



UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP

FACULTAD DE SALUD Y NUTRICIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

**INDICADORES EMOCIONALES DEL TEST DE LA
FIGURA HUMANA EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON
HIPERACTIVIDAD**

PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO DE PSICOLOGÍA

AUTOR:

Bach. PERALES VALDIVIA, RAMIRO JACINTO

LIMA- PERÚ

2020

ASESOR DE TESIS

Dra. ROSA ESTHER CHIRINOS SUSANO

JURADO EXAMINADOR

Dr. PEDRO PABLO ALVAREZ FALCONI
Presidente

Dr. MARCELA ROSALINA BARRETO MUNIVE
Secretario(a)

Dr. CRUZ TELADA EUGENIO EUGENIO
Vocal

DEDICATORIA

A mi familia, porque es la motivación y parte fundamental para el desarrollo de la presente investigación. Ellos me dieron la fuerza y apoyo en momentos de debilidad, su amor incondicional y su confianza para lograr este sueño alcanzado.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento inicial a Dios por este logro, por darme salud y paciencia para superar las dificultades.

A mis padres por darme la vida, a mi familia, esposa e hijos, quienes son la razón de mi continua lucha y superación.

A mis profesores por sus enseñanzas impartidas durante mi formación profesional, a mis compañeros de aula porque también formaron parte de mi desarrollo profesional.

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue identificar indicadores emocionales del Test de la Figura Humana (DFH) favorecen el diagnóstico de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). La investigación fue de tipo cualitativo y desarrollada bajo el diseño de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002) quien describe tres fases para desarrollarla: descripción, ordenamiento conceptual y teorización. La fase de descripción se realizó con el análisis de 12 estudios que informan características emocionales en niños con TDAH; la fase de ordenamiento conceptual fue realizada mediante procesos inductivos que llevaron a identificar características emocionales del TDAH; la fase de teorización se realizó contrastando las características emocionales identificadas con los indicadores emocionales del test de la Figura Humana de Koppitz (2006) y los criterios diagnósticos del DSM-5 a fin de identificar los indicadores emocionales del DFH que contribuyen al diagnóstico del TDAH. Los resultados evidenciaron que los indicadores emocionales del DFH favorecen el diagnóstico de niños con TDAH, sobre todo si éstas, se analizan desde características emocionales que la definen, cabe decir, desregulación emocional, rechazo social, ansiedad y angustia, desvalorización y desmotivación. Los indicadores emocionales del DFH no están enfocados a describir directamente la conducta observable, sino aquellos aspectos emocionales que la desencadenan.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Características emocionales TDAH, indicadores emocionales DFH.

ABSTRACT

The objective of the investigation was to verify that the emotional indicators of the Human Figure Test (DFH) favor the diagnosis of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (TDAH). The research was of a qualitative type and developed under the design of the grounded theory of Strauss and Corbin (2002) who describes three phases to develop it: description, conceptual ordering and theorizing. The description phase was performed with the analysis of 12 studies reporting emotional characteristics in children with ADHD; the conceptual ordering phase was carried out through inductive processes that led to the identification of emotional characteristics of ADHD; The theorizing phase was carried out by contrasting the emotional characteristics identified with the emotional indicators of the Koppitz Human Figure test (2006) and the diagnostic criteria of DSM-5 in order to identify the emotional indicators of HFD that contribute to the diagnosis of ADHD. The results showed that the emotional indicators of HFD favor the diagnosis of children with TDAH, especially if these are analyzed from the emotional characteristics that define it, that is, emotional dysregulation, social rejection, anxiety and anguish, devaluation and demotivation. The emotional indicators of HFD are not focused on directly describing observable behavior, but on those emotional aspects that trigger it.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD emotional characteristics, DFH emotional indicators.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CARÁTULA	i
ASESOR DE TESIS	ii
JURADO EXAMINADOR.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE FIGURA	xi
INTRODUCCIÓN	xii
I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1 Aproximación temática	13
1.1.1. Antecedentes de investigación	14
1.1.2. Marco teórico referencial	17
1.1.3. Contextualización	33
1.1.4. Supuestos teóricos.	34
1.2. Formulación del problema de investigación	34
1.2.1. Problema general	34
1.2.2. Problemas específicos.....	35
1.3. Justificación.....	35
1.4. Relevancia.....	35
1.5. Contribución	35
1.6. Objetivos	36
1.6.1. Objetivo General.....	36
1.6.2. Objetivos Específicos.....	36
II. MARCO METODOLÓGICO.....	37
2.1. Hipótesis de la investigación	37
2.1.1. Hipótesis general	37
2.1.2. Hipótesis específicas	37

2.2.	Tipo de estudio	37
2.3.	Diseño	38
2.4.	Escenario de estudio	38
2.5.	Caracterización de sujetos	39
2.6.	Plan de análisis o trayectoria metodológica.	39
2.7.	Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	40
2.8.	Rigor científico.....	40
2.9.	Aspectos éticos	41
III.	RESULTADOS	42
IV.	DISCUSIÓN	49
V.	CONCLUSIONES	54
VI.	RECOMENDACIONES.....	56
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	57
	ANEXOS	62
	Anexo 1: Matriz de consistencia	63
	Anexo 2: Instrumentos	64
	Anexo 3: Validación de instrumentos	87

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Preferencia temática infantil	20
Tabla 2.	Criterios diagnósticos según DSM-5	30
Tabla 3.	Características emocionales de desregulación emocional	42
Tabla 4.	Características emocionales de rechazo social.....	43
Tabla 5.	Características emocionales de desvalorización emocional.....	43
Tabla 6.	Características emocionales de ansiedad y angustia.....	44
Tabla 7.	Características emocionales de desmotivación.....	44
Tabla 8.	Indicadores emocionales del DFH para desregulación emocional	45
Tabla 9.	Indicadores emocionales del DFH para rechazo social.....	46
Tabla 10.	Indicadores emocionales del DFH para desvalorización emocional....	46
Tabla 11.	Indicadores emocionales del DFH para ansiedad y angustia.....	47
Tabla 12.	Indicadores emocionales del DFH para desmotivación.....	48

ÍNDICE DE FIGURA

Figura 1. Trayectoria metodológica de la teoría fundamentada.....	39
---	----

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por un decremento en la atención y un comportamiento hiperactivo-impulsivo. Además, los niños con este trastorno presentan alteraciones en procesos cognitivos, conductuales y emocionales que dificultan su adaptación social. Su diagnóstico requiere de ciertos procedimientos que implican evaluación clínica, aplicación de instrumentos psicométricos y hasta incluso valoración neurológica.

Uno de los aspectos que se ha criticado a estos métodos de evaluación es su énfasis en los aspectos cognitivos como objeto de estudio, cabe decir, que los criterios diagnósticos existentes se basan en la medición de los desempeños donde intervienen básicamente procesos mentales como la desatención por ejemplo. En otros casos se ha señalado a la conducta observable como respuesta a la impulsividad y la hiperactividad como principales descriptores. No obstante, existe características emocionales que forman parte de la psiquis infantil, que condicionan la manifestación de estos procesos mentales y la conducta y bien podrían constituir también como indicadores diagnósticos.

Una de las técnicas que exploraran el estado emocional del niño es el Test de la Figura Humana de Koppitz (DFH), el cual es un test proyectivo cuya técnica fue estandarizada y validada en diversos escenarios de evaluación y ha evidenciado una fuerte tendencia de uso para explorar estados emocionales en los niños. Los estudios sobre DFH y TDAH, se han basado en diseños de corte descriptivo comparativo, buscando hallar aquellos indicadores o rasgos emocionales que se hallan presentes solo en los niños con TDAH; sin embargo, ninguno ha explorado la utilidad de estos indicadores emocionales para identificar los casos de DFH, finalidad que persigue el presente estudio.

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Aproximación temática

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno de origen neurobiológico complejo y heterogéneo caracterizado por un cuadro sostenido de desatención y/o hiperactividad-impulsividad que resulta más frecuente y grave que lo observado en cualquier niño. Dada su característica, el TDAH afecta a una alta tasa de niños en edad escolar, lo que trae consecuencias desfavorables, no solo en el proceso de enseñanza-aprendizaje, sino también en el desenvolvimiento personal, ya sea en escenarios familiares o sociales.

Su prevalencia en el mundo es del 5% aproximadamente considerando los criterios diagnósticos del DSM-IV (Hidalgo y Sánchez, 2014) y afecta a niños, adolescentes y adultos (De la Peña, Palacio y Barragán, 2010), siendo más frecuente en varones que en mujeres con una proporción de tres a uno (Valdizán, Mercado y Mercado-Undanivia, 2007). En el Perú, según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, la prevalencia del TDAH era de 9.5 % en el año 2007 (Ministerio de Salud, 2019). Esto supone un gran número de niños en edad escolar afectados por el impacto negativo del TDAH que interfiere en su funcionamiento social, emocional y cognitivo que causa desventaja a nivel educativo y social.

Ello implica la necesidad de contar con el diagnóstico precoz del trastorno y de esa manera permitir su tratamiento oportuno. La evaluación actual que permite valorar la presencia de TDAH se basa generalmente en el análisis de la historia clínica; en escalas estandarizadas elaboradas a partir de los criterios diagnósticos del DSM en cualquiera de sus versiones, los cuales se adaptan para la observación directa de los niños o para recoger percepciones de los padres. Asimismo, se emplean test para valorar capacidad intelectual y funcionamiento cognitivo, siendo la más usada la Escala Weschler de Inteligencia, y diversas pruebas que evalúan los tres procesos atencionales: atención sostenida, atención selectiva y control de la acción. Asimismo, se emplean las pruebas de función ejecutiva de corte neuropsicológico que evalúan

los procesos que asocian ideas, movimientos y acciones y los orientan a la resolución de problemas (Álava, 2018).

Como se observa, los métodos de valoración siempre abordan aspectos neuropsicológicos y cognitivos, pero no toman en cuenta los aspectos emocionales concurrentes al trastorno. En ese sentido, cabe dar relevancia a otras técnicas de valoración, como es el caso de las técnicas proyectivas que permiten atender tanto a los síntomas clínicos como a las características de la estructura de su aparato psíquico, pensando así al niño en su unicidad para posibilitar un abordaje terapéutico a su medida (Blinder, Knobel, Siquier et al., 2008). Bajo esa línea, el dibujo infantil enriquece las posibilidades del psicodiagnóstico permitiendo acceder al mundo interno del niño (Siquier, García Arzeno y Grassano, 1987) y sobre ella, entender aquellos componentes afectivos que se hallan asociadas al TDAH y sobre ellas, proponer planes de tratamientos específicos.

1.1.1. Antecedentes de investigación

1.1.1.1. Internacionales

Ligeiro y Barrera (2019) realizaron una investigación tuvo como objetivo identificar posibles rasgos indicadores de TDAH en el dibujo de la figura humana. La investigación descriptiva comparativa considerando una muestra de 10 niños del nivel primaria con TDAH y 10 niños sin esa condición. A ambos grupos, se les aplica el DFH para luego, comparar su nivel de madurez cognitiva e indicadores emocionales. Los resultados muestran un menor rendimiento cognitivo de los pacientes con TDAH, así como una mayor presencia de indicadores emocionales y dificultades en la coordinación motora fina en el Grupo clínico, aunque sin alcanzar significación estadística, cabe decir, que el DFH no discrimina niños con TDAH y niños si esa condición clínica.

Ramírez (2013), realizó una investigación en Colombia para caracterizar indicadores emocionales por medio del Test de la Figura Humana en niños con diagnóstico de TDAH. La investigación fue de nivel descriptivo con diseño no experimental y transversal, siendo la muestra 150 niños entre 5 y 15 años que fueron diagnosticados con TDAH según criterios del DSM-IV. A dicha muestra,

se le aplica el DFH de Koppitz y los que resultados fueron valorados según edad, sexo y tipo de TDAH. Los resultados obtenidos en esta investigación resaltan que en el TDAH tipo combinado e hiperactivo impulsivo, el indicador emocional, más frecuente es la timidez, y para el TDAH Tipo inatento, la categoría destacada fue la del pobre autoconcepto.

Gómez (2013), realizó otro estudio en Colombia con el fin de analizar los indicadores emocionales del DFH de Koppitz y el test del Árbol de Hammer. La investigación fue de tipo cuantitativo, nivel descriptivo. La muestra se conformó con 60 niños de 8 a 12 años con diagnóstico de TDAH que asisten a una clínica infantil. Los resultados evidenciaron que el DFH es eficiente para describir el estado emocional de niños entre 6 a 8 años, mientras que para mayores a esa edad es mejor el test del árbol. Concluyeron señalando que los indicadores emocionales más prevalentes es el apocamiento y la timidez.

Zapata y Cifuentes (2017), realizaron una investigación con el fin de identificar similitudes y diferencias entre indicadores Koppitz (1984) e indicadores madurativos, evidenciados en una de las pruebas de ejecución gráfica. La investigación fue descriptiva comparativa considerándose una muestra de 34 estudiantes con TDAH y 34 sin TDAH a quienes se les aplicó el DFH de Koppitz. Los resultados mostraron diferencias significativas en el cociente intelectual de ambos grupos de estudio, mientras que los indicadores emocionales que describen a los niños con TDAH fue apocamiento, ira e inseguridad.

Duarte y Ferrer (2005) tuvieron el objetivo en su investigación, de comprobar la existencia de indicadores emocionales en una muestra de niños con TDAH para luego, comparar éstos con otro grupo de niños sin diagnóstico de TDAH. La investigación descriptiva comparativa, teniendo como muestra a 30 niños de entre 7 y 12 años con TDAH y 30 sin este diagnóstico, a quienes se les aplicó el test de la figura humana de Koppitz. Los resultados mostraron que aquellos indicadores presentes en los niños con TDAH son inclinación de la figura en 15° o más, figura pequeña, piernas juntas; lo que describirían rasgos como inestabilidad general, inseguridad, retraimiento, sentimientos de

inadecuación, yo inhibido, preocupación por las relaciones con el ambiente, tensión e intentos por controlar los impulsos.

1.1.1.2. Nacionales

En el Perú, no se han realizado estudios de traten sobre indicadores emocionales del DFH para que sirvan de descriptores diagnósticos para el TDAH; no obstante se han realizado investigaciones acerca de indicadores emocionales del DFH para describir otros trastornos relacionados al desempeño escolar y el funcionamiento familiar, lo que evidencia la factibilidad del uso de estos indicadores para facilitar el diagnóstico psicológico del TDAH.

Roque y Bustamante (2016) tuvieron como objetivo de su investigación relacionar los resultados del dibujo infantil con el desempeño emocional de niños de 5 años. La investigación fue de tipo básica y diseño correlacional, siendo la muestra 19 niños de ambos sexos. Los instrumentos fueron el test Casa-Árbol-Persona y La Figura Humana; aplicándose la observación sistematizada para evaluar el desempeño emocional. Los resultados mostraron que estos indicadores de los dibujos se relacionan con el desempeño emocional que presentan los estudiantes.

Alva (2018) por su parte investigó la relación entre la funcionalidad familiar e indicadores emocionales en escolares del nivel primario. La investigación fue cuantitativa de nivel relacional, y de carácter analítico. La muestra se conformó con 33 niños entre 6 y 12 años y sus padres. Para recolectar los datos se utilizó el "Test de Funcionamiento Familiar FF - SIL" López Nicolás (2003), y el test del dibujo de la Figura Humana (DFH) de Koppitz. Los resultados mostraron que el 39.4% de niños presentan indicadores emocionales de nivel bajo y viven en familias moderadamente funcionales, el 33.3% presenta indicadores emocionales de nivel bajo y viven en familias disfuncionales. El 24.2% presentan indicadores emocionales de nivel bajo y viven en familias funcionales. Solo el 3% no presento ningún indicador emocional y viven en familias moderadamente funcionales. Se concluyó que, no existe relación estadística entre funcionalidad familiar e indicadores emocionales.

1.1.2. Marco teórico referencial

1.1.2.1. *El dibujo infantil*

El dibujo infantil ha sido de investigación desde antes del siglo XIX y hasta la actualidad, aún es un campo fértil para la investigación, no solo para aquellos aspectos que la describen desde su formal y de contenido, cuyo estudio requiere mayor profundidad, sino desde los aspectos evolutivos del niño y los cambios generacionales que han devenido a propósito de la venida del siglo XXI con los consiguientes avances tecnológicos y comunicacionales que marcan el aspecto relacional de las interacciones sociales.

Según, López (2000) lo niños dibujan por tres razones: simbolizar, expresar y crear. La primera de estas razones, simbolizar, hace referencia al desarrollo de la capacidad intelectual del niño y fue abordada bajo la riguridad científica por Piaget (2016), planteando que el juego es el principal proceso de simbolización y el dibujo es un tipo de juego mediante el cual, el niño se aproxima al conocimiento del mundo desde tres etapas: imitación, juego simbólico y representación cognoscitiva. Por su parte, Estrada (1988), indicó que la simbolización permite al niño abrir su mundo interior hacia el exterior y la comparación del resultado con el estímulo que desencadena la acción de dibujar, le permite tener pautas de aprendizaje, pues implican la ejecución de determinadas operaciones mentales.

Por otro lado, la expresión del dibujo también tiene implícito los procesos de desarrollo emocional del niño, pues satisfacen necesidades innatas de expresión emocional y contribuyen a sostener una salud mental positiva. En este sentido, el dibujo es un fin sino un medio, pues a través de dicho canal se expresan temores, ansiedades, frustraciones u otra manifestación emocional que pueda constituirse en problema para el niño (Read, 1996; Richardson, 2011).

Para Lowenfeld y Lambert (2008), el dibujo más bien es base del desarrollo creativo en todos sus ámbitos. Para este autor, el dibujo infantil no representa la realidad objetiva, sino los sentimientos integrados al pensamiento y la percepción. Asimismo, manifestó que la base de la representación gráfica no es la imitación sino la autoexpresión y la autoadaptación pues lo importante,

no es solo la expresión de pensamientos, si no de la forma mediante el cual el niño se expresa.

Marín (1988), realizó un recuento de las principales tendencias en cuanto a comprensión del dibujo infantil luego de analizar la evidencia disponible hasta entonces, y la describe en términos de principios para los aspectos formales y características en los aspectos de contenido.

En cuanto a los aspectos formales, el análisis del dibujo infantil dejó de concentrarse en los errores presentados durante el proceso de elaboración, sino como una expresión de su psique interna, siendo el desafío conocer el lenguaje implícito que permita comunicarlos en términos de rasgos específicos de comportamiento dicha expresión gráfica. Esta tendencia dio pie a la construcción una serie de principios que brindan un curso específico al momento de interpretar el dibujo.

Principio de aplicación múltiple. Supone conocer que una misma forma puede representar diversos aspectos socioemocionales o funcionales, y solo el niño es capaz de identificarlos. Como señala Arnheim (2006), al representar la figura, esta se manifiesta de manera indiferenciada, luego se torna diferenciada al conocer la concepción del niño y la forma como organiza dicha representación.

Principio de la línea base. Señala la necesidad del niño de explicitar la línea de apoyo sobre las cuales situar sus representaciones, lo cual a su vez sirve para dividir dos espacios: tierra y cielo. Según Estrada (1988), esto sucede en la mayoría de las veces después de los 4 años, reduciendo su frecuencia conforme baja la edad hasta los dos años, donde generalmente no observan dibujos que cumplan este principio.

Principio de perpendicularidad. Se refiere a la relación que existe entre el objeto representado y la línea base que lo apoya no importando la orientación que tenga esta línea base. Esto último supone que, no importaría si el dibujo se presente inclinado, siempre y cuando exista perpendicularidad con el objeto.

Principio relacionado al tamaño. Está enfocado a aquellas partes del objeto que está representado en mayor proporción que el resto. Describiría la importancia que le da el niño a la porción del objeto que es representada diferenciadamente.

Principio de aislamiento. Se presenta al dibujar elementos similares como cabellos o manos, donde el niño prefiere dibujarlas una a una a cada cabello o dedo en lugar de representarlas en conjunto. Es decir, opta por una representación constitutiva aislada en lugar de hacerlo desde una organización general.

Principio del imperativo territorial. Implica la representación de cada objeto en un espacio específico y único; por lo que será difícil encontrar dibujos donde los diversos objetos se superponen, se crucen o se cubran mutuamente.

Principio de forma ejemplar. Se refiere a la tendencia mediante el cual niños eligen la mejor forma de representar el objeto de su dibujo. En dibujos con múltiples objetos, representara con mayor cuidado y esmero aquello al que le brinda mayor importancia, pese que ello signifique contradicción en la representación del dibujo en conjunto.

Principio de abatimiento. Se refiere a la perspectiva en el cual se representa el dibujo. Los elementos de naturaleza vertical (árbol, persona, casa, etc.) se dibujaran frontalmente, mientras que los de naturaleza horizontal se representarán desde “arriba” por lo que la perspectiva representada es más amplia.

Principio de simultaneidad. Se refiere a la perspectiva en el cual se representan cada elemento del dibujo. De esa manera, si el dibujo de la persona está de frente, los ojos, la nariz, las orejas, entre otros seguirán la misma perspectiva: Por otro lado, las manos y los pies tendrán que sufrir un giro específico para mostrarlas completas

Principio de rayos x. Se refiere a la tendencia de los niños a representar aspectos explícitos de algún objeto dibujado, de tal modo que, es posible observar elementos internos o externos de dichos dibujos.

En referencia a los aspectos de contenido o temáticas abordadas por los niños, la tendencia siempre ha sido por la figura humana, diferenciándose no más en la calidad de los trazos y la información revelada en las diversas etapas de la vida.

Al respecto, Estrada (1988), a partir de 1382 dibujos libres realizados por niños entre dos y nueve años encontró la siguiente tendencia:

Tabla 1.
Preferencia temática infantil

2-3 AÑOS	%	4-5-6 AÑOS	%	7-8-9 AÑOS	%
Figura humana	22,93	Figura humana	69,61	Figura humana	80,88
Sol	17,17	Sol	65,25	Sol	54,53
Coches	8,22	Casas	55,87	Arboles en general	50,11
Casas	7,60	Nubes	43,90	Nubes	47,45
Arboles en general	5,68	Arboles en general	41,02	Casas	39,97
Lluvia	2,30	Pájaros en general	30,34	Pájaros en general	30,79
Nubes	2,00	Flores en general	24,20	Césped	21,92
Flores en general	1,40	Coches	9,77	Flores en general	21,20
Patos	0,56	Aviones	9,58	Montañas	19,94
Pájaros en general	0,28	Césped	8,13	Coches	16,26
Aviones	0,28	Estrellas	7,78	Ríos	10,93
Césped	0,28	Banderas	7,77	Estrellas	10,77
Trenes	0,28	Lluvia	7,06	Banderas	9,23
Camiones	0,28	Castillos	6,51	Perros	8,83
Frutas	0,28	Barcos	6,50	Caminos	8,48
Pelotas	0,28	Nieve	5,61	Sombreros	7,96
Señales de tráfico	0,28	Mariposas	5,41	Frutas	7,43
Antenas T.V.	—	Frutas	5,23	Vallas (cercados)	7,07
Arco iris	—	Montañas	4,33	Mesas	7,07
Balcones	—	Vallas (cercados)	4,15	Aviones	6,91

Fuente: Marín (1987, p. 11)

1.1.2.2. Etapas graficas del desarrollo del dibujo infantil

Quiroga (2007), realiza una descripción de las diferentes etapas del desarrollo del dibujo infantil tomando como referencia a diversos autores que se han manifestado al respecto y que en sí presentan propuestas con lógicas y secuencias diferentes, con la idea de uniformizarlas. Advierte además que, este ordenamiento no sigue una secuencia rígida sino que se presenta diferenciadamente en los niños.

1.1.2.2.1. Etapa de los garabatos.

Se inicia desde los 18 meses y termina a los 4 años aproximadamente y la función principal es la representación de un objeto a través del dibujo. Para Lowenfeld (Lowenfeld y Lambert, 2008), esta etapa tiene tres sub-etapas: (a) garabateo desordenado, de 18 a 24 meses, cuyo fin es solo la expresión psicomotora y se manifiesta con trazos amplios y sin opción de reproductibilidad pues no hay control muscular ni coordinación visomotora; no obstante, el niño vivencia satisfacción durante la acción señalada; (b) garabateo controlado, de los 24 meses hasta los años y medio el niño se ha haciendo consciente de la vinculación entre su movimiento y el trazo, razón por el cual ya existe mayor

control visual y coordinación; ya comprende la noción de copia pero aún, no consigue tener éxito. Hay intencionalidad y por ello, se muestra más concentrado en la tarea invirtiendo la energía requerida para ello; (c) garabateo con nombre, de los 3 años y medio hasta los 4, el niño comienza a vincular su trazo con una realidad observada en el exterior iniciando el desarrollo de la capacidad imaginativa y por ello, le pone nombre al dibujo.

Por su parte, Kellogg refiere que, el dibujo infantil tiene estructura definida desde el principio y no necesariamente se inician como una experiencia psicomotora, pues toda expresión gráfica del niño tiene significado para el niño. Lo que hace es agregar elementos al dibujo inicial con el ánimo de acercarse a la representación original que mantiene en su mundo interno y no necesariamente concuerdan con las del mundo exterior. El desarrollo de estas estructuras inicia con garabatos básicos, para luego constituir patrones de disposición y diagramas. Los garabatos básicos y los patrones de disposición se realizan antes de los dos años; los diagramas son después de los dos o tres años evolucionando desde formas definidas hacia otras a partir de combinaciones y agregados que se observan a partir de los cuatro años.

1.1.2.2.2. Etapa pre esquemática.

Corresponde de los cuatro a los siete años; siendo lo más relevante de esta etapa la existencia de conciencia al crear las formas y la intención de conectarse con el contexto en el que se encuentra a través del dibujo. Es por ello, que representaciones muestran objetos del ambiente o la imaginación del niño; justamente es por esto último que, los dibujos pueden presentarse en desorden, pues su relevancia se haya en la subjetividad del niño y no necesariamente, corresponde a la realidad del objeto representado.

A los cuatro años, el niño ejecuta figuras que son fácilmente reconocibles y a los seis, ya representan correctamente diversos temas. El curso evolutivo de esta etapa es explicada diferenciadamente entre Kellogg y Lowenfeld; mientras que para Kellogg, la etapa es el continuo del anterior con la diferencia de que ya dejan de estar vinculados al aspecto psicomotor para constituirse en comportamientos controlados, para Lowenfeld (Lowenfeld y Lambert, 2008)

simplemente, es la aparición de una nueva capacidad en el niño, el cual es la creación consciente de la forma.

En esta etapa, el color todavía no está relacionado al modelo sino a la preferencia, estableciéndose una relación emocional con determinados colores (Lowenfeld); lo mismo puede establecerse con los objetos representados.

En esta etapa, la figura humana es representada como monigote (un círculo donde le salen pies y brazos). Existe un modelo interno para el niño y no importa los ensayos a los que pueda exponerse siempre dibujará a su modo, ignorando los modelos presentados.

1.1.2.2.3. Etapa esquemática.

Durante esta etapa, el niño desarrolla características más definidas sobre espacios concretos como suelos o cielos. Usualmente, las representaciones son mediante esquemas, por lo que sus imágenes resultan más rígidas que las producidas en etapas anteriores. El esquema se produce de manera pura sin ninguna alteración intencionada, más si esta alteración se produce de manera intencionada, se estaría comunicando algo importante para el niño.

Lo que sucede es que el esquema representa el conocimiento activo de un objeto, y su cambio y modificación temporal expresarían su experiencia y sus modificaciones cognitivas y emocionales respecto a ese objeto. Según, Lowenfeld (Lowenfeld y Lambert, 2008), estos cambios pueden presentarse mediante exageraciones de partes importantes, supresión de partes no importantes, cambios de símbolos para partes altamente significativas.

Según, Lowenfel (Lowenfeld y Lambert, 2008), en esta etapa las formas ya no tienen relación con la imaginación sino con los conceptos recogidos en la interacción social. No obstante Kellogg sigue dándole importancia al aspecto interno durante la representación.

La representación de la figura humana, sigue los principios del esquema y así se conoce en esta etapa como de esquema humano. Los símbolos que utilizan son diferentes en cada niño y van evolucionando igual que, el resto de los esquemas de representación. A esta edad, el esquema de un hombre debe de reconocerse con facilidad, habitualmente habrá una separación clara de las

diferentes partes del cuerpo, y muchos detalles en cada parte, como dedos, ropa, cuello, y detalles de los vestidos. El esquema puede ser simétrico o de perfil.

1.1.2.2.4. Etapa realista.

En esta etapa, el niño tiene la necesidad de hacer una traspolación fiel de la realidad que se quiere dibujar. Aparece también la profusión de detalles, y el orden en el dibujo. Ya no existe la necesidad de explicar, el propio dibujo ha de expresarse por sí mismo, comienza la preocupación por los aspectos más formales del dibujo, la perspectiva, las proporciones, la cercanía a lo figurativo o la profundidad.

El niño a esta edad comienza a tener una clara preocupación respecto a su mundo social, y este interés que se hace prioritario en esta época de la vida, se expresa también en sus dibujos. Va tomando cada vez más una plena consciencia de su mundo real, y eso junto con el mayor dominio de la representación, le sitúa en un conflicto paralelo al que convive hoy en el arte moderno, repetido incansablemente por sus críticos (Lowenfeld y Lambert, 2008).

En la figura humana, se observa el interés por expresar características ligadas al género, con ello se unifican las dos tendencias, uso de detalles, y diferenciación de figura humana, además de expresar el desarrollo sexual preadolescente.

1.1.2.3. El dibujo de la figura humana en población infantil

El dibujo de la figura humana (DFH), es una técnica ampliamente utilizada en la evaluación psicológica infantil para estimar la madurez intelectual y los aspectos emocionales de los niños. La producción gráfica es una importante vía de expresión, ya que a la mayoría de los niños les place y de ahí su preferencia.

Al ser una técnica simple el DFH es un medio potente para obtener información sobre quien lo realiza. Al respecto Koppitz (1989) señaló: “el valor particular del DFH radica justamente en su sensibilidad para detectar los cambios en el niño, los cuales pueden ser evolutivos y/o emocionales” (p. 18). Por ello, se dice que la autora comparte los planteamientos de Kellogg (1979) cuando señala que la estructura del dibujo está determinada por la edad y el nivel de

maduración. Mientras su estilo peculiar refleja las actitudes y preocupaciones del niño en un momento dado, todo lo cual cambiará con la maduración y la experiencia. Según esto, la manera como el niño dibuja su figura refleja también, el concepto que tiene de sí mismo.

La principal exponente del DFH como prueba del desarrollo es Goodenough (1926), quien desarrolló una técnica para evaluar la maduración intelectual en el DFH. Harris (1963) revisó y extendió sus trabajos aportando nuevos datos. Para esta autora, el dibujo es un índice del nivel conceptual del niño, es decir, de su habilidad para formular conceptos de abstracción creciente (Harris, 1963). En este sentido, se ha demostrado que los ítems del DFH que evalúan desarrollo evolutivo ocurren en mayor frecuencia con la edad y maduración del niño y no con el aprendizaje escolar o la aptitud artística (Casullo, 1988; Koppitz, 1989).

En cuanto al uso del DFH como test proyectivo, uno de sus principales exponentes es Machover (1949), quien formuló valiosas hipótesis de orientación psicoanalítica para interpretar los dibujos en cuanto a la dinámica de la personalidad. Sin embargo, Koppitz (1989) al criticar los planteamientos de Machover apunta a que no trabajó con niños, ni propuso un sistema de tabulaciones y no ofreció resultados de investigaciones que confirmen sus datos.

A partir del trabajo desarrollado por Machover (1949) y de Hammer (1958), Koppitz se identificó y validó a un total de 30 signos que sirvieron de indicadores de perturbación emocional, desarrollando un método para su interpretación clínica y relacionándolos con síntomas de conducta. Según Koppitz, los indicadores emocionales son signos del DFH que pueden diferenciar a los niños con y sin problemas emocionales, que son inusuales en niños normales y que no se relaciona con la edad ni la maduración. La presencia de dos o más indicadores emocionales en un dibujo siempre reflejará algún tipo de perturbación emocional y relaciones interpersonales insatisfactorias.

Al revisar la bibliografía actual, se ha observado que el DFH es una de las técnicas de evaluación psicológica ampliamente utilizada en diversas investigaciones con niños y jóvenes. Se emplea para estudiar niños con problema de conductas (Barros e Ison, 2002), con problemas de salud (Castro y

Moreno, 2010), con trastornos psicopatológicos (Brizzio, López y Luchetti, 2012), y con diversos problemas relacionados al TDAH (Ligeiro y Barrera, 2019; Ramírez, 2013; Gómez, 2013; Zapata y Cifuentes, 2017), lo que evidencia su importancia para la clínica y la investigación.

1.1.2.4. Indicadores emocionales del Test de Figura Humana de Koppitz

Siguiendo a Koppitz (2006) se presenta a continuación los 30 indicadores emocionales identificados por ella con su respectiva interpretación:

Integración: A partir de los 7 años. El indicador se asocia a uno de los siguientes factores: inestabilidad, personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad. Parece indicar inmadurez como resultado de retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debido a serias perturbaciones emocionales o a todas en conjunto.

Sombreado de la cara: 5 a 12 años. Niños agresivos y con experiencia de robo. El sombreado total se asocia a perturbación emocional, ansiedad excesiva y concepto pobre de sí mismo. EL sombreado parcial indica ansiedad específica relacionada a la parte de cara que ha sido sombreada. El sombreado de la parte inferior de la cara expresa preocupación del niño por su lenguaje.

Sombreado del cuerpo y/o extremidades: A partir de los 8 en niñas y 9 en los niños. El sombreado en general expresa ansiedad manifiesta. El sombreado del cuerpo indica problemas psicósomáticos y conductas de robo. El sombreado de brazos indica sentimientos de angustia relacionada a alguna actividad real o fantaseada en la que intervienen sus brazos.

Sombreado de las manos y o cuello: A partir de los 8 en niñas y 9 en los niños. Conductas de robo, timidez y agresividad. Angustia relacionada a alguna actividad real o fantaseada en la que intervienen sus manos. El sombreado del cuello indica esfuerzo por controlar los impulsos o control precario o rígido de los mismos.

Asimetría: Asociado a coordinación pobre e impulsividad. Antecedentes de disfunción neurológica

Figura inclinada: 15° o más de inclinación. Sistema nervioso inestable o una personalidad lábil, sobre todo sugiere que al niño le falta una base firme. Timidez, agresividad, problemas psicosomáticos y robo.

Figura pequeña: Extrema inseguridad, retraimiento y depresión. Sentimientos de inadecuación, un yo inhibido, preocupación por las relaciones con el ambiente y sobre todo depresión.

Figura grande: 23 cm., a más. A partir de los 8 años. Expansividad, inmadurez y controles internos deficientes. Inmadurez y organicidad.

Transparencia: Inmadurez, impulsividad y conducta actuadora. Ansiedad y preocupación por la región particular del cuerpo revelada por la transparencia. De la misma manera, indica angustia, conflicto, o miedo agudo, por lo común con respecto a lo sexual, el nacimiento o mutilación corporal.

Cabeza pequeña. Sentimientos intensos de inadecuación intelectual.

Ojos bizcos: Hostilidad hacia los demás, reflejo de ira y rebeldía, No puede o no quiere ajustarse a los modos esperados de comportarse.

Dientes: Signo de agresividad

Brazos cortos: Dificultad para conectarse con el mundo circundante y con las otras personas. Parece estar asociado con la tendencia al retraimiento, al encerrarse dentro de sí y a la inhibición de los impulsos. Timidez, falta de agresividad o de liderazgo.

Brazos largos: Inclusión agresiva en el ambiente, necesidades agresivas dirigidas hacia afuera. Búsqueda de amor y afecto, conexión con los demás.

Brazos pegados al cuerpo: Control interno bastante rígido y dificultad para conectarse con los demás.

Manos grandes: Impulsividad agresiva en las que están implicadas las manos, ya sea mediante la agresión o el robo.

Manos seccionadas: (brazos sin manos). Sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente o por la incapacidad para actuar.

Piernas juntas: tensión, rígido intento por controlar sus propios impulsos sexuales o temor a sufrir ataque sexual.

Genitales: (o símbolo del mismo). Aguda angustia por el cuerpo y control pobre de los impulsos.

Monstruo: Sentimientos de intensa inadecuación y un muy pobre concepto de sí mismo. Si dibuja payasos, historietas o figuras de aspecto tonto refleja desprecio, hostilidad hacia sí mismo.

Tres o más figuras: capacidad limitada, privación cultural y compromiso cerebral. Carecen de sentimientos de identidad. Dificultad para funcionar independientemente.

Nubes, lluvia y nieve: Ansiosos con dolencias psicósomáticas. Dirigen su agresión hacia sí mismo. Percepción de sentirse amenazado por el mundo adulto.

Omisión de ojos: Aislamiento social. Tendencia a negar sus problemas, rechazo frente al mundo y escape en la fantasía. Escaso interés social.

Omisión de nariz: Conducta tímida y retraída con ausencia de agresividad manifiesta. Escaso interés social. Sentimiento de inmovilidad e indefensión, una incapacidad de progresar, avanzar con aplomo.

Omisión de boca: Sentimientos de angustia, inseguridad y retraimiento inclusive resistencia pasiva. Rechazo a comunicarse con los demás. Miedo, angustia, perfeccionismo y depresión.

Omisión de cuerpo: retraso mental, inmadurez severa debido a retraso evolutivo, o perturbación emocional con aguda ansiedad por el cuerpo y angustia de castración.

Omisión de brazos: Ansiedad y culpa por conductas sociales inaceptables que implican los brazos o las manos. Culpa y angustia por roo más que por depresión.

Omisión de piernas: Intensa angustia e inseguridad.

Omisión de pies: 8 años en las niñas y 10 en los niños. Inseguridad y desvalimiento. Timidez.

Omisión de cuello: 10 años para las niñas y 11 para los niños. Inmadurez, impulsividad y control internos pobres. Falta de control racional y pobre coordinación de los impulsos y la conducta.

1.1.2.5. El trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo caracteriza por presentar déficit atencional, hiperactividad e impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. Déficit atencional hace referencia a la dificultad del niño para mantener la atención sostenida durante cierto tiempo; hiperactividad a la excesiva actividad motora; e impulsividad a las dificultades para controlar la conducta (Duñó, 2014). Estos síntomas se inician en la infancia y no puede atribuírsele a algún compromiso neurológico, ya sea a nivel sensorial, de lenguaje o retraso pues están asociadas fundamentalmente déficit en el autocontrol (Barkley, 1990) o déficit en la autorregulación (Miranda, Presentación y Soriano, 2002). Según, el DSM-5, el trastorno tiene un componente neurobiológico con presentaciones clínicas variables y cuyo se halla diferenciada evolutivas (Carpio, 2017). Los síntomas del TDAH causan un deterioro funcional significativo que conduce con frecuencia a una baja autoestima y además, tiene una influencia negativa en el desarrollo emocional que se presenta en diferentes niveles de intensidad o duración (Barkley, 1991).

Siguiendo a Duñó (2014), el desarrollo histórico del TDAH ha tenido hasta el momento cuatro periodos. El primero, describe los orígenes del síndrome donde se describe su cuadro clínico preliminar (inatención, niño hiperactivo, niño inestable, describiendo su etiología desde el punto de vista neurobiológico y ambiental, donde George Still describe la primera descripción conocida en 1902 asumiéndolo como defecto en el control moral.

En el segundo periodo, se incidió más en la búsqueda de su etiología incidiendo en su base neurológica, la constitución emotiva y los condicionamientos sociales.

En el tercer periodo, se hace mayor énfasis al aspecto neurológico al denominarla como daño cerebral mínimo; no obstante su falta evidencia hizo que se dejara de usar.

En el cuarto periodo, tanto la CIE como el DSM-II utilizan la denominación de Síndrome hiperkinético de la infancia y Trastorno por déficit de atención e hiperactividad respectivamente; y en donde los síntomas de desatención, hiperactividad e impulsividad empezaron a reconocerse como la sintomatología principal del trastorno.

Posteriormente, se incidió más en la clasificación del trastorno; en el DSM-III se presentó el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y en el DSM-IV se subdividió los síntomas del TDAH en categorías de desatención, hiperactividad e impulsividad y describió el subtipo combinado.

En el DSM-V se han sustituido los “subtipos” anteriormente utilizados, por “presentaciones clínicas” que pueden cambiar en su presentación o manifestación a través del ciclo vital, dando mayor importancia al nivel evolutivo para su descripción.

Los criterios clínicos para el diagnóstico del TDAH según el DSM-5 los mencionamos a continuación en la tabla 2:

Tabla 2.
Criterios diagnósticos según DSM-5

A. Un patrón persistente de falta de atención y / o de hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, tal como se caracteriza por (1) y / o (2)

(1). Desatención

Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una frecuencia e intensidad que es incompatible con el nivel de desarrollo y que tienen un impacto directo en las actividades sociales y académicas/ profesionales.

- a. Con frecuencia falla en prestar atención suficiente a los detalles o comete errores tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades (por ejemplo: pasa por alto detalles o el trabajo es erróneo).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (por ejemplo, en el aula, conversaciones, conferencias o para lecturas largas).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo: su mente parece estar en otros temas, incluso en la ausencia de cualquier distracción evidente).
- d. Con frecuencia no sigue instrucciones y no termina el trabajo escolar, y en el lugar de trabajo, comienza las tareas, pero pierde rápidamente la atención.
- e. Con frecuencia tiene dificultades para organizar tareas y actividades, mantener los materiales en orden. En trabajos son desordenados; con mala gestión del tiempo; no cumple los plazos.
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o es reacio a realizar tareas que requieren un esfuerzo mental, por ejemplo: tareas escolares; para >17 años, la elaboración de informes, formularios, completar o revisar documentos largos).
- g. Con frecuencia pierde objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo: materiales escolares, libros, herramientas, carteras, llaves, documentos, gafas o teléfonos móviles).
- h. Con frecuencia se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes (para >17 años puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia es olvidadizo en las actividades diarias (por ejemplo: tareas, hacer recados; para >17 años, devolver las llamadas, pagar facturas, acudir a las citas).

(2). **Hiperactividad e impulsividad.** Seis (o más) de los siguientes síntomas han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es incompatible con el nivel de desarrollo y que tienen repercuten negativamente en las actividades sociales y académicas/ocupacionales.

Síntomas de hiperactividad

- a. Con frecuencia se agita, golpea las manos o los pies, o se retuerce en su asiento.
- b. Con frecuencia se levanta de su asiento en situaciones en que se espera que permanezca sentado como en el aula, oficina o en otras situaciones que requieren permanecer sentado.
- c. Con frecuencia corre o salta en situaciones en que es inapropiado hacerlo, (en > 17 años puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- d. Con frecuencia es incapaz de jugar o participar en actividades de ocio en silencio.
- e. Con frecuencia “está en movimiento” actuando como si fuese impulsado por un motor, no está cómodo en restaurantes reuniones y es visto por los demás como difícil de seguir.
- f. Con frecuencia habla en exceso

Síntomas de impulsividad

- g. Con frecuencia da respuestas antes de que se haya completado la pregunta.
- h. Con frecuencia tiene dificultades para guardar turno como mientras espera en fila.
- i. Con frecuencia interrumpe o se entromete en las actividades de otros como en conversaciones o juegos o ocupaciones, puede empezar a utilizar las cosas de los demás o las coge sin pedir permiso; (para adolescentes o adultos >17 años, pueden querer tomar el control de lo que otros están haciendo).

Nota: Los síntomas no son únicamente una manifestación de la conducta de oposición, desafío, hostilidad o falta de comprensión de las tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 años o más) se requieren, al menos, cinco síntomas para cada área.

B. Algunos síntomas de desatención o de hiperactividad-impulsividad estaban presentes antes de los 12 años.

C. Varios síntomas de desatención o de hiperactividad-impulsividad están presentes en dos o más ambientes (p. ej., en la casa, escuela o en el trabajo, con amigos, familiares o en otras actividades).

D. Existir pruebas claras de que los síntomas interfieren con o reducen la calidad de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no se producen exclusivamente en el curso de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno de estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, un trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia por sustancias).

Fuente: DSM-5. APA (2013) adaptada por Carpio (2017)

1.1.2.6. Alteraciones emocionales en niños con TDAH

Los distintos modelos teóricos que explican el funcionamiento de los niños con TDAH siempre han sido a nivel cognitivo dejando de lado el aspecto emocional para su explicación (Albert, López, Jaén y Carretié, 2008).

De ese modo, se tiene principalmente el modelo de Barkley (1997), que incide en el control inhibitorio como principal causa de la TDAH pues es lo que causaría sobrecarga de trabajo de la memoria de trabajo, lo que imposibilita el mantenimiento de información en la mente y usarla para mantener los objetivos subyacentes a una tarea sin la interferencia de estímulos externos. Incluso a este modelo puede agregársele, el modelo de autorregulación propuesto por Rapport, Chung, Shore e Isaacs (2001), quienes señalaron que el sustrato neurobiológico, en interacción con las demandas del entorno es lo que produciría una demanda adicional sobre el ejecutivo central de la memoria de trabajo que juega un papel de gran relevancia en la organización de la conducta y los déficits inhibitorios. Como se observa, ambas perspectivas no toman en cuenta los aspectos afectivos para la configuración del trastorno, ni explica sus manifestaciones en dichos términos.

Albert, López, Jaén y Carretié (2008) han reconocido que los niños con TDAH tienen problemas en las habilidades que forman la competencia emocional: reconocimiento (expresiones faciales emocionales y prosodia afectiva), regulación (dificultades para modular sus emociones, especialmente cuando éstas son negativas), y expresión de las emociones. Al respecto, Rodrigo, Pérez y Cejudo (2017), evidenciaron que el reconocimiento emocional de expresiones faciales está afectado en los niños con TDAH, principalmente el reconocimiento de emociones negativas como la ira, miedo y asco.

Por su parte, indicó que en los niños con TDAH las dificultades más relevantes se encuentran en el control de las emociones, la motivación intrínseca, la identificación visual y reconocimiento de emociones ajenas, especialmente si estas son negativas. También, García y Hernández (2010), reportaron que altos niveles de ansiedad y deterioro de la motivación y autoestima caracterizan a los niños afectados con TDAH. En esa línea, Bakker y Rubiales,

2012), reportaron también que, los niños con diagnóstico de TDAH presentan un autoconcepto general más bajo, sobre todo en la dimensión emocional y familiar.

Como se observa, existe evidencia que las manifestaciones del TDAH se presentan no solo a nivel cognitivo sino también a nivel emocional, desde características psicológicas complejas como la competencia emocional, la autoestima o el autoconcepto hasta otras más puntuales como la ansiedad, el reconocimiento de emociones ajenas, dificultades para modular emociones, entre otras.

1.1.3. Contextualización

La investigación se realiza de un marco global, toda vez que la evidencia recogida que sirve de base para describir las características emocionales de los niños con TDAH proviene de investigaciones realizadas en diferentes puntos del mundo. Se amplía el marco espacial en medida que la mayoría de estudios locales y latinoamericanos se concentran en el estudio de los aspectos cognitivos del TDAH dejando de lado las de corte afectivo, que es la línea que orienta la presente investigación.

Si bien el análisis se realiza considerando criterios actuales de diagnóstico del TDAH, los referentes teóricos y empíricos provienen de investigaciones realizadas en los últimos diez años, cabe decir, del 2010 hasta la actualidad. Esto conlleva a señalar periodos en que se halla en vigencia los criterios diagnósticos CIE-10 y DSM-IV-TR o DSM-5, de la OMS y del APA respectivamente.

El estudio del TDAH ha seguido un curso evolutivo sostenido desde el año 1902 donde apareció la primera descripción conocida con una comprensión ligada al control moral, para luego incursionar en explicaciones de tipo neurológico y neuropsicológicas a lo que posteriormente, se añadieron componentes contextuales para después clasificarlas como se conoce hoy en día solo que cada vez con mejores especificaciones para su diagnóstico diferencial. Actualmente, los estudios se concentran en aspectos cognitivos del TDAH generándose la necesidad de explorar aspectos afectivos para comprender su etiología y curso que favorezca un diagnóstico más útil para el tratamiento.

El estudio contribuye a las políticas de inclusión social y educación básica para todos. Se concibe que los niños con TDAH no tienen la condición de discapacitados sino que es el medio social quien los discapacita al no ofrecerle las condiciones necesarias para desarrollar sus capacidades. Bajo esas condiciones no es posible acceder a un sistema educativo en las mismas condiciones de otros, negando claramente el principio de las diferencias individuales, pues cada niño es un ser único que debe ser formado en su integralidad y no desde perspectivas fragmentistas que lo único que hace es discriminar,

1.1.4. Supuestos teóricos.

La investigación parte de dos premisas que orientan su desarrollo. La primera es que existen componentes emocionales que describen y que contribuyen a determinar el diagnóstico del TDAH. Segundo, que las técnicas proyectivas de diagnóstico psicológico ofrecen un método válido para identificar niños con TDAH, sobre todo el test de la figura humana.

Por tanto, el supuesto teórico de la investigación propone que existen indicadores emocionales del Test de la Figura Humana (DFH) que contribuyen al diagnóstico del TDAH. Comprobar ello, requiere en principio analizar aquellas características emocionales que describen a los niños con TDAH; luego, identificar y contrastar estas características emocionales con cada una de los indicadores emocionales del DFH, a fin de proponer una lista de indicadores emocionales que contribuyan al diagnóstico del TDAH.

1.2. Formulación del problema de investigación

El problema de investigación está formulado a través de la siguiente pregunta de investigación:

1.2.1. Problema general

- ¿Pueden los indicadores emocionales del Test de Dibujo de la Figura Humana (DFH) favorecer el diagnóstico de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características emocionales que describen a los niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?.
- ¿Cuáles son indicadores emocionales del DFH que contribuyan al diagnóstico de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?

1.3. Justificación

La tesis se justifica en medida que aborda un tema ampliamente estudiado en el mundo debido a su impacto en la vida de los niños, que dada a su edad se encuentran en pleno proceso de desarrollo psicosocial. Por otro lado, busca contribuir en un campo relativamente nuevo y pocas veces estudiado con respecto al TDAH, el aspecto afectivo, porque aún no queda completamente claro que su etiología obedece únicamente a factores netamente neurobiológicos o contextuales, cuando es posible que sus manifestaciones obedezcan condiciones más subjetivas que solo se hallan en la mente del niño.

1.4. Relevancia

La investigación adquiere relevancia e importancia debido a la alta prevalencia del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad - TDAH en población infantil. Utilizando los criterios del DSM-IV la prevalencia se sitúa entre el 3-7% (5%). Con la CIE-10 la prevalencia es del 1,5% y los cuadros son más severos, similares a las formas combinadas del DSM-IV (Hidalgo y Sánchez, 2014), lo cual estaría afectando el normal desenvolvimiento en él, ámbito escolar del niño, lo cual se evidencia en los resultados desalentadores que se obtiene en los estudiantes, cuando se les evalúa sus competencias formativas desde una perspectiva integral biopsicosocial.

1.5. Contribución

La principal contribución de la investigación se orienta hacia la tarea diagnóstica del psicólogo, ya sea en el campo clínico como educativo. Actualmente, el diagnóstico requiere de valoración clínica, pruebas psicológicas y pruebas a nivel neurológico, lo que complejiza su identificación. Por otro lado,

en el campo educativo se le confunde mucho con la conducta disruptiva, lo que dificulta su intervención oportuna dentro de la escuela. Con los criterios diagnósticos sobre la base de indicadores emocionales del DFH se contará con una herramienta sencilla que permitirá identificar niños con este trastorno para luego proseguir con la intervención psicológica.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo General

- Identificar indicadores emocionales del Test de Dibujo e la Figura Humana (DFH) que favorecen el diagnóstico de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

1.6.2. Objetivos Específicos

- Analizar y establecer características emocionales que describen a los niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
- Analizar y establecer indicadores emocionales del DFH que contribuyan al diagnóstico de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Hipótesis de la investigación

La hipótesis de investigación se formula en los siguientes términos:

2.1.1. Hipótesis general

- Existen indicadores emocionales del Test de la Figura Humana (DFH) que favorecen el diagnóstico de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

2.1.2. Hipótesis específicas

- Existen características emocionales que describen a los niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
- Existen indicadores emocionales del DFH que contribuyan al diagnóstico de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

2.2. Tipo de estudio

El paradigma de investigación es interpretativo, pues se considera a los significados implícitos y explícitos sobre el objeto como fuente del conocimiento (Tójar, 2006) y en razón a ello, se concibe que los seres humanos no descubren el conocimiento, sino que lo construyen (Sandín, 2003).

Es un tipo de investigación con enfoque cualitativo por que utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar el proceso de interpretación (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p. 8). Según Jiménez (2000), la investigación cualitativa parte del supuesto básico que el mundo está construido de significados y símbolos. De ahí, que la intersubjetividad sea una pieza clave de la investigación cualitativa punto de partida para captar estos significados.

El desarrollo de la investigación no requiere de la medición numérica, sino de la sistematización de hallazgos para proveer de significados que permitan la

comprensión de los indicadores emocionales como criterios de diagnóstico del TDAH.

2.3. Diseño

El diseño aplicado para la investigación es la teoría fundamentada. Según, Strauss y Corbin (2002) la teoría fundamentada se refiere a la teoría derivada de datos recopilados de maneras sistemáticas y analizadas por medio de un proceso de investigación con el fin de obtener un conocimiento y aumentar la comprensión del fenómeno. Su planteamiento básico es que las proposiciones teóricas surgen de los datos obtenidos en la investigación, más que de los Estudios previos.

En este caso, los conocimientos requeridos (teorías) son dos: características emocionales que describan el TDAH e indicadores emocionales del DFH para identificar TDAH. En el primer caso la teoría surge de la información recopilada de estudios relacionados; y en el segundo caso, de los datos son obtenidos tras la contratación de lo obtenido en la primera etapa con los índices diagnósticos del DFH.

El método utilizado es el inductivo pues a partir de ella descubre teorías, conceptos, hipótesis y proposiciones partiendo directamente de los datos, y no de supuestos a priori, de otras investigaciones o de marcos teóricos existentes. Para ello recoge, codifica y analiza datos en forma simultánea y no de manera sucesiva (Soneira 2006).

2.4. Escenario de estudio

Según Taylor y Bogdan (1989), en estudios cualitativos no se hace referencia a universo sino de escenarios para describir los actores, los objetos o el lugar de estudio.

El escenario de estudio es global. Pues la información es obtenida de estudios realizados previamente en distintas latitudes del mundo. En ese sentido, los datos analizados surgen desde una perspectiva general, sin hacer énfasis en espacio sociocultural específico, aunque si realizados en escenarios del ámbito educativo y clínico.

2.5. Caracterización de sujetos

Los sujetos (objeto) de estudio lo conforman 12 estudios que informan características emocionales en niños con TDAH. Estos estudios tienen las siguientes características:

Documento: Artículos científicos

Localización: Revistas científica indexada.

Temporalidad: Estudios publicados entre los años 2010 y 2020.

Temática: Características emocionales de niños con TDAH

Tipos de investigación: Cuantitativa y cualitativa.

2.6. Plan de análisis o trayectoria metodológica.

Siguiendo a Strauss y Corbin (2002), los procesos que describen la trayectoria metodológica de la investigación son tres:

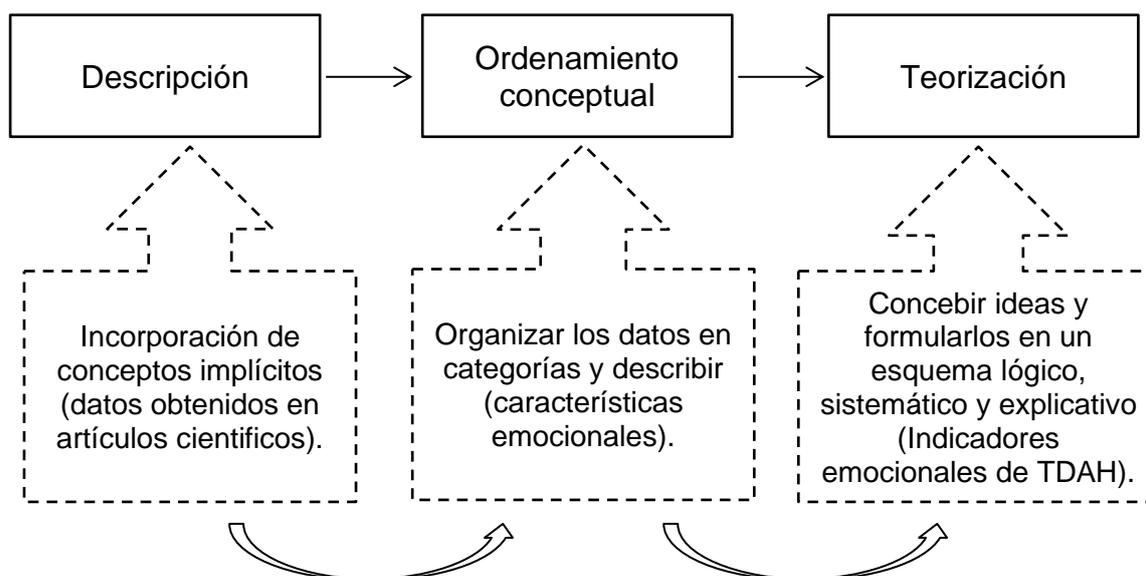


Figura 1. Trayectoria metodológica de la teoría fundamentada

Descripción: Se recopila información implícita sobre aspectos emocionales presentes en los artículos científicos seleccionados. La descripción corresponde a la ofrecida por los autores originales de los estudios utilizados y se organiza en una matriz donde se consigna autores, año de publicación, título del artículo, nombre de la revista, descripción de la información (ver anexo 4).

Ordenamiento conceptual: La información presentada es categorizada según propiedades comunes. Cada categoría es una característica emocional presente en los niños con TDAH. La organización de la información es en una matriz que consigna: descripción, categorías identificadas, característica emocional subyacente.

Teorización: Las características emocionales son contrastadas con los indicadores diagnósticos del DFH utilizando una matriz de doble entrada. El resultado es la identificación de indicadores emocionales del DFH por cada característica emocional presentada.

2.7. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos es el análisis documental, que según Martínez (2004), es descomponer en sus partes más importantes textos de fuentes escritas, numéricas, grafológicas, ideogramas o fotografías, con el objeto de utilizar las ideas principales y lo que más atañe al contexto de la investigación.

Siguiendo la recomendación de Sierra (1984), en este caso se utiliza la fuente escrita que proviene de artículos científicos, los cuales son analizados con el propósito de interpretar, comprender y razonar sobre las características emocionales del TDAH para luego, identificar indicadores diagnósticos del DFH siguiendo el mismo procedimiento.

2.8. Rigor científico

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2014), en los estudios cualitativos, el rigor científico es expresado en términos de dependencia, credibilidad y transferibilidad y corresponde a su símil de confiabilidad y validez de los estudios cuantitativos.

En cuanto al criterio de dependencia, se asegura en principio que los datos se corroboren mutuamente, cabe decir, que los datos obtenidos sean comprobados con hallazgos de otros estudios de fuente primaria; y de esa manera se evita sesgo de interpretación al momento de realizar el análisis correspondiente.

El criterio de credibilidad es superado analizando objetivamente la información obtenida desde fuente primaria pues se organizan en matrices para una mejor sistematización. Desea manera, se evita que en el análisis intervengan creencias u opiniones personales, y se favorece que los datos se analicen bajo un estándar establecido sin dar preferencia a alguno en particular.

El criterio de transferencia es superado asumiendo que el estudio busca la comprensión profunda del fenómeno y no la generalización propiamente dicha. Por otro lado, se propicia que la trayectoria metodológica siga un curso establecido previamente de tal modo que puede ser replicado bajo otros contextos de interés.

2.9. Aspectos éticos

Considerando este un estudio cualitativo, donde la información analizada proviene de fuente primaria, los aspectos éticos están orientados al uso responsable de la información. De ese modo, todas ideas expuestas se hallan debidamente referenciadas, consignado la información necesaria para su comprobación posterior. Por otro lado, se cuidó que la información recopilada corresponde tal cual los autores lo señalan.

III. RESULTADOS

Los resultados de la investigación serán presentados en función a los objetivos específicos propuestos, los cuales siguen una secuencia para alcanzar el objetivo general. Cabe decir, el objetivo específico 2 concluye con el propósito de la investigación.

OE 1: Analizar e establecer características emocionales que describen a los niños con TDAH.

Tabla 3.

Características emocionales de desregulación emocional

Categoría	Características
Desregulación emocional	<ul style="list-style-type: none">- Dificultades en el control de las emociones- Afectada la capacidad inhibir las emociones- Dificultades en control de impulsos- Deterioro en la capacidad de autocontrol- Inmadurez en el control inhibitorio- Problemas de regulación emocional- Dificultad para el reconocimiento de emociones negativas, principalmente ira, miedo y asco- Afectado el reconocimiento emocional de expresiones faciales.

Fuente: Anexo 2B

La principal característica emocional reportada en niños con TDAH es la desregulación emocional, lo cual es definida como las dificultades de estos niños para controlar sus emociones, prevaleciendo cierta inmadurez en el control inhibitorio asociado a impulsividad y dificultad para reconocer emociones, sobre todo aquellas asociadas a la expresión facial (Fontana y Ávila, 2015; Rodrigo, Pérez, y Cejudo, 2017; Alpízar, 2019; Esparza y Gonzales, 2018; Buongiorno, et al., 2020; Duran y Gásperi, 2018; Fernández, Rodríguez y Peláez, 2017; Campeño, Gázquez y Santiuste, 2016; Rojo, Rárraga y Sanz-Cervera, 2016).

Tabla 4.
Características emocionales de rechazo social

Categoría	Características
Rechazo social	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas en las interacciones sociales - Inestabilidad en interacción con compañeros - Deficiencias en el afrontamiento de problemas sociales - Rechazo y consecuente aislamiento social - Debilitamiento y negligencia del gesto creativo que promueve y sustenta el vínculo emocional con el mundo. - Dificultades para expresar las emociones. - Rechazo social

Fuente: Anexo 2B

Otra característica emocional identificada en los niños con TDAH es el rechazo social, que es definida como debilitamiento de las intenciones del mismo niño para vincularse con los demás. El rechazo se presenta como inestabilidad en las interacciones sociales propiciado por el mismo niño, debido a dificultades para expresar las propias emociones y deficiencias para afrontar situaciones de conflicto suscitadas durante la interacción, Estas situaciones ocasionan un aislamiento social que termina afectando el estado emocional del mismo niño (Esparza y Gonzales, 2018; Buongiorno, et al., 2020; Tonetto, Mishima y Barbieri, 2019; Fernández, Rodríguez y Peláez, 2017; Rojo, Rárraga y Sanz-Cervera, 2016).

Tabla 5.
Características emocionales de desvalorización emocional

Categoría	Características
Desvalorización emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Niveles negativos de autoestima - Autoconcepto bajo - Concepto negativo de sí mismo - Menor autoestima

Fuente: Anexo 2B

Otra característica emocional presente en los niños con TDAH es la desvalorización emocional definida como bajos niveles de autoestima y autoconcepto que afectan el sí mismo del niño (García y Hernández, 2010; Bakker y Rubiales, 2012; Esparza y Gonzales, 2018; Fernández, Rodríguez y Peláez, 2017). Dicho de otro modo, se halla afectado las sensaciones de autovalía del niño pues debilita sus creencias positivas acerca de sí mismo y al mismo tiempo reduce el nivel de aprecio por sí mismo; todo ello, debido a la falta de información que argumenten su valor o experiencias de éxito que fomente el autoaprecio.

Tabla 6.
Características emocionales de ansiedad y angustia

Categoría	Características
Ansiedad y angustia	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Alto nivel de ansiedad - Mayor nivel de características depresivas o sensaciones de desatención - Aumento del malestar interno - Alto sufrimiento emocional que repercute en el funcionamiento y la actuación

Fuente: Anexo 2B

Asimismo, una característica emocional adicional la constituye la ansiedad (García y Hernández, 2010; Fernández, Rodríguez y Peláez, 2017) que es descrita como un estado subjetivo e insidioso de inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión y dificultades para dormir. En esa misma línea se halla la angustia, que se define como un estado de malestar interno caracterizado por sufrimiento emocional que repercute en el funcionamiento del niño y cierta sensación de desatención expresa como tristeza, desesperanza e irritabilidad. (García y Hernández, 2010; Fernández, Rodríguez y Peláez, 2017).

Tabla 7.
Características emocionales de desmotivación

Categoría	Características
Desmotivación	<ul style="list-style-type: none"> - Baja motivación intrínseca - Niveles negativos de motivación

Fuente: Anexo 2B

También una de las características emocionales identificadas en los niños con TDAH es la del bajo nivel motivacional, sobre todo la de tipo intrínseco (Fontana y Ávila, 2015; García y Hernández, 2010). La motivación intrínseca tiene que ver con la tendencia natural a buscar vencer desafíos conforme se persigue intereses personales sin necesidad de gratificación inmediata o mediata, lo que implica decisión de hacer cosas por propia intención sin esperar nada a cambio.

OE 2: Analizar y establecer indicadores emocionales del DFH que contribuyan al diagnóstico de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

Tabla 8.

Indicadores emocionales del DFH para desregulación emocional

Indicador del DFH	Desregulación emocional
Integración	Inestabilidad emocional e impulsividad
Sombreado de las manos y o cuello	Sombreado de cuello: esfuerzo por controlar los impulsos o control precario o rígido de los mismos
Asimetría	coordinación pobre e impulsividad
Figura grande	Expansividad y controles internos deficientes
Transparencia	Inmadurez, impulsividad y conducta actuadora
Ojos bizcos	No puede o no quiere ajustarse a los modos esperados de comportarse
Genitales	control pobre de los impulsos
Omisión de cuello	Impulsividad y control internos pobres. Falta de control racional y pobre coordinación de los impulsos y la conducta

Fuente: Anexo 2C1

Considerando que la desregulación emocional se caracteriza por la inmadurez inhibitoria asociada a impulsividad, se tiene indicadores DFH que describen impulsividad en general, ya sea por inestabilidad emocional (“Integración”) y falta de control racional propiciado por el mismo niño (“Asimetría”, “Figura grande”, “Transparencias”, “Genitales”, “Omisión de cuello”, “Sombreado de cuello”). Se debe tomar en cuenta que la falta de control interno estaría referida a las dificultades del niño para expresar sus emociones en

función al entorno, lo que estaría propiciando conductas impulsivas que no permiten funcionar con suficiente ajuste en cualquier escenario social (Ojos bizcos).

Tabla 9.

Indicadores emocionales del DFH para rechazo social

Indicador del DFH	Rechazo social
Brazos cortos	Dificultad para conectarse con el mundo circundante y con las otras personas.
Brazos pegados al cuerpo	Dificultad para conectarse con los demás.
Omisión de ojos	Aislamiento social. Escaso interés social
Omisión de nariz	Escaso interés social.
Omisión de boca	Resistencia pasiva. Rechazo a comunicarse con los demás.

Fuente: Anexo 2C1

Este rechazo social, se presenta debido al debilitamiento de las intenciones del mismo niño para vincularse con los demás a causa de sus dificultades para expresar las propias emociones y deficiencias para afrontar situaciones de conflicto suscitadas durante la interacción, lo que finalmente, genera aislamiento social. Las dificultades para conectarse con los demás pueden observarse en indicadores DFH como “Brazos cortos”, “Brazos pegados al cuerpo” “omisión de boca”; el aislamiento social es observado por el indicador “Omisión de ojos” y “Omisión de nariz.

Tabla 10.

Indicadores emocionales del DFH para desvalorización emocional

Indicador del DFH	Desvalorización emocional
Sombreado de la cara	Perturbación emocional, ansiedad excesiva y concepto pobre de sí mismo.
Figura pequeña	Sentimientos de inadecuación y preocupación por las relaciones con el ambiente
Cabeza pequeña	Sentimientos intensos de inadecuación intelectual
Manos seccionadas	Sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente
Monstruo	Sentimientos de intensa inadecuación y un muy pobre concepto de sí mismo
Omisión de pies	Inseguridad y desvalimiento

Fuente: Anexo 2C1

Otra característica emocional presente en los niños con TDAH es la desvalorización emocional definida como bajos niveles de autoestima y autoconcepto que afectan la autovaloración personal del niño. Si se toma en cuenta que este estado se debe a la falta de información que argumente el propio valor o experiencias de éxito que fomente el autoaprecio, entonces cabe señalar a “Figura pequeña”, “Cabeza pequeña”, “Manos seccionadas” y “Monstruo” como los indicadores que la resaltan, dado que todas ellas describen sentimientos de inadecuación como característica relacionada a este aspecto. Asimismo, “Sombreado de la cara”, alude específicamente, al pobre concepto de sí mismo y “Omisión de los pies” a Inseguridad y desvalimiento.

Tabla 11.
Indicadores emocionales del DFH para ansiedad y angustia

Indicador del DFH	Ansiedad y angustia
Sombreado de la cara	Perturbación emocional, ansiedad excesiva y concepto pobre de sí mismo.
Sombreado del cuerpo y/o extremidades	El sombreado en general expresa ansiedad manifiesta.
Omisión de cuerpo	aguda ansiedad por el cuerpo
Omisión de brazos	Ansiedad y culpa por conductas sociales inaceptables que implican los brazos o las manos.
Figura pequeña	Sentimientos de inadecuación y preocupación por las relaciones con el ambiente
Cabeza pequeña	Sentimientos intensos de inadecuación intelectual
Manos seccionadas	Sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente
Genitales	Aguda angustia por el cuerpo
Monstruo	Sentimientos de intensa inadecuación y un muy pobre concepto de sí mismo
Omisión de nariz	Sentimiento de inmovilidad e indefensión
Omisión de boca	Sentimientos de angustia. Miedo, angustia.
Omisión de brazos	Ansiedad y culpa por conductas sociales inaceptable que implican los brazos o las manos.

Fuente: Anexo 2C1

La ansiedad se constituye en otra característica emocional del niño con TDAH y está asociada a indicadores DFH como el “Sombreado de la cara” y “Sombreado del cuerpo y/o extremidades” así como, “Omisión del cuerpo y omisión de los brazos”. En tanto que, la angustia está caracterizada por un estado de malestar debido a sufrimiento emocional y cierta sensación de desatención expresada como tristeza, desesperanza e irritabilidad. El estado de malestar interno o sufrimiento emocional observado en indicadores DFH como “Omisión de boca”, “Genitales”; puede ser a causa de sentimientos de culpa descrita en la “Omisión de brazos” o sentimientos de inadecuación observada en indicadores como “Figura pequeña”, “Cabeza pequeña” y “Manos seccionadas.

Tabla 12.

Indicadores emocionales del DFH para desmotivación

Indicador del DFH	Desmotivación
Omisión de ojos	Escaso interés social
Omisión de nariz	incapacidad de progresar, avanzar con aplomo

Fuente: Anexo 2C1

El bajo nivel motivacional es otra característica emocional identificada en los niños con TDAH, sobre todo la de tipo intrínseco, es decir aquella en la que la energía surge desde la intención del mismo niño y no a partir de necesidades de gratificación. Solo dos indicadores emocionales del DFH se aproximan a estas características; una de ellas es la “Omisión de ojos” que describe escaso interés social, cabe decir no hay motivación por socializar, y “Omisión de nariz”, que significa incapacidad por avanzar o progresar, lo que implicaría que se carece de la suficiente motivación para el cambio.

IV. DISCUSIÓN

Con respecto al objetivo específico 1, que es establecer características emocionales que describen a los niños con TDAH., se ha evidenciado que estas características emocionales son desregulación emocional, rechazo social, desvalorización emocional, angustia, desmotivación y ansiedad

La desregulación emocional se refiere a las dificultades de los niños para controlar emociones, inmadurez en el control inhibitorio asociado a impulsividad y dificultad para reconocer emociones, sobre todo aquellas asociadas a la expresión facial. Esto no permite al niño ajustar su expresión emocional en función al contexto que vivencia, es decir, no puede controlar la intensidad y duración de estas emociones; todo ello debido a su dificultad para reconocer emociones pues se haya desconectado de su mundo emocional interno (Hervás, 2017). En ese sentido, un aspecto central de la desregulación emocional es la falta de control, pues el niño no puede controlar sus respuestas emocionales (Muñoz, Vargas y Hoyos, 2016). Estas características pueden describir los criterios de impulsividad expuestos en el DSM-5, puesto que al no controlar su respuesta emocional “da respuestas antes de que se haya completado la pregunta” y su falta de ajuste para expresar emociones en función al contexto es lo que traería las “dificultades para guardar turno” o interrumpir o entrometerse “en las actividades de otros” (conversación, juego, ocupación), o “utilizar las cosas de los demás” o cogerlas sin permiso (Anexo 2C2).

El rechazo social se describe como debilitamiento de las intenciones del mismo niño para vincularse con los demás y se presenta como inestabilidad en las interacciones sociales, dificultades para expresar emociones en escenarios sociales, y aislamiento social. Según Russo, Arteaga, Rubiales y Bakker (2015), esto se debe a que los niños con TDAH son poco asertivos y presentan una posición aislada y con reducido nivel de vinculación con su grupo de pares. Esto se produce generalmente porque estos niños sobrestiman sus competencias, percibiéndose a sí mismos como diferentes de los demás (Pardos, Fernández-Jaén y Fernández-Mayoralas, 2009). Esta falta de intención para vincularse con los demás, dificultades para expresar emociones en escenarios sociales y

aislamiento social puede asociarse con algunos criterios de la desatención del DSM-5, pues vendría ser la causa de que el niño “tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas”, o pareciera que no se le “escucha cuando se le habla directamente” (Anexo 2C2).

La desvalorización emocional es definida como bajos niveles de autoestima y autoconcepto que afectan el sí mismo del niño. Según Garza, Núñez y Vladimírsky (2007), la baja autoestima sería consecuencia del problema social y escolar ocasionado por su baja competitividad e inseguridad a propósito de su comportamiento desajustado. Por otro lado, Bakker y Rubiales (2012), señaló que un pobre autoconcepto implica desvalorización, baja confianza en sí mismos y sin herramientas para generar adecuada interacción social. Directamente, ningún criterio del DSM-5 se relaciona con esta característica emocional, puesto que éstas se hayan expresadas mediante conductas observables, mientras que la desvalorización emocional está descrita como rasgo consecuente de todo el cuadro del TDAH, pues la desvalorización emocional se instala mediante debilitamiento de la autoestima y el autoconcepto (Anexo 2C2).

La ansiedad y angustia es descrita como un estado subjetivo e insidioso de inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad y tensión, lo cual genera un estado de malestar interno caracterizado por sufrimiento emocional que repercute en el funcionamiento del niño y cierta sensación de desatención expresa como tristeza, desesperanza e irritabilidad. Según Alvarado y Guijarro (2017), los niños con TDAH son más susceptibles de presentar ansiedad, lo que estaría asociado a preocupación excesiva o miedos que el niño experimenta en las interacciones sociales (Hervás y Duran, 2014). Estos altos niveles de ansiedad es lo que estaría generando los síntomas de hiperactividad señalados en el DSM-5 y por ello el niño frecuentemente “se agita, golpea las manos o los pies, o se retuerce en su asiento”, “se levanta de su asiento en situaciones en que se espera que permanezca sentado”, constantemente “está en movimiento” (Anexo 2C2).

Desmotivación es el bajo nivel de motivación intrínseca que presentan los niños y describe la falta de capacidad de los niños para decidir hacer cosas por

propia intención y sin esperar nada a cambio. Para Gaxiola (2015), los procesos emocionales son cruciales para el control de la conducta humana y son fundamentales en los mecanismos de motivación en el que las señales emocionales tienen un valor intrínseco. Esta característica puede observarse también en varios criterios del DSM-5, pues la falta de motivación intrínseca explicaría la razón por la que los niños “no prestan suficiente atención en las actividades que realizan”, “no sigue instrucciones y no termina el trabajo escolar”, “tiene dificultades para organizar tareas y actividades” (Anexo 2C2).

Sobre el objetivo específico 2, que busca establecer indicadores emocionales DFH para identificar el TDAH, se tiene que la mayoría de los indicadores analizados se relacionan directamente o indirectamente con ésta. De esa manera, se tiene que desregulación emocional agrupa hasta ocho indicadores (Integración, Sombreado de las manos y o cuello, Asimetría, Figura grande, Transparencia, Ojos bizcos, Genitales, Omisión de cuello); Rechazo social agrupa a cinco indicadores (Brazos cortos, Brazos pegados al cuerpo, Omisión de ojos, Omisión de nariz, Omisión de boca); Desvalorización emocional tiene seis indicadores (Cabeza pequeña, Manos seccionadas, Monstruo, Omisión de pies); Ansiedad y angustia a doce indicadores (Sombreado de la cara, Sombreado del cuerpo y/o extremidades, Omisión de cuerpo, Omisión de brazos, Figura pequeña. Cabeza pequeña, Manos seccionadas, Genitales, Monstruo, Omisión de nariz, Omisión de boca, Omisión de brazos); y desmotivación a dos indicadores (Omisión de ojos, Omisión de nariz).

De esa manera, se tiene que desregulación emocional agrupa hasta ocho indicadores (Integración, Sombreado de las manos y o cuello, Asimetría, Figura grande, Transparencia, Ojos bizcos, Genitales, Omisión de cuello). Esto puede ser factible considerando que el niño con TDAH presenta inmadurez inhibitoria asociada a impulsividad y por ello no puede controlar su respuesta emocional ya sea por inestabilidad emocional (“Integración”) o falta de control racional de la expresión emocional propiciado por el mismo niño (“Asimetría”, “Figura grande”, “Transparencias”, “Genitales”, “Omisión de cuello”, “Sombreado de cuello”). Las dificultades para expresar emociones en función al contexto estaría expresado en el indicador “Ojos bizcos” pues revela la falta de suficiente ajuste del niño para actuar en cualquier escenario social (Koppitz, 2006).

El Rechazo social que se presenta como falta de intención del niño para vincularse con los demás y expresar emociones en escenarios sociales y aislamiento social, agrupa a cinco indicadores (Brazos cortos, Brazos pegados al cuerpo, Omisión de ojos, Omisión de nariz, Omisión de boca). Las dificultades para conectarse con los demás pueden observarse en indicadores como “Brazos cortos”, “Brazos pegados al cuerpo” “omisión de boca”; mientras que el aislamiento social se observa por el indicador “Omisión de ojos” y “Omisión de nariz (Koppitz, 2006).

La desvalorización emocional, evidenciada por bajos niveles de autoestima y autoconcepto en los niños que causa reducción de la confianza en sí mismos y les restan herramientas para generar adecuada interacción social tiene seis indicadores (Cabeza pequeña, Manos seccionadas, Monstruo, Omisión de pies). La falta de confianza en sí mismo debido al pobre concepto de sí mismo se presenta en el “Sombreado de la cara” y debido a inseguridad y desvalimiento, en la “Omisión de los pies”. La falta de herramientas para generar adecuada interacción social se presenta como sentimientos de inadecuación observada en “Figura pequeña”, “Cabeza pequeña”, “Manos seccionadas” y “Monstruo (Koppitz, 2006).

La Ansiedad y angustia descrita como un estado subjetivo e insidioso de inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad y tensión que puede tornarse angustiante debido las percepciones de desatención expresa como tristeza, desesperanza e irritabilidad, presenta doce indicadores (Sombreado de la cara, Sombreado del cuerpo y/o extremidades, Omisión de cuerpo, Omisión de brazos, Figura pequeña. Cabeza pequeña, Manos seccionadas, Genitales, Monstruo, Omisión de nariz, Omisión de boca, Omisión de brazos). La ansiedad se presenta en indicadores como “Sombreado de la cara”, “Sombreado del cuerpo y/o extremidades”, “Omisión del cuerpo y “Omisión de los brazos”. En tanto que la angustia es observado en la “Omisión de boca”, “Genitales”; a causa de sentimientos de culpa descrita en la “Omisión de brazos” o sentimientos de inadecuación observada en indicadores como “Figura pequeña”, “Cabeza pequeña” y “Manos seccionadas (Koppitz, 2006).

La desmotivación es otra característica emocional identificada en los niños con TDAH y se describe como la falta de capacidad de los niños para decidir hacer cosas por propia intención y sin esperar retribución alguna. Esta desmotivación puede presentarse en emocionales indicadores de Koppitz (2006), como la “Omisión de ojos” que describe escasa motivación o interés social, y “Omisión de nariz”, que significa incapacidad por avanzar o progresar, lo que implicaría que se carece de la suficiente motivación para el cambio.

Lo señalado, conlleva a informar sobre el objetivo general y se ha identificado indicadores emocionales del DFH favorecen el diagnóstico de niños con TDAH, sobre todo si se toma en cuenta características emocionales como desregulación emocional, rechazo social, ansiedad y angustia, desvalorización y desmotivación. Estos resultados concuerdan con lo reportado en la investigación realizada por Ramírez (2013), que indicó que el DFH discriminó el pobre autoconcepto (Desvalorización), a los que Zapata y Cifuentes (2017) agrega la inseguridad como características principales que identifican a los niños con TDAH. Del mismo modo, el rechazo social o la ansiedad y angustia estaría evidenciado por Gómez (2013) y Zapata y Cifuentes (2017), como apocamiento y timidez descritos en el DFH. Del mismo modo, Duarte y Ferrer (2005), señala que la figura pequeña expresa los sentimientos de inadecuación que caracteriza a los niños con TDAH.

V. CONCLUSIONES

- 5.1. Se ha identificado indicadores emocionales del DFH favorecen el diagnóstico de niños con TDAH, sobre todo si estas se analizan desde características emocionales que la definen, cabe decir, desregulación emocional, rechazo social, ansiedad y angustia, desvalorización y desmotivación. Los indicadores emocionales del DFH no están enfocadas a describir directamente la conducta observable, sino aquellos aspectos emocionales que la desencadenan.
- 5.2. Se ha establecido cinco características emocionales que describen a los niños con TDAH: La desregulación emocional, que se refiere a impulsividad asociada a la falta de control emocional y falta de ajuste para expresar emociones en función al contexto; el rechazo social, que hace referencia a la falta de intención de estos niños para vincularse con los demás, así como dificultades para expresar emociones en escenarios sociales y aislamiento social; desvalorización emocional, definida como bajos niveles de autoestima y autoconcepto ocasionado por su baja competitividad e inseguridad a propósito de su comportamiento desajustado; ansiedad y angustia, descrita como un estado subjetivo e insidioso de inquietud, dificultad para concentrarse, irritabilidad y tensión, lo cual genera un estado de malestar interno debido a cierta sensación de desatención percibida; desmotivación, que describe la falta de capacidad de los niños para decidir hacer cosas por propia intención y sin esperar retribución alguna.
- 5.3. Se ha establecido indicadores emocionales del DFH que contribuyen al diagnóstico de niños con TDAH. Estos indicadores se organizan según, las características emocionales presentadas anteriormente: Desregulación emocional (Integración, Sombreado de las manos y o cuello, Asimetría, Figura grande, Transparencia, Ojos bizcos, Genitales, Omisión de cuello); Rechazo social (Brazos cortos, Brazos pegados al cuerpo, Omisión de ojos, Omisión de nariz, Omisión de boca); Desvalorización emocional (Cabeza pequeña, Manos seccionadas,

Monstruo, Omisión de pies); Ansiedad y angustia (Sombreado de la cara, Sombreado del cuerpo y/o extremidades, Omisión de cuerpo, Omisión de brazos, Figura pequeña. Cabeza pequeña, Manos seccionadas, Genitales, Monstruo, Omisión de nariz, Omisión de boca, Omisión de brazos); y desmotivación (Omisión de ojos, Omisión de nariz).

VI. RECOMENDACIONES

- 6.1. Con fines de validación de los indicadores emocionales expuestos para contribuir en el diagnóstico de los niños con TDAH utilizando el DFH, se sugiere realizar estudios a nivel relacional de cada uno de los indicadores identificados con las características emocionales propuestas. Ello supone recolectar información con el DFH y otras pruebas psicométricas que describan las características emocionales expuestas.
- 6.2. Se sugiere desarrollar un instrumento de corte psicométrico para evaluar TDAH considerando las características emocionales como dimensiones teóricas. Las listas de cotejo o fichas de observación se ajustan a este propósito, pues permiten observar directamente aquellas conductas que, describen las características emocionales identificadas. De esta manera, también se tendría otros criterios de valoración a parte de los propuestos por el DSM-5.
- 6.3. Incentivar el uso de los indicadores emocionales expuestos para que de esa manera, la práctica continua permita acotar, ajustar o estandarizar los procesos de evaluación mediante esta técnica. En todo caso, considerar que esto abre nueva línea de investigación para futuros estudios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Álava, S. (2018). *Relación entre diagnóstico de TDAH y los procesos intelectuales y atencionales en muestra clínica: comparación entre TDAH y Trastorno de Aprendizaje* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.
- Albert, J., López, A., Jaén, F. y Carretié, L. (2008). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Revista de Neurología de la conducta*, 47(1), 39-45.
- Alpizar, A. (2019). Desregulación emocional en población con TDAH; una aproximación teórica. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(1), 17-36.
- Alva, G. (2018). *Funcionalidad familiar e indicadores emocionales en escolares, Institución Educativa Integral "Blas Valera Pérez" Chachapoyas- 2017* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Amazonas, Perú.
- Alvarado, J. y Guijarro, C. (2017). Correlación entre niveles de ansiedad y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños de 6 a 8 años. *Revista de investigación científica*, 1(2), 1-6.
- Arnheim, R. (2006). *Arte y percepción visual*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bakker, L. y Rubiales, J. (2012). Autoconcepto en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psiencia. Revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 4(1) 5-11.
- Barkley RA. (1991). *Attention deficit hyperactivity disorder, a clinical workbook*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*, 121(1), 65-94.
- Barkley, R.A. (1990). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York, NY: The Guildford Press.
- Barros, M. e Ison, M. (2002). Conductas problemas infantiles: Indicadores evolutivos y emocionales en el dibujo de la figura humana. *Revista Interamericana de Psicología*, 36(1), 279-298.
- Blinder, C., Knobel, J. y Siquier M. (2008). *Clínica psicoanalítica con niños*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Brizzio, A., López, L. y Luchetti, Y. (2012). Indicadores emocionales del Test del Dibujo de la Figura Humana y trastornos psicopatológicos en la infancia. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX*. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Buongiorno M, Vaucheret E, Giacchino M, Mayoni P, Polin A, Pardo-Campos M. (2020). Reconocimiento de emociones faciales en niños con trastorno por

déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol*, 70: 127-33. doi: 10.33588/rn.7004.2019268.

- Campeño, Y., Gázquez, L. y Santiuste, V. (2016). Medida de las emociones en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Un ensayo experimental con la técnica de potenciales evocados. *Universitas Psychologica*, 15(5). <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.Upsy15-5.ment>.
- Carpio, G. (2017). *La creatividad en los niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* (Tesis doctoral). Universidad de Castilla-La Mancha. Albacete, España.
- Castro, E. y Moreno, B. (2010). Indicadores emocionais no desenho da figura humana de crianças transplantadas de órgãos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(1), 64-72. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000100009>
- De la Peña, F., Palacio, J. y Barragán, E. (2010). Declaración de Cartagena para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Revista Ciencias de la Salud*, 8, 93-98.
- Duarte, A. y Ferrer, M. (2005). *Indicadores emocionales del test de la figura humana, en niños entre 7 y 12 años, diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad* (Tesis de Licenciatura). Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Duñó, L. (2014). *TDAH infantil y metilfenidato Predictores clínicos de respuesta al tratamiento* (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, España.
- Duran, T. y Gásperi, R. (2018). Autorregulación en niños con trastornos con déficit de atención e hiperactividad un problema en el desarrollo infantil. *Revista Venezolana de Salud Pública*, 6(1), 23-29
- Esparza, M. y Gonzales, M. (2018). Conflictos emocionales de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21, 1. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81514>.
- Estrada, E. (1988). *La expresión plástica infantil y el arte*. Madrid: Ediciones Universidad Complutense.
- Fernández, C., Rodríguez, L. y Peláez, J. (2017). Funciones ejecutivas en el TDAH: una mirada a través del test de Rorschach. *ReiDoCrea: Revista electrónica de investigación y docencia creativa*, 6(2), 1-8.
- Fontana A. y Ávila, Z. (2015). Eficacia de un programa conjunto de desarrollo de la inteligencia emocional para padres e hijos con TDAH. *Perspectiva Educativa, Formación de Profesores*, 54(2), 20-40.
- García, A. y Hernández, S. (2010). Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 1, 17-24. <http://aepnya.com/index.php/revistaaepnya/article/view/118/111>.

- Garza, S., Núñez, P. y Vladimírsky, A. (2007). Autoestima y locus de control en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 64(4), 231-239.
- Gaxiola, K. (2015). Alteración de la emoción y motivación en el tdah: una disfunción dopaminérgica. *Grafías disciplinares de la UCPR*, (28). 39-509
- Gómez. M. (2013). *Análisis de Indicadores Emocionales específicos del Test de Figura Humana, Test Casa Árbol en los diferentes subtipos de TDAH en niños y adolescentes que asisten al programa de Clínica Atencional del Hospital Infantil Rafael Henao Toro de la ciudad de Manizales*. Manizales: Universidad de Manizales. <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/handle/6789/1007>.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª Edición). México: Mc Graw Hill.
- Hervás, A. (2017). Desregulación emocional y trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 64 (Supl 1), 17-25.
- Hervás, A. y Duran, O. (2014). EL EDAH y su comorbilidad. *Pediatría integral*, XVIII(9), 643-654.
- Hidalgo, M. y Sánchez, L. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. *Pediatr Integral*, XVIII (9), 609-623.
- Kellogg, R. (1979). *Análisis de la expresión plástica del preescolar*. Madrid: Ediciones Cincel.
- Ligeiro, J. y Barrera, S. (2019). Análise comparativa do desenho da figura humana em crianças diagnosticadas com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: um estudo exploratório. *Revista Psicopedagogia*, 36(110), 183-195.
- López, M. (2000). Simbolización, expresión y creatividad: tres propuestas sobre la necesidad de desarrollar la expresión plástica infantil. *Arte, Individuo y Sociedad*, 12, 41-57.
- Lowenfeld, V. y Lambert, W. (2008). *Desarrollo a la capacidad intelectual y creativa*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Marín, R. (1988). El dibujo infantil: tendencias y problemas en la investigación sobre la expresión plástica de los escolares. *Arte, Dibujo y Sociedad*, 1(5), 5-2988. https://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/view/ARIS_8888110005A
- Martínez, P. (2008). *Cualitativa-Mente. Los secretos de la investigación cualitativa*. México: Esic Editorial.
- Ministerio de Salud (2019). *Minsa impulsará servicios de diagnóstico precoz y tratamiento para personas con déficit de atención e hiperactividad*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/29508-minsa-impulsara-servicios-de-diagnostico-precoz-y-tratamiento-para-personas-con-deficit-de-atencion-e-hiperactividad>.

- Miranda, A., Presentación, M. y Soriano, M. (2002). Effectiveness of a school-based multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 35(6), 546-562.
- Muñoz, A., Vargas, R. y Hoyos, J. (2016). Escala de dificultades en regulación emocional (DERS): análisis factorial en una muestra colombiana. *Acta.colomb.psicol*, 19 (1), 225-236
- Pardos, A., Fernández-Jaén, A. y Fernández-Mayoralas, M. (2009). Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev. Neurol*, 48(Supl. 2). 107-111.
- Pérez, S., Guerra, M. y Massó, N. (2007). El dibuix de la figura humana com a llenguatge expressiu. *Aloma: revista de psicologia, ciències de l'educació i de l'esport Blanquerna*, 21, 223-30. <https://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/view/92269>
- Piaget, J. (2016). *La formación del símbolo en el niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Quiroga M. (2007). Etapas gráficas de desarrollo del dibujo infantil, entre el constructivismo y el ambientalismo. *Papeles Salmantinos de Educación*, 9, 255-281.
- Ramírez, J. (2013). *Indicadores emocionales del test del dibujo de la figura humana de Koopitz en niños y niñas con TDAH de la ciudad de Manizales* (Tesis de Maestría). Universidad de Manizales. Manizales, Colombia.
- Rappoport, M., Chung, K., Shore, G. y Isaacs, P. (2001). A conceptual model of child psychopathology: implications for understanding attention deficit hyperactivity disorder and treatment efficacy. *J Clin Child Psychol*, 30(1), 48-58.
- Read, H. (1996): Educación por el arte, Barcelona: Paidós Ibérica.
- Richardson, R. (2011). *Primero leemos, después escribimos. El proceso creativo según Emerson*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Rodrigo, D., Pérez, J. y Cejudo, J. (2017). Dificultades de reconocimiento emocional facial como déficit primario en niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: revisión sistemática. *Rev Neurol*, 65, 145-52. <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2017/08/bs040145.pdf>
- Rojo, G., Rárraga, R. y Sanz-Cervera, P. (2016). La intervención en competencia social en estudiantes con TDAH Un estudio de revisión. *ReiDoCrea: Revista electrónica de investigación y docencia creativa*, 5, 329-340.
- Roque, M. y Bustamante, M. (2016). *El dibujo infantil y su relación con las habilidades y destrezas del aprendizaje emocional en los niños/as de 5 años de la I.E N°288 Ana Sofía Guillena Arana* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto, Perú.
- Russo, D., Arteaga, F., Rubiales, J. y Bakker, L. (2015). Competencia social y status sociométrico escolar en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 437-447.

- Sandín, M (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- Sierra, R. (1994). *Tesis doctorales y Trabajos de investigación científica* (3ª Ed.). Madrid: Ed. Paraninfo.
- Siquier, M., García, M. E. y Grassano, E. (1987). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Soneira, A. (2006). La teoría fundamentada en los datos (grounded theory) de Glaser y Strauss (153-173). En: I. Vasilachis. *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1989). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós, Barcelona.
- Tójar, J. (2006). *Investigación cualitativa. Comprender y actuar*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Tonetto, A., Mishima, F. y Barbieri, V. (2019). Emotional development of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psicología Clínica*, 31(3), 521-540. <https://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0031n03A06>
- Valdizán, J., Mercado, E. y Mercado-Undanivia, A. (2007). Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas. *Revista de Neurología*, 44 (Supl 2), 27-30.
- Zapata, E. y Cifuentes, V. (2017). Indicadores Emocionales y Madurativos en niños con Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista Logos, Ciencia y Tecnología*, 9(2), 2422-4200. DOI: <https://doi.org/10.22335/rlct.v9i2.435>.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS/SUPUESTO
<p>General</p> <p>¿Puede los indicadores emocionales del Test de la Figura Humana (DFH) favorecer el diagnóstico de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?</p>	<p>General</p> <p>Identificar indicadores emocionales del Test de la Figura Humana (DFH) que favorecen el diagnóstico de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).</p>	<p>General</p> <p>Existen indicadores emocionales del Test de la Figura Humana (DFH) que favorecen el diagnóstico de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).</p>
<p>Específicos</p> <p>¿Cuáles son las características emocionales que describen a los niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?</p> <p>¿Cuáles son los indicadores emocionales del DFH que contribuyan al diagnóstico de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)?</p>	<p>Específicos</p> <p>Analizar y establecer características emocionales que describen a los niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).</p> <p>Analizar y establecer indicadores emocionales del DFH que contribuyan al diagnóstico de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).</p>	<p>Específicas</p> <p>Existen características emocionales que describen a los niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).</p> <p>Existen indicadores emocionales del DFH que contribuyan al diagnóstico de niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).</p>

Anexo 2: Instrumentos

A. Ficha para la fase de Descripción

	Autores y Año de publicación	Nombre de la revista	Título del artículo científico	Descripción de la información
1	Fontana Abad, Mónica; Jiménez, Zahra (2015) (Fontana y Ávila, 2015)	Perspectiva Educativa, Formación de Profesores	Eficacia de un programa conjunto de desarrollo de la inteligencia Emocional para padres e hijos con TDAH	Se puede concluir que, tal y como indican los estudios realizados con anterioridad, en los niños con TDAH las dificultades más relevantes se encuentran en el control de las emociones, la motivación intrínseca, la identificación visual y reconocimiento de emociones ajenas, especialmente si estas son negativas.
2	García, A. y Hernández, S. (2010). (García y Hernández, 2010).	Revista de psiquiatría infanto-juvenil,	Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Según el STAIC, los sujetos de la muestra presentaban mayor ansiedad que los controles del baremo. Los padres aprecian mayor nivel de ansiedad y depresión en los niños que éstos y que sus profesores. Nuestra muestra TDAH presenta un mayor nivel de características depresivas en comparación con la media de los baremos de su edad, aunque no llegan a constituir un trastorno depresivo. En el resto de variables emocionales evaluadas, relativas a la motivación y a la autoestima, los sujetos presentaron niveles más negativos de ambas que los baremos.
3	Rodrigo, D., Pérez, J. y Cejudo, J. (2017). (Rodrigo, Pérez, y Cejudo, 2017).	Dificultades de reconocimiento emocional facial como déficit primario en niños con trastorno por déficit	Rev Neurol	A pesar de que no hay acuerdo total, la mayor parte de los estudios evidencia que el reconocimiento emocional de expresiones faciales está afectado en los niños con TDAH, y éstos se muestran significativamente menos precisos que niños pertenecientes a grupos control en el reconocimiento de emociones comunicadas a

		de atención/hiperactividad: revisión sistemática		través de expresiones faciales. Una parte de estos estudios realiza comparaciones en el reconocimiento de diferentes emociones discretas, y se observa en los niños con TDAH una tendencia a la mayor dificultad para el reconocimiento de emociones negativas, principalmente ira, miedo y asco.
4	Bakker, L. y Rubiales, J. (2012). (Bakker y Rubiales, 2012).	Psiciencia. Revista latinoamericana de ciencia psicológica,	Autoconcepto en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Los niños con diagnóstico de TDAH presentan un autoconcepto general más bajo, siendo las diferencias estadísticamente significativas en la dimensión emocional y familiar.
5	Alpízar, A. (2019). (Alpízar, 2019).	Revista Costarricense de Psicología	Desregulación emocional en población con TDAH; una aproximación teórica	El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) constituye un trastorno del neurodesarrollo, cuyos síntomas nucleares constituyen la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Esta última puede ser verbal, motora y cognitiva, también emocional. Se expresa por la desregulación emocional y afecta la capacidad de autorregularse emocionalmente e inhibir las emociones.
6	Esparza, M. y Gonzales, M. (2018). (Esparza y Gonzales, 2018).	Revista Electrónica de Psicología Iztacala,	Conflictos emocionales de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, el grupo con TDAH manifestó más conflictos, siendo los principales el rechazo, inestabilidad en interacción con compañeros, concepto negativo de sí mismo, dificultades en la organización psíquica y en control de impulsos, problemas escolares, carencia de apoyo familiar, dependencia materna y dificultades con la figura paterna
7	Buongiorno M, Vaucheret E,	Rev Neurol	Reconocimiento de emociones faciales en	Los sujetos con TDAH presentan déficits en el reconocimiento de emociones, especialmente en el reconocimiento de enojo, sorpresa

	Giacchino M, Mayoni P, Polin A, Pardo-Campos M. (2020). (Buongiorno, et al., 2020).		niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad	y expresión neutral, que podrían explicar las dificultades en la interacción y deberían tratarse dentro del marco terapéutico.
8	Duran, T. y Gásperi, R. (2018). (Duran y Gásperi, 2018).	Revista Venezolana de Salud Pública	Autorregulación en niños con trastornos con déficit de atención e hiperactividad un problema en el desarrollo infantil	Entre los resultados se determinó la existencia de fallas de autorregulación a nivel comportamental, cognitivo y emocional, detectadas en las funciones ejecutivas de control emocional, memoria de trabajo y monitoreo principalmente.
9	Tonetto, A., Mishima, F. y Barbieri, V. (2019). (Tonetto, Mishima y Barbieri, 2019).	Psicología Clínica,	Emotional development of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.	Los niños revelaron que los comportamientos desatentos e hiperactivos surgen como una deficiencia en la recepción del "holding", que resulta en un debilitamiento y la negligencia del gesto creativo que promueve y sustenta el vínculo emocional con el mundo. En esas condiciones, la capacidad para vivir la transicionalidad, el juego y la simbolización no pueden desarrollarse.
10	Fernández, C., Rodríguez, L. y Peláez, J. (2017). (Fernández, Rodríguez y Peláez, 2017).	ReiDoCrea	Funciones ejecutivas en el TDAH: una mirada a través del test de Rorschach	Y afectivamente, se ha hallado un aumento del malestar interno, una menor autoestima y dificultades para expresar las emociones (Cotugno, 1995). Estos datos confirman que los niños con TDAH padecen un alto sufrimiento emocional que repercute en el funcionamiento y la actuación (Orjales, 2011) y alto nivel de ansiedad (De la Peña et al., 2016). El deterioro observable en la capacidad de autocontrol es señal de la inmadurez en el control

				inhibitorio y en las funciones ejecutivas, así como de las deficiencias en el afrontamiento de problemas.
11	Campeño, Y., Gázquez, L. y Santiuste, V. (2016). (Campeño, Gázquez y Santiuste, 2016).	Universitas Psychologica	Medida de las emociones en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Un ensayo experimental con la técnica de potenciales evocados	Los datos recogidos muestran una tendencia que indica que los efectos del contenido emocional modulan más intensamente el procesamiento en los niños control que en los niños TDAH. Esta conclusión avala los estudios de Rapport et al., (2002), Yuill y Lyon (2007) donde se pone de manifiesto el carácter primario de las disfunciones en el reconocimiento emocional en los niños TDAH. Teniendo en cuenta que los niños diagnosticados como TDAH, presentan una atención más dispersa, además de una disfunción afectiva tal y como exponen en sus estudios Singh et al., (1998), Corbett y Glidden (2000), Norvilitis et al., (2000) y Yuill y Lyon (2007), por lo que se ven menos afectados a la hora de atender a las diferencias del contenido emocional.
12	Rojo, G., Rárraga, R. y Sanz-Cervera, P. (2016). (Rojo, Rárraga y Sanz-Cervera, 2016).	Revista electrónica de investigación y docencia creativa	La intervención en competencia social en estudiantes con TDAH Un estudio de revisión	Los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) frecuentemente presentan problemas de regulación emocional e interacciones sociales, que derivan en un rechazo y consecuente aislamiento social.

B. Ficha para la fase de ordenamiento conceptual

	Descripción de la información	Características emocionales subyacentes	Categorías identificadas
1	Se puede concluir que, tal y como indican los estudios realizados con anterioridad, en los niños con TDAH las dificultades más relevantes se encuentran en el control de las emociones, la motivación intrínseca, la identificación visual y reconocimiento de emociones ajenas, especialmente si estas son negativas.	Dificultades en el control de las emociones Baja motivación intrínseca Débil identificación visual de las emociones Reconocimiento de emociones	Categoría 1: Desregulación emocional Dificultades en el control de las emociones Afectada la capacidad de autorregularse emocionalmente e inhibir las emociones Dificultades en control de impulsos Fallas de autorregulación emocional Dificultades en el control emocional Deterioro en la capacidad de autocontrol Inmadurez en el control inhibitorio Problemas de regulación emocional
2	Según el STAIC, los sujetos de la muestra presentaban mayor ansiedad que los controles del baremo. Nuestra muestra TDAH presenta un mayor nivel de características depresivas en comparación con la media de los baremos de su edad, aunque no llegan a constituir un trastorno depresivo. En el resto de variables emocionales evaluadas, relativas a la motivación y a la autoestima, los sujetos presentaron niveles más negativos de ambas que los baremos.	Ansiedad Mayor nivel de características depresivas o sensaciones de desatención Niveles negativos de motivación Niveles negativos de autoestima	
3	A pesar de que no hay acuerdo total, la mayor parte de los estudios evidencia que el reconocimiento emocional de expresiones faciales está afectado en los niños con TDAH, y éstos se muestran significativamente menos precisos que niños pertenecientes a grupos control en el	Afectado el reconocimiento emocional de expresiones faciales. Dificultad para el reconocimiento de emociones negativas, principalmente ira, miedo y asco.	

	reconocimiento de emociones comunicadas a través de expresiones faciales. Una parte de estos estudios realiza comparaciones en el reconocimiento de diferentes emociones discretas, y se observa en los niños con TDAH una tendencia a la mayor dificultad para el reconocimiento de emociones negativas, principalmente ira, miedo y asco.		Dificultad para el reconocimiento de emociones negativas, principalmente ira, miedo y asco Afectado el reconocimiento emocional de expresiones faciales. Dificultad para el reconocimiento de emociones negativas, principalmente ira, miedo y asco.
4	Los niños con diagnóstico de TDAH presentan un autoconcepto general más bajo, siendo las diferencias estadísticamente significativas en la dimensión emocional y familiar.	Autoconcepto bajo	Déficits en el reconocimiento de emociones
5	El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) constituye un trastorno del neurodesarrollo, cuyos síntomas nucleares constituyen la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Esta última puede ser verbal, motora y cognitiva, también emocional. Se expresa por la desregulación emocional afecta la capacidad de autorregularse emocionalmente e inhibir las emociones.	Afectada la capacidad de autorregularse emocionalmente e inhibir las emociones	Reconocimiento de enojo, sorpresa y expresión neutral Disfunciones en el reconocimiento emocional Categoría 2. Rechazo social
6	Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, el grupo con TDAH manifestó más conflictos, siendo los principales el rechazo, inestabilidad en interacción con compañeros, concepto negativo de sí mismo, dificultades en la organización psíquica y en control de impulsos, problemas escolares, carencia de apoyo familiar, dependencia materna y dificultades con la figura paterna	Rechazo Inestabilidad en interacción con compañeros Concepto negativo de sí mismo Dificultades en la organización psíquica Dificultades en control de impulsos Dependencia materna	Inestabilidad en interacción con compañeros Dificultades en la interacción Deficiencias en el afrontamiento de problemas Problemas en las interacciones sociales

7	Los sujetos con TDAH presentan déficits en el reconocimiento de emociones, especialmente en el reconocimiento de enojo, sorpresa y expresión neutral, que podrían explicar las dificultades en la interacción y deberían tratarse dentro del marco terapéutico.	Déficits en el reconocimiento de emociones Reconocimiento de enojo, sorpresa y expresión neutral Dificultades en la interacción	Rechazo y consecuente aislamiento social Dificultades para expresar las emociones debilitamiento y negligencia del gesto creativo que promueve y sustenta el vínculo emocional con el mundo Rechazo
8	Entre los resultados se determinó la existencia de fallas de autorregulación a nivel comportamental, cognitivo y emocional, detectadas en las funciones ejecutivas de control emocional, memoria de trabajo y monitoreo principalmente.	Fallas de autorregulación emocional Dificultades en el control emocional	
9	Los niños revelaron que los comportamientos desatentos e hiperactivos surgen como una deficiencia en la recepción del "holding", que resulta en un debilitamiento y la negligencia del gesto creativo que promueve y sustenta el vínculo emocional con el mundo. En esas condiciones, la capacidad para vivir la transicionalidad, el juego y la simbolización no pueden desarrollarse.	debilitamiento y negligencia del gesto creativo que promueve y sustenta el vínculo emocional con el mundo	Categoría 3. Desvalorización Niveles negativos de autoestima Autoconcepto bajo Concepto negativo de sí mismo Menor autoestima Categoría 4. Angustia
10	Y afectivamente, se ha hallado un aumento del malestar interno, una menor autoestima y dificultades para expresar las emociones (Cotugno, 1995). Estos datos confirman que los niños con TDAH padecen un alto sufrimiento emocional que repercute en el funcionamiento y la actuación (Orjales, 2011) y alto nivel de ansiedad (De la Peña et al., 2016). El deterioro observable en la capacidad de autocontrol es	Aumento del malestar interno Menor autoestima Dificultades para expresar las emociones Alto sufrimiento emocional que repercute en el funcionamiento y la actuación Alto nivel de ansiedad Deterioro en la capacidad de autocontrol	Mayor nivel de características depresivas Aumento del malestar interno

	señal de la inmadurez en el control inhibitorio y en las funciones ejecutivas, así como de las deficiencias en el afrontamiento de problemas.	Inmadurez en el control inhibitorio Deficiencias en el afrontamiento de problemas	Alto sufrimiento emocional que repercute en el funcionamiento y la actuación
11	Los datos recogidos muestran una tendencia que indica que los efectos del contenido emocional modulan más intensamente el procesamiento en los niños control que en los niños TDAH. Esta conclusión avala los estudios de Rapport et al., (2002), Yuill y Lyon (2007) donde se pone de manifiesto el carácter primario de las disfunciones en el reconocimiento emocional en los niños TDAH. Teniendo en cuenta que los niños diagnosticados como TDAH, presentan una atención más dispersa, además de una disfunción afectiva tal y como exponen en sus estudios Singh et al., (1998), Corbett y Glidden (2000), Norvilitis et al., (2000) y Yuill y Lyon (2007), por lo que se ven menos afectados a la hora de atender a las diferencias del contenido emocional.	Disfunciones en el reconocimiento emocional	Categoría 5. Desmotivación Baja motivación intrínseca Niveles negativos de motivación Categoría 6. Ansiedad Ansiedad Alto nivel de ansiedad
12	Los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) frecuentemente presentan problemas de regulación emocional e interacciones sociales, que derivan en un rechazo y consecuente aislamiento social.	Problemas de regulación emocional Problemas en las interacciones sociales Rechazo y consecuente aislamiento social.	

C2. Ficha para la fase de Teorización (DFH Vs. TDAH)

	Indicadores emocionales del DFH	Desregulación emocional	Desvalorización	Rechazo social	Ansiedad y angustia	Desmotivación
		<p>Dificultades para controlar sus emociones, prevaleciendo cierta inmadurez en el control inhibitorio asociado a impulsividad y dificultad para reconocer emociones, sobre todo aquellas asociadas a la expresión facial</p>	<p>Otra característica emocional presente en los niños con TDAH es la desvalorización emocional definida como bajos niveles de autoestima y autoconcepto que afectan el sí mismo del niño. Dicho de otro modo, se halla afectado las sensaciones de autovalía del niño pues debilita sus creencias positivas acerca de sí mismo y al mismo tiempo reduce el nivel de aprecio por sí</p>	<p>Es definida como debilitamiento de las intenciones del mismo niño para vincularse con los demás. El rechazo se presenta como inestabilidad en las interacciones sociales propiciado por el mismo niño, debido a dificultades para expresar las propias emociones y deficiencias para afrontar situaciones de conflicto suscitadas durante la interacción, Estas situaciones ocasionan un</p>	<p>Asimismo, una característica emocional adicional la constituye la ansiedad que es descrita como un estado subjetivo e insidioso de inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión y dificultades para dormir. Otra característica emocional presente en los niños con TDAH es la angustia, que se define como un estado de malestar interno caracterizado por sufrimiento emocional que</p>	<p>También una de las características emocionales identificadas en los niños con TDAH es la el bajo nivel motivacional, sobre todo la de tipo intrínseco. La motivación intrínseca tiene que ver con la tendencia natural a buscar vencer desafíos conforme se persigue intereses personales sin necesidad de gratificación inmediata o mediata, lo que implica decisión de hacer</p>

				mismo; todo ello debido a la falta de información que argumenten su valor o experiencias de éxito que fomenta el autoaprecio	aislamiento social que termina afectando el estado emocional del mismo niño	repercute en el funcionamiento del niño y cierta sensación de desatención expresa como tristeza, desesperanza e irritabilidad	cosas por propia intención sin esperar nada a cambio.
1	Integración	Integración El indicador se asocia a uno de los siguientes factores: inestabilidad, personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad. Parece indicar inmadurez como resultado de retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debido a serias perturbaciones emocionales o a todas en conjunto	Inestabilidad emocional e impulsividad	X	X	X	X

2	Sombreado de la cara	Sombreado de la cara 5 a 12 años. Niños agresivos y con experiencia de robo. El sombreado total se asocia a perturbación emocional, ansiedad excesiva y concepto pobre de sí mismo. EL sombreado parcial indica ansiedad específica relacionada a la parte de cara que ha sido sombreada. El sombreado de la parte inferior de la cara expresa preocupación del niño por su lenguaje	X	perturbación emocional, ansiedad excesiva y concepto pobre de sí mismo.	X	perturbación emocional, ansiedad excesiva y concepto pobre de sí mismo.	X
3	Sombreado del cuerpo y/o extremidades	Sombreado del cuerpo y/o extremidades A partir de los 8 en niñas y 9 en los niños. El sombreado en general expresa				El sombreado en general expresa ansiedad manifiesta	

		ansiedad manifiesta. El sombreado del cuerpo indica problemas psicosomáticos y conductas de robo. El sombreado de brazos indica sentimientos de angustia relacionada a alguna actividad real o fantaseada en la que intervienen sus brazos					
4	Sombreado de las manos y o cuello	Sombreado de las manos y o cuello A partir de los 8 en niñas y 9 en los niños. Conductas de robo, timidez y agresividad. Angustia relacionada a alguna actividad real o fantaseada en la que intervienen sus manos. El sombreado del cuello indica esfuerzo por controlar los	X	X	X	Sombreado de cuello: esfuerzo por controlar los impulsos o control precario o rigido de los mismos	X

		impulsos o control precario o rígido de los mismos.					
5	Asimetría	Asimetría Asociado a coordinación pobre e impulsividad. Antecedentes de disfunción neurológica	coordinación pobre e impulsividad	X	X	X	X
6	Figura inclinada	Figura inclinada 15° o más de inclinación. Sistema nervioso inestable o una personalidad lábil, sobre todo sugiere que al niño le falta una base firme. Timidez, agresividad, problemas psicosomáticos y robo	X	X	X	X	X
7	Figura pequeña	Figura pequeña Extrema inseguridad, retraimiento y depresión. Sentimientos de	X	Sentimientos de inadecuación y preocupación por las relaciones con el ambiente	X	Sentimientos de inadecuación y preocupación por las relaciones con el ambiente	X

		inadecuación, un yo inhibido, preocupación por las relaciones con el ambiente y sobre todo depresión					
8	Figura grande	Figura grande 23 cm., a más. A partir de los 8 años. Expansividad, inmadurez y controles internos deficientes. Inmadurez y organicidad	Expansividad y controles internos deficientes	X	X	X	X
9	Transparencia	Transparencia Inmadurez, impulsividad y conducta actuadora. Ansiedad y preocupación por la región particular del cuerpo revelada por la transparencia. De la misma manera, indica angustia, conflicto, o	Inmadurez, impulsividad y conducta actuadora.	X	X	X	X

		miedo agudo, por lo común con respecto a lo sexual, el nacimiento o mutilación corporal					
10	Cabeza pequeña	Cabeza pequeña Sentimientos intensos de inadecuación intelectual	X	Sentimientos intensos de inadecuación intelectual	X	Sentimientos intensos de inadecuación intelectual	X
11	Ojos bizcos	Ojos bizcos Hostilidad hacia los demás, reflejo de ira y rebeldía, No puede o no quiere ajustarse a los modos esperados de comportarse	X	X	No puede o no quiere ajustarse a los modos esperados de comportarse	X	X
12	Dientes	Dientes Signo de agresividad	X	X	X	X	X
13	Brazos cortos	Brazos cortos Dificultad para conectarse con el mundo circundante y con las otras personas. Parece estar asociado con la tendencia al	X	X	Dificultad para conectarse con el mundo circundante y con las otras personas.	X	X

		retraimiento, al encerrarse dentro de sí y a la inhibición de los impulsos. Timidez, falta de agresividad o de liderazgo					
14	Brazos largos	Brazos largos Inclusión agresiva en el ambiente, necesidades agresivas dirigidas hacia afuera. Búsqueda de amor y afecto, conexión con los demás	X	X	X	X	X
15	Brazos pegados al cuerpo	Brazos pegados al cuerpo Control interno bastante rígido y dificultad para conectarse con los demás.	X	X	Dificultad para conectarse con los demás.	X	X
16	Manos grandes	Impulsividad agresiva en las que están implicadas las manos,	X	X	X	X	X

		ya sea mediante la agresión o el robo						
17	Manos seccionadas	Manos seccionadas (brazos sin manos). Sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente o por la incapacidad para actuar	X		Sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente	X	Sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente	X
18	Piernas juntas	tensión, rígido intento por controlar sus propios impulsos sexuales o temor a sufrir ataque sexual	X	X	X	X	X	X
19	Genitales	Genitales (o símbolo del mismo). Aguda angustia por el cuerpo y control pobre de los impulsos.	control pobre de los impulsos.	X	X	X	Aguda angustia por el cuerpo	X
20	Monstruo	Monstruo Sentimientos de intensa inadecuación y un muy pobre concepto	X		Sentimientos de intensa inadecuación y un muy pobre	X	Sentimientos de intensa inadecuación y un muy pobre concepto de sí mismo	X

		de sí mismo. Si dibuja payasos, historietas o figuras de aspecto tonto refleja desprecio, hostilidad hacia sí mismo		concepto de sí mismo			
21	Tres o más figuras	capacidad limitada, privación cultural y compromiso cerebral. Carecen de sentimientos de identidad. Dificultad para funcionar independientemente.	X	X	X	X	X
22	Nubes, lluvia y nieve	Ansiosos con dolencias psicosomáticas. Dirigen su agresión hacia sí mismo. Percepción de sentirse amenazado por el mundo adulto.	X	X	X	X	X
23	Omisión de ojos	Omisión de ojos Aislamiento social. Tendencia a negar sus	X	X	Aislamiento social. Escaso interés social	X	Escaso interés social

		problemas, rechazo frente al mundo y escape en la fantasía. Escaso interés social					
24	Omisión de nariz	Omisión de nariz Conducta tímida y retraída con ausencia de agresividad manifiesta. Escaso interés social. Sentimiento de inmovilidad e indefensión, una incapacidad de progresar, avanzar con aplomo	X	X	Escaso interés social.	Sentimiento de inmovilidad e indefensión	incapacidad de progresar, avanzar con aplomo
25	Omisión de boca	Omisión de boca Sentimientos de angustia, inseguridad y retraimiento inclusive resistencia pasiva. Rechazo a comunicarse con los demás. Miedo,	X	X	Resistencia pasiva. Rechazo a comunicarse con los demás.	Sentimientos de angustia. Miedo, angustia.	X

		angustia, perfeccionismo y depresión					
26	Omisión de cuerpo	Omisión de cuerpo retraso mental, inmadurez severa debido a retraso evolutivo, o perturbación emocional con aguda ansiedad por el cuerpo y angustia de castración.	X	X	X	aguda ansiedad por el cuerpo	X
27	Omisión de brazos	Omisión de brazos Ansiedad y culpa por conductas sociales inaceptables que implican los brazos o las manos. Culpa y angustia por roo más que por depresión.	X	X	X	Ansiedad y culpa por conductas sociales inaceptable que implican los brazos o las manos.	X
28	Omisión de piernas	Omisión de piernas Intensa angustia e inseguridad				x	

29	Omisión de pies	8 años en las niñas y 10 en los niños. Inseguridad y desvalimiento. Timidez	X	Inseguridad y desvalimiento	X	X	X
30	Omisión de cuello	Omisión de cuello 10 años para las niñas y 11 para los niños. Inmadurez, impulsividad y control internos pobres. Falta de control racional y pobre coordinación de los impulsos y la conducta	impulsividad y control internos pobres. Falta de control racional y pobre coordinación de los impulsos y la conducta	X	X	X	X

C2. Ficha para la fase de Teorización (DSM-5 Vs Características emocionales de TDAH)

	Criterios del DSM -5	Desregulación emocional	Rechazo social	Ansiedad y Angustia	Desmotivación
	(1) DESATENCIÓN				
1	a. Con frecuencia falla en prestar atención suficiente a los detalles o comete errores tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades (por ejemplo: pasa por alto detalles o el trabajo es erróneo).				x
2	b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas (por ejemplo, en el aula, conversaciones, conferencias o para lecturas largas).		x		
3	c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (por ejemplo: su mente parece estar en otros temas, incluso en la ausencia de cualquier distracción evidente).		x		
4	d. Con frecuencia no sigue instrucciones y no termina el trabajo escolar, y en el lugar de trabajo, comienza las tareas, pero pierde rápidamente la atención.				x
5	e. Con frecuencia tiene dificultades para organizar tareas y actividades, mantener los materiales en orden. En trabajos son desordenados; con mala gestión del tiempo; no cumple los plazos.				x
6	g. Con frecuencia pierde objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo: materiales escolares, libros, herramientas, carteras, llaves, documentos, gafas o teléfonos móviles).				
7	Se obvia los criterios f, h, i porque son para mayores a 17 años.				

	HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD				
	Síntomas de hiperactividad				
8	a. Con frecuencia se agita, golpea las manos o los pies, o se retuerce en su asiento.			x	
9	b. Con frecuencia se levanta de su asiento en situaciones en que se espera que permanezca sentado como en el aula, oficina o en otras situaciones que requieren permanecer sentado			x	
10	d. Con frecuencia es incapaz de jugar o participar en actividades de ocio en silencio				
11	e. Con frecuencia "está en movimiento" actuando como si fuese impulsado por un motor, no está cómodo en restaurantes reuniones y es visto por los demás como difícil de seguir.			x	
12	f. Con frecuencia habla en exceso				
13	Se obvia los criterios a porque son para mayores a 17 años.				
	Síntomas de impulsividad				
14	g. Con frecuencia da respuestas antes de que se haya completado la pregunta.	x			
15	h. Con frecuencia tiene dificultades para guardar turno como mientras espera en fila.	x			
16	i. Con frecuencia interrumpe o se entromete en las actividades de otros como en conversaciones o juegos o ocupaciones, puede empezar a utilizar las cosas de los demás o las coge sin pedir permiso	x			

Anexo 3: Validación de instrumentos



DISEÑO DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del informante: **Ps. Noemí Copa Yucra**
- 1.2. Cargo e institución donde labora: **PRITE – Programa Inicial**
- 1.3. Nombre del instrumento o motivo de evaluación: Encuesta sobre "INDICADORES EMOCIONALES DEL TEST DE LA FIGURA HUMANA EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD".
- 1.4. Autor del instrumento: **RAMIRO JACINTO PERALES VALDIVIA**
Alumno del pre grado de la Universidad Privada Telesup.

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 1-20	Regular 21-40	Buena 41-60	Muy Buena 61-80	Excelente 81-100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica entre variables e indicadores.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos sobre docencia universitaria y la capacitación pedagógica en relación al logro de la calidad académica.					X
7. CONSISTENCIA	Consistencia entre la formulación del problema, objetivos y la hipótesis.					X
8. COHERENCIA	Entre los índices indicadores y las dimensiones					X
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la Investigación.					X

II. OPINION DE APLICABILIDAD:

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: **90%**

IV. FECHA: **Octubre de 2020**

DNI N° **43770987**

Teléfono N° **920088887**



NOEMI COPA YUCRA
PSICÓLOGA C.Ps.P. 35559

Firma del Experto Informante



DISEÑO DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del informante: **Ps. Juan Carlos Mendoza Gonzales**
- 1.2. Cargo e institución donde labora: **Ministerio del Interior**
- 1.3. Nombre del instrumento o motivo de evaluación: Encuesta sobre "**INDICADORES EMOCIONALES DEL TEST DE LA FIGURA HUMANA EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**".
- 1.4. Autor del instrumento: **RAMIRO JACINTO PERALES VALDIVIA**
Alumno del pre grado de la Universidad Privada Telesup.

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 1-20	Regular 21-40	Buena 41-60	Muy Buena 61-80	Excelente 81-100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado.				X	
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				X	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					X
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica entre variables e indicadores.				X	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad.				X	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos sobre docencia universitaria y la capacitación pedagógica en relación al logro de la calidad académica.					X
7. CONSISTENCIA	Consistencia entre la formulación del problema, objetivos y la hipótesis.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices indicadores y las dimensiones				X	
9. METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la Investigación.			X		

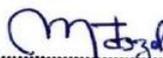
II. OPINION DE APLICABILIDAD:

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: **80%**

IV. FECHA: **Octubre de 2020**

DNI N° **4391714**

Teléfono N°



JUAN C. MENDOZA GONZALES
 PSICÓLOGO C.Ps.R. 29104

.....
Firma del Experto Informante