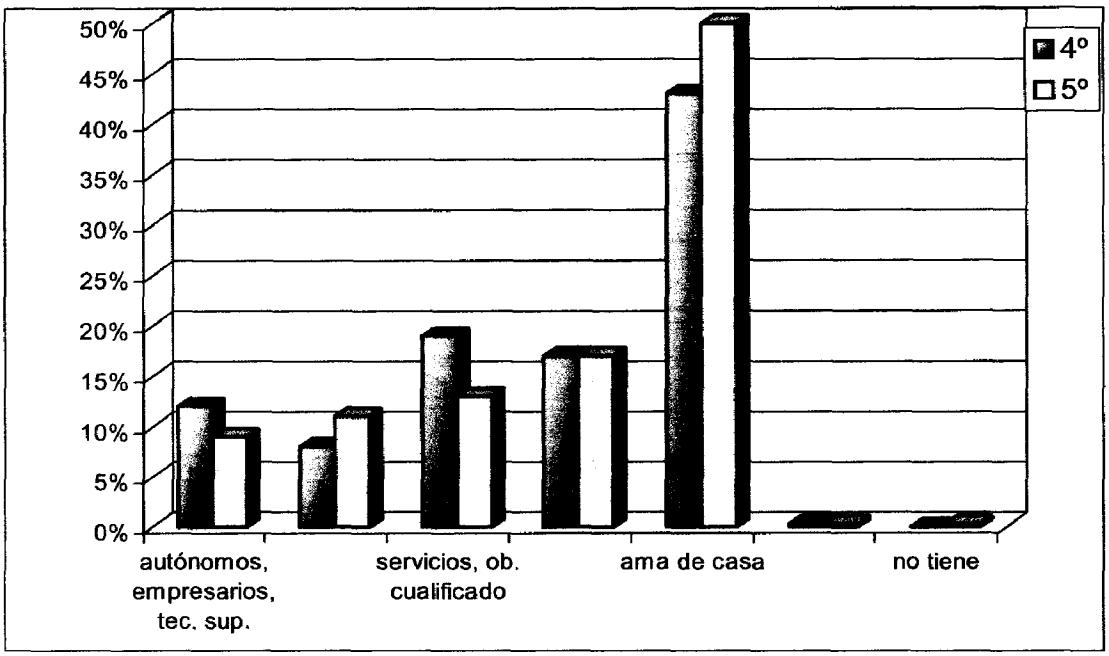


Figura 7.10. Distribución de la profesión de las madres

En la profesión de las madres, el porcentaje más alto, alrededor del 50%, se encuentra en el nivel V (ama de casa), situándose las demás en porcentajes significativamente más bajos en los niveles III y IV (aproximadamente en el 15%).

Universidad de huelva 2010

B.- VARIABLES PSICÓLOGICAS

7.1.2.8. Cociente de inteligencia

La media de ambos niveles está en 106, con muy poca diferencia entre los dos nivles.

Estos resultados se pueden ver en la tabla 7.16.

Tabla 7.16. Media y D.T. del cociente intelectual.

C. I.	$\overline{X}$	D.T.
4º	106,93	14,456
5ºo	106,03	14,380

En la figura siguiente se puede apreciar como se distribuye esta variable siendo las franjas de 90-109 donde se sitúan la mayoria de los sujetos.

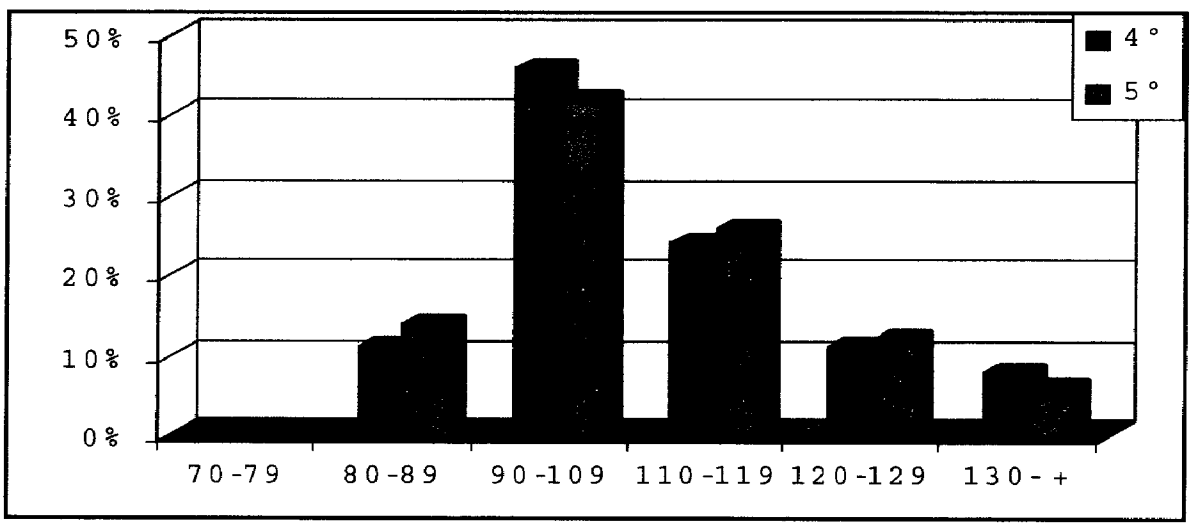


Figura 7.11 Distribución porcentual del C.I.

Universidad de huelva 2010

7.1.2.9. Test de Bender

7.1.2.9.1. Puntuación de Inmadurez Perceptiva Visomotora.

En la variable de puntuación total de la escala madurativa del test de Bender, a la que hemos llamado Inmadurez perceptiva visomotora, tiene una media de error de 2,58 en 4° y de 1,84 en 5° y se distribuyen como se ve en la Tabla 7.17.

Tabla 7.17. Distribución de los errores totales del test de Bender.

INMADUREZ PERCEPTIVA (número de errores).	4°	5°
0	18%	26%
1	18%	26%
2	22%	19%
3	13%	15%
4	10%	5%
5	8%	3%
6	4%	4%
7 y más	6%	2,6%

Tal y como se esperaba la muestra en 4° nivel, el porcentaje de alumnos que cometen más de 3 errores se sitúa en un 28%, mientras que en 5° el mismo número de errores lo obtiene un 14,6%.

7.1.2.9.2. Categorías de error del Test de Bender

A nivel de categorías de error, analizando primero el 4° nivel vemos que solo distorsión es la única que en un 55% de los alumnos tienen dificultad para conseguir realizar bien las figuras, *rotación* tiene un 42% y las demás categorías no presentan demasiada dificultad, aunque todavía existen pequeños problemas a la hora de *integrar* las figuras y de producir *sustituciones.*

En el nivel 5° vemos que todavía subsisten pequeñas dificultades en dibujar correctamente las figuras y en su colocación correcta.

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.18. Dificultad en categorías de error.

CATEGORÍA	4º	5º
Distorsión	55%	39%
Rotación	42%	39%
Perseveración	13%	12%
Integración	31%	20%
Sustitución	32%	26%

7.1.2.9.3. Figuras del Test de Bender

Vemos en la Tabla 7.19 las figuras que todavía presentan dificultad para conseguir dibujar correctamente, así en 4º son las *figuras 7* (56%), *figura 3* (34%), *figura 4* (25%) y la figura 5 (25%)las que todavía presentan problemas a la hora de plasmarla en el papel, figuras que mantiene dicha dificultad en 5º, aunque ha disminuido el porcentaje de alumnos que tienen problemas para realizarlas correctamente; mientras que las *figuras A, 1, 2, y 8* no presentan problema significativo para su realización

Tabla 7.19. Porcentaje de alumnos que cometen errores.

FIGURAS	4º	5º
Figura A	14%	6%
Figura 1	11%	9%
Figura 2	8%	9%
Figura 3	34%	21%
Figura 4	25%	15%
Figura 5	25%	15%
Figura 6	21%	11%
Figura 7	55%	43%
Figura 8	17%	7%

Universidad de huelva 2010

7.1.2.9.4. Indicadores Emocionales

Como se observa en la Tabla 7.20 vemos que el número total de indicadores emocionales en 4° se distribuye de la siguiente manera: un 8% no obtiene ningún indicador, un 25% un indicador, un 40% dos indicadores, un 22% tres indicadores y el 4% restante está entre 4 y 5 indicadores.

Tabla 7.20. Distribución del total de indicadores emocionales

NÚMERO DE INDICADORES	4°	5°
0	8%	11%
1	25%	27%
2	40%	37%
3	21%	18%
4	3,%	6%
5	1,1%	

En 5° los porcentajes varían muy poco, pero sí baja el porcentaje de alumnos que obtienen tres indicadores, mientras que al no encontrarse alumnos con 5 indicadores, aumenta el porcentaje de 4 indicadores

Vamos a observar seguidamente qué indicadores son los que tienen frecuencias más altas.

Vemos que *orden confuso* (58%), *tamaño pequeño* (39%), *repaso* (30%) son los indicadores emocionales que más frecuentemente aparecen en las realizaciones de los alumnos tanto en 4° como en 5°, mientras que *segunda tentativa (34%)* aparece en 4°, pero en 5° se reduce el porcentaje a un 18%; los indicadores *círculo sustituido por rayas, aumento progresivo, línea fina, expansión* y *encuadrar* tienen el porcentaje más bajo de presencia en los dibujos.

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.21. Distribución de los 12 indicadores emocionales

INDICADORES EMOCIONALES	**4º**	**5º**
Orden confuso	58%	57%
Línea ondulada	8%	9%
Círculo por rayas	2%	0,9%
Aumento progresivo	0,8%	1%
Gran tamaño	8%	7%
Tamaño pequeño	39%	41%
Línea fina	2%	2%
Repaso	30%	39%
Segunda tentativa	34%	18%
Expansión	0,3%	0%
Encuadrar	1,6%	1,7%
Elaboración	4%	2,6%

Seguidamente vamos a realizar la misma observación en los que hemos llamado como "nuevos indicadores emocionales".

Vemos en la Tabla 7.22 que sólo *colisión* se da en un porcentaje bajo pero debe ser tenido en cuenta, este porcentaje baja de 7% (en 4º) a 6% (en 5º).

Tabla 7.22. Distribución de los nuevos indicadores emocionales

NUEVOS INDICADORES EMOCIONALES	**4º**	**5º**
Colisión	7,3%	6%
Tachar exageradamente	2,7%	3,4%
Numerar	3,8%	1,7%
Separar	0%	0,9%

Universidad de huelva 2010

Los nuevos indicadores *separar, añadir y encuadrar figuras* obtienen un porcentaje bajo, aunque si se comparan con los indicadores emocionales *círculo por rayas, aumento progresivo, línea fina, expansión* y *constricción* vemos que se asemejan en sus porcentajes.

A la hora de determinar si estos nuevos indicadores correlacionaban con los señalados por Koppitz se ha encontrado que colisión tiene relación con aumento progresivo (r=.087*; p=.036); tachar exagerado con segunda tentativa (r=.222**; p=.000); separa con aumento progresivo (r=.199**; p=.000) y numerar con orden confuso (r=-.093*; p=.012), encuadrar (r=.110**; p=.003) y elaborar (r=.110**; p=.003).

7.1.2.10. Test de personalidad EPQ-J

Los resultados, como se observan en la Tabla 7.23 nos indica que la muestra ha obtenido un nivel de extraversión y de psicoticismo más alta que la media esperada en ambos cursos y más baja que la media en neuroticismo y con un 1,60 puntos por encima de la media respecto a conducta antisocial en 4º, pero que aumenta hasta 2,03 en el siguiente curso.

Tabla 7.23. Media de los factores del test EPQ-J

FACTORES	$\overline{X}$ de 4º	D.T 4º	$\overline{X}$ de 5º	D.T. 5ª
Neuroticismo	10,63	3,858	10,74	3,956
Extraversión	18,20	3,237	18,29	3,357
Psicoticismo	3,49	2,707	3,74	3,230
Conducta Antisocial	19,87	2,590	20,03	2,988

Veamos ahora de forma gráfica cómo se distribuye cada uno de los factores del test Epq-j, comparando ambos cursos y para hacer una lectura más sencilla se han agrupado los resultados en cuarteles.

Universidad de huelva 2010

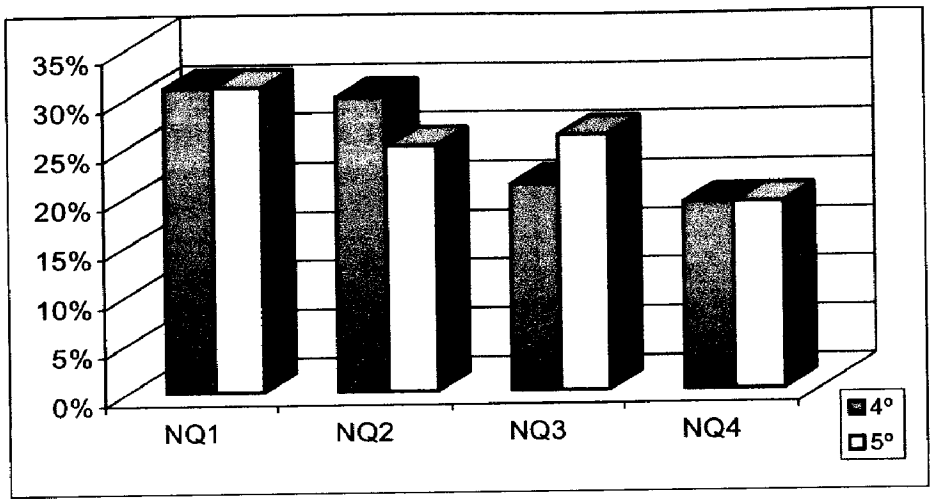


Figura 7.12. Distribución del factor NEUROTICISMO por curso

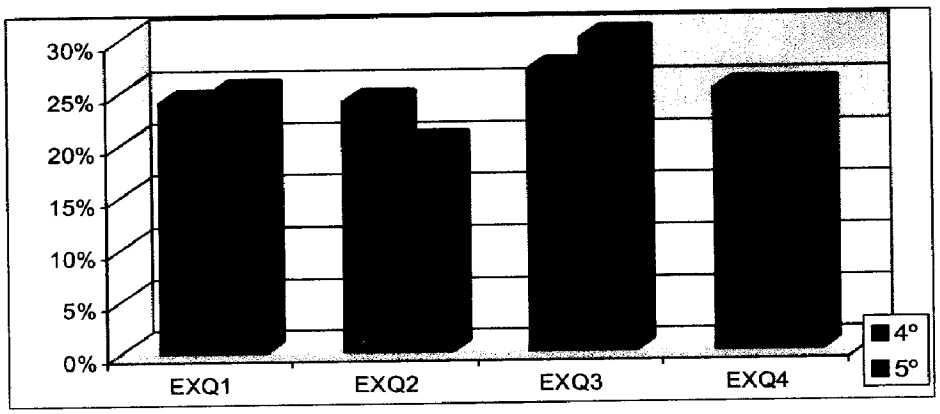


Figura 7.13. Distribución del factor EXTRAVERSIÓN por curso

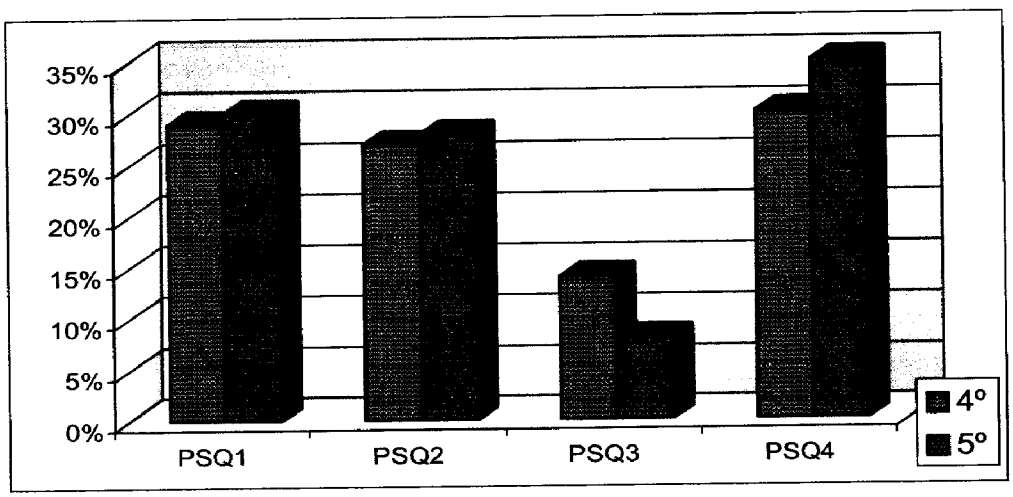


Figura 7.14. Distribución del factor PSICOTICISMO por curso

Universidad de huelva 2010

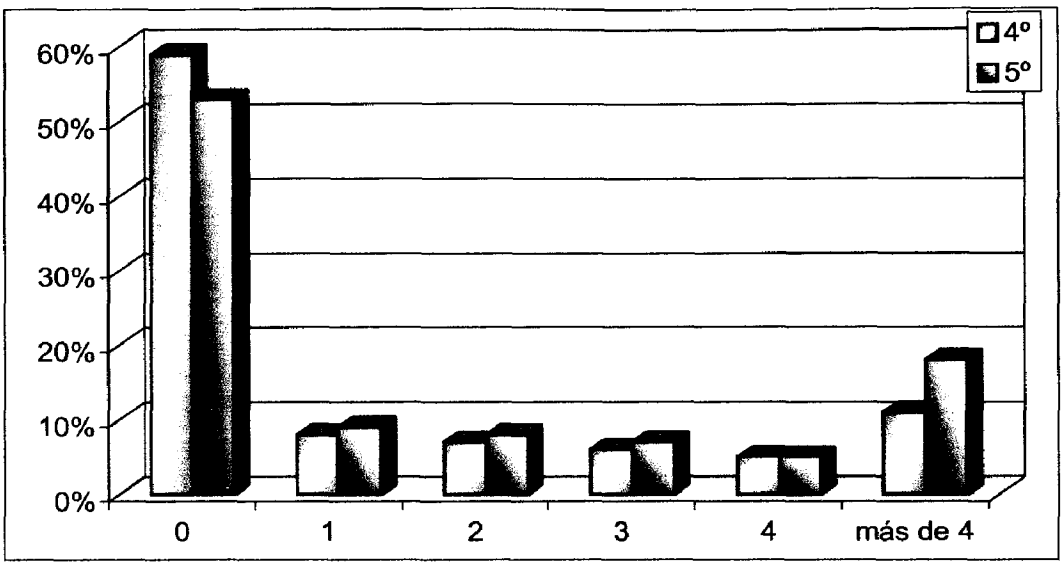


Figura 7.15. Distribución del factor Conducta Antisocial por curso

7.1.2.11. Cuestionario de ansiedad infantil STAIC

La media de la variable ansiedad-estado supera la puntuación media en los dos cursos, pero se acentúa más en 5º, mientras que los resultados de ansiedad rasgo están por debajo de la media en 4º y alrededor de la media en el curso superior.

Tabla 7.24. Media de las escalas del test STAIC

ESCALAS	$\bar{X}$ de 4º	D.T 4º	$\bar{X}$ de 5º	D.T 5ª
Ansiedad estado	31,13	6,130	34,97	7,251
Ansiedad rasgo	31,21	6,504	34,73	7,080

Vamos a verlos de forma gráfica:

Universidad de huelva 2010

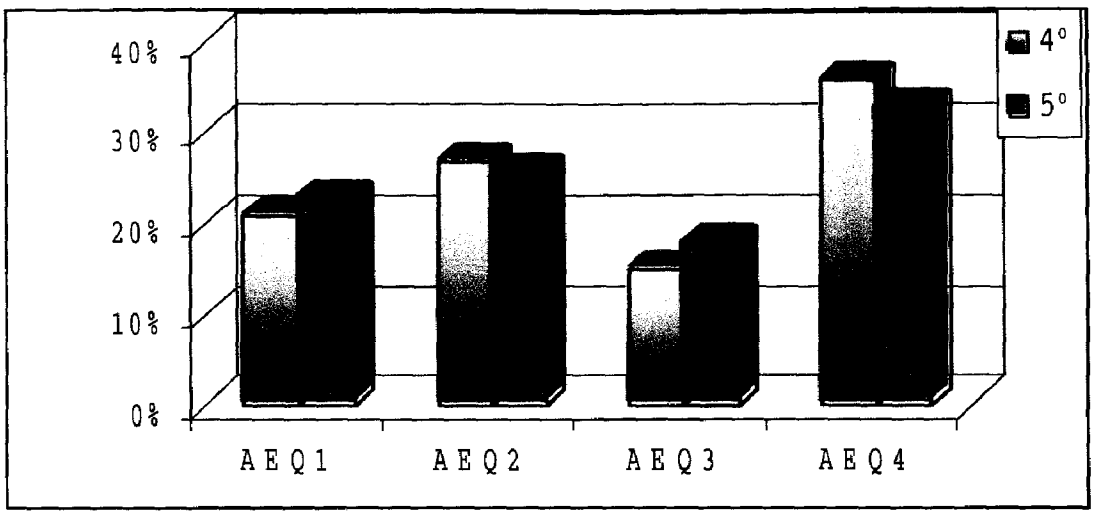


Figura 7.16. Distribución de la escala Ansiedad Estado por curso

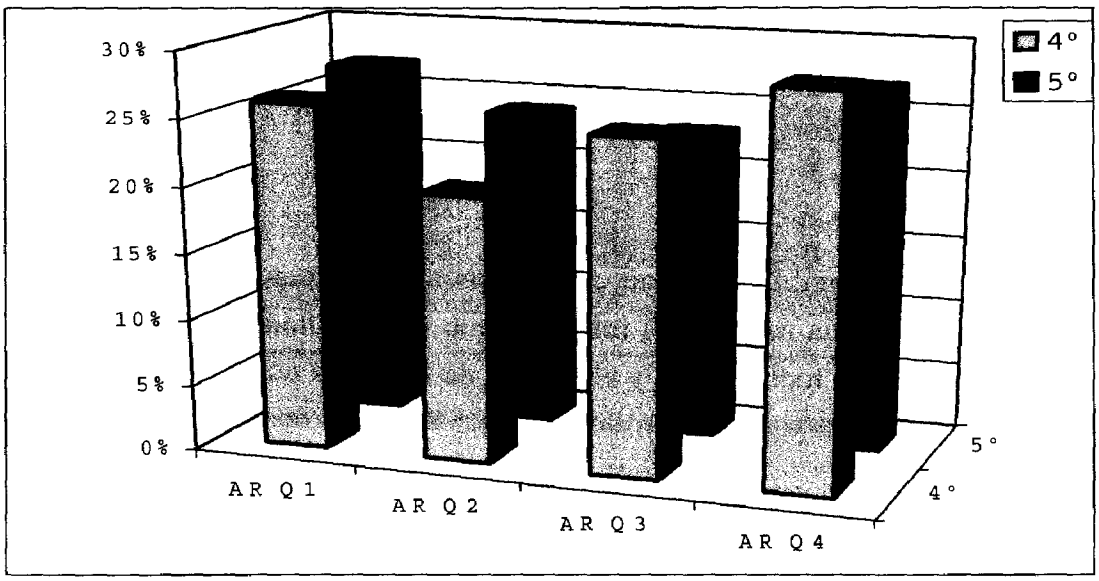


Figura 7.17. Distribución de la escala Ansiedad Rasgo por curso.

Es interesante señalar que, aunque la mayoría de los sujetos están por debajo de la media, hay un número importante de alumnos que superan las puntuaciones medias, tanto en ansiedad-estado como en ansiedad rasgo, y estos datos son: un 26% en 4º y un 24% en 5º que supera la media de ansiedad, es decir 1 de cada 4 niños tiene un nivel de ansiedad rasgo por encima de lo esperado para su edad.

Universidad de huelva 2010

7.1.2.12. Variables de rendimiento académico.

La siguiente tabla sólo se expresa en porcentajes para que resulte más clara a la hora de analizar los resultados.

Tabla 7.25. Porcentajes en rendimiento académico en 4° nivel

FACTORES EN 4°	BAJO	MEDIO	ALTO
Capacidad intelectual	14%	53%	33%
Razonamiento lógico	20%	48%	32%
Matemáticas	22%	43%	35%
Lengua	27%	43%	30%
Sociales	20%	47%	33%
Naturales	20%	47%	33%
Idioma	27%	44%	28%

Tabla 7.26. Porcentajes en rendimiento académico en 5° nivel

FACTORES EN 5°	BAJO	MEDIO	ALTO
Capacidad intelectual	17%	54%	293%
Razonamiento lógico	21%	49%	30%
Matemáticas	28%	38%	34%
Lengua	28%	41%	31%
Sociales	23%	44%	33%
Naturales	23%	44%	33%
Idioma	25%	43%	32%

Los datos expuestos en las tablas anteriores surgen de la ficha que rellenó cada tutor por cada niño de su clase y de las calificaciones del primer trimestre. Vemos que existe una tendencia a puntuaciones medias y altas.

Universidad de huelva 2010

En general la muestra es percibida por los profesores con una capacidad intelectual medio-alto, al igual que el razonamiento lógico.

Respecto a las calificaciones sigue la misma tónica anterior, pues el porcentaje de resultados tanto medios como superiores son más altos que las puntuaciones bajas.

7.1.2.13. Variables de actitud y motivación.

Respecto a las variables de motivación y actitudinales podemos señalar que, según los profesores, la muestra tiene unos valores medio-altos.

Tabla 7.27. Porcentajes en variables de actitud y motivación en 4° .

FACTORES en 4°	BAJO	MEDIO	ALTO
Interés	15,9%	44,4%	39,8%
Autoconfianza	25%	54,3%	20,7%
Integración	7,8%	50,3%	41,9%
Atención en clase	17,5%	47,6%	34,7%

Tabla 7.28. Porcentajes en variables de actitud y motivación en 5° .

FACTORES en 5°	BAJO	MEDIO	ALTO
Interés	20,6%	38,6%	40,9%
Autoconfianza	21,1%	44,6%	34,3%
Integración	10,6%	46,9%	42,6%
Atención en clase	21,1%	37,4%	41,4%

En el nivel 5° se produce un aumento de los valores extremos, y leve disminución de los valores medios

Universidad de huelva 2010

7.1.2.14. Variables de conducta.

En general se puede afirmar que no se perciben problemas de conducta, aunque en 4° de primaria, el porcentaje sube levemente en conducta inadecuada en el recreo y con los compañeros, mientras que en 5° baja los porcentajes de conducta inadecuada y donde más se refleja esa disminución es en el recreo.

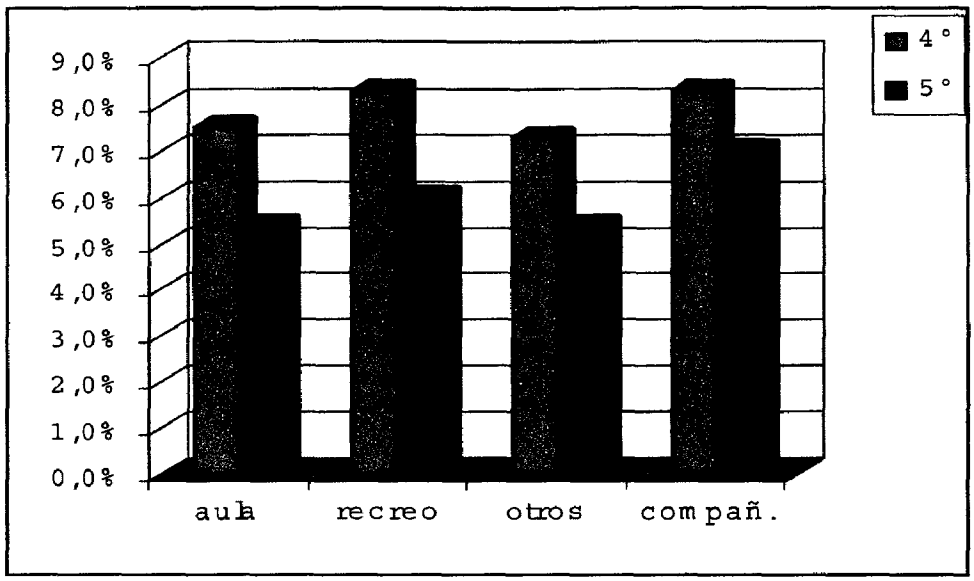


Figura 7.18. Porcentajes de conductas inadecuadas

7.1.2.15. Variables de personalidad percibidas por el profesor.

Los profesores describen a sus clases respecto a los rasgos dados en el cuestionario que se les facilitó de la siguiente manera:

- Hay más alumnos extrovertidos que introvertidos.
- Son más serenos que inquietos.
- Ligeramente más dominantes que sumisos.
- Aceptados en su gran mayoría .
- En general más ordenados que desorganizados.
- Más tranquilos que ansiosos.
- Poco agresivos

Universidad de huelva 2010

Tal y como lo vemos reflejado en la figura 7.19

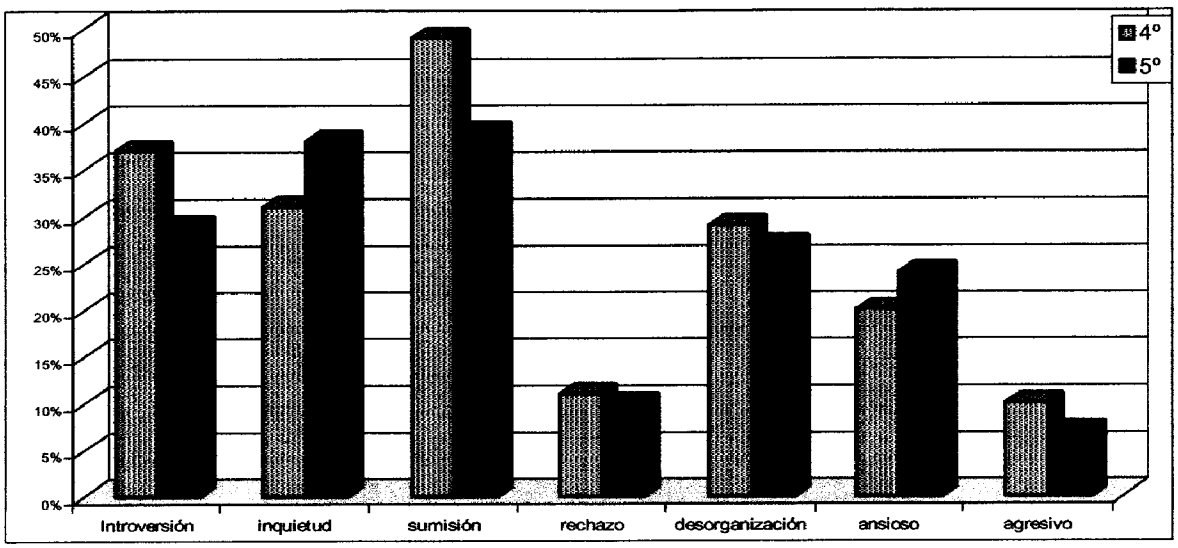


Figura 7.19 Rasgos de personalidad percibidas por el profesor de los alumnos

Universidad de huelva 2010

7.2. Comparación de medias y análisis de diferencias entre las variables sociodemográficas y los indicadores emocionales

7.2.1. Comparación por sexos

7.2.1.1. Inestabilidad emocional

Se observa en la Tabla 7.29 que aunque la media de la variable inestabilidad emocional (puntuación total de indicadores emocionales) es ligeramente más alta en los varones, no es estadísticamente significativa.

Tabla 7.29. Comparación de medias de la puntuación de inestabilidad emocional.

SEXO	$\overline{X}$	D.T
Varón	1,89	1,017
Mujer	1,80	1,031
	$t_{(720)}$ =-1,067 p= 0,286	

Cuando se realiza la comparación, teniendo en cuenta **los cursos** se obtienen los siguientes datos:

Tabla 7.30. Comparación de medias de la puntuación de inestabilidad emocional por sexo y curso

SEXO	$\overline{X}$	$\overline{X}$
Varón	1,89	1,88
Mujer	1,87	1,74
	$t_{(370)}$ =-0,297 p= 0,807	$t_{(348)}$ =-1,223 p= 0,222

Universidad de huelva 2010

Al igual que en los datos anteriores, la diferencia entre sexos por cursos no es estadísticamente significativa.

A nivel de la variable sexo se observa que en los dos cursos son los varones quienes mantienen la media de inestabilidad emocional un poco más alta que las mujeres, siendo esta diferencia más alta en 5° (0,14), pero como ya se ha dicho, no es estadísticamente significativa.

A nivel de curso, es en 5° de primaria donde ha disminuido más la media, sobre todo en las mujeres, donde la diferencia es de 0,13.

7.2.1.2. Indicadores emocionales

Examinemos ahora si existen diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y los **12 indicadores emocionales.**

Tabla 7.31. Comparación de indicadores emocionales por sexo

	Orden confuso (X)	**Tam. Pequeño (X)**	**Repaso (X)**
Varón	1,39	1,56	1,69
Mujer	1,476	1,64	1,62
	$t_{(720)} = -1,981$ p = 0,048	**$t_{(720)} = 2,239$ p = 0,025**	**$t_{(720)} = -2,167$ p = 0,031**

Así tenemos que de los 12 indicadores emocionales, sólo los indicadores *orden confuso* ($t_{(720)}$ =-1,981, p = 0,048), *tamaño pequeño* ($t_{(720)}$ =2,239, p = 0,025) y *repaso* ($t_{(720)}$ = -2,167, p = 0,031) son estadísticamente significativas.

Respecto a **los cursos**, en **4°** nivel no observamos ninguna diferencia estadísticamente significativa.

Es en **el nivel de 5°** donde vemos que tenemos 3 indicadores que son estadísticamente significativos, y que son los que veíamos en el nivel general de la muestra: *tamaño pequeño* ($t_{(348)}$ = -2,528, p = 0,012) y *orden confuso* ($t_{(348)}$

Universidad de huelva 2010

=2,464, p = 0,014), donde los varones puntúan un poco más alto que las mujeres (0,14), y *repaso* ($t_{(348)}$ =-2,665, p= 0,008) donde los varones tienen una media sensiblemente más baja.

Tabla 7.32. Comparación de los indicadores emocionales por sexo y curso

I. EMOCIONAL	SEXO	X de 4°	X de 5°
Orden confuso	varón		1,36
	mujer		1,49 $t_{(348)}$ =-2,464 **p = 0,014**
Tamaño pequeño	varón		1,52
	mujer		1,65 $t_{(348)}$ = -2,528 **p = 0,012**
Repaso	varón		1,68
	mujer		1,54 $t_{(348)}$ =-2,665 **p = 0,008**

7.2.2. Comparación por nivel económico.

7.2.2.1. Inestabilidad emocional

En la Tabla 7.33 se observa que aunque existen diferencias en la variable de inestabilidad emocional entre los 3 niveles socioeconómicos, sobre todo entre el nivel alto y bajo (0,19), no son estadísticamente significativos

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.33. Comparación de medias de la puntuación de inestabilidad emocional por nivel socioeconómico

NIVEL SOCIOEC.	X	D.T
Alto	1,93	0,992
Medio	1,84	0,973
Bajo	1,74	1,124
	$F_{(2,720)}$ =1,957 p= 0,142	

Analizando por **cursos** vemos que ocurre lo mismo:

- En el nivel 4° y 5° las diferencias no son estadísticamente significativas.
- Se mantiene la tendencia a reducir el número de indicadores emocionales al ascender de nivel de enseñanza.
- Se mantiene la tendencia de puntuaciones ligeramente superior en el nivel socioeconómico alto.
- En 4° la diferencia entre el nivel alto y bajo es de 0,29, mientras que en 5° se reduce a 0,09.

Tabla 7.34. Comparación de medias de la puntuación de inestabilidad emocional por nivel socioeconómico y por cursos

NIVEL SOCIOECON.	(4°) X	(5°) X
Alto	1,99	1,87
Medio	1,90	1,77
Bajo	1,70	1,78
	$f_{(2,369)}$=2,323 p=0,099	$f_{(2,347)}$=0,337 p=0,714

Universidad de huelva 2010

Aunque no es un objetivo comparar si existen diferencias significativas entre ambos cursos sí parece conveniente observar que es el nivel socioeconómico alto donde se produce una disminución más elevada entre los cursos de 4º y 5º (0,12) mientras que en el nivel socioeconómico bajo aumenta en 0,08 del curso 4º a 5º de primaria, y el nivel medio reduce 0,13.

Una vez realizado las comparaciones entre los resultados anteriores se obsevan que no existen diferencias signifcativas entre los niveles socieconómicos y la puntuación de inestabilidad emocional en los dos cursos ($F_{(2,716)}$=0.673, p=.510) .

7.2.2.2. Indicadores emocionales.

Tabla 7.35. Comparación de los 12 indicadores emocionales/nuevos indicadores y nivel socioeconómico

N. socioec.	Orden confuso.	Gran tamaño.	Segunda tentativa	N.I. Tachar exagerado
Alto	**1,30**	**1,96**	1,74	**0,04**
Medio	**1,51**	**1,88**	**1,66**	**0,04**
Bajo	**1,48**	1,93	**1,83**	**0,00**
	$F_{(2,720)}$=14,70 **p= 0,000**	$F_{(2,720)}$=6,04 **p= 0,002**	$F_{(2,720)}$=8,99 **p= 0,000**	$F_{(2,720)}$=4,29 **p= 0,014**

Aunque, como hemos visto anteriormente en el índice total de inestabilidad emocional, existen diferencias entre los niveles socioeconómicos, estos no eran estadísticamente significativas. Pero no ocurre así en los 12 indicadores pues *orden confuso*, *gran tamaño*, *segunda tentativa*, y *tachar exageradamente* (nuevo indicador emocional) sí aparecen diferencias que son estadísticamente significativas. Aplicando el contraste de Scheffé se obtiene lo siguiente:

- En *orden confuso* las diferencias son entre el nivel alto y el medio y bajo ($F_{(2,720)}$=14,70, p= 0,000), siendo el nivel más alto quien posee el valor

Universidad de huelva 2010

más bajo de los tres, con una diferencia de -0,18 respecto al nivel socieconómico bajo y de -0,22 respecto al nivel medio.

- *Gran tamaño*: la diferencia sólo es estadísticamente significativa entre el nivel medio y alto ($F_{(2,720)}$= 6,04, p= 0,002) con una diferencia de -0,08.

- *Segunda tentativa*: la diferencia sólo es estadísticamente significativa entre el nivel bajo y medio ($F_{(2,720)}$= 8,99; p=0,002) con una diferencia de -0,17.

- *Tachar exageradamente:* la diferencia sólo es estadísticamente significativa entre el nivel bajo y medio y alto ($F_{(2,720)}$=4,29, p=0,014).

Analizando por **cursos**, tal y como se ve en la Tabla 7.36 vemos que en **4º de primaria:**

- El indicador *orden confuso* obtiene diferencias estadísticamente significativas ($F_{(2,369)}$= 15,07, p= 0,000), que aplicando el contraste de Scheffe nos señala que dicha diferencia se establece entre el nivel alto y bajo (-0,24) y nivel medio (-0,30), siendo el nivel alto el que menos puntuación tiene

- El indicador *segunda tentativa:* la diferencia ($F_{(2,369)}$=4,50, p= 0,012), se establece entre el nivel bajo con el nivel medio, siendo el valor de la diferencia de 0,18.

- En *Línea ondulada* la diferencia ($F_{(2,369)}$=3,37, p= 0,035), se establece entre el nivel bajo y el alto con un valor de 0,09.

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.36. Comparación de indicadores emocionales por nivel socioeconómico y por curso

I. EMOCIONAL	**N.S**	**4º**	**5º**
Orden confuso	Alto	**1,25**	
	Medio	**1,55**	
	Bajo	**1,49** $F_{(2,369)}=15,077$ **p= 0,000**	
Gran Tamaño	Alto		**1,98**
	Medio		**1,86**
	Bajo		1,94 $F_{(2,347)}=5,995$ **p= 0,003**
Segunda tentativa	Alto	1,69	1,80
	Medio	**1,57**	**1,76**
	Bajo	**1,74** $F_{(2,369)}=4,503$ **p= 0,012**	**1,91** $F_{(2,347)}=4,795$ **p= 0,009**
Repaso	Alto		**1,52**
	Medio		**1,70**
	Bajo		1,62 $F_{(2,347)}=4,289$ **p= 0,014**
Línea ondulada	Alto	**1,89**	
	Medio	1,91	
	bajo	**1,98** $F_{(2,369)}=3,374$ **p= 0,035**	

Universidad de huelva 2010

Respecto al **curso de 5º** de primaria encontramos:

- Indicador emocional *gran tamaño* ($F_{(2,347)}$= 5,995, p= 0,003), tiene una diferencia entre los niveles medio y alto con un valor de -0,11, donde el valor más bajo está en el nivel socioeconómico medio.

- Indicador emocional *segunda tentativa* que se mantiene igual que en el curso 4º con las mismas características, pues el nivel socieconómico bajo es quien tiene la puntuación más alto de los tres, estando la diferencia con el nivel medio con 0,15 de valor y con una diferencia estadísticamente significativa de $F_{(2,347)}$= 4,795, p= 0,009.

- el indicador emocional *repaso* tiene una diferencia que es estadísticamente significativa ($F_{(2,347)}$= 4,289, p= 0,014) y con el contraste de Scheffe se obtiene que la diferencia se establece entre el nivel medio y alto con un valor de 0,18, siendo el nivel alto el que tiene el valor más bajo de los tres niveles.

- En los nuevos indicadores no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos cursos.

7.2.3. .- Comparación por tipo de colegio.

7.2.3.1. Inestabilidad emocional

En la comparación por tipo de colegio e inestabilidad emocional nos encontramos con los siguientes valores.

El tipo de colegio concertado posee un valor ligeramente mayor (0,20) en la variable de inestabilidad emocional y esta diferencia es estadísticamente significativa (p< 0,05).

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.37. Comparación de medias de la puntuación de inestabilidad emocional por tipos de colegio.

TIPO DE COLEGIO	X	D.T
Público	**1,77**	1,058
Concertado	**1,95**	0,969
	$t_{(720)}$=-2,416 p= 0,016	

Cuando hacemos la comparación por **cursos** se mantiene las tendencias anteriores pues tanto en el curso 4° como en 5° es el colegio concertado quien tiene el valor levemente más alto; y es el curso 5° el que ha rebajado el valor de la inestabilidad emocional. Hay que señalar que es el colegio público, donde más se aprecia la reducción del 4° al 5° nivel, pero las diferencias que existen no son estadísticamente significativas.

Tabla 7.38. Comparación de medias de la puntuación de inestabilidad emocional por cursos

TIPO DE COLEGIO	**(4°) X**	**(5°) X**
Público	1,81	1,72
Concertado	1,97	1,93
	$t_{(370)}$=-1,488 p= 0,133	$t_{(348)}$=-1,898 p= 0,058

7.2.3.2. Indicadores emocionales.

A nivel de indicadores emocionales son *orden confuso* ($t_{(720)}$= 4,91, p= ,000) y *gran tamaño* ($t_{(720)}$=-2,71, p=0,007) donde se observa diferencias estadísticamente significativas

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.39. Comparación de los indicadores emocionales por tipo de colegio.

Tipo de colegio.	Orden confuso.	Gran tamaño.
Público	**1,50**	**1,90**
Concertdo	**1,32**	**1,95**
	$t_{(,720)}$=5,006 **p= 0,000**	$t_{(,720)}$=-2,694 **p= 0,007**

Analizando un poco más:

- Los indicadores *línea ondulada, círculo sustituido por rayas, tamaño pequeño, aumento progresivo, línea fina, segunda tentativa, expansión, encuadre y elaboración* obtienen puntuaciones similares.
- *orden confuso*: es en el tipo de colegio público donde se obtiene un valor más alto.(con una diferencia de 0,18).
- *Gran tamaño*: la media más alta está en el colegio concertado (con una diferencia de 0,05).
- No se han obtenido diferencias significativas en los nuevos indicadores emocionales.

Observando la Tabla 7.40 que corresponde a ambos niveles de primaria vemos que en 4º

- *Orden confuso* es un indicador que obtiene diferencias estadísticamente significativas ($t_{(370)}$= 4,18, p= 0,000); y entre ambos tipos de colegio, es el público quien posee el valor más alto.

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.40. Comparación de los indicadores emocionales por tipo de colegio y por curso

I. EMOCIONAL	TIPO COLEGIO	4°	5°
Orden confuso	Público	**1,51**	**1,50**
	Concert.	**1,30** $t_{(370)}$=4,18 **p= 0,000**	**1,34** $t_{(348)}$=2,86 **p= 0,004**
Gran Tamaño	Público		**1,90**
	Concert.		**1,97** $t_{(348)}$=-2,43 **p= 0,016**
Repaso	Público		**1,67**
	Concert.		**1,53** $t_{(348)}$=2,52, **p= 0,012**

En el **nivel de 5°** de primaria se mantiene el indicador de 4° y aparecen los indicadores *gran tamaño* y *repaso*.

- *Orden confuso*: las diferencias sí son significativa ($t_{(348)}$= 2,86, p= 0,004) y es el tipo público el que tiene las puntuaciones más altas.
- En *gran tamaño* las diferencias también son significativas ($t_{(348)}$= -2,43, p= 0,016), y es el colegio concertado quien posee los valores más altos.
- *Repaso*: es el colegio público el que obtiene un valor levemente más alto y esta diferencia sí es estadísticamente significativa ($t_{(348)}$= 2,52, p= 0,012).
- En los nuevos indicadores no existe ninguna diferencia que sea estadísticamente significativa

Universidad de huelva 2010

7.2.4. Comparación por ubicación del colegio.

7.2.4.1. Inestabilidad emocional

Como nos indica la tabla siguiente es en el los colegios situados en Huelva capital donde el valor de la variable inestabilidad emocional es más alta (0,28) y esta diferencia sí es significativa ($t_{(720)}$= 3,754, p= 0,000).

Tabla 7.41. Comparación de medias de la puntuación de inestabilidad emocional por ubicación del colegio.

UBICACIÓN DEL COLEGIO	X	D.T
Capital	**1,96**	0,978
Periferia	**1,68**	1,066
	$t_{(720)}$ = 3,754 **p= 0,000**	

Mientras que en **los cursos** se debe reseñar que:

- en 4° las diferencias (0,9) no son estadísticamente significativas; mientras que en 5° los colegios de Huelva capital tienen una diferencia positiva de 0,51, con respecto a los colegios de la periferia; diferencia que sí es significativa ($t_{(348)}$= 3,86, p= 0,000).
- Comparando niveles observamos que en los colegios de la capital existe un aumento de 4° a 5° de 0,09, mientras que en los colegios de la periferia una disminución de 0,33 y esta diferencia si es significativa ($F_{(2,176)}$=7.415, p=0.007)

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.42. Comparación de medias de la puntuación de inestabilidad emocional y cursos.

UBICACIÓN DEL COLEGIO	(4°) X	(5°) X
Capital	1,92	**2.01**
Periferia	1,83	**1,50**
	$t_{(370)}$ =0,368 p= 0,390	$t_{(348)}$ =4,532 **p= 0,000**

7.2.4.1. Indicadores emocionales:

- Las diferencias en *orden confuso* ($t_{(720)}$=-6,342, p=0,000), *aumento progresivo* ($t_{(720)}$=-2,404, p=0,016), *gran tamaño* ($t_{(720)}$= 4,363, p=0,000), y *tamaño pequeño* ($t_{(720)}$=-3,806, p=0,000), son estadísticamente significativas .
- De ellos *orden confuso, aumento progresivo, tamaño pequeño* tienen valores más bajos en Huelva capital, mientras que *gran tamaño,* tiene el valor más alto en Huelva periferia.

Tabla 7.43. Comparación de los indicadores emocionales por ubicación del colegio (estadísticamente significativos).

UBICACIÓN DEL COLEGIO	Orden confuso.	Aumento progresivo	Gran tamaño	Tamaño pequeño
Capital	**1,33**	**1,98**	**1,96**	**1,54**
Periferia	**1,56**	**2,00**	**1,87**	**1,68**
	$t_{(720)}$=-6,342 **p= 0,000**	$t_{(720)}$=-2,404 **p= 0,016**	$t_{(720)}$=4,362 **p= 0,000**	$t_{(720)}$=-3,806 **p= 0,000**

Universidad de huelva 2010

Analizando por **niveles educativos** nos encontramos que en **4º**.

Tabla 7.44. Comparación de los indicadores emocionales por ubicación del colegio y curso

I. EMOCIONAL	UBICAC.	4º	5º
Orden confuso	Capital	**1,34**	**1,32**
	Periferia	**1,53** $t_{(370)}$=-3,639 **p= 0,000**	**1,60** $t_{(348)}$=-5,331 **p= 0,000**
Gran tamaño	Capital	**1,96**	**1,96**
	Periferia	**1,87** $t_{(370)}$=3,001 **p= 0,003**	**1,87** $t_{(348)}$=3,163 **p= 0,002**
Tamaño pequeño	Capital	**1,55**	**1,53**
	Periferia	**1,69** $t_{(370)}$=-2,813 **p= 0,005**	**1,67** $t_{(348)}$=-2,541 **p= 0,011**
Línea fina	Capital	**1,99**	
	Periferia	**1,96** $t_{(370)}$=2,159 **p= 0,032**	
Repaso	Capital	**1,74**	
	Periferia	**1,64** $t_{(370)}$=2,220 **p= 0,027**	
Tachar exagerado (nuevo indicador)	Capital	**1,96**	
	Periferia	**1,99** $t_{(370)}$=-2,129 **p= 0,034**	

Universidad de huelva 2010

- Los indicadores emocionales que resultan estadísticamente significativos son *orden confuso* ($t_{(370)}$=-3,63, p= 0,000) *gran tamaño* ($t_{(370)}$=3,00, p= 0,003) *tamaño pequeño* ($t_{(370)}$=-2,81, p= 0,005), *línea fina* ($t_{(370)}$= 2,15, p= 0,032) y *repaso* ($t_{(370)}$= 2,22, p= 0,027).

- De los anteriores *orden confuso y tamaño pequeño* puntúan más alto en Huelva periferia, mientras que *gran tamaño, línea fina y repaso* es Huelva capita quien puntúa más alto.

Respecto al curso de 5° de primaria:

- Mantiene, respecto al nivel anterior, los indicadores emocionales de *orden confuso* ($t_{(348)}$=-5,53, p= 0,000), *gran tamaño* ($t_{(348)}$= 3,16, p= 0,002), *pequeño tamaño* ($t_{(348)}$= -2,54, p= 0,011), pero no son ya significativos ni *línea fina ni repaso.*

- Igual que en el curso anterior, en los indicadores emocionales *orden confuso y tamaño pequeño* es Huelva periferia donde aparecen valores más altos, mientras que en *gran tamaño y constricción* tienen valores más bajo.

- En los nuevos indicadores sólo existe una diferencia estadísticamente significativa y es el indicador *tachar exageradamente* con una $p<0,05$.

7.2.5. - Comparación por curso.

7.2.5.1. Inestabilidad emocional

Como ya señalábamos anteriormente, comparando ambos cursos, es en 5° nivel donde la media del valor de la variable inestabilidad emocional es más bajo, pero esta diferencia no es significativa.

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.45. Comparación de medias de la puntuación de inestabilidad emocional por curso.

CURSO	X	D.T
4°	1,88	0,997
5°	1,81	1,053
	$t_{(720)} = 0,996$ p= 0,319	

7.2.5.2. Indicadores emocionales

Comparando ambos cursos respecto a los 12 indicadores emocionales sólo dos de ellos son estadísticamente significativos y son *repaso* ($t_{(720)}$= 2,402, p= 0,017) y *segunda tentativa* ($t_{(720)}$= -4,975, p= 0,000).

Tabla 7.46. Comparación de medias de la puntuación de indicadores emocionales y cursos.

CURSO	Repaso	Segunda tentativa
4°	**1,70**	**1,66**
5°	**1,61**	**1,82**
	$t_{(370)}$ =2,402 **p= 0,017**	$t_{(348)}$ =-4,975 **p= 0,000**

Es interesante hacer notar que mientras el indicador *repaso* aparece más alto en 4°, el indicador *segunda tentativa*, en cambio es más alto en 5° donde la diferencia es de 0,16.

En los *nuevos indicadores* no existe ninguna diferencia que sea estadísticamente significativa.

Universidad de huelva 2010

7.3. ANÁLISIS CORRELACIONAL

7.3.1. Correlaciones entre inmadurez perceptiva, inestabilidad emocional y los indicadores emocionales.

7.3.1.1. Correlación entre inmadurez perceptiva e inestabilidad emocional.

La correlación entre ambas variables indica que existe una relación entre ellas, (r=0,126**, p=0,001) y dicha correlación es significativa en 4° curso (r=0,171**, p=0,001), mientras deja de serlo en 5°.

Tabla 7.47. Correlación significativa entre inmadurez perceptiva e inestabilidad emocional.

	Inmadurez percep.	Inestabilidad. Emocional.
Inmadurez perceptiva.		
Inestabilidad emocional	r=.126** p=.001	

Tabla 7.48. Correlación significativa entre inmadurez perceptiva e inestabilidad emocional en 4° de primaria

	Inmadurez percep.	Inestabilidad emocional
Inmadurez perceptiva.		
Inestabilidad emocional	r=.171** p=.001	

Universidad de huelva 2010

7.3.1.2. Correlación entre inmadurez perceptiva e indicadores emocionales.

Respecto a los distintos indicadores emocionales vemos que sólo existe relación entre inmadurez y *orden confuso* (r=-0,156**, p=000), *línea ondulada* (r=-0,112**, p=003), *círculo por rayas* (r=-0,0,78*, p=035), *repaso* (r=0,084*, p=024) y *elaboración* (r=-0,155**, p=0,000); de los nuevos indicadores sólo con *separar* (r=-0,076*, p=041).

Tabla 7.49. Correlaciones significativas entre inmadurez perceptiva y los indicadores emocionales.

	Inmadurez perceptiva (puntuación total)
Orden confuso	r=-.156** p=.000
Línea ondulada	r=-.122** p=.003
Círculo por rayas	r=-.078* p=.035
Repaso	r=-.084* p=.024
Elaboración	r=-.155** p=.000
Separar (NI)	r=-.076* p=.041

Respecto a **los niveles 4º y 5º** observarmos que los indicadores de *orden confuso* (r=-0,197**, p=000; r=-0,107*, p=045). *línea ondulada* (r=-0,122*, p=018; r=-0,110*, p=039), y *elaboración* (r=-0,161**, p =0,002; r=-0,133*, p=0,013) mantienen la relación con inmadurez perceptiva, pero con signo negativo. En el nivel 5º se añade el nuevo indicador de *separación de figuras* (r=0,144**, p=007).

Universidad de huelva 2010

Aunque se puede decir que existe relación entre ambas variable, son valores muy bajos.

Tabla 7.50 Correlaciónes significativas entre inmadurez perceptiva y los indicadores emocionales por cursos

	(4º) inmadurez perc.	**(5º) inmadurez percp.**
Orden confuso	r=-.197** p=.000	r=-.107* p=.045
Línea ondulada	r=-.122* p=.018	r=-.110* p=.039
Elaboración	r=-0,161** p=.002	r=-0,133* p=.013
Separar (NI)		r=-0,144** p=.007

7.3.2. Correlación entre inestabilidad emocional e indicadores emocionales y rendimiento.

7.3.2.1. Inestabilidad emocional.

A nivel general la Tabla 7.51 nos muestra que no existe relación significativa estadísticamente entre el C.I. obtenido por el test "g" de Cattell y la variables inestabilidad emocional, pero sí existe correlación estadísticamente significativa, (y como era de esperar de signo negativo) con las puntuaciones dadas por el tutor, pero sólo en capacidad intelectual (r=-0,079*, p=034), lengua (r=-0,121**, p=001), e idiomas (r=-0,117**, p=002).

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.51. Correlaciones significativas entre inestabilidad emocional y variables del rendimiento y capacidad intelectual.

	Inestabilidad emocional
C.I.	**N.S.**
Capacidad intelectual	r=-0,076* p=.034
Notas lengua	r=-0,102** p=.006
Notas idioma	r=-0,104** p=.005

Tabla 7.52. Correlaciónes significativas entre variables del rendimiento y capacidad intelectual

		g de Cattell	capacidad intelec.
g de Cattell	Correlación de Pearson		
	Sig. (bilateral)		
	N		
capacidad intelec.	Correlación de Pearson	,379**	
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	722	
razonamiento lógico	Correlación de Pearson	,407**	,862**
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	722	722

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

A nivel de **cursos** encontramos que en el nivel de **4º de primaria** no se obtiene ninguna correlación estadísticamente significativa, mientras que en **5º**, se obtiene en capacidad intelectual, matemáticas, lengua e idioma.

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.53. Correlaciones significativas entre inestabilidad emocional y variables del rendimiento y capacidad intelectual

	4º Inestabilidad emocional	5º. Inestabilidad emocional
C.I.	**N.S.**	**N.S.**
Capacidad intelectual	**N.S.**	r=-0,108* p=.044
Razonamiento lógico	**N.S.**	
Notas matemáticas	**N.S.**	r=-0,130* p=.015
Notas lengua	**N.S.**	r=-0,115* p=.031
Notas idioma	**N.S.**	r=-0,116* p=.030

7.3.2.2. Indicadores emocionales.

Analizando los 12 indicadores emocionales nos encontramos que sólo *orden confuso* (r =0,076*, p =0,042) con **capacidad intelectual** y **notas de lengua**; *línea ondulada* con **razonamiento lógico** (r =0,078*, p =0,036), *tamaño pequeño* con las **notas de idioma** (r =0,079*, p =0,033) y *repaso* con **C.I.** (r=-0,079*, p =0,033), mientras que los indicadores *círculos sustituidos por rayas, aumento progresivo, gran tamaño, línea fina, repaso, segunda tentativa, expansión, encuadre y elaboración* no obtienen ninguna correlación estadísticamente significativa entre las variables estimadas por el profesor.

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.54 Correlaciones significativas entre rendimiento y los indicadores emocionales.

	Orden confuso	Línea ondulada	Tamaño pequeño	Repaso
C.I.				r=-0,079* p=.033
Capacidad intelectual	r=.076* p=.042			
Razonam. Lógico		r=.078* p=.036		
Notas lengua	r=.079* p=.035			
N. idioma			r=.079* p=.033	

A nivel de **cursos** nos encontramos, analizando la Tabla 7.55 que en 4º de primaria, el indicador emocional *círculo por rayas* presenta relación con las notas de **lengua** (r=0,119*, p=0,021), **sociales** (r=0,114*, p=0,028) y **naturales** (r=0,114*, p=0,028); el nuevo indicador *colisión* obtiene correlaciones con **capacidad intelectual** (r=-0,128*, p=0,013) e **idioma** (r =-0,102*, p=0,049).

En el nivel de **5º de primaria** se observa un aumento del índice de correlaciones estadísticamente significativas:

- *Orden confuso* obtiene correlaciones con las notas de **matemáticas** (r=0,136*, p=0,011), **sociales** (r=0,109*, p =0,042) y **naturales** (r=0,106*, p=0,048).

- *Línea ondulada obtiene* correlaciones con **capacidad intelectual** (r=0,134*, p=0,012), **razonamiento lógico** (r=0,164**, p=0,002), las notas de **matemáticas** (r=0,166**, p=0,002), **lengua** (r=0,131*, p=0,014), **sociales** (r=0,139**, p=0,009), **naturales** (r=0,141**, p=0,008) e **idioma** (r=0,096*, p=0,041).

Universidad de huelva 2010

- *Tamaño pequeño* con **capacidad intelectual** (r=0,106*, p =0,047), **matemáticas** (r=0,110**, p =0,026), **lengua** (r=0,128*, p =0,017), **idioma** (r=0,149**, p =0,005).

- Observamaos que en 5º al igual que en 4º se concentran las correlaciones en torno a tres indicadores, mientras que los otros 8 indicadores no obtienen ninguna correlación estadísticamente significativa.

Tabla 7.55 Correlación significativa entre rendimiento y los indicadores emocionales por curso

	Orden confuso	Línea ondulada	Círculo por rayas	Tamaño pequeño	Colisión(n)
C.I.					
Capacidad intelectual		*r=.134** *p=.012*		*r=.106** *p=.047*	**r=-0,128* p=.013**
Razonam. Lógico		*r=.164*** *p=.002*			
Notas matemátic.	*r=.136** *p=.011*	*r=.166*** *p=.002*		*r=.119** *p=.026*	
Notas lengua		*r=.131** *p=.014*	**r=.119* p=.021**	*r=.128** *p=.017*	
Notas sociales	*r=.109** *p=.042*	*r=.139*** *p=.009*	**r=.114* p=.028**		
n. naturales	*r=.106** *p=.048*	*r=.141*** *p=.008*	**r=.114* p=.028**		
n. idioma		*r=.109** *p=.041*		*r=.149*** *p=.005*	**r=-0,102* p=.049**

negrita: 4º de primaria

cursiva: 5º de primaria

Universidad de huelva 2010

7.3.3. Correlaciones entre figuras del test de Bender e inestabilidad emocional y los indicadores emocionales.

7.3.3.1. Inestabilidad emocional.

En la tabla siguiente podemos observar que existe una cierta relación entre las puntuaciones obtenidas en las figuras 1, (r=-0,132**, p =0,000), figura 3, (r=-0,118**, p =0,002), figura 5 (r=-0,127**, p =0,001),y figura 7 (r=-0,097**, p =0,009), con la variable inestabilidad emocional, lo cual nos habla de una cierta dificultad en la realización de esas figuras, pues al ser la relación de signo negativo nos planteamos que al presentar más dificultad para realizarlas puede llevar a sentir más preocupación por hacerlo bien y provocar ciertos momentos de tensión.

Tabla 7.56 Correlación significativa entre figuras e inestabilidad emocional.

	TOTAL	**4º**	**5º**
FIGURA 1	r=-0,132** p=.000	**r=-0,120* p=.021**	*r=-0,144** p=.007*
FIGURA 3	r=-0,118** p=.002	**r=-0,142** p=.006**	
FIGURA 5	r=-0,127** p=.001	**r=-0,156** p=.003**	
FIGURA 7	r=-0,097** p=.009		*r=-0,139** p=.009*

negrita: 4º de primaria

cursiva: 5º de primaria

Analizando por **curso**, vemos que en **4º** es la figura 1 (r=-0,120*, p =0,021), la figura 3 (r=-0,142**, p =0,006), y figura 5 (r=-0,156**, p =0,003), las que plantean más problemas emocionales a la hora de dibujar y en **el nivel 5º**, sólo la figura 1 (r=-0,144**, p =0,007), y la figura 7 (r=-0,139*, p =0,009), que es quizás

Universidad de huelva 2010

la más complicada, son las únicas que plantean indicadores emocionales, pero se ha de resaltar que esa relación es muy baja. Tanto en 4° como en 5° las figuras A, 1, 2, 4, 6 y 8 no son percibidos como difíciles y por tanto no provocan ningún indicador emocional.

7.3.3.2. Indicadores emocionales.

En la siguiente tabla se analiza qué indicadores emocionales están más relacionada con cada figura, así obtenemos que:

- el indicador emocional *orden confuso* está presente en casi todas las figuras, menos en la figura 3 y 8
- el indicador *segunda tentativa* aparece sólo en las figuras 5 (r=0,095*, p =0,011), y 8 (r=-0,088*, p =0,018),
- el *expandir* el dibujo y necesitar más hojas aparece en las figuras A (r=0,109**, p =0,003), 4 (r=0,074*, p =0,048), y 6 (r=0,085*, p =0,023).
- El indicador *círculo sustituido por rayas*, *aumento progresivo*, *gran tamaño*, *repaso* y *encuadre* no aparece estar relacionado con ninguna figura en general.
- Todos los valores de dicha relación son muy bajas.

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.57 Correlaciones significativas entre figuras y los indicadores emocionales.

	Figura A	Figura 1	Figura 2	Figura 3	Figura 4	Figura 5	Figura 6	Figura 7
Orden confuso	r=.095* p=.011	r=.103** p=.006	r=.081* p=.030		r=.074* p=.045	r=.100** p=.007	r=.121** p=.001	r=.102** p=.006
Línea ondulada		r=.102** p=.006			r=.081* p=.029			
Círculo sustituido por rayas							r=.086* p=.021	
Aumento progresivo	r=.093* p=.012							
Gran tamaño	r=-.079* p=.035							
Línea fina								r=.095* p=.011
Segunda tentativa						r=.095* p=.011		
Expansión	r=.109** p=.003				r=.074* p=.048		r=.085* p=.023	
Elaborac.				r=.128** p=.001		r=.080* p=.032	r=.086* p=.021	r=.094* p=.012

Respecto a los nuevos indicadores *separar* correlaciona con las figuras 3 (r=-0,105**, p =0,005), figura 5 (r=-0,075*, p =0,045), y figura 8 (r=-0,108**, p =0,004).

Tabla 7.58. Correlaciones significativas entre figuras y los nuevos indicadores emocionales.

	Figura 3	Figura 5	Figura 8
Separar	r=-0,105** p=.005	r=-0,075* p=.045	r=-0,108** p=.004

Universidad de huelva 2010

Respecto a **los cursos:**

En 4º de primaria encontramos que:

- Se diversifica positivamente los distintos indicadores emocionales en casi todas las figuras, así menos en la figura 2 que no está relacionada con ningún indicador, todos los demás correlacionan con un indicador como mínimo, así la figura A llega a tener 5 indicadores, la figura 3 con tres indicadores y las figuras 1, 4, 7 y 8 tiene 1 indicador y la figura 5 dos indicadores.
- Los indicadores que aparecen más a menudo *son línea ondulada, gran tamaño, pequeño tamaño, segunda tentativa y elaboración.*

En **5º de primaria** encontramos que:

- El número de indicadores emocionales se reducen más de la mitad respecto al curso anterior.
- Las figuras 1, 6 y 7 nos señalan dos indicadores y uno de ellos es *orden confuso.*
- Las figuras 2, 3, 4, 5 y 8 no obtienen ninguna correlación estadísticamente significativa con indicadores emocionales.
- Todas las correlaciones estadísticamente significativas obtienen valores muy bajo.

Vamos a verlo en la siguiente tabla.

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.59. Correlaciones significativas entre figuras y los indicadores emocionales por curso.

	Figura A	Figura 1	Figura 3	Figura 4	Figura 5	Figura 6	Figura 7
Orden confuso	**r=.120* p=.020**	*r=.143** p=.007*				*r=.143** p=.007*	*r=.118* p=.027*
Línea ondulada		**r=.152** p=.003**	**r=.103* p=.048**	**R=.123* P=.018**	**r=.103* p=.048**		
Círculo por rayas			**r=.135** p=.009**				*r=.107* p=.046*
Aumento progresivo	*r=.167** p=.002*						
Gran tamaño	**r=.104* p=.040**					**r=.121* p=.019**	
Tamaño pequeño	**r=.106* p=.041**				**r=.124* p=.017**		**r=.110* p=.034**
Línea fina			**r=.110* p=.034**				
Repaso						*r=-,0,115* p=.032*	
Segunda tentativa	**r=-0,138** p=.008**	*r=.119* p=.026*					
Expansión	**r=.126* p=.015**						
Elaborac.	*r=.107* p=.046*	*r=.144** p=.007*	**r=.143** p=.006**			**r=.129* p=.012**	*r=.114* p=.034*

Negrita: 4º de primaria

cursiva: 5º de primaria.

Universidad de huelva 2010

Respecto a los nuevos indicadores:

Tabla 7.60. Correlaciones significativas entre figuras y los nuevos indicadores emocionales.

	Figura 1	Figura 3	Figura 5	Figura 7	Figura 8
Separar		*r=-0,180*** *p=.001*	*r=-0,134** *p=.012*	*r=-0,107** *p=.046*	*r=-0,226*** *p=.000*
Tachar exager.	*r=-0,111** *p=.039*				

Negrita: 4º de primaria

Cursiva: 5º de primaria

En el **nivel de 4º** de primaria, no encontramos nuevos indicadores que correlacionen significativamente con alguna figura.

En el **nivel de 5º** sigue apareciendo el nuevo indicador *separar* con las figuras 3 (r=-0,180**, p =0,001), figura 5 (r=-0,134*, p =0,012), figura 7 (r=-0,107*, p =0,046), y figura 8 (r=-0,226**, p =0,000); aparecen en este curso el nuevo indicador *tachar exageradamente* con la figura 1 (r=-0,111*, p =0,039).

7.3.4. Correlaciones entre categorías de error del test de Bender, inestabilidad emocional e indicadores emocionales.

7.3.4.1. Inestabilidad emocional

No existe ninguna correlación entre inestabilidad emocional y las categorías de error del Test de Bender a nivel general; y lo mismo ocurre en el nivel de 5º de primaria, mientras que en 4º existe una sola correlación significativa y se obtiene en distorsión (r=-0,105*, p =0,043).

Universidad de huelva 2010

7.3.4.2. Indicadores emocionales

Analizando por indicadores emocionales observamos que:

- Perseveración, integración, distorsión y sustitución son las que tienen relación con los indicadores emocionales.
- Los indicadores *orden confuso, círculo sustituido por rayas, repaso, segunda tentativa* y *elaboración* son los que tienen alguna relación con las categorías de error.
- Los indicadores *aumento progresivo, gran tamaño, tamaño pequeño, línea fina, expansión y encuadre* no obtienen ninguna correlación con las categorías de error.

Tabla 7.61. Correlaciones significativas entre categorías de error del test de Bender y los indicadores emocionales.

	Distorsión	Perseveración	Integración	sustitución
Orden confuso	r=.097** p=.009	r=.103** p=.006	r=.133** p=.000	
Línea ondulada		r=.108** p=.004		
Círculo por rayas		r=.107** p=.004	r=.076* p=.041	
Repaso		r=-0,076* p=.040		
Segunda tentativa	r=-0,083* p=.026			r=-0,079* p=.034
Elaboración	r=.118** p=.002	r=.207** p=.000	r=.102** p=.006	

Universidad de huelva 2010

A nivel de **curso** obtenemos los siguientes datos:

En el **nivel 4º:**

- A nivel de categorías todas ellas tienen una pequeña relación con los indicadores de *orden confuso, círculo por rayas, repaso, segunda tentativa, tamaño pequeño y elaboración.*
- A nivel de indicadores emocionales *línea ondulada, gran tamaño, línea fina, expansión y encuadre* no obtiene ninguna relación con las categorías de error.

En el **nivel 5º:**

- El número de indicadores emocionales ha disminuido en un 50%, pues mientras que en 4º de primaria aparecían 10 correlaciones en 5º curso sólo 4 correlaciones son estadísticamente significativas; tanto en 4º como en 5º coinciden las categorías de error de integración con *orden confuso* ($r=0.133^*$, $p<0.05$) y perseveración con *elaboración*($r=0.218^{**}$, $p<0.05$).
- Es la categoría de distorsión las que obtienen relación con *círculos sustituidos por rayas* ($r=0.116^*$, $p<0.05$) y *segunda tentativa* ($r=-0.183^{**}$, $p<0.05$) , mientras que rotación y sustitución no obtiene ninguna relación.
- La correlación integración y *orden confuso* se mantiene en los dos cursos y con un valor idéntico ($r=0,133^*$, $p=0,013$).

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.62. Correlaciones significativas entre categorías de error y los indicadores emocionales.

	Distorsión	Rotación	Perseveración	Integración	Sustitución
Orden confuso	**r=.120*** **p=.021**	**r=.124*** **p=.017**	**r=.113*** **p=.029**	**r=.133*** **p=.010** *r=.133** *p=.013*	
Línea ondulada			*r=.132** *p=.013*		
Círculo por rayas	*r=.116** *p=.030*		**r=.200**** **p=.000**		
Aumento progresivo		**r=.106*** **p=.042**			
Tamaño pequeño					**r=.107*** **p=.040**
Repaso				**r -=0,108*** **p=.038**	**r=-0,124*** **p=.017**
Segunda tentativa	*r=-0,183** *p=.000*		**r=-0,103*** **p=.047**		
Elaboración	*r=.166** *p=.002*		**r=.200**** **p=.000** *r=.218** *p=.000*		

Negrita: 4º de primaria

Cursiva: 5º de primaria

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.63 Correlaciones significativas entre categorías de error y los nuevos indicadores emocionales.

	Distorsión
Numerar	*r=.106** *p=.048*
separar	*r=-0,116** *p=.030*

Cursiva: 5° de primaria

En los nuevos indicadores se ha de resaltar que en 4° de primaría no se obtiene ninguna correlación significativa, mientras que en 5° curso se obtiene correlación con la categoría de error de distorsión con *numerar* y *separar* las figuras pero los valores son muy bajos.

7.3.5. Correlaciones entre los factores del test de personalidad EPQ-J e inestabilidad emocional e indicadores emocionales.

7.3.5.1. Inestabilidad emocional

No se obtiene ninguna correlación entre las variables del test de personalidad EPQ-J con la variable de inestabilidad emocional. Igualmente ocurre en los niveles de 4° y 5° de primaria.

7.3.5.2. Indicadores emocionales.

Veamos ahora si obtiene relación entre las variables del test EPQ-J y los distintos indicadores:

- En la total de la muestra sólo se obtienen las siguientes correlaciones estadísticamente significativas:

Universidad de huelva 2010

- Extraversión correlaciona negativamente con *encuadrar figuras* (r=-0,083*, p =0,026).

- Psicoticismo correlaciona negativamente con círculo sustituido por rayas (r=-0,073*, p =0,049), y positivamente repaso (r=0,082*, p=0,028).

- En **4º curso de primaria** encontramos que:

  - psicoticismo correlaciona con *orden confuso* (r=0,111*, p =0,032), y extraversión correlaciona con *repaso* (r=-0,117*, p =0,024), y *segunda tentativa* (r=0,156**, p =0,003).

  - Los nuevos indicadores nos dan los siguientes datos: neuroticismo correlaciona con *numerar* (r=0,153**, p =0,003), y *colisión* con psicoticismo (r=-0,117*, p =0,023).

- En **5º curso** de primaria encontramos que:

  - Conducta antisocial correlaciona con *círculo sustituidos por rayas* (r=-0,155**, p =0,004),

  - Psicoticismo correlaciona con *repaso* (r=0,126*, p =0,017), y con *círculo sustiuido por rayas* (r=-0,123**, p =0,022),

En los datos anteriormente mencionados nos lleva a plantearnos la poca, por no decir, casi inexistente correlación entre el test EPQ-J y los distintos tipos de indicadores emocionales.

- **Correlación entre inmadurez perceptiva y test EPQ-J.**

Nos planteamos observar la correlación entre inmadurez perceptiva y las variables del test EPQ-J, pues como se ha visto en el marco terórico algunos autores plantean que un fracaso o un retraso en la maduración visoperceptiva puede tener como consecuencia trastornos emocionales, y aunque no es un

Universidad de huelva 2010

objetivo de nuestra investigación nos pareció interesantes realizar dichos análisis, tanto en las variables del test de personalidad como en el test de ansiedad.

Los resultados que se obtienen son los siguientes:

- En la **muestra total** de sujetos, la variable inmadurez perceptiva no obtienen ninguna correlación.
- **4° de primaria**: correlaciona con extraversión (r=0,131*, p =0,012).
- **5° de primaria:** correlaciona con extraversión (r=-0,209**, p=0,000)

Vemos que la única variable que obtiene correlación es extraversión, y con la particularidad de que en niveles más bajos la relación es positiva, pero no ocurre lo mismo en cursos susperiores, lo cual hace nos lleva plantearnos la escasa validez de las hipótesis de Koppitz respecto a que problemas visoperceptivos conllevarán más indicadores emocionales.

Podemos, plantear la idea de una cierta tendencia a actitudes más introvertidas según aumenta la edad, con esto queremos decir, que existe cierta aproximación a conductas más previsoras, e intentos de controlar las situaciones según se produce el desarrollo madurativo.

7.3.6. Correlaciones entre las escalas del test de ansiedad STAIC e inestabilidad emocional e indicadores emocionales.

7.3.6.1. Inestabilidad emocional

Sólo se ha encontrado correlación con la variable Ansiesdad rasgo (r=0,075*, p=0,043), pero con valores muy bajos en la muestro total, pero que no ocurre así en ninguno de los dos cursos, donde no se obtiene correlación entre la variable inestabilidad emocional y las variables de ansiedad (estado y rasgo).

7.3.6.2. Indicadores emocionales

Al analizar los indicadores encontramos sólo en 4° curso la relación entre ansiedad estado y el *segunda tentativa* (r=0,110*, p =0,034), y el indicador

Universidad de huelva 2010

tamaño pequeño con ansiedad rasgo (r=-0,110**, p=0,035), mientras que en 5° nivel no se halla ninguna correlación.

El nuevo indicador *tachar exageradamente* también obtiene correlación, pero con ansiedad estado (r=0,113**, p=0,002)

- **Correlación entre inmadurez perceptiva y test STAIC.**

Nos planteamos observar la correlación entre inmadurez perceptiva visomotora y las variables del test STAIC, por el mismo motivo del punto anterior

Los resultados que se obtienen son los siguientes:

- ✔ En la **muestra total** de sujetos, la variable inmadurez perceptiva correlaciona con ansiedad estado (r=0,128**, p =0,001).
- ✔ **En 4° de primaria**: correlaciona con ansiedad estado (r=0,127*, p =0,014).
- ✔ **En 5° de primaria**: correlaciona con ansiedad estado (r=0,138*, p=0,011) y ansiedad rasgo (r=0,155**, p=0,002).

Es interesante hacer notar como en 5° nivel, las dos escalas de ansiedad correlacionan estadísticamente significativa con inmadure perceptiva visomotora, lo que nos lleva a plantear la importancia de conseguir una adecuada maduración visoperceptiva en el desarrollo evolutivo del niño, pues como hemos observado, en el curso superiro a más errores visoperceptivos más alto el nivel de ansiedad, tanto en su acepción de estado como de rasgo..

Visto los datos anteriores y recordando algunas de nuestras hipótesis hemos de señalar que:

- No existe correlación entre la variables neuroticismo del test EPQ-J con los indicadores emocionales *orden confuso, línea ondulada y círculo por rayas.*
- La correlación entre ansiedad con *tamaño pequeño y segunda tentativa* sólo se produce en 4° de primaria, y en el indicador *tamaño pequeño* es de signo negativo.
- No se obtiene correlación entre introversión y *tamaño pequeño y línea fina*

Universidad de huelva 2010

- No se obtiene correlación entre conducta antisocial y los indicadores *tamaño grande, aumento de tamaño y repaso.*

7.3.7. Correlaciones entre las variables del cuestionario del tutor y las pruebas de personalidad y ansiedad.

7.3.7.1. Correlación entre la variable conducta antisocial del test EPQ-J y conducta en clase.

Las correlaciones obtenidas son las siguientes:

- En la muestra total la variable conducta Antisocial del test EPQ-J correlaciona con las 4 variables de conducta inadecuada del alumno. Así las correlaciones son las siguientes:

Variable de conducta inadecuada

En el aula	r=0,183**	p=0,000
En el recreo	r=0,136**	p=0,000
En otros sitios	r=0,148**	p=0,000
Con el compañero	r=0,152**	p=0,000

Analizando por **cursos**, como se ve en la siguiente tabla se observa que:

Tabla 7.64 Correlaciones significativas entre conductas inadecuada y conducta antisocial.

Conductas inadecuadas	4º nivel conducta antisocial	5º nivel. Conducta antisocial
Conducta aula	r=.241** p=.000	r=.133* p=.013
Conducta recreo	r=.114* p=.028	r=-0,171** p=.001
Conducta en otros sitios	r=.171** p=.001	r=.133* p=.013
Con los compañeros	r=.174** p=.001	r=.138** p=.010

Universidad de huelva 2010

Como vemos, tanto en 4º como en 5º, aunque las correlaciones son bajas, se dan en las cuatro categorías de conducta

7.3.7.2. Correlaciones entre variables de personalidad del test EPQ-J y del STAIC y los rasgos de personalidad definidos por los profesores.

⇨ Introversión / rasgo de introversión

No se obtienen ninguna correlación, ni en la muestra total ni en ninguno de los dos cursos.

⇨ Neuroticismo / rasgo de inquietud

En la muestra total se obtiene un valor de correlación de r=- 0,095*, p=0,011, entre la variable **neuroticismo** del test EPQ-J y el rasgo dado en el cuestionario del profesor tutor, al igual que en 5º de primaria, con un valor de r=- 0,108*, p=0,044, pero no sucede igual en 4º, donde no obtienen ninguna correlación.

⇨ Ansiedad / rasgo de ansiedad

En la muestra total no se obtiene un valor de correlación estadísticamente significativa entre la variables **ansiedad** del test STAIC y el rasgo dado en el cuestionario del profesor tutor, ni en ambos niveles de primaria..

⇨ Conducta Antisocial / rasgo agresivo

En la muestra total se obtiene un valor de correlación estadísticamente significativa entre la variable **Conducta Antisocial** del test EPQ-J y el rasgo agresivo, dado en el cuestionario del profesor tutor, con un valor de r=-0,131**, p=0,000, esto valores son muy parecidos en 4º con r=-115*, p=0,028 y en 5º con un valor de r=- 0,169**, p=0,003, se ha de reseñar que los valores obtenidos en la relación son negativos.

Universidad de huelva 2010

Se ha de tener mucha precaución a la hora de interpretar este resultado pues no existe una total equiparación entre el significado de Conducta Antisocial del Test EPQ-J y el rasgo agresivo.

7.3.8. Correlaciones entre las variables del cuestionario del tutor y la inestabilidad emocional e indicadores emocionales.

7.3.8.1. Correlaciones entre inestabilidad emocional/ indicadores emocionales y conductas inadecuadas.

Analizando las correlaciones entre el total de indicadores emocionales, es decir, lo que hemos llamado inestabilidad emocional y las conductas de los alumnos en diferentes situaciones (percibidas por el tutor) se encuentra que no existen correlaciones significativas entre ellas, ni en la muestra total ni por cursos.

A nivel de indicadores emocionales sólo obtienen correlaciones significativas tamaño pequeño con conducta indecuada en el recreo (r=-.078*, p=.037) y conducta inadecuada con los compañeros (r=-.095*, p=.011) y todo ellos correlación con expansión y así tenemos las siguientes correlaciones: conducta inadecuada en el aula (r=-0,141**, p=0,000); conducta inadecuada en el recreo (r=-0,134**, p=0,000); conducta inadecuada en otros sitios (r=-0,143**, p=0,000) y conducta inadecuada con los compañeros (r=-0,130**, p=0,000)

7.3.8.2. Correlaciones entre rasgos psicosociales y de motivación indicados por el tutor e inestabilidad emocional e indicadores emocionales.

7.3.8.2.1. Inestabilidad emocional

En el grupo total se observa que la variable instabilidad emocional correlaciona negativamente (como era de esperar) con las distintas variables, tal y como se observa en la tabla siguiente.

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.65 Correlaciones significativas entre inestabilidad emocional y rasgos psicosociales y de motivación (percibidos por el tutor).

	Inest. emocional
Interés	r=-0,096** p=.009
Autoconfianza	r=-0,104** p=.005
Integración	r=-0,102** p=.006
Atención en clase	r=-0,109** p=.003

Analizando **por cursos,** en el nivel de 4º no se obtiene ninguna correlación estadísticamente significativa, pero en 5º lo obtienen las cuatro variables, pero con valores bajos.

Tabla 7.66 Correlaciones significativas entre inestabilidad emocional y rasgos psicosociales y de motivación en 5º de primaria (percibidos por el tutor).

	Inestabilidad emocional. **(5º)**
Interés	*r=-0,134** *p=.012*
Autoconfianza	*r=-0,137** *p=.010*
Integración	*r=-0,179*** *p=.001*
Atención en clase	*r=-0,157** p=.003*

Universidad de huelva 2010

7.3.8.2.2. Indicadores emocionales

Tabla 7.67. Correlaciones significativas entre indicadores emocionales y rasgos psicosociales y de motivación.

	Interés	Autoconfian.	Integración	Atención clase
Orden confuso	r=.079* p=.033		r=.079* p=.033	r=.113** p=.002
Línea ondulada	r=.078* p=.035	r=.074* p=.047		
Tamaño pequeño			r=.133** p=.000	r=.093* p=.012
Segunda tentativa		r=.075* p=.044		
Colisión (N.I.)			r=.113** p=.002	

Analizando qué indicadores emocionales correlacionan se obtienen los siguientes datos: *orden confuso* correlaciona con interés, integración y atención en clase, *línea ondulada y tamaño pequeño* con interés y autoconfianza, *segunda tentativa* con autoconfianza y el nuevo indicador emocional *colisión* con integración en la clase.

A nivel de **cursos** se obtienen los siguientes datos: en 4° de primaría hay sólo tres correlaciones mientras que en 5° vemos como *orden confuso* y *línea ondulada* correlaciona con la cuatro variables, mientras que *tamaño pequeño* lo hace con integración y atención en clase.

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.68. Correlaciones significativas entre indicadores emocionales y rasgos psicosociales y de motivación por cursos

	Interés	Autoconfian.	Integración	Atención clase
Orden confuso	*r=.125** *p=.020*	*r=.111** *p=.037*	*r=.138*** *p=.010*	*r=.161*** *p=.002*
Línea ondulada	*r=.163*** *p=.002*	*r=.138*** *p=.010*	*r=.137** *p=.010*	*r=.188*** *p=.000*
Circulo sustituido por rayas	**r=.134**** **p=.010**			
Tamaño pequeño			*r=.172*** *p=.001*	*r=.125** *p=.020*
repaso			**r=-0,127*** **p=.014**	
Colisión (N.I.)			**r=.155**** **p=.003**	

Negrita: 4º de primaria

cursiva: 5º de primaria

7.3.8.3. Rasgos de personalidad indicados por el tutor y los indicadores emocionales e inestabilidad emocional.

7.3.8.3.1. Inestabilidad emocional

Los resultados obtenidos en la muestra total nos indican que sólo dos rasgos dados por el profesor correlacionan y de forma negativa con la inestabilidad emocional y son: desorganización (r=-0,121**, p=0,001) y ansiedad (r=-0,120**, p=0,001).

Universidad de huelva 2010

Analizando por **cursos** nos encontramos que en **4º:**

Al igual que en la muestra total sólo dos rasgos dados por el profesor correlacionan y de forma negativa con la inestabilidad emocional y son: desorganización (r=-0,129*, p=0,013) y ansiedad (r=-0,126*, p=0,016).

En **5º curso**:

Al igual que en el curso anterior se mantienen los dos rasgos dados por el profesor, pero además se añade el rasgo agresivo que correlacionan de forma negativa con la inestabilidad emocional:

Desorganización: r=-0,112*, p=0,036

ansiedad : r=-0,117*, p=0,028.

Agresividad: r=-0,124*, p=0,020.

7.3.8.3.2. Indicadores emocionales.

Veamos ahora con qué indicador emocional correlacionan.

Los indicadores *línea ondulada* y *gran tamaño* correlaciona con el rasgo dado por el profesor de ansiedad; el rasgo inquietud correlaciona con *orden confuso* y *gran tamaño*, el rasgo sumisión correlaciona con *orden confuso* y el rasgo rechazo del grupo con el indicador *tamaño pequeño;* la *segunda tentativa* lo hace con desorganización y el rasgo agresión correlaciona con *tamaño pequeño* y *expansión*. Los nuevos indicadores *colisión* y *tachar exageradamente* obtienen correlaciones con el rasgo inquietud pero llama la atención que no es con signo negativo, lo cual nos hace suponer que existe una cierta relación, según el profesor, entre niños estables emocionalmente y una tendencia a chocar las figuras y a tacharlas para volver a empezar.

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.69. Correlaciones significativas entre indicadores emocionales y rasgos de personalidad.

	r. inquietud	r. desoigan.	r. sumisión	r.rechazo	r. ansiedad.	r.agresivo
Orden confuso	r=.096* p=.010		r=-0,087* p=.019			
Línea ondulada					r=.089* p=.017	
Gran tamaño	r=.124** p=.001				r=.148** p=.000	
Tamaño pequeño				r=.096* p=.010		r=.081* p=.030
Segunda tentativa		r=.129** p=.001				
expansión						r=.119** p=.001
Colisión (N.I.)	R=.085* p=.023					
Tachar exagerado (N.I.)	R=.073* p=.050					

Analizando por **cursos** vemos que los indicadores que correlaciona son:

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.70. Correlaciones significativas entre indicadores emocionales y rasgos de personalidad.

	r. inquietud	r. desorgan.	r. agresión	r. sumisión	r. rechazo.	r. ansiedad
Orden confuso	*r=.107** *p =.046*			*r=.114** *p=.033*		
Círculos por rayas	**r=.106*** **p =.042**					
Gran tamaño	**r=.110*** **p=.036** *r=.139*** *p=.009*					*r=.221*** *p=.000*
Línea fina	*r=.119** *p=.026*					
Segunda tentativa	**r=.150**** **p=.004**	r=.129** p=.001				
Expansión			**r=.154**** **p=.003**			
Tamaño pequeño		*r=.119** *p=.027*	*r=.137** *p=.010*		*r=.135** *p=.011*	
Colisión (N.I.)	**r=.119*** **p=.023**					
Tachar exagerado (N.I.)	*r=.113** *p=.035*	*r=.134** *p=.012*				*r=.113** *p=.035*

4º de primaria

5º de primaria

Universidad de huelva 2010

En 4º de primaria:

- el rasgo inquietdud correlaciona con el indicador *gan tamaño* (r=0,110*, p=0,036).
- el rasgo desorganización correlaciona con el indicador *círculo sustituido por rayas* (r=0,106*, p=0,042) y *segunda tentativa* (r=0,150**, p=0,004), mientras que ansiedad no.
- el rasgo agresión correlaciona con el indicador *expansión* (r=0,154**, p=0,003).
- Con los nuevos indicadores sólo *colisión* correlaciona con el rasgo inquietud (r=0,119*, p=0,023).

En 5º de primaria:

- el rasgo inquietud correlaciona con el indicador *línea fina* (r=-0,119*, p=0,026) y *gran tamaño* (r=0,139**, p=0,009), y con *orden confuso* (r=0,107*, p=0,046)
- el rasgo desorganización correlaciona con el indicador *tamaño pequeño* (r=0,119*, p=0,027).
- el rasgo sumisión correlaciona con el indicador *orden confuso* (r=-0,114*, p=0,033).
- el rasgo rechazo correlaciona con el indicador *tamaño pequeño* (r=0,135*, p=0,011).
- el rasgo ansiedad con *gran tamaño* (r=0,221**, p=0,000)
- el rasgo agresivo con *tamaño pequeño* (r=0,137*, p=0,010)
- Con los nuevos indicadores sólo *tachar exageradamente* correlaciona con el rasgo inquietud (r=0,113*, p=0,035), pero también existen relaciones con el rasgo desorganización (r=0,134*, p=0,012) y ansiedad (r=0,113*, p=0,035)

Universidad de huelva 2010

7.3.8.4. Correlación entre rasgos de personalidad definidos por los profesores e indicadores emocionales concretos

⇨ rasgo introversión/ indicadores tamaño pequeño, constricción y línea fina

No se obtiene un valor de correlación estadísticamente significativa entre las variables anteriormente reseñadas, ni en la muestra total ni en ninguno de los dos niveles de primaria.

⇨ rasgo inquietud/ línea ondulada, círculo por rayas, repaso, segunda tentativa.

No se obtiene un valor de correlación estadísticamente significativa entre las variables anteriormente reseñadas, ni en la muestra total ni en 5° pero en 4° de primaria correlaciona con *círculo sustituido por rayas* (r=.106*, p=.042) y *con segunda tentativa* (r=.150**, p=.004).

⇨ rasgo agresivo/ aumento progresivo,gran tamaño, repaso y expansión.

Se obtiene un valor de correlación estadísticamente significativa entre la variable rasgo agresivo y el indicador emocional *expansión* (r=0,119**, p=0,001) en la muestra total, dicha correlación se mantiene en 4° (r=0,154**, p=0,003), pero no en 5° de primaria.

⇨ rasgo desorganización/ orden confuso.

No se obtiene un valor de correlación estadísticamente significativa entre las variables anteriormente reseñadas, ni en la muestra total ni en ninguno de los dos niveles de primaria.

Universidad de huelva 2010

⇨ rasgo ansiedad/ tamaño pequeño y segunda tentativa

No se obtiene un valor de correlación estadísticamente significativa entre las variables anteriormente reseñadas, ni en la muestra total ni en ninguno de los dos niveles de primaria.

⇨ Conducta de los alumnos/ aumento progresivo, gran tamaño, expansión y repaso.

Recordemos que estos indicadores emocionales suelen ser indicativos de conductas disruptivas en los niños.

En la muestra total se obtiene correlaciones estadísticamente significativas con el indicador emocional *expansión* y los valores son los siguientes:

Conducta inadecuada en el aula r=-0,141**, p=0,000

Conducta inadecuada en el recreo r=-0,134**, p=0,000

Conducta inadecuada en otros sitios r=-0,143**, p=0,000

Conducta inad. con los compañeros r=-0,130**, p=0,000

En el nivel de **4º de primaria** se mantiene el indicador emocional expansión donde se obtiene los siguientes valores:

Conducta inadecuada en el aula r=-0,182**, p=0,000

Conducta inadecuada en el recreo r=-0,172**, p=0,001

Conducta inadecuada en otros sitios r=-0,186**, p=0,000

Conducta inad. con los compañeros r=-0,172**, p=0,001.

En el nivel de 5º de primaria no se obtuvo ninguna correlación.

Universidad de huelva 2010

7.3.8.4. Indicador emocional "constricción"

Koppitz, como ya hemos señalado en el marco teórico, utilizó, en un principio 12 indicadores emocionales de los cuales solo 10 obtuvieron resultados significativos, no así el indicador *constricción*.

El indicador *constricción* se puntúa cuando el sujeto utiliza menos de la mitad de la hoja para realizar todos los dibujos. Se relaciona con retraimiento, timidez y depresión.

Este indicador, según Koppitz (1986), se dio más en el grupo control que en el grupo de niños con problemas emocionales y por ese motivo fue eliminado de la lista de indicadores emocionales.

A pesar de no estar incluido en nuestra investigación, ni por tanto en nuestras hipótesis, nos pareció interesante analizar sus resultados y así pasamos a exponer los más relevantes.

La frecuencia en la muestra, tal y como indica la siguiente tabla es de 5,7%, que aunque es baja, es más alta que *expansión, encuadrar, elaboración, aumento progresivo, línea fina, y círculo sustituido por rayas.*

Tabla 7.71. Frecuencia del indicador constricción

INDICADOR EMOCIONAL	**Total**	**4º**	**5º**
constricción	5,7%	6%	5%

Teniendo en cuanta los dos cursos, se aprecia que en 4º obtiene un valor algo más alto que en el nivel siguiente, y esto podría hacernos suponer que tiene un componente más madurativo que emocional, pero es importante reseñar que no obtuvo correlación con inmadurez visoperceptiva.

Respecto a las demás variables, sólo comentaremos los resultados que han sido estadísticamente significativos.

Universidad de huelva 2010

Al comparar este indicador con el nivel socioeconómico nos encontramos que la diferencia es estadísticamente significativa entre el nivel bajo y alto ($F_{(2,719)}$= 4,78, p= 0,009) con una diferencia de -0,7.

Tabla 7.72. Comparación de medias en el I.E. constricción

N. socioec.	**Constricción**
Alto	**1,98**
Medio	1,93
Bajo	**1,91**
	F(2,719) = 4,78 **p= 0,009**

Lo mismo ocurre entre los dos tipos de colegios, donde el colegio concertado obtiene una media más alta que el colegio público.

Tabla 7.73. Comparación del indicador emocional y tipo de colegio.

Tipo de colegio.	Constricción
Público	**1,92**
Concertado	**1,98**
	$t_{(,720)}$ = -3,45 **p= 0,001**

Y esto se observa en los dos cursos, manteniendo el valor más alto en el colegio concertado

Universidad de huelva 2010

Tabla 7.74. Comparación de los indicadores emocionales por tipo de colegio y curso

I. EMOCIONAL	TIPO COLEGIO	4°	5°
Constricción	Público	**1,90**	**1,93**
	Concertado	**1,98** $t_{(370)}$ =4,50 **p= 0,012**	**1,99** $t_{(348)}$ =-2,58 **p= 0,010**

En la ubicación del colegio, son los colegios de la capital los que obtienen los valores más altos en la muestra total y en 5° de primaria, pero en 4° , las diferencias no son significativas.

Tabla 7.75. Comparación del indicador emocional por ubicación del colegio

UBICACIÓN DEL COLEGIO	Constricc.
Capital	**1,96**
Periferia	**1,92**
	$t_{(,720)}$=2,62 **p= 0,009**

Tabla 7.76. Comparación de los indicadores emocionales por ubicación del colegio y curso

I. EMOCIONAL	UBICAC.	4°	5°
Constricción	Capital		**1,98**
	Periferia		**1,91** $t_{(348)}$ =2,63 **p= 0,009**

Universidad de huelva 2010

Vemos que estos datos contradicen la idea expuesta anteriormente de maduración, y nos hace suponer que este indicador emocional es independiente de la maduración, pues hemos visto que se mantiene en el curso superior.

A nivel de rendimiento académico, sólo obtiene resultados significativos en las notas de las asignaturas de sociales y naturales, pero con valores muy bajos, como se puede apreciar en la siguiente tabla.

Tabla 7.77 Correlación significativa entre rendimiento y constricción

	Constricción
C.I.	
Capac.ntelectual	
Razonam. lógico	
Notas matemátic.	
Notas lengua	
Notas sociales	r =0,082* p =0,028
n. naturales	r =0,083* p =0,026
n. idioma	

Por otra parte, a nivel de personalidad sólo obtiene correlación con la variable psicoticismo del test de personalidad EPQ-J en 5º curso .

Tabla 7. 78. Correlación significativa entre psicoticismo y constricción.

	psicoticismo	Constricción
psicoticismo.		
Constricción	r=0,116*, p=0,034	

Universidad de huelva 2010

Según Koppitz (1986), este indicador puede ser un signo de moderada ansiedad que puede servir como elemento motivador para el aprendizaje, pero no estamos de acuerdo, pues psicoticismo no tiene relación con lo que señala Koppitz.

7.3. Análisis factorial

Como hemos podido observar en el punto anterior, existen correlaciones entre los resultados de las distintas pruebas y por ello nos planteamos realizar, como último análisis de los datos, un análisis factorial para ver si existen un grupo de variables latentes subyacentes, con significado común, que puedan explicar el máximo de información obtenida en nuestra investigación.

Para ello, en primer lugar es necesario saber si es factible realizar dicho análisis y como se observan en los datos de la siguiente tabla, el nivel de significatividad en la prueba de esfericidad nos da significativo (p=.000) y el valor estadístico de KMO es alto (.537); esto quiere decir que existen correlaciones entre los distintos ítems y que nos asegura la posibilidad de realizar adecuadamente dicho análisis con nuestros datos.

Tabla 7. 79. Medida de adecuación muestras KMO y prueba de Bartlett.

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,537
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1442,568
	gl	253
	Sig.	,000

En la siguiente tabla presentamos las comunalidades de las variables. Observando los datos nos encontramos que el indicador emocional *expansión* obtiene un valor muy bajo (.137), lo que quiere decir que este indicador apenas

Universidad de huelva 2010

correlaciona con las restante variables y que difícilmente se explica a través de los factores que aparezcan.

Tabla 7. 80. Comunalidades de las variables.

	Inicial	Extracción
orden confuso	1,000	,459
línea ondulada	1,000	,307
círculo por rayas	1,000	,474
aumento progresivo	1,000	,613
gran tamaño	1,000	,509
tamaño pequeño	1,000	,552
línea fina	1,000	,348
repaso	1,000	,404
segunda tentativa	1,000	,642
expansión	1,000	,137
encuadrar	1,000	,452
elaboración	1,000	,316
constricción	1,000	,342
colisión	1,000	,461
tachar exgaredo	1,000	,594
numerar	1,000	,382
separar	1,000	,472
neuroticismo	1,000	,654
extraversión	1,000	,640
psicoticismo	1,000	,645
conducta antisocial	1,000	,834
ansiedad estado	1,000	,512
ansiedad rasgo	1,000	,545

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Se ha utilizado el método de componentes principales que nos permiten resumir la información contenida en la matriz inicial de datos en una serie de factores.

En la tabla 7.81 se observan los porcentajes de varianza que explican cada uno de éstos, y así, los ocho primeros explican el 49% de la varianza total. Analizando se señala que el primer factor explicaría un 10,9%, el segundo un 6,3%, pero después los porcentajes disminuyen paulatinamente y con poca diferencia de valor entre ellos.

Esto nos lleva a centrarnos sólo en los ocho primeros factores, pues el incremento de un mayor número de ellos no supodrían un aumento de la varianza explicada

Universidad de huelva 2010

Tabla 7. 81.Porcentajes de varianza explicada.

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,513	10,924	10,924	2,513	10,924	10,924	2,380	10,347	10,347
2	1,452	6,315	17,239	1,452	6,315	17,239	1,418	6,167	16,514
3	1,379	5,996	23,235	1,379	5,996	23,235	1,384	6,019	22,533
4	1,266	5,502	28,737	1,266	5,502	28,737	1,277	5,554	28,088
5	1,224	5,321	34,059	1,224	5,321	34,059	1,269	5,519	33,607
6	1,204	5,233	39,292	1,204	5,233	39,292	1,250	5,435	39,042
7	1,138	4,946	44,238	1,138	4,946	44,238	1,161	5,049	44,091
8	1,115	4,847	49,085	1,115	4,847	49,085	1,149	4,994	49,085
9	1,077	4,685	53,770						
10	1,015	4,411	58,181						
11	,994	4,320	62,501						
12	,969	4,211	66,712						
13	,946	4,113	70,825						
14	,874	3,800	74,626						
15	,826	3,593	78,219						
16	,807	3,509	81,728						
17	,762	3,312	85,040						
18	,727	3,161	88,201						
19	,718	3,121	91,322						
20	,687	2,989	94,311						
21	,654	2,842	97,152						
22	,446	1,941	99,093						
23	,209	,907	100,0						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Con el objetivo de poder obtener una descripción más simple de las relaciones entre las variables y analizar la saturación de las mismas, recurrimos a la matriz de componentes rotados (rotación **varimax**).

Como se observa en la siguiente tabla (7.82) se obtuvieron los siguientes resultados:

Factor 1: neuroticismo, psicoticismo, conducta antisocial y ansiedad rasgo

Factor 2: *círculo sustituido por rayas, encuadrar, elaboración y numerar.*

Factor 3: extraversión y ansiedad estado (con signo negativo).

Factor 4: *segunda tentativa y tachar exagerado.*

Universidad de huelva 2010

Factor 5: *gran tamaño y tamaño pequeño* (con signo negativo).

Factor 6: *aumento progresivo y separar*

Factor 7: *línea ondulada, colisión, repaso* (con signo negativo) y *línea fina* (con signo negativo).

Factor 8: *orden confuso y expansión* (con signo negativo) y *constricción.*

Tabla 7. 82. Matriz de factores rotados.

	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
orden confuso	,010	,074	,117	,113	-,093	,078	,043	-,641
línea ondulada	,043	-,122	,024	-,111	-,099	,130	,493	,089
círculo por rayas	-,049	,644	-,017	,031	-,114	-,045	,062	-,190
aumento progresivo	,004	-,008	,069	-,062	-,017	,756	,148	-,098
gran tamaño	,011	-,108	-,025	-,039	,692	-,071	,076	-,075
tamaño pequeño	-,016	-,055	-,006	-,039	-,736	,025	,062	,033
línea fina	,059	-,104	,177	-,113	-,026	-,020	-,531	,080
repaso	-,053	,137	-,080	,114	,298	,224	-,412	,233
segunda tentativa	,071	,039	,129	,767	-,098	-,077	-,037	,115
expansión	,024	-,031	-,005	-,102	,049	-,087	-,021	-,338
encuadrar	,023	,650	-,097	,024	-,033	,062	-,090	-,072
elaboración	,094	,503	,150	-,090	,131	-,044	,029	,058
constricción	,042	-,070	,151	-,016	-,095	-,067	,079	,540
colisión	-,060	,042	,192	,090	,250	,066	,559	,179
tachar exgaredo	-,031	-,096	-,129	,738	,114	-,002	,056	-,081
numerar	-,010	,483	-,095	-,026	-,027	-,026	-,042	,368
separar	,030	-,027	-,093	-,017	-,059	,673	-,002	,062
neuroticismo	,767	,077	-,172	-,057	-,066	-,113	,096	-,025
extraversión	,021	-,007	,789	,071	-,005	-,095	,045	,006
psicoticismo	,741	-,036	-,078	,043	,048	,217	-,190	,026
conducta antisocial	,869	,010	,259	,046	,020	,060	-,064	-,040
ansiedad estado	,422	,031	-,535	,207	,023	-,040	,015	-,042
ansiedad rasgo	,525	,037	-,415	-,051	,043	-,201	,209	,082

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Universidad de huelva 2010

Las conclusiones básicas que se derivan de este análisis son los siguientes:

- No hemos encontrado un número significativo de variables latentes subyacentes que engloben conjuntos de las variables estudiadas en nuestra investigación y que expliquen las conductas de los sujetos.
- Con 8 factores sólo hemos podido alcanzar el 49% de la varianza total y el factor más explicativo no llega a alcanzar el 11% de la misma.
- En ninguno de los factores encontrados se aglutinan variables de personalidad/ansiedad e indicadores emocinales del test de Bender, lo que ratifica la independencia entre ellos; esto nos lleva a ser precavidos al presentar cualquier tipo de afirmación que asocie estas variables o intente descubrir un grado significativo de interrelación.
- Los factores 2, 4, 6 y 7 asocian los indicadores emocionales de Koppitz con los nuevos indicadores emocionales, lo cual confirman lo obtenido en las correlaciones entre ellos.

Estos análisis confirman la escasa relación que se establece entre las variables de los test de personalidad, el test de ansiedad y el test de Bender.

Una vez analizado los resultados, procederemos a la discusión de los mismos en el capítulo siguiente.

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

Capítulo 8

Discusión de los resultados.

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

Para hacer más fácil el desarrollo de este apartado vamos a estructurarlo en tres bloques: en el primero abordaremos todas aquellas hipótesis que giran alrededor del test de Bender y sus diferentes parámetros; en un segundo bloque se comprobarán las relaciones del test de Bender con el test de personalidad EPQ-J y el test de ansiedad infantil STAIC; y en un tercer bloque se analizara las hipótesis que relacionan el test de Bender con las variables del cuestionario del profesor-tutor.

8.1. TEST DE BENDER

1° Hipótesis

La primera hipótesis afirmaba la existencia de **una relación entre el número de errores visoperceptivos y el número de indicadores emocionales**, es decir, que a mayor número de errores visoperceptivos, más indicadores emocionales.

Según Bender (1938, 1967) los trastornos emocionales que se producen en la infancia puede tener su origen en una desorganización temprana de las funciones mentales, una de las cuales es la visomotriz, así en relación al test Gestáltico, el desajuste emocional representa un fracaso en el proceso de acomodación del impulso motor a la organización del dibujo; este fracaso puede ser atribuido a un deterioro de dicha integración.

Posteriormente Simpson (1958) plantó la hipótesis de que los niños con problemas emocionales no son distintos de otros niños en la coordinación ni en la percepción, pero se detectan alteraciones en la percepción visomotriz como consecuencia de esos trastornos emocionales.

Koppitz (1981) señala que los niños con problemas perceptivos visomotrices desarrollan actitudes negativas y una inadaptación emocional. Así establece que "los niños con una percepción visomotriz inmadura o defectuosa, no sólo tienden a presentar problemas de aprendizaje sino que también tienen una incidencia

Universidad de huelva 2010

mucho mayor de problemas emocionales que los niños cuya percepción visomotriz funciona normal" (p. 164).

En nuestro estudio hemos observado una relación estadísticamente significativa entre ambas variables en la muestra total (r=.126**, p=.001), la cual aumenta en 4° de primaria (r=.171**, p=.001), pero en 5° ya no se obtiene significatividad. Hemos de reconocer que aunque existe relación esta es muy baja.

Analizando los distintos indicadores emocionales sólo algunos de ellos obtienen correlaciones estadísticamente significativas: *orden confuso* (r=-.156**, p=.000), *línea ondulada* (r=-.122**, p=.003), *círculo sustituido por rayas* (r=-.078*, p=.035), *repaso* (r=-.084*, p=.024), y *elaboración espontánea* (r=-.155**, p=.000); y comparando los dos cursos, los indicadores *orden confuso*(r=-0,197**, p=000; r=-0,107*, p=045), *línea ondulada* (r=-0,122*, p=018; r=-0,110*, p=039) *y elaboración espontánea* (r=-0,161**, p =0,002; r=-0,133*, p=0,013) se dan en ambos pero con valores muy bajos. Dentro de los nuevos indicadores sólo *separar* obtiene una relación estadísticamente significativa (r=0,144**, p=007).

Estos datos coinciden con Morrongiello (1990) que encontró en su investigación que todas las correlaciones entre la escala de desarrollo e indicadores emocionales eran muy bajas.

En este mismo sentido se manifiesta Viotti (1982) que encontró que los niños con trastornos emocionales cometían más errores visoperceptivos que los niños normales.

Teniendo en cuenta la aseveración realizada por Koppitz y, aunque no era una hipótesis que nos hayamos planteado, hemos analizado la correlación entre los errores visoperceptivos, los datos obtenidos en el **del test de personalidad** y del **test de ansiedad**; los resultados correlaciona, con *psicoticismo y ansiedad estado*; en 5° de primaria aumentan las correlaciones en **el test de personalidad** con la variable *neuroticismo y extraversión* y en **el test de ansiedad** correlaciona con las dos escalas.

Esto nos lleva a estar de acuerdo con Koppitz y a plantearnos la importancia de un buen desarrollo visoperceptivo como un elemento más para lograr una adecuada estabilidad emocional, pero siempre teniendo en cuenta que este factor sólo no es suficiente para adquirir dicha estabilidad, y así, si el niño tiene problemas visoperceptivos a una edad en la que ya debería haberlos superado,

Universidad de huelva 2010

puede acarrearle consecuencias negativas para su integración escolar; al igual que los problemas emocionales generan problemas en el desarrollo visoperceptivo.

2º Hipótesis

La segunda hipótesis plantea **la relación entre rendimiento académico e indicadores emocionales,** y más concretamente, que niños con un nivel de rendimiento más bajo, tendrían más indicadores emocionales.

En este punto debemos hacer una doble lectura, pues tenemos dos datos distintos referentes al rendimiento académico: uno dado por **el test "g" de Cattell** y otro dado por las **notas escolares** obtenidas por los alumnos en el primer trimestre del curso.

Para ser más exactos y rigurosos, debemos plantearnos que los valores del test "g" de Cattell nos muestra un valor estandarizado de inteligencia, mientras que las puntuaciones dadas por los profesores, son más globales y nos hablan de la consecución de unos objetivos mínimos que deben adquirir los alumnos en clase.

Antes de analizar estos datos por separado, quisimos comprobar si había relación entre los datos obtenidos por el test psicométrico y el valor dado por el profesor en la variable de capacidad intelectual y razonamiento lógico. Los datos han demostrado relación entre la variable C.I del test "g" de Cattell y las dos variables dadas por el profesor (aunque éstas dos variables del profesor obtienen entre sí correlaciones más altas, [r=.862**, p=000]). Vemos que sí existe cierta concordancia entre la variable inteligencia y lo que denominan los profesores inteligencia (r=.379**, p=000).

Los resultados entre rendimiento e inestabilidad emocional muestran que no existe relación entre ésta y el resultado del test de inteligencia ni el valor dado por el profesor en razonamiento lógico, pero sí existe relación negativa con la variable capacidad intelectual (r=-.076*, p=034), y al igual que Savering (1968) que demostró que los signos emocionales del test de Bender de los alumnos de infantil estaban relacionados con las calificaciones de los profesores en "competencia para el trabajo: nivel de actividad, agresividad, temor, cambios de humor, estabilidad, sociabilidad y espontaneidad".

Universidad de huelva 2010

Respecto a las notas de los alumnos, sí encontramos relación entre ambas variables, pero sólo con las asignaturas de lengua (r=-0,102**, p=.006) e idioma (r=-0,104**, p=.005) no obstante esto sólo se mantiene en 5º de primaria (lengua [r=-0,115* p=.031], idioma [r=-0,116*, p=.030]), pues en 4º no obtienen ninguna correlación estadísticamente significativa.

Autores como Walter y Streff (1973) hallaron que la ejecución y los signos emocionales del test de Bender estaban relacionados con las calificaciones del profesor en "confianza en sí mismo y autocontrol" en alumnos de los primeros cursos de primaria. En cambio Dibner y Korn (1969) no hallaron relación significativa entre los resultados escolares y los indicadores emocionales en edades que van desde los 3 hasta 10 años.

En este mismo sentido Ackerman et al. (1971) encontraron resultados similares, pues los indicadores emocionales no fueron capaces de discriminar entre alumnos con y sin problemas de aprendizaje y Hammer (1967) tampoco encontró correlaciones entre niños con problemas emocionales y dificultades de lectura.

Analizando qué tipo de indicadores emocionales obtenían datos significativos, observamos que han sido *orden confuso* con capacidad intelectual (r=.076*, p=.042) y lengua (r=.079*,p=.035); *tamaño pequeño* con idioma (r=.079*, p=.033), lo cual parece que nos remite a la importancia de llevar un orden lógico, una estructuración y secuenciación, pero también debe haber una cierta maduración psicológica, tanto a nivel de desarrollo cognitivo como emocional a la hora de ir aprendiendo nuevos conceptos o procedimientos.

Analizando por cursos, nos centraremos en 5º, que es donde se observa que son los indicadores *orden confuso* (matemáticas [r=0,136*, p=0,011], sociales [r=0,109*, p =0,042] y naturales [r=0,106*, p=0,048]), *línea ondulada* (capacidad intelectual [r=0,134*, p=0,012], razonamiento lógico [r=0,164**, p=0,002], las notas de matemáticas [r=0,166**, p=0,002], lengua [r=0,131*, p=0,014], sociales [r=0,139**, p=0,009], naturales [r=0,141**, p=0,008] e idioma [r=0,096*, p=0,041]), y *tamaño pequeño* (capacidad intelectual [r=0,106*, p =0,047], matemáticas [r=0,110**, p =0,026], lengua [r=0,128*, p =0,017], idioma [r=0,149**, p =0,005]), los que obtienen mayor número de correlaciones, pero es importante reseñar que son todos valores muy bajos. Esto parece indicar que es necesario una cierta tensión, introversión y plasticidad, así como una cierta planificación y una cierta madurez del control visoperceptivo

Universidad de huelva 2010

para poder ir adquiriendo los aprendizajes necesarios para el desarrollo cognitivo.

En esta misma línea Ackerman et al. (1971) encontraron que el indicador emocional *orden confuso* era significativamente más frecuente en niños de 8 a 11 años con problemas de aprendizaje.

En una investigación realizada por Walraven (1967) se encontró la existencia de relación entre tamaño de los dibujos y el resultado en lectura, pero los resultados no fueron concluyentes, pues aunque sí encontró relación entre tamaño pequeño y rendimiento en la prueba Slosson Oral Reading Test, no ocurría lo mismo con la prueba de rendimiento, ni con las puntuaciones del test de lectura

En un estudio con dos muestras de niños con/sin problemas de rendimiento escolar, se observaron que el patrón de diferencias en la ejecución del test de Bender en los dos grupos, lo que sugiere una clara asociación entre bajo rendimiento y problemas de adaptación, pero sólo en el grupo de bajo rendimiento (Marfuno et al., 1997)

En un trabajo con niños con TDA-H aparecieron más indicadores emocionales que en el grupo control, y los que obtuvieron mayor frecuencia fueron *línea ondulada, tamaño grande y pequeño, repaso y segundo intento* (Martínez Zarandona, 2003).

Pero no solamente encontramos datos en el test de Bender sino que los estudios comunitarios encuentran asociada la psicopatología con el bajo rendimiento de tal manera que los trastornos presentan una doble frecuencia entre los niños con bajo rendimiento.

Mitchell y Shepherd (1966) demostraron la conexión entre psicopatología y bajo rendimiento escolar. Los trabajos posteriores también confirman esta asociación (Rutter et al. 1970; Rutter et al. 1974; Richaman et al., 1982; Verhulst, 1985; Rutter, 1989).

En nuestro país, Portellano (1989) verifica que el 34% de los niños que presentan fracaso escolar muestran trastornos emocionales, los cuales también pueden actuar como posible causa del rendimiento académico bajo y Rutter et al. (1970) comprueban que el bajo C.I. incrementa de manera notoria el riesgo de alteración psiquiatrica.

Universidad de huelva 2010

Las alteraciones neuróticas y de comportamiento son más frecuentes en los niños con retraso educativo o de lectura y estas alteraciones pueden dañar la actividad intelectual (Rutter et al, 1970). En este mismo sentido se expresan Ausubel y Sullivan (1983) donde los resultados de sus investigaciones indican una cierta correlación negativa, baja, pero significatividad entre ansiedad e inteligencia

Llaberia y Polaina-Lorente (1990) encontraron que el rendimiento escolar era significativamente más bajo en los niños deprimidos y les afectaba más los acontecimientos vitales negativos del ámbito escolar que del propio ámbito socioeconómico.

En un estudio realizado por Rivas Terán (1995) señala que la relación que se establece entre psicopatología y bajo rendimiento intelectual afecta a los trastornos de conducta pero no a los trastornos emocionales.

Diversos autores (Bower, 1970; Farrington, 1978; Rutter y Giller, 1983; West, 1982) han comentado que existe un cierto acuerdo en los profesores en asociar los síntomas de alteración de conducta con el bajo nivel intelectual, y en los estudios que enlazan la alteración de conducta con el bajo nivel intelectual y las dificultades de aprendizaje, pero como señala Rivas Terán (1995) la explicación podría ser que el bajo nivel intelectual interfiera en la capacidad general de aprendizaje y que limita la habilidad para aprender normas y conductas adecuadas.

Aunque no existan datos concluyentes acerca de la relación entre inestabilidad emocional y rendimiento académico, estamos de acuerdo con Domínguez et al (1984) y Rivas (1984) en que lo más probable es que la inestabilidad emocional actúe como causa y/o consecuencia, y así podría ser la causa del bajo rendimiento, pues los síntomas de los trastornos afectivos pudieran interferir en la actividad intelectual generando fracaso escolar, pero en otros casos el bajo rendimiento escolar produciría en el alumno baja autoestima y cogniciones pesimistas que pueden llevarlo a trastorno emocional

A la vista de los resultados de nuestra investigación, esta hipótesis no es válida, pero podríamos concluir diciendo que es mas probable que el test de Bender es más sensible con datos cualitativos que cuantitativos a la hora de relacionarse con variables cognitivas.

Universidad de huelva 2010

3° Hipótesis

Nuestra tercera hipótesis se centra en las figuras del test Bender y así nos planteamos que las **figuras 3, 4, 6 y 7 obtendrán más indicadores emocionales**, pues como señalan diversos autores vistos en el marco teórico, son las últimas en ser dibujadas correctamente y son vividas por los niños como más difíciles que las demás.

En nuestro caso, la hipótesis se cumple a medias, pues sí es cierto en el caso de las figuras 3 (r=-0,118**, p =0,002), y 7 (r=-0,097**, p =0,009), pero no así en el caso de las figuras 4 y 6.

Según los estudios de Bender, los niños a los 8 años pueden conseguir la figura 6 y a los 10 años sólo tendrían dificultades con la figura 3.

En la investigación de Gutiérrez (1980) se encuentra que la lámina 7 es la que resulta más difícil a toda su muestra (de 5 a 12 años), pero a los niños de 11-12 años, las figuras con mayor grado de dificultad son las figuras 7 y 8, después las figuras 5, A y 4, mientras que las más fáciles son las figura 3, 6, 2 y 1.

En el trabajo de Cruz Sáez (1996) son las figuras 1 y 2 las más fáciles mientras que las figuras 7 y 8 las más difíciles, concretamente para los años 7 y 8 las figuras 8, 7, 6 y 5 son más difíciles; las figuras 4 y 3 son de una dificultad media y las figuras más fáciles son la 2, A, y 1.

Los resultados muestran que todas las correlaciones estadísticamente significativas son muy bajas y que se produce una clara diferencia entre ambos cursos, pues mientras en 4° de primaria las figuras 1 (r=-0,120*, p =0,021), 3 (r=-0,142**, p =0,006) y 5 (r=-0,156**, p =0,003) si tienen relación con la variable **inestabilidad emocional**, en 5° sólo la figura 1 (r=-0,144**, p =0,007) lo mantiene, y aparece la figura 7 (r=-0,139*, p =0,009), así vemos que las figuras que son vividas como mas complicadas de dibujar pueden provocar más tensión en su realización.

Analizando cuáles son estos indicadores emocionales, nos encontramos con *orden confuso*, que aparece en la mayoría de las figuras (figura A [r=.095* ,p=.011], Figura 1 [r=.103**, p=.006], Figura 2 [r=.081*, p=.030], figura 4 [r=.074*,p=.045], figura 5 [r=.100**,p=.007], figura 6 [r=.121**,p=.001],y figura 7 [r=.102**,p=.006]), mientras que *elaboración* se encuentra en las

Universidad de huelva 2010

figuras 3 (r=.128**, p=.001), 5 (r=.080*, p=.032), 6 (r=.086*, p=.021), y 7 (r=.094*,p=.012), *expansión* con las figuras A (r=0,109**, p =0,003), 4 (r=0,074*, p =0,048) y 6. (r=0,085*, p =0,023), el indicador *segunda tentativa* aparece sólo en las figuras 5 (r=0,095*, p =0,011), y 8 (r=-0,088*, p =0,018),

Se puede plantear que las figuras geométricas de las tarjetas 3, 5 6 y 7 son más proclives a que el niño haga analogías con objetos que conoce para así facilitar sus dibujos, mientras que la figura A, quizás por ser la primera, la realiza más grande sin tener en cuenta que tendrá que dibujar más; y la figura 6, al estar compuesta por dos figuras sinusoidales, tiende a expandir el dibujo.

Respecto a los nuevos indicadores, *separar* correlaciona significativamente con las figuras 3 (r=-0,105**, p =0,005), 5 (r=-0,075*, p =0,045) y 8 (r=-0,108**, p =0,004); la explicación puede ir en la dirección de intentar establecer límites entre las figuras formadas por puntos y el siguiente dibujo.

Analizando por cursos lo primero que llama la atención es que en 4º casi todas las figuras obtienen al menos un indicador emocional (excepto la figura 2 que no obtiene ninguno), mientras que en 5º son las figuras 2, 3, 4, 5 y 8 las que no obtienen correlaciones, lo que lleva a plantear de nuevo la hipótesis de maduración para explicarlo, pues según aumenta la edad, disminuye el número de figuras que son vistas como difíciles y también disminuye el número de indicadores emocionales en las distintas figuras. Los dos indicadores que aumentan su frecuencia en 5º son *orden confuso y elaboración* y aparecen dos de los nuevos indicadores: *separar* en las figuras 3 (r=-0,180**, p =0,001),, 5 (r=-0,134*, p =0,012), 7 (r=-0,107*, p =0,046) y 8 (r=-0,226**, p =0,000); y *tachar exageradamente* en la figura 1(r=-0,111*, p =0,039).

Watkins et al. (1975) utilizando el sistema de puntuación de Plenk en el test de Bender encontró diferencias en las figuras 4, 5 y 8 entre el grupo de niños con problemas emocionales y el normal; la figura 1 fue la figura más fácil de reproducir para todos los niños.

Podríamos plantear que existe una doble explicación, pues por una parte, todavía no han conseguido trabajar con una planificación en las tareas (orden confuso), pero a la vez necesitan demostrar que son capaces de realizarlo con una cierta coherencia y se valen de elementos externos, como separar la figuras para no mezclar unas figuras con otras y provocar una sensación de orden y buena realización.

Universidad de huelva 2010

4° Hipótesis

Nuestra cuarta hipótesis planteaba que las **categorías de error de *distorsión, integración y rotación* obtendrían mayor número de indicadores emocionales**.

No se confirma pues no se obtiene ninguna correlación estadísticamente significativa en ninguno de los dos cursos con el número total de indicadores emocionales.

A nivel de indicadores emocionales obtenemos que distorsión correlaciona con *orden confuso* (r=.097**,p=.009), *segunda tentativa* (r=-0,083*,p=.026) *y elaboración* (r=.118**,p=.002); perseveración con *orden confuso* (r=.103**,p=.006), *línea ondulada* (r=.108**, p=.004), *círculo sustituido por rayas* (r=.107**,p=.004), *repaso*(r=-0,076*,p=.040) *y elaboración* (r=.207**,p=.000), e integración con *orden confuso* (r=.133**, p=.000), *círculo sustituido por rayas*(r=.076*,p=.041) *y elaboración* (r=.102** p=.006), pero con valores muy bajos.

Analizando por cursos vemos que al igual que pasaba en la hipótesis anterior, el número de indicadores en 5° de primaria ha descendido en un 50%. Las correlaciones que se mantienen en los dos cursos son integración con *orden confuso* (r=0,133*, p =0,013), y perseveración con *elaboración* (r=.200**,p=.000 y en 5° r=0.218**, p<0.05). Los nuevos indicadores *numerar* (r=.106*,p=.048) *y separar* (r=-0,116*,p=.030), correlacionan con distorsión.

En cambio, en la investigación de Byrd (1956), Pascal y Suttell (1951) se obtiene que la rotación es uno de los errores que caracterizan a los sujetos con trastornos emocionales y Patel y Babucha (1972) encuentran que es un error bastante frecuente en los grupos de sujetos que sufren trastornos emocionales.

Mermin (1977) encontró que los resultados de sus investigaciones no apoyaban la relación entre las distorsiones de las figuras A, 4 y 7 y problemas en la relaciones sociales y con las figuras paterna y materna; sin embargo el autor plantea que no es debilidad del test de Bender sino de ser demasiado específico en la interpretación y no tener en cuenta la globalidad de la prueba.

Se han dedicado muchas investigaciones a la categoría de error de *rotación* y así para Byrd (1956), Pascual y Suttell (1951) es uno de los errores que caracteriza a los sujetos con trastornos emocionales , pero para Bensberg (1952), Koppitz

Universidad de huelva 2010

(1976), Bender (1938), Shapiro et al. (1957), Patel y Babucha (1972) es un indicador de daño cerebral

Otras investigaciones se han centrado en los errores de *perseveración* (Koppitz, 1976; Bender, 1938; Weiss, 1959), o en los fallos en la *integración* de las partes (Mecke, 1969; Wevetzer, 1959; Koppitz, 1976) o *distorsión* de la forma (Koppitz, 1976; Baroff, 1957; Barnes, 1950 y Beck, 1959, todos ellos citados en Gutiérrez, 1984) como características de trastornos emocionales pero también de daño orgánico.

En su investigación en niños de 4 a 8 años, Sáez (1996) demuestra que la variable reactividad temperamental presenta bajas correlación con todas las categorías de error. Sólo a la edad de 6 años obtienen correlaciones significativas con todas ellas (menos con sustitución), pero a los 8 años sólo *rotación* obtienen una moderada correlación.

En esta misma línea, Gragiulo (2003) aplicó el test de Bender a pacientes esquizofrénicos agudos y crónicos y observo que en los primeros presentaron más *distorsiones y rotaciones* mientras que el grupo de los crónicos obtuvieron más *perseveraciones.*

La explicación a estos datos, sería análoga al punto anterior, recordando en todo momento la importancia del control psicomotriz y la maduración visoperceptiva y no tanto la estabilidad emocional.

5º Hipótesis

En esta hipótesis nos planteamos **la existencia de diferencias de género respecto al número de indicadores emocionales.**

Los datos aportados por distintas investigaciones señalan que los índices más altos de *depresión y ansiedad* se obtienen en las adolescentes (Achenbach y Edelbrock, 1981; Kaplan et al. 1984; Anderson et al, 1987; Canals y Doménech, 1990; Doménech y Polaina, 1990; Lemos et al, 1992).

Rutter et al. (1970) hallaron que en las niñas existe una mayor prevalencia hacia *los trastornos neuróticos.*

Universidad de huelva 2010

Pero en contraposición, los estudios comunitarios que han analizado la influencia del sexo en los trastornos infantiles, no han encontrado diferencias significativas; no obstante, los niños obtienen en general, puntuaciones medias más altas que las niñas (Rivastevan, 1995). Estos datos coinciden con los resultados de McGee et al. (1984) quienes no encuentran diferencias significativas.

Nuestro estudio coincide con estas últimas investigaciones, pues aunque la media del total de errores es ligeramente más alta en los varones no es estadísticamente significativa ($t_{(720)} = -1,067$, $p = 0,286$). En este mismo sentido se manifiestan Lis, Venuti, Rossi y Tallandini (1990) donde los varones presentan una frecuencia de indicadores emocionales más alta que las mujeres y en esta misma línea, Hammer (1967) encontró diferencias significativa en los indicadores emocionales entre niños y niñas de primeros cursos de primaria.

Otros estudios encuentran que los varones presentan una prevalencia más alta en los trastornos del desarrollo (enuresis, alteración del lenguaje, etc.), los cuales son más frecuentes cuanto más pequeño es el niño (Gross y Dornbusch, 1983).

En la misma línea de investigación encontramos la revisión efectuada por Gould et al (1981) donde informan que en la mayoría de los trabajos el índice de maldaptación es mayor en los varones

Otra referencia que nos parecer interesante es la que hace Robert Eme (1979) al señalar que en los trastornos adaptativos la prevalencia es más alta en los varones, tanto en las poblaciones en tratamiento como comunitarias, pero esta diferencia no se manifiesta hasta la edad escolar.

Respecto a los distintos indicadores emocionales se obtiene que sólo *orden confuso* (las mujeres puntúan más alto [$t_{(720)} = -1,981$, $p = 0,048$], *tamaño pequeño* [$t_{(720)} = 2,239$, $p = 0,025$]) y *repaso* (los varones puntúan más alto, [$t_{(720)} = -2,167$, $p = 0,031$]) consiguen diferencias significativas.

A nivel de cursos, encontramos diferencias estadísticamente significativas en 5° y en los mismos indicadores emocionales mencionados en el párrafo anterior (*tamaño pequeño* [$t_{(348)} = -2,528$, $p = 0,012$] y *orden confuso* [$t_{(348)} = 2,464$, $p = 0,014$], donde los varones puntúan un poco más alto que las mujeres, y *repaso* [$t_{(348)} = -2,665$, $p = 0,008$]); así parece que las mujeres puntúan más alto en indicadores de *ansiedad y timidez* mientras que los varones lo hacen en *impulsividad y conductas disruptivas.*

Universidad de huelva 2010

Diferentes estudios como los de Last, Hersen y cols. (1987), Strauss (1988) y Last (1991) señalan que mientras que en los trastornos de ansiedad por separación y trastornos de ansiedad excesiva no existían diferencias respecto al sexo, sí lo había a favor de las mujeres en trastornos de evitación.

En las diversas investigaciones que han tratado el tema de la prevalencia de los trastornos de ansiedad respecto al sexo nos encontramos con Anderson y cols. (1987) que confirman una proporción niños/niñas era de 1,7:1 en el trastorno por ansiedad excesiva; en el trastorno de negativismo era de 2,2:1; en los trastornos de conducta tipo agresivo era de 3.2:1; mientras que en la angustia de separación (0,4:1), la fobia simple (0,6:1) y la fobia social (0,2:1) se cambiaba la proporción.

Los datos aportados por distintas investigaciones arrojan que los trastornos psicóticos, que se valoran a través del estudio del autismo, muestran una frecuencia mayor en el varón, en proporciones que oscilan desde 2:1 hasta 4:1 (Goldfarb, 1970; Kanner, 1973; Rutter, 1978).

En las investigaciones realizadas por Masi et al. (1990) señalan que la distribución de la frecuencia en los trastornos de ansiedad es de 2 mujeres por 1 hombre y en este mismo sentido, Alcalde (1991) señala en su investigación, que los trastornos de conducta y afectivos son más frecuentes en varones a las edades de 8 a 13 años, pero que la ansiedad, como rasgo, se halla más frecuente en las mujeres en el mismo rango de edad.

En una revisión de 6 trabajos de los años 1985 a 1989 sobre ansiedad en niños desde los 5 a los 19 años se encontraron que los trastornos de ansiedad eran más frecuentes en las mujeres que en los varones y estudios posteriores demuestran que existe una alta evidencia en cuanto a que las mujeres manifiestan más miedos y con más intensidad que los varones (Bragado et al, 1991).

Encuestas epidemiológicas, realizadas sobre muestras clínicas, coinciden que las niñas suelen tener un porcentaje más alto, sobre todo en la categoría fóbica y trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia, según el DSM-III (Abey Masvi, 1981; Anderson y col., 1987; Reeves y cols., 1987; Kashani y Orvaschel, 1990, citados en Palenques, Lachal y Coudert, 1994).

En un estudio de García-Villamisar et al. (2002) sobre el test MASC-SV (*Multidimensional ansiety scale for children*, versión española) las niñas obtuvieron puntuaciones más elevadas que los niños en el factor general de ansiedad social.

Universidad de huelva 2010

Respecto a problemas conductuales, Ferry y Quay (1971, citado en Kazdin,1988) señalan **que existen diferencias de género con respecto a conductas antisociales**, pues en los varones se daban frecuentemente en *peleas, negativismo, alborotos y desobediencias*, mientras que en las mujeres, los síntomas eran más del tipo neurótico, como por ejemplo, *timidez, hipersensibilidad y quejas somáticas.*

También Maccoby y Jacklin (1974), y Smith y Green (1975) confirman las variaciones en el tipo de agresión según el sexo; y en esta misma línea, Graham (1979) y Offord y Boyle (1986) señalan que en los trastornos de conducta la proporción es de tres varones por cada mujer.

Los estudios efectuados en la etapa escolar de infantil, indican que los niños son más agresivos que las niñas (Ausubel y Sullivan, 1983).

Existe una mayor frecuencia del comportamiento agresivo en los varones, tanto en la conducta delincuente como en la no delincuente (Wolf, 1977) y en los síntomas externos en general (Anthony, 1970).

Con respecto a esta idea, la literatura especializada señala que la proporción de varones que manifiestan conductas antisociales es superior a las mujeres, y los diferentes estudios epidemiológicos nos señalan que la prevalencia es de 3 niños por 1 niña (Graham, 1976; Silva, Martorell y Clemente, 1986a, 1986b)

En estudio realizado con niños de 11 a 18 años se obtuvo que en los niños el porcentaje de conductas problemas fue de 44,5% y mientras que en las niñas era del 46,7%; los niños obtuvieron puntuaciones más altas en síntomas de conducta y las niñas en síntomas emocionales y que las niñas manifestaban más conductas socialmente deseables que los niños (Lemos, Hidalgo, Calvo y Menéndez 1992, citados en Rivas Terán, 1995).

Otras investigaciones manifiestan que en las habilidades de aprendizaje hay una preponderancia masculina en los trastornos del desarrollo, en el retraso mental en la hiperactividad y en el comportamiento antisocial (Rivas Terán, 1995).

Parece que existe una división en los trastornos emocionales dependiendo del sexo, así las **mujeres puntúan más alto en trastornos como la ansiedad**, mientras que **los varones señalan la impulsividad y conductas agresivas.**

Estos resultados coinciden con los datos obtenidos en nuestra investigación Estamos de acuerdo con Hoffman (1977) cuando sostiene que los

Universidad de huelva 2010

padres todavía tienden a presionar más a los hijos del sexo masculino, siendo la decepción mayor sin no logran sus objetivos y con Gove y Herb (1974) con su explicación de factores sociales, sobre el aumento de la prevalencia de conductas de ansiedad para las mujeres, pues el rol sexual femenino sería más estresante para las niñas que perciben sus actuaciones más dependientes de las acciones de otros.

Pero también estamos de acuerdo con la idea que exponen Rutter, Giller y Hagell, 2000) *"los varones y mujeres difieren poco en su tendencia a entrar en conflictos interpersonales y a mostrar relaciones interpersonales gravemente perturbadas (aunque dejan ver estas dificultades de maneras ligeramente distintas"* (pp. 367-368).

Se debería seguir investigando, pues es notorio el progresivo aumento de la violencia entre iguales y cómo se está volviendo esta situación más completa y multiproblemática, y como veremos más adelante, el test de Bender es un buen detector de conductas antisociales.

6º Hipótesis

La hipótesis planteada fue de que **no existirían diferencias en el número de indicadores emocionales dependiendo del nivel socioeconómico.**

Esta hipótesis se confirma con los resultados obtenidos, pues aunque existen diferencias, sobre todo entre los niveles extremos, donde el nivel alto obtiene puntuaciones ligeramente más elevadas que el nivel bajo, no son estadísticamente significativas ($F_{(2,720)}$ =1,957, p= 0,142).

En cambio Hammer (1967) encontró diferencias significativa en los indicadores emocionales entre alumnos carenciales y de clase media.

Como señalan Ziv y Luz (1973) observaron un grado de ansiedad más elevado entre los niños de nivel socioeconómico bajo, independiente del sexo. En este mismo sentido Last y cols. (1987) señalan que depende del tipo de ansiedad, así el trastorno de angustia de separación se produce más a menudo en familias con un nivel bajo, contrariamente al trastorno por ansiedad excesiva y fobia escolar, donde la mayoría son del nivel medio-alto, mientras que Llabería, y Polaino

Universidad de huelva 2010

(1990) encontraron que la clase social y la depresión no aparece asociada de forma significativa en niños de 8 a 12 años.

Analizando por cursos, se mantiene los resultados anteriores, pero es importante reseñar que mientras en los niveles socioeconómico alto y medio descienden las medias de sus puntuaciones de inestabilidad emocional de 4º a 5º, no ocurre igual con el nivel socioeconómico bajo.

Respecto a los distintos indicadores emocionales se observa que el nivel socioeconómico alto obtiene valores más elevados en *gran tamaño* ($F_{(2,720)}$= 6,04, p= 0,002) *y tachar exageradamente* alto ($F_{(2,720)}$=4,29, p=0,014); el nivel medio obtiene valores altos con el indicador *orden confuso* ($F_{(2,720)}$=14,70, p= 0,000), y el nivel bajo con *segunda tentativa* ($F_{(2,720)}$= 8,99; p=0,002).

Esto puede sugerir que el nivel socioeconómico alto se relacione con conductas disruptivas, mientras que el nivel bajo con conductas impulsivas y de ansiedad.

Estos resultados no coinciden con los estudios de Davie, Butler y Goldstein (1972); Achenbach y Edelbrock (1981) que hallaron que el nivel socioeconómico del padre se relacionaba con la conducta del hijo, siendo el nivel de alteración más alta en los niños de economía baja.

En este mismo sentido Remsschmidth et al. (1977) señalan que quizás los padres de bajo nivel social sean más tolerantes con la agresividad de sus hijos.

Los datos aportados por las distintas investigaciones indican que es más probable encontrar trastornos emocionales en niveles socioeconómicos más bajos, especialmente el trastorno de conducta y problemas de aprendizaje (Rutter et al., 1974; Richman et al., 1982).

Rutter (1979) lo explica diciendo que los niños expuestos a multitud de estrés tienen un riesgo psiquiátrico mayor, y los niveles sociales más bajos, tiene más probabilidad de padecer situaciones estresantes.

Esto nos hace plantear, con mucha precaución, si en el nivel socioeconómico alto se le da más importancia a la planificación y la sistematización, mientras que en los niveles medios es más importante la proporción de las cosas a las diversas situaciones y la adecuación al medio que le rodea.

Universidad de huelva 2010

7º Hipótesis

En esta hipótesis nos planteábamos si **existirían diferencias entre los colegios que están en la capital y los que están en la periferia o cinturón de la ciudad.**

Los datos demuestran que la media del total de los indicadores emocionales es más alta en los colegios de la capital ($t_{(720)}$= 3,754, p= 0,000).

Analizando por cursos se detectó que esta diferencia sólo es significativa en el nivel de 5º de primaria, donde se observó que en los colegios de la capital aumenta la media de errores de un curso a otro, mientras que ocurre lo contrario en los colegios de la periferia $t_{(348)}$= 3,86, p= 0,000).. En este mismo sentido se manifiestan una serie de estudios epidemiológicos sobre trastornos emocionales, donde encontraron un 2,5% de prevalencia entre niños de menos de 13 años en comunidades urbanas, pero este valor se elevaba entre los niños de las grandes ciudades (Rutter y cols., 1970; Rutter 1973). Vikan (1985) también obtiene índices más saludables en la población rural.

A nivel de indicadores emocionales, encontramos que *orden confuso* ($t_{(720)}$=-6,342, p=0,000), *aumento progresivo* ($t_{(720)}$=-2,404, p=0,016) y *tamaño pequeño* ($t_{(720)}$=-3,806, p=0,000), obtienen valores más altos en los colegios periféricos, mientras que *gran tamaño* ($t_{(720)}$= 4,363, p=0,000), puntúa más alto en los colegios de la ciudad.

Comparando ambos cursos, se observa la tónica general de disminución de indicadores emocionales en 5º de primaria.

Los estudios que analizan las diferencias entre urbano y rural han encontrado un nivel de salud mental más satisfactorio en los niños que viven en un ambiente rural (Rivas Terán, 1995). Connell et al. (1982) en sus investigaciones en Australia, encuentran los mismos resultados.

La explicación que Cullen et al. (1966) dan para este hecho es que las familias con problemas mentales son las que primero van a las ciudades, pero nosotros creemos, al igual que Rivas Terán (1995) que el medio rural puede ofrecer una entorno más estable para los hijos, una red social más extensa y posibilita más facilidades para actividades lúdicas y creativas.

Universidad de huelva 2010

8° Hipótesis

Nuestra siguiente hipótesis era **determinar si existirían diferencias entre los indicadores emocionales y colegios públicos y concertados.**

Los datos nos muestran que sí existen diferencias, siendo el colegio concertado el que tiene una media más alta en inestabilidad emocional ($t_{(720)}$=-2,416, p= 0,016) y esto ocurre en los dos cursos ($t_{(370)}$=-1,488, p= 0,133 en 4° y $t_{(348)}$=-1,898, p= 0,058 en 5°).

Analizando los indicadores emocionales, nos encontramos que en el colegio público obtiene valores más elevados en *orden confuso* ($t_{(720)}$= 5,006, p= ,000), mientras que en los colegios concertados lo obtienen el indicador emocional, *gran tamaño* ($t_{(720)}$=-2,694, p=0,007).

En el trabajo de Cruz Saez (1996) no encuentra diferencias significativas entre ambos tipos de colegios.

Sería aconsejable para futuras investigaciones, tener en cuenta los valores que transmite y potencia los distintos colegios y observar si existe o el clima escolar propicia un mayor nivel de exigencia que pueda no estar de acuerdo con el desarrollo madurativo de los niños.

9° Hipótesis

En esta hipótesis nos planteábamos que **existirían más indicadores emocionales en los cursos más altos.**

Koppitz (1981) señala que los indicadores emocionales no están relacionados con la edad ni con la maduración.

Demos rechazar la hipótesis, pues aunque la media del total de indicadores emocionales es más baja en 5° de primaria, esta diferencia no es estadísticamente significativa ($t_{(720)}$ = 0,996, p= 0,319).

Al contrario de lo que opina Koppitz, los estudios epidemiológicos demuestran una relación significativa entre edad y psicopatología, así a mayor edad disminuye

Universidad de huelva 2010

las puntuaciones totales media en psicopatología general, pues el desarrollo madurativo del niño provoca una disminución de los síntomas y trastornos del desarrollo (Lapouse y Monck, 1958; Achenbach, 1982; Verhulst, 1985).

En este mismo sentido, McFarlane et al. (1958) y Cullen y Boundy (1966) encontraron que los índices más altos de psicopatología se daban desde los 0 a los 5 años y que los niños más pequeños presentaban con mayor frecuencia **comportamientos agresivos y disruptivos.**

En un estudio de García Villamisa et al. (2002) los niños de 7 a 12 años obtuvieron puntuaciones más altas en ansiedad social que los niños mayores de 12 años.

Los indicadores que obtienen más frecuencia son *orden confuso* (57%), *tamaño pequeño* (40%), *repaso* (35%), *segunda tentativa* (27%) *y colisión* (nuevo indicador) (7%), los que menos son *expansión, aumento progresivo, círculo sustituido por rayas, encuadrar* y en los nuevos indicadores aparece *separar.*

Por cursos nos encontramos que en 4° de primaria, los indicadores más frecuentes han sido *orden confuso* (58%), *tamaño pequeño,*(39%) *segunda tentativa* (34%), *repaso* (30%) *y colisión* (nuevo indicador, 7,3%) y en 5° sigue siendo *orden confuso,*(57%), *tamaño pequeño*(41%) pero en tercer lugar aparece *repaso* (39%), respecto al nuevo indicador permanece *colisión* (6%).

Estos datos coinciden en parte con los datos de Casullo (1988) que encontró en su investigación en niños desde 5 hasta 11 años que los indicadores emocionales más frecuentes fueron: *segunda tentativa* (20%), *repaso* (17%), *línea ondulada* (7%), *tamaño pequeño* (5%) y al igual que los encontrados por Morrongiello (1990) donde la aparición del indicador *orden confuso y aumento de tamaño* puede ser atribuido a factores de maduración pero no es así en otros indicadores, como por ejemplo *tamaño pequeño, tamaño grande y expansión*

En este mismo sentido coinciden los datos encontrados por Lis, Venuti, Rossi y Tallandini (1990) donde los indicadores *expansión, enmarcar, elaboración y línea fina* se dan en porcentajes muy bajos, casi inexistentes, mientras *que línea ondulada, tamaño pequeño, repaso y orden confuso* que llegan a obtener desde un 24% hasta un 41% en los protocolos de su muestra (niños de 4 a 11 años). También obtienen que la frecuencia de los indicadores emocionales disminuye al ir aumentando la edad, pero no de forma regular.

Universidad de huelva 2010

Pero otros estudios demuestran lo contrario y así Lopouse y Monk (1958) encontraron que los niños de 6 a 12 años eran más vulnerables a desviaciones del comportamiento que niños más mayores y Verhulst (1962) señaló que los miedos aparecen con más frecuencia en niños pequeños, mientras que las preocupaciones excesivas en niños más mayores.

Rivas Terán (1995) señala que en los niños más jóvenes existe una disminución de la frecuencia de trastornos del desarrollo, pero las alteraciones psicopatológicas se mantiene con la edad y con los años se transforman en otros trastornos más elaborados; Bille (1962) indica que las quejas somáticas sin alteraciones físicas aumentan con la edad.

Nos lleva a plantearnos que en nuestra muestra existe **un cierto nivel de ansiedad,** con pocos controles internos, **impulsividad, poca capacidad de planificación y previsión** y con una **cierta inestabilidad emocional**.

Podríamos plantear que en cursos más altos, dan más importancia a una buena ejecución, pero con cierta inhibición y se preocupan por el resultado final de un trabajo escolar.

8.2. TEST DE BENDER Y TEST EPQ-J Y TEST STAIC

En este apartado vamos a alterar el orden de las hipótesis y así primero abordaremos la hipótesis 10, donde nos planteamos el estudio de las relaciones entre el test de Bender y las variables de los test de personalidad y ansiedad. Pero esta hipótesis la hemos dividido en dos; primero analizaremos los resultados obtenidos en la prueba de personalidad y así se realizará una visión general de los indicadores emocionales y posteriormente se contrastarán los indicadores emocionales concretos para inestabilidad emocional y para conducta antisocial con la prueba de personalidad que serán las hipótesis 11 y 13.

Se trabajará de las misma forma con el cuestionario de ansiedad, donde primero se analizarán los resultados generales, para proseguir con aquellos indicadores que han sido asociados con la ansiedad y determinar si existen

Universidad de huelva 2010

relaciones con el cuestionario de ansiedad que puedan validar dichas relaciones, que sería la hipótesis 12.

10º Hipótesis

En esta hipótesis planteábamos **la existencia de relaciones entre los indicadores emocionales y las variables de neuroticismo, introversión, psicoticismo, conducta antisocial y ansiedad**.

⇨ Respecto al **test EPQ-J,** y a sus variables de *neuroticismo* (r=-.029, p=430), *introversión* (r=.022, p=553), *psicoticismo* (r=-.061, p=104), *conducta antisocial* (r=-.020, p=600) no se obtienen ninguna correlación estadísticamente significativa con el número total de indicadores emocionales.

En este mismo sentido se manifiesta Haynes (1970, citado por Gutiérrez, 1984) quien afirma que existe poca evidencia de la relación entre el test de Bender y la estructura de la personalidad. Podemos enumerar una serie de autores que no han conseguido distinguir entre grupos de trastornos emocionales y controles, como por ejemplo, Addington (1952), Billingslea, (1948), Hutt (1969) y Levine y Feirstein (1972).

Viola Mecke (1969) trabajando con la escala de los 12 indicadores (los 10 primeros más constricción), la encuentra ineficaz para separar los grupos de sujetos con daño neurológico y con trastornos emocionales, por lo cual plantea que puede que esto indicadores estén midiendo otros factores, como estados de ansiedad, retrasos madurativos, o daños neurológicos.

Igualmente Viotti (1963) no encontró diferencias entre el grupo de niños con trastornos emocionales y sin ellos a nivel de los indicadores emocionales de Koppitz, pero el grupo con trastornos emocionales obtuvo puntuaciones más altas en los indicadores esenciales de Hutt y Briskin .

Los datos aportados por distintas investigaciones no encontraron diferencias en los indicadores emocionales entre grupos de estudiantes con problemas emocionales (alumnos inadaptados, con problemas conductuales)

Universidad de huelva 2010

y el grupo normal, pero sí obtuvieron que los indicadores emocionales correlaciona con la edad y con la maduración (Breen y Butler, 1983; Rossini, 1993).

Rotter (1948, citado por Billengslea, 1963) señala que las comparaciones que se hacen normalmente entre sujetos con trastornos emocionales y controles se puedan deber a otros factores como alta motivación del grupo control, el sesgo en el grupo control debido a familiaridad con los tests y altas expectativas de un buen desempeño debido a experiencias previas.

En la investigación de Shapiro y Simpson (1994) en un grupo de adolescentes con problemas emocionales y conductuales, no encontraron correlación entre los resultados del test de Bender y la medida de personalidad además de detectar que era menos sensibles al desarrollo madurativo que las otras pruebas.

Pero al igual que existen estudios que no avalan la validez de los indicadores emocionales, hay otros tantos que demuestran lo contrario y así, por ejemplo, Elliot (1968) sí encontró mayor número de indicadores emocionales en el grupo de pacientes de psiquiátricos de 11 a 14 años con respecto al grupo control; al igual que Champion (1967) que obtuvo más indicadores emocionales en los pacientes clínicos que el grupo control; al igual que Oliver y Kronenberger (1971) en su investigación con adolescentes.

En investigación realizadas sobre la validez del test de Bender como técnica proyectiva encontró una cierta habilidad del test para discriminar a los esquizofrénicos y los orgánicos, detectar depresión, pasividad-agresividad, egocentrismo y percepción hacia las figuras parentales, pero también señala que los resultados fueron decepcionantes en cuanto a detectar impulsividad, miedo a la separación, labilidad emocional y adecuación de conducta hacia las figuras parentales (Schneider, 1983).

Otra referencia que nos parece interesante es la que señala Porteus (1996) que utilizando los indicadores emocionales del test de Bender y el test de Goodenough pudo clasificar correctamente el 50% de los casos de problemas emocionales (de conducta y disruptivos) respecto a los normales y llegando al 65% cuando no se hacían distinciones entre los problemas emocionales.

En otra investigación evalúan la validez del test de Bender, pero utilizando la escala de Koppitz y la adaptación de Hutt sobre una muestra de

Universidad de huelva 2010

adolescentes con problemas emocionales, con problemas neurológicos y grupo normal.; los resultados muestran que la adaptación de Hutt no consigue diferenciar entre alumnos normales y emocionales pero sí detecta a la muestra con daño neurológico, mientras que la escala de indicadores emocionales de Koppitz sí discrimina entre los tres grupos (Belter et al., 1989).

Gregory (1977) encontró que el número total de indicadores emocionales correlacionaba con 5 escalas del test DCB: uso patológico de los sentidos, pobre coordinación corporal, no respuesta a la estimulación, ideas de miedo y ansiedad e incapacidad de esperar

En nuestra investigación y analizando más concretamente los indicadores emocionales, encontramos que en la **muestra total** sólo obtienen correlación *encuadrar figura* con extraversión (r=-0,083*, p =0,026) y *círculos sustituidos por rayas* (r=-0,073*, p =0,049), *y repaso* con psicoticismo, (r=0,082*, p=0,028), mientras que en **4º de primaria**, la variable psicoticismo correlaciona con *orden confuso* (r=0,111*, p =0,032), *y con colisión* (r=-0,117*, p =0,023, nuevo indicador emocional) y extraversión con *repaso* (r=-0,117*, p =0,024), *y segunda tentativa* (r=0,156**, p =0,003) y neuroticismo con el nuevo indicador emocional *numerar* (r=0,153**, p =0,003). En **5º** cambian los indicadores emocionales y así psicoticismo se relaciona con *repaso* (r=0,126*, p =0,017), y con *círculo sustiuido por rayas* (r=-0,123**, p =0,022), y conducta antisocial con *círculo sustituido por rayas* (r=-0,155**, p =0,004).

Por tanto observamos que no hay indicadores emocionales que se mantengan en los dos cursos, y analizando los distintos indicadores emocionales con las variables del test EPQ-J, encontramos que psicoticismo se relaciona con *confusión mental, conducta disruptiva, hostilidad, impulsividad y agresividad*; extraversión con *impulsividad, agresividad, conducta disruptiva* y Conducta antisocial se relaciona con *impulsividad, falta de interés.*

Nuestros datos coinciden, en parte, con los estudios de Breen y Butler (1983) donde observaron que sólo 2 indicadores (*orden confuso y tamaño grande*) discriminaban entre niños con problemas emocionales y normales. En este mismo sentido, Achenbach (1981) encontró que en los niños trastornados emocionalmente aparecía frecuentemente el indicador *tamaño grande.*

Universidad de huelva 2010

Cartil Ferre (1984) señalan que sólo obtiene validez significativa los indicadores de *orden confuso, línea ondulada y tamaño pequeño* para poder diferenciar entre el grupo de niños con problemas emocionales y el grupo control.

En este mismo sentido, Rossini y Clifford (1987) obtuvieron que los grupos clínicos obtuvieran más indicadores emocionales que el grupo control. Respecto a la validez de los indicadores como signos patognomónicos, sólo lo obtuvieron *orden confuso, gran tamaño y enmarcar.*

Otros estudios evidencia la validez de los indicadores emocionales para diferenciar entre grupos con problemas emocionales (compuesto con un grupo de niños con problemas de conducta y otros con problemas psicológicos) y un grupo de niños normales. Aunque el grupo clínico obtuvo más indicadores emocionales que el grupo control, no se pudo diferenciar entre los dos grupos clínicos. A nivel de indicadores emocionales los que obtuvieron diferencias significativas fueron *orden confuso, tamaño grande y enmarcar*, pero el único que obtuvo validez como indicador patognomónico fue *orden confuso*, pues los demás no obtuvieron una validez consistente (Rossini y Kasper, 1987).

En la investigación realizada por Dixon (1998) no se encontró correlación entre el número de indicadores emocionales y dos pruebas de personalidad en una muestra de mujeres con retraso mental.; sólo *línea fina* correlacionó con **actitudes agresivas y destrucción de la propiedad**, lo cual contradice lo que Koppitz señala para este indicador emocional

Morrongiello (1990) en su investigación sobre la aparición de los indicadores emocionales del test de Bender en un grupo de niños de los primero cursos de primaria, señaló que los indicadores que fueron estadísticamente significativos fueron *orden confuso, línea ondulada, aumento de tamaño y tamaño pequeño*; los indicadores que aparecen más frecuentemente fueron *línea ondulada y orden confuso.*

Esto nos lleva a nuestras siguientes hipótesis que son más concretas, pues partiendo de distintas investigaciones (reseñadas en el marco teórico) vamos a centrarnos en los significados dados a los indicadores emocionales y a las características de personalidad que pueden estar asociadas a ellas.

Universidad de huelva 2010

11º Hipótesis

En esta hipótesis planteábamos que **los indicadores emocionales *orden confuso, línea ondulada, círculo sustituido por rayas o marcos alrededor de las figuras* se relacionan con neuroticismo.**

Esta hipótesis se rechaza pues no se ha obtenido ninguna correlación estadísticamente significativa lo que coincide con Naches (1967) que encontró que la incidencia de indicadores emocionales no estaba relacionada con problemas de conducta, en muestras no clínicas de niños;

McConell (1967) informó que los indicadores emocionales podían diferenciar entre niveles de patología psicótica y neurótica en niños y adolescentes, pero no diferenciaban a los sujetos dentro de esos amplios rangos al igual que en el estudio realizado por Elliot (1968) donde no se encontraron diferencias significativas en el número de indicadores emocionales entre el grupo de pacientes psicóticos y el de neuróticos.

13º. Hipótesis

En esta hipótesis se parte de que los **indicadores emocionales *tamaño grande, círculo sustituido por rayas, aumento progresivo, repaso y exapansión* que han mostrado validez para detectar niños con problemas conductuales, presentarán relaciones con la escala de conducta antisocial del test EPQ-J.**

Esta hipótesis también se rechaza pues el único indicador que obtiene una relación estadísticamente significativa es *círculo sustituido por rayas* y sólo en 5º de primaria (r=-0,155**, p =0,004). Pero se debe señalar que los indicadores *repaso* (r=0,126*, p =0,017), *y círculo sustituido por rayas* (r=-0,123**, p =0,022), obtienen relación con la variable psicoticismo.

Nuestros datos coinciden con la investigación realizad por McCormik y Brannigan (1984) donde obtuvieron correlación entre el número total de indicadores de acting-out del test de Bender y pobre control emocional e incapacidad para esperar. Concretamente el indicador emocional *círculos por*

Universidad de huelva 2010

puntos se relacionó con incapacidad para esperar y *segunda tentativa* con conducta desafiante, pero no encontraron más correlaciones con la escala psicométrica de conducta.

Diversos estudios (Brannigan, Barone y Margolis, 1978; Brannigan y Benowitz, 1975; DeCato y Wicks, 1976) sobre grupos de niños con conducta disruptiva, impulsividad y agresividad a los que se les había aplicado el test de Bender, encontraron que estos sujetos cometen de forma significativa aquellos indicadores específicos que están relacionados con conducta acting-out (*círculos sustituido por rayas, aumento progresivo, tamaño grande, repaso del dibujo y segunda tentativa*).

En esta misma línea se enmarcar el trabajo de Handler y McIntosh (1971) donde los indicadores emocionales discriminaban entre alumnos agresivos, retraídos y normales de 3° de primaria.

En un estudio longitudinal de 4 años de duración, con 56 niños con problemas de disciplina, se detectaron que muchos niños con problemas de disciplina, mostraron alguna indicación de problemas emocionales en el test de Bender (White, Kottman y Werner, 1988).

Sellbom y Meunier (2003) obtuvieron en su investigación que 4 errores de la categoría de distorsión mostraban correlaciónes moderadas con la escala 4 del MMPI (conducta antisocial).

Sin embargo Trahan y Stricklin (1979) investigaron la relación entre los indicadores emocionales del Test de Bender y la conducta "acting-out" en 93 niños de 5-12 años. Los resultados que se obtuvieron señalan que ni el número total de indicadores ni los indicadores de forma individual correlacionaron significativamente con la variable de conducta. Al igual que Rossini (1993) que evaluó la validez concurrente de los indicadores emocionales en tres grupos de niños (inadaptados, problemas de conducta y normales) y no encuentró diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en la escala cuando covaría el desarrollo visomotriz.

Hemos de plantearnos que el test de Bender sí puede tener cierta validez como test de personalidad, pero se ha de revisar los indicadores emocionales, pues hay escasa concordancia entre lo que indica Koppitz que miden los distintos indicadores y las relaciones que establece con las variables de personalidad.

Universidad de huelva 2010

No estamos de acuerdo con la hipótesis de que la cantidad total de indicadores emocionales sea una medida más válida de problemas emocionales, como ocurría con la escala de desarrollo madurativa de Koppitz; por tanto creemos oportuno seguir realizando investigaciones tanto transversales como longitudinales para ir comprobando la validez del número total de indicadores emocionales y de los distintos indicadores.

Esto nos lleva a afirmar la no correlación entre ambas pruebas, el bajo valor de los pocos indicadores emocionales que sí obtienen alguna correlación con algunas de las variables del test y la escasa concordancia entre las características de personalidad definidas por el test EPQ-Jj y los indicadores con quien obtienen correlaciones.

⇨ Respecto **al test STAIC**: recordemos que en nuestra hipótesis planteábamos que **existirían relaciones entre los indicadores emocionales y las escalas de ansiedad.**

Pero los datos obtenidos no avalan totalmente dicha hipótsis, pues sólo se ha encontrado relación con la variable Ansiedad rasgo en la muestra total (r=0,075*, p=0,043), y con valores muy bajos; pero al analizar los cursos por separado no se obtienen ninguna correlación con las variables de ansiedad.

Analizando los indicadores emocionales, sólo se obtiene el curso de 4º correlación entre *segunda tentativa* (r=0,110*, p =0,034), y el nuevo indicador emocional *tachar exageradamente* (r=0,113**, p=0,002) con ansiedad estado y esto puede ser debido a la tensión del momento al realizar unas prueba que los alumnos no han hecho antes; y la correlación entre *tamaño pequeño* y ansiedad rasgo, (r=-0,110**, p=0,035), pero con signo negativo.

Estos resultados coinciden con el trabajo realizado por McCormick y Braningan (1984) sobre la utilidad del Test de Bender como medida de acting-out, ansiedad y conducta aislada en adolescentes con problemas emocionales y donde los resultados mostraron que existían correlaciones entre los signos del Bender para conductas disruptivas y las pruebas utilizadas para contrastar, pero no sucedía lo mismo con los signos de ansiedad y conducta aislada.

Universidad de huelva 2010

En cambio, Gregory (1977) anteriormente había encontrado que el número total de indicadores emocionales correlacionaba con la escala ideas de miedo y ansiedad del test DCB.

Respecto al ***indicador constricción,*** autores como Hutt (1945), Pascal y Suttell (1951), Murria y Robert (1956) apoyan la idea de que este indicador emocional se relaciona con la depresión.

Diversos autores (Pascal y Suttell, 1951, Hammer, 1959) señalan que el indicador emocional *constricción* suele obtener muy bajas frecuencias, pero que esto no puede constituir un obstáculo para medir su validez. Nuestros datos coinciden con los suyos pues es uno de los indicadores que obtiene baja frecuencia (5,7%)

Nuestros datos concuerdan, en parte, con los obtenidos por Byrd (1956), el cual no obtiene diferencias significativas en este indicador, entre niños normales y con problemas emocionales; en nuestro datos sólo obtenemos correlación con la variable psicoticismo (r=0,116*, p=0,034) en 5° de primaria.

En la investigación de Johnson (1973) sobre la validez del indicador *constricción* para identificar síntomas de depresión encuentra diferencias significativas entre un grupo de pacientes depresivos y el grupo control, pero señala que se ha de ser prudentes con estos resultados y no tomarlo como algo concluyente, sino de sospecha de aspectos depresivos y confirmar dicha sospechas con pruebas más específicas de depresión.

No podemos comparar nuestros datos con estos anteriores pues la edad de los sujetos de Jonson eran muy superiores a la nuestra (su media esta en 33,4 años) y recordemos que Koppitz (1986) señala que este indicador si parece efectivo como indicador patológico en adultos pero no en niños.

Coincidimos con esta investigación en la idea de que la aparición de este indicador es señal de algún tipo de insatisfacción personal o de síntomas de presión antes la realización de actividades

Universidad de huelva 2010

12º. Hipótesis

En esta hipótesis nos hemos planteado que **los indicadores emocionales *tamaño pequeño, segunda tentativa o elaboración espontánea,* que son indicadores de ansiedad obtendrían correlaciones con ansiedad estado o ansiedad rasgo.**

En esta hipótesis se debe aceptar que el indicador emocional *segunda tentativa* correlaciona con **Ansiedad Estado** pues sólo obtenemos correlación con la variable psicoticismo (r=0,116*, p=0,034), y *tamaño pequeño* con **Ansiedad Rasgo** (r=-0,110**, p=0,035, con signo negativo), mietras que el indicador *elaboración espontánea* no obtiene ninguna relación con las variables de ansiedad.

Nuestros datos coinciden con la investigación de Rao y Potash (1985) que obtienen correlaciones entre ansiedad y *desviaciones de tamaño* en las figuras del Bender, pero no diferencia cuando es ansiedad estado o rasgo, por lo que se plantea que el cambio de tamaño está influido por más factores.

Davis (2001) encontró en su investigación que los sujetos con más alto nivel de ansiedad-rasgo ejercían menos presión en sus dibujos y encontró correlación entre individuos con alto nivel de ansiedad y el indicador emocional *línea fina.*

En cambio la investigación de Dragovich (1977) no pudo diferenciar, a partir de los indicadores emocionales de ansiedad, a los niños con alto y bajo nivel de ansiedad medida por el test CMAS. Al igual que McCormik y Brannigan (1984) señalan que en su investigación no obtuvieron correlación entre el número total de indicadores emocionales y ansiedad y aislamiento social

14º Hipótesis.

La hipótesis siguiente se podría considerar como el resumen de las últimas hipótesis, pues nos planteábamos que el **test de Bender podrá detectar y diferenciar, en niños con dificultades emocionales de 4º y 5º de primaria, las diferentes clases de sintomatología emocional.**

Universidad de huelva 2010

Los resultados nos han ido mostrando que hay que rechazarla, pues obtiene pocas correlaciones estadísticamente significativas, con valores muy bajos y con escasa concordancia entre los significados cualitativos de las distintas variables asociadas del test de Bender y los test de personalidad y ansiedad; al igual que en el análisis factorial donde no hemos encontrado ningún factor que aglutine las variables del test de personalidad o del test de ansiedad con los distintos indicadores emocionales de Koppitz, ni con los indicadores que hemos denominados nuevos indicadores.

Por tanto, en nuestra investigación el test de Bender no puede discriminar a niños con ansiedad, neuroticismo, psicoticismo y conducta antisocial.

8.3. TEST DE BENDER Y CUESTIONARIO DEL PROFESOR-TUTOR

15º Hipótesis.

Una vez concluida esta parte, nos planteamos **si existirían correlaciones entre las características de personalidad señaladas por el profesor y los indicadores emocionales del test de Bender.**

Para ello quisimos ver primeramente si existía correlaciones entre las puntuaciones dadas por los profesores y las dadas por los tests de personalidad y ansiedad, y posteriormente determinar si existía relación entre los indicadores emocionales y el las puntuaciones de los profesores-tutores.

En nuestra siguiente subhipótesis nos formulábamos si obtendríamos relación entre las puntuaciones dadas por los profesores-tutores en el cuestionario y las pruebas psicométricas de personalidad EPQ-J y de Ansiedad STAIC. Los resultados obtenidos se van a agrupar en dos bloques: el primero con respecto a

Universidad de huelva 2010

los ítems que tienen que ver con las conductas de los alumnos y el segundo con los rasgo de personalidad.

a. Respecto a las **variable de conducta adecuada/inadecuada** de los alumnos en el aula (r=0,183**, p=0,000), recreo (r=0,136**, p=0,000), otros sitios (r=0,148**, p=0,000) y con los compañeros (r=0,152**, p=0,000), percibida por el profesor y la escala de conducta antisocial de la prueba EPQ-J se obtienen correlaciones estadísticamente significativas, aunque con valores bajos, en las 4 situaciones anteriores; luego parece que existe un acuerdo a la hora de discriminar a los alumnos con conductas inapropiadas y que pueden causar problemas.

Rubins (1966) halló que la edad media del inicio del trastorno de conducta antisocial estaba en el intervalo de 8-10 años. Pero teniendo en cuenta **el sexo** los resultados varían pues la mayoría de los chicos (57%) empiezan a tener dichos problemas antes de los 10 años (la media de edad está en 7 años), mientras que en las chicas solía ser de los 14 a los 16 años (la media estaba en 13 años).

Kazdin y Buela-Casal (1997) señalan que los niños con trastornos de conducta suelen presentar problemas académicos, sobre todo en lectura y son vistos por sus profesores como desordenados y desinteresados.

Los niños antisociales sufren, por lo general, deficiencias académicas y escolares, hasta el punto que los problemas académicos precoces pueden constituir un factor de riesgo de conducta antisocial (Kazdin, 1988; Kazdin y Buela-Casal, 1994; Rutter y Giller, 1988; Rutter, Giller y Hagell, 2000).

Pero además el problema se incrementa porque los jóvenes con más porcentaje de actos antisociales, perciben que las oportunidades que les ofrece el sistema educativo están cerradas para ellos (Valverde, 1996).

Diferentes estudios arrojan datos sobre la baja inteligencia de los niños con conductas antisociales en comparación con la población general (Hirschi, y Hindelang, 1977; Colmes et al., 2001). Existen datos que señalan que la baja inteligencia y los problemas de

Universidad de huelva 2010

lenguaje en los años del periodo infantil son uno de los mejores predictores de futuros comportamientos antisociales y delictivos (Stattin y Klackenberg-Larsson, 1993).

Estamos de acuerdo con el planteamiento que realiza Robbins (1996) sobre el doble sentido de la relación fracaso escolar y conducta antisocial., pues *"estos niños tiene muchas menos probabilidades de tener éxito en los exámenes y más de abandonar el colegio antes de tiempo"* (Rutter, Giller y Hagell, 2000, p. 201).

Luego es importante que los profesores puedan detectar síntomas de conducta antisocial para poder intervenir antes de que la situación se agrave más.

b. Respecto a las **variables de personalidad**, encontramos que:

- el rasgo inquietud/neuroticismo obtiene correlación tanto en la muestra total (r=- 0,095*, p=0,011), como en 5° (r=- 0,108*, p=0,044),, pero con valores muy bajos y negativos.
- en el rasgo introversión/introversión no se obtiene ninguna correlación.
- en el rasgo agresivo/conducta antisocial se obtienen correlaciones en la muestra total (r=-0,131**, p=0,000), esto valores son muy parecidos en 4° (r=-115*, p=0,028) y en 5° (r=- 0,169**, p=0,003), pero hemos de ser muy cuidadosos en este resultado, pues la escala C.A. engloba el rasgo agresivo, pero tienen también otros elementos, como son pequeños hurtos, desobediencia, etc. luego hemos de ser prudentes con estos resultados.

En el test de Ansiedad no se obtiene ninguna correlación en la escala ansiedad-estado ni en la escala ansiedad-rasgo.

Universidad de huelva 2010

Todo lo anterior nos lleva a plantearnos varias cuestiones:

- La falta de concordancia entre los resultados de los tests y de los datos de los profesores; esto puede deberse a distintas categorizaciones de los conceptos entre lo que definen las variables de los test y lo que entienden los profesores, por lo que sería cuestión de revisarlos para llegar a unos mismos criterios.

- Falta de información/formación en los profesores para que puedan detectar síntomas de ciertas patologías infantiles.

- Desconocimiento de los profesores de las características personales de sus alumnos, bien por carecer de tiempo, por desinterés o por no parecerles demasiado importante. Recordemos que el profesor de 4° de primaria, ha estado, generalmente, con estos alumnos desde el curso anterior, pero lo curioso es que donde se producen algunas correlaciones es en 5° de primaria, donde por lo general, al empezar un nuevo ciclo, se cambia de tutor.

Tal y como señala Lozano y García (2000) hoy en día se sabe que un buen rendimiento académico depende de variables cognitivas, pero esto no es suficiente, pues estas sólo explican el 33% de la varianza del rendimiento (González Pienda, 1996) y además se han de tener en cuenta los conocimientos previos que posee un alumno (Ausubel, Novak y Hanesian, 1983; Coll, 1990; Carroll, 1993). A veces estas variables no son suficientes, pues puede ocurrir que no utilicen correctamente las estrategias mentales porque no consiguen ponerlas en funcionamiento por causas comportamentales o emocionales y como consecuencia entorpecer el proceso de Enseñanza/aprendizaje (Alonso y Montero, 1992; Skaalvik y Hagtuet, 1990).

Existen una serie de investigaciones que están dando la voz de alarma respecto al aumento de escolares con problemas psicopatológicos, y así Rubin y Balow (1978) obtuvieron que del 23% al 31% de los niños eran considerados como problemáticos según la evaluación de los profesores.

Se realizó una investigación en la población escolar donde los profesores fueron los evaluadores y los resultados mostraron que el 12,5% de los alumnos eran escolares problemáticos y con conductas disruptivas, pero en una revisión a

Universidad de huelva 2010

modo de resumen sobre la valoración de los profesores destacó que el porcentaje medio de niños problemáticos se sitúa alrededor del 20% (Jiménez, 1983, 1984).

En un estudio realizado entre niños de 11 a 14 años para detectar si la salud mental y la depresión se asociaban con el fracaso escolar, se obtuvo que el 22% de los niños padecían algún tipo de alteración y que el 23% de la muestra presentaba fracaso escolar. Los trastornos mentales se producían el doble de veces en niños con bajo rendimiento académico, pero sin embargo, la baja capacidad intelectual sólo explicaba el 33% de los fracasos escolares. La tasa de depresión en los escolares fue de un 37,6% (Rivas Terán, 1984).

Bower (1960) en sus investigaciones señalaba que el 10% de la población escolar necesitaba ayuda profesional.

En una investigación efectuada por Rivas Terán (1995) los profesores informaron de la existencia de ansiedad en el 21% de la muestra y con respecto al sexo el 17,5% en niños y el 24,3% en niñas; en alteraciones de conducta la frecuencia obtenida ha sido del 21,2% , correspondiendo el 20,3% a niños y el 22% a niñas.

A la hora de detectar los profesores sintomatología clínica tenemos estudios contradictorios, pues Hollins, (1955), Cohen (1976) y Peiró y Carpintero (1978) hallaron que los profesores son más propensos a detectar síntomas conductuales en detrimento de los síntomas emocionales y así los profesores evalúan síntomas de trastornos de conducta en el 21,2% de los niños, siendo este índice parecido al encontrado en los síntomas de ansiedad que era del 21%, pero inferior a los síntomas de depresión encontrados en un 27% de los niños, pero en cambio otros autores (Rubin y Balow, 1978, Jiménez y Bernia, 1981; Jiménez, 1984) señalan que los profesores tienen buena capacidad para detectar aspectos de la esfera emocional y esto puede ser debido al aumento de la formación de los profesores en temas de psicología infantil y como consecuencia su aptitud para valorar los problemas emocionales en el niño se habrían incrementado.

Nosotros creemos que los profesores están más preocupados por el tema de la agresividad, de la violencia entre iguales que hacen que estén más perceptivos a los síntomas, lo cual es muy importante pues como ya hemos visto, es una variable que suele ir a más y tiene hondas repercusiones en el aprendizaje cognitivo y social y como consecuencia en el desarrollo integral del niño. Pero empieza a ser insuficiente, pues es igual de importante detectar niños con problemas como ansiedad, depresión, psicoticismo e inestabilidad emocional.

Universidad de huelva 2010

16º Hipótesis.

En la última hipótesis queríamos conocer si **existían correlaciones entre los resultados dados por el cuestionario del profesor-tutor y los indicadores emocionales del test de Bender.**

Al igual que en el punto anterior, lo haremos por bloques, para facilitar su análisis.

a. En este primer bloque se buscaban correlaciones entre la variable inestabilidad emocional y las conductas consideradas inadecuadas por el profesor en cuatro situaciones distintas.

   No se han encontrado correlaciones entre ambas variables.

   A nivel de indicadores emocionales sólo obtienen correlaciones significativas *tamaño pequeño* con conducta indecuada en el recreo (r=-.078*, p=.037) y conducta inadecuada con los compañeros (r=-.095*, p=.011); *expansión* correlaciona con conducta inadecuada en el aula (r=-0,141**, p=0,000), conducta inadecuada en el recreo (r=-0,134**, p=0,000), conducta inadecuada en otros sitios (r=-0,143**, p=0,000) y conducta inadecuada con los compañeros (r=-0,130**, p=0,000).

b. En este segundo bloque nos planteabamos determinar la correlación entre los rasgos psicosociales y de motivación dados por el profesor y las variables del test de Bender.

   Se han obtenido correlaciones negativas entre el total de indicadores emocionales y para las 4 variables que hemos denominado psicosociales y de motivación: interés (r=-0,096**, p=.009), atención en clase (r=-0,104**, p=.005), autoconfianza (r=-0,102**, p=.006) e integración en la clase (r=-0,109**, p=.003).

   Los indicadores emocionales que obtienen correlación con estas variables son *orden confuso* con interés (r=.079*, p=.033), atención en clase (r=.113**, p=.002), integración (r=.079*, p=.033); *línea ondulada* con interés (r=.078*, p=.035) y autoconfianza (r=.074*,p=.047);, *tamaño*

Universidad de huelva 2010

pequeño con integración (r=.133**, p=.000) y atención en clase (r=.093*, p=.012) *y segunda tentativa* con autoconfizanza (r=.075*, p=.044) y el nuevo indicador *colisión* correlaciona con integración (r=.113**, p=.002). Esto plantea la necesidad de una cierta plasticidad, de una conducta introvertida, cierta tensión a la hora de trabajar, un pequeño grado de impulsividad para poder obtener buenos resultados en el proceso de aprendizaje, pero de todas formas hemos de ser muy cautos con estos resultados debido a que los valores son muy bajos.

c. En este tercer bloque nos centramos en los rasgos de personalidad señalados por el profesor en su cuestionario y los indicadores del test de Bender.

Los rasgos de personalidad e inestabilidad emocional: nos planteábamos que niños con más altos índices de indicadores emocionales serían vistos por los profesores con más rasgos de personalidad negativos, pero no ha sido así, pues los resultados muestran que sólo correlacionan dos rasgos: *desorganización* (r=-0,121**, p=0,001) y *ansiedad* (r=-0,120**, p=0,001).

Analizando por indicadores emocionales nos encontramos que el rasgo inquietud correlaciona con el indicador emocional *gran tamaño* (r=0,110*, p=0,036) y con *colisión* (r=0,119*, p=0,023) en 4° y en 5° con *línea fina* (r=-0,119*, p=0,026), *gran tamaño* (r=0,139**, p=0,009), con *orden confuso* (r=0,107*, p=0,046), y con *tachar exageradamente* (r=0,113*, p=0,035), lo que nos lleva a plantear que el rasgo inquietud es percibida por el profesor como timidez, retraimiento, falta de planificación y previsión y conductas disruptivas; el rasgo de desorganización correlaciona con el indicador *círculo sustituido por rayas* (r=0,106*, p=0,042) y *segunda tentativa* (r=0,150**, p=0,004) en 4° y con *tamaño pequeño* (r=0,119*, p=0,027) y *tachar exageradamente* en 5°, esto indica que es percibida con actitudes de impulsividad, falta de interés, ansiedad y timidez; el rasgo sumisión correlaciona con *orden confuso* (r=-0,114*, p=0,033), esto se relaciona con incapacidad para organizar el material; el rasgo rechazo del grupo correlacion con indicador *tamaño pequeño* (r=0,135*, p=0,011), lo cual tiene relación con timidez, ansiedad y

Universidad de huelva 2010

conducta retraída; el rasgo de ansiedad correlaciona con *gran tamaño* (r=0,221**, p=0,000), y con *tachar exageradamente,* que tienen relación con conductas disruptivas y por último el rasgo de agresividad que correlaciona con *expansión* (r=0,154**, p=0,003) en 4° y con *tamaño pequeño* (r=0,137*, p=0,010) en 5°, esto señala relación con impulsividad, conductas disruptivas, ansiedad, timidez y conducta retraída

Estos resultados plantean una cierta discordancia entre los que se suponen que miden los rasgos valorados por los profesores y los indicadores emocionales a los que se les asocian, pues los únicos que aparece concordancia es el rasgo inquietud con *círculo sustituido por rayas* y con *segunda tentativa* que nos habla de impulsividad, preocupación y ansiedad y el rasgo agresivo con *expansión* que nos señala un carácter impulsivo y una conducta disruptiva.

Estos resultados nos hacen volver a plantearnos la conceptualización que ha realizado Koppitz sobre los indicadores emocionales y creemos que es importante seguir investigando sobre ello.

Universidad de huelva 2010

Capítulo 9

Conclusiones.

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

Presentamos a continuación las conclusiones generales que se pueden obtener tras el análisis y discusión de los resultados recogidos en la presente investigación, estructurados en tres bloques: el primero de ello centrado en el test de Bender; el segundo las relaciones del test Bender con las otras pruebas, y por último, el test de Bender y el cuestionario del profesor tutor.

9.1. TEST DE BENDER

- ⇨ Existe una relación entre percepción inmadura o defectuosa y un mayor número de indicadores emocionales, pero se ha reseñar que esta relación es muy baja, por lo tanto se aconseja que sea entendida dicha relación con mucha cautela y precaución.

- ⇨ El Bender no se relaciona con el C.I. (obtenido en el test "g" de Cattell), pero sí obtiene correlación, con valor moderado, en conceptos más globales como capacidad intelectual (percibida por el profesor).

- ⇨ La puntuación total de indicadores emocionales, al contrario de la puntuación total de la escala de desarrollo de Koppitz, no es más válido ni proporciona más información que los indicadores más concretos.

- ⇨ La puntuación total se relaciona negativamente con el interés del niño en clase, con la confianza en sí mismo de poder ejecutar las tareas que le encomienden y la integración en su propio grupo y con rasgo de personalidad que se asocian con sentimientos de inseguridad o desasosiego hacia hechos inciertos e incapacidad para planificar y sistematizar diferentes acciones.

- ⇨ El total de indicadores emocionales no se relaciona con ninguna de las variables del test de personalidad ni con el test de ansiedad.

- ⇨ El dibujo de las figuras 1, 3 y 7 del test de Bender plantean más dificultad y llevan aparejados más indicadores emocionales.

Universidad de huelva 2010

⇨ En cursos superiores se obtienen medias más bajas de indicadores emocionales, pero éstas no son estadísticamente significativas.

⇨ En cursos superiores se reducen a más de la mitad los indicadores emocionales pero ello puede ser debido a un mayor desarrollo madurativo y mayor control psicomotriz.

⇨ Ninguna categoría de error es significativa con el número total de indicadores emocionales, pero **perseveración, integración y distorsión** sí obtienen una relación con los indicadores emocionales, pero esta relación es muy baja.

⇨ No existen diferencias en los indicadores emocionales por razón de **sexo**, pero *orden confuso* y *tamaño pequeño* puntúan más alto las mujeres, mientras que los varones lo hacen con el indicador emocional *repaso.*

⇨ No existen diferencias en los indicadores emocionales por razón del **nivel socioeconómico**, pero si hay indicadores emocionales específicos en cada nivel y en el nivel alto aparece *gran tamaño y tachar exageradamente* (nuevo indicador), en el nivel medio es *orden confuso* y en el nivel bajo *segunda tentativa.*

⇨ Existen diferencias de inestabilidad emocional dependiendo del **tipo de colegio**, encontrándose una media más alta en los colegios concertados, al igual que en la localización del colegio, siendo más alta la media de indicadores emocionales en los colegios de la capital y los indicadores que más aparecen son *orden confuso, aumento progresivo de tamaño, gran tamaño y tamaño pequeño.*

⇨ Los **indicadores emocionales** que han tenido frecuencias más altas han sido: *orden confuso, tamaño pequeño, repaso y segunda tentativa*, de los cuales los tres primeros se mantienen en los dos cursos. Esto nos habla de niños que todavía tienen dificultades para organizar el material y poca capacidad de planificación, con conductas retraídas, ansiosas, pero a la vez impulsivas y agresivas con conductas disruptivas.

⇨ Podemos concluir, que en nuestra investigación, no se ha comprobado la validez patognomónica de estos indicadores para discriminar estados de ansiedad, neuroticismo, psicoticismo y conducta antisocial.

Universidad de huelva 2010

⇨ Se deberían plantear nuevos estudios que determinen la validez del indicador emocional *constricción* para discriminar síntomas depresivos.

⇨ No se han encontrado concordancia entre las asociaciones que establece Koppitz para cada indicador emocional y nuestros resultados; y así:

1. *orden confuso*, que está asociado a un fallo de planificación e incapacidad para organizar el material, en nuestro estudio se relaciona con **excitación, intranquilidad, nerviosismo, sin interés en imponer su opinión, dependiente de los demás, con dificultad para prestar atención y mostrar interés por lo que le rodea, al igual que dificultades de socialización** y como consecuencia de integración en el grupo de iguales, pudiendo llegar a problemas conductuales.

2. *línea ondulada,* que se asocia con una pobre coordinación motora e inestabilidad emocional, en nuestro estudio lo hace con **sentimientos de inseguridad en sí mismo, falta de confianza en sus logros escolares y desinterés en el aprendizaje de conceptos académicos.**

3. *círculo sustituido por rayas*, que según Koppitz se relaciona con impulsividad y falta de interés en los niños pequeños, en nuestro caso se ha asociado a **conductas disruptivas y a tendencias de conducta antisocial.**

4. *aumento progresivo*, que está relacionado con baja tolerancia a la frustración y conductas disruptivas, en nuestra investigación no obtuvo ninguna relación.

5. *gran tamaño* que se asocia con conductas disruptivas, en nuestro estudio lo ha hecho **con intranquilidad, nerviosismo, excitación y sentimientos de inseguridad en sí mismo.**

6. *tamaño pequeño*, que se relaciona con ansiedad, conducta retraída y timidez, en nuestros datos se asocia con **problemas de integración, rechazo del grupo-clase en las diferentes situaciones escolares, timidez, falta de interés y conductas agresivas.**

Universidad de huelva 2010

7. *el indicador línea fina*, no ha obtenido ninguna correlación con las distintas variables del estudio.

8. *repaso*, es uno de los pocos indicadores que coinciden las relaciones que establece Koppitz y nuestros datos, pues en ambos se han relacionado con la **impulsividad, agresividad y conductas disruptivas**, pero además, en nuestro estudio se añade las características de **arriesgado, excitable y despreocupado.**

9. *segunda tentativa*, se ha asociado a la impulsividad y ansiedad, pero en nuestra investigación se relaciona con **confianza en sí mismo, sociable, con cierta incapacidad para planificar, provocándole tensión las situaciones nuevas o los cambios inesperados, con tendencia a ser arriesgado y a no tener en cuenta las consecuencias de sus actos.**

10. *expansión* es el segundo indicador que coincide con las relaciones establecidas por Koppitz y en nuestro estudio, además respecto a la **conductas disruptivas e impulsividad**.

11. *encuadre,* es el tercer indicador que coinciden con las relaciones establecidas, pero además en nuestra investigación también se asocia a **despreocupación, excitable, impulsivo** y que actua sin tener en cuenta las consecuencias que deriven de sus actos.

12. *elaboración,* no ha obtenido ninguna correlación con las distintas variables del estudio.

13. *constricción.* Se ha asociado a retraimiento, timidez y depresión, pero en nuestro estudio se ha relacionado con **conductas hostiles y arriesgadas**

⇨ De los **nuevos indicadores,** el que obtiene mayor frecuencia es *colisión,* mientras que *separar es* el que menos. Las correlaciones que obtienen estos nuevos indicadores con los de Koppitz son escasas y de valor bajo; así colisión y separar correlacionan con *aumento*

Universidad de huelva 2010

progresivo; tachar exagerado con *segunda tentativa;* numerar con *orden confuso, encuadrar y elaboración espontánea.*

⇨ Parece que colisión se asocia a falta de planificación y previsión, cierta dificultad para mantener el tono emocional estable y una no adecuación al contexto: tachar de forma exagerada con agitación, intranquilidad, excitación, poca planificación y ansiedad; numerar con preocupación, dificultad de adaptación a situaciones nuevas y rigidez; mientras que separar esatarái asociado a unos rasgos de inmadurez perceptiva y de una necesidad de poner en orden desde el exterior y de forma visible que le aporten seguridad delante de un papel blanco.

⇨ Los nuevos indicadores colisión, numerar y tachar exagerado se debería seguir investigando para comprobar su utilidad para detectar su validez como indicador emocional, mientras que separar se ha comprobado que no obtiene ninguna relación significativa ni con el test de personalidad, ni el de ansiedad ni con los datos aportados por el profesor.

⇨ En nuestra muestra, un 24,7% de los alumnos han obtenido 3 ó más indicadores emocionales, lo cual parece un porcentaje elevado, pues 1 de 4 alumnos tiene algún tipo de dificultad emocional o comportamental que puede estar influyendo en sus conductas, en su rendimiento escolar y en sus procesos de socialización.

⇨ El análisis de los indicadores *segunda tentativa, elaboración, línea ondulada, aumento progresivo y línea fina,* hace plantearnos si son más evidenciadores de inmadurez visoperceptiva, y por tanto dependientes de la edad, que de manifestaciones de trastornos emocionales.

Universidad de huelva 2010

9.2. TEST DE BENDER Y EPQ-J Y STAIC.

- ⇨ No existe relación entre el indicador total de los indicadores emocionales, y las variables del test de personalidad.
- ⇨ Existe muy poca relación entre los distintos indicadores emocionales y las variables del test de personalidad.
- ⇨ No se mantienen los mismos indicadores emocionales con las variables de personalidad a lo largo de los dos cursos.
- ⇨ Se registra una relación muy baja entre el indicador total de los indicadores emocionales, y la variable ansiedad rasgo. No se obtiene relación con la variable ansiedad estado.
- ⇨ Sólo el indicador *segunda tentativa* correlaciona con ansiedad estado y el indicador *tamaño pequeño* correlaciona con ansiedad rasgo, pero ambos con puntuaciones muy bajas.
- ⇨ Existe una relación entre ansiedad estado e inmadurez perceptiva, lo cual nos lleva a pensar en la importancia de un buen desarrollo madurativo, no solamente perceptivo.
- ⇨ Se plantea una revisión de las pruebas STAIC y EPQ-J respecto al léxico empleado; en el test STAIC, los niños más pequeños no entendían el significado de algunas palabras de las frases y en el test EPQ-J sería necesario modernizar el lenguaje y adaptarlo mejor a la población a la que va dirigida.
- ⇨ En el test de personalidad es necesario señalar varios aspecots importantes: un 18% de los alumnos se sitúan en el cuarto cuartil de la variable neuroticismo, un 28% en la variable psicoticismo; un 10% de los alumnos han obtenido 4 puntos por encima de la media en la escala de conducta antisocial y un 22% son alumnos introvertidos (1° cuartil). Estos datos nos informan de que un 20-25% de alumnos pueden llegar a tener problemas emocionales.

Universidad de huelva 2010

- En el test de ansiedad, se ha observado una frecuencia de ansiedad estado más alta que la media, lo cual hasta cierto punto es esperable, puesto que para muchos niños era una situación totalmente nueva, con gente desconocida y donde se les pedía un rendimiento en diversas pruebas en un determinado tiempo. Pero lo que es preocupante es que la media de ansiedad rasgo también esté por encima de la media y que un 27,7% de los alumnos estén en el último cuartil, es decir 1 de 4 niños podría considerarse ansioso.

- Hemos de tener en cuenta que los trastornos de ansiedad pueden ir acompañados por otros trastornos, generalmente con depresión (comorbilidad) y pueden tener simultáneamente varias categorías de trastornos de ansiedad; así, ansiedad excesiva puede tener un diagnóstico concomitante de ansiedad social, evitación o negativismo.

- Es importante un buen diagnóstico de trastornos emocionales, sobre todo el de ansiedad, pues existe una alta probabilidad de que vaya asociada a otro trastorno y por consiguiente aumentar la dificultad de intervención.

- Se podría plantear que la falta de asociación sea debida a la elección de la pruebas de personalidad y sería interesante realizar este mismo estudio con dos pruebas de personalidad distintas, como por ejemplo el NEO-PI, cuya base, es igual que la del test EPQ-J, pues ambas parten de una teoria de rasgos, el NEO-PI no está encuadrado dentro de los modelos biologicos de Eyesenck; y otra prueba de personalidad que tenga una base teorica mas constructivista o socio-cognitiva.

Universidad de huelva 2010

9.3. TEST DE BENDER Y CUESTIONARIO DEL PROFESOR-TUTOR

⇨ No parece existir excesiva concordancia o relación entre los rasgos de personalidad dadas por el profesor tutor y los indicadores emocionales del test de Bender que tendrían que ver con dichos rasgos. Esto nos hace plantear que pueden haber ocurrido tres cosas:

1) una inadecuada categorización por nuestra parte a la hora de definir las variables del cuestionario del profesor tutor;

2) una no coincidencia, de forma implícita, con las de los profesores y por eso se produce ese desfase

3) por último que haya aspectos de los indicadores que todavía no estén claramente confirmados o incluso algún indicador tenga más rasgos que aun no hayan sido trabajados

⇨ Se ha visto la necesidad de una formación/información de los profesores respectos a las patologías infantiles más importantes y con más prevalencia, pero no sólo desde un punto de vista cognitivo, sino actitudinal, pues tan importante es saber detectar una sintomatología, como saber actuar ante ella y conocer las implicaciones que conlleva y cómo interactúa con otras facetas de la vida del niño. La diversidad de los alumnos está presente de forma constante en cualquier colegio y por eso hasta ahora la administración educativa se ha preocupado en preparar a los profesores para detectar dificultades de aprendizaje que pudieran frenarlo y como consecuencia pudiera aparecer un fracaso escolar, pero creemos importante también dar formación para que detecten otra clase de problemas, los emocionales, que pueden frenar tanto o más el proceso de desarrollo del alumno y no solamente su parte cognitiva, sino social y afectiva.

Niños con estados emocionales inestables se mostrarán más negativos en sus actitudes hacia los conceptos que tengan que ver con la escuela y aunque se ha demostrado que un poco de tensión es necesario para el aprendizaje, cuando se sobrepasa los límites, provoca una disminución del rendimiento del alumno.

Universidad de huelva 2010

⇨ Es importante dotar al profesorado de una herramienta útil y sencilla para que puede detectar a niños con problemas emocionales que pueden interferir en sus procesos de aprendizaje, en su proceso de desarrollo global, pues como señalan Eisenber et al. (1997) los niños con tonos emocionales negativos tienen como consecuencia menores niveles de conducta positivas y prosociales hacia otros; además debemos añadir que los niños que no consigan una estabilidad emocional estarán más predispuestos a problemas conductuales, agresiones, escasas habilidades sociales y dificultades para conseguir amigos.

Universidad de huelva 2010

9.4. CONCLUSIONES FINALES.

⇨ El test de Bender se podría emplear como *screening* para detectar desajustes madurativos que pueden tener como consecuencias problemas emocionales y posibles conductas antisociales, pero no es válido para detectar patologías diferenciales como la ansiedad, neuroticismo y psicoticismo.

⇨ Se puede considerar esta prueba como un complemento de las técnicas psicométricas y así proporcionar, no sólo una visión analítica, sino una perspectiva más global de la persona.

⇨ Sin embargo, en la utilización del test de Bender como test de personalidad se deben tener en cuenta los siguientes planteamientos:

a. Aplicarlo de forma individual pues así se podrá indagar en todos aquellos aspectos de los dibujos que ofrezcan dudas o se salgan de lo esperado, por ejemplos en las elaboraciones espontáneas; al igual que ir anotando las conductas del niño durante toda la aplicación de la prueba y sus comentarios verbales según se vayan sucediendo los dibujos.

b. Conveniencia de tener una pequeña entrevista con el niño, una vez acabada la prueba para aclarar sus comentarios realizados durante la prueba o todos aquellos aspectos referidos en el punto anterior.

c. Es aconsejable que el evaluador tenga experiencia en el manejo de pruebas proyectivas y amplios conocimientos de psicopatología infantil.

d. Así mismo, es muy importante que el evaluador tenga cierto entrenamiento y experiencia con el test de Bender.

⇨ Por lo expuesto en el punto anterior creemos que la persona que lleve a cabo la aplicación y baremación deber ser experimentada y con conocimientos amplios de diagnóstico y psicopatología, lo cual nos lleva a

Universidad de huelva 2010

desestimar nuestro objetivo de conseguir una prueba fácil y rápida que pueda ser aplicada por los profesores.

⇨ Es importante seguir investigando los índices que se asocian a conductas disruptivas y asociales, pues parece que es donde se han obtenido más relaciones y quizás en un futuro pueda ser utilizada de manera preventiva.

En el tema que nos ha ocupado se nos abren varios interrogantes sobre la validez de algunos indicadores emocionales, que deberían ser revisados para demostrar sin covarían con el desarrollo y no con trastornos emocionales y añadir también la necesidad de investigaciones que desarrollen una tabla donde se recoja la distribuación y frecuencia de los indicadores emocionales en una muestra de niños normales, al igual que la elaborada por Koppitz en la escala de desarrollo de los indicadores visoperceptivos.

Este estudio, meramente descriptivo, deja abiertas líneas de futuras investigaciones en la que se podría trabajar en la construcción de un instrumento más preciso para detectar problemas emocionales y que proporcione a los profesores información precisa sobre aquellos alumnos que estén en situación de riesgo, para así poder intervenir y lograr un niño con un buen desarrollo integral que le facilite incorporarse al mundo académico y conseguir todos aquellos conocimientos que le van a posibilitar su desarrollo acomo persona.

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

Bibliografía.

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

Abraham, A. (1979). L'evolution du dessin du personaje humain de deux à six ans. *Bulletin de Psychologie, 32,* 3-7.

Abt, L. E. (1978). Una teoría de la Psicología proyectiva. En L. E. Abt y L. Bellak, *Psicología Proyectiva.* Buenos Aires: Paidós.

Abt, L. E. y Bellak, L. (1985). *Psicología proyectiva. Enfoque clínico de la personalidad total.* México: Paidós

Achenbach, T.M. (1980). What is child psychiatric epidemiology the epidemiology of?. In: F. Earls (ed.). *Studies, of children.* New York: Prodist.

Achenbach, T .M. (1981). *Investigaciones en Psicología del Desarrollo.* México: El Manual Moderno.

Achenbach, T. M. (1982). *Developmental psychology.* Nueva York: Prodist

Achenbach, T .M. (1985a). Assessment of anxiety disorders. In A. H. Tuma y J. D. Maser (Eds.). *Anxiety and the Anxiety disorders.* Hilsdale, N.J: Erlbaum.

Achenbach, T. M. (1985b). *Assessment and Taxonomy of Child and Adolescent Psychopathology.* Beverly Hills, CA: Sage.

Achenbach, T .M. y Edelbrock, C. S. (1978a). The child behavior profile: Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47,* 223-233.

Achenbach, T.M. y Edelbrock, C. S. (1978b). The classification of child psychopathology, A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulleting, 85,* 1275- 1301.

Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1981). *Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen.* Monographs of the Society for Research in Child Development, 4 (188).

Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. D*epartment of Psychiatry, University of Vermont.

Ackermnan, P. T., Peters, J. E., y Dykman, R. A. (1971).Children with specific learning disabilities: Bender Gestalt Test findings and other signs. *Journal of Learning Disabililies, 4,* 437-446.

Universidad de huelva 2010

Adler, A. (1939). *Social Interest.* Nueva Cork: Putnam.

Admas, J. y Canter, A. (1964). Performance characteristcs of school children on the BIP B.G. *Journal of Consulting of Psycchology, 33,* 508.

Agras, S. (1989). *Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad.* Barcelona: Labor.

Agüero Juan, A. (1998, Diciembre). El trastorno de conducta en la infancia como precursor del trastorno antisocial del adulto. Estudios de seguirmiento a medio y largo plazo. Necesidad de programas preventivos. *Psiquiatria. Com.* Recuperado el 15 de mayo de 2003 en http//:www. Psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num4/art_2.htm

Aguirre Llagostera, G., Conadellas A. y Bertrán, A.M. (1988). *Baremación del Test de Bender.* Barcelona: Oikus-tau.

Aguirre Llagostera, G. (1989). *Los tests proyectivos.* Barcelona: Alertes.

Aguirre, G. y Medina, P. (1991). *Estudio de la correlación entre DFH (Dibujo Figura Humana), Bender y resultados escolares.* Trabajo presentado al III Congreso de Evaluación Psicológica: Barcelona.

Aimard, P. y Abadie, C. (1992). *Intervención precoz en los trastornos del lenguaje del niño.* Barcelona: Masson.

Alacalde de la Piedra, T. (1991). *Los trastornos de conducta en la infancia y sus relaciones con las vivencias de ansiedad y depresión.* Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza.

Albano, A. M., Chorpita, B. F., DiBartolo, P. M., y Barlow, D. H. (1995). *Comorbidity of DSM-III-R Anxiety disorders in children and adolescent.* Unpublushed manuscript: State Universltary of New York at Albany.

Albano. A. M., Chorpita. B. F., y Barlow, D. H. (1996). Childhood Anxiety Disorders. En E. J. Marsh y R A. Barkley (Eds.). *Child psychopathology* . New York : The Guilford Press.

Albert, M.E., Gómez, M.N., y Olmos, D. (1985). Un análisis de la fundamentación diagnóstica del Test Gestáltico Visomotor como indicador de los desórdenes cerebrales infantiles. *Psiquis. Revista de Psiquiatría. Psicología.* y *Psicosomática. 6* (6), 63-72.

Universidad de huelva 2010

Allen, R. M., Adamo, C., Alker, L.N., y Levine, M.N. (1971). A study of reproduction of Bender Gestalt figures by children of average and below. *Journal of Geneti. Psychology, 119*, 75-78.

Allport, G. W. (1974). *Psicología de la personalidad.* Buenos Aires: Paidós

Allsopp, J. F. y Feldman, M. P. (1976). Personality and antisocial behaviour in schoolboys: Item analysis of questionnaire measures. *British Journal of Criminology, 16,* 337-351.

Almqvist, F., Puura, K., Kumpulainen, K., Tuompo-Johansson, E., Henttonen, I., Huikko E., Linna, S, Ikaheimo, K., Aronen, E., Katainen, S., Piha, J., Moilanen, I., Rasanen, E. y Tamminen, T. (1999). Psychiatric disorders in 8-9-year-old children based on a diagnostic interview with the parents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 8,* Suppl. 4: 17-28.

Alonso Fernández, F. (1987). *Psicopatología y creatividad.* Salamanca: U.P.S.

Alshuler, R., y Hattwick, L (1947). *Painting and personalty.* Chicago: University Chicago Press

Álvaro, M. (1993). Evaluación del rendimiento académico. En G. Buela-Casal (comp.). *Manual de Evaluación Psicológica.* Madrid: Siglo XXX.

Amann Gainotti M. y Sellaroly T. (1992). Sexual differentiation in children's drawings of pregnancy. *Acta Paedopsychiatrica International Journal of Child and Adolescent Psychatry , 55,* 1, 9-13.

Ambrose, B., Rholes, W. S. (1993). Automatic cognitions and symptoms of depression and anxiety in children and adolescents: An examination of the content specificity hypothesis. *Cognitive Therapy and Research, 17*, 289-308.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-II.* Washington D.C.: APA.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III.* Washington D.C.: APA.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R.* Washington D.C.: APA.

American Psychiatric Associanon (1988*). DSM-III-R Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales Revisado. Barcelona*: Masson, S.A.

Universidad de huelva 2010

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV.* Washington D.C.: APA.

Ames, L. B., Learned, J., Métraux, R. W y Walker, R. N.(1952). *Child Rorschach responses: developmental trends from two to ten years.* Nueva York: Hoeber.

Anastasi, A. (1982). *Tests psicológicos.* Madrid: Aguilar.

Anders, P. (1928). Üben den individuellen Eigenrhythmus beim menschilden Gangen und seine Beziehungen. *Arch. f. d. ges. Physiol, 220,* 287-299

Anderson, H. H. y Anderson, G. L. (1978). *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico.* Madrid: Rialp.

Anderson, P. (1989). Productivity, syntax, and ideation in the written expression of remedial and achieving readers. *Journal of Reading, Writing and Learning Disabilities International. 4* (2). 115-124.

Anderson, B. y Rallis, K. (1981). Relationship between Bender error, emotional incators and performance on Bender recall. *Perceptual and Motor Skills, 53,* 497-498.

Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R., Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from a general population. *Archives of General Psychiatry, 44,* 69-76.

Andrés Pueyo, A.y Gutiérrez Maldonado, J. (1994). Acerca de la universalidad de la extroversión, el neuroticismo y el psicoticismo como dimensiones temperamentales. *Boletín de psicología, 47,* 7-29

Angold, A. y Costello J. (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39, 39-48.

Angold, A., Costello, E. J. y Erkanli, A. (1999) Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Alied Disciplines, 40*(1), 57-87.

Anta, D. (2002). Función visomotora y rendimiento académico. Una investigación con el Test de Bender. *Investigaciones en Psicología, 7* (2), 7-23.

Anthony, J. (1970). Behavior disorders. In P. Mussen (Ed.), *Carmichael's manual of child psychology.* New York: Wiley.

Universidad de huelva 2010

Anthony, W. S. (1977). The development of extraversion and ability: And analysis of Rushton's longitudinal data. *British Journal of Educatjonal Psychology. 47*, 193-196.

Anzieu, D. (1981). *Los Métodos Proyectivos.* Buenos Aires: Paidós.

Aponik, D y Dembo, M. (1983). LD and normal adolescents' causal attributions of success and failure at different leves of task difficulty. *Learning Disability Quarterly, 6* 31-39.

Argile, M. (1981). The experimental estudy of the basic features of situtaions, E.D. Magnusson (Ed.). *Towards a psychology of situations: an internacional perspective.* New Jersey: LEA.

Armstrong, B. B., y Knopf, K. F. (1982). Comparison of the Bender-Gestalt and Rey Deyelopmental Test of Visual-Motor Integration. *Perceptual and Motor Skills,* 164-166.

Arnold, W., Eysenck, H. J. y Meili, R. (1979). *Diccionario de Psicología* Vol. 3. Madrid: Rioduero.

Arroyo, M. (1992). Prevención pedagógico-social de la agresividad. *Educadores, 34*, 51-64.

Asendorpf, J. B. (1989). Shyness as a finil common pathway for two different kinds of inhibitions. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 481-492.

Asendorpf, J. B. y Meier, G. (1993). Personality effects on children's speech in everyday life: sociability- mediated exposure and shyness-mediates reactivity to social situation. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 1072-1083.

Atienza, F.y Fuentes, L. (1994). *Técnicas subjetivas de evaluación.* Valencia: Nau Llibres

Aubin, H. (1980). *El dibujo del niño inadaptado.* Barcelona: Laia.

Ausubel, D. P., y Sullivan, E. V. (1983). *El desarrollo infantil.* Buenos Aires: Paidós

Universidad de huelva 2010

Auzias, M. et al. (1978). Étude longitudinal de la lateralité manuelle chez des enfants droiters, gauchers et ambidextres. *Revue de Psychologie Appliqueé, 28,* (2), 91-115.

Avia, M., Sanz, J., Sánchez-Bemardos, M., Martínez-Arias, M., Silva, F. y Graña, J. (1995). The five-factor model-ll. Relations of NEO-PI with other personality variables. *Personality and Individual Differences,* 19, 81-97.

Ávila Espada, A. (Coord.) (1997). *Evaluación en Psicología Clínica II. Estrategias cualitativas.* Salamanca: Amarú.

Ávila Espada, A. y Rodríguez, C. (coords). (1992). *Psicodiagnóstico clínico.* Madrid: Eudema Universidad.

Avis, H. H. (1974). The neuropharmacology of aggression. *Psychological Bulletin, 81*,47-63.

Aylward, E.H., y Schmidt, S. (1986). An examination of three Test of Visual-Integration. *Journal of Learning Disabilities, 19* (6), 328-330.

Ayuso, J. L. (1988): *Trastornos de angustia.* Barcelona: Martinez Roca.

Ayuso, J. L., Alfonso, S., Rivera, A. y Galletero, J. M. (1988). Relación de la ansiedad de separación infantil con el trastorno por ataques de angustia y agorafobia. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 16,* Supl.1, 31-38.

Azrin, N. H. y Fox, R. M. (1978). A rapid method of toilet training the institutionalized retarded. *Journal of Applied Behavir Analysis, 4,* 89-99.

Bach, Z. (1987). Keep Gestalt in the name of the test: The curious name permutation of the Bender-Gestalt Test. *Journal of Personality Assessment, 51* (I), 109-111

Bachman, J. G., Johnston, L. D. y O'Malley, P. M. (1978). Delinquent behavior linked to educational attainment and post-high school experiences. En L. Otten (comp.). *Colloquium on the Correlatos of Crime and Determinants of Criminal Bahavior.* Arlington, VA: The MITRE Corp.

Baer, D. J. y Gale, R. H. (1967). Intelligence and Bender Gestalt Test performance of institutionalized and nonirstitutionalized school children. *Journal of Genetic Psychology, 111,* 119-124.

Universidad de huelva 2010

Báez de la Fe, B. F. (1981). *Programa de intervención sobre autoestima y conducta de estudio en relación con el rendimiento.* Memoria de Licenciatura: Universidad de La Laguna.

Báez de la Fe, B. F. (1987). *Evaluación psicoeducativa de centros escolares: estrategias docentes, contexto organizativo y productividad.* Secretariado de Publicaciones: Universidad de La Laguna.

Báez de la Fe, B. F. (1989). Del estudio del caso al análisis de la situación: evolución histórica del diagnóstico psicoeducativo. *Infancia y Aprendizaje, 47,* 71-81.

Báez, B. F. y Bethencourt, I. T. (1992). *Psicología escolar.* Madrid: Cincel.

Báez, B. F. y Jiménez, I. E. (1990). *Elaboración de un modelo teórico-explicativo del fracaso escolar.* Memoria del Proyecto de Investigación financiado por la Dirección General de Universidades, Gobierno de Canarias.

Bàguena, M. J. (1996). El acercamiento fenomenológico-humanista a la personalidad. En V. Pelechano (Dir.), *Psicología de la Personalidad. Teorías.* Barcelona: Ariel.

Baker, E. H., y Thurber, S. (1976). Bender Gestalt Test performance and the vword recognition skills or disadvantaged children.. *Journal of School Psychology, 4,* 64-66.

Ballesteros, S. (1983). Prólogo a la edición castellana. En P. K. Mackal: *Teorías psicológicas de la agresión.* Madrid: Pirámide.

Baltes, P. B., Reese, H. W., y Nesselroade, J. R. (1981). *Métodos de Investigación en Psicología Evolutiva.* Madrid: Morata.

Bandura, A. (1973). *Aggression: A Social Learning Analysis.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1978). The self-system in reciprocal determinism. *American Psychologist, 33,* 344-358.

Bandura, A. y Walters, R. H. (1959). *Adolescent aggression.* Nueva York: Ronald Press.

Universidad de huelva 2010

Baranger, M., Baranger, W.y Mom, J. M. (1988): The infantile psychic trauma from us to Freud: Pure trauma, retroactivity and reconstruction. *Internacional Journal of Psychoanal, 69,* part. 1, 113-128

Barnett, A. y Henderson S. E. (1992). Some observations on the figure drawings of clumsy children. *British Journal of Educational Psychology, 62*, 3,341-355.

Barret, K. C. y Campos, J. J. (1991). A diacritical function approach to emotions and coping. En E. M. Cummings, A. L. Greene y K. H. Karraker (eds.). *Lifespan Developmental Psychology: Perspectives on Stress and Coping.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, (1996). Basic behavioral science research for mental health. Vulnerability and resilience. *American Psychologist, 51*, 22-28.

Bay-Hinitz, A. K., Peterson, R. F. y Quilitch, H. R. (1994). Cooperative games: A way to midify aggressive and cooperative behaviors in young children. *Journal of Applied Behavior Analysis, 27.* 435-446.

Bayley, N. (1970). Development of mental abilities. In P. Mussen, (Ed.), *Carmichael's Manual of Child Psychology.* New York: Wiley.

Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. T., Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 179-183.

Becker, J. T. (1964). Consequences of different kinds of parental discipline. En M. L. Hoffman y L. W. Hoffman (eds.), *Review of Child Development Research,* vol. 1. Nueva York: Russell sage Foundation.

Becker, J. T. y Sabatino, D. A. (1971). Reliability of Individual tests of perception administered utilizing group techniques. *Journal of Clinical Psychology,* 27, 86-88.

Beery , K. E. (1968). Form reproduction as a function of complexity. *Perceptual and Motor Skill, 26*, 219-222.

Beidel, D. C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 545-552.

Universidad de huelva 2010

Beidel, D. C. (1996) Assessment of chilhood social phobia: Construct, convergent, and discriminative validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). *Psychological Assessment, 8*, 235- 340.

Beidel, D. C., Fink, C. M. y Turner, S. M. (1996). Stability of anxious symptomatology in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 257-269.

Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment, 7*, 73- 79.

Bell, J. E. (1992). *Técnicas proyectivas (Exploración de la dinámica de la personalidad)*. Buenos Aires: Paidos.

Bell, R. Q., Weller, G. M. y Waldrop, M. F. (1971). *Newborn and preschooler: Organization of behavior and relations betwin periods.* Monographs of the society for Research in Child Development, 36 (I-2 Serial N 142).

Bellak, L. (1989). Sobre los problemas del concepto de proyección. En L. E. Abt y L. Bellak (1989). *Psicología Proyectiva.* Buenos Aires: Paidós.

Bellak, L. y Siegel, H. (2000). *Manual de psicoterapia breve intensa y de urgencia.* México: F.C.E.

Belloch. A., Sandín, B. y Ramos, F. (1999). *Manual de Psicopatología.* Madrid: McGraw-Hill.

Belter, R., McIntosh, J., Finch, A., y Williams, L. (1989). The Bender gestalt as a method of personality assessment with adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 45,* (3), 414-423.

Bender, L. (1938). A Visual Motor Gestalt Test and Its Clinical Use. *Research Monograph, 3.* American Orthopsychiatric Association, Nueva York.

Bender, L. (1946). *Bender Motor Gestalt Test; Cards and Manual of Instructions.* American Orthopsychiatric Association, Nueva York.

Bender, L. (1965). On the proper use of the Bender Gestalt Test. *Perceptual Motor Skills, 20*, 189-90.

Universidad de huelva 2010

Bender, L. (1967). Visual motor Gestalt function in six and seven year old normal and schizophrenic children. En G. A. Jervis, y J. Zubin (Eds.), *Psychopathology of Mental Development.* Nueva York: Grune & Stratton

Bender, L. (1969). *Bender Motor Gestalt Test: Set al Nine* 35 m m *Slides of Test Cards* Nueva York: American Orthopsychiatric Association

Bender, L. (1970). Use of the Visual Motor Gestalt Test in the diagnosis of learning disabilities. *Journal of Special Education, 4,* 29-39.

Bender, L. (19892). *Test Guestaltico Visomotor: Usos y aplicaciones clínicas.* Barcelona: Ed. Paidós Thérica.

Bender, L. y Schilder, P. (1936). Forms as a Principle in the Play of Children. *Journal of Genetic Psychology, 49,* 254-261

Bender, L. y Valletutti, P. J. (1981). *Programas para la enseñanza del deficiente mental, 1. Comportamiento general y hábitos de autocuidado.* Barcelona: Fontanella.

Benjamin, R. S., Costello, E. J. y Warren, M. (1990). Anxiety disorders in a pediatric sample. *Journal of Anxiety Disorders, 4,* 293-316.

Berk, L. E. (1998). *Desarrollo del niño y del adolescente.* Madrid: Prentice Hall

Berkowitz, L. (1962). *Aggression: a social Psychological Analysis.* New York: McGraw-Hill.

Berkowitz, L. (1984). Human aggression. En N. S. Endler y J. M. Hunt (eds.), *Personality and the Behavioral Disorders, vol. 1.* Nueva York: Wiley.

Berman, P. (1976). Young children's use of the frame of reference in consstruction of the horinzontal, vertical and obique. *Child Development, 47,* (1), 259-263.

Berman, P, et al. (1974). Construction of the horinzontal, vertical and obique by young children: failure to find to oblique effect. *Child Development, 45,* 474-478.

Bermúdez, J. (1989). *Psicología de la personalidad,* Madrid, UNED, vols. I y II

Universidad de huelva 2010

Bermúdez, J., y Fernandez Trespalacios, J. L. (1979). Los elementos de la conducta. En J.L. Femández Trespalacios (Dir.), *Psicología General,* I., Madrid, UNED.

Berninger, V. W., Abbott, R., Whitaker, D. y Sylvester, L. (1995). Integrating low-level and high-level skills in instructional protocols for writing disabilities. *Learning Disability Quarterly, 18* (4), 293-309.

Bernstein, J. (1951). Tabla de Significaciones gráficas de W. Wolff para los dibujos de cualquier tema de niños pequeños .En F. L. Goodenough: *Test de inteligencia infantil por medio del dibujo de* la *figura humana.* Buenos Aires: Paidós.

Berstein, J. (1999). Test de Goodenough: cuaderno auxiliar de puntuación y evaluación .Buenos Aires: Paidos.

Bernstein, G. A. y Borchardt, C. M. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: *A critical review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 519-532.

Bernstein, G. A. y Borchardt, C. M. y Perwien, A. R. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 28,* 740-745.

Biedma, C. y D'Alfonso, P. (1960). *El lenguaje del dibujo.* Buenos Aires: Kapelusz.

Biederman, J., Newcorn, J. y Sprich, S. (1991). Comorbidity of ADHD with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry, 148,* 564-577

Biedennan, J., Rosembaum, J. F., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., Chaloff, J., Hirshfeld, D. R. y Kagan, J. (1993). A 3-Year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32,* 814-821.

Bierderman, J. Rosenbaum, J. F. Chaloff. J. y Kagan. J. (1995). Behavioral inhibitlon as a risk factor for anxiety disorders. In J. S. March (Ed.). *Anxity Disorders in Children and Adolescents* . New York : The Guilford Press.

Biedennan, J., Rosembaum, J. F. Hirshfeld, D. R., Faraone, S. V. Bolduc, E. A. Gerstenl, M., Meninger, S. R. Kagan, J., Snidman, N. y Reznick, J. S. (1990).

Universidad de huelva 2010

Psychiatric correlates of behavioral lnhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry, 47*, 21-26.

Bilac, S. (1996). Relation between some cognitive variables and some aspects of maladjusment in pre-school children. *Review of sychology, 31,* 55-58.

Billingslea, F. Y. (1948). The Bender Gestalt: An objective scoring method and validating data. *Jorunal Clinical Psychology, 4*, 1-27.

Billingslea, F. Y. (1963). The Bender Gestalt: A review and perspective. *Psychology Bulletting, 60,* 233-51.

Bion, W. R. (1963). *Aprendiendo de la Experiencia.* Buenos Aires. Paidós.

Bion, W R. (1965). Una Teoría del Pensamiento. *Revista de Psicoanálisis,* XII, 1-2.

Bion, W. R. (1966). *Elementos del Psicoanálisis.* Buenos Aires: Hormé

Bion, W. R. (1970). *Volviendo* a *Pensar.* Buenos Aires: Hormé.

Biondi, M. (1989). *Psicobiologia y terapéutica de la ansiedad en la práctica médica.* Barcelona: Lab. Wyeth.

Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. y McKenzie Neer, S. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). Scale Construction and Psychometric Characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36,* 545-553.

Bjorkoqvist, K. (I997). Learning agression from models: from a social learning toward a cognitive theory model. In S. Feshbachand y J. Zagrodzka (eds.), *Agression. Biological, Developmental and Social Perspectives.* Nueva York: Plenum Press.

Black, F. W (1973). Reversal and rotation errors by normal and retarded readers. *Percepual and Motor Skills, 36,* 895-98.

Blanco Picabia, A. (1978). *Estudio sobre la aplicación colectiva y abreviada del test gestáltico visomotor de L. Bender.* Tesis de Licenciatura Universidad de Sevilla.

Universidad de huelva 2010

Blatt et al. (1976). Desarrollo normal y deterioro psicopatológico del concepto del objeto en el Rorschach. *Journal Abnormal. Psychololgy, 85*, 4.

Block, J. (1977a). P scale and psychosis: continued concerns. *Journal of Abnormal Psychology, 86* (4), 431-434.

Block, J. (1977b). The Eysencks and psychoticism. *Journal of Abnormal Psychology, 86* (6), 653-654.

Bloom, A. (1987). The Bender gestatl test as a method of identiying emotionally handicapped elementary school children. *Dissertation Abstracts International, 48* (5-B), 1507-1508.

Blum, G. S. (1949). A study of the psychoanalytic theory of psychosexual development. *Genetic Psychology. Monographs,* 39, 3-103.

Bo, T. (2001). Marca subjetiva en el Test de Bender. En S. Schlemenson (comp.), *Niños que no aprenden.* Buenos Aires: Paidos.

Bolen, L. M., Hewett, J. B., Hall, C. W. y Mitchell, C. (1992). Expanded Koppitz scoring system of the Bender Gestalt Visual-Motor Test for Adolescents. A pilot study. *Psychology in the Schools, 29* (2). 113-115.

Borkenau P. y Ostendorf, F. (1990). Comparing Exploratoy and Confirmatory Factor Analysis: A Study on the 5-Factor Model of Personality. *Personality and Individual Differences. 11*(5): 515-524.

Boucharde, T.G. et al. (1990). Sources of human psychological differences: The Minnesota study os twins reared apart. *Science, 250,* 223-228

Bouisson, J. (1999). The Hutt adaptation of the Bender test and the change in mental frame in elderly people. *Pratiques Psychologiques, 2,* 39-53.

Bourges, S. (1980). *Test para el psicodiagnóstico infantil. Elección e interpretación de pruebas.* Madrid: Cincel.

Bowen, R. C., Offord, D. R. y Boyle, M. H. (1990). The prevalence of overanxious disorder and separation anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29,* 753-758.

Bowen, F., Vitaro, F., Kerr, M. y Pelletier, D. (1995). Childhood internalizing problems: Prediction from kindergartenl, effect of maternal

Universidad de huelva 2010

overprotectiveness, and sex differences. *Development and Psychopathology, 7*, 481-498.

Bower, E. (1970). *Early identfication of emotionally handicapped children in school.* Springfield, Ill.: Thomas

Bowers, K. S. (1981). Situacionismo en psicología: un análisis y una crítica. En A. Fierro, *Lecturas de Psicología de la Personalidad.* Madrid: Alianza.

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to its mother. *International Journal of Psychoanalysis, 39*, 350-373.

Brady, E. U. y Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin, 111*, 244-255.

Bragado, C. (1992). Trastornos de ansiedad en la infancia. *Análisis y Modificación de Conducta, 18*, 5-25.

Bragado, C. (1993). *Terapia de conducta en la infancia: trastornos de ansiedad.* Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Bragado, M.C (1994). *Enuresis infantil, un problema con solución.* Madrid: Eudema.

Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema, 11*, 939-956.

Bragado, C., Carrasco, I., Sanchez, M. L., Bersabé, R. M. Loriga. A., y Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clínica y Salud, 6*, 67-82.

Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L., y Bersabé, R. M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés, 2*, 97-112.

Bragado, C., Solano, C. y Crespo, M. (1990). El trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y adolescencia: naturaleza, evaluación y tratamiento: una revisión. *Clínica y Salud, 1*, 85-115.

Bragman, L. (1949). *The role of personal religious values and specific reward in the determination of size perception.* Honoris thesis. Radcliffe College.

Universidad de huelva 2010

Brannigan, G. G., Abye, S. M., Baker, L. A. y Ryan, G. T. (1995). Further validation of the qualitative scoring system for the modified Bender-Gestalt Test. *Psychology in the Schools, 32* (1). 24-26.

Branningan, G. y Benowitz, M. (1975). Bender gestal sings and antisocial out tendencies in adolescents. *Psychology in the Schools, 12,* 15-17.

Brannigan, G. G. y Brunner, N. A. (1991). Relationship between two scoring systems for the Modified Version of the Bender-Gestalt Test. *Perceptual and Motor Skills, 72*(1), 286.

Brannigan, G. G. y Brunner, N. A. (1993). Comparison of the qualitative and developmental scoring systems for the Modified Version of the Bender-Gestalt Test. *Journal of School Psychology, 31* (2). 327-330.

Brannigan, G. G. y Brunner, N. A. (2002). *Guide to the qualitative scoring system ofr the modified version of the Bender-Gestalt test.* Springfield: Thomas.

Bravo, L. (1972). *The conservation, simulation, and development of superior mental abilitu.* Estudio presentado en la California Association of School Psychologists.

Breen, J. y Butler, L. (1983). Applicability of Bender Gestalt emotional indicators for emotionally disturbed and nonreferrd students. *Psychological Reports, 52,* 560-570.

Brenner, M. W., Gillman, S., Zangwill, O. C. y Farrell, M. (1967). Visuo-motor disability in school children. *Bristhis. Medical Journal, 4,* 259-62.

Brick, M. (1944). The mental higiene value of children's art work. *American Journal Orthopsychiat, 14* 136-146.

Bridges, K. B. (1932). Emotional development in early infancy. *Child Development, 3,* 324-341.

Bridges, K. B. (1936). Le développement des émotions chez le jeune enfant. *Journal de Psychologie Normale et Pathologique, 33,* 40-87.

Briggs, S. R. (1988). Shyness: Introversion or neuroticism?. *Journal of Research in Personality, 2* , 290-307.

Universidad de huelva 2010

Brittain, W. y Chien, Y. (1983). Relationship between preschool children's ability to name body parts and their ability constuct a man. *Perceptual and Motor Skills, 43,* (1). 19-24.

Broderick, P. y Lazzlo, J. (1987). The drawing of squares and diamonds: a perceptual-motor task analysis. *Journal of Experimental Child Psychology, 43,* (1), 44-61.

Brodt, S. E. y Zimbardo, P. G. (1981). Modifying shyness-related social behavior trough sympton misattribution. *Journal of Personality and Social Psychology, 41,* 437-449.

Bronfenbrenner, U. (1988). Interacting systems in human development. Research paradigms: Present and future. In N. Bolger, A. Caspi, G. Doyney, y M. Moorehouse (Eds.). *Persons in contex: Developmental process.* Cambridge, England : Cambridge University Press.

Brown, F. (1965). The Bender Gestalt and acting out. In L. E. Abt (Ed.). *Theoretical and Clinical Aspects.* Nueva York.: Grune y Stratton.

Brufau, Galito, J. y Cordero Alonso, J. (1983). *El test de Bender como predictivo del rendimieneto escolar: un estudio longitudinal.* Universidad de Barcelona.

Brunch, M. A., Gorsky, J. M., Collins, T. M y Berger, P. A. (1989). Shyness and sociability reexamined: A multicomponent analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 57,* 904-915.

Brunch, M. A., Heinberg, R. Haney, C., McMann, M., Mahone, M. y Slavkin, S. (1992). Shyness, alcohol expectancies, and alcohol use: supressor effect. *Journal of Research in Personality, 26,* 137-149.

Bruner, J. S. y Goodman, C. G. (1947). Value and Need as Organizing Factors in Perception. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 42,* 33-44.

Bruner, J. S., y Postman, L. (1948). Symbolic value as an Organizing Factor in Perception. *Journal of Social Psychology, 27,* 203-208.

Bruner, J. S. y Postman, L. (1949). Perception, Cognition and Behavior. En J .S. Bruner y D. Krech (Eds.), *Perception and Personality.* Durham, N.C.: Duke University Press.

Universidad de huelva 2010

Bryan, T. (1991). Social problems and learning disabilities. In B. Y. L. Wong (Ed.). *Learning about learning disabilities.* San Diego: Academic Press.

Buck, J. (1948). The house-tree-person technique: a qualitative and quantitative scoring manual. *Journal of Clinical Psychology, 4,* 317-396.

Buck, J. (1969). *The house-tree-person technique: revised manual.* Western Psychological Servicies: Beverly Hills

Buckley, P. D. (1978). The Bender Gestlat Test: A review of reported research with school-age subjects, 1966-1997. *Psychology in the Schools. 15* (3), 327-338

Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (eds.). (2001). *Manual de evaluación y tratamiento psicológicos.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Buelga Vazquez, S. y Lila Murillo, M. (1999). Adolescencia, familia y conducta antisocial. Valencia: C.S.V.

Bueno Belloch, M. (1997). Introducción a las técnicas proyectivas graficas. En A. Ávila (Coord.),. *Evaluación en Psicología Clínica II. Estrategias cualitativas.* Salamanca: Amarú.

Buisan I Serradell, C. (1995). *Los factores de maduración en la adquisición del acto gráfico.* Universitat de Barcelona: Publicaciones universitat de Barcelona.

Büler, K. (1965). *Psicología de la forma.* Madrid: Ed. Morata.

Buss, A. H. (1961). *The Psychology of Aggression.* Nueva York: John Wiley.

Byner, J. (1972) *Personality dimensions and motivation.* Open University Press.

Byrd, E (1956). The clinical validity of the Bender gestalt test with children: a developmental comparison of children in need of psychoterapy and children judged well adjusted. *Jorunal Projective Techniques, 20,* 127-136.

Cabrini, M. (1968). *Bender Gestalt Test as a measure* of *reading readiness.* Tesis de Filosofia y Letras. St John College, Cleveland.

Cadoret, R. J. (1978). Psychopathology in adopted-away off spring of biological parents with antisocial behavior. *Archives of General Psychiatry, 35,* 176-184.

Universidad de huelva 2010

Cadoret, R. J. y Cain, C. (1981). Environmental and genetic factors in predicting adolescent antisocial behavior. *The Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 6*, 220-225.

Cadoret, R. J., Cain, C. y Crowe, R. R. (1983). Evidence for gene-environment interaction in the development of adolescent antisocial behavior. *Behaviour Genetics, 13*, 301-310.

Caligor, L. (1980). *Nueva interpretación psicológica de dibujos de la figura humana.* Buenos Aires: Kapelusz.

Calmy, G. (1977). *La educación del gesto gráfico.* Barcelona: Fontanella.

Calonge Romano, I. (1992). Diagnostico y evaluaci6n infantil. En A. Ávila y C. Rodríguez (Coords.), *Psicodiagnostico clínico.* Eudema Universidad: Manuales.

Camp, B., Blom, G., Herbert F. y Van Doornick, W. (1977). «Think aloud»; a program for developiIng self central in young aggressive boys. *Journal Abnormal Child Psychology, 5*, 157-169.

Campbell., S. B. (1984). La psicopatología del niño desde una perspectiva evolutiva. En T. Ollendick y M. Hersen. *Psicopatología infantil.* Barcelona: Martínez Roca.

Campbell, S. B. (1986). Developmental issues in childhood anxiety. In R. Gittelman. *Anxiety Disordersof Childhood.* New York: GuilfordPress.

Campbell., S., Pierce, E., Moore, G., Marakovitz, S. y Newboy, K. (1996). Boys' externaalizing problems at elementary school age: pathways early behavior problems, maternal control and family stress. *Development and Psychopathology, 8*, 701-719.

Campo, Vilar y Jachvasky (1994). La homosexualidad en el Rorschach. Un estudio sobre los vínculos. *Sociedad Catalana del Rorschach.*

Campos, J. y Emde, R. (1979). Facial patteming and infant emotional expression: Happiness, surprise, and fear. *Child Development, 50*, 1020-1035.

Camras, L. A., Malatesta, C. y Izard, C. E. (1991). The development of facial expressions in infancy. En R. S. Feldman y B. Rimé, *Fundamentals of Nonverbal Behavior.* Nueva York: Cambridge University Press.

Universidad de huelva 2010

Canalda, G. (1988) Estrés y psicopatología general. *Revista de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Barcelona, 15*, 5, 243-254.

Canals, J. y Doménech, E. (1990). Síntomas de ansiedad en las depresiones puberales: primeros resultados de un estudio epidemiológico longitudinal. *Revista de Psiquiatría Facultad de medicina de Barcelona. 17* (4), 173-181.

Cantwell, D. (1987). La depresión en la infancia: cuadro clínico y criterios diagnósticos. En Cantwell, D. y Carlson, G. (ed.), *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia.* Barcelona: Martínez Roca

Cantwell, D. y Carlson, G. (1987). *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia.* Barcelona: Martínez Roca.

Caplovitz, K. (1998). A functionalist perspective to the development of emotions. In M. F. Mascolo y S. Griffin. *What Develops in Emotional Development.* Nueva York: Plenum Press.

Caprara, G. V. (1996). Structures and processes in personality psychology *European Psychologist.* 1, 14-26.

Caprara, G., Barbaraflelli, C. y Borgogni, L. (1995). *BFQ. Cuestionario Big Five.* Madrid: Tea

Caprara, G., Barbaraflelli, C., Borgogni, L. y Perugirli, M. (1993). The Bif Five Questionnaire: A new Questionnaire for the measurement of the five factor model. *Personality and Individual Qifferences, 15*, 281-288.

Caprara, G. y Rutter, M. (1995). Individual development and social change. In M. Rutter y D.J. Smith (Eds.), *Psychosocial Disorders in young people. Time trends and their causes.* Chichester: John Wiley and Sons.

Caprara, V. y Zimbardo P. G. (1996). Aggregation and amplification of marginal deviations in the social construction of personality and maladjustement. *European Journal of Personality, 10*, 79-110. 1996.

Carlier, M. (1985). Factor analysis of Strelau's questionnaire and an attempt to validate some of the factors. In J. Strelau, F.H Farley, y A. Gale (Eds.): *The Biological Foundations of Personality and Behavior.* Washington, D. C: Hemisphere.

Universidad de huelva 2010

Carlson, G. (1987). Visión global de las formas enmascaradas alternativas de la depresión. En Cantwell, D. y Carlson, G. (1987). *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia.* Barcelona: Martínez Roca

Carrasco, M. A., Del Barrio, V. y Rodríguez Testal (2000). Temperamento y sintomatología depresiva en niños y adolescentes. *I Congreso Hispano-portugués de Psicología, septiembre 2000. Santiago de Compostela* (pp. 131-132).

Carrobles, J. A. (1985). La ansiedad: naturaleza, incidencia y modelos explicativos. En J. A. Carrobles (Ed.) *Análisis y modificación de conducta II.* Madrid: UNED, vol. 1°.

Carter M. A., Allan J. A. y Boldt W. B. (1992). Projecltve assessment of child sexual abuse: Use of Rosebush Picture Q-Sort. *British Journal of Projecitve Psychology, 37*, 1, 50-60

Caskey, W. E. (1973). *A comparison of a group Bender Visual Motro Gestalt Test with Kindergarten children and the the relationship of the two Bender Test with IQ.* State University Kent: Discurso de Doctorado de Filosofía.

Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: influences of attachement relahonship. In N. A. Fox (ed.). *The development of emotion regulation.* Monographs of the Society for Research in Child Development, 214,59,228-249.

Casullo, M. M. (1988). *El Test de Bender infantil normas regionales argentinas.* Buenos Aires: Guadalupe.

Cattell, R. B.(1945). Tne description of personality: principies and findings in a factor analysis. *American Journal of Psychology. 58*, 69-90.

Cattell, R. B.(1957). *Personality and Motivation Structure and Measurement.* New York: Harcourt Brace y World.

Cattell, R. B. (1972). *El análisis científico de la personalidad.* Barcelona: Fontanella

Cautela, J. R., y Groden, J. (1989). *Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial.* Barcelona: Martínez Roca.

Celener, G. (1997). *Las técnicas proyectivas: su estatus epistemológico actual.* Argentina: JVE.

Universidad de huelva 2010

Celfand, D. M. y Hartmann, D. P. (1989). *Análisis y terapia de la conducta infantil.* Madrid: Pirámide.

Cellar, O., Miller, M., Doverspike, D. y Klwasky, J. (1996). Comparison of factor structures and criterion-related validity coefflcients of two measures of personality based on the Five Factor Model. *Journal of Aplied Psychology, 81,* 694-704.

Cellura, A. R. y Butterfield, E. C., (1966). Intelligence, the Bender Gestalt Test and reading achievement. *Amercicn Journal Mental Deficit, 71,* 60-63.

Cencillo Ramírez, L. (1977). *Transferencia y Sistema de psicoterapia.* Madrid: Marova.

Cencillo Ramírez, L. (1988). *La psicología como posibilidad.* Salamanca: Amarú ediciones.

Cencillo Ramírez, L. (1998). *Labilidad psíquica y terapia dinámica.* Madrid: Ediciones Fundación.

Cerezo, M. (1991). *Interacciones familiares: un sistema de evaluación observacional SOC III.* Madrid: Mepsaq

Chamberlain, P. y Reid, P. (1987). Parent observation and report of child symptoms. *Behavioral Assessment, 9,* 97-109.

Chamove, A. S. y Eysenck, H. J. y Harlow, H. F. (1972). Personality in monkeys: Factor analyses of Rhesus social behaviour. *Quarterly Journal of Experimental Psychology,* 24, 496-504.

Chan, P.W. (2000). Relationship of visual motor development and academic performance of young children in Hong Kong assessed on the Bender-Gestalt test. *Perceptual and Motor Skills, 90* (1). 209-214

Chandler, L. (1991). *Usining projective techniques with children: a guide to clinical assessment.* Springfield: Thomas

Chang, T., y Chang, V. (1967). Relation of visual-motor skills and reading achievement in primary-grade pupils of superioir ability. *Perceptual and Motor Skills, 24,* 51-53.

Cheek, J. M. y Buss, A .H. (1981). Shyness and sociability. *Journal of Personality and Social Psychology, 41,* 330-339.

Universidad de huelva 2010

Chittenden, G. E. (1942). An experimental study in measuring and modifying assertive behavior in young children. *Monographs of the Society for Research in Child Development, VII*, núm. 31.

Church, A. y Burke, P. (1994). Exploratory and confirmatory test of the big five and Tellegen's three and four dimensional models. *Personality and Social Psychology, 66*, 93-114.

Cidad, E. (1988). *Modificación de conducta en el aula e integración escolar.* Madrid: UNED.

CIE 10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

Cioffi, G. y Carney, J. J. (1997). Dynamic assessment of composing abilities in children with learning disabilities. *Educational Assessment, 4* (3). 175-202

Claridge, G. (1981). Psychoticism. In R. Lynn (Ed.), *Dimensions of personality. Paper in honour H. J. Eysenck.* Oxford: Pergamon.

Clarizio, H. y Higgins, M. (1989). Assessment of several emocional impairment: practices and problems. *Psychology in the Schools, 26* (2). 154-162.

Clark, D. M.(1986): Cognitive therapy for anxiety. *Behavioral Psychotherapy, 14*, 283-294.

Clarke, E. (1977). *Pictures and iconc signs in children's drawings: evaluating different modes of symbolic representation.* Doctoral Dissertation: Cornell University.

Clawson. A. (1959). The Bender Visual Gestall Tesl as an index of emotional disturbance f in children. .*Journal of Projective Techniques, 23,* 198-206.

Cloninger, C. (1987). A systematic method for clinical description and clasification of personality variants. *Archives of General Psychiatry, 44*, 573-588.

Cloninger, C., Svrakic, O. y Przybeck, T. (1993). A psychobiological model of temperamentand character. *Archives of General Psychiatry, 50*, 975-990.

Cloutier, R. y Girard, M. (1976). Comparaison du develompent dans deux épreuves grahiques: figures graduées eet Bender-Gestalt. *Enfance, 3,* 235-265.

Universidad de huelva 2010

Cobos Alvarez, P. (1995). *El desarrollo psicomotor y sus alteraciones*. Madrid: Ed. Pirámide.

Cobrinik, L. (1980).Visuo-motor dissociation in severely disturbed children: A study of Bender-Gestalt Test performance. *Acta paedopsychiat, 45*, 353-363.

Cobrinik, L. (1987). A process analysis of Bender Gestalt tes perfomance in childhood emotional disorder: a single-caso study. *Child Psychiatry and Human Development,17,* 242-256.

Cobrinik, L. (1988). The Bender gestalt test in childhood emotional disorder. *Psychiatric Quaterly, 59,* (3), 235-243.

Cohen, L. (1976). Educational Research in classroom and schools. *A Manual of Materials and Methods.* Londres: Harper y Row Pu

Cohen, P. (1993). *Children in the Community Study: Comorbidigy in 9 to 18 year old children.* Unpublished data.

Collins, W. A. y Gunnar, M. G. (1990). Social and personality development. *Annual Review of Psychology,* 41, 387-416.

Colom Marañón, R. (1995). *Inteligencia y personalidad.* Madrid: Pirámide.

Compas, B., Hinden, B., y Gerhardt, C. (1995). Adolescent development: pathways and processes of risk and resilience. *Annual review of Psychology, 46,* 265-293.

Conley, J. J. (1984). Longitudinal consistency of adult personality: Neuroticism and social *f* introversion-extraversion over for 1 years. *Journal of Personality and Social Psychology, 34*

Connell, H., Irvine, L. y Rodney, J. (1982). The prevalence of psychiatric disorders in rural school children. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry, 16,* 43-46

Connor, J. P. (1969). Bender Gestalt test perfomance as a predictor of differential reading perfomance. *Journal School Psychology, 7*, 41-44.

Constantino G., Malgady R. G., Colon Malgady G. y Bailey J. (1991). Assessmen of attenlton deficit disorder using a themalic apperception technique. *Journal of Personality Assessment, 57,* 1,87-95.

Universidad de huelva 2010

Corman, L. (1980): *Psicología de la rivalidad fraterna.* Barcelona: Herder..

Corman, L. (1992) *El test del dibujo de la familia.* Buenos Aires: Kapelusz.

Costa, P. y McCrae, R. (1985). *The NEO Personalily Inventor/ Manual.* Odessa: FL. Psychological Assessment Resources.

Costa, P. y McCrae, R. (1986). Major contribution to the psychology of personality. En S. Modgil y C. Modgil (Eds.), *Hans Eysenck: Consensus and controversy* London: Falmer Press.

Costa, P. y McCrae, R. (1995). Primary traits of Eysenck's P-E-N system: three and five factor solutions. *Journal of Personality and Social Psychology, 69,* 308-317.

Costa, P. T., McCrae, R. R. y Arenberg, D. (1983). Recent longitudinal research on personality and aging. In K.W. Shaie (Ed.), *Longitudinal studies of aging.* New York: Guilford Press.

Costa, P. T., McCrae, R. R. y Dye, D. A. (1991). Facet scales for agreeableness and conscientiousness: a revision of the NEO personality Inventory. *Personality and Individual Differences, 12,* 887-898.

Costello, E. y Angold, A. (1995). Epidemiology. En J.S. March (Ed.) *Anxiety disorders in children and adolescents.* New York: The Guilford Press.

Costello, E. J., Angold, A. Burns, B., Stangl, D., Tweed, D. y Erkanli, A. (1996). The Great Smoky Mountain Study of Youth, I: Prevalence and Correlates of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry, 53,* 1137-1143.

Costello, A. J., Edelbrock, C., Dulcan, M. K., Kalas, R. y Klaric, S. H. (1984). *Development and testing of the NIMH diagnostic interview schedule for children in a clinical population: Final report.* Rockville: Center of Epidemiologic Studies, NIMH.

Cox, M. (1981). One thing another: problems of representation in children's drawings. *Educational Psychology, 1* (4), 275-287.

Cox, L. M. y Lyddon, W. J. (1997). Constructivist conceptions of self: A discussion of emerging identity constructs. *Journal of Constructivist Psychology, 10,* 201-219.

Universidad de huelva 2010

Coy, M. N. (1974). The Bender Visual-Motor Gestalt Test as a predictor of academic achievement. *Journal of Learning Disabilities, 7* (5). 317-319

Craik, K. H. (1981). Enviromental assessment and situational análisis. In D. Magnusson (Ed.). *Toward a psychology of situations: an internacional perspective.* New Jersey: LEA.

Cratty, B. J. (1982). *Desarrollo perceptual y motor en los niños.* Barcelona: Ed. Paidós, Iberica.

Crick, N. R. y Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender and social-psycholgy adjustment. *Child Development, 66,* 710-722

Cronbach, Lee J. (1972). *Fundamentos de la exploración psicológica.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Cruz Sáez, M. S. (1996). *El test gestáltico visomotor de Bender: estudio evolutivo y análisis de cambio.* Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco, (Tesis doctorales)

Cubero, R. y Moreno, M. C. (1990): Familia, escuela y compañeros durante los años escolares. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Eds.). *Desarrollo psicológico y educación, Vol. I.* Madrid: Alianza.

Culbertson, F. M. y Spielberger, C. (1996). Relations of anger expression to depression and blood pressure in high school students. In C. D. Spielberger y I. G. Sarason. *Stress and Emotion. Vol. 16.* Washington: Taylor and Francis.

Cullen, K. y Boundy, C. (1966).The prevalence of behaviour disorders in the children of 1.000 Western Australian families. *Medical Journal of Asutralia (b), 53,* 805-808.

Dadds, M. R. y Powell, M. B. (1991). The relationship of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety, and immaturity in aggressive and nonclinic children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 19,* 553-567.

Dadds, M. R., Rapee, R. M, y Barrett, P. M. (1994). Behavioral Observation. In T H, Ollendick N J, King and W. Yule (Eds.), *International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents.* New York: Plenum.

Universidad de huelva 2010

Dana, R .H., Field, K. y Bolton, B. (1983).Variations of the Bender Gestalt test: Implications for training and practice. *Journal Pers. Assess., 47*, 1, 76-84.

Darwin, C. (1872). *The Expression of the Emotions in Man and Animals.* Londres: John Murray.

Davie, R., Butler, H. y Goldstein, H. (1972). *From birth to seven: the second report of the national Child Development Study.* London: Logman.

Davis, H. (1974): What does the P. scale measure? *British Journal of Psychiatry, 125*, 161-167.

Davis, A. (1984). Noncanonical orientation witout occlusion: children's drawings of transparent objects. *Journal of Experimental Child Psychology, 37* (3), 451-462.

Davis, A. y Bentley, M. (1984). Young children's interpretation of the task demands in a simple experimental situation: an example from drawings. *Educational Psychology, 4,* (3), 249-254.

Dawe, C. (1937). An analysis of two hundred quarrels of preschool children. *Child Development, 5*, 239-157.

De Santiago Herrero, F., Fernández, M., y Guerra, L. (1999). *Psicodiagnóstico dinámico a través de las técnicas proyectivas.* Salamanca: Amaru.

Debienne, M. (1977). *El dibujo en el niño.* Barcelona: Planeta

DeCato, C. y Wicks, R. (1976). *Case studies of the clinical interpretation of the Bender Gestalt test.* Springfield: Thomas.

Del Barrio, V. (1984). *Temas de psicopatología infantil.* Valencia: Promolibro.

Del Barrio, V. (1997). *Los problemas infantiles.* Madrid: Santillana

Del Barrio, V. (1998). *Depresión infantil. Concepto, evaluación y tratamiento.* Barcelona: Ariel.

Del Barrio, V. (2001a). El conocimiento de las emociones en niños de 4 a 8 años. *Ansiedad y Estrés, 6*, 191-202.

Del Barrio, V. (2001b), Avances en depresión infantil y juvenil. *Información Psicologica, 76*, 3-23.

Universidad de huelva 2010

Del Barrio, V. (2002). *Emociones infantiles.* Madrid: Pirámide.

Del Barrio, V. y Cerezo, M. (1991). *CBCL-Achenbach. Escala de problemas infantiles en población española. Varones 6-11 años.* Comunicación presentada al III Congreso de Evaluación Psicológica. Barcelona

Del Barrio, V., Moreno, C. y López, R. (2001): Evaluación de la agresión e inestabilidad emocional en niños españoles y su relación con la depresión. Clínica y Salud, 12, 33-50.

Deluty, R. H. (1979). Children's Action tendency scale: A self-report measure of aggresiveness, assertiveness, and submissiveness in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 1061-1071.

Denham, S. A. (1998). *Emotional Development in Young Children.* Nueva York: Guilford Press.

Dennis, W. (1941). Infants reaction to restraint. *Transactions of the New York Academy of Science, 2*, 202-217.

Deutsch, F. (1947). Análisis of postural behavior. *Psychoanalytic Quarterly, 16*, 195-213.

Deviene, M. (1977). *El dibujo en el niño.* Barcelona: Planeta.

Di Leo, J. H. (1974). *El Dibujo y el Diagnóstico Psicológico del Niño Normal y Anormal de* 1 a 6 años. Buenos Aires. Paidós.

Di Leo, J. H. (1978). *Los dibujos de los niños como ayuda diagnóstica.* Buenos Aires. Paidós.

Díaz-Aguado, M. J. (1986). *El papel de la interacción entre iguales en la adaptación escolar y el desarrollo social.* Madrid: CIDE.

Dibner, A. S. y Korn, E. J (1969). Group administration of the Bender Gestalt test to predict early school perfomance. *Journal Clinical Psychology, 25*, 265-268.

Dickson J. M., Sayfor C. F. y Finch A. J. (1990). Personality factors, family structure, and sex of drawn figure on the Draw A Person Test. *Journal of Personality Assessment, 55*, 1-2, 362-366

Digman, J. M. (1990). Personality structure: emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology 41*, 417-440.

Universidad de huelva 2010

Digman, J. M. (1997). Higher-order factors of Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology, 73,* 1246-1256.

Digman,J. M. e Inouye, J. (1986). Further specification of the five robust factors of personality. *Journal of Personality and Social Psychology. 50,* 116-123.

Digman, J. M. y Takemoto-Chock, N. (1981). Factors in the natural language of personality: reanalysis, comparison and interpretation of six major studies. *Multivariate Behavioral Research, 16,* 149-170.

DiLalla, L. F. y Gottesman, L. L. (1989). Heterogeneity of causes for delincuency and criminality: Lifespan perspectives. *Development and Psychopathology, 1,* 339-349.

Dishion, T. J. (1990). The family ecology of boy's peer relations in middle chilhood. *Child Development, 61,* 874-892.

Dixon, J. (1998). Concurrent validity of the Koppitz Bender Gestalt emocional indicators among women with mental retardatio. *Perceptual and Motor Skills, 86,* 195-197

Dodge, K. A. (1985). Attributional bias in aggressive children. In P. C. Kendall (comp.), *Advances in Cognitive-Behavioral Research and Therapy* (vol. 4). Orlando, FL: Academic Press.

Dodge, K. A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. In D. J. Pepler y K. H. Rubin (comps.). *The Development and Treatment of Childhood Aggression.* Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Dodge, K. A., Price, J. M., Bachorowski, J. y Newman, J. P. (1990). Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 99,* 385-392.

Doke,L. A. y Flippo, J. R. (1986). Conducta agresiva y oposicionista. En T, H, Ollendick y M. Hersen (eds.). *Psicopatología infantil.* Barcelona: Martínez Roca.

Dolto Marette, F. (1948). Rapport sur l'interpretation psychanalytique des dessins d'enfant au tours de tratiements psychoterapuques. *Psyché,* 324-346

Dollar, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O. y Sears, R. (1939). *Frustration and Aggression.* New Haven, CT: Yale University Press.

Universidad de huelva 2010

Domenech, E., y Polaino, A. (1990). La escala ESDM como instrumento adicional en el diagnóstico de la depresión infantil. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona, 17,* (3), 105-113.

Domenech, E., y Polaino, A. (1991). *Epidemiología de la depresión infantil.* Barcelona: Ed. Espaxs.

Domínguez, P. (1987). El dibujo infantil. En J. Mayor (dir.), *La psicología en la escuela infantil.* Madrid: Anaya.

Domínguez, M., Castro, P., Bugallo, P. y Turiño, R. (1984). Actitud ante la escuela y fracaso escolar. *Revista de Neuropsquiatría Infantil, II, (4),* 93-104

Downey, G. y Walker, E. (1992). Distinguishing family-level and child-level influences on the development of depression and aggression in children at risk. *Development and Psychopathology, 4,* 81-95.

Dragovich, S. (1977). Manifestations of anxiety in elementary school children. *Dissertation abstracts international, 38,* 2360.

Draycott, S. y Kline, P. (1995). The Big Three or the Big Five-the EPQ-R vs the NEO-PI: a research note, replication and elaboration. *Personality and Individual Differences, 18,* 801-804.

Dubois, C. (1944). *The people of Alor.* Minessota: University of Minessota Press

Duborgerl, B. (1981). *El dibujo del niño.* Barcelona: Paidos.

Dumas, J. (1992).Conduct disorder. In S. M. Turner, K.,S. Calhoun y H. E. Adams (eds.). *Handbook of Clinical Behavior Therapy.* Nueva York: John Wiley.

Dumas, J. y Whaler, R. G. (1985) Indiscriminate mothering as a contextual factor in aggressive-oppositional child behavior: Damned if you do, damned if you don't. *Journal of Abnormal Child Psychology, 13,* 1-17.

Eaves, L. J. y Young, P. A. (1981). Genetical theory and personality djfferences. En R. Lynn , (Ed.), *Dimensions of Personality.* Oxford: Pergamon Press.

Echebarría, A., y Páez, D. (1989): *Emociones: perspectivas psicosociales.* Madrid: Fundamentos.

Universidad de huelva 2010

Echeburúa, E. (1993a): Evaluación y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada: nuevas perspectivas. *Psicología Conductual, 1*, 233-254.

Echeburúa, E. (1993b). *Fobia social.* Barcelona: Martínez Roca.

Echeburúa, E. (1993c). Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad. En G. Buela-Casal y V. E. Caballo (eds.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud.* Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa, E. (1994a). *Evaluación y tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad.* Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Echeburúa, E. (1994b). Trastornos de personalidad: concepto, evaluación y tratamiento. En E. Echeburúa (Ed.). *Personalidades violentas.* Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. (2000). *Trastornos de ansiedad en la infancia.* Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E., y Corral, P. (1990). Insuficiencias de los modelos de condicionamiento en la conceptualización de los trastornos de ansiedad. *Boletín de Psicología, 28,* 59-77.

Echevarria, M. (1979). *Grafología infantil. Interpretación del garabato al dibujo y a la escritura infantil.* Buenos Aires: Psique.

Edelbrock, C. S. y Achenbach, T. M. (1980). A typology of Child Behavior Profile patterns: Distribution and correlates for disturbed children aged 6-16. *Journal of Abnormal Child Psychology, 8,* 441-470.

Edelbrock, C. y Achenbach, T. (1984). The teacher version of Child Behavior Profile: I. Boy aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*(2), 207-217.

Edelbrock, D., Costello, D. J., Dulcan, M. K., Kalas, R. y Conove, N. C. (1985). Age differences in the reliability of the psychiatric interview of the child. *Child Development, 56,* 265-275.

Egeland, B., Rice, J., y Penny, S. (1967). Inter-scorer reliability on the Bender Gestslt Test and the Revised Visaul Retention Test. *American Journd of Mental Deficits, 72,* 96-99.

Universidad de huelva 2010

Eisenberg. N. y Fabes. R. H. (1998). Prosocial development. En N. Eisenbcrg (Ed.), Social, emotional and personality development, volumen III de W. Damon (Ed.). *Handbook of child psychology.* Nueva York: Wiley

Ekman, P. (1977). Biological and cultural contributions to body and facial movement. En J. Blaking (ed.). *Antropology of the Body* . Londres: Academic Press.

Ekman, P. y Friesen, W. V. (1975). *Unmasking the Face*. Englewdod Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Ekman, P. y Oster, H. (1979). Facial expressions of emotion. *Annual review, 30,* 527-554.

Ekman, P., Friesen, W. V. y Tomkins, S. (1971). Facial Affect Scoring Tecnique (FAST): A first validity study. *Semiotica, 3,* 37-38.

Elliot, C. (1972). Personality factors and scholastic attainment. *British Journal of Educational Psychology, 42,* 23-32.

Elliot, J. (1968). *A validation study of the Koppitz and Pascal-Suttell systems with eleven through fourteen year old children.* Tesis. Universidad de Michigan.

Elliott, D. S., Huizinga, D. y Menard, S. (1988). *Multiple Problem Youth: Delinquency, Substance Abuse and Mental Health Problems.* New York: springer- Verlag.

Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychoterapy.* Secaucus. N.J.: Citadel Press.

Eme, R. (1979). Sex diferences in Childhood Psychopathology: a Review. *Psychology Bulletin, 86, (3),* 574-595

Endler, N. S. (1981). Situational aspects of interactional psychology. In D. Magnusson (Ed.). *Toward a psychology of situations: an internacional perspective.* New Jersey: LEA.

Eng, H. (1970). *The psychology of children's drawings.* London: Routledge y Kegan Paul.

Engel, N. A, Rodrigue, J. R., Geffken, G. R. (1994). Parent-child agreement on ratings of anxiety in children. *Psychological Reports, 75,* 1251-1260.

Universidad de huelva 2010

Entwistle, N. y Cunninghan, S. (1968). Neuroticism and school attainment. *British Journal of Educational Psychology, 38,* 123-132.

Epstein, A., y Lane, R. (1996). The use of the Bender visual motor gestalt with depresed patients. *Clinical Psychology Review, 16,* 17-50.

Erickson, E. H. (1980). *Infancia y sociedad.* Buenos Aires: Hormé.

Erikson, E. H.:(1940). Studies in the Interpretation of Play: I. CIinical Observation of Play Disruption in Young Children. *Genetic Psychology Monographs, 22,* 556-671.

Escoriza, J. (1985). Desarrollo de la expresividad a través del dibujo. En J. Mayor, *Psicología evolutiva.* Madrid: Anaya.

Escoriza Nieto, J. y Boj Barberán, C (1993). *Expresión y representación en la actividad gráfica infanti.* Barcelona: PPU

Esteban Albert, M., Nornbela Górnez, M. y Pérez Olmos, D. (1984). Un análisis de la fundamentación diagnóstica del Test Guestáltico Visornotor corno indicador de los desórdenes cerebrales infantiles. *Psiquis. 5,* 27-36.

Esteban Albert, M., y Pérez Olmos, D. (1984). *El análisis de tareas en el estudio de la ejecución del Test Guestáltico Visomotor para niños.* Comunicación al I Congreso del Colegio Oficial de Psicológos, Madrid.

Evsenberg, N., Fabes, R. A., Murphyb, Masack, P. Smith, M. y Karbon, M. (1995). The role of emotionality and regulation in children' s social funtioning; A longitudinal study. *Child Development, 66,* 1360-1384.

Exner J .E. (1976). Técnicas proyectivas. En .B. Weiner (Ed.). *Clinical Methods in Psychology.* New York: John Wiley & Sons.

Eyberg, S. M. y Robinson, E. A. (1983). Conduct problem behavior: Standardization of a behavioral rating scale with adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology, 12,* 347-354.

Eysenck, H. J. (1947). *Dimensions of personality.* London: Routledge y Kagan Paul.

Eyenck, H. J. (1954). The science of personality: Nomothetic. *Psychological Review, 61* (5), 339-342.

Universidad de huelva 2010

Eysenck, H. J. (1957). *The dynamics of anxiety and hysteria.* London: Routledge.

Eysenck, H. J. (1959). *The Manual of the Maudsley Personality Inventory.* London: University of London Press.

Eysenck, H. J. (1964). *Fisiología de la decisión política.* Caracas: Ariel

Eysenck, H. J. (1967). *Estudio científico de la personalidad.* Buenos Aires: Paidós

Eysenck, H. J. (1973). *Eysenck on extraversion.* Londres: Crosby Lockwood Staples.

Eysenck, H. J. (1976). Intelligence. In H. J. Eysenck y G. D. Wilson (dirs.). *A textbook of human psychology.* Lancaster: MTP Press Ltd.

Eysenck. H. J. (1977). *Crime and personality.* Londres: Routledge y Kegal Paul.

Eysenck, H. J. (1978) *Fundamentos biológicos de la personalidad.* Barcelona: Fontanella

Eysenck, H. J. (1981). *A model for personality.* New York: Springer Verlag.

Eysenck, H. J. (1982). *Sexo y personalidad.* Cátedra, Madrid 1982.

Eysenck, H. J. (1990). Biological dimensions of personality. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research.* New York: Guilford.

Eysenck, H. J. (1992). *A hundred years of personality research: from Heymans to modern times.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Eysenck, H. J. (1995). Un modelo de personalidad: rasgos generales. En M. D. Avia y M. L. Sánchez Bernardos (Eds.), *Personalidad: aspectos cognitivos y sociales.* Madrid: Pirámide.

Eysenck, H. J. (1997). *Rebel with a cause.* London: Transaction Publishers.

Eysenck, H., Barrett, P., Wilson, G. y Jackson, C. (1992). Primary trait measurement of the 21 components of the P-E-N system. *European Journal of Psychological Assessment, 8,* 109-117.

Eysenck, H. J. y Broadhurts, P. L. (1965): Experiments with animals. En H.J. Eysenck (Ed.): *Experiments in Motivation.* Oxford: Pergamon Press.

Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1964). *The Manual of the Eysenck Personality Inventory.* London: University of London Press.

Universidad de huelva 2010

Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior and adult).* London: Hodder y Stoughton.

Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality.* London: Hodder y Soughton.

Eysenck, H. J., y Eysenck, S. B. G. (1982). *Cuestionario de personalidad EPI: Manual.* Madrid: TEA.

Eysenck,H. J. y Eysenck,S. B. G. (1983). Recent advances: The cross-cultural study of personality. In C. D. Spielberger y J. N. Burcher (Eds.). *Advences in Personality Assessment (vol.2).* Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum.

Eysenck, H. J., y Eysenck, S. B. G. (1987). *Personalidad y diferencias individuales.* Madrid: Pirámide.

Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1997). *Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-R).* Madrid: TEA.

Eysenck, S. B. G. y Eysenck, H. J. y Barret, P. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences.* 6, 1, 21-30.

Eysenck, H. J., Eysenck, S. B. y Sybil B. G. (1969). *Personality structure and measurement.* Londres: Routledge y Kegan Paul .

Eysenck, H. J., y Wilson, G. (1981). *Psicología del sexo.* Barcelona: Herder

Eysenck, H. J. y Wilson, G. (1991). *The Eysenck Personality Profiler.* Londres: Corporate Assessmeflt Network.

Fanibanda, D. (1973). Cultural influence on Hutt's adaptation of Bender Gestalt test: a pilot study. *Journal of Personality Assessment, 37,* 531-536.

Farrington, D. P. (1975). Predicting self-reported and official delinquency. In D. P. Farrington y R. Tarling (comps.). *Prediction in Criminology.* Albany, New York: State University of New York Press.

Farrington, D. P. (1978). The family background of aggresive youths. In L. A. Hersov, M. Berger y D. Shaffer (eds.), *Aggression and antisocial behaviour in childhood and adolescent.* Oxford: Pergamon Press.

Universidad de huelva 2010

Feindler, E. L. y Fremouw, W. J. (1987). Entrenamiento en inoculación de estrés para adolescentes con problemas de ira. En D. Meichenbaum y M. E. Jaremko, *Prevención y Reducción del Estrés*. Bilbao: DDB.

Fendrich, M., Warner, V. y Weissman, M. M. (1990). Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Development Psychology, 26*, 40-50.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J, y Lynskey, M. T.(1993). Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 1127-1134.

Ferguson,T. y Stegge, H. (1995). Emotional states and traits in children: The case of guiltand shame. In J. P. Tangney y K. W. Fisher (eds.), *Self-concius Emotions: The Psychology of Shame and Guilt, Embarrasement and Pride*. Nueva York: Guilford Press.

Fernández-Ballesteros, R. (1980). *Psicodiagnóstico: Concepto* y *Metodología*. Madrid: Cincel.

Fernández Ballesteros, R., Vizcarro, C. y Márquez, O. (1996). Técnicas proyectivas. En R. Fernández Ballesteros, *Psicodiagnóstico*. Madrid: U.N.E.D

Ferrater Mora, José. (1981). Método. En J. Ferrater Mora. *Diccionario de filosofía*. . (Vol. III). Madrid: Alianza Editorial.

Feshbach, S. (1970). Aggression. En: Carmichel's, *Manual of Child Psychology*. Nueva York: Wiley.

Fiedler, M. G. y Schmidt, E. P. (1969). Sex differences in Bender-Gestalt drawings of seven-year old children. *Perceptual and Motor Skills, 29*, 753-754.

Fierro, A. (2002). *Personalidad, persona, acción. Un tratado de psicología*. Madrid: Alianza Editorial.

Filed, K., Bolton, B. y Dana, R. (1982). an evaluation of three Bender-Gestalt scoring systems as indicators os psychopathology. *Journal of Clinical Psychology, 38* (4), 838-842.

Finch, A. J. Jr., Kendall. P., Montgomery, L. y Morris, T. (1975). Effect of two typos of failure on anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 84*, 583-586.

Universidad de huelva 2010

Finch, A. J. Jr, Montgomery, L. y Deardorff, P. (1974). Reliability of state-trait anxiety with emotionally disturbed children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 2,* 67-69.

Finch, A. J., Spirito, A., Garrison, S. y Marshall, P. (1983). Developmental differences in Bender-Gestalt recall of children with learning and behavior problems. *Perceptual and Motor Skills, 56* (1). 87-90

Fisher, S. (1967). Learning disabilities in children: Sibling stludies IV, Two test of perceptual-motor function: the Draw-a-Person and the Bender gestal. *Bulletin Orton. Soc., 18,* 55-61.

Fiske, D. W.(1949). Consistency of factorial structures for personality ratings from different sourcs. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 44,* 329-344.

Fiske, S. y Taylor, S. (1991). *Social Cognition.* New Cork: McGraw Hill.

Fisseni, H. (1987). *Psicología de la personalidad: en busca de una ciencia.* Barcelona: Herder

Floderus, Myrhed, B., Pederson, N. y Rasmuson, I. (1980). Assesment of heritability for personality, based on a short form of the Eysenck Personality Inventory: A study of 12,898 twin pairs. *Brain Genetics,* 10, 153-162.

Forehand, R. y McMahon, R. J. (1981). *Helping the Noncompliant Child: A Clinican's Gulde to Parent Tralning.* Nueva York: Gullford Press.

Forgus, R. H. (1975). *Percepción. Proceso básico en el desarrollo cognoscitivo.* México: Trillas

Frank, L. K. (1939). Projective Methods for the Study of Personality. *Journal of Psychology, 8,* 389-413.

Frank de Verthely (1984). *Gráficos en niños.* Facultad de psicología de la UBA. Departamento de publicaciones.

Frederiksen, N. (1972). Toward a taxonomy of situations. *Amerycan psychologist, 27,* 114-123.

Freinet, E. (1978). *Dibujo y pinturas de niños.* Barcelona: Laia

Universidad de huelva 2010

Freman, N., y Margraves, S. (1977). Directed movements and the body-proportion effect in preschool children's human figure drawings. *Quarterly Journal Experimental Psychology, 29,* 227-235.

French. Laurence A. (1993). Adapting proyective stress for minority children. *Psychological Reports, 72,* 1,15-18.

Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. En S. Freud *Obras completas* (Vol. I). Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1916). Relación entre símbolo y Síntoma. En S. Freud *Obras completas* (Vol. I). Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1921). Más allá del Principio del Placer, En S. Freud *Obras completas* (Vol. III). Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1923). El Yo y el Ello, En S. Freud *Obras completas* (Vol. III). Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1965). *Normality and pathology in childhood.* Nueva York: International Universities Press.

Freud, S. (1968). *Compendio del psicoanálisis.* Obras Completas II. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1894). *Proyecto de una psicología para neurólogos.* Obras Completas .Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

Fridhandler, B. M. y Averill, J. R. (1982), Temporal dimensions of anger: An exploration of time and emotion. In J. R. Averill (ed.), *Anger and Aggression.* Nueva York: Springer Verlag.

Friedman, M. y Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your heart.* Nueva York: Knopf.

Friedman, J., Strochak, R., Gitlin, S., y Gottsagen, M. (1967). Koppitz Bender scoring system and brain injury in children. *Journal of Clinical Psychology, 23,* 179-182.

Fulker, D. J., Eysenck, S. B. G. y Zuckerman, M. (1980): The genetics of sensation seeking. *Journal of Personality Research, 14.* 261-281.

Universidad de huelva 2010

Fullana, M., Servera, M., Weems, C., Tortella-Feliu, M., y Caseras, X. (2003). Psychometric properties of the childhood anxiety senstivity in a simple of catalan school children. *Anxiety, Stress and Coping, 16* (1), 99-107.

Fuller, G.B. y Vance, B. (1993). Comparison of the Minnesota Percepto-Diagnostic Test--Revised and Bender-Gestalt in predicting achievement. *Psychology in the Schools, 30* (3), 220-226.

Fuller, G.B. y Vance, B. (1995). Interscorer Reliability of the Modified Version of the Bender-Gestalt Test for Preschool and Primary School Children. *Psychology in the Schools, 32* ,4 ,264-66.

Funderburk, B. W. y Eyberg, S. M. (1989). Psychometric characteristics of the Suffer-Eyberg Student Behavior Inventory: A school behavior rating scale for use with preschool children. *Behavioral Assessment, 11*, 297-313.

Furneaux, W. D. (1957). *Report to Imperial College o Science and Technology.* Londres,

Galifret-Granjon, N. (1991). *Nacimiento y evolución de la representación en el niño.* México: Trillas.

Galletero, J. M. y Guimón, J. (1989). Clínica de los trastornos de ansiedad. En. J. Guimón y J.M. Galletero (Eds.). *Neurosis de angustia.* Madrid: Jarpyo Eds. (Monografrías de psiquiatría, núm. 4).

García Moro, F. (2003). *Las teorías implícitas de los profesionales de la educación que trabajan con menores institucionalizados en centros de acogida sobre las conductas antisociales en la infancia y adolescencia.* Tesis doctoral. Universidad de Huelva.

Garcia, S., Stinson, L., Ickes, W., Bissonett, V. y Briggs, S. (1991). Shyness and physical attractivness in mixed- sex dyads. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 35-49.

Gardner, W. I. y Cole, C. L.(1987). Conduct problems. In C. L. Frame y I. L. Matson (eds.), *Handbook of Assessment in Chilhood Psychopathology.* Nueva York: Plenum.

Gardner, W. L. y Cole, C. L. (1988). Self-Monitoring Procedures. In E. S. Shapiro y T. R. Kratochwill (dirs.), *Behavioral Assessment in Schools. Conceptual Foundations and Practical Applications.* Nueva York: The Guilford Press.

Universidad de huelva 2010

Gargiulo, P. (2003). Aproximaciones experimentales a la disfunción perceptual en la esquizofrenia. *Revista de Neurología, 37,* 545-551.

Garrido Genovés, V. y Martínez Francés, M. (1998). *Educación social para delincuentes.* Valencia: Tirant lo Blanch.

Gates, G. (1926). An observation study of anger. *Journal of Experimental Psychology, 9,* 325-332.

Gavino, A. y Berrocal, C. (1995). Problemas alimenticios menores en la infancia, en M.J. Hernandez, *Psicopatología infantil.* Málaga: Ed. Aljibe.

Gay de Wojtuñ, C.(1979). *Nuevas aportaciones clínical al test de Bender.* Buenos Aires: EUDEBA-CEA.

Genovard, C., Gotzens, C. y Montané, J. (1982). *Problemas emocionales en el niño.* Barcelona: Herder.

Gesell, A. L. y Ames, L. (1946). The Devolopment of Directionality in Drawing. *Jotunal of Genetic Psychology, 68,* 45-61

Gesell, A. L. y Thompson, H. (1934). *Infant Behavior: Its Genesis and Growth.* New York: McGraw-Hill.

Giebink, J. W. y Birch, R. (1970). The Bender Gestalt Test as an ineffective predictor of reading achievement. *Journal of Clinical Psychology, 26* (4), 484-485

Giel, R., Ten Horn, M. Ormel, J. Schudel, W. y Wiersma, D. (1978). Mental illnes, neuroticism and life events in a Dutch village sample: A follow-up. *Psychological Medicine, 8,* 235-243.

Gilchrisl D. (1992). An examination of human figure drawing of kindergarten boys and girls before and after short term instruction. Special Issue: Social capital. An investment of "self" in young children. *Early child development and care, 73,* 63-71.

Gillis, J. S. (1980). *Manual for the Child Anxiety Scale.* Champaign, Illinois: Institute for Personality and Ability Testing (versión española, TEA, 1989).

Glueck, S. y Glueck, E. (1968). *Delinquents and Nondelinquents in Perspective.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Universidad de huelva 2010

Gold, M. y Petronio, R. J. (1980). Delinquent behavior in adolescece. En J. Adelson (ed.), Handbook of adolescent psychology. Nueva Cork: Wiley.

Goldar, J. (1977). Esquizofrenia y valaores preventivos. *Revista Neuropsiquiatría, 3.*

Goldberg, L. (1990). An alternative description of personality: The Big-Five structure. *Journal of Personality and Social Psychology, 59,* 1216-1229.

Goldberg, L. y Rosolack, T. (1994). The Big Five factor structure as an integrative framework: an empirical comparison with Eysenck's P-E-N model. In C. Halverson, Jr., G. Kohnstamm y R. Martin (Eds.). *The developing strucfure of temperament and personality from infancy lo adulthood.* Nueva Jersey: Erlbaum.

Goldfarb, W. (1970). Childhood pychosis. In P. Mussen (ed.), *Carmichael's Manual of Child Psychology, (vol. 2).* New York: Wiley.

Goldman R. K. y Gilbert D. C (1992). Prediction of risk in kindergarten children. *Perceptual and Motor Skills. 75,* 3, 2, 1033-1034

Goma, M. (1987). Heredabilidad de la conducta antisocial. En J. Pérez (comp.), *Bases Psicológicas de la Delincuencia y de /a Conducta Antisocial.* Barcelona: PPU.

Gonnor. J. P. (1968). Bender Gestalt Test performance as a predictor of differential y reading performance. *Journal of School Psychology,* 7, 41-44.

Goodenoug F. (1926). *Measurement of Intelligence by Drawing.*Yonkers: World book. Co.

Goodenough, F. (1931a). *La expresión de las emociones en la infancia. Child Development, 2,* 96-101.

Goodenough, F. (1931b). *Anger in Young Children.* Minneapolis: University of Minnesota Press.

Goodenough, F. (1971) *Test de inteligencia por medio del dibujo de la figura humana.* Buenos Aires: Paidos.

Goodenoug F. y Harris, D. (1950). Studies in the psychology of children's drawings *Psychology Bulletin, 47,* 369-433

Universidad de huelva 2010

Goodenough, F. y Tinker, M. (1931). The relative potency of facial expression and verbal description of stimulus in the judgment of emotion. *Journal of Comparative Psychology, 12,* 360-370.

Goodnow, J. (1979). *El dibujo infantil.* Barcelona: Herder

Gotlib, I. H. y Avison, W. R. (1993). Children at risk for psychopathology. In Ch. G. Costello (Ed.), *Basic issues in psychopathology.* New York: Guilfork Press.

Gotlib, I. H. y Hammen, C. L. (1996). *Psychological aspects of depression.* NewYork: Wiley.

Gove, W. y Herb, S. (1974). Stress and mental illness among the young: a comparison of the sexes. *Social Forces, 53,* 256-265.

Graham, F, et al. (1960). Development in preschool children of the ability to copy forms. *Child Development, 31,* 339-359.

Granell de Aldaz, E. (1984). School refusal and school-related fears in a Venezuelan sample. *Journal of Nervous and Mental Disease, 172,* 722-729.

Grassano De Piccolo, E. (1980). *Indicadores Psicopatológicos en Técnicas Proyectivas.* Buenos Aires: Nueva Visión.

Gray, J. (1971). *The Psychology of Fear and Stress.* Nueva York: McGraw-Hill.

Gregory, M. (1977). Emotional indicators on the Bender Gestatl and the Devereux Child Behavior Rating Scale. *Psychology in the Schools, 14,* (4) 433-437.

Gross, A. (1993). Conducta oposicionista. En M. Hersen y C. Last (eds.), *Manual de casos de terapia de conducta.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Gross, R. y Dornbusch, S. (1983). Disorder processes of elimination: enuresis. In M. Levine, W., Carey, A. Crocker y R. Gross (Eds.), *Developmental Behavioral Pediatrisc.* Philadelphia: Saunders

Guertein, W. (1952). A factor analysis of the Bender-Gestatl test of mental patients. *Journal Clinical Psychology, 8,* 363-367.

Guertein, W. (1954). A factor analysis of curvilinear distortions of the Bender-Gestatl test . *Journal Clinical Psychology, 10,* 12-17.

Guilford, J. P. y Zimmerman, W. S. (1949). *Guilford-Zimmerman temperament Survey: Manual.* Beverly Hills, CA: Sheridan Shupply.

Universidad de huelva 2010

Guilford, J. S., Zimmerman, W. S. y Guilford, J. P. (1976). *The Guilford-Zimmerman Temperament Survey Handbook. Twenty five years of research and application.* San Diego: Edits Publisher.

Gutiérrez García, E. (1980). *Un estudio sobre el Bender: teoría e investigación.* Tesina. Universidad de Salamanca.

Gutierrez Maldonado, J. (1990). Temperamento, incentivo y reminiscencia en deficientes mentales. *Anuario de Psicología, 46,* 83-99.

Gutierrez Maldonado, J. (1994): *Estructura del temperamento, estimado mediante pruebas objetivas, en deficientes mentales.* Tesis doctoral no publicada. Universidad de Barcelona.

Haapasalo, J. y Tremblay, R. (1994). Physically aggressive boys from ages 6 to 12: Family background, parenting behavior and prediction of delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 1044-1052.

Haddad, F. (1986). The performance of learning disabled children on the Kaufman assessment Battery forn children and the Bender gestalt test. *Psychology in the Schools, 23,* 342-345.

Hain, J. (1964). A scoring method for identifying brain demage. *Jorunal Consulting Psychology, 28,* 34-40.

Hammer, E. (1992). *Test proyectivos gráficos.* Barcelona: Paidos.

Hammer, E. (1997). *Advances in projective drawing interpretation.* Sprinfield, Illionis: Thomas.

Hamer, G. T. (1967). *The Group Bender Gestalt Test as a predictor of academic potential in first grade, with attention of environmental effects.* Dissertation Abstracts International, *28* (3-A). 964.

Handler, L. y McIntosh, J. (1971). Predicting agresión and withdrawal in children with the Dra. A person and Bender Gestalt. *Jorunal Personality Assessment, 35,* 331-337.

Harris, D. (1991). *El Test de Goodenough.* Buenos Aires: Paidos.

Harris, P. (1993). Understanding emotions. In M. Lewis y J. M. Haviland (eds.), *Handbook of Emotions.* Nueva York: Guilford Press.

Universidad de huelva 2010

Hart, L. R. (1994). Misleading report of poor screening power of the Bender Gestalt: Comment on Margolis, Williger, Greenlief, Dunn, and Gfeller (1989). *Journal of Psychology, 128* (2). 185-187.

Hartup, W. W. (1974). Agresión in childhood: development persptectives. *American Psycholgist, 29,* 336-341.

Hartup, W. W. (1992). *Having friendo, making and keeping friendo: relationship as educational contexts.* Urbana, IL: ERIC Clearingouse on Elementary and Early Childhood Education

Haslam, D. (1985). *Trastornos del sueño infantil.* Barcelona: Martínez Roca,

Helson, H. (1948). Adaptation-level as a Basis for a Quantitative Theory of Frames of Reference. *Psychology Revue, 55,* 297-213.

Henggeler, S. W. (1989). *Delinquency in Adolescence.* Newbury Park, CA: Sage.

Herbert, M. (1987). *Conduct Disorders of Childhood and Adolescence. A Social Learning Perspective.* Nueva York: John Wiley and sons.

Herjanic, B. y Reich, W. (1982). Development of a structured Psychiatric interview for children: Agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychiatry, 10,* 307-324.

Hernández González, E.(2003, mayo). El dibujo infantil. Recuperado en mayo de 2003. http://www. Tupediatra.com/el dibujo infantil

Hertbert, M. (1985). *Los problemas de los niños. Una guía práctica para prevenirlos o tratarlos.* Barcelona: Planeta

Hesse, P. (1981). Colour, form and silence. *The Arts in Psychoterapy, 8,* 175-184.

Hiatt, S., W., Campos, J, J. y Emde, R. N. (1979), Facial Patterning and Infant emotlonal expresslon: happiness, surprise and fear. *Child Development, 50,* 1021-1027.

Hibbard R. A. y Hartman G. L. (1990). Emotional indicators in human figure drawings of sexually victimized and nonabused children. *Journal of Clinical Psychology. 46,* 2, 211-219.

Universidad de huelva 2010

Hilgert, L. D.y Adams, W. F. (1989). Using the Bender-Gestalt test to predict graphomotor dimensions of the Draw-A-Person test. *Percepual and Motor Skills, 68* (1), 27-32.

Hindley,C. B. y Giugannio, B. M. (1982). Continuity of personality patterning from 3 to 15 years in a longitudinal sample. *Personality and Individual Differences, 3*, 127-144.

Hirshfeld, D. R., Rosembaum, J. F., Biederman, J., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., Snidman, N., Reznick,J. S. y Kagan, J. (1992). Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *Journal of the Amerlcan Academy of Chjld and Adolescent Psychiatry, 31,* 103-111.

Hodges, K. (1990). Depression and anxiety in children: A comparison of self-report questionnaires to clinical interview. *Psychological Assessment, 2,* 376-381.

Hoffman, L. W. (1977). Changes in family roles, socilization, and sex differences. *Amercian Psychologisty, 32,* 644-657.

Hoffman, S. D. (1976). *The Bender Gestalt Test: A crosscultural test?* Universidad de Oklahoma.

Hogan, R. (1986). *Hogan Personality Inventory.* Minneapolis. Minesota. National Computer System.

Hollander, E., Simeon, D. y Gorman, J. M. (1996). Trastornos de ansiedad. En R. E. Hales, S. C. Yudofsky y J. A. Talbott (Eds:), *Tratado de Psiquiatría.* Barcelona: Ancora.

Hollins, T. H. (1955). *Teacher's attitudes to children's behavior,* University of Manchester: Thesis.

Holmes, B., Dungan, D. y Medlin, W. (1984). Reassessment of inferring personality traits from Bender-Gestalt drawing styles. *Journal of Clinical Psychology, 40,* (5), 1241-1243.

Hops, H., Biglan, A., Sherman, L., Arthur, J., Friedman, L. (1987). Home observations of family interactions of depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 341-346.

Universidad de huelva 2010

Howard, J (1970). The group Bender Gestalt test as a screening procedure for the identyfication of children with lag in visual perceptual development. *Journal School Psychology, 3,* 64-65.

Huddleston, E. N. y Rust, J. O. (1994). A comparison of child and parent ratings of depression and anxiety in clinically referred children. *Research Communications in Psychology, Psychiatry and Behavior, 19,* 101-112.

Hudley, C. A. (1994). Perceptions of intentionality, feelings of anger, and reactive aggression. In M. J. Furlong y D. C. smith (eds.), *Anger, Hostility and Aggression: Assessment, Prevention and Intervention Strategies for Youth.* Brandon: Clinical Psychology Publishing.

Huesmann, L. R., Eron, L. D., Lefkowitz, M. M. y Walder, L. O. (1984). Stability of aggression over time and generations. *Developmental Psychology, 20,* 1120-1134.

Hunter, E. J. y Johnson, L. C. (1971).Developmental and psychological differences between readers and nonreaders. *Journal Learning Disabilities, 4,* 572- 577.

Hutt, M. (1950). Test of personality: picture and drawing techinques. C: revised Bender Visual Motor Gestalt Test. In A. Weider (ed.). *Tcontribuions toward Medical psychology.* Nueva York: Ronald Press.

Hutt, M. L. (1992). *La adaptación Hutt del Test Gestáltico de Bender.* Buenos Aires: Guadalupe.

Hutt, M. y Briskin, G. J.(1960). *The Clinical Use of the Revised Bender Gestalt Test.* Nueva York: Grune & Stratton .

Hutt, M., Dates, B. y Reid, D. (1977). The predictive ability of HABGT scales dor a male deinquent. *Journal of Personality Assessment, 41,* (5), 492,496.

Hyson, M. y Izard, C. (1985). Continuities and changes in emotion expressions during brief separations at 13-18 months. *Developmental Psychology, 21,* 1165-1170.

Hutt, M. y Monheit, S. (1985). Effectiveness of the Hutt adaptation of the Bender Gestalt test. Configuration scale in differentiating emotionally disturbed adolescents. *Psychological Reports, 56,* 439-443.

Universidad de huelva 2010

Ihanus, J., Keinonen M. y Vanhamaki, S. (1992). Rorschach movement responses and the TAT Transcendence Index in physically handicapped children. *Perceptual and Motor Skills, 3,* 2, Spec Issue 1115-1119.

Institute of Medicine (1989). *Research on Children and Adolescents with Mental, Behavioral and Developmental Disorders.* Washington, DC: National Academy Press.

Isaac, B (1973). Perceptual motor development of first graders related to class, race intelligence, visual discrimination and motivation. *Journal School Psychology, 11,* 47-55.

Izard, C. (1977). *Human Emotions.* Nueva York: Plenum.

Izard, C. E. (1991). The *Psychology of Emotions.* Nueva York: Plenum.

Izard, C. E., Hutebner, R., Rinsser, D., McGuiness, G. y Dougherty, L. (1987). The young infants ability to produce discrete emotions expresions. *Developmental Psychology, 16,* 132-140.

Izard C. y Dougherty, L. M (1980). *A System for Identifying affect Expressions by Holistic Judgements (Affex.).* Newark: instructional Resources Center, University of Delaware.

Jackson, D., Paunonen, S., Fraboni, M. y Goffin, R. (1996). A five-factor versus six-factor model of personality structure. *Personality and Individual Differences, 20,* 33-45.

Jacobs, J. C. (1971). Group administration of the Bender Gestalt. *Psychology in the Schools, 8* (4). 345-346

Jacobsen, B., Lowery, B., y Ducette, J. (1986). Attribrions of learning disable children. *Journal of Learning Disabilities, 78,* 59-64

Jalenques, I. y Coudert, A .J. (1990). Les troubles anxieux de l' enfant existetil des facteurs de risque?. *Annal Pédiatrle, 37,* 487-495.

Jalenques, I., y Coudert, A. J. (1993). Epidemiology of childhood anxiety disorders. *European Psychiatry,8,* 179-191.

Jansky, J. y Dehirsch, K. (1972). *Preventing Reading Failure.* New York: Harper & Row.

Universidad de huelva 2010

Jarzebska, E. (2001). Influence of attention on drawing rotations in Bender test. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 3* (3), 27-35.

Jenkins, J. M., Oatley, K. y Stein, N. L. (1998). The development of emotions in infancy the development of children' s understanding of emotions, and individual differences in emotionality. In J, M. Jenkins, K. Oatley y N. L. Stein, *Human Emotions: A Reader.* Oxford: Blackwell.

Jensen, P. S., Salzberg, A. D., Ritchters, J. E., Watanabe, H. K.(1993). Scales, diagnoses, and child psychopathology: I. CBCL and DISC relationships. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 397-406.

Jersild, A. T. y Holmes, F. B. (1935). *Children's fears. Child Development Monograph, 20. Nueva York: Bureau of Publications Teachers College.* Columbia University.

Jessor, R. (1981). The perceived environment in psychology theory and research. En D. Magnusson (Ed.). *Toward a psychology of situations: an internacional perspective.* New Jersey: LEA.

Jessor, R., Donovan, J. E. y Costa, F. M. (1991). *Beyond Adolescence: Problem Behavior and Young Adult Development.* Cambridge, England: Cambridge University Press.

Jiménez, C. (1983). *Factores determinantes de las actitudes de los profesores y alumnos de EGB hacia las conductas problemáticas de los niños en la escuela.* Tesis doctoral no publicada. Departamento de Psicología. Universidad de Granada.

Jiménez, C. (1984). *Fracaso escolar, indefensión aprendida y desvalimiento: un estudio piloto.* Madrid: Comunicación al I Congreso del Colegio oficial de Psicólogos.

Jiménez, C., y Bernia, J. (1981). Maestros y alumnos de EGH ante las conductas problemáticas infantiles: Evaluación de su gravedad. Estructura Factorial. Aspectos evolutivos y socializadores. *Psicológica, 2*(1), 55-77.

Jiménez Díaz, L y González López, A. (1995). Los test infantiles proyectivos. En J. Rodríguez Sacristán. *Psicopatología del niño y del adolescente.* Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla.

Universidad de huelva 2010

Jiménez Gómez F. (1992). La personalidad adolescente: Un aporte personológico a través del psicodiagnóstico de RORSCHACH y láminas proyectivas. *Psiquis, 13,* 5, 46-55

Jiménez Tallon M. A. et al. (1986): Valoración de la agresividad en niños institucionalizados mediante el test proyectivo P. N. *Anales de Psicología,* 3, 7-19.

Jiménez, F. y De Diego, R. (1990). *Lecturas de psicodiagnóstico.* Salamanca: Amaru.

Jiménez, J. E. y Báez, B. F. (1990). Creencias sobre el rendimiento escolar y dificultades de aprendizaje. *VIII Congreso Nacional de Psicología.* Barcelona.

John, O. (1989a). Towards a taxonomy of personality descriptors. En D. Buss y N. Cantor (Eds.). *Personality Psychology: Recent trends and emerging directions.* Nueva York: Springer-Verlag.

John, O. P. (1989b). *Big five prototypes for the adjective checklist using observer data.* Symposium de la reunion annual de la Society of Multivariate Experimental Psychology.

Johnson, J. (1973). Bender gestalt constriction as an indicator of depression in psychiatric patiens. *Journal of Personality assessment, 37,* 53-55.

Johnson, R. N. (1976). *La agresión en el hombre y en los animales.* México: El Manual Moderno.

Jones, V. (1969). Desarrollo del carácter en los niños. En L. Carmichael, *Manual de psicología infantil.* Barcelona: Ateneo.

Jones, E. y Badger, T. (1991). Deaf children knowledge of internal human anatomy. *Journal Special Education, 25,* 2, 252-260.

Jones, W. H., Briggs, S. R. y Smith, T. G. (1986). Shyness: Conceptualization and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology, 51* ,629-639.

Juidías, J., (1995). Racismo y Xenofobia: su problemática en el entorno educativo. En T. Vega y C. Tabernero (comp.), *Psicología social de la educación y de la cultura, ocio, deporte y turismo.* Salamanca: Eudema.

Juidías, J. y Loscertales, F. (1993). La comunicación en el aula. *Diario 16*

Universidad de huelva 2010

Jung, C. (1906). Diagnostiche assoziationesstudien. *Journal Psicol.. und Neur, 8,*25-60

Jung, C. (1919). *Studies in Word assocation.* New York: Moffat, Yard & com.

Jung, C. (1964*). Tipos psicológicos.* Sudamérica, Buenos Aires.

Justicia, F. (1986). Proceso de socialización y educación. En J. Mayor (Ed.). *Sociología y psicología social de la educación.* Madrid: Anaya.

Kagan, J. (1982). Heart rate and heart rate variability as sigus of a temperamental dimension in infants. In *Measuring emotions in infants and children* Izardce. Cambridge: Cambridge University Press

Kagan, J, Reznick. J. S., Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science, 240,* 167-171.

Kagan, J., Reznick, J. S., Snidman, N., Gibbons, J. y Johnson, M. O. (1988). Childhood derivates of inhibition and lack of inhibition to the unfamiliar. *Child Development, 59,* 1580-1589.

Kai, T. (1970). The correlation between the emotional indicators of the Bender Gestalt Test and the emotional problems in in younger children.. *Memoirs of the Faculty of Education, 18,* sec 2, Universidad de Kumamoto.

Kai, T. (1972). An examination of Koppitz Bender Gestalt Test: The correlation between each item of Emotional indicators and the emotional problems in younger children.. *Memoirs of the Faculty of Education, 20,* sec 2, Universidad de Kumamoto.

Kaiser, H. Hunka, S. y Bianchini, J. (1969). Relating factors between studies based upon different individuals. En H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck (Eds.). *Personality Structure and Measurement.* Londres: Routledge y Kegan Paul.

Kanner, L. (1973). *Childhood psychosis: initial studies and new insights.* Washington: V. H. Winston.

Kaplan, S., Hong, G. y Weinhold, Ch. (1984). Epidemiology of depressive symptomatology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psycchiatry, 23,* (1), 91-98.

Kashani, J. H. , Orvaschel, H.(1988). Anxiety disorders in mid-adolescence: A community sample. *American Journal of Psychiatry, 145,* 960-964.

Universidad de huelva 2010

Kashani, .J. H. y Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 147*, 313-318,

Kashani, J. H., Vaidya, A. F., Soltys, S. M. Dandoy, A. C., Katz, L. M. y Reid, J.C. (1990). Correlates of anxiety in psychiatrically hospitalized children and their parents. *American Jorunal of Psychiatry, 147*, 319-323.

Kaspar. J. C. y Lampel, A. K., (1972). Interrater reliability for scoring the Bender Gestalt using the Koppitz method. *Perceptual and Motor Skills, 34*, 765-766.

Katigbak, M., Church. T. y Akamine, T. (1996). Cross-cultural generalizability of personality dimensions: relating indigenous an imported dimensions y two cultures. *Journal of Personality and Social Psychology, 70,* 99-114.

Katz. D. (1967). *Psicología de la Forma.* Madrid: Espasa-Calpe.

Kawaguchi. M.(1970). A developmental study of the Bender Gestalt Test. *Japan Journal Education. Psychology, 18,* 58.

Kazdin, A. E. (1985). *Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents.* Homewood, IL: Dorsey Press (versión castellana de 1988).

Kazdin, A. E. (1993). Tratamientos conductuales y cognitivos de la conducta antisocial en niños: avances de la investigación. *Psicología Conductual, 1*, 111-144.

Kazdin, A y Casal-Buela, G (1994). *Conducta antisocial. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y la adolescencia.* Madrid: Pirámide.

Kazdin, A. E., Siegel, T. y Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 733-747.

Keim, R. P. (1970).Visual-Motor trainig readiness and intelligence of Kindergarten children. *Journal of Learnig Disabilities, 3*, 256-259.

Keller, M., Lavori, P., Beardslee, W., Wunder, J., Shwartz, C., Roth, J. y Biederman, J. (1992). The disruptive behavioral disorder in children and adolescents: Comorbidity and clinical course. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiaatry, 31,* 204-209.

Universidad de huelva 2010

Kellog, R. (1979). *Análisis de la expresión plástica del preescolar.* Madrid: Cincel.

Kelly, I. A. (1992). *Entrenamiento de las Habilidades Sociales.* Bilbao: DDB.

Kellym T. y Amble, B. (1970). I.Q. and perceptual motor scores as a predictors of achievement among retarded children. *Journal of Schools, Psychology 8,* 99-103.

Keltikangas-Järvinen, L. (1990). Attributional style of the mother as predictor of aggressive behaviour of the child. *Aggressive Behavior,16,*1-7. 1

Kendall, P. C. (comp.) (1991*). Child and Adolescent Therapy: Cognitive-behavioral Procedures.* New York: Guilford.

Kendall, P. C. y Brady, E. U. (1995). Comorbidity in the anxiety disorders of childhood : Implication for validity and clinical significance. In K. D. Craig y K. S. Dobson (Eds.). *Anxiety and depression in adults and children.* Thosuand Oaks, CA: Sage Publications.

Kenny, M. y Faust, J.(1997). Mother-child agreement on self-report of anxiety in abused children. *Journal of Anxiety Disorders, 11,* 463-472.

Keogh, B. K. (1965). The Bender Gestalt as a predictive and diagnostic. Test of reading perfomance. *Journal Consult. Psychology, 29,* 83-84.

Keogh. B. K. (1968).*The Bender Gestalt with children: Research implications.* Estudio presentado en APA convention, San Francisco.

Keogh, B. y Smith, C. (1961). Group techniques and proposed scoring system for the Bender Gestalt Test with children. *Journal Clinical Psychology, 17,* 172-75.

Keogh. B. K. y Smith. C. E. (1967).Visuo-motor ability for school prediction: A seven year study. *Perceptual and Motor Skills, 25,* 101-10.

Kessler, R. C., Stang, P. E., Wittchen, H. U., Ustum, T. B., Roy-Byme, P. P. y Walters, E. E. (1998). Lifetime panic-depression comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 55,* 801-808.

King, N. J., Ollendick, T. H., Gullone, E. (1991). Negative affectivity in children and adolescents: Relations between anxiety and depression. *Clinical Psychology Review, 11,* 441-459.

Universidad de huelva 2010

King, V. J., Ollendick, T. H., Mattis, S. G. (1994). Panic in children and adolescents: Normative and clinical studies. *Australian Psychologist, 29*, 89-93.

Kirkaldy, B. y Mooshage, B. (1993). Personality profiles of conduct and emotionally disordered adolescent. *Personality and Individual Differences, 15,* 95-96.

Kirwil, L. (1997). Attitudes toward violence and the direction of the development of a child's aggression. In S. Feshbachand y J. Zagrodzka (eds.), *Aggression. Biological, developmental and social perspectives.* Nueva York: Plenum Press.

Klein, D. F. (1987). La ansiedad reconsiderada. Disección farmacológica. Primeras experiencias con la imipramina en la ansiedad. En: Klein D.F. *Ansiedad.* Ed Karger.

Klein, D. F.(1993). False suffocation alanns, spontaneous panics, and related conditions. An integrative hypothesis. *Archives General Psychiatry, 50* (4): 306-17.

Klein, M. (1929). La Personificación en el Juego de los Niños, En *Obras completas, tomo* I. Buenos Aires: Paidós.

Klein, M. (1930). La Importancia de la Formación de Símbolos en el Desarrollo del Yo. En *Obras completas.* Buenos Aires: Paidós.

Klein, M. (1953). La Técnica Psicoanalítica del Juego. Su Historia y Significado. En *Obras completas.* Buenos Aires: Paidós.

Klein, M. (1989a). El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas. En *Obras completas.* Buenos Aires: Paidós.

Klein, M. (1989b). El Psicoanálisis de Niños. En *Obras Completas, tomo II.* Buenos Aires: Paidos.

Klein, M., Abraham, K. y otros (1967). *Grandes Casos del Psicoanálisis de Niños.* Buenos Aires: Hormé.

Kline, P. (1966). Extraversion, neuriticism and academic perforrnance among Ghanaian university students. *British Journal of Educational Psychology. 36,* 92-94.

Universidad de huelva 2010

Kline,P. (1972). Review of the Eysenck-Withers Personality Inventory. En O.K. Buros (Ed.). *The Seventh Mental Measurements Yearbook.* Highland Park, N.J.: Gryphon.

Kline, P. y Lapham, S. (1991). The validity of PPQ: A study of its factor structure and its relationship with EPQ. *Personality and Individual Differences,* 12, 631-635.

Koch, K. (1992). *El test del arbol.* Buenos Aires: Kapelusz

Koffka, K. (1935). *Principios de la psicología de la forma.* Buenos Aires: Paidos.

Koppitz, E. (1938). Projective drawings with children and adolescent. *School Psychology Review, 12,* 421-427.

Koppitz, E. (1960). Teachers's attitude adn children's performance on the Bender Gesltalt test and Human figure drawings. *Journal Clinical Psychology, 16,* 204-208.

Koppitz, E. (1961). The Bender Gestalt tes for children: A normative study. *Journal Clinical Psychology, 16,* 432-435.

Koppitz. E. (1971). *Children with Learning Disabilities:* A *Five Year Follow-up Study.* Nueva York: Grune & Stratton.

Koppitz, E. (1973). The Bender Gestalt peformance and school achivement: A nine years stydy. *Psychology in the Schools, 10* (3), 280-284.

Koppitz, E. (1976). *El test gestáltico visomotor para niños.* Buenos Aires: Guadalupe.

Koppitz, E. (1981). *El test guestáltico de Bender: investigación y aplicación : 1963-1973.* Barcelona: Oikos-tau.

Koppitz, E. (1986). *El dibujo de la figura humana en los niños.* Argentina: Guadalupe.

Koppitz, E., Mardis, V. y Stephens, T. (1961). A note on screening school beginners with the Bender Gestalt test. *Journal of Educational Psychology, 52,* 80-81.

Universidad de huelva 2010

Koppitz, E. M., Sullivan, J., Blyth, D y Shelton, J. (1959). Prediction of first grade school achievement with the Bender Gestalt test and Human Figure Drawings. *Journal Clinical Psychology, 15*, 164-168.

Kossanyi, P. y Grasselli, A. (1995). Arguments for using the Bender gestalt test in the personality assessment of children with severe reading disabilities. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l' Enfant, 7,* 18-26.

Kovaca, M. y Devlin, B. (1998). Internalizing Disorders in Chilhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*, 47-63.

Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory CDI.* Toronto: Multi-Health Systems, Inc.

Kraemer, J. W. y Clarke, A. S. (1996). Social attachement, brain function, and aggression. In C. F. Ferris y T. Grísso (eds.), *Understanding Aggressive Behavior in Children.* Nueva York: The New York Academy of sciences.

Kretschmer, E. (1967). *Constitución y carácter.* Barcelona: Labor

Krohne, H. W. y Hock, M. (1991). Relations between restrictive mother-child interactions and anxiety of the child. *Anxiety Research,4*, 109-124.

Kulberg, J. M. (1993). What school psychologists need to know about writing disabilities. *School Psychology Review, 22* (4). 685-686.

La Barbera, J. D., Izard, C. E., Vietza, P. y Parisí, S. (1976). Four and six month old infants visual responses to joy, anger and neutral expressions. *Child Development, 47,* 535-538.

La Greca, A. M. (1990). Issues and perspectives on the Child Assessment Process. In A.M. La Greca (Ed.). *Through the Eyes of the Child: Obtuining Self-Reports from Children and Adolescents.* Boston: Allyn y Bacon.

Labellarte, M. J., Ginsburg, G. S., Walkup, J. T., Riddle, M. A. (1999). The treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Biological Psychiatry; 46(11),* 1567-1578.

Lagerspetz, K. J. y Bjorkqvist, K. (1994). Indirect aggression in boys and girls. In L. R. Huesmann (ed.), *Aggressive Behavior: Current Perspectives. Plenum Series in Social clinical Psychology.* Nueva York: Plenum Press.

Universidad de huelva 2010

Lambert, W., Solomon, R.L. y Watson, P. (1949). Reinforcement and Extinction as Factors in size Estimation. *Journal of Experimental Psychology, 39,* 129-132.

Langer, W. (1938). Sensoriomotor learning, en H. Murray et al. *Explorationes in Personality.* New York: Oxford University Press.

Lapouse, R. y Monk, N. (1958). An epidemiologic study of beavior characteristics in children. *American Journal of Public Health, 48,* 113-114

Lapouse, R. y Monk, N. (1959). Fears and worries in a representative sample of children. *American Journal of Orthopsychiatry, 29,* 803-818.

Laroque, S. (2001). Pencil pressure in projective drawings: an indicator of anxiety. *Dissertation Abstracts International, 62* (6-B), 2984.

Larroy, C. y De La Puente, M.L.(1995). *El niño desobediente.* Madrid: Pirámide.

Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Finkelstein, R. y Strauss, C. C. (1987). Comparison of DSM-III separation anxiety and overanxious disorders: Demographic characteristics and patterns of comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26,* 527-531.

Last, C.G., Hersen, M., Kazdin, A., Orvaschel, H. y Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry, 48,* 928-934.

Last, G. G., Perrin, S., Hersen, M. y Kazdin, A. (1992). DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographics and clinical characteristic. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31,* 1070-1076.

Last, G. G., Strauss, C. C. y Francis, G. G. (1987). Comorbidity among chidhood anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 175,* 726-730

Laurent, J., Stark, K. D. (1993). Testing the cognitive content specificity hypothesis with anxious and depressed youngsters. *Journal of Abnormal Psychology, 102,* 226-237.

Ledingham, J. E. y Schwartzman, A. E. (1984). A 3-year follow-up of aggressive and withdrawn behavior in chilhood: Preliminary findings. *Journal of Abnormal Child Psychology, 12,* 157-168.

Universidad de huelva 2010

Lee, S. y Oh, S. (1998). Visoperceptual and constructive ability disturbances of patiens with traumatic brain injury in Hutt Adaptation of the Bender Gestalt Test. *Korean Journal of Clinical Psychology, 17* (1), 311-317.

Leifer M., Shapiro J. P., Martone, M. W. y Kassem L. (1991): Rorschach assessment of psychological funcioning in sexually abused girls. *Journal of Personality Assessment, 56,* 1, 1

Lemos, S. (1996). Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes. En J. Buendía (dir.) *Psicopatología en niños y adolescentes.* Madrid: Pirámide.

Lemos, S., Fidalgo, A., Calvo, P y Menéndez, P. (1992). Salud mental de los adolescentes asturianos. *Psicothema, 4,* (1), 21-48.

Leon, G.,Gillenn, R.y Granze,M. (1979). Personality, stability and change over a 30-year period, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47,* 517-524,

Lesiak, J. (1984).The Bender Visual Motor Gestalt Test: Implications for the diagnosis and prediction of reading achievement. *Journal of School Psychology, 22* (4). 391-405

Lesko, W. A. (1994). *Readings in Social Psychology: General, Classic and Contemporary Selections.* Boston: Allyn y Bacon.

Lessing, E. E., Williams, V. y Gil, E. (1982). A cluster-analytically derived typology: Feasible alternative to clinical diagnostic classification of children?. *Journal of Abnormal Child Psychology, 10,* 451-482.

Levine, R., Chein, I. y Murphy, G.(1942). The Relation of the Intensity of a Need to the Amount of Perceptual Distortion: A Preliminary Report. *Journal of Psychology,* 13, 283-93.

Levy, S. (1992). Dibujo proyectivo de la figura humana. En F. E. Hammer, *Test proyectivos gráficos.* Barcelona: Paidos.

Lewinsohn. P. M., Hops. H., Roberts. R. E., Seeley, J. R. y Andrews. J .A (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology. 102,* 133-144. 1993.

Universidad de huelva 2010

Lewis, M. (1967). The meaning of a response, or why researchers in infant behavior should be Oriental metaphysicians. *Merril Palmer Quartely, 13*, 7-18.

Lewis, D y Greene, J. (1986). *Test de la personalidad del niño.* Barcelona: Martínez Roca.

Lewis, M. y Michalson, L. (1983). *Childrens's emotions and moods: Develpmental theory and mesasurement.* Nueva York: Plenum Press.

Lewis, M., Sullivan, M. W. y Michalson, L. (1984). Cognitive-emotional fugue. In C. E. Izard, J. Kagan y R. B. Zajonc (eds.), *Emotions, Cognition and Behavior.* Londres: Cambridge University Press.

Lewis, M., Sullivan, M. W., Stanger, C. y Weis, M. (1998). Self development and self-conscious emotions. In J. M. Jenkins, K. Oatley y N. L. Stein. *Human Emotions: A Reader.* Oxford: Blackwell.

Liben, L. (1981). Copying and reproducting pictures in relations to subjects' operative levels. *Develpmental Psychology, 17,* 357-365.

Liebert, R. M. y Liebert, L. (2000). *Personalidad: estrategias y temas.* México: International Thomson .

Lindzey, G. (1959). On the classification of projective techniques. *Psychological Bulletin,* 56, 158-168.

Lindzey, G. (1961). *Projective Techniques and Cross-cultural Research.* New York: Appleton Century Crofts.

Lis, A., Venuti, P., Rossi, G., y Tallandini, M. (1990). Gli indicatori emotive di L. M. Koppitz nel test di percezione Visuo-motoria di L. Bender. *Bolletino di Psicología Applicata, 195,* 45-55.

Llanos E. (1981): Juan nos habla a través de una familia. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, 10,* 53-55.

Llorente, M. (1987). Trastorno mental y conducta antisocial: En J. Pérez (comp.), *Bases Psicológicas de la Delincuencia y de la Conducta Antisocial.* Barcelona: PPU.

Lluís Font, J. M. (1986). *Nueva valoración del test guestáltico visomotor* Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.

Universidad de huelva 2010

Loeber, R. (1985). Patterns and development of antisocial child behavior. In G. J. Whitehurst (comp.), *Annals of Child Development* (Vol. 2). New York: AI Press.

Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review, 10*, 1-41.

Loeber, R., Lahey, B. B. y Thomas, C. (1991). Diagnostic conundrum of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 379-390.

Loeber, R. y Schmaling, K. B. (1985). Empirical evidence for overt and covert patterns of antisocial conduct problems: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 13,* 337-352.

Loehlin, J. C., Horn, J. M. y Willerman, L. (1981). Personality resemblances in adoptive families. *Behavioral Genetics, 11*, 309-330.

Loehlin, J., C. y Nichols, R.. C. (1976). *Heredity, Environment, and Personality,* Austin, TX: University of Texas Press

López Latorre, M. y Garrido Genovés, V (1999). Contribuciones psicológicas al estudio de la delincuencia juvenil. En J. Ortega Esteban (coord.), *Educación social especializada.* Barcelona: Ariel.

López López, M. J. (2003). *Psicología de la Personalidad.* Proyecto Docente. Universidad de Huelva.

Lorenz, K. (1978). *Sobre la agresión, el pretendido mal.* Madrid: Siglo XXI.

Lownfeld, V. (1973). *El niño y su arte.* Buenos Aires: Kapeluz.

Lownfeld, V. y Lambrer-Brittain, W. (1973). *Desarrollo de la capacidad creadora.* Buenos Aires: Kapeluz.

Lubin, B. y Sands, E. W. (1992). Bibliography of the psychometric properties of the Bender Visual-motor Gestalt Test: 1970-1991. *Perceptual and Motor Skills, 75* (2). 385-386

Luciano, C. (Ed.) (1986). *Manual de psicología clínica. Infancia y adolescencia.* Valencia: Promolibro,

Luquet G. H. (1978). *El Dibujo Infantil.* Barcelona: Editorial Médico-Técnica.

Universidad de huelva 2010

Lurçat, L. (1964). Etude de la moticité graphique: le controle des mouvments simultanes. *Neuropsychologie, 1,* 251-267.

Lurçat, L. (1966). Genèse de l'acte graphique. *Bulletin de Psycholgie,19,* 506-515.

Lurçat, L. (1974).*Etude de l'acte graphique.*París: Mouton.

Lurçat, L. (1977). *El parvulario, ¿una escuela diferente?.* Barcelona: Avance.

Lurçat, L. (1979). *El niño y el espacio.* México: Fondo cultural económico.

Lurçat, L. (1983). Le graphisme et l'écriture chez l'enfant. *Revue Francaise de Pedagogie, 65* (4), 7-18.

Lurçat, L. (1984). *Pintar, dibujar, escribir y pensar.* Madrid: Cincel

Lurçat, L. y Kostin, I. (1970). Study of graphical abilities in children. *Perceptual and Motor Skills, 30,* 615-630.

Luzzatti, C. et al. (1994). An Italian test for the diagnosis of acquired writing disorders: Construction principles and normative data. *Ricerche di Psicologia, 18* (3), 137-160

Lynn, R (1959). Two personality characteristies related to academic achievement. *British Journal of Educatjonal Psychology, 29,* 213-216.

MacFarlane, J. W., Allen, L. y Honzik, M. P. (1954). *A Developmental Study of the Behavjor Problems of Normal Children Between 21 Months and 14 years.* Berkeley: University of Califomia Press.

Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure.* Springfiled: Thomas.

Machover, K. (1980). *Dibujo de la figura humana: un método de investigar la personalidad.* Madrid: Rialp.

Macià Antón, D. (2002). *Problemas cotidianos de conducta en la infancia.* Madrid: Pirámide.

Maganto, C. (1988). *Test gráfico del dibujo de un animal. Evaluación madurativo-mental y emocional en niños de 6 a 13 años.* Universitat de Barcelona: Publicaciones Universitat de Barcelona.

Universidad de huelva 2010

Maganto, C. (1993). Revisión actualizada de los instrumentos de personalidad en niños. En J. M. Zumalabe y C. Maganto (eds.), *Tendencias actuales en el estudio y la evaluación de la personalidad.* San Sebastián: Universidad del País Vasco.

Maganto, C. (1995). *Psicodiagnóstico infantil. Aspectos conceptuales y metodológicos*. Bilbao: Universidad País Vasco

Magnusson, D. (1971). An analysis of situational dimensions. *Perceptual and Motor Skills, 32*, 851-867.

Magnusson, D. (1981). Problems in environmental analyses: An introducción. In D. Magnusson (Ed.), *Toward a Psychology of Situations: An Interactional Perspective,* New Jersey: LEA.

Main, M. (1981). Abusive and rejecting infants. In N. Frude (ed.), *Psichological Approach to Child Abuse*. Totowa NJ: Romany Littlefield.

Majluf, A. (1980). Representación de relaciones espaciales en el dibujo espontáneo y en pruebas especiales piagetianas en niños peruanos de 4 a 7 años y 11 meses, de clases socioeconómica media y baja. *Revista Latinoamericano de Psicología, 12,* 237-252.

Mandel, H. (1997).*Conduct disorder and Ander-achivement: risk factors, assessment, treatment, and prevention.* Nueva York:John Wiley &sons

Mandler, G. (1967). Emotion. In E. Galanter, G. Mandler, R. Brown y E. H. Hess (comps.). *New Directions* in *Psychology.* Nueva York: Holt, ltinehart alld Wínston.

Manicavasagar, V., Silove, D. y Curtis, J. (1997). Separation anxiety in adulthood: A phenomenological investigation. *Comprehensive Psychiatry, 38,* 274-282.

Mann, R. A. (1985). Trastorno de conducta. En M. Hersen y C. G. Last, *Manual de casos de terapia de conducta.* Bilbao: DDB.

March J. (1995). *Anxiety disorders in children and adolescents.* New York: Guilford Press.

Universidad de huelva 2010

March, J. y Albano, A. (1996). Assessment of Anxiety in children and adolescents. In L. Dikstein, M. Riba y Oldham (Eds.) *Review of Psychiatry* (Vol. 15). Washington, DC: American Psychiatric Press.

March, J. S., Amaya, Jackson, L., Terry, R. y Costanzo, P.(1997). Posttraumatic symptomatology in children and adolescents aPter an industrial fire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36,* 1080-1088.

March, J. S., Sullivan, K. y Parker, J. (1999). Test-retest reliability of the multidimensional anxiety scale for children. *Journal of Anxiety Disorders, 13*(4), 349-358.

Marks, I. M. (1981). *Cure and Care of Neurosis.* New York: Wiley (traducción, Martínez Roca, 1986).

Marks, I. M. (1987). *Fears, Phobias, and Rituals.* New York: Oxford University Press (traducción, Martínez Roca, 1991, 2 vols.).

Martí, A. (1987). Inteligencia y conducta antisocial. En J. Pérez (comp.), *Bases psicológicas de la delincuencia y de la conducta antisocial.* Barcelona: PPU.

Martín Bravo, C.(Coord) (1999). *Psicología del desarrollo y de la educación en edad escolar.* Valladolid: Ámbito

Martín, C. L. (1993). News directions for investigating children's gender knowledge. *Developmntal Review. 13,* 184-204.

Martínez Zarandona, I (2003). La inteligencia del niño con Hiperquinesia. http:// www. Rompanfilas.htm, recuperado el 6-5-2003.

Martorell, C., Peiró, Llácer, M. D., Navarro, A. y Silva, F. (1990). Assessing behavioral problems and assets in children and adolescents. *Personality and Individual Differences, 11,* 1221-1226.

Marturano, E., Martins, B., Regina, S. y Sobral, V. (1997). Children referred for psychological attention due to low school performance: comparisons with non-referred children. *Revista Interamericana de Psicología, 31,* 223-241.

Mash, E. J. y Terdal, L. G. (comps.) (1988). *Behavjoral Assessment of Childhood Disorders.* New York: Guilford.

Maslow, A. H. (1972). *Hacia una psicología del ser.* Barcelona: Kairós.

Universidad de huelva 2010

Masten, A. S. y Coatsworth, J. D. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. In D. Cicchetti, y D.J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychapathalogy.* New York: Wiley.

Matteucci, A. (1974). A study of ego maturation in a group of normal subjects, using the Bender test. *Lavoro Neuropsichiatrico, 54,* 61-70.

Mayor, M. y Urra, J. (1991). Juzgado de menores. La figura del psicólogo, *Papeles del psicólogo, 48,* 29-32.

Mayor-Gross, W. (1977). Observaciones sobre la apraxia. En A. Luria, *Las funciones corticales en el hombre.* La Habana: Orbe.

Mazet, Ph. y Honzel, D. (1981) *Psiquiatría del niño y del adolescente.* Barcelona: Editorial Médica y Técnica, S.A.

Mazzeschi, C. y Lis, A. (1999). The Bender-Gestalt test in an Italian sample: An analysis of Koppitz's developmental Bender scoring system deviations. *Perceptual and Motor Skills, 90* (2), 373-385.

Mazzeschi, C. y Lis, A. (1999). The Bender-Gestalt test: Koppitz's developmental scoring system administered to two samples of Italian prescholl and primary school children. *Perceptual and Motor Skills, 88* (3, Pt 2), 1235-1244.

McBurnett, K., Lahey, B. B., Capasso, L. y Loeber, R. (1996). Aggessive symptorns and salivary cortisol in clinic-referred boys with conduct disorders. En C. F. Ferris y T. Grisso (eds.), *Understanding Aggressive Behavior in Children.* Nueva York: The New York Academy of Sciences.

McCarthy, D. P. (1975). The feasibility of a group Bender-Gestalt test for preschool and primary school-aged children. *Journal of School Psychology, 13* (2), 134-141

McClellan, J. y Werry, J. (2000). Research Psychiatric Diagnostic Interviews for Children and Adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39,* 19-27.

McCloskey, L. A., Flgueredo, A. J., y Koss, M. P (1995). The effects of sistematic family voilence on children mental heath. *Child development, 66,* 1239-1261.

McConnell, O. (1967). Koppitz's Bender Gestalt scores in relation to organic adn emotional problems in children. *Jorunal Clinical Psychology, 23,* 370-374.

Universidad de huelva 2010

McCord, J. y McCord, W. (1958). The effects of parental role models on criminality. *Journal Social Issues, 14*, 66-75.

McCormick, T. y Brannigan, G. (1984). Bender Gestalt sings as indicants of Anxiety, withdrawal, and acting-out behaviors in adolescents. *The Journal of Psychology, 118,* 71-74.

McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1985). Updating Norman's "adecuate taxonomy": intelligence and personality dimensions in natural languages and questionnaires. *Journal of Personality and Social Psychology, 49,* 710-721.

McCrae, R. R. y Costa P. T. (1987). Validation of the five factor models across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology, 5,* 81-90.

McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1989). Reinterpreting the Myers-Briggs Type Indicador from the perspective of the five-factor model of personality. *Journal of Personality, 57*, 17-40.

McCrae, R., Zonderman, A., Costa, P. Bond, M. y Paunonen, S. (1996). Evaluating replicability of factors in the revised NEO personality inventory: Confirmatory factor analysis versus Procustes rotation. *Journal of Personality and Social Psychology, 70,* 552-566.

McGee, R., Feehan, M., Williams, S., Partridge, F., Silva, P. y Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *Journal of the American Acadmy of Child and Adolescents Psychiatry,29*, 611-619.

McGee, R., Silva, P. y Williams, S. (1984). Behaviour problems in a popoulation of seven year old children prevalence, stability and types of disorder. A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 25,* 251-259.

McKay, M. F., Neale, M. D. (1985). Predicting early school achievement in reading and handwriting using major error categories from the Bender-Gestalt test for young children. *Perceptual and Motor Skills, 60* (2), 647-654

McMahon, R. J. (1991). Entrenamiento de padres. En V.E. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* Madrid: siglo XXI.

McMahon, R. J. y Forehand, R. (1988). Conduct disorders. In E. J. Mash y L. G. Terdal (eds.), *Behavioral Assessment of Childhood Disorders.* Nueva York: Guilford.

Universidad de huelva 2010

McNeish T. J. y Naglieri, J. A. (1993). Identification of individuals with serious emotional disturbances using the Draw A Person: Screening procedure for emotional disturbance. *Journal of Special Education, 27*, 1, 115-121.

Meharabian, A. y Russell, J. A. (1974). *An approach to environmental psychology.* Cambrigde: Mass, M.I.T. Press.

Melamed, B., Siegel, L. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of film modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43,* 511-521.

Melero Merlo, J. (1989). *Claves espaciales en el dibujo infantil.* Universidad de Granada: Servicios de Publicaciones

Meltzer, D. (1974). *Los estados sexuales de la mente.* Buenos Aires: Kargieman.

Meltzer, D. (1979). *Exploración del autismo.* Buenos Aires: Paidos.

Mermin, D. (1977). Symbolic interpretation of Bender-Gestalt drawings. *Dissertation abstracts international, 39* (1-B), 390.

Messer, S. C., y Beidel, D. C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 975-983.

Mestre, V., Frias, M. D., García R. y del Barrio, V. (1992). Prevalencia de la depresión en la infancia y la adolescencia. En V. Mestre, *La depresión en población adolescente valenciana.* Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum.

Mialaret, G. (1974). El dibujo. En P. Fraisse y J. Piaget (Eds.), *Lenguaje, comunicación y decisión.* Buenos Aires: Paidos.

Miller, L. C. (1983). Fears and Anxieties in Children. In C. Walker y M. Roberts. *Handbook of CIinical Child Psychology.* New York: Wiley.

Miller, L. C., Barret, C. L. y Hampe, E. (1974). Phobias of Childhood in a Prescientific Era. En A. Davids (Ed.). *Child Personality and Psychopathology: Current Topics,* (vol.1). New York: Wiley.

Miller, L., Barret, C. L., Hampe, E. y Noble M. (1972). Factor structure of childhood fears. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39*, 264-268.

Universidad de huelva 2010

Miller, J. y Hutt, L. (1975). Psychopathology scale of the Hutt adaptation of the Bender Gestalt test: reliability. *Journal of Personality Assessment, 39,* 129-131.

Mills, L. (1976). Bender Gestalt error scores: a new use. *Association of Educational Psychologists Journal, 4* (3), 14-18.

Minuchin, P. P. y Shapiro, E. K. (1983): The school as a context for social development. In P. Mussen (Ed.). *Handbook of child psychology*, Vol. IV. Nueva York: Wiley.

Mischel, W. (1977). *Personalidad y evaluación.* Méjico: Trillas

Mitchell, S y Shepherd, M. (1966). A comparatyve study of children's behavior at home and school. *British Journal of Educational Pyschology, 36,* 248-254.

Mlodnosky, L. B. (1972). The Bender Gestalt and the Frosting as predictors of firt-grade reading achievement among economically y deprived children. *Psychology in the Schools, 9,* 25-30.

Mogin, L. S. (1966). *Administration and objetive scorins of the Bender Gestalt test in group screenig of primary grade children for emotional maladjustment.* Tesis Doctoral, Universidad de Rutgers.

Mojarro Práxedes, D. y Benjumea Pino, P. (1995). Los trastornos de conducta en la infancia. En J. Rodríguez Sacristán (ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente.* Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla.

Moos, R. H. (1973). Conceptualization of human environments. *American Psychologist, 28,* 652-665.

Moose, D. y Brannigan, G. (1997). Comparison of preschool children's scores on the modified version of the Bender Gestalt test an the developmental test of visual motor integration. *Perceptual and Motor Skills, 85,* 766.

Morales Gonzalez, J. M y Garcia Nuñez, J. A. (1993). Influencia del desarrollo tónico-emocional en los procesos de aprendizaje. *Psicomotricidad, 1* (43), 23-44

Moreno, C. (1999). Desarrollo y conducta social de los 6 años a la adolescencia. En Palacios. J, Hidalgo, V. Marchesi, A. y Coll, C. (Com.). *Desarrollo psicológico y educación*, vol I. Madrid: Alianza Editorial

Universidad de huelva 2010

Moreno Salazar, A. (2000). *Comorbilidad de los trastornos por ansiedad en niños y adolescentes.* Tesis doctoral. Publicacions de la Universitat Autónoma de Barcelona.

Moreno, C. y Del Barrio, V. (1991).*Baremos del Chile Behaviour Check list (CBCL) de Achenbach en niños españoles de 4-5 años.* Comunicación presentada al III Congreso de Evolución Psicológica. Barcelona.

Moreno I., Parraga, J. y Rodríguez, L. (1987). Miedos infantiles: un estudio sobre la población Sevillana. *Análisis y Modificación de Conducta, 13,* 471-492.

Morgenstern, S. (1947). El simbolismo y el valor psicoanalítico de los dibujos infantiles. *Revista de Psicoanálisis.*

Moro Ipola, M. (1996).*Guía de prácticas de psicodiagnóstico.* Castellón : Univeridad Jaume I,

Morris, R. J. y Kratochwill, T. R. (1983). *Treating Children's Fears and Fobias.* Nueva York: Pergamon Press.

Morrison, G. M. y Sandowicz, M. (1994). Importance of social skills in the intervention of anger and aggression. In M. J. Furlong y D. C. Smith (eds.), *Anger, Hostility and Aggression: Assessment, Prevention and Intervention Strategies for Youth.* Brandon: Clinical Psychology Publishing.

Morrongiello, M. (1990). Visual-motor development and the emergente of emocional indicators: a reexamination of Bender-gestalt test with young children. *Dissertation Abstracts International, 51* (4-A). 1168.

Moseley, D. D. (1970). The perfomance of deprived children on the Bender Gestalt test. *Dissertation Abstracts International, 30,* 8 (A), 3329.

Muñoz Sánchez, A. (1997). Hiperactividad y trastornos de conducta. En M. Jiménez Hernández (Coor.). *Psicopatología infantil.* Archidona: Aljibe.

Murphy, B. L. (1983). Issues in the development of emotion in infant. In R. Plutchik y H. Kellerman (eds.), *Emotions: Theory, Research and Experience.* Nueva York: Academic Press.

Murray, H. A. (1978). Prólogo. En H. H. Anderson y G. L. Anderson (Eds.) *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico.* Madrid: Rialp.

Universidad de huelva 2010

Murray, H. A. y otros (1938). *Explorations in Personality.* New York: Oxford University Press.

Mussen, P, Eichorn, D. H, Hanzik, M. P., Bieher, S. L. y Merecith, W. (1980). Continuity and change in women's characteristics over four decades, *International Journal of Behavioral Development,* 3, 333-347,

Naches, A. M. (1967). T*he Bender Gestalt Test and acting out behavior in children.* Colorado State College: Ed. Dissertation.

Nash, B. M. y Randolph B. M. (1997). *El libro de los tests.* Barcelona: Gedisa

Neale, M. D. y Mckay, M. F. (1985). Scoring the Bender Gestalt test using the Koppitz developmental system: interrrater reability, item dificulty, and scoting implications. *Perceptual and Motor Skills, 60,* 627-636.

Neale, E. L. y Rosal Macia, L. (1993). What can art therapist learn from the research on proyective drawing techniques form children? A review of the literature. Special Issue; Research in the creative arts therapies. *Arts in Psychotherapy, 20,* 1, 37-49.

Negri, N. (1999*). Interpretación psicogenética del Test de Bender : su aplicación y evaluación para el diagnóstico y pronóstico del desarrollo en su relación con el aprendizaje: fundamentos para la elaboración de una escala de desarrollo*. Madrid: Miño y Dávila.

Neisser, U. (1983). Toward a skilful psychology. In D. R. Rogers y J. A. Sloboda (Eds.), *The acquisition of symbolic skills.* New York: Plenum Press.

Newcomb, A. E, Bukowski, W. M. y Pattee, L. (1993). Children's peer relations: A meta-analytic review of popular, rejected, neglected, and average sociometric status. *Psychological Bulletin, 113* (1), 99-128.

Newcomer, P. y Hammill, D. (1973). Visual perception of motor impaired children: Implications for assessment. *Except. Child, 39,* 335-37.

Nielsen, H. H. y Ringe, K. (1969).Visuo-perceptive and visuo-motor performance of children with reading disabilities. *Scand. Jorunal Psychology, 10,* 225-31.

Nielson, S., Sapp, G. L. (1991). Bender-Gestalt developmental scores: predicting reading and mathematics achievement. *Psychological Reports, 69* (1). 39-42.

Universidad de huelva 2010

Ninness, H. y Graben, L., Miller, B. y Whaley, D. (1985). The effect of contingency management strategies on the Bender Gestalt diagnosis indicators of emotionally disturbed children. *Child Study Journal, 15* (1), 13-28.

Nissen, G. (1983). Depresiones en la infancia y en la adolescencia. *Triángulo, 2/31,* vol.21.

Nodelis, H. (1985). *La regresión y su relación con la sintomatología catatónico-paracinética.* Tesis Doctoral, Buenos Aires: Universidad J.F. Kennedy.

Nodelis, H. (1991). Las psicosis marginales en la prueba de Bender. *Acta psiquiátrica y psicológico de América Latina, 37.*

Nodelis, H. (2000).*El test de Bender: psicosis, demencias y otros cuadros.* Argentina: Atuel.

Norfleet, M. A. (1973). The Bender Gestalt as a group screening instrument for first grade reading potential. *Journal of Learning Disabilities, 6,* 384-88.

Norman,W. T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure *Journal of Abnorma and Social Psychology,* 66, 574-583.

Nuño Marijuan, V. (1986). La validez del test Gestáltico visomotor para niños como test screening de inteligencia general en niños de educación especial. *Educació i cultura, 5-6,* 199-208.

Nyfield, B., Patalano, F. (1998). Effects of serial position on Bender-Gestalt errors using Koppitz's criteria. *Psychological Reports, 83* (3, Pt 2), 1227-1237.

Nystedt, L. (1981). A model for studying the interaction between the objective situation and a person's construction of the situation. In D. Magnusson (Ed.), *Toward a Psychology of Situations: An Interactional Perspective.* New Jersey: LEA.

Oates, D. V. (1929). An experimental study of temperament. *British Journal of Psychology, 19,* 1-30.

Oatley, K. y Jenkins, J. M. (1996). *Understanding Emotions.* Cambridge, MA: Blackwell.

Universidad de huelva 2010

Oatley, K. y Johnson-Laird, P. N. (1998). The communicative theory of emotions. En J. M. Jenkins, K. Oatley y N. L. Stein, *Human Emotions: A Reader.* Oxford: Blackwell.

Obrzut, J. E., Taylor, H. D. y Thweatt, R. C. (1972). Re-examination of Koppitz. Developmental Bender Scoring System. *Perceptal Motor Skills, 34*, 279-82.

O'Leary, S. G. y O'Leary, K. D. (1976). *Modificación de conducta en la escuela.* En H. Leitenberg, *Modificación y terapia de conducta*, tomo II. Madrid: Morata.

Ollendick, T. H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour Research and Therapy, 21*, 685-692.

Ollendick, T. H. y Greene, R. (1990). Behavioral assessment of children. In G. Goldstein y H. Hersen (dirs.). *Handbook of Psychological Assessment.* Nueva York: Pergamon.

Ollendick, T. H. y Hersen, M. (comps.) (1993). *Handbook of Child and Adolescent Assessment.* Needham Heig, MA: Allyn y Bacon.

Ollendick, T. H. y Meador, A. E. (1984). Behavioral Assessment of Children. En G. Goldstein y M. Hersen (dirs.). *Handbook of Psychological Assessment.* Nueva York: Pergamon.

Olson, D., Bell, R. y Portner, J. (1982). *FACES II.* University of Minnesota: St. Paul.

Olweus, D. (1979). Stability of aggressive reaction pattems in male: A .review. *Psychological Bulletin, 86*, 852-875.

Olweus, D. (1991). Bully/victim problems among school children: Basic facts and effects of a school based intervention program. In D. J. Pepler y K. H. Rubin (comps.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression.* Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Olweus, D. (1993). *Bullying at school. What we know and what we can do.* Oxford: Blackwell (Ed. cast.: Conductas de acoso y amenaza entre escolares. Madrid: Morata, 1998).

Universidad de huelva 2010

Ortega Ruiz, R. (1996).*Crecer y aprender: psicología del desarrollo y educación escolar.* Sevilla: Kronos.

Ortiz, M. J., Aguirrezabala, E., Apodaka, P., Etxebarría, L. y López, F (2002). Características emocionales, funcionamiento social y satisfacción social en escolares. *Infancia y Aprendizaje, 25 (2),* 195-208

Orvaschel, H., Puig-Antich, J.,Chambers, W. J., Tabrizi,M. A. y Johnson, R. (1982). Retrospective assessment of prepubertal major depression with the Kiddie- SADS-E. *Journal of the American Academy of Child Pychiatry, 21,* 392-397.

Ostendorf, F. y Angleitner, A. (1992). On the generality and comprehensiveness of the five-factor model of personality. Evidence for five robust factors in questionnaire data. In G. V. Caprara y G. L. Van Heck (Eds.), *Modern personality psychology.* London: Harvester Wheatsheaf.

Osterrieth, P. (1977). El dibujo en el niño. En Gratiot-Alphandery y R. Zazzo (dirs.). *Tratado de psicología del niño. Tomo 6.* Madrid: Morata.

Palacios. J, Gónzalez, M. y Padilla, L. C. (1999). Conocimiento social y desarrollo de normas y valores entre los 6 años y la adolescencia. En Palacios. J, Hidalgo, V. Marchesi, A. y Coll, C. (Com.). *Desarrollo psicológico y educación,* vol I. Madrid: Alianza Editorial.

Palacios. J. e Hidalgo, V. (1999). Desarrollo de la personalidad desde los 6 años hasta la adolescencia. En Palacios. J, Hidalgo, V. Marchesi, A. y Coll, C. (Com.). *Desarrollo psicológico y educación,* vol I. Madrid: Alianza Editorial.

Palacios. J, V. Marchesi, A. y Coll, C. (Com.) (2002). *Desarrollo psicológico y educación,* vol I. Madrid: Alianza Editorial.

Panker, J. (1976). A quick scroning system for the B.G. *Journal of Clinical Psychology, 32,* 86-89.

Parker, J., Bagby. M. y Summerfeldt, L. (1993). Confirmatory Factor Analysis of the Revised NEO Personality Inventory. *Personality and Individual Differences, 14,* 463-466.

Partridge, S. (1990). *AIMS. Developmental Indicators of Emotional Health.* Portland: University of Maine, Department of Human Services Development Institute.

Universidad de huelva 2010

Pascal, G. y Sultell, B. (1951). *The Bender Gestalt Test.* Nueva York: Grune & Stratton.

Pascual Pascual, S. (2001a). Evaluación de la madurez para el dibujo en la infancia: desarrollo y validación de un test grafomotor en la población infantil normal. *Revista de Neurología, 33*(9), 812-825.

Pascual Pascual, S. (2001b). Evaluación de la madurez para el dibujo en la infancia: desarrollo y validación de un test grafomotor en el niño con discapacidad neuropsiquiátrica. *Revista de Neurología, 33,* (10) 938-947.

Patterson, G. R. (1977). A performance theory for coercive family .interaction. En R. Cairns (ed.), *Social Interaction: Methods. Analysis and Illustration.* Chicago: Society for research in Child Development Monograph.

Patterson, G. R. (1982a). *A Social Learning Aproach. Vol. 3, Coercitive* Family Process. Eugene, OR: Castalia.

Patterson, G. R. (1982b). *Coercive Family Process.* Eugene,OR:Castalia.

Patterson, G. R. y Bank, L. (1986). Bootstrapping your way in the nomological thicket. *Behavioral Assessment, 8,* 49-73.

Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D. y Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist, 44,* 329-335.

Patterson, G. R., Reid, J. B. y Dishion, T. J. (1992). *Antisocial Boys.* Eugene, OR: Castalia.

Patterson, K y Shewell (1987). Speak and spell: dissociations and word-class effects. En M. Cltheart, Sarton y R. Jol (Eds.). *The Cognitive Neuropsychology of lenguaje.* Londres: LEA.

Paulsen, A. (1954). Personality dvelopment in the middle years of childhood: a ten year longitudinal study of thirty public school children by jeans of Rorschach test and social histories. *American Journal Orthopsychiat, 24,* 336-350.

Payne M. A. (1990). Effects of parental presencel absence on size of children's human figure drawings. *Perceptual and Motor Skills. 70,* 3, 1, 843-849.

Universidad de huelva 2010

Pederson, N. L., Plomin, R., Mcclearn, G. E. y Friberg, L. (1988). Neuroticism, extraversionand related traits in adult twind reared apart and reared together. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 950-957.

Peiró, J. M. y Carpintero, H. (1978). Conductas escolares problemáticas. Un estudio sobre la evolución de su gravedad realizada por los profesores de EGB. *Análisis y Modificación de Conducta, 7*, 33-53.

Pelechano, V. (1979). *Psicología Educativa y Comunitaria.* Valencia: Alfaplus.

Pelechano, V. (1981).*Miedos infantiles y terapia familiar natural.* Valencia: Alfaplús.

Pelechano, V. (1989). Ejes de referencia y una propuesta temática. En E.Ibáñez y V. Pelechano (Dir.). *Personalidad.* Madrid: Alhambra.

Pelechano, V. (1993a). *Personalidad: Un enfoque histórico-conceptual.* Valencia: Promolibro.

Pelechano, V. (1993b). La personalidad desde la perspectiva de parámetros. En J. M. Zumalabe y C. Maganto (Eds.). *Tendencias actuales en el estudio y evaluación de la personalidad.* Universidad del País Vasco: Servicio de Publicaciones.

Pelechano, V. (1996a). Opciones conductistas: alternativas de aprendizaje y negación de la personalidad. En V. Pelechano (Coord.), *Psicología de la Personalidad. I. Teorías* (pp. 285-313). Barcelona: Ariel.

Pelechano, V. (1996b). Una introducción al modelo de parámetros en personalidad. En V. Pelechano (Coord.). *Psicologia de la Personalidad. 1. Teorias.* Barcelona, Ariel.

Pelechano, V. (1997). En memoria de H. J. Eysenck (1916-1997), brillante, científico, pensador, tímido, polémico y humanista: una encarnación del reconocimiento de las diferencias humanas. *Análisis y Modificación de Conducta, 23* (91), 597-604.

Peñate, W., Ibáñez, I y González M. (1999). La cuantía y naturaleza de las dimensiones básicas de personalidad: una aproximación empírica. *Análisis y Modificación de Conducta, vol 25, 99*, 103-129.

Universidad de huelva 2010

Pérez Alonso-Geta, M. P., Alonso, T., Avellanosa, I, Vidal, M. y Canovas, P. (1996). *Valores y pautas de crianza familiar. El niño de 0-6 años.* Estudio interdisciplinar. Madrid: CESMA, S.A.

Pérez García, A. M. (1991). Teoría factorial de la personalidad: R. B. Cattell. En J. Bermúdez (Dir.), *Psicología de la Personalidad.* Vol. 1. Madrid: UNED.

Pérez García, P. (1978). La Exploración Clínico-Psicológica con Tests, en C. Monedero y cols. *Psicopatología General.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Pérez García, P. (1981). *Tests proyectivos: fundamentos teóricos y aplicaciones clínicas. Revista de Psicoterapia y Psicosomática*, 3, 43-57.

Pérez García P. (1989). Tests gráficos: Aproximación a una teoría de la técnica. Su utilidad en el diagnóstico psicológico. *Revista de la Sociedad Española de Rorschach y Proyectivos, 2,* 5-24.

Pernn, S. y Last, C. G. (1992). Do childhood anxiety measures measure anxiety?. *Journal of Abnormal Child Psychology, 20,* 567-578.

Perticone, E. (1998). *The clinical and projective use of the Bender-Gestatl test.* Springfield: Thomas.

Perticone, E., y Tembeckjian, R. (1987). *The mosic technique in personality assessemnt: a pratical guide.* Rosemnot, N.J.: Programs for eduction

Pervin, L. A. (1978). Definitions, measurements and classifications of stimuli, situations and environments. *Human Ecology, 6* ,71-105.

Pervin, L. A. (1979). *Personalidad: teoría diagnóstico* e *investigación.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Pervin, L. A. y John, O. P. (1999). *Personalidad. Teoría e investigación.* México: El Manual Moderno.

Petti, M. (1988). Educational implications of the Bender. *Academic Therapy, 23,* (4), 425-429.

Piaget, J. (1926). *The Language and Thought* of *the Child.* Nueva York, Harcourt, Brace y Co.

Piaget, J (1937). *Le construction du réel chez l'enfant.* Delachaux y Neuchatel.

Piaget, J. (1976). *Seis estudios de psicología.* Barcelona: Barral

Universidad de huelva·2010

Piaget, J. e Inhelder, B. (1977). *Psicología del niño.* Barcelona: Morata.

Pichot, P. (1971). *Los tests mentales.* Buenos Aires: Paidos

Pineda, L. A., López, M, A., Torres, N. y Romano, H. (1978). *Modificación de conductas problema en el niño.* México: Trillas.

Pinillos, J. L. (1997). Conversaciones con Hans Eysenck. *Revista de Psicología General y Aplicada*

Pinol , D. (1979). *La construcción del espacio en el niño. El desarrollo semiótico de esquema corporal.* Madrid: Pablo del Río.

Piotrowski, C. (1995). A review of the clinical and research use of the Bender Gestalt test. *Perceptual and Motor Skills, 85,* 1272-1274.

Plornin, R. (1983). Childhood temperament. In B. B. Lahey y A. E. Kazdin (comps.), *Advances in Clinical Child Psychology.* New York: Plenum.

Plutchik, R. (1970). Emotions evolution and adaptativa processes. In M. Arnold (ed.), *Feelings and Emotion.* Nueva York: Academic Press.

Plutchik, R. (1980). *Emotion. A Psychoevolutionary synthesis.* Nueva York: Harper and Row Publishers.

Plutchik, R. (2000). *Emotions in the Practice of Psychotherapy. Clinical Implications of Affect Theories.* Washington, DC: APA.

Po Wah Chan. (2000). Relationship of visual motor development and academic performance of young children in Hong Kong assessed on the Bender gestatl test. *Perceptual and Motor Skills, 90,* 209-214.

Polaino–Lorente, A. (1984). Personalidad depresiva psicológica atribucional. *Revista de Neuropsiquiatría infantil, II,* (3), 35-50.

Polaino–Lorente, A. (1986). *La depresión.* Barcelona: Martínez Roca.

Polaino–Lorente, A. (1988). *Las depresiones infantiles.* Madrid: Morata.

Polaino–Lorente, A. y Doménech Llaberia, E. (1988). *La depresión en niños escolares de 4° de EGB.* Barcelona: Cayfosa

Universidad de huelva 2010

Polaino–Lorente, A. y Doménech Llaberia, E. (1990). Utilidad y limitaciones de la escala PNID en la evalución diagnóstica de la depresión infantil. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona, 16,* (1), 12-22.

Pont Amenos, T. (1998). B*reves encuentros con delincuentes. Aportaciones psicológicas a la justicia penal.* Barcelona: Herder.

Pont Amenos, T. (2000). Las relaciones objetales en el Rorschach. *Sociedad Catalana del Rorschach.*

Pope, P. y Snyder, R. T. (1970). Modification of selected Bender Designs and interpretation of the first graders' visual-perceptual maturation with implications for Gestalt Theory. *Perceptual and Motor Skill, ,30,* 263-67.

Portellano Pérez, J. A. (1989). *Fracaso escolar, diagnóstico e intervención, una perspectiva neuropsicológica.* Madrid: CEPE

Porteous, M. (1996). The use of the emotional indicator scores on the Goodenough-Harris Draw a Person test and the Bender motor gestalt test to screen primary school children for possible emotional maladjustment. *European Journal of Psychological Assessment, 12,* 23-26.

Portuondo, J. A. (1989). *El psicodiagnóstico de Rorschach clásico y psicoanalítico.* Barcelona: Psique, S.L.

Posada, C. (2002). Un sistema alternativo para la evaluación del Test Gestáltico visomotor de Bender. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 14,* 9-31.

Postman, L., y Bruner, J. S. (1949; Primavera) *Satisfaction and Deprivation as determinants of Perceptual Organization.* Paper read at Eastem Psychological Association.

Potegal, M., Kosorok, M. R. y Davidson, R. J. (1996). The time curse of anger behavior in the temper tramtus of young children. In C. F. Ferris y T. Grisso (eds.). *Understanding Aggressive Behavior in Children.* Nueva York: The New York Academy of Sciences.

Prinz, R. J., Blechman, E. A. y Dumas, I. E. (1994). An evaluation of peer coping-skills raining for childhood aggression. *Journal of Clinical Child Psychology, 23,* 193-203.

Universidad de huelva 2010

Puig-Antich, J. y Chambers, W. (1978). *The Schedule for Affective Disorders ahd Schizophrenia for Schoolaged Children.* New York: New York State Psychiatric Institute.

Quast, W. (1961). The Bender Gestalt: A clinical study of children's records. *Journal Consult. Psychology, 25,* 405-408.

Quay, H. C. (1986). Conduct disorders. In H. C. Quay y J. S. Werry (comps.), *Psychopathological Disorders of Childhood.* New York: John Wiley & Sons.

Rabin, A. y Haworth, R. (1966). *Técnicas proyectivas para niños.* Buenos Aires: Paidos.

Rabinowitz A. (1992). Acceptance rejection and height of parental figures on the Kinetic Family Drawings. *Perceptual and Motor Skills, 74,* 1. 329-330.

Rae W. A. (1991). Analyzing drawings of children who are phisically ill and hospitalized using the ipsative method. *Childrens Health Care, 20,* 4,198-207.

Rae, Grat, N., Thomas, B. H., Offord, D. R. y Boyle, M. H. (1989). Risk, protective factors, and the prevalence of behavioral and y emotional disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28,* 262-268.

Raine, A. (1988). Antisocial behavior and social psychophysiology. In H. Wagner (ed.). *Social Psychophysiology and Emotion.* Londres: Wiley.

Rand, C. (1973). Copyng in drawing: the importante of adquate visual análisis versus the abilty to utilize drawing rules. *Child Development, 44,* 47-53.

Rao, A. y Potash, H. (1985). Size factors on the Bender-gestalt test and their relation to trait anxiety and situationally induced anxiety. *Journal of Clinical Psychology, 41* (6), 34-38.

Rapaport, D. (1976). *Tests de diagnóstico psicológico.* Buenos Aires: Paidós.

Rappaport, D. (1986). *La personalidad desde los 6 años a los 12 años. El niño escolar.* Buenos Aires: Paidós

Rapaport, D., Gill. M. y Schafer, R. (1954).The theoretical implications of diagnostic testing procedures. In Knight, R. P. y Friedman. C. R. (Eds.) *Psychoanalytic psychiatry and psychology.* Vol. 1. Nueva York: Int. Univer. Press.

Universidad de huelva 2010

Raykov, T. (1998). On the use of confirmatory factor analysis in personality research. *Personality and Individual Differences, 24*, 291-293.

Rechea, C., Barbaret, R., Montañés, J y Arroyo, L. (1995). *La delincuencia juvenil en España. Autoinformes de los jóvenes.* Madrid: Universidad Castilla-La Mancha, Ministerio de Justicia e Interior.

Reid, W. J. y Crisafulli, A. (1990). Marital discord and child behavior problems: a meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*, 105-117.

Regier. D. A., Rae. D. S., Narrow, W. E., Kaelber, C. T., y Schatzberg. A. F. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity mood and adcictive disorders. *British of Jorunal of Psychiatry, 173* (suppl. 34), 24.28.

Reichenberg, N. y Raphael, A. (1992). *Advanced Psychodiagnostic interpretation of the Bender Gestalt test.* New York: Praeger.

Reitsma-Street, M., Offord, D. R. y Finch, T. (1985). Pairs of same-sexed siblings discordant for antisocial behavior. *British Journal of Psychiatry, 146*, 415-423.

Remschmidt, H, Honner, G y Mweschmann, W. (1977). Epidemioliogy of delinquen behaviour in children. In P. Graham (ed.), *Epidemioligical approaches in child psychiatry.* London: Academic Press

Rende, R. y Plomin, R. (1993). Families at risk for psychopathology: Who becomes affected and why?. *Development and Psychopathology, 5*, 529-540.

Reynolds, C. R. (1982). Convergent and divergent validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Educational and Psychological Measurement, 42*, 1205- 1212.

Reynolds, C. R. y Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology, 6,* 271-280.

Reynolds, C. R. y Richmond, B. O. (1985*). Revised Children's Manifest Anxiety Scale.* Los Angeles: Western Psychological Service.

Richman, N., Stevenson, J. y Graham, Ph. (1982). *Pre-school to school: a behavioural study.* London: Academic Press.

Richmond, P. (1970). *Introducción a Piaget.* Madrid: Fundamentos.

Universidad de huelva 2010

Riddle, M. A., Scahill, L. King, R., Hardin, M. T., Towbin, K. E., Ort, S.I., Leckman, J. F. y Cohen, D. J. (1990). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 29,* 766-772.

Rimmer, A., y Weiss, A. (1972). A model of conceptual development for the Bender-Gestalt Test. *The Israel Annals of Psychiatry and Relatel Disciplines, 10* (2), 188-198.

Rivas Terán, V. (1984). *Prevalencia de la depresión en una muestra de escolares asturianos.* Memoria de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo.

Rivas Terán, V. (1995). *Psicopatología escolar.* Universidad de Cantabria: Sevicio de Publicaciones.

Robin, R y Shea, J. (1983). The B.G. visual motor test in Papue New Guinea. *International Journal of Psychology, 18,* 263-270.

Robins, L. N. (1966). *Deviant children grown up.* Baltimore: Williams y Wilkins:

Robins, L. N. (1978). Study childhood predictors of adult antisocial behavior: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine, 8,* 611-622.

Robins, L. N. (1979). Follow-up studies. In H. Quay . y J. Werry, (eds.), *Psychopahologicl disorders of childhood.* New York: Wiley.

Robinson, E. A., Eyberg, S. M. y Ross, A. W. (1980). The standardization of an inventory of child conduct problem behaviors. *Journal of Clinical Child Psychology, 9,* 22-28.

Robles Sánchez, J., Ramón Jarne, F y Cabrera Forneiro J. (1988). Test de Bender: actualidad de su aplicación clínica. *Psiquis, 9,* (2), 56-68.

Rodrigo, M. J. (1994). *Contexto y Desarrollo Social.* Madrid: Síntesis.

Rodriguez Franco, L. (1984). *Estudio comparativo entre diversas modificaciones técnicas del test de Bender.* Tesis de Licenciatura. Universidad de Sevilla.

Rodriguez Franco, L. (1985). *Análisis del rendimiento de poblaciones andaluzas ante diversos aspectos técnicos del test de Bender.* Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla.

Universidad de huelva 2010

Rodríguez Sacristán, J. (1992). *Patrones psicológicos evolutivos en la edad escolar.* Ponencia XXXI Reunión de la Sociedad Española de Psiquiatría Infatojuvenil.

Rodríguez Sacristán, J. (1995). La ansiedad en la infancia. La experiencia de la angustia en los niños. En J. Rodríguez Sacristán (ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla*: Publicaciones de la Universidad de Sevilla.

Rodríguez Sacristán, J. (1995). *Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla*: Publicaciones de la Universidad de Sevilla.

Rodríguez Sutil, C., Calonge I. y Scott R. (1992). Academic learning problems and Rorschach indices: A Spanish replication. *Perceptual and Motor Skills. 74*, 3, 771-778.

Roff, J. D. y Wirt, R. D. (1984). Childhood aggression and social adjustment as antecedents of delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology, 12,* 11-126.

Rogeness, G. A., Cepeda, C., Macedo, C. A., Fischer, C.y Harris, W. R. (1990). Differences in heart rate and blood pressure in children with conduct disorder, major depression, and separation anxiety. *Psychiatry Research, 33*, 199-206.

Rogers, C. R. (1946). Significant Aspects of Client-centered Therapy. *American Psychologist, 1,* 415-22.

Rogers, C. R. (1982). *El proceso de convertirse en persona.* Buenos Aires: Paidós.

Rogers, D. (1980). Bender test recall in children: an unreliable test. *Perceptual and Motor Skills, 50,*(3, pt 1), 859-862.

Rogers, H y Saklofske, D. (1985). Self-concepts, locus of conttrol and performance epectations of learning disable children. *Journal of Learning Disabilities, 18*, 273-278.

Rojas, E. (1990). *La ansiedad.* Madrid: Ediciones Temas de Hoy.

Romano, M. E. (1988). *Consideraciones sobre la interpretación del dibujo de la figura humana. Papeles del Psicólogo, Vol VI*, n° 35.

Universidad de huelva 2010

Romero, J. (1990). Los retrasos madurativos y las dificultades en el aprendizaje. En A. Marehesi, C. Coll y J. Palacios (Eds). *Desarrollo psicológico y educación,* Vol. III. Madrid: Alianza.

Romeu, J. (1990). Cuadros de ansiedad. En *Trastornos psicológicos en pediatría.* Barcelona: Doyma.

Ronan, K. R., Kendall, P. C. y Rowe, M. (1994). Negative affectivity in children: Development and validation of a self-statement questionnaire. Cognitive *Therapy and Research, 18,* 509-528.

Rorschach, H. (1921/1977). *Psicodiagnóstico. Una prueba basada en la percepción.* Buenos Aires: Paidós

Rose, R. J., Koskenvuo, M., Kaprio, J. Sarna, S., y Anginvaino, H. (1998) Sharedgenes, shared experiences and similarity of perosnality-data from 14, 288 adult Finnish co-twins. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 161-171,

Rose, R. J. (1988). Genetic and environmental variance in content dimensions of the MMPI. *Journal of Personality and Social Psychology, 55,* 302-311,

Rosembaum, J .F., Biederman, J., Hirshfeld, D. R., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., Kagan, J., Snidman, N. y Reznick, J. S. (1991). Further evidence of an association between behavioral inhibition and anxiety disorders: results from a family study of children from a non-clinical sample. *Journal Psychiatry Research, 25,* 49-65.

Rosembaum, J. F, Biedennan, J., Bolduc, E. A., Hirshfeld, D. R., Faraone, S. V. y Kagan, J. (1992). Comorbidtiy of parental anxiety disorders as risk for childhoodonset anxiety in inhibited children. *American Journal of Psychiatry, 149,* 475-481.

Rosenzweig, S., Fleming, E. E. y Rosenzweig, L. (1948). The children's form of the Rosenzweig Picture Frustratio study. *Journal of Psychology, 26,*141-191.

Rosh, E. (1973). On internal structure of preceptual and semantic categories. En T. E. Moore (ed.). *Cognitive Development and Adquisition of Language.* Nueva York: Academic Press.

Universidad de huelva 2010

Rossini., E. (1993). The Bender-Gestalt psycopathology scale: failure to infer validity in a school-aged sample. *Journal of Personality Assessment, 60* (3), 605.

Rossini., E. y Kaspar, J. (1987). The validity of the Bender Gestalt emotional indicator. *Journal of Personality Assessment, 51,* (2), 254-261.

Rubín, C. (1990). *La ansiedad en niños y adolescentes.* Madrid: Roche.

Rubin, K. H., Bukowski, W. y Parker, J. G. (1998). Peer interactions, relationships and groups. In W. DamonyN. Eisenberg (Eds.), *Handbook of Child Psychology. Vol. 3. Social emotional and persronality development* New York: Wilev

Rubin, K. H., Coplan, R.J., Fox, N. A. Y Calkins, S. D. (1995). Emocionality, emotion regulation, and preschoolers'social adaptation. *Development and Psychopathology, 7,* 49-62.

Rubin, K. H., Chen, X. y Hymel, S. (l993). Socioemocrional characteristics of withdrawn and aggressive children. *Merrill-Palmer Quarterly, 39,* 518-534.

Rubin, R. y Balow, B. (1978). Prevalence ot teacher identified behavior problems: a longitudinal study. *Exceptional Children, 45,* (2), 102-111.

Ruckhaber, C. J. (1964). A technique for group administration of the Bender Gestalt test. *Psychology in the Schools, 1,* 53-56.

Rule, B. G. (1974). The hostile and instrumental dunctions of human aggression. En J. de Wit y W. W. Hartup (eds.), *Determinants and Origins of Aggressive Therapy.* New York: SP Medical and Scientific Books.

Rushton,J. P., Fulker, D. W., Neale, M. C., Nias , D. K. y Eysenck, H. J.(1986). Altruism and aggression. The heritability of individual djfferences. *Journal of Personality and Social Psychology,* 50, 1192-1198

Rutter, M. (1978). Diagnosis and definition of childhood autism. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 8,* 139-161.

Rutter. M. (1972). Relationships between child and adult psychiatric disorders. *Acta Psychiatirica Scandinavica, 48,* 3-21.

Universidad de huelva 2010

Rutter, M. (1979). Invulnerability, or while some children are not damaged by stress. In S. Shamsie (ed.), *New directions in children's mental health.* New York: SP Medical and Scientific Books.

Rutter, M. (1989). Isle of the Wight revisited: twenty-five years old of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 28,* 633-653.

Rutter. M. (1992). Classification and categorization in child psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 6,* 71-83.

Rutter, M. y Giller, H. (1988). *Delincuencia juvenil.* Barcelona: Martínez Roca.

Rutter, M., Giller, H. y Hagell, A. (2000). *La conducta antisocial de los jóvenes.* Madrid: Cambridge University Press.

Rutter, M., Tizard, I. y Whitmore, K. (comps.) (1970). *Education, Health and Behaviour.* London: Longmans.

Rutter, M. Yule, B., Quinton, D., Rowlands, O., Yule, W. y Berger, M. (1974). Attainment and adjusment in two geographical areas: III. Some factors acconnting for area differences. *British of Jorunal of Psychiatry, 126,* 520-533.

Ruzicka, A. G. (1990).The Bender-Gestalt Test and mechanical aspects of writing. *Dissertation Abstracts International, 51* (4-B), 2087

Saarni, C., Mumme, D. L. y Campos, J. J. (1998). Emotinal development: action, comunication and understnding. In N. Eisenberg (Ed.), *Social, emotional and personality developmente,* vol. III de W. Damon (Ed.), *Handobook of Child Psychology.* Nueva York: Wiley.

Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario.* Madrid: Fundación Universidad- Empresa.

Salvador, A. (1982). *Conocer a niños a través del dibujo.* Madrid: Narcea.

Sami-Ali, M. (1976). *El espacio imaginario.* Buenos Aires: Amorrortu.

Sami Ali, M. (1982). De *la proyección.* Barcelona: Petrel.

Sandin, B. (1986). *Perspectivas actúales y futuras de la evolución psicológica.* En aportaciones recientes en psicopatología. Madrid: Novamedic

Sandin, B. (1997). *Ansiedad, miedo y fobias en niños y adolescentes.* Dykynson.

Universidad de huelva 2010

Sandín, C. (2002). *Diagnóstico psicológico: bases conceptuales y guía práctica en los contextos clínico y educativo*. Madrid: Psimática.

Sandín, B.y Chorot, P. (1991): Trastornos de pánico: consideraciones sobre su naturaleza, etiología y tratamiento. En G. Buela-Casal y V. E. Caballo (Comps.) *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI

Sangster, G., Rogers, B. y Searight, R. (1993). La validity of Hutt's Bender–Gestalt scoring for hostility: correlation with the Interpersonal Behavior Survey's aggression scales. *A Jorunal of Human Behavior, 30,* 22-29.

Sanson. A., Oberklaid, F., Pedlow, R. y Prior, M. (1991). Risk indicators: assessment of infancy predictors of pre-school behavioural maladjustment. *Journal Child Psychology Psychiatry, 32,* 609-626.

Santecreu, J. (1991). El entrenamiento en autoinstrucciones. En V. E. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.

Santucci, H y Galifret-Granjon, N. (1960). Prueba gráfica de organización perceptiva. En Zazzo. *Manuel para el exámen psicológico del niño*. Madrid: Kapelusz.

Sapp, G. L. (1984). *Socio-cultural factors and Bender Gestalt performance Philadelphia*: Paper presented at the Annual convention of the National Association of schoos Psychologists.

Sattler, J. M. (1982). *Assessment of children's inelligence and Speciel Abilities*. Boston: Ed. Allyn and Bacon.

Sattler, J. M. (1996). *Evaluación infantil*. México: Manual Moderno.

Sauch, M. (2000). *Simbolismo en el Rorschach*. Sociedad Catalana del Rorschach.

Savage, R. (1966). Personality factors and academia aattainment in junior school children. *British Journal of Educational Psychology, 35,* 91-92.

Savage, R. D. y Eysenck, H. J. (1964). *The definition and measurements for emotionality. Experiments in motivation*. Londres: Pergamon Press.

Scarr, S., Webber, P. L., Weinberg, A. y Witing, M. A. (1981). Personality resemblance among adolescents and their parents in biologically related and adoptive families. *Journal of Personality and Social Psychology, 40,* 885-898.

Universidad de huelva 2010

Schilder, P, (1976). *Imagen y apariencia del cuerpo humano.* Buenos Aires: Paidós.

Schlemenson, S. (2001). El diagnóstico psicopedagógico. En S. Schlemenson (comp.), *Niños que no aprenden.* Buenos Aires: Paidos.

Schmit, M. y Ryan, A. (1993). The Big Five in personnel selection: Factor structure in applicant and nonapplicant populations. *Journal of Applied Psychology, 78*, 966-974.

Schneider, H. (1982). The validity of the Bender-gestalt test as a projective technique. *Dissertation Abstracts International, 44* (1-B), 325-326

Schneider, M. y Robin, A. (1980). La técnica de la «Tortuga»: un método para el autocontrol de la conducta impulsiva. En J. D. Krumboltz y C. E. Thorensen, *Métodos de Cconsejo Psicológico.* Bilbao: DDB.

Schneider, M. A. y Spivack, G. (1979). An investigative study of the Bender-Gestalt: Clinical validation of its use with a reading disabled population. *Journal of Clinical Psychology, 35*(2). 346-351

Schuerger, J M., Taid, E. y Taveruelli, M. (1982) Temporal stability of personality by questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 43*, 176-182

Schultz, D. P. y Schultz, S. E. (2002). *Teorías de la personalidad.* Madrid: Thomson.

Schwartz, G., Izard, C. E, y Ansul, S. (1982). *Heart Rate and Facjal Response to Novelty in 7 and 13-month-old infants.* Paper presented at the International Conference on Infant studies, Austin TX.

Sczechowicz, E., y Hinrichsen, J. (1980). Effects of instructional set on Bender Recall performance of learning disabled and normd clildren. *Journal of Personality Assessment, 44* (5), 465-469.

Segurado Cortés, B. (1994). *Análisis de los elementos plásticos del dibujo infantil espontáneo y sus implicaciones educativas.* Universidad deValencia: Server de Publicacions.

Seisdedos, N. (1987). *Cuestionario A-D. Conductas Antisociales-Delictivas.* Madrid: TEA.

Universidad de huelva 2010

Sellbom, M. y Menuir, G. (2003). Assessin antisocial characteristics in femoles: can the Bender Gestalt test provide clinically meaningful information?. *Journal of Forensic Psychology Practice, 3,* 39-51.

Shaffer, D. R. (1994). *Social and personality development.* Pacific Grovc. CA: Brooks/Cole.

Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K. y Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children. Version IV. NIMH DISC-IV. Description, differences form previus versions, and relibility of some common diagnosis. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychitry, 39,* 28-38.

Shapiro, L. (2002). *La salud emocional de los niños.* Buenos Aires: EDAF.

Shapiro, S. y Simpson, R. (1994). Patterns and predictors of performance on the Bender Gestalt and the Developmental Test of Visual Integration in a simple of behaviorally and emocional disturbed adoslescents. *Journal of Psychoeducational Assessment, 12* (3), 254-263

Shapiro, S. y Simpson, R. (1995). Koppitz scoring system as a measure of Bender Gestalt performance in behaviorally and emotionally disturbed adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 51,* 108-111.

Sherif. M. (1935). A Study of Some Social Factors in Perception. *Archives* of *Psychology, 187.*

Sherif, M. y Sherif, C.W. (1956). *An outline of social psychology.* New York: Harper and Row.

Sherrill, J. T., Kovacs M. (2000). Interview Schedule for Children and Adolescentes (ISCA). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39,* 67-75.

Shields, J. (1962). *Monozgotic Twins Brought up* Apart *and Brougth up Together.* London: Oxford Unlv Press

Shirk, S. R. (comp.) (1988). *Cognitive Development and Child Psychotherapy.* New York: Plenum.

Short DeGraff M. A. y Holan S. (1992): Self- drawing as a gauge of perceplual-motor skill. *Physical and Occupalional Therapy in Pediatrics, 12,* 1, 53-68.

Universidad de huelva 2010

Shure, M. B. y Spivack, G. (1972). Means-end thinking, adjustment, and social class among elementary school-aged children. *Journal of Consulting and CIinical Psychology, 38,* 348-353.

Silva Moreno, F. (1987). Evaluación de alteraciones conductuales en niños. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. Carrobles (dirs.). *Evaluación conductual.* Madrid: Pirámide.

Silva Moreno, F. (1992). Assessing the child and adolescent personality: A decade of Research. *Personality and Individual Differences, 13,* 1163-1181.

Silva Moreno, F. (editor) (1995). Evaluación psicológica en niños y adolescentes. Madrid: Síntesis, D.L.

Silva, F. y Martorell, C. (1987). *BAS-3: Batería de Socialización (Autovaluación).* Madrid: TEA.

Silva, F. y Martorell, C. (1991). La batería de socialización: nuevos datos sobre estructura y red nomológica. *Evaluación Psicológica, 7,* 349-367.

Silva, F., Martorell, M. C. y Clemente, A. (1986a). Socialization and personality: Study throug questuonnaries in a preadult spanish popilation. *Personality and Individual Diferences ,7* 355-372.

Silva, F., Martorell, M. C., y Clemente, A. (1986b). Adaptación española de la Escala de Conducta Antisocial.ASB: fiabilidad, validez y tipificación. *Evaluación Psicológica, 2,* 39-55

Silva, F. y Martorell, M. C., Clemente, A. y Mestre, V. (1990). Una escala para la predicción de menores delincuentes. *Delincuencial Delinquency, 2,* 187-192.

Silva, F. y Moro, M. (1994). Evaluación conductual en niños y adolescentes. En R. Fernández-Ballesteros, *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud.* Madrid: Pirámide.

Silverman, W. K. (Ed). (2001). Treffers Philip, D. A. (Ed). (2001). *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention. Cambridge child and adolescent psychiatry.* Cambridge: University Press.

Silverman, W. K. y Nelles, W. B. (1988). The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27,* 772-778.

Universidad de huelva 2010

Simpson, W. (1958). A study of some factors in the Bender Gestalt reproduction of normal and disturbed children. *Dissertation Abstract, 19,* 1120.

Singh, B (1965).The Bender Gestalt test as a group test. *Ontario Journal Education, 8,* 35-45.

Siquier de Ocampo, M, García Arzeno. E y Grassano E. (1989). *Las técnicas proyectivas y el proceso de psicodiagnóstico.* Buenos Aires: Paidós

Smith, C. E. y Keogh, B. K. (1963) .Developmental changes on the Bender Gestalt Test. *Perceptual and Motor Skills, 17,* 456-66.

Smith, J. R. y Coleman, J. C. (1956).The relationship between rnanifestations of hostility on projective tests and overt behaviour. *Journal Projective. Techinques.,* 20, 327-334.

Smith, P. J. (1974). *Personality in Infants.* Tesis doctoral no publicada. University New Castle on Tyne.

Smith. C., y Keogh, B. (1962).The group Bender Geslalt as a reading readiness screening instrument. *Perceptual and Motor Skills, 15,* 639-645.

Smith, S. W., Siegel, E. M., O'Connor, A. M. y Thomas, S. B. (1994). Effects of cognitive-behavioral training on angry behavior and aggression of three elementary-aged students. *Behavioral Disorders, 19,* 126-135.

Snow, J. H., y Desch, L. W. (1988). Subgroups based on Bender-Gestalt error scores. *Journal of Psychoeducational Assessment, 6,* 261-270.

Solomon, S. J. (1969). *A comparison of performance on group and individual administrations of the Bender Visual Motor Gestalt Test using the Koppitz scoring system. T*esis de Filosofla y Letras. Universidad de San Jose de California.

Sommers, S. (1984). Adults evaluating their emotions: a cross-cultural perspective. En C. Z. Malatesta y C. E. lzard (eds.). *Emotion in Adult* Development . Beverly Hills, CA: Sage.

Sonoda, T. (1973). A stydy of the developmental of visual-motor perception. *Kumamoto Shodai Ronshu, 37,* 1-9.

Universidad de huelva 2010

Sosa, C. D., Capafons, J. y López, M. (1990). *Adaptación española de la Revisad Childrens's Manifest Anxiety Scale: Un estudio psicométrico.* Valencia. Actas del II Congreso Oficial de Psicólogos.

Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms in children: A confirmatory factoranalytic study. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 280-297.

Spielberger, C. D. (1973). *STAIC Prelimanary Manual.* Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory in Children.* Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press (versión española, TEA, 1988).

Spielberger, C. D, Oorsuch, R., y Luschene, R. (1982). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). Manual.* Madrid: TEA

Spielberger, C. et al. (1989). *Cuestionario de autoevaluación estado-rasgo en niños. Barcelona: TEA.*

Spigelman A. y Spigelman G. (1991) IndicaTions of depression and distress in divorce and nondivorce children reflected by the Rorschach Test. *Journal of Personality Assessment, 57*,1,120-127.

Stark, K. D., Humphrey, L. L., Crook, K. y Lewis, D. (1990). Perceived family environments of depressed and anxious children: child's and maternal figure's perspectives. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*, 527-547.

Stark, K. D., Kaslow, N. L. y Laurent, J. (1993). The assessment of depression in children: Are we assessing depression or the broad-band construct of negative affectivity?. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 1*, 149-154.

Stein, N. L. y Levine, L. J (1989). The casual organizatipn of emotional knowledge. *Cognition and Emotion, 3*, 343-378-

Stelmack, R M., Kruidenier, B. G. y Anthony, S. B. (1985) A factor analysis of the Eysenck Personality Questionnaire and the Strelau Temperament Inventory. *Journal of Personality and Indjvidual Diferences,* 6, 657-659

Stenberg, C. R. y Campos, J. J. (1990). The development of anger expression in infancy. In N. Stein, B. Leventhal y T. Trabasso (eds.), *From Psychological to Biological Approaches to Emotion* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Universidad de huelva 2010

Stenberg, C. R., Campos, J. J. y Emde, R. N. (1983). The facial expression of anger in seven-month-old-infants. *Child Development, 54*,178-184.

Stenberg, R. J. (2001). *Amor y odio.* Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología. Santiago de Chile.

Stern, A. (1961). *Aspectos y técnica de la pintura infantil.* Buenos Aires: Kapelusz.

Stern, A. (1969). *Interpretación del arte infantil.* Buenos Aires: Kapeluz.

Stern, A. y Duquet, P. (1961). *Del dibujo espontáneo a las técnicas gráficas.* Buenos Aires: Kapeluz.

Stern, W. y MacDonald, J. (1937). Cloud Pictures: a New Method of Testing Imagination., *Character and Personality,* 6, 132-47.

Stratton , G. M. (1928). Excitemante as an undifferenctiated emotion. En M. Reymer (ed.), *Feelings and Emotions: The Witenberg Symposium.* Worcester, Mass: Clark University Press.

Strauss, C. C. y Francis, G. (1989). Phobic disorders. En C. G. Last y M. Hersen (eds.). *Handbook of Child Psychiatric Diagnosis.* New York: Wiley.

Strauss, C. C. y Last, C. G. (1993). Social and simple phobias in children. *Journal of Anxiety Disorders, 7*, 141-152.

Strauss, C. C, Last, C. G., Hersen, M. y Kazdin, A. E. (1988). Association between anxiety and depression in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 57-68.

Strelau, J. (1983). *Temperament-personality-activity.* London: Academic Press.

Suttell, B. y Pascal, G. (1951). *The development of visual-motor perfomance in children and estimated by Bender Gestalt test.* University of Pittsburg.

Svensson, P. y Hill, M. (1990). Interrater reliability of the Koppitz developmental scoring method in the clinical evalauation or the single case. *Perceptual and Motor Skills, 70,* 615-623.

Swedo, S. E. y Rapoport, I. L. (1989). Phenomenology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. In J. L.

Universidad de huelva 2010

Rapoport (ed.), *Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents.* New York: American Psychiatry Press.

Taylor, R. L., Kauffman, D., y Partenio, I (1984).The Koppitz developmental scoring system for the Bender-Gestalt: Is it developmental?. *Psycholopy in the Schools, 21,* 425-428.

Teichman, Y. y Ziv, R. (1994). Characteristics of extended family and children's trait anxiety. *Anxiety, Stress, and Coping, 7,* 291-303.

Tellegen, A., Lykken, D. T., Bouchard, T. J., Wllkox, K., Segal, N. y Rich, A. (1988). Personality similarity in twind reared together and apart. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 1031-1039

Thapar, A. y McGuffin, P. (1995). Are anxiety symptoms in childhood heritable?. *Journal Child Psychology Psychiatry, 36,* 439- 477.

Thetford, W. N., Molish, H. B. y Beck, S. J. (1951). Developmental aspects of personality structure in normal children. *Journal Projective. Techinques,* 15, 58-78.

Thomas, A. ,Chess, S. y Birch, H. G. (1975). *Temperament and behavior disorders in children.* New York New York University Press,

Thomas, R. L. (1974). Group administration of the Bender Gestalt test: A reliability study. *Dissertation Abstracts International, 34* (12-B, Pt 1)

Thweatt, R. C., Obrzut. J. E. y Taylor, H. D. (1972). The development and validation of a softsing scoring system for the Bender Gestalt. *Psychology in the Schools, 9,* 170-.74.

Thweatt. R. C., (1963).Prediction of school learning disability through the use of the Bender Gestalt Test: A validation study of Koppitz. scoring technique. *Journal of Clinic Psychology, 19,* 216-17

Tisher, M. (1987). El rechazo escolar: ¿un equivalente depresivo?. En D. Cantwell, y G. Carlson, (1987). *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia.* Barcelona: Martínez Roca

Tobeña, A. (1986). *Trastornos de Ansiedad.* Barcelona: Hurope.

Universidad de huelva 2010

Tobey, T. S. y Thorensen, C. E. (1980). Cómo ayudamos a Bill para que inhibiera los comportamientos agresivos. En J. D. Krumboltz y C. E. Thorensen. *Métodos de Consejo Psicológico.* Bilbao: DDB.

Tolor y Brannigan, G. G. (1980). *Rearch and clinical* Ed. Charles C. Thomar-Publisher.

Tolor, A. y Schulberg, H. (1963). *An evaluation of the Bender Gestalt Test.* Springfield. Lllinois: Charles C. Thomas.

Törestad, B. (1990). What is anger provoking? A Psychophisical study of perceived causes of Anger. *Aggressive Behavior, 16,* 9-26.

Torgersen. S. (1988). Genetics. In C.G. Last, M. Hersen M. *Handbook of anxiety disorders.* Pergamon Press.

Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archives General Psychiatry, 40,* 1085-1089.

Toro, J. (1986). Trastornos de ansiedad en la infancia. En A. Tobeña (ed.), *Trastornos de ansiedad: orígenes y tratamiento.* Barcelona: Alamex.

Toro, J. (1987). Obsesiones en la infancia. En I. Vallejo (ed.). *Estados obsesivos.* Barcelona: Salvat.

Toro, J. (1991a). Depresión y ansiedad en la infancia y la adolescencia. Confusiones y superposiciones. En L. Vallejo y C. Gastó (eds.), *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión.* Barcelona: Salvat.

Toro, J. (1991b). Psiquiatría de la infancia y de la adolescencia. En L. Vallejo (ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría.* Barcelona: Salvat.

Toro, J. (1995). Los trastornos de la eliminación, en J. Rodríguez Sacristán *Psicopatología del niño y del adolescente.* Sevilla: Secretariado de publicaciones de la Universidad de Sevilla.

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito.* Barcelona: Ariel.

Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia nerviosa.* Barcelona: Martínez Roca.

Tracey, S. A, Chorpita, B. F, Douban, y J. y Barlow, D. H. (1997). Empirical evaluation of DSM-IV. Generalized Anxiety Disorder criteria in children and adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology, 26,* 404-414.

Universidad de huelva 2010

Trahan, D. y Stricklin, A. (1979). Bender Gestalt emotional indicators and acting-out behavior in young children. *Journal of Personality Assessment, 43* (4), 365-375.

Tremblay, R. E., Masse, B., Perron, D., Leblanc, M., Schwartzman, E. y Ledingham, J. E. (1992). Early disruptive behavior, poor school achievement, delinquent behavior and delinquent personality: Longitudinal analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 64-72.

Tsiantis, J. y Macri, L. (1995). Factores de riesgo y de protección en psicopatología de la infancia y la adolescencia. In J. Rodríguez-Sacristán (Ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Publicaciones de la Universidad

Turner, S. M., Beidel, D. C. y Costello, A. (1987). Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 229-235.

Turner, S. M., Beidel, D. C. y Epstein, L. H. (1991). Vulnerability and risk for the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 5*, 151-166.

Valdés Marín, R. (1985). El desarrollo psicográfico del niño. La Habana: Editorial Científico-Técnica.

Valdés, M y Flores, T. (1985). *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

Valdes, R. (1983). La expresión gráfica infantil en psicología anormal y patológica. *Boletín de Psicología, 6,* 68-82.

Valla, J. P., Bergeron, I., Bidaut-Russell, M., St .Georges, M. y Gaudet, N. (1997). Reliabilit of Dominic. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 717- 724.

Vallejo, Ruiloba J. (1991). Trastornos de angustia. En J. Vallejo. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría.* Editorial Salvat.

Vallejo, Ruiloba J. y Gastó Ferrer, C. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión.* Barcelona: Masson.

Vallés, A. (1988). *Modificación de la conducta problemática del alumno: técnicas y programas.* Alcoy: Marfil.

Universidad de huelva 2010

Valls, J. L. (1995): *Diccionario Freudiano.* Madrid: Ed. Julián Yébenes, S.A .

Valverde, J. (1996). *Proceso de inadaptación social.* Madrid: Editorial Popular.

Vasta, R., Haith, M y Miller, S. (1996). *Psicología infantil.* Barcelona: Airel psicología.

Vega Vega J. L. (1984) *Psicología General.* Vol II., Salamanca: Universidad de Salamanca.

Vega, J. L. y Dadamia, O. (1978). Estudio sobre el Bender. *Revista de Psicología General* y *Aplicada, 33,* 673-684.

Velez, C. N., Johnson, J., y Cohen, P. (1989). A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28,* 861-864.

Velilla Picazo J. M. (1983). Aportaciones de la psicología al psicodiagnóstico ya la investigación en la psiquiatría de la infancia y de la adolescencia. *Comunicación psiquiátrica, 10,* 305-318.

Velilla Picazo, J. (1995). Psicopatología de la edad escolar. En J. Rodríguez Sacristán (ed.), *Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla*: Publicaciones de la Universidad de Sevilla

Verhulst, F. C. (1985). *Mental Health in Dutch Children, an epidemiological study.* Ed. Departament of Children Psychiatry, Rotterdam: Acaemic Hospital Sophia Children's Hospital.

Verhulst, F. C., Van der Ende, J., Ferdinand, R. F.y Kasius, M. C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry, 54,* 329-336.

Vernon, D. (1973) *Psicología de la percepción.* Buenos Aires: Paidos

Vignale de Loza, S. y Orlick, E. (1993). Ego strength rated through the Bender gestalt test. *Acta Psquiatrica y Psicológica de America Latina, 39,* 50-52.

Vikan, A. (1985). Psychiatric epidemiology in a sample of 1510 ten-year-old children. I. Prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 26,* (1) 55-75.

Villaverde Cano, C. (1973). *Tests gráficos de personalidad.* Madrid: Paraninfo

Universidad de huelva 2010

Viotti, M. (1982). Emotional indicators and physioligical correlates on the Bender Gestalt test for emotionally handicapped and normal school age children. *Dissertation Abstracts International, 42* (10-A), 4375.

Vives, M. (1994). *Instrumentos y aplicaciones del psicodiagnóstico infantil.* Barcelona: Promociones y publicaciones universitarias.

Vormeland, O. (1968). The Bender Gestalt test as a group test with young school children. *Scand Journal Education Res., 12,* 21-38.

Wadsworth, M. (1979). *Roofs of Delinquency: Infancy, Adolescence and Crime.* New York: Barnes y Noble.

Waehner, T. (1942). Formal criteria for the analysis of children's drawings. *American Journal Orthopsychiat, 12,* 95-104.

Waehner, T. (1946). Interpretiation of spontaneous drawings and paintings. *Genetic Psychology Monograhs, 6,* 397-535.

Wakefield, Wood, Wallace y Friedman, A.F. (1978). A curvilinear relationship between extraversion and performance for adult retardates *Psychological Reports, 43,* 387. 392

Wald, A. (2001). Nuevos aportes al análisis de la producción proyectiva gráfica. En S. Schlemenson (comp.), *Niños que no aprenden.* Buenos Aires: Paidos.

Walkuo, J. y Goldas, G. (2002). Anxiety disorders in children and adolescents. *International Review of Psychiatry, 14,* 85-86.

Wallbrown, F. H, y Fremont, T (1980).The stabilily of Koppitz scores on the Bender-Gestalt for reading disabled children. *Prychology in the School, 17,* 181-184.

Wallon, H. (1951). *Le dessin de l'enfant.* París: P.U.F.

Wallon, H. (1974). *Del acto al pensamiento.* Buenos Aires: Psiqué

Wallon, H (1984). Observation de l'enfant en train de dessiner, elaboration d'une método d'analyse une approche de l'evolution du graphisme. *Bulletin de Psychologie, 38,* 275-301.

Universidad de huelva 2010

Wallon, H (1985). Une approche de l'evolution graphique du dessin d'enfant a partir du theme de l'animal. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l' Adolescence, 33,* 185-189.

Wallon, H y Lurçat. L. (1959).L' espace graphique de l'enfant. *Journal de Psychologie normal et pathologique, 4,* 227-253.

Wamer, V., Mufson, L., y Weissman, M.M. (1995). Offspring at high and low risk for depression and anxiety: mechanisms of psychiatric disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,*786-797.

Wasserman, C. B. (1995). A study of the Perceptual Adience-Abience scale of the Hutt Adaptation of the Bender-Gestalt test. *Dissertation Abstracts International Sèction a Humanities and Social Sciences, 55* (12-A). 3752.

Wasserman, C. B. (1995). A study of the Perceptual Adience-Abience scale of the Hutt Adaptation of the Bender-Gestalt test. *Dissertation Abstracts International Section a Humanities and Social Sciences, 55* (12-A). 3752.

Watkins, D. (1980). *Sistema de Puntuación de Watkins para el test Guestáltico de Bender.* Buenos Aires: Panamericana.

Watkins, J. y Watkins, D. (1975). Comparison of normal and emotionally disturbed children by the Plenk scoring system for the Bender Gestalt. *Journal of Clinical Psychology, 1,* 71-74.

Watson, J. B. (1919). *Psichology from the Standpoint of a Behaviorist.* Filadelfia: Lippincott.

Watson, J. y Morgan, C. (1917). Emotional reactions and psychological experimentation. *American Journal of Psychology, 28,* 163- 174.

Watson, O. y Tellegen, A. (1985). Toward a consencual structure of mood. *Pyschological Bulleltin, 98,* 219-235.

Weary, G y Edwards, J. A. (1994): Social Cognition and Clinical Psychology: Anxiety, Depression and the processing of social information. In R. S, Wyer,y T. K., Srull (Eds,). *Handbook of Social Cognition, Vol. 2: Applications.* Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum,

Universidad de huelva 2010

Wedell, K y Horne, I. (1969). Some aspects of perceptual-motor disabilitie in five and a half year old children. *Brithis Journal Educational Psychology, 39,* 174-182.

Weinberg, W. y Rehmeet, A. (1987). El trastorno afectivo infantil y los problemas escolares. En D. Cantwell, y G. Carlson, (1987). *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia.* Barcelona: Martínez Roca

Weinberg, W. A., Rutman, J. Sullivan L., Penitck, E. C. y Dietz, S. J. (1973). Depression in children refered to an education diagnostic center: diagnosis and treatment. *Journal of Pediatrics, 83,* 1065-1072.

Weiner, B. (1982). The emotional consequences of causal attributions, En M. S. Clark y S. T. Fiske (eds.), *Affect and cognition.* Hillsdale: Erlbaum.

Weiner, I. (1975). *Principles of psychotherapy.* New York: Wiley.

Weisfield, G. E. (1997). Discrete emotions theory with specific referenceto pride and shame. En N. L. Sagal, G. E. Wesfiels y C.C. Wesfield (eds.), *Uniting Psychology and Biology* (pp. 419-443). Washington DC: APA.

Weissman, M.M. (1985). The epidemiology of anxiety disorders: rates, risks, and familial paterns. In A.H. Tuma y J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the Anxiety Disorders.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Weissman, M.M., Leckman, J.F., Merikangas, K.R., Garnmon, G.D. y Prusoff, B.A. (1984). Depression and anxiety disorders in parents and children. Results from the Yale Family. *Study. Archives of General Psychiatry. 41,* 845-852.

Weller, E., Weller, R., Fristrad, M., Rooney, M. T. y Schecter, J. (2000). Children's Interview for Psvchiatric Svndromes (ChIPS). *Journal of American Academy of Child and .Adolescent Psychiatry,* 39, 76-84.

Wenar, C. H. (1990). Childhood fears and phobias. En M. Lewis y S. Miller (eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology.* New York: Plenum Press.

Wenar, C H. y Curtis K M. (1991): The validity of the Rochach for assessing cognitive and affective changes. *Journal of Personality Assessment, 57,* 2, 291-308.

Universidad de huelva 2010

Wenger, S., Berg-Cross, L. y Berg-Cross G. (1980). Parehts' judgments of children's aggressive behavior. *MerriII-Palmer Quartely, 26*,161-170.

Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology, 5*, 503-515.

West, D. J. (1982). *Delinquency: Its Roots, Careers and Prospects*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Westerback. M., Primavera, L. H., Spielberger, C. Q y Donal, C. (1996). Changes in anxiety and anger for college students preforming a rok-classification task. En C. D. Spielberger et al. (eds.), *Stress and Emotion: Anxiety, Anger and Curiosity. Vol. 16, Series in stress and emotion: Anxiety, anger and curiosity* . Filadelfia, PA: Taylor Francis.

Whaler, R. G. (1976). Comportamiento infantil aberrante dentro de la familia: Especulaciones sobre el desarrollo y estrategias de cambio conductual. En H. Leitenberg, *Modificación y Terapia de Conducta, tomo II.* Madrid: Morata.

Whaler, R. G. y Dumas, J. E. (1986). Maintenance factors in coercive mother-child interactions: the compliance and predictabily hypoteses. *Journal of Applied Behavior Analysis, 19,* 13-22.

White, J., Kottman, T. y Werner, P. (1988). Characteristics of children with learning and emotional difficulties. *TACD Journal, 16,* 59-66.

Widiger, T. y Trull, T. (1997). Assessment of the Five-Factor Model of personality . *Journal of Personality Assessment, 68*, 228-250.

Widlocher, D. (1978*). Los dibujos de los niños. Bases para una interpretación psicológica.* Barcelona: Herder.

Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science, 244*,160-166.

Williams. J. M. G., Watts, F. N., Macleod. C. y Mathews. A. (1990). *Cognitive Psychology and Emotional Disorders.* New York: John Wiley and Sons.

Wilson, H. (1980). Parental supervision: a neglected aspect of delinquency. *British Jorunal of Criminology, 20,* 203-235.

Windle, M., y Lemer, R. M. (1986). Reassessing the dimensions of temperamental individuality across the life span: the revised dimensions of temperament survey (DOTS-R). *Journal of Adolescent Research, 1*, 213- 230.

Universidad de huelva 2010

Winnicott, D. W. (1971): *Realidad y juego.* Barcelona: Gedisa.

Wirt, T. D. (1972) Review of the Eysenck-Withers Personality Inventory. En OK Buros, (Ed). *The Seventh Mental Measurements Yearbook (vol 1)* Highland Park N.J.: Gryphon

Wise, J. (1968). Stick copying of desings by preschool and young school-age children. *Perceptual and Motor Skills, 27,* 159-168.

Wolf, H. (1977). *Webster's new collegiate dictionary.* Springfield, Mass: G. y C. Merriam.

Wolff, W. (1951). *Psicología del gesto.* Barcelona: Miracle

Wolff, P. H. (1969). The natural history of crying and other vocalizations in early infancy. In B. Foss (ed.). *Determinants of Infant Behavior* IV Londres: Methuen y Co.

Xandro, M. (1999): *Manual de test gráficos.* Madrid: Editorial EOS .

Yama M. F. (1990): The usefulness of human figure drawings as an index of overall adjustment. *Journal of Personality Assessment, 54,* 1-2, 78-86.

Yarnoz S. (1989): El apego, la percepción de los padres y la influencia de la actitud de los padres: una investigación. *Revista Vasca de Psicología, 2,* 1, 57-69.

Yela, M. (1978). Herencia y ambiente en la Psicología contemporánea. *Boletín Informativo de la Fundación Juan March, 76,* 3-25.

Zahn Waxler, C. y Radke Yarrow, M. (1990). The origins of empathic concern. *Motivation and Emotion, 14,*107-130.

Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: preferences need no inferences. *American Psychology, 35,* 151-175.

Zajonc, R. B., Pietro Monaco. P y Barch. J. (1982). Independence and interaction of affect and cognition. In M.S. Clark, and S.T Fiske. *Affect* and *cognition.* Lawrence Erlbaum.

Zazzo, R.(1971). *Manual para el exámen psicológico del niño.* Madrid: Cincel-Kapelusz.

Universidad de huelva 2010

Zohar, A. H. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric clinics of North America, 8* (3), 445.

Zuckennan, M., Kuhlman, M., Thomquist, M. y Kiers, H. (1991). Five (or three): Robust questionnaire scale factors of personality without culture. *Personality and Individual Differences, 12*, 929-941.

Zuckerman, M. (1991) *Psychobiology of Personality.* Cambridge: Cambridge Unersity Press.

Zuckerman. M. y Cloninger, R. (1996). Relationships between Cloninger's, and Eysenck's dimensions of personality .*Personality and Individual Differences, 21*, 283-285.

Zuckerman, M., Kuhlman, D. M. y Camac, C. (1988) What lies beyond E and N? Factor analyses of scales believed to measure basic dimensions of personality. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 96-107.

Zuckerman, M., Kuhlman, M., Joireman, J., Teta, P. y Kraft, M. (1993). A comparison of the three structural models for personality: the big three, the big five, and the alternative five. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 757-768.

Zumalabe, J. (1993). *El estudio de la personalidad: ideas directrices y controversias.* Bilbao: Servicio Editorial Universidad del País Vasco.

Zumalabe, J. (1994). *La formación de la personalidad.* Bilbao: Servicio Editorial Universidad del País Vasco.

Zumalabe, J. M. (1996). El paradigma fenomenológico y las teorías personalistas. En A. Fierro (Comp.), *Manual de Psicología de la Personalidad.* Barcelona: Paidós.

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

ANEXO A:

Carta para los padres.

Carta para los colegios.

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

niversidad
e Huelva
TAMENTO DE PSICOLOGIA

Huelva. 29 de noviembre de 2002

Sra. Directora:

Dña. Pilar Alonso Martín doctoranda y profesora del Departamento de Psicología de la Universidad de Huelva solicita su ayuda y colaboración, al igual que la de los profesores y alumnos del Centro del cual es usted directora, para llevar a cabo un trabajo de investigación (Tesis doctoral).

El objetivo de mi investigación se centra en el mayor conocimiento de la validez predictora del Test de Bender para detectar niños con problemas emocionales y poder intervenir antes de llegar a un fracaso escolar.

Para ello se administrarían las siguientes pruebas:

- Test " G" de Cattell, que mide inteligencia.
- Test de Bender que mide la maduración visoperceptiva.
- Test EPQ-J que mide personalidad. (estabilidad emocional).
- Test SATIC que mide la ansiedad infantil.

Estas pruebas se pasarían en una sola sesión, intentando, en todo momento, no perturbar el funcionamiento del centro.

El director de mi tesis doctoral es el Doctor Jerónimo Juídias, profesor del Departamento de Psicología.

Agradeciéndole la atención prestada y esperando poder contar con su colaboración le saluda atentamente.

Fdo. Pilar Alonso Martín

Universidad de huelva 2010

Universidad de Huelva

'ARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Huelva. 29 de noviembre de 2002

El objetivo de mi investigación se centra en el mayor conocimiento de la validez predictora del Test de Bender para detectar niños con problemas emocionales y poder intervenir antes de que se produzca un fracaso escolar.

Para ello se administrarían las siguientes pruebas:

- Test de Factor "G" I. Escala 2

  Autor: R.B. Cattell y A.K.S. Cattell
  Edad: menores comprendidos entre 8 y 12
  Significación: evaluación de la inteligencia con elementos que eliminan en el mayor grado posible la influencias culturales.

- Test EPQ-J

  Autor: H.J. Eysenck y S. G. Eysenckl
  Edad: menores comprendidos entre 8 y 15 años
  Significación: evaluación de la personalidad. También posee una escala de sinceridad.

- Cuestionario STAIC

  Autor: C.D. Spielberger.
  Edad: menores comprendidos entre 9 y 15 años.
  Significación: autoevaluación de la ansiedad en niños.

- Test Gestáltico Visomotor

  Autor: L. Bender.
  Edad: a partir de 4 años.
  Significación: examen de la función gestáltica integradora.

La administración de pruebas se hará de forma colectiva, en la clase y en horario escolar.

Población: la población objeto de estudio está formado por los alumnos/as que cursan estudios de 4º y 5º de primaria en Huelva capital y zona limítrofe.

Universidad de huelva 2010

Huelva 29 de noviembre de 2002

Muy señor/a mío:

El motivo de esta carta es para notificarle que el día 17 (por la tarde) de diciembre se pasaran unas pruebas de inteligencia y personalidad a las clases de 4º y 5º de primaria.

Éstas serán aplicadas por una profesora del Departamento de Psicología de la Universidad de Huelva para la investigación que está realizando.

Dicha investigación se centra en el mayor conocimiento de la validez predictora del Test de Bender para detectar niños con problemas emocionales y poder intervenir antes de llegar a un fracaso escolar.

Una vez realizadas las pruebas, remitirían el resultado de cada niño en dichas pruebas.

Si usted no desea que su hijo participe en dicha investigación no los comunica para que no se le apliquen las pruebas.

Agradeciéndole la atención prestada y esperando poder contar con su colaboración le saluda atentamente.

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

ANEXO B:

Cuestionario del profesor tutor

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

CUESTIONARIO DEL PROFESOR TUTOR

NOMBRE ALUMNO :.....

CURSO:.....

1. RENDIMIENTO ESCOLAR. Cómo calificaría usted a este alumno?.

	BAJO	MEDIO	ALTO
CAPACIDAD INTELECTUAL			
RAZONAMIENTO LÓGICO			
EXPRESIÓN Y COMPRENSIÓN ESCRITA			
EXPRESIÓN Y COMPRENSIÓN LECTORA			
HABILIDADES PARA EL CÁLCULO			
INTERÉS POR LOS APRENDIZAJES			
AUTOCONFIANZA EN SÍ MISMO			
INTEAGRACIÓN EN EL GRUPO			
ATENCIÓN EN CLASE			
MÉTODOS DE ESTUDIO			

2. RENDIMIENTO ESCOLAR EN RELACIÓN CON EL GRUPO CLASE.

	BAJO	MEDIO	ALTO
MATEMÁTICAS			
LENGUA			
SOCIALES			
NATURALES			
IDIOMA			

3. RENDIMIENTO ESCOLAR EN RELACIÓN A SUS CAPACIDADES.

	BAJO	MEDIO	ALTO
MATEMÁTICAS			
LENGUA			
SOCIALES			
NATURALES			
IDIOMA			

4. COMPORTAMIENTO GENERAL EN EL CENTRO.

	ADECUADO	INADECUADA
EN EL AULA		
EN EL RECREO		
EN EL COMEDOR		
OTRAS INSTALACIONES		
CON LOS COMPAÑEROS		

5. MARQUE LOS RASGOS MÁS DESTACATOS, QUE A SU JUICIO, PRESENTA EL ALUMNO EN SU COMPORTAMIENTO GENERAL.

INTROVERSIÓN		EXTRAVERSIÓN	
INQUIETUD		SERENIDAD	
RECHAZO DEL GRUPO		ACEPTACIÓN	
DESORGANIZACIÓN		ORDEN	
ANSIOSO		TRANQUILO	
AGRESIVO		NO AGRESIVO	

6. TIENE ALGÚN COMPORTAMIENTO QUE SE SALGA DE LO NORMAL O LE LLAME LA ATENCIÓN: SI NO

7. CUAL: .....

.....

.....

Universidad de huelva 2010

Universidad de huelva 2010

ANEXO C:

Indicadores emocionales: definiciones y ejemplos de puntuación

Universidad de huelva 2010

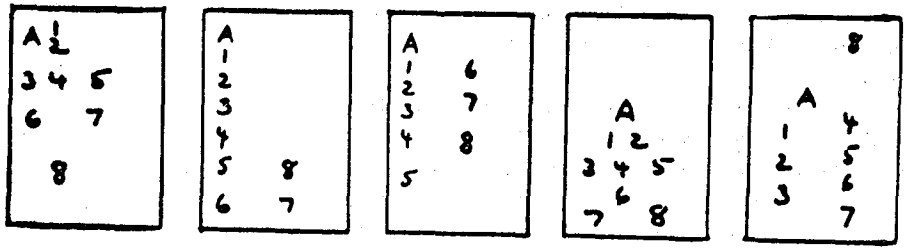
Universidad de huelva 2010

MANUAL DE PUNTUACION DE LOS INDICADORES EMOCIONALES EN EL BENDER INFANTIL: DEFINICIONES Y EJEMPLOS DE PUNTUACION

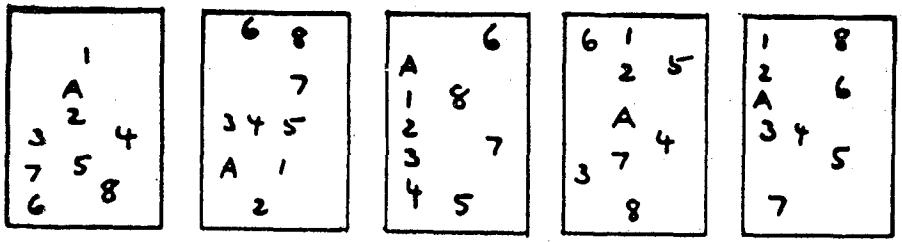
I. ORDEN CONFUSO

Definición: Las figuras están desparramadas arbitrariamente en el papel sin ninguna secuencia ni orden lógico. Se considera positivo *cualquier tipo* de orden o secuencia lógica. Esto comprende una disposición de las figuras desde la parte superior de la página hacia abajo y nuevamente hacia arriba, de izquierda a derecha, o de derecha a izquierda. Tampoco se computa este ítem si dibuja la figura 8 en el extremo superior de la página porque no le ha quedado espacio libre al costado o al pie de la página.
Implicaciones: El Orden Confuso en los dibujos está asociado con un planeamiento pobre e incapacidad para organizar el material. También se relaciona con confusión mental, particularmente en los niños mayores o más inteligentes. El orden confuso es común entre los niños de 5 a 7 años.
Ejemplos de puntuación:

aceptable, no se puntúa

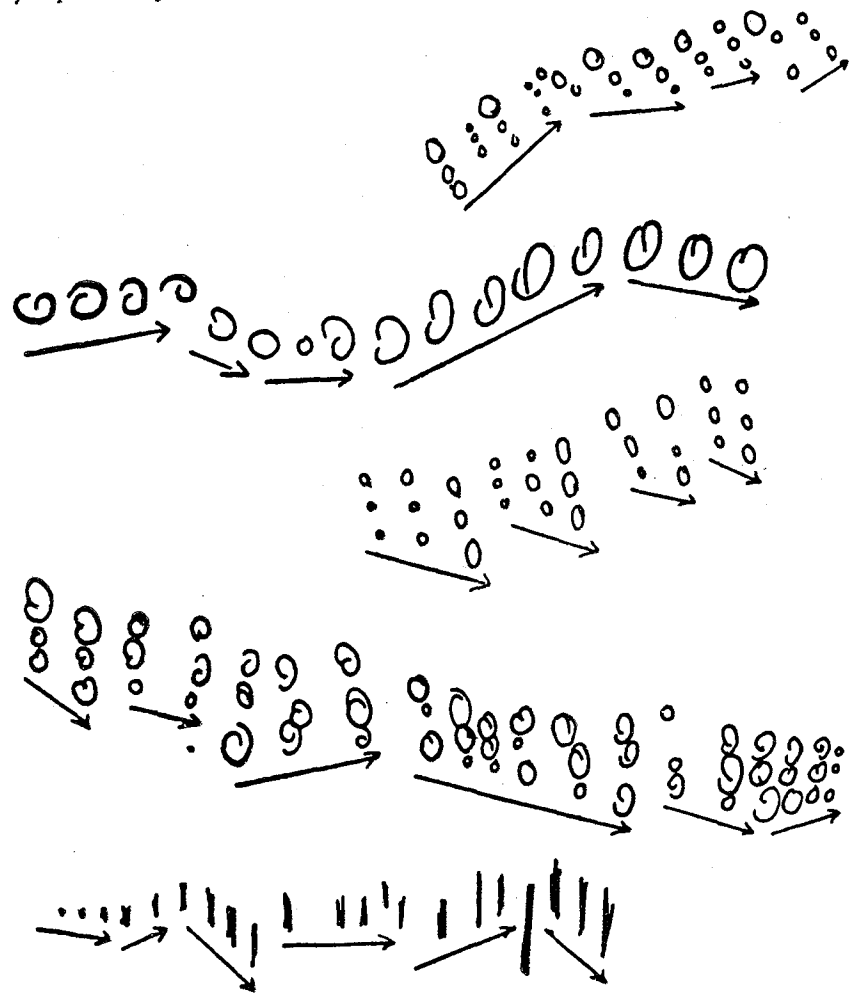


se computa Orden Confuso



II. LINEA ONDULADA (FIGURAS 1 Y 2)

Definición: dos o más cambios abruptos en la dirección de la línea de puntos o círculos de las Figuras 1 y 2, respectivamente. *No* se computa esta categoría cuando se trata de una rotación o curva continua, gradual. El cambio de dirección debe abarcar por lo menos dos puntos o círculos consecutivos. No se computa cuando hay un sólo punto o una columna de círculos fuera de línea. Este ítem se acredita una sola vez independientemente de que se dé en una o ambas figuras.
Implicaciones: La línea ondulada parece estar asociada con inestabilidad en la coordinación motora y en la personalidad. Puede reflejar una inestabilidad emocional resultante de la defectuosa coordinación y escasa capacidad de integración, o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño con perturbaciones emocionales. La línea ondulada puede deberse a factores orgánicos y/o emocionales.
Ejemplos de puntuación:



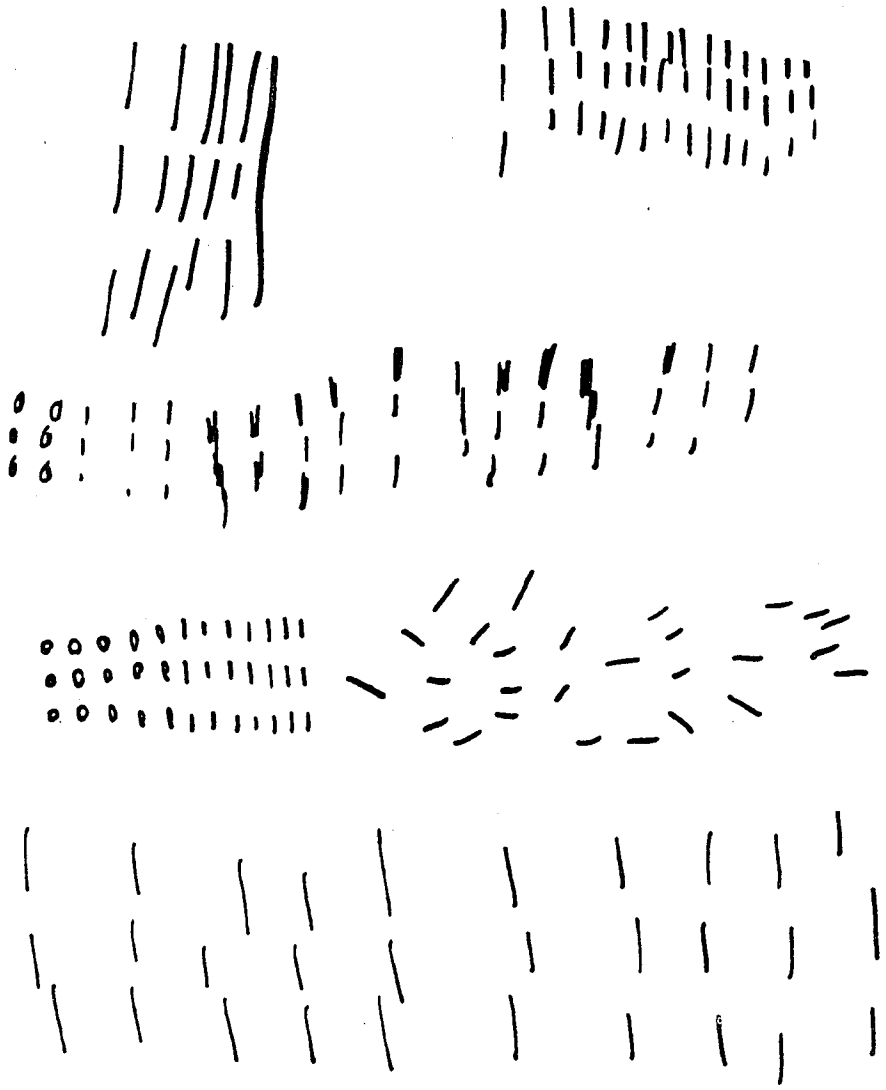
Universidad de Huelva 2010

III. CIRCULOS SUSTITUIDOS POR RAYAS (FIGURA 2)

Definición: Por lo menos la mitad de todos los círculos de la Figura 2 están reemplazados por rayas de 2 mm o más. La sustitución de los círculos por *puntos no* se computa, pues esto no parece diferenciar entre niños con serios problemas afectivos y sin ellos.

Implicación: La Sustitución de Círculos por Rayas ha sido asociada con impulsividad y con falta de interés o atención en los niños pequeños. Se la ha encontrado en los niños que están preocupados por sus problemas o en los que tratan de evitar hacer lo que se les pide.

Ejemplos de puntuación:



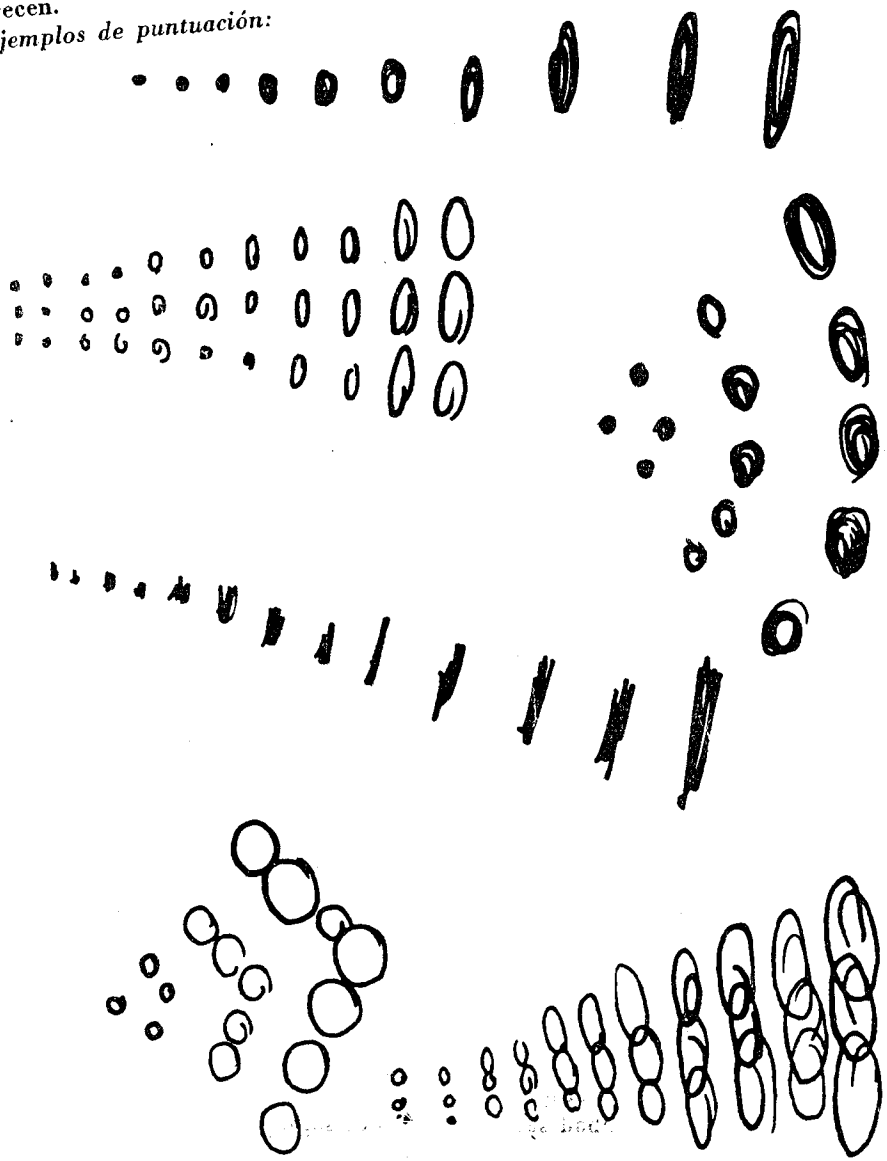
Universidad de huelva 2010

IV. AUMENTO PROGRESIVO DE TAMAÑO (FIGURAS 1, 2 y 3)

Definición: Los puntos y los círculos aumentan progresivamente de tamaño hasta que los últimos son por lo menos tres veces más grandes que los primeros. Este ítem se computa sólo una vez aunque se dé en más de una figura.

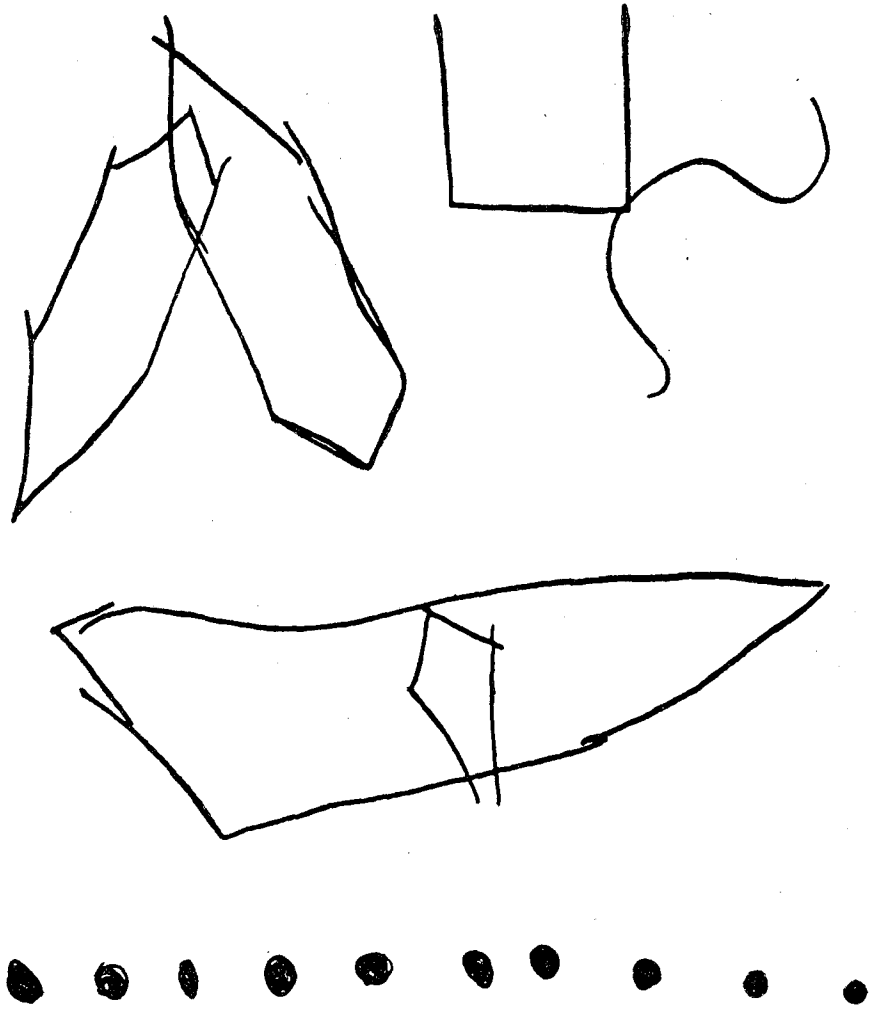
Implicaciones: El tamaño de los dibujos está asociado con baja tolerancia a la frustración y explosividad. Como los niños muy pequeños tienden normalmente a tener una tolerancia menor a la frustración, las implicaciones diagnósticas de esta desviación aumentan a medida que los niños crecen.

Ejemplos de puntuación:



V. GRAN TAMAÑO

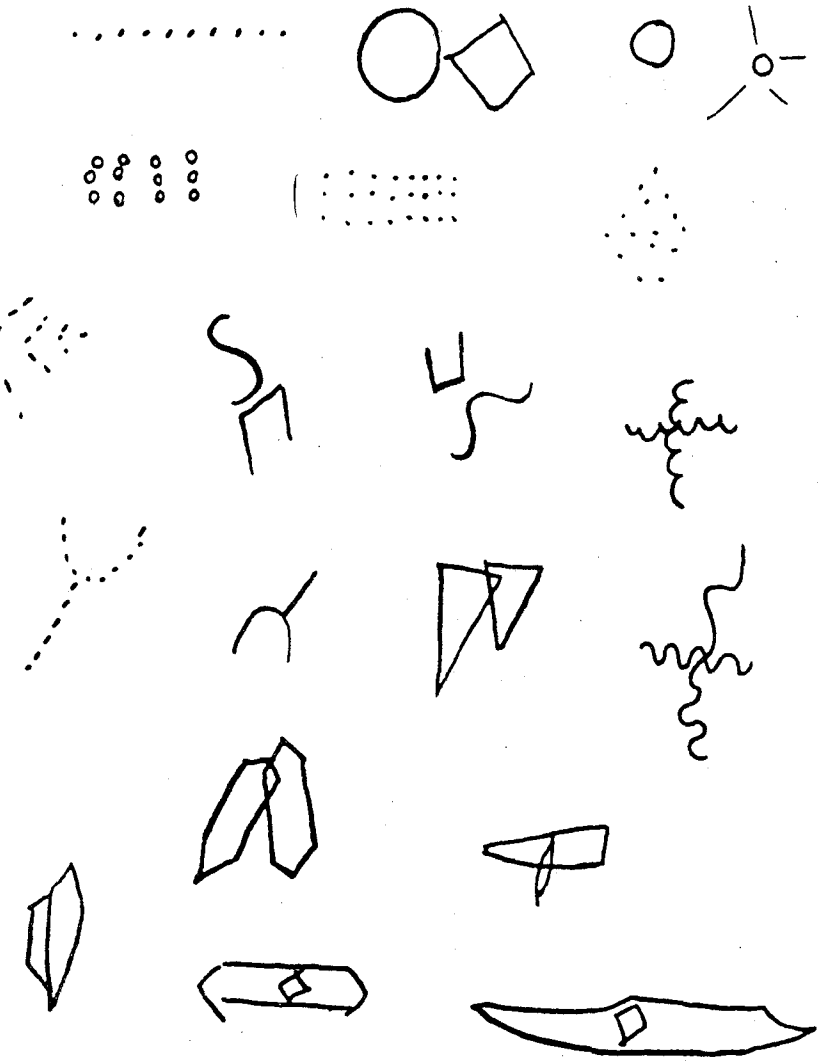
Definición: Uno o más de los dibujos es un tercio más grande en ambas direcciones que el de la tarjeta de estímulo. Cuando el dibujo consta de dos partes, p. ej. la Figura A y la 7, ambas partes deben estar agrandadas para que se compute esta categoría. El ítem se acredita una sola vez independientemente de la cantidad de figuras agrandadas.
Implicaciones: El Gran Tamaño ha sido asociado en los niños con la conducta *acting out.*[1]
Ejemplos de puntuación:



[1] *Acting out:* forma de descargar los impulsos hacia afuera.

VI. TAMAÑO PEQUEÑO

Definición: Uno o más dibujos son la mitad más pequeños que el modelo. El tamaño de cada figura se mide en ambas direcciones. Cuando un dibujo consta de dos partes, p. ej. la Figura A o la 4, ambas partes tienen que haber sido reducidas en su tamaño para que se compute esta categoría. Este ítem se acredita una sola vez independientemente de la cantidad de figuras que han sido reducidas en su tamaño.
Implicaciones: El Tamaño Pequeño (micrografismo) en los dibujos está asociado en los niños con ansiedad, conducta retraída, constricción y timidez.
Ejemplos de puntuación:



Universidad de huelva 2010

VII. LINEA FINA

Definición: El trazo es tan fino que hay que esforzarse para ver el dibujo completo.
Implicaciones: La línea fina está asociada en los niños pequeños con timidez y retraimiento.
Ejemplos de puntuación:

VIII. REPASO DEL DIBUJO O DE LOS TRAZOS

Definición: Todo el dibujo o parte del mismo ha sido repasado o reformado con líneas espesas, impulsivas. El Dibujo puede haber sido primero borrado y luego vuelto a dibujar, o puede haber sido corregido sin ninguna borradura. Este ítem se computa una sola vez independientemente de que el repaso se dé en una o varias de las figuras.
Implicaciones: El Repaso ha sido asociado con impulsividad y agresividad. Se da frecuentemente en los niños de conducta *acting out.*
Ejemplos de puntuación:

Universidad de huelva 2010

Definición: **Se abandona espontáneamente un dibujo o parte de él antes de haberlo terminado y se empieza a hacerlo nuevamente. Este ítem se computa sólo cuando se efectúan dos dibujos distintos de una misma figura, en dos lugares diferentes de la hoja. *No* se computa cuando se borra el dibujo y se lo vuelve a dibujar *en el mismo lugar* del primero. Sí se computa cuando, después de borrarlo, se lo dibuja *en un lugar diferente* de la hoja.**

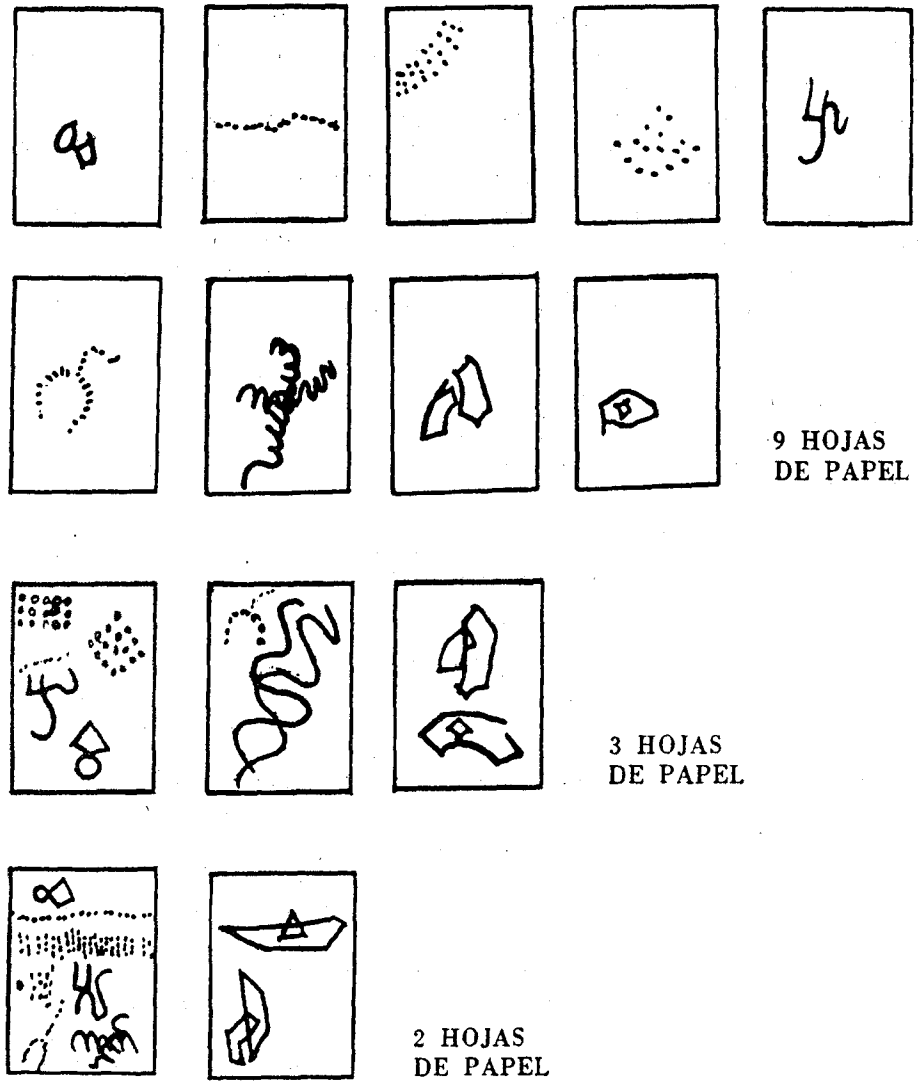
Implicaciones: **Se ha asociado la Segunda Tentativa con impulsividad y ansiedad. Es decir, se da en los niños que comprenden que su dibujo no está bien, pero son muy impulsivos y les falta el control interno suficiente como para corregir el error borrando y volviendo a dibujar cuidadosamente la parte incorrecta. El niño impulsivo abandona fácilmente lo que está haciendo y empieza todo de nuevo o comienza algo distinto en lugar de terminar lo que le resulta difícil. Otro grupo que también efectúa una segunda tentativa es el de los niños muy ansiosos que asocian significados particulares a la forma del diseño, p. ej. la Figura 6 puede asociarla con una víbora y con masculinidad. Un niño que tenga problemas de identificación masculina puede reaccionar a la Figura 6 con ansiedad, y puede encontrar difícil el terminarla. Puede intentarlo varias veces antes de poder lograrlo.**

Ejemplos de puntuación:

Definición: Se emplean dos o más hojas de papel para terminar las nueve figuras del Bender. Este ítem se computa sin considerar si cada dibujo está en una hoja diferente o si ocho dibujos están en una página y el último en el reverso de la misma.

Implicaciones: La Expansión está asociada en los niños pequeños con impulsividad y conducta *acting out*. Este indicador parece darse normalmente en los preescolares. Entre los niños en edad escolar aparece casi exclusivamente en los protocolos de los que están emocionalmente perturbados y tienen una lesión neurológica (p. 137).

Ejemplos de puntuación:



Universidad de huelva 2010

VII. LINEA FINA

VIII. REPASO DEL DIBUJO O DE LOS TRAZOS

Universidad de huelva 2010

Universidad de Huelva

Reunido el Tribunal integrado por los abajo firmantes en el día de la fecha, para juzgar la Tesis Doctoral de D. / Dª. MARIA DEL PILAR ALONSO MARTIN

Titulada EL TEST DE BENDER COMO DETECTOR DE PROBLEMAS EMOCIONALES Y COMPORTAMENTALES EN NIÑOS DE 4º, 5º y 6º PRIMARIA

acordó otorgarle la calificación de SOBRESALIENTE CUM LAUDE POR UNANIMIDAD

Huelva, 1 de DICIEMBRE de 2004

El Vocal

El Vocal

El Vocal

El Presidente

El Secretario

El Doctorando

Universidad de huelva 2010