

CONCORDANCIA INTERJUECES Y PRECISION DIAGNOSTICA DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA (*)

A. Aguado Díaz
M.A. Alcedo Rodríguez

Departamento de Psicología
UNIVERSIDAD DE OVIEDO

RESUMEN

En este trabajo se plantea una aplicación del dibujo de la figura humana (DAP) con la finalidad de verificar su función proyectiva en lo relativo a la discapacidad física. A tal efecto, se aplica a dos grupos, 30 sujetos afectados de discapacidad motriz y 30 sin discapacidad, todos cursando 2º y 3º de B.U.P y COU, en edades entre 16 y 21 años. Los dibujos son valorados por tres clínicos expertos a través de un protocolo de calificación en el que se detallan los criterios para cada uno de los aspectos a valorar. Los resultados obtenidos apuntan hacia una fiabilidad interjueces no muy alta, escaso acuerdo entre clínicos en lo más ligado a la proyección de la discapacidad, niveles insatisfactorios de precisión diagnóstica. Asimismo, no se halla confirmación a las clásicas hipótesis de que los motóricos dibujan peor que los no discapacitados y aún peor cuanto más afectados. En función de los resultados obtenidos parece que la bondad del DAP ofrece suficientes dudas justificadas, al menos para su utilización en el campo de la discapacidad. Como correlato, se concluye que el DAP no parece la técnica más adecuada para el área de las discapacidades.

* Comunicación presentada bajo el título "Un análisis crítico de la técnica diagnóstica del dibujo en dos grupos criterio" al symposium *Evaluación y rehabilitación del área 7, Diagnóstico y evaluación psicológica*, del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos, Valencia, 15-20-IV-1990.

Palabras Clave: *Discapacidad Física; Discapacitados Físicos; Discapacidad Motriz; Motóricos; Poliomyelitis; Técnicas Proyectivas; Dibujos; Dibujos de la Figura Humana.*

SUMMARY

In this research it is questioned the projective aspects of human figure drawings (DAP) according to physical disability. The sample was divided in two groups with 30 subjects each, 16-21 years old children at the high school. The first of them was composed by physically disabled subjects, and the second one by non disabled subjects. Three expert clinicians valued the drawings through a calibration schedule, in which the different criteria to measure each aspect were specified. The obtained results show a low reliability between judges as consequence of a disagreement between the experts about the projection of the physical disability and the lack of diagnostic accuracy. Secondly, is not found support to that classic hypothesis which assert that the physically disabled draw worst than the non disabled, and even worst when they get more and more affected. In the light of these results it is possible to say that the DAP is not a appropriate tool for assess physical disability.

Key Words : *Physically Handicapped; Physically Disabled; Physical Disability; Poliomyelitis; Projective Techniques; Drawings; Human Figure Drawings.*

1. DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA Y DISCAPACIDAD MOTRIZ

La técnica del dibujo de la figura humana, concretamente el test *dibuja una persona* (DAP) de Machover (1949), ha sido ampliamente utilizada y criticada. Ya hace tiempo que Anastasi (1968) se quejaba de la ausencia de datos que avalasen la fiabilidad y validez de esta técnica y que, en consecuencia, justificasen su difusión. También Johnson y Greenberg (1978) recogían las críticas más importantes dirigidas al DAP como técnica proyectiva válida y fiable. Críticas que incluso son recogidas en algún manual general de "psicología proyectiva", lo cual no obsta para que a renglón seguido se abogue por su utilización con argumentos del tipo de que "la falta de información adecuada sobre la validez no niega la utilidad clínica de esta técnica" (Levi, 1978, p.157). A pesar del paso del tiempo, tales quejas y críticas siguen siendo necesarias en la actualidad, como recuerda Pelechano (1987), todo lo cual no impide que el DAP siga siendo profusamente empleado.

También ha sido objeto de frecuente uso en rehabilitación, campo en el que el DAP ha sido utilizado como una de las técnicas destinada a diagnosticar lo que

Colin (1979) engloba bajo el término *representación del cuerpo*, de contenidos "relativamente vaporosos", y que engloba diversas nociones, como "esquema corporal", "imagen del cuerpo", "cuerpo representado", "conciencia corporal" (Colin, 1979, p.19).

Sobre este particular, la representación del cuerpo, y dejando al margen la diversidad de nociones y de enfoques y la vaporosidad de contenidos y de resultados de los muy abundantes trabajos que sobre el tema se han producido, Colin (1979, p.21) refiere las "dos clásicas hipótesis" que son unánimemente aceptadas y recogidas por la mayoría:

- La imagen del cuerpo de los sujetos gravemente afectados en su integridad física es necesariamente peor que la de los no afectados.

- Las partes del cuerpo afectadas son habitualmente las más susceptibles de error.

Es decir, se ha venido aceptando una relación directa, por una parte, entre discapacidad física y distorsión de la imagen corporal y, por otra, entre nivel de afectación física y grado de distorsión de la imagen corporal. Un ejemplo ilustrativo puede constituirlo el trabajo de Sangorrin (1977), quien, amén de recoger ambas hipótesis, afirma que el tipo y la gravedad del déficit motriz afecta a la estructuración del esquema corporal de 48 niños afectados de diversas discapacidades motrices. También el trabajo de Offord y Aponte (1967) con los dibujos de 20 niños con enfermedad congénita de corazón comparados con niños sin enfermedad, quienes no encuentran diferencias significativas en el número de corazones dibujados, aunque sí en el tamaño y en la cantidad de otros órganos internos también dibujados. Finalmente, la experiencia de McCarthy (1973) sobre cambios en la imagen corporal, evaluados a través del DAP, como consecuencia de terapia de baile en 8 pacientes psiquiátricos.

En cuanto a los dibujos realizados por discapacitados motóricos, estas dos clásicas hipótesis constituyen "verdades" que, aunque nadie haya verificado, todos afirman que se cumplen al detalle. Lo cual se traduce en que se espere y se diga que los *discapacitados motóricos*:

- Efectúan necesariamente peores dibujos que los no discapacitados.

- Dibujan necesariamente mal las partes del cuerpo afectadas y peor cuanto más afectadas.

De toda la literatura revisada sólo unos cuantos trabajos merecen ser comentados, dado que pocos abordan directamente el dibujo de la figura humana en motóricos, mientras la mayoría bien lo enfoca desde otras perspectivas, en particular esquema corporal y las más variadas formas de diagnosticarlo o bien presenta serias deficiencias metodológicas, en especial muestras muy sesgadas y sin grupo control, que no permiten extraer ningún tipo de conclusiones. Todo lo cual no impide que se sigan manteniendo y aceptando ideas relativas a la proyección de la discapacidad en el dibujo, a pesar de que el propio Colin (1979) refiere datos varios que "debilitan" tales hipótesis.

No obstante lo anterior, también se han producido trabajos en los que el DAP ha sido ligado con variables distintas de las proyectivas. Eysenck, Russel, y Eysenck (1970) encuentran relación entre la calidad de los dibujos y neuroticismo e inteligencia. Grubb (1987), en un trabajo sobre la validez del DAP como medida del autoconcepto, halla relación significativa entre los dibujos de adolescentes y autoconcepto, rendimiento académico y sexo. Por otra parte, con motóricos con afectación cerebral, Krampen (1985) rechaza la proyectividad del dibujo poniéndolo en relación con componentes de tipo perceptivo-motor, maduración de los músculos de la muñeca y brazo y nivel de coordinación ojo-mano. Finalmente, Meili-Dworetzki (1985) lleva a cabo un estudio transcultural con niños de 5 a 7 años, encontrando diferentes estructuras en los dibujos de la figura humana, en especial en relación al tronco, que dependen de variables socioculturales, concretamente de la importancia de ciertos valores y tabúes en una cultura dada.

Mención y comentarios especiales merece el trabajo de Johnson y Greenberg (1978), quienes examinaron los dibujos de la figura humana de 32 pacientes poliomiélticos, con edades entre 18 y 53 años, y de sus controles cuidadosamente aparejados, para comprobar si los dibujos reflejaban la proyección del estado psicológico, la capacidad para dibujar o una combinación de ambos factores. Los dibujos de ambos grupos fueron valorados dentro de una escala que presentaba diferentes categorías entre alta y baja calidad. Los análisis no revelaron diferencias significativas. La *calidad del dibujo* fue el factor determinante. Estos resultados muestran con firmeza cómo otro tipo de factores, tales como la práctica o la habilidad en la coordinación óculo-manual, son los responsables directos de los distintos tipos de dibujos. Johnson y Greenberg (1978) concluyen:

“Estos resultados reafirman claramente que el factor de calidad del dibujo debe ser fácil y fiablemente valorado en los dibujos de la figura humana. Es más, apoyan fuertemente la idea de que los factores de calidad pueden ser a veces los determinantes aplastantes de los juicios efectuados sobre tales dibujos ... No se encontró evidencia de la primacía de mecanismos proyectivos para determinar las producciones en el DAP ... Debemos concluir que los análisis simplificados con fines clínicos o experimentales de los dibujos es arriesgada. Factores de capacidades diferenciales en la coordinación ojo-mano y práctica de dibujo, parecen ampliamente relevantes ... Esfuerzos por «psicologizar» tales factores experienciales, aprendidos y habituales, indudablemente dan cuenta de muchas de las discrepancias relatadas en la literatura” (p.494).

2. PLANTEAMIENTO CRITICO DE LA APLICACION DEL DAP

Como consecuencia de lo anterior, en especial de la ausencia de confirmación empírica de las dos clásicas hipótesis, nos planteamos una aplicación del DAP

tendente a verificar su función proyectiva en lo relativo a la discapacidad física. Más en concreto, partiendo de tales hipótesis y siguiendo el trabajo de Johnson y Greenber (1978), pretendemos comprobar si en los dibujos de la figura humana de motóricos se puede apreciar la proyección de su discapacidad o, más bien, si tales dibujos son producto de otros factores. En función de las hipótesis clásicas cabría esperar que los motóricos dibujasen peor y aún peor cuanto más afectados. Como Johnson y Greenberg (1978) necesitaríamos un grupo de motóricos, en el que se delimitase el tipo y la gravedad de la afectación, y otro de no discapacitados. Pero queremos ir más lejos que estos autores, dado que se han limitado al control de lo no proyectivo y no han abordado la fiabilidad interjueces y la precisión diagnóstica precisamente en la proyección de la discapacidad. Por ello, necesitaríamos utilizar, por una parte, varios clínicos que valorasen los dibujos en una escala similar a la de los autores, y por otra, introducir la proyección de la discapacidad, es decir, que los clínicos valorasen si en función del dibujo se puede estimar una posible discapacidad física y, en caso afirmativo, su grado de afectación.

Respecto a los datos que debilitan las hipótesis clásicas, Colin (1979, p.21) ofrece la explicación de que los motóricos “pueden tener una imagen corporal muy precoz y bien estructurada”, explicación que deja intacta la proyección del DAP. Sin embargo, creemos que no hay datos, Colin no los ofrece y nosotros no los hemos encontrado, que avalen tal explicación y que es la no proyectividad del dibujo la responsable de los datos que contradicen tales hipótesis. Para verificar esta cuestión necesitaríamos datos de otro tipo de medidas, en el sentido de lo apuntado por Johnson y Greenberg (1978) y Krampen (1985).

En función de estos planteamientos, pretendemos una aplicación crítica del DAP tendente a comprobar la proyección de la discapacidad motriz, comprobación que planteamos a distintos niveles de hipótesis:

A.- Fiabilidad interjueces: Si el DAP posee bondad como técnica de diagnóstico, lo primero que se ha de producir es la coincidencia entre los clínicos a la hora de valorar los dibujos de todos los sujetos. Este acuerdo entre clínicos se ha de dar en los aspectos más objetivables, precisamente los no proyectivos, tamaño, acabado y calidad de las figuras, y también en los proyectivos, proyección de la discapacidad. Por tanto, esperamos:

A.1.- Concordancia entre los clínicos en lo no proyectivo.

A.2.- Concordancia entre los clínicos en lo proyectivo, sospechas de discapacidad y grado de afectación.

B.- Precisión diagnóstica: Si el DAP posee bondad como técnica de diagnóstico, lo segundo que ha de ocurrir es el acierto de los clínicos a la hora de encontrar sospechas de discapacidad en los dibujos e, incluso, en el grado de afectación. Es

decir, la coincidencia entre lo que dicen los clínicos y la situación real del sujeto. Así pues esperamos:

B.1.- Acierto de los clínicos en sospechas de discapacidad.

B.2.- Acierto de los clínicos en grado de afectación

C.- **Hipótesis clásicas:** Tradicionalmente se afirma que los motóricos dibujan peor que los no discapacitados y peor cuanto más afectados, lo cual confirmaría la proyectividad del DAP. Por tanto, hipotetizamos que habrá diferencias significativas entre grupos de motóricos y no discapacitados, por un lado, y dentro del grupo de motóricos según tipo, grado de afectación, etiología, por otro.

C.1.- Los dibujos de los motóricos serán significativamente peores que los de los no discapacitados.

C.2.- Los dibujos de los distintos grupos de motóricos serán significativamente peores en función del tipo, el grado de afectación y la etiología.

D.- **Variables implicadas:** En función de la proyección de la discapacidad, las valoraciones de los clínicos sobre los dibujos serán independientes, por un lado, de variables de tipo perceptivo, de coordinación, manipulativas, etc., y por otro, estarán relacionadas con variables de personalidad. Por tanto, esperamos que los dibujos sean independientes de las variables manipulativas y correlacionen con variables de personalidad, en concreto WAIS y EPI-A, respectivamente. Es decir, hipotetizamos la:

D.1.- No relación de las valoraciones de los dibujos con variables manipulativas (WAIS).

D.2.- Relación de las valoraciones de los dibujos con variables de personalidad (EPI-A).

3. PROCEDIMIENTO

Para verificar estas hipótesis elegimos dos grupos de varones. El primero está compuesto por 30 discapacitados motóricos sin afectación cerebral (tabla 1), cuyas discapacidades más frecuentes son las derivadas de secuelas de poliomielitis (14 sujetos), malformaciones congénitas (7) y el resto presenta otras discapacidades motrices (secuelas traumáticas: 3; amputaciones: 1; escoliosis: 2; lesiones medulares: 3). El segundo está integrado por 30 varones sin discapacidad física. Tanto los motóricos como los no discapacitados están cursando 2º y 3º de B.U.P y COU, en edades comprendidas entre 16 y 21 años. La media de edad es 18.6 para los motóricos y 18.3 para los no discapacitados, la diferencia de medias no es significativa ($p < .404$).

DISCAPACIDAD FISICA			GO DE AFECTACION		ETIOLOGIA	
SECUELAS DE POLIO	14	(47%)	LIGERO	6	PRECOZ	6
			MEDIO	8	PRECOZ	8
MALFORMACIONES CONGENITAS	7	(23%)	LIGERO	3	PRECOZ	3
			MEDIO	4	PRECOZ	4
RESTO	9	(30%)	LIGERO	1	PRECOZ	1
			MEDIO	4	PRECOZ	4
			MEDIO	4	POSTERIOR	4
T O T A L E S	30	(100%)	LIGERO	10	PRECOZ	10
			MEDIO	16	PRECOZ	16
			MEDIO	4	POSTERIOR	4

Tabla 1.- Distribución de los 30 sujetos afectados de discapacidad.

A cada sujeto se le dio un bolígrafo y una cuartilla blanca. Se pidió que dibujasen una persona sin ningún otro de tipo de instrucción u orientación sobre la tarea a realizar. Previamente, al grupo de motóricos se le había aplicado WAIS y EPI-A, pruebas para cuya aplicación a los no discapacitados no hubo tiempo material.

En cuanto a la entrega de dibujos a los clínicos, se sacaron tres fotocopias de cada original que se dispusieron en el orden que aleatoriamente se obtuvo en programa de ordenador. A cada clínico se le entregó el bloque correspondiente de dibujos sin ningún tipo de indicación sobre quiénes eran los otros clínicos, es decir, aparte de que no se conocían entre sí, cada uno de ellos ignoraba la elección de los restantes. Los dibujos fueron valorados por estos tres calificadores (psicólogos clínicos, expertos en el DAP) a través de un protocolo de calificación en el que se detallan los criterios para cada uno de los aspectos a valorar, tamaño, acabado de cabeza, cuello, tronco, extremidades superiores, extremidades inferiores, acabado total, calidad, sospechas de discapacidad, grado de afectación física y observaciones. Un ejemplar del protocolo figura en el anexo.

4. ANALISIS DE RESULTADOS

En relación con la *fiabilidad interjueces*, primer requisito de bondad de toda técnica, para las estimaciones objetivables y no proyectivas, tamaño, acabado y calidad (hipótesis A.1), los análisis de varianza y los coeficientes alfa (tabla 2) indican que los tres clínicos han coincidido tan sólo en tamaño de las figuras, acabado del cuello y acabado total, tanto en el conjunto de los 60 sujetos como en el grupo de los 30 motóricos. Hemos encontrado, en consecuencia, menos acuerdos de los esperados en lo relativo a lo más objetivable del DAP.

Respecto a las estimaciones sobre lo proyectivo, sospechas de discapacidad y grado de afectación (hipótesis A.2.), por una parte, tampoco se han producido acuerdos, como puede apreciarse en la misma tabla 2. Por otra parte, los valores de los coeficientes kappa parciales (tabla 3) alcanzan niveles de significación estadística, pero en conjunto, los 3 clínicos, sólo han coincidido en sospechas de discapacidad en 30 casos de un total de 60, es decir, poco más de lo posible por mero azar. Las coincidencias en grado de afectación tan sólo se han producido en 21 casos, el 35%. Parece, pues, que no se ha confirmado el acuerdo entre clínicos en los aspectos más ligadas a la proyección de la discapacidad, encontrar indicios de su existencia y de su nivel de afectación.

Por lo que atañe a la *precisión diagnóstica*, es decir la coincidencia entre lo que dicen los clínicos (hay o no sospechas de discapacidad; hipótesis B.1.) y la situación real del sujeto (es o no discapacitado), el coeficiente kappa (tabla 3) alcanza niveles de significación estadística, pero hay que tener en cuenta que sólo se ha podido

calcular en los 30 casos en que coincidían los 3 clínicos. En cuanto a la coincidencia entre grado de afectación atribuido y real (hipótesis B.2.) el coeficiente kappa es muy bajo. Así pues, no parece que se produzca un adecuado nivel de acierto por parte de los clínicos a la hora de encontrar indicios o sospechas de la existencia de una discapacidad y de su grado de afectación.

TABLA 2.- ANALISIS DE LA FIABILIDAD INTERJUECES.-

		T O D O S N = 60				DISCAPACITADOS N = 30			
		MATRIZ DE CORRELACIONES	ALFA KLINIMANDO UN CLINICO	ANALISIS DE VARIANZA	ALFA	MATRIZ DE CORRELACIONES	ALFA KLINIMANDO UN CLINICO	ANALISIS DE VARIANZA	ALFA
TAMANO		1-2 = .9891 1-3 = .9741 2-3 = .9707	1 = .9851 2 = .9869 3 = .9945	F = .125 p. < .883	.9926	1-2 = .9984 1-3 = .9825 2-3 = .9627	1 = .9805 2 = .9805 3 = .9992	F = 1.397 p. < .255	.9911
A	CABEZA	1-2 = .6585 1-3 = .6493 2-3 = .7174	1 = .8118 2 = .7826 3 = .7869	F = 28.361 p. < .000	.8523	1-2 = .6364 1-3 = .5595 2-3 = .6835	1 = .7628 2 = .7111 3 = .7576	F = 13.439 p. < .000	.8110
	CUELLO	1-2 = .8426 1-3 = .8326 2-3 = .7937	1 = .8729 2 = .9086 3 = .9012	F = .561 p. < .572	.9278	1-2 = .8516 1-3 = .9203 2-3 = .7835	1 = .8673 2 = .9584 3 = .9066	F = .456 p. < .636	.9420
B	TRONCO	1-2 = .6041 1-3 = .7808 2-3 = .7461	1 = .8233 2 = .8710 3 = .7432	F = 8.115 p. < .000	.8740	1-2 = .2343 1-3 = .6437 2-3 = .6226	1 = .6920 2 = .7767 3 = .3539	F = 4.199 p. < .020	.7457
	PIES	1-2 = .5949 1-3 = .6833 2-3 = .7269	1 = .8372 2 = .8109 3 = .7447	F = 12.324 p. < .000	.8574	1-2 = .5114 1-3 = .8269 2-3 = .6058	1 = .7544 2 = .8974 3 = .6682	F = 7.334 p. < .001	.8441
D	MANOS	1-2 = .7321 1-3 = .7498 2-3 = .7124	1 = .8274 2 = .8563 3 = .8361	F = 25.834 p. < .000	.8881	1-2 = .6187 1-3 = .7300 2-3 = .6405	1 = .7791 2 = .8424 3 = .7581	F = 12.132 p. < .000	.8541
	TOTAL	1-2 = .7809 1-3 = .8619 2-3 = .8445	1 = .8749 2 = .9239 3 = .8519	F = 3.653 p. < .029	.9232	1-2 = .7502 1-3 = .8556 2-3 = .7970	1 = .8359 2 = .9219 3 = .7992	F = 2.125 p. < .129	.8048
CALIDAD		1-2 = .7277 1-3 = .7960 2-3 = .6679	1 = .7312 2 = .8779 3 = .8098	F = 8.290 p. < .000	.8691	1-2 = .7446 1-3 = .8130 2-3 = .7864	1 = .8352 2 = .8956 3 = .8219	F = 5.100 p. < .009	.8000
SUSPECHAS DE DISCAPACIDAD		1-2 = .2335 1-3 = .4808 2-3 = .3540	1 = .5209 2 = .6470 3 = .3785	F = 5.638 p. < .005	.6183	1-2 = .1000 1-3 = .3913 2-3 = .2446	1 = .3929 2 = .5624 3 = .1818	F = 5.118 p. < .009	.4950
GRADO DE AFECTACION		1-2 = .2947 1-3 = .4674 2-3 = .3615	1 = .5309 2 = .6361 3 = .4548	F = 3.123 p. < .048	.6421	1-2 = .1882 1-3 = .3415 2-3 = .2470	1 = .3927 2 = .5033 3 = .3167	F = 2.775 p. < .071	.5128

	SOSPECHAS DISCAPACIDAD	GRADO DE AFECTACION
A.- CONCORDANCIA	K12 = 0.23	K12 = 0.20 *
	K13 = 0.47 **	K13 = 0.24 *
	K23 = 0.36 **	K23 = 0.23 *
B.- PRECISION	K = 0.51 **	K = 0.17

Signif.: * p. < .05 ** p. < .01

TABLA 3.- COEFICIENTES KAPPA.- A.- CONCORDANCIA ENTRE LOS CLINICOS.
B.- PRECISION DIAGNOSTICA: CONCORDANCIA ENTRE LAS ESTIMACIONES COINCIDENTES (30 y 21) DE LOS CLINICOS Y LA REALIDAD.-

Las hipótesis clásicas tampoco han hallado confirmación. No se han encontrado diferencias significativas entre motóricos y no discapacitados (hipótesis C.1; tabla 4), ni tampoco entre los distintos grupos de motóricos en función del tipo, grado de afectación y etiología (hipótesis C.1; tabla 5). Por tanto, nuestros motóricos no parece que dibujen peor que los no discapacitados, por un lado, y por otro, tampoco parece que unos motóricos dibujen peor que otros, ni peor cuanto más afectados o cuanto más precozmente les haya sobrevenido la discapacidad, en función de lo cual parece que las hipótesis clásicas no encuentran la supuesta confirmación de que tanto se habla.

Finalmente, en cuanto a otras variables implicadas, no hemos encontrado ninguna correlación significativa entre las estimaciones de los clínicos y las puntuaciones en el EPI-A (hipótesis D.2; tabla 6), mientras que puede hablarse de algún tipo de relación, aunque con valores bajos y no constantes en los tres clínicos, con la parte manipulativa del WAIS (hipótesis D.1). Así pues, parece que las estimaciones de los clínicos sobre los dibujos son independientes de variables de personalidad y no lo son tanto de variables implicadas en lo manipulativo.

TABLA 4.- DIFERENCIAS DE MEDIAS.- VARIABLE: NO DISCAPACITADOS - DISCAPACITADOS FISICOS.-

EDAD	30 18.267 1.437	- .84 .404	30 18.600 1.632
------	-----------------------	---------------	-----------------------

PRIMER CLINICO			
VARIABLE	NO DISCA.	t	FISICOS
TAMANO	30 126.833 35.187	2.51 .015	30 100.767 44.584
ACABADO CABEZA	30 13.167 4.450	.89 .379	30 12.167 4.292
ACABADO CUELLO	30 11.500 7.785	.33 .739	30 10.834 7.867
ACABADO TRONCO	30 14.867 5.241	.54 .590	30 14.000 4.235
ACABADO BRS	30 11.000 4.433	1.09 .280	30 9.833 3.824
ACABADO BRII	30 13.167 5.943	1.08 .286	30 11.667 4.795
ACABADO TOTAL	30 63.167 19.453	.94 .351	30 58.500 16.990
CALIDAD	30 5.467 2.224	1.27 .209	30 4.733 2.243
SOSPECHAS DISCAPAC. FISICA	30 1.867 .479	2.89 .009	30 1.333 .479
GRADO AFECTAC.	30 .367 .556	-2.98 .004**	30 .867 .730

SEGUNDO CLINICO			
VARIABLE	NO DISCA.	t	FISICOS
TAMANO	30 127.200 34.564	2.71 .009	30 99.267 44.581
ACABADO CABEZA	30 15.333 4.136	.00 1.000	30 15.333 3.198
ACABADO CUELLO	30 12.167 6.114	.74 .481	30 11.000 6.074
ACABADO TRONCO	30 13.167 4.639	1.35 .183	30 11.833 2.780
ACABADO BRS	30 12.500 4.305	1.88 .065	30 10.667 3.144
ACABADO BRII	30 13.667 4.722	1.46 .148	30 12.000 4.068
ACABADO TOTAL	30 66.833 15.583	1.70 .095	30 60.833 11.528
CALIDAD	30 5.567 1.276	3.44 .001**	30 4.300 1.557
SOSPECHAS DISCAPAC. FISICA	30 1.700 .466	3.00 .004**	30 1.333 .479
GRADO AFECTAC.	30 .433 .728	-2.94 .005	30 1.033 .850

TERCER CLINICO			
VARIABLE	NO DISCA.	t	FISICOS
TAMANO	30 124.587 33.784	2.11 .039	30 102.433 46.456
ACABADO CABEZA	30 16.867 4.971	1.03 .308	30 15.333 5.074
ACABADO CUELLO	30 11.667 7.894	.68 .500	30 10.333 7.535
ACABADO TRONCO	30 14.867 8.008	1.05 .297	30 13.167 4.997
ACABADO BRS	30 10.167 5.331	1.32 .193	30 8.667 3.198
ACABADO BRII	30 10.333 5.713	1.01 .317	30 9.000 4.433
ACABADO TOTAL	30 63.500 23.124	1.30 .199	30 56.500 18.343
CALIDAD	30 6.433 2.873	1.85 .069	30 5.167 2.408
SOSPECHAS DISCAPAC. FISICA	30 1.800 .407	1.43 .157	30 1.833 .490
GRADO AFECTAC.	30 .267 .583	-1.76 .084	30 .600 .855

Aplicando el test de BONFERRONI para múltiples contrastes,
se obtiene un criterio de significación de $p < .005$

TABLA 5.- DIFERENCIAS DE MEDIAS.- VARIABLES: GRUPOS DE DISCAPACIDAD FISICA, AFECTACION Y ETIOLOGIA.-

		GRUPO + POLIO 14 67% - MALFORM. 7 33%	GRUPO + POLIO 14 61% - RESTO 9 39%	GRUPO + MALFORM. 7 44% - RESTO 8 56%	AFECTACION + LIGERO 10 33% - ELEVADO 20 67%	ETIOLOGIA + PRECOZ 26 87% - POSTERI. 4 13%
E D A D		+ .041	+ .363	- .287	- .351	- .847
C L I N I C O 10	TAMANO	+ .064	+ .762	- .210	+ .621	+ .220
	CABEZA	+ .137	+ .616	- .207	+ .462	+ .654
	CUELLO	+ .131	+ .247	- .703	+ .281	+ .359
	TRONCO	+ .082	+ .722	- .223	+ .174	+ .456
	RESS	+ .457	+ .295	+ .819	+ .244	+ .195
	REII	+ .575	+ .797	- .719	+ .019	&
	ACABADO	+ .097	+ .357	- .434	+ .083	+ .278
	CALIDAD	+ .161	+ .671	- .321	+ .430	+ .492
	SOSPECHAS	1.000	+ .116	+ .166	+ .599	&
	AFECTAC.	- .815	- .093	- .244	- .475	- .007
C L I N I C O 20	TAMANO	+ .070	+ .780	- .200	+ .627	+ .234
	CABEZA	+ .259	- .298	- .069	- .321	- .547
	CUELLO	+ .196	+ .350	- .846	+ .533	+ .730
	TRONCO	+ .237	+ .063	+ .543	+ .821	+ .160
	RESS	+ .108	- .663	- .026	- .154	- .216
	REII	+ .160	+ .083	- .661	+ .157	- .797
	ACABADO	+ .024	+ .215	- .243	+ .827	- .940
	CALIDAD	+ .146	- .937	- .278	- .808	- .788
	SOSPECHAS	+ .209	+ .666	- .417	- .793	- .465
	AFECTAC.	- .154	- .881	+ .194	+ .935	+ .264
C L I N I C O 30	TAMANO	+ .067	+ .596	- .257	+ .511	+ .159
	CABEZA	+ .303	+ .821	- .449	+ .901	+ .891
	CUELLO	+ .110	+ .218	- .650	+ .558	+ .660
	TRONCO	+ .196	+ .272	- .735	+ .801	+ .178
	RESS	+ .126	+ .358	- .375	+ .321	+ .443
	REII	+ .375	+ .350	- .841	+ .392	+ .477
	ACABADO	+ .071	+ .222	- .450	+ .470	+ .373
	CALIDAD	+ .315	+ .374	- .874	+ .136	+ .306
	SOSPECHAS	+ .112	+ .262	- .642	- .797	+ .568
	AFECTAC.	- .080	- .214	+ .607	+ .861	- .612

Aplicado el test de BOWFERONI para múltiples contrastes,
se obtiene un criterio de significación de $p < .005$

¿ La segunda muestra, "etiología posterior", carece de variabilidad.

TABLA 6.- CORRELACIONES.- VARIABLES: ESTIMACIONES DE LOS CLINICOS - WAIS Y EPI.-

		WAIS PARTE VERBAL							WAIS PARTE MANIPULATIVA				WAIS COCIENTES			EPI - A		
		INFOR.	COMPR.	ARITH.	SERIAL.	DIGIT.	VOCAB.	CLAVE.	PI. IN.	CUBOS	HISTO.	ROMPE.	CI V	CI N	CI	M	X	S
C	TAMANO	+0.163	+0.133	+0.052	+0.121	+0.054	+0.268	+0.050	+0.176	+0.138	+0.181	+0.270	+0.175	+0.233	+0.244	-0.059	-0.119	+0.129
L	CABEZA	+0.046	+0.147	+0.202	-0.040	+0.191	+0.119	-0.009	+0.187	+0.221	+0.340	+0.278	+0.168	+0.272	+0.299	+0.139	+0.061	-0.166
I	CUELLO	+0.095	+0.424*	+0.067	+0.043	-0.162	+0.006	+0.043	+0.364*	+0.504*	+0.243	+0.379*	+0.122	+0.389*	+0.354	-0.116	-0.108	-0.127
N	TRONCO	-0.120	+0.150	+0.156	+0.002	-0.027	-0.177	+0.179	+0.280	+0.272	+0.428*	+0.414*	+0.035	+0.389*	+0.278	+0.136	-0.267	-0.051
I	PIES	-0.127	+0.052	-0.003	-0.152	-0.130	-0.319	-0.130	-0.072	+0.066	-0.071	+0.010	-0.125	-0.038	-0.093	-0.215	-0.320	+0.060
C	MANO	-0.438*	-0.012	-0.087	-0.266	-0.119	-0.249	+0.129	+0.088	+0.181	+0.226	+0.315	-0.205	+0.236	+0.050	+0.006	-0.204	-0.110
O	ACABA	-0.114	+0.245	+0.085	-0.089	-0.084	-0.137	+0.061	+0.260	+0.373*	+0.313	+0.390*	+0.016	+0.361*	+0.267	-0.088	-0.205	-0.116
	CALID.	+0.056	+0.096	-0.067	-0.128	+0.054	+0.063	+0.103	+0.401*	+0.349	+0.297	+0.438*	+0.022	+0.442*	+0.315	+0.098	+0.013	-0.261
19	SOSPE.	-0.275	-0.006	-0.312	-0.321	-0.159	-0.284	-0.077	+0.280	+0.226	+0.011	+0.172	-0.276	+0.148	-0.050	-0.024	-0.145	-0.220
	AFECT.	+0.118	-0.205	+0.060	+0.220	+0.005	+0.110	-0.109	-0.442*	-0.467*	-0.244	-0.361*	+0.066	-0.382*	-0.223	-0.027	+0.096	+0.158
C	TAMANO	+0.161	+0.140	+0.041	+0.120	+0.051	+0.266	+0.046	+0.171	+0.127	+0.179	+0.266	+0.176	+0.226	+0.242	-0.039	-0.107	+0.140
L	CABEZA	-0.146	-0.017	+0.069	-0.184	-0.077	+0.087	+0.045	+0.373*	+0.288	+0.186	+0.265	-0.077	+0.315	+0.181	-0.025	+0.112	-0.247
I	CUELLO	+0.200	+0.495*	+0.271	+0.150	-0.169	+0.067	+0.164	+0.346	+0.530*	+0.254	+0.393*	+0.204	+0.415*	+0.395*	-0.061	-0.344	-0.033
N	TRONCO	+0.372*	+0.293	+0.210	+0.066	+0.213	+0.151	+0.037	+0.300	+0.275	+0.165	+0.308	+0.298	+0.302	+0.354	+0.197	-0.196	-0.122
I	PIES	-0.094	+0.115	+0.014	-0.139	-0.006	-0.183	-0.109	+0.145	-0.067	-0.026	-0.178	-0.055	-0.084	-0.082	-0.271	-0.006	+0.028
C	MANO	-0.244	+0.131	-0.097	-0.061	+0.080	-0.166	+0.181	+0.146	+0.030	+0.133	+0.078	-0.048	+0.105	+0.029	-0.288	-0.333	+0.004
O	ACABA	+0.043	+0.405*	+0.182	-0.015	-0.033	-0.012	+0.142	+0.449*	+0.418*	+0.265	+0.339	+0.123	+0.393*	+0.326	-0.167	-0.317	-0.106
	CALID.	+0.180	+0.304	+0.182	+0.051	+0.132	+0.190	+0.103	+0.483*	+0.511*	+0.365*	+0.555*	+0.211	+0.523*	+0.462*	+0.036	-0.188	-0.221
29	SOSPE.	+0.130	+0.262	+0.266	+0.045	+0.159	+0.017	+0.088	+0.179	+0.226	+0.226	+0.285	+0.198	+0.249	+0.265	+0.102	-0.243	-0.081
	AFECT.	-0.012	-0.309	-0.230	+0.061	-0.085	-0.040	-0.191	-0.284	-0.324	-0.274	-0.359	-0.131	-0.353	-0.307	-0.060	+0.115	+0.143
C	TAMANO	+0.090	+0.083	-0.016	+0.067	+0.056	+0.202	+0.077	+0.194	+0.125	+0.190	+0.235	+0.102	+0.232	+0.201	-0.149	-0.122	+0.089
L	CABEZA	-0.019	+0.108	-0.009	-0.225	-0.124	+0.072	+0.043	+0.413*	+0.416*	+0.203	+0.414*	-0.089	+0.392*	+0.210	+0.035	+0.037	-0.386
I	CUELLO	+0.183	+0.402*	+0.082	+0.057	-0.071	+0.110	+0.103	+0.415*	+0.499*	+0.337	+0.443*	+0.170	+0.473*	+0.420*	-0.005	-0.087	-0.238
N	TRONCO	+0.008	-0.009	+0.108	-0.267	+0.168	-0.111	+0.044	+0.233	+0.194	+0.265	+0.273	-0.021	+0.271	+0.152	+0.089	-0.218*	-0.132
I	PIES	-0.118	+0.202	-0.089	-0.073	-0.137	-0.285	-0.102	+0.178	+0.173	+0.059	+0.041	-0.088	+0.082	+0.015	-0.411*	-0.253	+0.075
C	MANO	-0.213	+0.133	-0.088	-0.050	-0.026	-0.212	+0.062	+0.224	+0.143	+0.189	+0.173	-0.066	+0.202	+0.097	-0.227	-0.318	-0.105
O	ACABA	-0.000	+0.260	+0.023	-0.137	-0.048	-0.066	+0.063	+0.439*	+0.438*	+0.323	+0.420*	+0.008	+0.439*	+0.298	-0.095	-0.206	-0.253
	CALID.	-0.031	+0.088	-0.034	-0.153	-0.032	+0.006	+0.365*	+0.303	+0.186	+0.433*	-0.032	+0.358	+0.227	-0.002	-0.172	-0.164	-0.164
39	SOSPE.	-0.121	+0.157	-0.157	+0.001	+0.109	-0.192	-0.193	+0.107	-0.047	+0.110	-0.088	+0.012	-0.026	+0.010	-0.066	-0.008	+0.002
	AFECT.	+0.067	-0.225	+0.093	-0.082	-0.076	+0.218	+0.192	-0.093	+0.124	-0.089	+0.172	-0.057	+0.092	+0.014	+0.153	+0.053	+0.016

5.- CONCLUSIONES.

En función de los resultados obtenidos en este trabajo y teniendo en cuenta la limitaciones debidas a que el número de sujetos es tan sólo 30, la *fiabilidad interjueces* no parece muy alta, con lo que la bondad del DAP ofrecería suficientes dudas justificadas, al menos para su utilización en el campo de la discapacidad. Quiere ello decir, como correlato y en función de estos resultados, que el DAP no parece la técnica más adecuada para formular estimaciones sobre la existencia de sospechas de discapacidad ni de su posible nivel de gravedad. O lo que es lo mismo, no parece que haya demostrado utilidad en el campo de las discapacidades.

ANEXO

PROTOCOLO DE CALIFICACION DEL DAP: DIBUJO Nº

A.- TAMANO: (Medida, en MILIMETROS, de la distancia total entre el punto superior e inferior del dibujo) :

B.- ACABADO: (presencia, ausencia y terminado de):

- | | | | |
|------------------------------|-------|---|------|
| 1.- CABEZA: | ..... | : | .... |
| 2.- CUELLO: | ..... | : | .... |
| 3.- TRONCO: | ..... | : | .... |
| 4.- EXTREMIDADES SUPERIORES: | ..... | : | .... |
| 5.- EXTREMIDADES INFERIORES: | ..... | : | .... |

SUMA TOTAL :

En todos y cada uno de los apartados del punto B:

- | | | | |
|-----------------------------|-------|---|-------------|
| - PRESENTE Y MUY COMPLETO | ..... | : | 2,0 puntos. |
| - PRESENTE Y COMPLETO | ..... | : | 1,5 puntos. |
| - PRESENTE E INCOMPLETO | ..... | : | 1,0 puntos. |
| - PRESENTE Y MUY INCOMPLETO | ..... | : | 0,5 puntos. |
| - AUSENTE | ..... | : | 0,0 puntos. |

C.- CALIDAD: (Valoración de la calidad global del dibujo *) ... :

- | | | | |
|--------------|-------|---|-------------------|
| * - MUY BIEN | ..... | : | de 9 a 10 puntos. |
| - BIEN | ..... | : | de 7 a 8 puntos. |
| - REGULAR | ..... | : | de 5 a 6 puntos. |
| - MAL | ..... | : | de 3 a 4 puntos. |
| - MUY MAL | ..... | : | de 1 a 2 puntos. |

D.- HIPOTESIS: En función de cómo ha realizado el dibujo.
¿hay sospechas de que el sujeto esté
afectado de discapacidad física motriz? SI .. NO .

E.- GRADO DE AFECTACION FISICA: (Valoración del grado de afectación física *) :

- | | | | |
|--|-------|---|-------------------|
| * - ELEVADO (gran afectación) | ..... | : | de 9 a 10 puntos. |
| - MEDIO (afectación de varios miembros) | .. | : | de 7 a 8 puntos. |
| - LIGERO (afectación de un sólo miembro) | .. | : | de 5 a 6 puntos. |
| - NULO (ninguna afectación) | ..... | : | 0 puntos. |

F.- OBSERVACIONES:
.....

6.-BIBLIOGRAFIA

- ANASTASI, A. (1968): *Psychological Testing* (Third Edition). New York: MacMillan.
- COLIN, D. (1979): "Travaux récents sur les repercussions psychologiques des handicaps moteurs chez l'enfant et l'adolescent". Rapport présenté aux 17es Journées de l'Association de Psychologie Scientifique de Langue Française, Barcelone, 20-22 septembre, 1979. (Fotocopiado).
- EYSENCK, S.B.G., RUSSEL, T. y EYSENCK, H.J. (1970): "Extraversion, Intelligence and Ability to Draw a Person". *Perceptual and Motor Skills*, 30, 925-926.
- GRUBB, D.B. (1987): "Self-Concept, Academic Achievement, and Sex as Correlates of Human Figure Drawings". *Dissertation Abstracts International*, 47 (10-A), 3703.
- JOHNSON, F.A y GREENBERG, R.P. (1978): "Quality of Drawing as a Factor in the Interpretation of Figure Drawings". *Journal of Personality Assessment*, 42 (5), 489-495.
- KRAMPEN, M. (1985): "Grapheme Development in Handicapped Children's Drawings". *Perceptual and Motor Skills*, 60, 231-238.
- LEVY, S. (1978): "El dibujo de la figura humana como test proyectivo". En L.E. ABT y L. BELLAK (1978): *Psicología proyectiva* (2ª ed.). Buenos Aires: Paidós (ps.156-176).
- MACHOVER, K. (1949): *Personality Projection in the Drawing of the Human Figure*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas.
- McCARTHY, H. (1973): "Use of the Draw-A-Person Test to Evaluate a Dance Therapy Program". *Journal of Music Therapy*, 10, 141-155.
- MEILI-DWORETZKI, G. (1985): "La structure du personnage dans les dessins de jeunes enfants de divers pays". *Psychologie-Schweizerische Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen*, 44 (4), 289-314.
- OFFORD, D.R y APONTE, J.F. (1967): "A Comparison of Drawings and Sentence Completion Responses of Congenital Heart Children with Normal Children". *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 31 (2), 57-62.
- PELECHANO, V. (1987): "Psicología y rehabilitación. Un primer acercamiento". *Análisis y Modificación de Conducta*, 13 (35), 5-43.
- SANGORRIN, J. (1977): "Esquema Corporal y Deficiencia Motriz". *Anuario de Psicología*, 16, 95-111.