

LAS TÉCNICAS DE DIBUJO EN LA EVALUACIÓN DE DISCAPACITADOS MOTÓRICOS (*)

Alcedo Rodríguez, M. A.
Aguado Díaz, A. L.

Departamento de Psicología. UNIVERSIDAD DE OVIEDO

RESUMEN

En este artículo se presentan los resultados obtenidos en un trabajo de investigación que pretende verificar la función proyectiva del Dibujo de la Figura Humana (DAP) de Machover en lo relativo a la discapacidad motriz. Dicha prueba ha sido ampliamente utilizada en el campo de la rehabilitación y de la discapacidad motriz, a pesar de las críticas tan generalizadas de que ha sido objeto, en especial sobre su validez y fiabilidad. Por este tipo de razones, el objetivo central de este estudio se centra en el análisis de los criterios de bondad de dicha técnica con discapacitados motóricos. Con tales pretensiones, el DAP, junto a la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS) y el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI-A), han sido aplicados a ciento noventa y tres sujetos afectados de discapacidad motriz. Posteriormente, los dibujos de la figura humana realizados por los motóricos han sido valorados por cinco psicólogos clínicos expertos en el DAP, a través del procedimiento de "análisis ciegos", previa entrega de un protocolo de calificación en el que se detallan los aspectos a

* Comunicación presentada al Symposium "Evaluación en rehabilitación" del IV Congreso de Evaluación Psicológica, Santiago, 21-24-IX-1994. [A su vez, esta comunicación es síntesis de una investigación más amplia (Aguado y Alcedo, 1991; Alcedo, 1994)].

valorar en los dibujos los resultados obtenidos reflejan índices de fiabilidad interjueces muy bajos y niveles insatisfactorios de precisión diagnóstica. Asimismo, no se encuentra confirmación a las clásicas hipótesis que afirman que los motóricos dibujan unos peor que otros en función del tipo de discapacidad y dibujan aún peor cuanto mayor sea su grado de afectación. En consonancia con estos resultados se llega a la conclusión de que el DAP no cumple las garantías mínimas exigibles a todo instrumento científico de evaluación que permitan apoyar su uso en el campo de la discapacidad física motriz.

Palabras clave: PSICOLOGÍA DE LA REHABILITACIÓN, REHABILITACIÓN, DISCAPACIDAD FÍSICA MOTRIZ, EVALUACIÓN PSICOLÓGICA, TÉCNICAS PROYECTIVAS, DIBUJO, DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA.

SUMMARY

The paper presents results obtained from research which aims to verify the projective function of the Machover Human Figure Drawings (DAP) referring to physical disability. This technique has been broadly used in the fields of rehabilitation and physical disability, despite the abundance of criticism received, especially over its validity and reliability. Because of this, the main goal of this study is focused on the analysis of validity and reliability criteria of this technique applied to the physically disabled. In order to achieve this, DAP, in addition to the Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) and the Eysenck Personality Inventory (EPI-A) have been applied to a hundred and ninety-three subjects affected by physical disability. Subsequently, human figure drawings made by disabled people were evaluated by five clinical psychologists, specializing in DAP, through blind analysis procedure, having previously received a classification report, in which aspects to be evaluated in each drawing are detailed. The results obtained show very low reliability between judges and dissatisfactory diagnostic accuracy levels. Similarly, there was no confirmation of the classic hypotheses which state the physically disabled draw in a different way depending on their type of disability, and they draw even worse as their degree of affliction increases. According to these results we can conclude

that DAP fails to meet the minimum guarantees, demanded by all scientific assessment techniques, which enable the support of its use in the field of physical disability.

Key words: REHABILITATION PSYCHOLOGY, REHABILITATION, PHYSICAL DISABILITY, PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT, PROJECTIVE TECHNIQUES, DRAWING, HUMAN FIGURE DRAWING.

1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El uso de los *dibujos de la figura humana* en trabajos clínicos y de investigación se ha producido con cierta frecuencia en la psicología contemporánea. Pero su valoración e interpretación no ha seguido una trayectoria similar, dando lugar a distintos enfoques cada uno de ellos asociado a una teoría psicológica determinada. Desde uno de estos enfoques, el *clínico-proyectivo*, y a partir de la obra de Machover (1949), "*Personality Projection in the Drawings of the Human Figure: A Method of Personality Investigation*" (DAP), el dibujo de la figura humana alcanzará gran difusión como técnica de diagnóstico de la personalidad.

El DAP sigue siendo aún hoy considerado como guía definitiva en la interpretación proyectiva de los dibujos (Thomas y Silk, 1990), a pesar de las enérgicas y numerosas críticas que ha recibido por muchos autores (Anastasi, 1982; Swensen, 1971; Johnson y Greenberg, 1978; Thomas y Silk, 1990) como técnica proyectiva válida y fiable. Sin embargo, y aunque pueda resultar paradójico, el caso es que el empleo de esta técnica en el campo práctico y clínico sigue sin disminuir, como puede apreciarse en las revisiones sobre tests psicológicos de Lubin, Larsen y Matarazzo (1985) y sobre utilización de técnicas proyectivas de Piotrowski (1984).

Su uso también es muy frecuente en el campo de la *rehabilitación* y de la *discapacidad física motriz* (Johnson y Greenberg, 1978; Colin, 1979; Aguado y Alcedo, 1991; Alcedo, 1994). La hipótesis básica que subyace en la interpretación del DAP gira en torno a la idea de que cuando un individuo responde a la petición de dibujar una persona hace un dibujo de sí mismo. Esta *función*

proyectiva del DAP también es asumida en lo relativo a la discapacidad física motriz. Lo que se presupone es que el DAP elicit, a través de sus mecanismos proyectivos, la *imagen corporal deteriorada* de los sujetos discapacitados. La asunción de esta hipótesis, propuesta y defendida por Machover (1949), ha dado lugar a que en la valoración de los dibujos de los discapacitados motóricos se acepte unánimemente y sin discusión una *relación directa*, por una parte, entre *discapacidad física y distorsión de la imagen corporal* y, por otra, entre *nivel de afectación física y grado de distorsión de la imagen corporal* (Aguado y Alcedo, 1991; Alcedo, 1994).

Esta hipótesis, conocida como la *hipótesis clásica* (Colin, 1979), postula que los discapacitados efectúan *dibujos de mala calidad*, y tales dibujos son de *peor calidad cuanto mayor sea el grado de afectación física* que presenta el sujeto (Colin, 1979; Aguado y Alcedo, 1991). Es decir, la aceptación de esta *hipótesis clásica* y de la *proyección de la discapacidad motriz* a través del DAP, implica varias asunciones concatenadas (Aguado y Alcedo, 1991; Alcedo, 1994). En primer lugar, la suposición de que toda discapacidad motriz lleva consigo necesariamente una imagen corporal deteriorada y todavía más deteriorada cuanto mayor sea la gravedad de la discapacidad. En segundo lugar, la presunción de que tal distorsión de la imagen corporal aparece claramente en los dibujos de la figura humana y, por tanto y en tercer lugar, se detecta a través del DAP y, en última instancia, se descubre más fácilmente en las partes corporales afectadas y, a la vez, cuanto mayor sea el grado de afectación física. En cuarto lugar, la técnica del DAP, a través de las proyecciones de la imagen corporal distorsionada, diagnostica la discapacidad motriz, así como las partes corporales afectadas y la gravedad de la afectación. Lo que equivale a decir, sensu contrario, que la discapacidad, las partes afectadas y el grado de afectación son diagnosticados mediante la técnica del DAP.

Estas hipótesis tan unánimemente aceptadas en el campo de la rehabilitación constituyen *verdades* que todos afirman *se cumplen* al detalle, a pesar de la ausencia de confirmación empírica. Lo cual no ha impedido que sigan contando con el mismo nivel de aceptación, aún cuando los trabajos que abordan directamente el dibujo de la figura humana en motóricos son muy escasos.

La escasez de estudios es tan notoria que sólo hemos encontrado un total de diez trabajos, concretamente Prater (1950), Wachs y Zaks (1960), Centers y Centers (1963), Wysocki y Whitney (1965), Manganyi (1972), Nelson y Gruver (1978), Johnson y Greenberg (1978), Velázquez Clavijo (1985, 1986), Ortiz, López, Martín y Juan (1990) y Aguado y Alcedo (1991). La cuestión que se debate estriba, por lo general, en la constatación de si una discapacidad física de tipo motriz afecta a la estructuración de la imagen corporal, es decir, en la verificación de los supuestos de los que parten algunos de estos trabajos, lo que venimos denominando hipótesis clásicas y que expusimos líneas más atrás.

Ahora bien, muchos de estos estudios presentan serias deficiencias metodológicas, entre las que destacan las siguientes: ausencia de información sobre el procedimiento utilizado para la selección de los sujetos, o sobre el sistema empleado en la valoración de los dibujos, procedimientos estadísticos inadecuados, etc. Los resultados aportados por estas publicaciones son variados y contradictorios. Además, hay que precisar que de esos diez trabajos tan sólo tres (Manganyi, 1972; Johnson y Greenberg, 1978; Aguado y Alcedo, 1991) han abordado cuestiones relativas a los criterios de bondad del DAP y los resultados encontrados no apoyan su uso como método fiable y válido para el diagnóstico de la personalidad en el campo de la discapacidad motriz.

La situación que acabamos de describir y el hecho de que esta técnica se siga empleando y en base a la misma se adopten medidas decisivas de cara a la rehabilitación de los discapacitados motóricos, nos llevaron a plantear este estudio, cuyos objetivos exponemos a continuación.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE NUESTRO TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El objetivo fundamental, en consecuencia, se centra en el *análisis de los criterios de bondad de la técnica del DAP con discapacitados motóricos*, requisitos imprescindibles para que esta técnica sea aceptada como instrumento de evaluación en el campo de la discapacidad motriz.

Los objetivos específicos de nuestro estudio son:

1. Análisis de la *idiosincrasia categorial* de cada uno de los clínicos. Puesto que la calificación del DAP se realizará a través de un protocolo que recogerá las categorizaciones utilizadas por los clínicos en una serie de apartados, nos permitirá analizar el estilo perceptual de los distintos jueces y a la vez comprobar las similitudes y/o diferencias del método de calificación. Este primer objetivo es previo e instrumental para el segundo.
2. Estudio de la *fiabilidad* del DAP a través del procedimiento de la *fiabilidad interjueces*, es decir, la calificación de los distintos protocolos por cinco jueces distintos y de forma independiente.
3. Estudio de la *validez criterial* del DAP, es decir, la relación existente entre la prueba y unos criterios externos a la misma. El análisis de dichas relaciones nos permitirá conocer aspectos relativos a:
 - 3.1. La *precisión diagnóstica* del DAP: extensión con que las estimaciones de los clínicos coinciden con las evaluaciones establecidas previamente como criterios. Estos criterios son la condición de *discapacidad motriz*, presente en todos los sujetos de nuestro estudio, y el *grado de afectación*.
 - 3.2. La relación existente entre el DAP y criterios relacionados con la discapacidad, *tipo, grado de afectación y etiología*.
 - 3.3. La relación entre los enjuiciamientos categoriales realizados por los clínicos al calificar el DAP y las puntuaciones objetivas psicométricas obtenidas a través del *Inventario de Personalidad de Eysenck* (EPI-A) y la *Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos* (WAIS), instrumentos de evaluación también utilizados en nuestro estudio.

En función de estos objetivos planteamos las siguientes hipótesis:

- H: 1. La *fiabilidad* del DAP, evaluada a través del procedimiento de *fiabilidad interjueces*, será baja debido a la ausencia de concordancia entre los clínicos en la calificación de los aspectos más objetivables del dibujo y en la estimación de los aspectos más proyectivos. Es

decir, la *idiosincrasia categorial* de cada uno de los clínicos será tan específica y peculiar que serán mayores las discrepancias que las coincidencias en las valoraciones de los clínicos.

- H: 2. La *validez criterial* del DAP será baja, dado que no existirá relación entre los diagnósticos emitidos por los jueces y las evaluaciones establecidas previamente como criterios, es decir, entre la discapacidad motriz y el grado de afectación hipotetizados por los clínicos y los reales.
- H: 3. No existirán diferencias en los dibujos de la figura humana realizados por sujetos discapacitados motóricos en función de las variables *tipo de discapacidad, grado de afectación y etiología*.
- H: 4. No se producirá relación entre las calificaciones de los clínicos en el DAP y las variables de tipo intelectual (puntuaciones en el WAIS) y las variables de personalidad (puntuaciones en el EPI-A).

3. MUESTRA Y PROCEDIMIENTO DE TRABAJO

3.1. Muestra

La muestra de nuestro estudio procede de la población de sujetos atendida en el Centro Base del INSERSO de Oviedo y que formaba parte del *Programa Individual de Rehabilitación (PIR) de Minusválidos Físicos*.

La selección de la muestra se ha realizado en función de una serie de *criterios* considerados como *requisitos* básicos para los objetivos de este trabajo. Estos *criterios* han sido:

- 1.- Todos los sujetos presentan *discapacidad física motriz*.
- 2.- A todos se les ha aplicado DAP de Machover, *Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS)* e *Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI-A)*.
- 3.- De todos los sujetos se posee *información completa* de todas las variables objeto de estudio, información enmarcada en el PIR. Es decir, información sobre variables *sociodemográficas*, de *formación* y de *empleo*, así como datos relativos a los niveles de *afectación, tipología, y etiología* de la discapacidad.

En función de los requisitos anteriormente citados, pudimos contar con un total de *ciento noventa y tres* sujetos con *discapacidad motriz*. Las principales características que definen esta muestra vienen recogidas en la tabla 1.

TABLA 1.- Características descriptivas de la muestra

- VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:	
- Edad:	entre 15 y 44 años; <i>edad media</i> : 24.24
- Sexo:	142 <i>varones</i> (73.6%); 51 <i>mujeres</i> (26.4%)
- Estado civil:	155 <i>solteros</i> (80.3%); 38 <i>casados</i> (19.7%)
- Residencia:	116 <i>zona urbana</i> (60.1%); 77 <i>rural</i> (39.9%)
- Nivel cultural:	113 <i>bajo o primario</i> (70%); 57 <i>alto o universitario</i> (30%)
- Nivel profesional:	86 <i>inferior</i> (44.6%); 56 <i>nulo</i> (29%); 51 <i>medio y superior</i> (26.4%)
- Empleo:	158 <i>sin empleo</i> (81.9%); 35 <i>con empleo</i> (18.1%)
- VARIABLES RELACIONADAS CON LA DISCAPACIDAD:	
- Tipo de discapacidad:	
- <i>secuelas de poliomieltis</i> :	67 (34.7%)
- <i>traumatismos varios</i> :	27 (14.0%)
- <i>malformaciones congénitas</i> :	27 (14.0%)
- <i>problemas de columna</i> :	24 (12.4%)
- <i>amputaciones</i> :	20 (10.4%)
- <i>lesión medular</i> :	14 (7.3%)
- <i>hemiplejía</i> :	14 (7.3%)
- Grado de afectación:	<i>medio</i> : 125 (67.4%); <i>ligero</i> : 68 (35.2%)
- Etiología:	
- enfermedades infantiles <i>anteriores</i> a los cinco años:	71 (36.8%)
- enfermedades <i>congénitas</i> :	41 (21.3%)
- <i>accidentes laborales</i> :	29 (15%)
- <i>accidentes comunes</i> :	18 (9.3%)
- enfermedad <i>posterior</i> a los cinco años:	18 (9.3%)
- <i>causas desconocidas</i> :	16 (8.3%)
- Trastornos asociados:	
- <i>ninguno</i> :	126 (65.3%)
- <i>trastornos emocionales</i> :	42 (21.8%)
- <i>trastornos secundarios</i> :	25 (12.9%)
- INTELIGENCIA Y 1	
- WAIS:	CI total oscila entre 80 y 141; <i>media</i> = 110.51 puntos; $\sigma = 12.08$
- EPI-A:	puntuaciones significativamente más elevadas que grupo normativo en N y más bajas en S

En relación a las *variables sociodemográficas*, el rango de *edad* parte de los 15 años y llega hasta los 44, con un promedio de 24.24 años. El mayor número de sujetos, un 66.8%, se sitúa en el nivel de adultos jóvenes (entre 20 y 34 años de edad), un 24.9% pertenece al grupo de adolescentes (entre 15 y 19 años) y sólo un 8.3% representa al nivel de adultos medios (entre 35 y 44 años). En cuanto al *sexo*, un 73.6% son varones y un 26.4% mujeres, de los cuales un 80.3% son *solteros*. Por lo que atañe a la *procedencia* u *origen* se observa que algo más de la mitad de la muestra (51.8%) proviene del área *rural* de Asturias, es decir de poblaciones de menos de 20.000 habitantes. Respecto a la *residencia*, el 60.1% pertenece al área *urbana* de nuestra comunidad. En relación a los niveles de *formación cultural*, el mayor porcentaje de sujetos, un 43.5%, se sitúa en el grupo de *estudios primarios*, un 26.9% corresponde al nivel *neoelector* y *estudios primarios sin certificación*, mientras que el nivel calificado como *alto* y *universitario* tan sólo es alcanzado por un 15.1% y un 14.5% de los sujetos, respectivamente. Es decir, en torno a un 70% presenta un nivel cultural bajo o primario. En lo referente al *nivel profesional*, el 44.6%, casi la mitad de la muestra, se sitúa en el nivel calificado como *inferior* (experiencia o formación no especializada). El resto, un 29.0% *carece de formación* o está estudiando y un 26.4% está *altamente cualificado*. Por último, y en cuanto al *régimen de empleo*, tan sólo el 18.1% está en *situación laboral activa*, es decir, *con empleo*, mientras que el 81.9% está *sin empleo*.

En suma, predominan los *adultos jóvenes, varones, solteros*, procedentes de la *zona rural* asturiana y residentes en *áreas urbanas*, con nivel cultural *primario, escasa cualificación profesional* y una *elevada tasa de desempleo*.

En lo relativo a las *variables relacionadas con la discapacidad* (tabla 1), existe un numeroso grupo de sujetos afectados de *secuelas de poliomielitis*, el 34.7%, que constituyen algo más de la tercera parte de la muestra, cinco grupos homogéneos de discapacidades motrices sin afectación cerebral: *secuelas traumáticas varias, amputaciones, malformaciones congénitas, problemas de columna, lesión medular*, y un grupo de *hemipléjicos*. En cuanto a la variable

afectación, agrupada en dos categorías, *ligero* (afectación de un sólo miembro) y *medio* (afectación de dos o más miembros y generalizada), el 67.4% de los sujetos presenta una afectación de tipo *medio*, y el 35.2% un grado de afectación *ligero*. Respecto a la variable *etiología*, agrupada en seis categorías, el grupo más numeroso resulta ser el de *enfermedades infantiles* anteriores a los cinco años, que alcanza el 36.8%, y donde se sitúa el grupo de *polio* de manera casi completa. Finalmente, y por lo que atañe a la existencia de *trastornos asociados*, más de la mitad de los sujetos, concretamente un 65.3%, no presenta ningún tipo de *trastorno asociado*.

Como síntesis de las variables que describen la *discapacidad*, nuestra muestra está compuesta por un *numeroso grupo* de afectados de *secuelas de poliomiélitis*, y son más frecuentes las discapacidades *adquiridas con anterioridad a los cinco años*, el grado de *afectación de tipo medio* y la *ausencia de trastornos asociados*, como otras deficiencias.

Respecto a las *variables intelectuales* (tabla 1), evaluadas a través del WAIS, el promedio de CI total es de 110.51 puntos, que corresponde al nivel calificado como *medio-alto*. Por lo que respecta a *variables de personalidad*, medidas a través del EPI-A, los resultados obtenidos son significativamente más altos que el promedio normativo en los rasgos de neuroticismo ($p. \leq .001$), y más bajos en la escala de sinceridad ($p. \leq .01$). Por tanto, podemos afirmar que los sujetos presentan una muy buena capacidad intelectual y cierta inestabilidad emocional.

3.2. Procedimiento de trabajo

Una vez obtenida la muestra de trabajo, el siguiente paso consistió en la elaboración de un *protocolo de calificación* de los dibujos de la figura humana que después sería entregado a cada uno de los cinco clínicos expertos en el DAP para que llevaran a cabo la tarea de calificación y diagnóstico (una reproducción del protocolo figura en el anexo de este trabajo).

El protocolo elaborado consta de siete apartados que permiten la calificación de distintos aspectos del dibujo. Dichos apartados son: *tamaño, criterios o indicadores utilizados para el diagnóstico, acabado, índices patognomónicos para la evaluación diagnóstica, hipótesis, grado de afectación física y observaciones*. El grado de libertad de respuesta concedido a los clínicos varía en función de los distintos aspectos recogidos en el protocolo.

Conviene destacar que con el apartado relativo a los *criterios o indicadores utilizados para el diagnóstico*, de respuesta libre, se pretende conocer qué tipos de categorías emplean los clínicos en la valoración global del dibujo, es decir, qué partes o aspectos del dibujo son valorados, en qué se fijan los clínicos para llevar a cabo el diagnóstico. De igual forma, en el apartado relativo a los *índices patognomónicos para la evaluación diagnóstica*, también se otorga total libertad en la elección de dichos índices. En este caso, el objetivo es conocer qué aspectos del dibujo son considerados más relevantes o decisivos para el establecimiento de las sospechas de discapacidad motriz. O dicho de otra forma, cuáles son los aspectos del dibujo más característicos y representativos para cada clínico de la presencia de discapacidad motriz.

Este protocolo, junto con las fotocopias de los dibujos de la figura humana realizados por los 193 sujetos discapacitados motóricos, fueron entregados para su calificación a cinco psicólogos clínicos, todos ellos expertos en el DAP. La valoración fue llevada a cabo sin que los clínicos tuviesen información alguna sobre los sujetos que habían realizado los dibujos, ni sobre los otros clínicos que participaban en la valoración. Es decir, se eligió el procedimiento de "análisis ciegos".

Una vez que todos los dibujos fueron valorados por los distintos jueces, la siguiente tarea consistió en agrupar y ordenar toda la información contenida en los protocolos de calificación. Para tal propósito se creó un *estadillo individual* para cada uno de los 193 sujetos que recoge todos los aspectos del dibujo utilizados por los cinco clínicos en la calificación de los siete apartados que componen el protocolo. El estadillo que se expone en la tabla 2 presenta, en resumen, las principales categorías utilizadas por todos los expertos.

TABLA 2.- Estadillo resumen de las principales categorías utilizadas por todos los clínicos

SUJETO N °	CLINICO N °				
	1	2	3	4	5
A.- TAMAÑO A.1.- Pequeño A.2.- Normal A.3.- Grande A.4.- Excesivo					
B.- CRITERIOS UTILIZADOS B.1.- Dibujo de partes corporales B.1.1.- De la cabeza B.1.2.- Del tronco B.1.3.- De las extremidades superiores B.1.4.- De las extremidades inferiores B.2.- Omisión de partes corporales B.2.1.- De la cabeza B.2.2.- Del tronco B.2.3.- De las extremidades B.3.- Tamaño global de la figura B.4.- Perspectiva del dibujo B.5.- Actitud postural B.6.- Trazado de líneas B.7.- Impresión general B.8.- Criterios generales sin especificación					
C.- ACABADO C.1.- Cabeza C.2.- Cuello C.3.- Tronco C.4.- Extremidades superiores C.5.- Extremidades inferiores C.6.- Suma total					
D.- INDICES PATOGNOMONICOS D.1.- Emplazamiento en la hoja D.2.- Dibujo de partes corporales D.2.1.- De la cabeza D.2.2.- Del tronco D.2.3.- De las extremidades superiores D.2.4.- De las extremidades inferiores					

(Continuación tabla 2)

SUJETO N °	CLINICO N °				
	1	2	3	4	5
D.3.- Omisión de partes corporales D.3.1.- De la cabeza D.3.2.- Del tronco D.3.3.- De las extremidades D.4.- Tamaño global de la figura D.5.- Perspectiva del dibujo D.6.- Actitud postural D.7.- Trazado de líneas D.8.- Impresión general D.8.1.- Dibujo D.8.2.- Expresividad					
E.- HIPOTESIS E.1.- SI hay sospechas de discapacidad E.2.- NO hay sospechas de discapacidad					
F.- G° DE AFECTACION FISICA F.1.- Elevado F.2.- Medio F.3.- Ligero F.4.- Nulo					
G.- OBSERVACIONES G.1.- Con observaciones G.2.- Sin observaciones					

4. RESULTADOS

4.1. Análisis del estilo de valoración de los clínicos

Antes de proceder al estudio de la fiabilidad del DAP hemos analizado el estilo de valoración de cada clínico. El objetivo es conocer su *idiosincrasia categorial*, contrastar el grado de similitud o disparidad de valoración entre los clínicos, así como determinar la existencia de uno o múltiples métodos de valoración del DAP.

Este análisis nos ha permitido constatar que existen discrepancias muy altas entre los clínicos en la elección y utilización de categorías. En el apartado de *criterios*, dos de los cinco clínicos no precisan cuáles son los aspectos concretos del dibujo que han valorado en cada uno de los protocolos, circunstancia por otra parte muy frecuente en muchos de los estudios realizados sobre el DAP y que ya previamente varios autores han señalado y criticado (Roback, 1968; Swensen, 1968, 1971; Johnson y Greenberg, 1978; Thomas y Silk, 1990). Los tres clínicos restantes reseñan un total de 99 categorías de dibujo como criterios de diagnóstico, pero sólo 30 son utilizadas por todos los clínicos. Las 69 categorías restantes son tenidas en cuenta por uno o dos de los tres clínicos; p.e., la desproporción de la cabeza y de las piernas la emplea únicamente el clínico 5, y la expresividad del dibujo el clínico 4.

Aún muestran los clínicos mayor desacuerdo en el apartado de *índices patognomónicos*; son catalogados un total de 94 categorías de dibujo y de ellas sólo 13 son utilizadas por el conjunto de los cinco clínicos. El resto de las categorías son utilizadas por uno o varios de los clínicos, pero no por todos; sirva como dato ilustrativo de esta gran disparidad el hecho de que 20 de las categorías sólo son utilizadas por un sólo clínico (p.e., el emplazamiento de la figura en el centro de la hoja sólo lo tiene en cuenta el clínico 4, el tamaño del pelo el clínico 3, y la expresividad del dibujo el clínico 5).

Podemos concluir que no existe un método de valoración uniforme, sino que aparece en cada uno de los clínicos un estilo de valoración tan específico y peculiar que las diferencias superan en gran medida las similitudes. La valoración del DAP depende, por tanto, del estilo idiosincrático del clínico experto. Este método de valoración tan extremadamente subjetivo y dispar nos indica que la prueba no permite realizar mediciones fiables y, por tanto, tampoco válidas. Precisamente estos son los aspectos que pasamos a exponer a continuación.

4.2. Datos sobre fiabilidad

Para la estimación de este criterio de bondad hemos elegido el procedimiento de *la fiabilidad interjueces*.

De todos los datos obtenidos sobre la fiabilidad interjueces merece la pena destacar que los cinco clínicos presentan un buen nivel de acuerdo en la calificación del tamaño de la figura y del acabado de cada uno de los segmentos corporales y acabado total, resultando estadísticamente significativos los índices de fiabilidad aportados por la prueba χ^2 cuadrado y el coeficiente de correlación de Pearson (tabla 3). Sin embargo, la ausencia total de acuerdo se ha puesto de manifiesto en los criterios que han utilizado para la valoración de los dibujos y en los índices patognomónicos que han señalado como indicadores para el diagnóstico de la discapacidad física motriz. El mayor porcentaje de acuerdos alcanzado es un 16.6%, que supone una coincidencia en 33 de los 193 casos calificados.

TABLA 3.- Fiabilidad interjueces para las categorías utilizadas por todos los clínicos: χ^2 para "tamaño" e "hipótesis"

	Clínicos	χ^2	GL	Signif.	C
A.- TAMAÑO	1 - 2	168.205	6	.000 ***	.68
	1 - 3	189.181	9	.000 ***	.70
	1 - 4	124.489	9	.000 ***	.63
	1 - 5	196.596	9	.000 ***	.71
	2 - 3	152.880	6	.000 ***	.66
	2 - 4	150.718	6	.000 ***	.66
	2 - 5	158.467	6	.000 ***	.67
	3 - 4	174.341	9	.000 ***	.66
	3 - 5	257.537	9	.000 ***	.75
	4 - 5	172.331	9	.000 ***	.69
	E.- HIPOTESIS: sospechas de discapacidad	1 - 2	11.21	9	.001 ***
1 - 3		4.980	1	.026 *	.16
1 - 4		14.176	1	.000 ***	.27
1 - 5		3.308	1	.069	.13
2 - 3		14.517	1	.000 ***	.27
2 - 4		21.910	1	.000 ***	.34
2 - 5		3.203	1	.073	.12
3 - 4		10.286	1	.001 ***	.23
3 - 5		5.827	1	.016 *	.17
4 - 5		9.997	1	.002 **	.23
* p. \leq .05; ** p. \leq .01; *** p. \leq .001					

Respecto a la concordancia entre los clínicos en las estimaciones sobre lo proyectivo, en lo referente a *sospechas de discapacidad* (tabla 3), la prueba χ^2 resulta significativa en ocho de las diez comparaciones entre clínicos, pero el grado de asociación entre las estimaciones realizadas es muy bajo. Como bien puede observarse en la tabla 3, los intervalos del coeficiente de contingencia oscilan entre .12 y .34.

En lo referente a las estimaciones sobre el *grado de afectación*, el coeficiente Kappa resulta significativo sólo en seis de las diez comparaciones (tabla 4). Serían, pues, necesarios niveles de asociación y relación mucho más fuertes para poder afirmar que existe un alto grado de concordancia entre los clínicos en las evaluaciones diagnósticas realizadas.

TABLA 4.- Fiabilidad interjueces para las categorías utilizadas por todos los clínicos: coeficiente Kappa (K) para "grado de afectación"

F.- G° DE AFECTACION	Clínicos	Kappa	Intervalo Confidencial
	1 - 2	.09 *	.01 ≤ K ≤ .17
	1 - 3	.06	-.02 ≤ K ≤ .14
	1 - 4	.12 *	.04 ≤ K ≤ .20
	1 - 5	.10 *	.03 ≤ K ≤ .16
	2 - 3	.14 *	.04 ≤ K ≤ .24
	2 - 4	.03	-.03 ≤ K ≤ .13
	2 - 5	.05	-.02 ≤ K ≤ .12
	3 - 4	.06	-.03 ≤ K ≤ .16
	3 - 5	.07 *	.0 ≤ K ≤ .14
	4 - 5	.08 *	.02 ≤ K ≤ .14

* p. ≤ .05; ** p. ≤ .01; *** p. ≤ .001

Por tanto, se confirman nuestras hipótesis que postulaban la ausencia de concordancia entre los clínicos en la calificación de los aspectos más objetivables del dibujo y en la estimación de los aspectos más proyectivos.

En función de los resultados obtenidos, podemos concluir que *el DAP no es una técnica fiable, en lo que concierne a la fiabilidad interjueces, al menos en su utilización en el campo de la discapacidad física motriz.*

A la vista de estos resultados quisiéramos realizar una serie de comentarios. La ausencia de unos criterios de corrección claros, precisos, estructurados y tipificados que presenta el DAP, permite que su valoración dependa fundamentalmente de la experiencia e intuición del evaluador, dando lugar, como así ha aparecido en nuestro estudio, a tantos métodos de valoración como evaluadores que califiquen, lo cual disminuye o anula la fiabilidad interjueces de la prueba. Aún más, respecto a los aspectos del dibujo que son considerados en el DAP como indicadores de la existencia de discapacidad motriz hemos podido comprobar que, dado que éstos nunca han sido precisados con claridad, más bien son difusos y ambiguos, provocan, de nuevo, una elección muy subjetiva de los mismos, que da lugar a niveles de acuerdo muy bajos o a ausencia total de acuerdo.

En suma, todos los resultados anteriormente expuestos están en la línea de los encontrados en nuestro estudio previo sobre el DAP (Aguado y Alcedo, 1991), y de los expuestos por Roback (1968), Swensen (1968, 1971) y Kahill (1984) tras revisar los estudios sobre fiabilidad de esta prueba.

Una vez examinada la fiabilidad, pasamos seguidamente a exponer los resultados relativos a la validez del DAP.

4.3. Datos sobre validez

Otro de los objetivos de nuestro estudio era el análisis de varios aspectos relacionados con la *validez criterial* del DAP.

4.3.1. Precisión diagnóstica

En función de la proyectividad del DAP, postulado básico en el que se asienta la prueba, sería esperable poder formular en base

a ella estimaciones precisas y correctas sobre la existencia de discapacidad motriz y de su posible nivel de afectación, lo que nos permitiría afirmar que es una técnica válida para la evaluación de sujetos discapacitados motóricos. Si esto fuese así, existiría coincidencia entre lo que los clínicos hipotetizan y la situación real de los sujetos.

Para el análisis de este aspecto hemos contrastado las estimaciones realizadas por los clínicos con dos criterios externos, *la existencia de discapacidad motriz*, condición presente en todos los sujetos de nuestra muestra, y *el grado de afectación*, que o bien es *ligero* (afectación de un solo miembro), o bien *medio* (afectación de dos o más miembros).

TABLA 5.- Porcentajes de aciertos en sospechas de discapacidad (Prueba Binomial)

	% ACIERTOS	SIGNIF.	INTERVALO CONFIDEN.
CLINICO 1	66.3	.000 ***	$.60 \leq \pi \leq .73$
CLINICO 2	49.2	.885	$.42 \leq \pi \leq .56$
CLINICO 3	48.2	.665	$.41 \leq \pi \leq .55$
CLINICO 4	45.1	.195	$.38 \leq \pi \leq .52$
CLINICO 5	82.4	.000 ***	$.77 \leq \pi \leq .88$

* $p. \leq .05$; ** $p. \leq .01$; *** $p. \leq .001$

En la tabla 5 se recogen los porcentajes de aciertos de los clínicos en lo relativo a *sospechas de discapacidad*. Hemos utilizado la prueba binomial que nos permite saber hasta qué punto el tanto por ciento de aciertos de los clínicos es superior a lo esperado por azar. Puede observarse en dicha tabla que la proporción de aciertos es significativamente superior al 50% (lo esperado si los aciertos fueran por azar) tan sólo para los clínicos 1 y 5. Es este último el que presenta un mejor grado de precisión, con un porcentaje de aciertos de 82.4 ($p. \leq .001$). La proporción de aciertos del resto de los clínicos no resulta estadísticamente significativa.

En relación a la precisión de los clínicos en la estimación del *grado de afectación*, los resultados no discrepan de los anteriormente expuestos, como puede apreciarse en la tabla 6. La prueba χ^2 no resulta significativa en ninguna de las comparaciones, lo que indica total independencia entre el grado de afectación real y el grado de afectación hipotetizado por los clínicos. Estos datos apoyan y confirman nuestras hipótesis de no acierto por parte de los clínicos a la hora de encontrar indicios o sospechas de la existencia de discapacidad motriz y del grado de afectación física.

TABLA 6.- Relación entre grado de afectación real y grado de afectación hipotetizado por los clínicos (Prueba χ^2)

	χ^2	GL	Signif.
CLINICO 1	.502	37	.918
CLINICO 2	7.256	3	.064
CLINICO 3	.969	3	.809
CLINICO 4	.944	3	.815
CLINICO 5	2.476	3	.480

Por tanto, una vez que hemos comprobado que las evaluaciones diagnósticas realizadas por los clínicos no coinciden con el conjunto de evaluaciones establecidas previamente como criterios, podemos concluir que *el DAP no es una técnica válida para el diagnóstico de la situación actual de los sujetos, es decir, no permite formular estimaciones válidas sobre la existencia de discapacidad física motriz ni de su posible grado de afectación.*

Los pocos trabajos que han abordado este tema de la precisión diagnóstica del DAP, concretamente los estudios de Watson (1967), Cressen (1975) y Aguado y Alcedo (1991), los dos primeros con poblaciones clínicas y el tercero con sujetos discapacitados motóricos, también concluyen que esta técnica no permite realizar evaluaciones o diagnósticos correctos. Es más, los niveles de precisión

correctos se sitúan en algunos casos por debajo de lo esperado por azar, como ocurre en nuestro estudio y en el de Cressen (1975). Podría pensarse que esto es debido a los sesgos introducidos por los jueces calificadoros, como p. e., su nivel de formación y experiencia con la técnica. Sin embargo, en los trabajos de Watson (1967) y Cressen (1975) en los que participaron jueces con muy distintos niveles de formación, tanto expertos como no expertos, los niveles de precisión eran muy similares en ambos grupos de jueces. Concretamente, en el trabajo de Watson (1967), la proporción total de diagnósticos correctos fue:

- psicólogos expertos: 27%
- psicólogos que utilizaban la técnica con relativa frecuencia: 27%
- psicólogos que nunca la habían utilizado: 28%.

Por tanto, no parece que el problema radique en la falta de competencia del juez calificador. Es la propia técnica la que no permite realizar evaluaciones diagnósticas correctas y precisas.

4.3.2. Relación entre el DAP y las variables de discapacidad

También hemos analizado la *relación entre el DAP y criterios relacionados con la discapacidad*, tipo, grado de afectación y etiología, con el objetivo de validar una de las hipótesis interpretativas sobre las que se asienta el DAP en relación a la discapacidad motriz. Concretamente el tópico tan extendido y aceptado, aunque nunca verificado, de que en los sujetos con discapacidad motriz existe una relación inversa entre la gravedad de la afectación y la calidad de sus dibujos de la figura humana, lo cual se traduce en que se espere y se afirme que los discapacitados motóricos dibujan peor cuanto mayor es su grado de afectación.

Para la comprobación de esta hipótesis hemos utilizado la prueba χ^2 de independencia entre variables categóricas (excepto para el apartado de acabado donde se ha utilizado el coeficiente de correlación biserial puntual), realizando un cruce, para cada uno de los clínicos, entre las variables del DAP, tanto específicas como globales, y las variables relacionadas con la discapacidad,

TABLA 7.- CLINICO 4.- Relación entre categorías específicas del DAP y variables: tipo de discapacidad, grado de afectación y etiología (Prueba χ^2). Para el apartado C (acabado) el estadístico utilizado ha sido el coeficiente de correlación biserial puntual

	TIPO DE DISCAPACIDAD			GRADO DE AFECTACION			ETIOLOGIA		
	χ^2	GL	Signif	χ^2	GL	Signif	χ^2	GL	Signif
A TAMAÑO	10.893	12	.538	1.637	2	.441	.376	2	.828
B CABEZA:FORMA				1.749	1	.186	.285	1	.593
B CABEZA:TAMAÑO				.862	1	.353			
B CABEZA:PERSPECTIVA				.006	1	.937	.000	1	1.000
C OJOS:FORMA				1.039	1	.308	.113	1	.737
R TRONCO:FORMA				.000	1	1.000	.000	1	1.000
I BRAZOS:FORMA				.985	1	.321	.328	1	.072
T BRAZOS:TRANSPAREN.				.000	1	1.000	.089	1	.765
E MANOS:FORMA				.298	1	.585	.222	1	.638
R MANOS:OCULTAMIENTO				.026	1	.871	.714	1	.398
I DEDOS:FORMA				.000	1	1.000	2.253	1	.133
O PIERNAS:FORMA				.047	1	.828	2.158	1	.142
S CUELLO:OMISION				.269	1	.413	.000	1	1.000
MANOS:OMISION				.109	1	.741	.195	1	.659
PIES:OMISION				.682	1	.409	.152	1	.697
C CABEZA				-.000			-.113		
C CUELLO				.122			-.098		
A TRONCO				.028			-.166		
C EESS				-.063			-.107		
A. EEII				-.088			-.136		
D TRONCO:FORMA	15.849	6	.070	3.073	1	.082	.379	1	.540
I LINEAS FUERTES	3.174	6	.790	.714	1	.390	.000	1	1.000
N LINEAS CONTINUAS	7.254	6	.300	3.480	1	.060	1.585	1	.210
D LINEAS ENTRECORTA	11.049	6	.090	1.564	1	.210	.000	1	1.000
I LINEAS IRREGULARES	3.567	6	.730	.094	1	.760	.118	1	.730
C LINEAS ABOCETADAS	2.446	6	.870	.548	1	.460	.465	1	.500
E LINEAS ANGULARES	1.821	6	.940	.000	1	1.000	.008	1	.930
S BUENA CALIDAD	2.155	6	.900	.063	1	.800	.212	1	.650
P ACABADO DEFICIENTE	1.715	6	.940	2.819	1	.090	.319	1	.570
A ESQUEMATISMO	2.708	6	.840	2.377	1	.120	.273	1	.600
T PRESENCIA DETALLES	8.799	6	.190	4.295	1	.060	.016	1	.900
O AUSENCIA DETALLES	8.279	6	.220	.341	1	.560	.000	1	1.000
G ESTRUCTU. DEFICIEN	2.905	6	.820	.000	1	1.000	.003	1	.960
N ESQUEMATISMO				.492	1	.483	.000	1	1.000
FORMAS ESPECIALES				.000	1	1.000	.152	1	.697
INDIFEREN.SEXUAL				.313	1	.576	.189	1	.664
E SOSPECHAS	5.798	6	.446	.066	1	.797	.959	1	.327
F G° AFECTACION	3.445	6	.751	8.352	6	.213			

* p. ≤ .05; ** p. ≤ .01; *** p. ≤ .001

tipo, grado de afectación y etiología. χ^2 no adquiere significación estadística en ninguna de las múltiples comparaciones realizadas. Se adjunta como ejemplo los resultados obtenidos en este apartado por el clínico 4 (tabla 7), resultados muy similares a los obtenidos por el resto de los clínicos.

Nuestra hipótesis teórica se ha confirmado al no haberse encontrado diferencias significativas entre los sujetos en función del tipo de discapacidad, grado de afectación y etiología. Estos resultados suponen un rechazo a la hipótesis clásica tan aceptada en la interpretación de los dibujos de la figura humana realizados por sujetos con discapacidad motriz. Por tanto, podemos concluir que *las personas con discapacidad motriz no dibujan unos peor que otros en función del tipo de discapacidad, ni peor cuanto más afectados o cuanto más precozmente les haya sobrevenido la discapacidad.*

No quisiéramos finalizar la exposición de estos resultados sin antes añadir algunas otras observaciones. Mucho nos tememos que la mayoría de las evaluaciones diagnósticas se sigan realizando en base a las llamadas hipótesis clásicas, tan ampliamente aceptadas y difundidas, a pesar de la ausencia de confirmación empírica de dicha hipótesis. Pero aún queremos ir más allá. Si se parte del supuesto de que los discapacitados motóricos dibujan peor cuanto más afectados estén, lo lógico es esperar que aquellos dibujos realizados por sujetos con un alto grado de afectación que presentan una peor realización servirán, probablemente, para diagnosticar un peor grado de ajuste a la discapacidad. En el caso de que ocurra lo contrario, es decir, que el sujeto realice un buen dibujo de la figura humana, estaría indicado diagnosticar un adecuado o positivo nivel de ajuste a la discapacidad, puesto que lo esperado es que el dibujo sea mal realizado. Las implicaciones de este tipo de interpretaciones, basadas en lo que algunos autores han denominado "correlaciones ilusorias" entre determinados aspectos del dibujo y características de personalidad de los sujetos que dibujan (Chapman y Chapman, 1967; Waller y Keeley, 1978; Lueger y Petzel, 1979), pueden ser muy graves cara a la toma de decisiones terapéuticas y de actuación con estos sujetos.

TABLA 8.- Clínico 1: Correlaciones entre las calificaciones del DAP y WAIS y EPI

	WAIS PARTE VERBAL					WAIS P. MANIPULATIVA					WAIS CCII			EPI - A			
	IN	CO	AR	SE	DI	VO	CN	FI	CU	HI	RO	CIV	CIM	CI	N	E	S
A Tamaño	.105	.203**	.115	.057	.073	.127*	.012	.083	.089	.068	.104	.156*	.120*	.164*	.076	.120	.025
C Acaba.	.131*	.127*	.097	.253**	.143*	.160*	.161*	.316**	.343**	.228**	.218**	.207**	.329**	.308**	.010	.047	.099
D Cabeza	.093	-.017	-.029	.086	-.040	.134*	.001	.069	-.067	-.016	-.081	.031	-.037	-.010	.057	-.026	.027
Tronco	.122*	.147*	.153*	.093	.044	.132*	.110	.089	-.052	.084	.034	.169**	.057	.130**	-.094	.105	.015
EES	-.098	-.071	-.012	-.045	-.079	-.063	-.103	-.018	-.085	-.078	-.071	-.080	-.083	-.084	-.138*	.005	-.094
EEII	-.146*	-.152*	-.215**	-.194**	-.111	-.069	-.096	-.028	-.061	.039	.072	-.167**	-.003	-.084	.041	.041	-.094
Omisí.	-.042	.007	-.009	-.131*	-.032	-.033	-.072	-.110	.135*	-.066	-.044	-.050	-.111	-.097	-.017	-.040	-.030
Tamaño	.071	.166**	.054	.086	.087	.138*	.070	.114	.170**	.100	.112	.130*	.110	.100	.060	.070	.110
Perspe.	.023	.033	.100	.045	.044	.110	.084	.034	.160*	.081	.034	.132*	.057	.083	-.094	.041	.028
Postura	-.050	.014	.044	.019	.110	.069	.067	.081	.030	.039	.016	.090	.017	.100	.060	.100	-.071
Trazado	.029	.040	.095	.023	.076	.033	.018	.041	.100	-.001	.032	.068	.017	.037	.054	.076	.068
Dibujo	-.160*	-.190**	-.028	-.110	-.041	-.164*	-.071	-.158*	-.130*	-.125*	-.154*	-.162*	-.146*	-.176**	-.013	-.128*	-.184**
E Sospe.	-.120	-.103	-.064	-.090	-.135*	-.115	.003	-.106	-.093	-.098	-.102	-.173**	-.087	-.006	-.034	-.020	-.071
F Afect.	-.074	-.040	-.105	-.265**	-.114	-.031	-.047	-.113	-.268**	-.021	-.113	-.225**	-.074	-.088	-.022	-.063	-.101

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

4.3.3. Relación entre el DAP, WAIS y EPI-A

Finalmente también examinamos la *relación entre el DAP y los tests psicométricos, WAIS y EPI-A*, instrumentos de evaluación utilizados en nuestro estudio. Se pretende comprobar si existe alguna relación entre los enjuiciamientos categoriales que han hecho los clínicos en la calificación del DAP y las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el WAIS y EPI-A.

En función de la teoría de la proyección de la discapacidad que subyace al DAP sería posible esperar que las calificaciones de los clínicos sobre los dibujos estén relacionadas con las puntuaciones obtenidas por los sujetos en el EPI-A, test psicométrico que evalúa rasgos básicos de personalidad. Y, por otro lado, las calificaciones de los clínicos serían independientes de las puntuaciones en el WAIS, test que mide otra dimensión, concretamente inteligencia.

Presentamos, a modo de ejemplo, los resultados obtenidos en uno de los clínicos, concretamente el 1 (tabla 8). De nuevo hay que comentar que los resultados alcanzados para el resto de los clínicos son muy similares. Es decir, los coeficientes de correlación de Pearson entre DAP y EPI-A y DAP y WAIS en general no alcanzaron significación estadística, salvo las correlaciones significativas y positivas y también constantes para los cinco clínicos, aunque con valores bajos, entre el tamaño y acabado de la figura y CI verbal, CI manipulativo y CI total. Sin embargo, al ser la cuantía de estos coeficientes muy baja, ninguno llega a .35, no permiten asimilar estas categorías del DAP con criterios de inteligencia general.

Así pues, se confirman nuestras hipótesis y se pone de manifiesto que las calificaciones de los clínicos a los dibujos de la figura humana son independientes tanto de variables de personalidad como de variables de tipo intelectual. Por tanto, *los coeficientes encontrados no permiten asimilar el DAP con ninguna de las dimensiones psicológicas evaluadas a través del WAIS y del EPI-A.*

5. CONCLUSIONES

En función de todos los resultados obtenidos en el análisis de la fiabilidad y validez del DAP podemos concluir que esta técnica,

a pesar de que aún sigue siendo definida como test psicológico, no puede ser considerada como tal, puesto que ya de principio no presenta las características que definen a todo test psicológico, es decir, "instrumento objetivo y tipificado en su aplicación, corrección e interpretación que compara la conducta de dos o más personas" (Pelechano, 1988, p.55), características que, como también afirma Pelechano (1988), "esclarecen considerablemente y limitan con precisión lo que significa test frente a lo que no lo es" (Pelechano, 1988, p.138). Pero el DAP no solo no cumple estas características. En nuestro trabajo se ha puesto de manifiesto que tampoco presenta los criterios de *calidad* o *bondad* que todo test debe cumplir para afirmar que es un instrumento científico.

En lo relativo a su *fiabilidad*, evaluada ésta a través de la *concordancia interjueces*, los índices obtenidos a través de los distintos procedimientos estadísticos (χ^2 , r de Pearson, Kappa, prueba binomial y porcentaje de acuerdos en estimación cuantitativa) o bien no resultan significativos o no son lo suficientemente elevados. Por lo que respecta a la *validez*, su *precisión diagnóstica* es muy baja. No permite realizar diagnósticos correctos sobre la existencia de discapacidad motriz y grado de afectación. Tampoco se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre el DAP y *criterios relacionados con la discapacidad*, tipo, grado de afectación y etiología, que permitan apoyar la validez de una de las hipótesis básicas sobre las que se apoya el DAP en relación a la discapacidad física de tipo motriz.

Todo lo anterior nos lleva a concluir abogando por la *inadecuación de la utilización de esta técnica en el campo de la evaluación psicológica, al menos en el terreno de la discapacidad motriz*. En consecuencia, el DAP no parece una técnica adecuada para formular estimaciones sobre la existencia de sospechas de discapacidad ni de su posible nivel de gravedad, pues parece haber demostrado cierta inadecuación en el campo de las discapacidades motrices.

No obstante, sospechamos que seguirá siendo aplicada, entre otras razones, por comodidad, por inercia y por el criterio de tradición. Pero tal utilización no estaría apoyada en criterios científicos ni en datos empíricos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguado Díaz, A.L. y Alcedo Rodríguez, M.A. (1991): "Concordancia interjueces y precisión diagnóstica del dibujo de la figura humana". *Análisis y Modificación de Conducta*, **17** (51), 17-31.
- Alcedo Rodríguez, M.A. (1994): *Validación criterial de la técnica DAP en discapacitados motóricos*. Tesis doctoral. Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo. mimeo. (Colección *Tesis Doctorales, Micropublicaciones*, Servicio de Publicaciones, Universidad de Oviedo, 1995).
- Anastasi, A. (1982): *Tests psicológicos*. Madrid: Aguilar. (3ª edición castellana, 6ª reimpresión, de la 3ª edición inglesa de 1968 [1ª edición de 1958] de *Psychological Testing*. Nueva York: MacMillan).
- Centers, L. y Centers, R. (1963): "A Comparison of the Body Images of Amputee and non-Amputee Children as Revealed in Figure Drawings". *Journal and Projective Techniques and Personality Assessment*, **27**, 158-165.
- Chapman, L.J. y Chapman, J.P. (1967): "Genesis of Popular but Erroneous Psychodiagnostic Observations". *Journal of Abnormal Psychology*, **72**, 193-204.
- Colin, D. (1979): "Travaux recents sur les repercussions psychologiques des handicaps moteurs chez l'enfant et l'adolescent". Rapport présenté aux *17es Journées de l'Association de Psychologie Scientifique de Langue Française*, Barcelona, 20-22-IX. (Fotocopiado).
- Cressen, R. (1975): "Artistic Quality of Drawings and Judges's Evaluations of the DAP". *Journal of Personality Assessment*, **39** (2), 132-137.
- Johnson, F.A. y Greenberg, R.P. (1978): "Quality of Drawing as a Factor in the Interpretation of Figure Drawings". *Journal of Personality Assessment*, **42** (5), 489-495.
- Kahill, S. (1984): "Human Figure Drawings in Adults: An Update of the Empirical Evidence, 1962-1982". *Canadian Psychology*, **25**, 269-292.
- Lubin, B., Larsen, R. y Matarazzo, J. (1984): "Patterns of Psychological Test Usage in the United States: 1935-1982". *American Psychologist*, **39**, 451-454.
- Lueger, R.L. y Petzel, T.P. (1979): "Illusory Correlation in Clinical Judgement: Effects of Amount of Information to be Processed". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **47**, 1120-1121.
- Machover, K. (1949): *Personality Projection in the Drawing of the Human Figure: A Method of Personality Investigation*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Manganyi, N.C. (1972): "Body Image Boundary Differentiation and Self-Steering

- Behavior in African Paraplegics*". *Journal of Personality Assessment*, **36**, 45-49.
- Nelson, M. y Gruver, G. (1978): "Self-Esteem and Body Image Concept in Paraplegics". *Rehabilitation Counseling Bulletin*, **22**, 108-113. (Citado por Ortiz et al., 1990, ps.328).
- Ortiz, P., López, T., Martín, M.J. y Juan, M. (1990): "Consideraciones acerca de la repercusión de la paraplejia en la imagen corporal". Comunicación presentada al symposium *Perspectivas en la Investigación con Técnicas Proyectivas del área 7, Diagnóstico y evaluación psicológica*, del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos, Valencia, 15-20-IV-1990. Tomo 7, ps.328-332.
- Pelechano, V. (1988): *Del psicodiagnóstico clásico al análisis ecopsicológico. Volumen II: El acercamiento psicométrico tradicional*. Valencia: Alfaplús.
- Piotrowski, C. (1984): "The Status of Projective Techniques: or, «Wishing Won't Make it Go Away»". *Journal of Clinical Psychology*, **40**, 1495-1502.
- Prater, G.F. (1950): *A Comparison of the Head and Body Size in the Drawing of the Human Figure by Hemiplegic and Nonhemiplegic Persons*. Unpublished Master's Thesis, University of Kentucky. (Citado por Swensen, 1971, ps.69, y por Roback, 1968, p.7).
- Roback, H.B. (1968): "Human Figure Drawings: Their Utility in the Clinical Psychologist's Armamentarium for Personality Assessment". *Psychological Bulletin*, **70** (1) 1-19.
- Swensen, C.H. (1968): "Empirical Evaluations of Human Figure Drawings: 1957-1966". *Psychological Bulletin*, **70** (1), 20-44.
- Swensen, C.H. (1971): "Evaluaciones empíricas de dibujos de la figura humana". En E.I. Megargee (Dir): *Métrica de la personalidad*. Volumen II, (ps.61-106). México: Trillas. (Versión castellana de *Research in Clinical Assessment*. Nueva York: Harper and Row Publishers Inc., 1966).
- Thomas, G.V. y Silk, A.M.J. (1990): *An Introduction to the Psychology of Children's Drawings*. Nueva York: Harvester Wheatsheaf.
- Velázquez Clavijo, M. (1985): "Estudio sobre la psicología del niño poliomiéltico". *Papeles del Colegio. Psicólogos*, **4** (22-23), 41-44.
- Velázquez Clavijo, M. (1986): *Estudio psicosociológico del niño con deficiencia física como base para la integración*. Madrid: INSERSO, Documentos Técnicos nº 41/86.
- Wachs, H. y Zaks, M. (1960): "Studies of Body Image in Men with Spinal Cord Injury". *Journal of Nervous and Mental Diseases*, **131**, 121-127. (Citado por Ortiz et al., 1990, ps.328).

- Waller, R.W. y Keeley, S.M. (1978): "Effects of Explanation and Information Feedback on the Illusory Correlation Phenomenon". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **46**, 342-343.
- Watson, C.G. (1967): "Interjudge Agreement of Draw-A-Person Diagnostic Impressions". *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, **31**, 42-45.
- Wysocki, B. y Whitney, E. (1965): "Body Image of Crippled Children as Seen in Draw-A-Person Test Behavior". *Perceptual and Motor Skills*, **21**, 499-504.

ANEXO

PROTOCOLO DE CALIFICACION DEL DAP: CLINICO Nº DIBUJO Nº

A.- TAMAÑO: Valoración del tamaño (ponga un aspa):

- PEQUEÑO:
- NORMAL:
- GRANDE:
- EXCESIVO:

B.- CRITERIOS (indicadores) utilizados para diagnóstico:

C.- ACABADO: Valore, de 0 a 10 puntos, la terminación de todos y cada uno de los apartados:

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

SUMA TOTAL

D.- INDICES patognomónicos para la evaluación diagnóstica:

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

F.- GRADO DE AFECTACION FISICA: Valoración del grado de afectación física *

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

G.- OBSERVACIONES: