



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

“Santa María de los Buenos Aires”

Facultad “Teresa de Ávila”

Trabajo Final presentado en cumplimiento parcial de los requisitos para acceder al título de
Licenciatura en Psicología

ESTUDIO ACERCA DE LOS INDICADORES EMOCIONALES DEL TEST DEL
DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA DE KOPPITZ EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS
CON ENFERMEDADES CARDÍACAS CONGÉNITAS

Tesista: María Silvana Tassi

Directora: Lic. Marianela Murador
Asesora metodológica: Dra. Natalia Petric

2023

TABLA DE CONTENIDO

Lista de figuras (p. 4)

Lista de tablas (p. 5)

Agradecimientos (p. 6)

Resumen (p. 7)

CAPÍTULO I – INTRODUCCIÓN (p. 9)

1.1. Planteamiento y formulación del problema (p. 10)

1.2. Objetivos de la investigación (p. 13)

1.1.1. Objetivo general (p. 13)

1.1.2. Objetivos específicos (p. 13)

1.3. Hipótesis (p. 13)

CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO (p. 15)

2.1. Estado del arte (p. 16)

2.1.1. Aspectos psicológicos en niños con enfermedades cardíacas congénitas (p. 16)

2.1.2. Indicadores Emocionales del Test del Dibujo de la Figura Humana en Niños de E. Koppitz (p. 20)

2.2. Encuadre teórico (p. 26)

2.2.1. Enfermedades cardíacas congénitas (p. 26)

2.2.1.1. Definición y generalidades (p. 26)

2.2.1.2. Tipos de enfermedades cardíacas congénitas (p. 27)

2.2.2. Repercusiones psicológicas de las enfermedades cardíacas congénitas en niños (p. 28)

2.2.2.1. Factores etiológicos (p. 28)

2.2.2.2. Repercusiones psicológicas y psiquiátricas (p. 30)

2.2.2.2.1. Aspectos cognitivos (p. 31)

2.2.2.2.2. Rendimiento académico (p. 32)

2.2.2.2.3. Aspectos afectivos y conductuales (p. 32)

2.2.3. Test del Dibujo de la Figura Humana en los Niños de Elizabeth M. Koppitz (p. 34)

2.2.3.1. Generalidades (p. 34)

2.2.3.2. Indicadores Emocionales Válidos (p. 37)

2.2.3.3. Categorías de Indicadores Emocionales Válidos (p. 39)

2.2.3.4. Indicadores Emocionales No Válidos (p. 42)

CAPÍTULO III – MARCO METODOLÓGICO (p. 43)

3.1. Tipo de estudio (p. 44)

3.2. Muestra (p. 44)

3.3. Técnicas de recolección de datos (p. 54)

3.3.1. Test del Dibujo de la Figura Humana en los Niños de Elizabeth M. Koppitz (p. 54)

3.3.2. Protocolo de administración del Test del Dibujo de la Figura Humana en los Niños de E. Koppitz (p. 57)

3.3.3. Ficha sociobiodemográfica de niños diagnosticados con cardiopatías congénitas (p. 57)

3.4. Procedimientos de recolección de datos (p. 58)

3.5. Procedimientos de análisis de datos (p. 59)

CAPÍTULO IV – RESULTADOS (p. 60)

4.1. Indicadores Emocionales del DFH de E. Koppitz en niños con enfermedades cardíacas congénitas (p. 61)

4.2. Promedio de Indicadores Emocionales del DFH en niños con enfermedades cardíacas congénitas (p. 64)

4.3. Indicadores Emocionales del DFH en niños con enfermedades cardíacas congénitas según el sexo (p. 65)

4.4. Indicadores Emocionales del DFH en niños con enfermedades cardíacas congénitas según hayan estado hospitalizados (p. 66)

4.5. Indicadores Emocionales del DFH en niños con enfermedades cardíacas congénitas según hayan sido sometidos a intervenciones quirúrgicas y/o cateterismos (p. 67)

4.6. Indicadores Emocionales DFH en niños según el tipo de enfermedad cardíaca congénita (p. 68)

CAPÍTULO V – DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, LIMITACIONES (p. 69)

5.1. Discusión (p. 70)

5.2. Conclusiones (p. 75)

5.3. Recomendaciones (p. 76)

5.3.1. Recomendaciones para investigaciones (p. 76)

5.3.2. Recomendaciones para la práctica (p. 76)

5.4. Limitaciones (p. 77)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (p. 78)

ANEXOS (p. 84)

Consentimiento informado (p. 85)

Protocolo de administración del DFH (p. 86)

Ficha sociobiodemográfica de niños diagnosticados con cardiopatías congénitas (p. 88)

Protocolo de análisis del DFH (p. 91)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la muestra según sexo (p. 45).

Figura 2. Distribución de la muestra según escolarización (p. 47).

Figura 3. Distribución de la muestra según hospitalización (p. 49).

Figura 4. Distribución de la muestra según tratamiento quirúrgico y/o cateterismo (p. 49).

Figura 5. Distribución de la muestra según ocupación de los adultos a cargo (p. 52).

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1.** Distribución de la muestra según edad (p. 45).
- Tabla 2.** Distribución de la muestra según localidad de procedencia (p. 46).
- Tabla 3.** Distribución de la muestra según tipo de enfermedad cardíaca congénita (p. 48).
- Tabla 4.** Distribución de la muestra según sintomatología (p. 50).
- Tabla 5.** Distribución de la muestra según limitación de las actividades diarias (p. 50).
- Tabla 6.** Distribución de la muestra según cuidados especiales (p. 50).
- Tabla 7.** Distribución de la muestra según adultos a cargo (p. 51).
- Tabla 8.** Distribución de la muestra según percepción de los adultos acerca del bienestar emocional del niño (p. 53).
- Tabla 9.** Distribución de la muestra según Indicadores Emocionales Válidos (p. 61).
- Tabla 10.** Distribución de la muestra según Indicadores Emocionales No Válidos (p. 64).
- Tabla 11.** Frecuencia absoluta y porcentual del número de Indicadores Emocionales Válidos (p. 65).
- Tabla 12.** Frecuencia absoluta y porcentual del número de Indicadores Emocionales No Válidos (p. 65).
- Tabla 13.** Indicadores Emocionales Válidos y No Válidos en niños y niñas (p. 66).
- Tabla 14.** Proporción de Indicadores Emocionales Válidos y No Válidos según sexo (p. 66).
- Tabla 15.** Indicadores Emocionales Válidos y No Válidos según hospitalización (p. 66).
- Tabla 16.** Proporción de Indicadores Emocionales Válidos y No Válidos según hospitalización (p. 67).
- Tabla 17.** Indicadores Emocionales Válidos y No Válidos según tratamiento (p. 67).
- Tabla 18.** Proporción de Indicadores Emocionales Válidos y No Válidos según tratamiento (p. 68).
- Tabla 19.** Indicadores Emocionales Válidos y No Válidos según tipo de enfermedad cardíaca congénita (p. 68).
- Tabla 20.** Proporción de Indicadores Emocionales Válidos y No Válidos según tipo de enfermedad cardíaca congénita (p. 68).

Agradecimientos

A la Santísima Trinidad.

A San Juan Pablo II.

A Bibí Celis y Eduardo Tassi, mis amadísimos padres, quienes han creído en mí siempre, a veces más que yo misma.

A los niños que participaron del estudio y compartieron su mundo interior a través de los dibujos.

A mí querida Facultad “Teresa de Ávila” de la Pontificia Universidad Católica Argentina.

Al Servicio de Cardiología del Hospital “San Roque” de la ciudad de Paraná.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo examinar y describir los Indicadores Emocionales del Test del Dibujo de la Figura Humana de E. Koppitz presentes en niños que padecen enfermedades cardíacas congénitas. La muestra fue seleccionada mediante un procedimiento no probabilístico de tipo intencional y estuvo compuesta por 18 niños cardiopatas de ambos sexos, quienes al momento de la investigación recibían atención médica en el Servicio de Cardiología del Hospital “San Roque” de la ciudad de Paraná (Entre Ríos). Las edades de los mismos estaban comprendidas entre los 5 y 14 años.

La investigación puede clasificarse como un estudio de campo, de tipo exploratorio-descriptivo y transversal. Para obtener información acerca de las variables indagadas, se administró el Test del Dibujo de la Figura Humana de E. Koppitz y una ficha ad hoc sociobiodemográfica para niños diagnosticados con cardiopatías congénitas. Se llevaron a cabo análisis de estadística descriptiva básica para caracterizar las variables de estudio.

Los Indicadores Emocionales Válidos más frecuentes en niños con cardiopatías congénitas fueron los siguientes: Omisión de la nariz (22,91%), Integración pobre de las partes de la figura (14,58%), Manos seccionadas u omitidas (10,41%), Figura pequeña (8,33%), Asimetría grosera de las extremidades (6,25%) y Brazos cortos (6,25%). Dichos indicadores pertenecen a las categorías Apocamiento-Timidez-Depresión e Impulsividad.

Por otra parte, los Indicadores Emocionales No Válidos más frecuentes fueron los siguientes: Cabeza grande (27,77%), Ojos vacíos u ojos que no ven (27,77%) y Líneas fragmentadas o esquiadas (27,77%).

El promedio de Indicadores Emocionales Válidos por protocolo fue de 1,61, mientras que el promedio de Indicadores Emocionales No Válidos fue de 1. No obstante, el 61,1% de los niños presentó dos o más Indicadores Emocionales Válidos en sus protocolos, hallazgo que es altamente sugestivo de problemas emocionales y relaciones personales insatisfactorias.

Las niñas cardiopatas presentaron mayor proporción de Indicadores Emocionales Válidos que los niños. Por el contrario, se halló una mayor proporción de Indicadores Emocionales No Válidos en varones que en niñas.

Los protocolos de niños que no estuvieron hospitalizados a causa de su cardiopatía presentaron mayor proporción de Indicadores Emocionales Válidos que los que sí lo estuvieron. A la inversa, se halló una mayor proporción de Indicadores Emocionales No Válidos en niños que estuvieron hospitalizados que en los que no.

En relación con la variable tratamiento, se encontró una mayor proporción de Indicadores Emocionales Válidos en niños que no habían atravesado intervenciones quirúrgicas y/o cateterismos que en los que sí los habían atravesado. A su vez, se observó una mayor proporción de Indicadores Emocionales No Válidos en niños que habían sido sometidos a intervenciones quirúrgicas y/o cateterismos que en los que no.

Por último, los protocolos de niños diagnosticados con defectos acianógenos presentaron una mayor proporción de Indicadores Emocionales Válidos que los de niños diagnosticados con lesiones cianógenas. No obstante, se observó una mayor proporción de Indicadores Emocionales No Válidos en niños con cardiopatías congénitas cianógenas que en niños con acianógenas.

Se pudo concluir que el DFH de E. Koppitz es un instrumento útil para la detección rápida de las actitudes de los niños hacia las tensiones y exigencias de la vida como puede ser el caso de una enfermedad cardíaca congénita.

Sería conveniente para futuras investigaciones, el uso de muestras más grandes y heterogéneas, incorporar el análisis de los Ítems Evolutivos y complementar el DFH con otros métodos de evaluación.

Palabras claves: Indicadores Emocionales, Test del Dibujo de la Figura Humana de E. Koppitz, enfermedades cardíacas congénitas, cardiopatías congénitas.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I – INTRODUCCIÓN

1.1.Planteamiento y formulación del problema

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Se calcula que en 2015 murieron por esta causa 17,7 millones de personas, y más de tres cuartas partes de dichas defunciones se produjeron en países de ingresos medios y bajos.

Dentro de las ECV se encuentran las cardiopatías congénitas (CCs) que pueden ser definidas como anomalías en la estructura o función del corazón o de los grandes vasos del tórax, presentes en el recién nacido y establecidas durante la gestación (González González, 2018). Estas anomalías pueden ser detectadas durante el embarazo, en el momento del nacimiento o en edades posteriores de la vida (OMS, 2020).

Las CCs son producto de errores en la embriogénesis cardíaca y, junto con los defectos del tubo neural, representan las anomalías congénitas más frecuentes (OMS, 2020). Su incidencia reportada es muy variable, aunque se estima que aproximadamente 6-8 de cada 1000 recién nacidos nacen con CCs moderadas o severas (Manso García, 2018); cuando se incluyen defectos menores dicha cifra asciende a 75 de cada 1000 nacidos vivos (Hoffman y Kaplan, 2002, citado en González González, 2018). Según el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL, 2021), en Argentina nacen al año unos 7000 niños con estas patologías. Alrededor del 50% de estos niños requieren cirugía en el primer año de vida y dos terceras partes son solucionables con diagnóstico oportuno y tratamiento.

Si bien las CCs representan la primera causa de mortalidad neonatal temprana y la segunda de mortalidad infantil (Ramírez Sibaja, 2013), a partir de la década de los setenta, la sofisticación de las herramientas diagnósticas y quirúrgicas, produjeron un incremento de la sobrevivencia de recién nacidos con CCs, transformando a dichas enfermedades en padecimientos crónicos (Pérez Sánchez, Figueroa López, Ramos del Río y Medina Concebida, 2015). Inclusive, en la actualidad, ya es un hecho constatado que aproximadamente el 90% de los nacidos con CCs alcanzará la edad adulta (Manso García, 2018).

Desde el punto de vista de la salud mental, las enfermedades crónicas pediátricas “conllevan una serie de repercusiones biopsicosociales importantes” (Flujas-Contreras, Ruiz-Castañeda, Botella y Gómez, 2017, p. 17). Más aún, ha sido ampliamente estudiado

que los niños con enfermedades crónicas tienen cinco veces más riesgo de sufrir desajustes psicológicos que los niños sanos (Lejarraga, 2004, citado en Marin y Sorbara, 2017).

Aunque todavía no están completamente esclarecidos los mecanismos que predisponen a niños con enfermedades crónicas a tener desajustes psicológicos (Gallego, Saínez, Herreros, Gastaminza, Monzón y Rubio, 2014), los cambios a los que se ven sometidos estos niños, y el proceso de ajuste que dichos cambios requieren, son tan permanentes que la alteración de su funcionamiento psicológico es muchas veces profunda e irreversible (García y de la Barra, 2005).

Asimismo, la naturaleza y características de la enfermedad son variables que inciden sustancialmente en la forma en que el niño y su familia experimentan el padecimiento (García y de la Barra, 2005). En el caso de las CCs, la enfermedad y su tratamiento constituyen experiencias potencialmente traumáticas tanto para el paciente como para su familia. En primer lugar, porque el corazón es un órgano emblemático y vital, que genera emociones y sentimientos distintos que cuando se está enfermo de otros órganos. En segundo lugar, porque se trata de una enfermedad que conlleva riesgo de vida. Y por último, porque el niño y su familia atraviesan por experiencias generadoras de altos niveles de estrés tales como controles periódicos, procedimientos diagnósticos invasivos, intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones prolongadas (Lejarraga, Zandrino, Amadi, Laura y Mouratian, 1997; Marin y Sorbara, 2017).

Las reacciones emocionales más significativas en niños con CCs son la ansiedad y la depresión. La ansiedad suele ir acompañada de sentimientos de inferioridad, dificultades en la asertividad, timidez y bajo rendimiento general. A su vez, la depresión se asocia a tristeza, irritabilidad, anhedonia, llanto fácil, falta de sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, alteraciones del sueño, cambios de apetito y peso, hiperactividad, disforia e ideación suicida (Ramírez Sibaja, 2013).

Otras desventajas psicológicas presentes en niños cardiopatas son las siguientes: ansiedad de separación (Galindo Laguna, 2006); restricciones conductuales, estrés y disminución en la calidad de vida (Figuroa, Domínguez, Ramos y Alcocer, 2009, citado en López Hernández, Figuroa López y Ramos Del Río, 2014); sentimientos de vulnerabilidad y apego inseguro evitativo o ambivalente (Hernández, 2020); distimia (López Hernández et al., 2014); y trastorno de adaptación (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM, 2013).

Por otra parte, en el área del neurodesarrollo, diversos estudios han encontrado en niños cardiopatas inteligencia relativamente conservada pero una alta frecuencia en trastorno por déficit de atención e hiperactividad, alteraciones en las funciones ejecutivas, la memoria, el lenguaje, la coordinación motora fina y gruesa, así como en la integración visomotora. Este tipo de deficiencias condicionan el desempeño académico y las competencias sociales de estos pacientes (González González, 2018).

Cabe destacar que todas estas variables psicológicas presentes en niños cardiopatas pueden ser más dañinas que la enfermedad misma. Dicho de otro modo, si al padecimiento cardíaco se añade toda una serie de descompensaciones psicológicas, habrá mayor probabilidad de padecer un cuadro clínico desfavorable (Ríos Martínez, Huitrón Cervantes y Rangel Rodríguez, 2009). De ahí que “si los síntomas no se detectan y no se da el tratamiento adecuado, pueden complicar el curso de la enfermedad” (Ramírez Sibaja, 2013, p. 260).

Por otro lado, aunque se ha encontrado literatura científica acerca de los factores psicológicos en las ECV pediátricas, la mayoría de los estudios se centran en adultos cardiopatas. En consecuencia, se vuelve indispensable identificar aún más dichos factores en los niños, fundamentalmente porque el costo psicológico y psiquiátrico de las ECV en la infancia es sustancialmente mayor. En otras palabras, los adultos tienen la capacidad de comprender los cambios que supone la situación de estar enfermo; por el contrario, los niños no los comprenden por completo. Esto genera una fuente de ansiedad constante que les impide no sólo una adecuada interpretación de la enfermedad sino también su adaptación a la misma (Ramírez Sibaja, 2013).

Frente a las líneas de desarrollo teórico expuestas, resulta imprescindible conocer cuál es el significado simbólico que la cardiopatía congénita (CC) tiene para el niño que la padece.

Además, tomando en consideración que los niños son sujetos que se encuentran en proceso de constitución y desarrollo, y que no siempre utilizan la palabra hablada para expresar sus sentimientos y preocupaciones, se debe generar no sólo el espacio sino las herramientas necesarias para identificar las problemáticas (López, Luchetti y Brizzio, 2013). En este sentido, el Test del Dibujo de la Figura Humana de Elizabeth Koppitz (DFH de E. Koppitz), ampliamente usado por psicólogos que trabajan con niños, puede ser un instrumento útil y asequible que ayude a la comprensión de los aspectos psicológicos de las CCs en edad pediátrica.

El presente trabajo de investigación, cuyo diseño es exploratorio-descriptivo, pretende analizar el costo psicoemocional de las enfermedades cardíacas congénitas (ECC) en los niños, a través de los Indicadores Emocionales (IEs) Válidos y No Válidos del DFH de E. Koppitz. A tal efecto, se planteó la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los IEs del DFH de E. Koppitz que caracterizan a los niños que padecen ECC de la ciudad de Paraná?

1.2. Objetivos de la investigación

1.2.1. Objetivo general.

Examinar y describir los IEs del DFH de E. Koppitz presentes en los niños que padecen ECC de la ciudad de Paraná.

1.2.2. Objetivos específicos.

Identificar cuáles son los IEs del DFH presentes en los protocolos de los niños que padecen ECC de la ciudad de Paraná.

Calcular la cantidad promedio de IEs que presentan los DFH de los niños que padecen ECC de la ciudad de Paraná.

Describir si existen diferencias en los IEs presentes en los DFH de los niños que padecen ECC de la ciudad de Paraná, según sexo.

Describir si existen diferencias en los IEs presentes en los DFH de los niños que padecen ECC de la ciudad de Paraná, según hayan estado hospitalizados.

Describir si existen diferencias en los IEs presentes en los DFH de los niños que padecen ECC de la ciudad de Paraná, según hayan sido sometidos a intervenciones quirúrgicas y/o cateterismos.

Describir si existen diferencias en los IEs presentes en los DFH de los niños que padecen ECC de la ciudad de Paraná, según el tipo de ECC que padezcan.

1.3. Hipótesis

Los niños que padecen ECC presentan ciertas características psicoemocionales posibles de identificar a través del DFH de E. Koppitz.

Los IEs del DFH que caracterizan a los niños que padecen ECC pertenecen a las categorías Ansiedad-Angustia y Apocamiento-Timidez-Depresión.

Los DFH de niños varones cardiópatas presentan mayor cantidad de IEs que los de niñas cardiópatas.

Los DFH de niños cardiópatas que hayan estado hospitalizados a causa de su ECC presentan mayor cantidad de IEs que los de niños no sometidos a dicha experiencia.

Los DFH de niños cardiópatas sometidos a tratamientos quirúrgicos y/o cateterismos presentan mayor cantidad de IEs que los de niños no sometidos a dicho tratamiento.

Los DFH de niños con ECC complejas presentan mayor cantidad de IEs que los de niños con ECC simples.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO

2.1. Estado del arte

La presente sección está organizada en dos apartados: en primer lugar, se revisarán aquellos trabajos científicos que analizan diferentes aspectos psicológicos en niños con ECC, luego se presentarán aquellas investigaciones que focalizan su interés en los IEs del DFH de E. Koppitz.

2.1.1. Aspectos psicológicos en niños con enfermedades cardíacas congénitas.

Desde la perspectiva de las relaciones interpersonales, en Madrid (España), Galindo Laguna (2006) realizó un estudio cuyo objetivo fue reducir los niveles de ansiedad de padres de niños con CCs mediante un programa de relajación progresiva (PRP), entendiendo que si están menos ansiosos mejorarán la interacción con sus hijos. Por otro lado, valoró la situación emocional de los niños antes y después del PRP realizado por sus padres, a través de la administración del Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS), el Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad/Rasgo (STAIC) y el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS). Se contó con un grupo de 3 niños de 7, 8 y 16 años de edad. En el CAS se observó un descenso del estado de ansiedad en los niños después del PRP, sin embargo no fueron significativas las puntuaciones obtenidas con relación a la ansiedad. En el STAIC se apreciaron valores significativos de ansiedad en los niños, sobre todo antes del PRP. Los valores obtenidos en el CDS fueron extremos en 5 de las 8 subescalas antes del PRP, bajando a 3 subescalas (autoestima, preocupación por la muerte/salud y sentimiento de culpabilidad) después del mismo. Puesto que sólo se realizó una descripción de los resultados, la autora señala la necesidad de ampliar la valoración emocional de los niños afectados con CCs.

En la ciudad de México, López Hernández et al. (2014) llevaron a cabo una investigación con el propósito de determinar la relación existente entre el apoyo social (APS) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en niños con CCs. Participaron 66 pacientes, cuyo rango de edad fue de 5 a 16 años. Se administró el Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud (KINDL) y el Cuestionario de Apoyo Social (MOS). Los resultados indicaron que el 54,5% de la muestra percibió su CVRS moderada y un 36,4% alta, lo que demuestra niveles buenos de CVRS. En cuanto al APS estructural, el 31,8% de los pacientes reportaron tener de 6 a 10 personas cercanas, el 30,3% de 11 a

15, mientras que el 21,2% de 1 a 5, lo que evidencia una red social amplia. Respecto al APS funcional, el 62,1% de la muestra reportó tener un nivel alto, el 36,5% un nivel moderado y ninguno un nivel bajo. Además, se obtuvo una correlación de Pearson significativa entre las variables de $r = 0,259$, $p = 0,036$, que indicó que a mayor cantidad de familiares y amigos que el niño perciba que lo ayuden ante los problemas de su vida cotidiana, presentará una mejor autoestima y bienestar emocional. Finalmente, se realizó un modelo de regresión lineal el cual fue significativo $F(4,585)$, $p = 0,036$, lo que indicó que el APS tuvo una relación baja con la CVRS y sólo explicó el 6% de la misma. Pese a estos resultados, los autores consideran que el APS es una variable importante para la CVRS, ya que es un factor protector y amortiguador ante comorbilidades que se pueden presentar en las CCs como distimia, aislamiento, depresión y ansiedad.

También en la ciudad de México, Pérez Sánchez et al. (2015) realizaron un estudio cuya finalidad fue describir el perfil de CVRS de pacientes pediátricos hospitalizados con CCs. Participó una muestra de 80 pacientes pediátricos diagnosticados con algún tipo de CC entre 8 y 16 años de edad. Se administró el Cuestionario de Calidad de Vida específico para Niños con Enfermedad Cardíaca Congénita de Aparicio, Fernández, Garrido, Luque de Pablos e Izquierdo (2010). En cuanto a los resultados, se encontró que la percepción del estado de salud fue reportada como buena en el 45% de los casos. El 61,2% de los niños expresaron sentirse capaces de realizar actividades físicas como caminar, correr, trepar, saltar o practicar algún deporte. Sin embargo, se trató de actividades que aprendieron a realizar con moderación para evitar la aparición de síntomas como el agotamiento, la disnea y la taquicardia. La asistencia escolar fue considerada como buena en el 61% de los casos y el aprendizaje muy bueno en el 44% de los mismos. El 75% de los niños se evaluó como autónomo para realizar actividades básicas de autocuidado como comer, bañarse y vestirse; y calificaron a sus redes de APS como muy buenas en el 75% de los casos. En la categoría bienestar emocional, la mayoría reportó ansiedad ante la hospitalización y consecuente separación de los padres. Al cuestionarlos acerca de qué tanto se habían sentido afectados emocionalmente por su enfermedad, los pacientes mencionaron que ésta no les impidió hacer lo que les gusta (65%), no los hizo sentir diferentes a los demás (67,5%) ni sentir miedo (70%). Además, percibieron que su CC era un gran peso para sus padres y familia (55%) y que tuvieron que aprender a vivir con la enfermedad (75%). Un dato importante fue que el 70% dijo no conocer de manera precisa su diagnóstico, el 82,5% no supo en qué consistía su tratamiento, el 61,2% no conocía qué consecuencias podía

tener la enfermedad, el 78,8% no supo nada y el 90% manifestó estar interesado en recibir información acerca de su cardiopatía.

En Madrid (España), Mendoza Carretero, Ares Segura y Sáenz-Rico De Santiago (2021) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue identificar la existencia de comorbilidades en el neurodesarrollo en niños con CCs. Participaron 90 niños diagnosticados de CCs. La mediana de edad fue de 25,3 meses con un rango entre 0 y 42 meses. Todos los participantes fueron valorados mediante la Escala de Desarrollo Infantil Bayley-III, desde el 2016 hasta el 2019. En cuanto a los resultados, el 65% presenta un desarrollo cognitivo dentro del promedio, sucediendo lo mismo en el área del lenguaje (42%) y en la motora (44%). A pesar de esto, se evidencia que algunos sujetos presentan un desarrollo normal-lento en estas dos últimas áreas (17% y 24%, respectivamente) y limítrofe (15% y 12%, respectivamente). Cabe mencionar que estos resultados coinciden con la revisión bibliográfica presentada por los autores en cuanto a que el área comunicativa-lingüística como la motora son las dimensiones del desarrollo en las que los niños cardiopatas presentan mayores necesidades.

A nivel nacional, Lejarraga et al. (1997) realizaron un estudio cuyo propósito fue valorar las secuelas psicosociales en niños operados de comunicación interventricular (CIV) en el Servicio de Cardiocirugía del Hospital Garrahan de la Ciudad de Buenos Aires. La muestra quedó conformada por 20 pacientes cuya mediana de edad fue de 4,5 años, con un rango entre 2 y 12 años. Al momento de la evaluación, todos presentaban edad ósea, peso y talla posquirúrgicos normales. Además, se utilizó un grupo control de 14 niños sanos, hermanos de los pacientes, con un rango de edad entre 2 y 15 años. Se administraron los siguientes instrumentos: el Test de Inteligencia de Terman Merrill, la Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC), el DFH de E. Koppitz y entrevistas. En cuanto al cociente intelectual (CI), la media en el grupo de niños cardiopatas fue de 81,05 y de 83,6 en el grupo de hermanos controles, no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambas medias. Con relación al DFH, desde el punto de vista madurativo, en el 21% de los gráficos de los niños con CIV hubo ausencias de Ítems Evolutivos esperables para su edad cronológica, mientras que este porcentaje en los hermanos sanos fue del 16% (odds ratio de riesgos relativos = 0,62, no significativo). En lo que se refiere al aspecto emocional del DFH, hubo IEs que aparecieron con más frecuencia en los niños operados que en el grupo control (odds ratio = 7,33, $p < 0,01$); ellos fueron: Ojos vacíos u ojos que no ven, Figura inclinada, Manos grandes, Brazos largos y Figura

monstruosa o grotesca, que se relacionan con sentimientos de inadecuación, dependencia, agresividad hacia el exterior e inestabilidad emocional. En cuanto a la dinámica familiar, el 21% de los niños cardiópatas recibían de parte de sus padres cuidados diferentes a los prodigados a sus hermanos, y a un 31,5% se les imponía límites a sus actividades físicas espontáneas, mientras que ningún hermano sano tenía limitaciones a sus actividades físicas. Además, un mayor porcentaje de niños con CCs manifestaron déficit en las pautas de autonomía en relación con sus hermanos sanos ($p < 0,05$). En tal sentido, donde se obtuvieron mayores diferencias entre ambos grupos fue en el control tardío de esfínteres (42%) y en la formación de hábitos como vestirse o bañarse solo (73%). Ante estos resultados, los autores concluyen que las causas de las desventajas psicosociales presentes en niños operados de CIV no han de buscarse exclusivamente en el ámbito del crecimiento físico.

También a nivel nacional, Marin y Sorbara (2017) diseñaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar la CVRS y la conducta adaptativa de niños de edad preescolar con diagnóstico de CCs, atendidos por el equipo de Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo (SAR) del Hospital Garrahan de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La muestra quedó constituida por 47 pacientes cuya mediana de edad fue de 3,9 años con un rango entre 3 y 6 años. Los instrumentos de medición fueron el Cuestionario Peds Q 4.0 que mide la CVRS, la Escala de Conducta Adaptativa Vineland-II y entrevistas semiestructuradas a padres y niños. La percepción de la CVRS total fue alta tanto en los padres (83,36) como en los niños (88,46). La conducta adaptativa arrojó puntuaciones bajas en las áreas comunicación (95, 74%), socialización (53,19%) y motricidad (100%) y puntajes adecuados en el área habilidades de la vida cotidiana (51,06%). En las entrevistas se evidenció que las familias conviven con temores acerca de que su hijo se descompense o tenga una recaída; la enfermedad del niño condiciona la relación de los padres con otros miembros de la familia, recibiendo mayores privilegios los niños cardiópatas respecto a sus hermanos; los padres tienen dificultades para delegar el cuidado del niño en otra persona; sobre todo en los primeros años de vida, los padres adoptan un estilo de crianza permisivo; finalmente, los niños son tímidos e inseguros, con baja tolerancia a la frustración, dificultades para controlar emociones e impulsos y aceptar normas sociales. Las autoras concluyen que debido a la enfermedad grave que presentan los niños con CCs, sus padres suelen establecer estilos de crianza sobreprotectores motivados por temores y ansiedades que despierta la enfermedad. Estos estilos de crianza, sumados a los factores de riesgo

propios de la CC, suelen dificultar o retrasar el desarrollo evolutivo normal. En esta situación el niño tiende a formar una imagen de sí mismo inmadura para asumir responsabilidades esperables para su edad y esta concepción puede limitarlo aún más que la propia enfermedad.

2.1.2. Indicadores Emocionales del Test del Dibujo de la Figura Humana en Niños de E. Koppitz.

Los estudios de Koppitz acerca de los IEs del DFH han motivado principalmente tres tipos de publicaciones científicas: a) investigaciones que describen y/o comparan grupos de niños; b) estudios de validación de los IEs en diferentes regiones geográficas; c) investigaciones que relacionan los IEs con variables sociodemográficas (Brizzio, López, Luchetti y Grillo, 2011). A continuación se presentarán algunas de ellas.

Tomando en cuenta que ciertas variables psicológicas como la ansiedad y el estrés pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo del bruxismo, Corrêa Cariola (2006) llevó a cabo un estudio cuyo propósito fue analizar la personalidad de niños bruxistas a través de los IEs del DFH de E. Koppitz. Participaron 22 niños de San Pablo (Brasil) con diagnóstico odontológico de bruxismo, cuyas edades oscilaban entre 5 y 12 años. Los IEs más frecuentes fueron los siguientes: Figura pequeña (72,7%), Manos seccionadas u omitidas (22,7%) y Omisión de la nariz (22,7%). Estos IEs se relacionan con: timidez, inseguridad, retraimiento y depresión (Figura pequeña); preocupación y sentimientos de inadecuación (Manos seccionadas u omitidas); aislamiento y refugio en la fantasía por realidad dolorosa o frustrante (Omisión de la nariz). La mayoría de los niños (63,7%) presentó dos o más IEs en sus protocolos, reflejando dificultades emocionales y relaciones interpersonales insatisfactorias. Cabe señalar que la autora finaliza la publicación destacando la eficacia del DFH de E. Koppitz en el diagnóstico de los problemas emocionales que concurren en las enfermedades pediátricas.

En Lima (Perú), Pardo-Aldave (2009) realizó un estudio cuya finalidad fue determinar la acción neurotrópica del extracto hidroalcohólico de melissa officinalis (toronjil) en el comportamiento odontológico del paciente niño ansioso, con y sin experiencia dental. Participaron 64 niñas de 6 años de edad. La ansiedad dental fue diagnosticada mediante el Test de Colores y el DFH de E. Koppitz, mientras que el comportamiento odontológico fue valorado mediante la Escala Conductual de Houpt. Se conformaron dos grupos: el primero recibió una única dosis (2,5 mg/kg) de toronjil, y el

segundo un placebo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el comportamiento y la ansiedad de las niñas que recibieron placebo y toronjil, tanto durante el tratamiento de profilaxis como de colocación de sellante (prueba Chi-cuadrado, $p= 0,000$ y prueba exacta de Fisher, $p = 0,000$, respectivamente). Así se concluyó que el toronjil, por su efecto calmante y ansiolítico, produce un comportamiento más colaborador en pacientes niños ansiosos, con y sin experiencia odontológica. Cabe mencionar que la autora no dio precisiones acerca de los IEs del DFH de E. Koppitz que permitieron diagnosticar a las niñas con ansiedad dental.

También en el ámbito de la odontopediatría, en Zacatecas (México), Sias Salas, Ayala Escandón y Pichardo Solís (2018) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue evaluar el miedo y la ansiedad dental en niños, mediante la administración del DFH de E. Koppitz y el Test de Dibujos de Venham (TDV). La población estudiada comprendió un grupo de 29 niños, cuyas edades oscilaban entre 5 y 8 años. El análisis global de la ansiedad mediante el TDV indicó que el 82% de los niños presentaba algún grado de ansiedad, siendo la ansiedad leve la de mayor representatividad (62%). El análisis de la relación edad-ansiedad no mostró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,420$); aun así, la ansiedad se presentó fundamentalmente en los niños de 6 años de edad. El análisis global del miedo mediante el DFH evidenció que el 86% de los niños presentaba miedo. En cuanto a la relación edad-miedo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$); no obstante, la edad de 8 años fue la principalmente afectada. El análisis global de la ansiedad mediante el DFH reveló que el 82% de los niños presentaba ansiedad. El análisis de la relación edad-ansiedad no mostró diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$); sin embargo, la edad de 8 años fue la que se vio especialmente comprometida. Los IEs del DFH más frecuentes fueron los siguientes: Sombreado, Asimetría grosera de las extremidades y Figura pequeña. También se constató la presencia de Dientes, Brazos cortos, Figura monstruosa o grotesca, Omisión de las piernas, Omisión de los pies y Omisión del cuello. Los autores concluyeron que los niños entre 5 y 8 años de edad que acuden por primera vez a consulta dental presentan en su mayoría ansiedad y miedo, de acuerdo al TDV y el DFH de E. Koppitz, siendo éstos instrumentos confiables y sencillos de administrar.

En Asunción (Paraguay), Lezcano Melgarejo, Melgarejo, Ureta Quevedo, Arrom Suhurt y Romero Núñez (2015), analizaron la presencia de IEs en el DFH de E. Koppitz en pacientes pediátricos víctimas de violencia psicológica (PCVP) y los compararon con

pacientes pediátricos no víctimas de violencia psicológica (PSVP). Se incluyeron 6 PCVP y 6 PSVP cuyas edades oscilaban entre 5 y 16 años. Los resultados arrojaron un mayor número de IEs en PCVP (37 IEs) en comparación con PSVP (25 IEs). De los 6 PCVP, 3 presentaron 5 IEs, 1 presentó 6 IEs y 2 tuvieron 8 IEs. En el grupo control, 2 pacientes tuvieron 4 IEs, 1 paciente 6 IEs y 1 paciente 7 IEs. Del total de 37 IEs de los PCVP, los de mayor frecuencia fueron los signos cualitativos: Sombreado (5), Asimetría grosera de las extremidades (4), Figura inclinada (3), Figura pequeña (2), Figura grande (1) y Transparencia (1). Estos IEs se relacionan con la presencia de angustia y ansiedad; torpeza motriz y escasa coordinación visomotora; problemas de aprendizaje, inestabilidad y falta de equilibrio emocional; inseguridad, retraimiento o depresión; falta de límites, inmadurez, necesidad de llamar la atención y controles internos deficientes. No se evidenció predominio de algún tipo de IE en PSVP. A partir de los datos obtenidos, los autores advierten sobre la presencia de conflictos emocionales en niños víctimas de violencia psicológica y el riesgo que estos niños tienen de desarrollar algún trastorno posterior.

A partir de la hipótesis que la estructura familiar estaría relacionada con la presencia de ciertos IEs del DFH de E. Koppitz, Brito Sánchez (2018) efectuó un estudio con el objetivo de identificar dichos indicadores según el niño perteneciera a una familia nuclear, extensa, monoparental o reconstituida. Participaron de la investigación 252 escolares de Tijuana (México), cuyo rango de edad fue de 5 a 12 años. La distribución según el tipo de familia fue la siguiente: 139 niños pertenecían a familias nucleares (55,1%), 37 a familias extensas (14,7%), 32 a familias monoparentales (12,7%) y 44 a familias reconstituidas (17,5%). Con relación a los IEs signos cualitativos, los niños de familias nucleares y extensas obtuvieron 14,8% y 7,6%, respectivamente, en el IE Figura pequeña, lo que significa niveles considerables de timidez, inseguridad, retraimiento y depresión. En los niños de familias monoparentales se encontró Sombreado de la cara (19,4%) y Asimetría grosera de las extremidades (19,4%), mientras que en los pertenecientes a familias reconstituidas sólo Sombreado de la cara (18,4%), IEs relacionados con ansiedad, sentimientos de devaluación e impulsividad. En cuanto a los IEs detalles especiales, la puntuación obtenida por los niños de familias nucleares y monoparentales en el IE Brazos cortos (29,5% y 38,9% respectivamente) indica dificultades para conectarse con el mundo y retraimiento. Los porcentajes obtenidos en Brazos cortos (14,6%) y Manos seccionadas u omitidas (14,6%) por los niños de familias extensas, significan preocupación, sentimientos de inadecuación, dificultades para

conectarse con el mundo y retraimiento. Por último, en los niños de familias reconstituidas, la puntuación alcanzada en Manos seccionadas u omitidas (34,7%) significa niveles altos de preocupación y sentimientos de inadecuación. Respecto a los IEs omisiones, los niños pertenecientes a familias monoparentales, nucleares, reconstituidas y extensas, en ese orden, obtuvieron las puntuaciones más altas en Omisión de la nariz (55,6%, 44,3%, 42,9% y 19,6%); es decir, en los niños de todos los tipos familiares se observan niveles elevados de aislamiento y refugio en la fantasía ante alguna realidad dolorosa y frustrante. De acuerdo a los resultados, no hubo diferencias significativas en los IEs según la tipología familiar. La autora concluye que no hay relación alguna entre el tipo de familia y los factores emocionales; lograr el bienestar de los miembros de la familia tiene que ver más con los recursos con los que cuenta que con su estructura.

En cuanto a la investigación nacional, en el Gran Mendoza, Barros e Ison (2002) llevaron a cabo un estudio comparativo del DFH de E. Koppitz de niños con conductas problema (CCP) y sin conductas problema (SCP). Las conductas problema consideradas fueron comportamiento agresivo físico y verbal, impulsividad y conducta hiperactiva. La muestra estuvo conformada por 155 escolares varones entre 7 y 13 años de edad, pertenecientes a un nivel socio-económico bajo. Del total, 86 niños fueron evaluados CCP y 69 SCP. Se administraron las siguientes técnicas: Escala de Autocontrol para Niños de Kendall y Wilcox, Guía de Observación Comportamental para Niños de Ison y Fachinelli, Guión Conductual para Niños de Wood, Michelson y Flynn, y DFH de E. Koppitz. A su vez, 61 niños CCP y 42 SCP fueron entrenados en habilidades sociales mediante el programa creado por Michelson, Sugai, Wood y Kazdin. La mayoría de los niños realizó dos dibujos: uno antes del entrenamiento y otro después del mismo. Los resultados de madurez intelectual mostraron que los varones SCP tuvieron una ejecución significativamente superior a la de los niños CCP ($F(1,146) = 26,78; p < 0,0001$). Al realizar un análisis intragrupo, ninguno de los grupos experimentó variaciones estadísticamente significativas entre la evaluación pre y post-test. En cuanto a los IEs, en la evaluación pre-tratamiento apareció una diferencia significativa que situó a los niños CCP por sobre el límite de 2 IEs señalado por Koppitz como indicador de perturbación emocional, mientras que los niños SCP mostraron un promedio significativamente menor ($F(1,146) = 8,09; p < 0,005$). Sin embargo, este promedio superó la cantidad de IEs que indicaría ausencia de conflictos. Este hecho permite suponer que un porcentaje importante de los niños SCP presenta algún grado de perturbación emocional que no se refleja

necesariamente en conductas disruptivas. Al efectuar un análisis intragrupo, ninguno de los grupos experimentó variaciones estadísticamente significativas entre la evaluación pre y post-test. Del análisis cualitativo de los IEs, no surgieron resultados que permitieran diferenciar claramente a ambos grupos. El análisis por categorías en ambas evaluaciones tampoco arrojó diferencias significativas entre niños CCP y SCP, ya fuese con o sin tratamiento. No obstante, la categoría Apocamiento-Timidez fue en la que se concentró más de la mitad de los IEs presentes en todos los grupos. Los IEs más frecuentes, pertenecientes a la categoría Apocamiento-Timidez, fueron: Figura pequeña (CCP: 58,8%, SCP: 50%), Brazos cortos (CCP: 26,5%, SCP: 15%) y Omisión de la nariz (CCP: 25%, SCP: 24%). Otro de los IEs más observados fue Omisión de las manos (CCP: 26,5%, SCP: 19%), perteneciente a la categoría Inseguridad-Sentimientos de inadecuación. Esto se correspondería con la hipótesis que sostiene que tras las conductas disruptivas se esconden sentimientos de inferioridad e inadecuación, inseguridad y baja autoestima, y que todos estos sentimientos suelen manifestarse también bajo la forma de retraimiento e inhibición.

Por otra parte, también en Argentina, Brizzio et al. (2011) publicaron un estudio acerca de los IEs del DFH de E. Koppitz en niños con problemas emocionales, y su relación con variables sociodemográficas como el sexo, la edad y el nivel educativo de los padres. La muestra estuvo compuesta por 82 niños de 6 a 12 años del Área Metropolitana de Buenos Aires, que recibían asistencia psicológica al momento de la realización del DFH. El 35% eran mujeres y el 65% varones. En función de los resultados obtenidos, se concluyó que los varones consultantes presentaron los IEs Manos seccionadas u omitidas y Omisión del cuello con mayor frecuencia que las mujeres ($[X^2 = 3,837; p = 0,05; \text{Varones } n_{\text{IEs}} = 12 (22,6\%) \text{ y Mujeres } n_{\text{IEs}} = 1 (3,5\%) \text{ en Manos seccionadas u omitidas}]; [X^2 = 3,694; p = 0,05; \text{Varones } n_{\text{IEs}} = 17 (32\%) \text{ y Mujeres } n_{\text{IEs}} = 3 (10,3\%) \text{ en Omisión del cuello}]$). Los niños de menor edad (6 a 8 años) presentaron los IEs Omisión de la nariz y Brazos cortos de forma significativamente más asidua que los mayores (9 a 12 años) ($X^2 = 7,944; p = 0,05, [6-8 \text{ años } n_{\text{IEs}} = 15 (35,7\%) \text{ y } 9-12 \text{ años } n_{\text{IEs}} = 3 (7,5\%) \text{ en Omisión de la nariz}]; [X^2 = 4,435; p = 0,05, [6-8 \text{ años } n_{\text{IEs}} = 21 (50\%) \text{ y } 9-12 \text{ años } n_{\text{IEs}} = 10 (25\%) \text{ en Brazos cortos}]$). Respecto al nivel educativo de los padres, no se encontró dependencia estadísticamente significativa con la presencia o ausencia de IEs. Asimismo, no se hallaron evidencias de diferenciación significativa en la cantidad de IEs según sexo ni nivel educativo de los padres; aunque sí se evidenciaron dichas diferencias según la edad de los niños, a favor de los de menor edad (6 a 8 años) ($t = 4,241; p = 0,000, [n_{6-8 \text{ años}} = 42;$

Media_{6-8 años} = 3,17; DE_{6-8 años} = 1,6] vs. [N_{9-12 años} = 40; Media_{9-12 años} = 1,8; DE_{9-12 años} = 1,2]). Por último, en consonancia con los estudios de Koppitz, la cantidad promedio de IEs en los DFH de los niños de este estudio fue de 2,5.

Finalmente, en Argentina, López, Luchetti y Brizzio (2013) llevaron a cabo un trabajo de investigación que pretendió verificar si existe relación entre la presencia de los IEs del DFH de E. Koppitz y los motivos de consulta mayormente observados en población que asiste a dispositivos de atención psicológica en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Participaron 146 niños cuyo rango de edad oscilaba entre los 6 y 12 años. En lo atinente a los resultados, para problemas de aprendizaje se encontró dependencia estadísticamente significativa con el IE Omisión del cuello ($X^2 = 7,7$; $p = 0,5$), [grupo primario $n = 3$ (15%); problemas de aprendizaje $n = 14$ (53,8%); problemas de conducta $n = 7$ (33,3%); crisis de angustia $n = 4$ (30,8%)]. Esto es consistente con los hallazgos de Koppitz en cuanto a que este IE se presenta con mayor frecuencia en niños con cierta inmadurez, impulsividad y controles internos inadecuados. En el caso de problemas de conducta se encontró dependencia estadísticamente significativa en el IE Manos grandes que se asocia a conductas agresivas y actuadoras ($X^2 = 6,832$; $p = 0,077$), [grupo primario $n = 3$ (15%); problemas de aprendizaje $n = 1$ (3,8%); problemas de conducta $n = 6$ (28,6%); crisis de angustia $n = 1$ (7,7%)]. Tanto para el motivo problemas con el grupo primario de apoyo como para crisis de angustia, no se encontró dependencia estadísticamente significativa con la presencia de ninguno de los IEs del DFH. Respecto a la cantidad de IEs presentes según motivo de consulta, en todos los casos se encontró una presencia promedio de 2 o más IEs.

2.2. Encuadre teórico

2.2.1. Enfermedades cardíacas congénitas.

2.2.1.1. Definición y generalidades.

Se puede definir a una CC como “una anomalía en la estructura o función del corazón o los grandes vasos, en el recién nacido, establecida durante la gestación” (González González, 2018, p. 5).

Las CCs son una de las anomalías congénitas más frecuentes a nivel mundial (OMS, 2020). La incidencia de sus formas graves y moderadas es de alrededor de 6-8 por 1000 nacidos vivos (Manso García, 2018). Dicha cifra asciende a 75 por 1000 nacidos vivos cuando se incluyen los defectos septales ventriculares leves y otros defectos menores (Hoffman y Kaplan, 2002, citado en González González, 2018).

Según el MSAL (2021), en Argentina nacen al año unos 7000 niños con CCs. La mayoría de ellos son varones y cerca de la mitad requieren intervención quirúrgica durante su primer año de vida. No obstante, no todas las CCs son candidatas a tratamiento quirúrgico, muchas de ellas sólo requieren controles médicos estrictos y remiten espontáneamente.

Aun cuando estas patologías son una de las principales causas de morbimortalidad infantil, su etiología y patogenia es desconocida en el 90% de los casos. Alrededor de un 25-30% de las CCs se presentan en el contexto de un síndrome malformativo o cromosopatía visible como el síndrome de Down o el de Marfan. Entre el 2-3% pueden ser causadas por factores ambientales en el periodo periconcepcional (3 meses antes y 3 meses después de la concepción). Dentro de estos factores se incluye enfermedad materna (diabetes, rubéola, sarampión, influenza, lupus eritematoso sistémico, anemia) o la ingesta materna de agentes teratogénicos (litio, anfetaminas, anticonvulsivantes, alcohol). También están íntimamente relacionados la edad materna y paterna avanzada (Bedor-Mosquera, Celi-Santos, García-Álvarez y Zambrano-Suarez, 2021; Bustillos-Medrano, Medina-Alfaro y Sevillano-Jiménez, 2021).

Por lo que atañe al modo de presentación de las CCs, dependerá del tipo de defecto. De todos modos, las manifestaciones clínicas más frecuentes incluyen soplos, cianosis, insuficiencia cardíaca y pulsos disminuidos o no palpables (Bedor-Mosquera et al., 2021).

2.2.1.2. Tipos de enfermedades cardíacas congénitas.

Existen varias formas de clasificar las CCs. De cualquier modo, a los fines del presente trabajo de investigación, se considerarán dos tipos de clasificaciones:

De acuerdo con su *gravedad*, se han diferenciado tres niveles de afección en las CCs (Hoffman y Kaplan, 2002, citado en González González, 2018):

- CCs *severas*: comprenden aquellos pacientes que se muestran severamente enfermos desde el nacimiento y requieren atención médica especializada y cirugías cardiovasculares múltiples.
- CCs *moderadas*: incluyen los casos que requieren atención médica especializada pero menos intensa que los del nivel anterior. El número de intervenciones quirúrgicas puede minimizarse y reducirse únicamente a cateterismos.
- CCs *leves*: son las más frecuentes. Los pacientes suelen ser asintomáticos, y con cierta frecuencia remiten espontáneamente.

Por otra parte, según su *tipo clínico*, las CCs pueden dividirse en (González González, 2018):

- CCs *cianógenas*: se caracterizan por cortocircuitos derecha-izquierda, donde la sangre venosa desoxigenada pasa a la circulación sistémica y de ahí a los tejidos, lo cual provoca cianosis (coloración azul-morada en labios, mucosas y uñas). Suelen ser CCs severas.
- CCs *no cianógenas*: presentan cortocircuitos izquierda-derecha, por lo que no hay mezcla de sangre oxigenada y desoxigenada y, en consecuencia, no se produce cianosis.

A continuación se describirán sucintamente las ECC diagnosticadas en los niños que constituyen la muestra:

- *Coartación aórtica*: CC no cianógena en la que una breve sección de la aorta es más estrecha, lo que reduce el flujo sanguíneo hacia la parte inferior del cuerpo.
- *Comunicación interauricular (CIA)*: CC no cianógena caracterizada por la presencia de un orificio que comunica ambas aurículas.
- *Comunicación interventricular (CIV)*: es la CC más común. Se debe a la presencia de un orificio que comunica a los dos ventrículos. Es no cianógena.

- *Doble salida ventricular derecha (DSVD)*: CC cianógena en la que la aorta y la arteria pulmonar se comunican con el ventrículo derecho.
- *Ductus arterioso persistente*: CC no cianógena en la cual el conducto arterioso no se cierra, lo que genera un flujo anormal de sangre entre la aorta y la arteria pulmonar.
- *Estenosis pulmonar*: CC no cianógena en la cual la válvula pulmonar no se puede abrir lo suficiente, generando un menor flujo de sangre hacia los pulmones.
- *Síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW)*: consiste en una conexión eléctrica adicional entre las aurículas y los ventrículos.
- *Situs inversus totalis con dextrocardia*: CC no cianógena en la cual el corazón está apuntando hacia el lado derecho del tórax.
- *Taquicardia supraventricular paroxística*: se trata de ritmos rápidos y habitualmente regulares en los que alguna estructura por encima de la bifurcación del haz de His es necesaria para su mantenimiento.
- *Transposición de los grandes vasos (TGV)*: CC cianógena donde la aorta emerge por completo (o en mayor parte) del ventrículo derecho, y la arteria pulmonar emerge por completo (o principalmente) del ventrículo izquierdo.

2.2.2. Repercusiones psicológicas de las enfermedades cardíacas congénitas en niños.

En el ámbito de las enfermedades crónicas, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, la conceptualización clásica de la enfermedad asociada a la pérdida de la salud física resulta insuficiente. Por tanto, es cada vez mayor el interés por las repercusiones psicológicas que influyen en la calidad de vida de los pacientes (Cardona Ferrer y Cristancho Patarroyo, 2018; Marin y Sorbara, 2017).

A continuación, se considerarán las causas del impacto psicológico de las ECC en niños. Seguidamente, se describirán algunas características de dicho impacto, teniendo en cuenta aspectos cognitivos, de rendimiento académico y afectivos-conductuales.

2.2.2.1. Factores etiológicos.

Como se ha mencionado con anterioridad, todavía no están completamente identificadas las causas que predisponen a niños con ECC a tener desajustes psicológicos

(Gallego et al., 2014). Sin embargo, muchos autores coinciden en que deben buscarse en el ámbito de lo multifactorial (Lejarraga et al., 1997; Avella-García, Saavedra Inostroza, Vacas, Herreros y Gastaminza, 2013).

Un primer grupo de factores etiológicos pertenecen al área de la *fisiopatología*. Al ser el corazón una bomba que impulsa la sangre hacia todos los tejidos del cuerpo, su disfunción provoca una alteración en la oxigenación de los órganos. De este modo, los niños con ECC están expuestos a lesiones hipóxico-isquémicas en áreas sensibles del cerebro como la corteza prefrontal y el cuerpo estriado, relacionadas con las funciones ejecutivas y la atención. Adicionalmente, algunas técnicas quirúrgicas como la prolongación del tiempo del paro circulatorio hipotérmico profundo (PCHP) o sufrir convulsiones perioperatorias, están asociadas a dificultades en el desarrollo cognitivo. Por último, el tipo de CC también es importante, porque algunos estudios han mostrado que existe una mayor asociación entre los defectos cianosantes y la aparición de problemas psicológicos, en comparación con defectos no cianosantes (Avella-García et al., 2013).

Un segundo grupo de factores etiológicos están ligados a la *edad* del niño. Las enfermedades crónicas pediátricas repercuten de modo diferente de acuerdo a la etapa del desarrollo que esté transitando el paciente. Durante el primer año de vida, afectan los parámetros de crecimiento y desarrollo al influir sobre la alimentación, el sueño y las habilidades motoras y sensoriales. En la primera infancia, las cirugías y los tratamientos intrahospitalarios perjudican la relación del niño con sus padres. Durante el periodo escolar, las hospitalizaciones frecuentes y las limitaciones físicas alteran la escolarización y socialización del niño. Con respecto a la adolescencia, las enfermedades crónicas menoscaban el desarrollo de la autonomía, la sexualidad y alteran la imagen corporal (Avella-García et al., 2013; Gallego et al., 2014).

Un tercer grupo de factores etiológicos, estrechamente relacionados con los anteriores, son de *corte evolutivo*. Cada etapa del desarrollo provee distintas herramientas y habilidades desde las cuales el niño interpretará la experiencia de estar enfermo. De ahí que, en contraste con los pacientes adultos, sean habituales las interpretaciones erróneas. Por ejemplo, de los 3 a los 6 años, los niños piensan que todos los eventos ocurren en relación con ellos, presentan lógica asociativa y pensamiento mágico. Así, el niño preescolar piensa erróneamente que padecer la enfermedad significa que ha hecho algo malo por lo cual merece ser castigado, configurándose una experiencia de alto impacto,

donde se pueden hallar con frecuencia alteraciones psicológicas (Cardona Ferrer y Cristancho Patarroyo, 2018; García y de la Barra, 2005; Ramírez Sibaja, 2013).

Un cuarto grupo de factores etiológicos se relacionan con el hecho de que los niños cardiopatas y sus familias atraviesan una serie de *experiencias traumáticas* tales como controles periódicos, estudios invasivos (cateterismos), intervenciones quirúrgicas e internaciones prolongadas. Dichas experiencias, que suponen cierto riesgo de vida, producen gran desgaste emocional y dificultan la gestión del estrés, poniendo en peligro el proceso de adaptación que la situación requiere (Lejarraga et al., 1997; Marin y Sorbara, 2017).

Un quinto grupo de factores etiológicos tienen que ver con las *modalidades vinculares* entre padres y sus hijos cardiopatas. Debido a la percepción de fragilidad de su hijo, los padres suelen establecer estilos de crianza sobreprotectores. Estos estilos de crianza pueden dificultar o retrasar el desarrollo evolutivo normal. En esta situación el niño tiende a formar una imagen de sí mismo inmadura para asumir responsabilidades esperables para su edad y este status puede limitarlo aún más que la enfermedad misma. Muchas veces este modelo vincular también se traslada al ámbito escolar, perturbando el desarrollo de herramientas para la interacción social y la autonomía (Lejarraga et al., 1997; Marin y Sorbara, 2017).

Finalmente, en la consideración de los factores etiológicos, se debe incluir la *naturaleza de la enfermedad*. Se trata de niños enfermos del corazón, un órgano emblemático y vital que genera emociones y sentimientos distintos que cuando se está enfermo de otros órganos (Lejarraga et al., 1997; Marin y Sorbara, 2017). Simbólicamente, el corazón no es meramente un órgano vital, sino que es una razón de vida, un centro vital; representa la interioridad espiritual, los sentimientos más profundos, el fuero íntimo del hombre (Imperiale, 1995).

2.2.2.2. Repercusiones psicológicas y psiquiátricas.

El incremento de la tasa de supervivencia de niños con ECC permitió reconocer comorbilidades psicológicas y psiquiátricas. Dichas comorbilidades, si no se detectan a tiempo y no se les da el tratamiento adecuado, pueden complicar el curso de la enfermedad (Ramírez Sibaja, 2013; Ríos Martínez et al., 2009).

2.2.2.2.1. Aspectos cognitivos.

Más de la mitad de los niños con CCs, especialmente aquellos que han sido sometidos a cirugía por circulación extracorpórea (CEC) y que se encuentran en edad escolar, presentarán alguna forma de trastorno del neurodesarrollo (Granberg, Rydberg y Fisher, 2008, citado en Mendoza Carretero et al., 2021; Palencia, 2002, citado en González González, 2018).

Precisamente, muchos de estos pacientes sufrirán *alteraciones de la atención e hiperactividad* (González González, 2018). Incluso algunos autores proponen que en niños cardiopatas entre 5 y 10 años de edad la prevalencia de déficit de atención es 3 a 4 veces mayor que en la población general (Schillingford, Glanzmann, Ittenbach, Clancy, Gaynor y Wernovsky, 2008, citado en Avella-García et al., 2013).

Respecto a la *inteligencia* de los niños con CCs, existe mayor controversia. Mientras que algunos autores no han encontrado diferencias entre el CI de niños con antecedente de CC y niños sanos (Schillingford y Wernovsky, 2004, citado en Avella-García et al., 2013), otros han reportado que la inteligencia en este grupo de niños es inferior a la de la población general (Miatton, De Wolf, François, Thierry y Vingerhoets, 2007, citado en Avella-García et al., 2013). Estas discrepancias se explicarían por el perfil de los pacientes evaluados, a saber: padecer la CC como parte de un síndrome genético o no, que la CC sea cianósante o no, la severidad de la misma, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la intervención quirúrgica, el CI de los padres, entre otros.

Así, se ha afirmado que, en general, estos niños tienen un CI en el rango normal-bajo. Aproximadamente el 20% tienen un CI inferior a 80 (Majnemer, Limperopoulos, Shevell, Rohlicek, Rosenblatt y Tchervenkoy, 2009, citado en Avella-García et al., 2013), y hasta el 40% de los pacientes tienen cocientes menores a 85, lo que equivale a una diferencia de una desviación estándar (DS) respecto a la media poblacional (Bellinger y Newburger, 2010, citado en Avella-García et al., 2013).

Del mismo modo, algunos estudios han demostrado que, aunque el CI de niños con antecedente de CC es significativamente menor que el de los controles sanos, en general el CI se encuentra dentro de los límites normales (Bellinger, Wypij, Du Plessis, Rappaport, Jonas y Wernovsky, 2003, citado en Avella-García et al., 2013).

Por otro lado, algunas investigaciones han concluido que el mal ajuste intelectual en niños cardiopatas está más relacionado con el elevado nivel de ansiedad de sus padres, la sobreprotección de éstos y la reducción de las interacciones sociales que con su

enfermedad cardíaca (Utens y Versluys den Bieman, 2000, citado en Galindo Laguna, 2006).

Finalmente, se ha documentado un compromiso significativo de las *habilidades lingüísticas, motoras, visoespaciales*, de las *funciones ejecutivas* y de la *memoria* (Palencia, 2002, citado en González González, 2018).

2.2.2.2.2. Rendimiento académico.

En general, los niños con CCs presentan un rendimiento académico adecuado. No obstante, algunos autores sostienen que alrededor del 20% de estos pacientes tienen un desempeño escolar por debajo del promedio (Miatton et al., 2006, citado en Avella-García et al., 2013).

Los factores que comprometen el rendimiento académico en estos niños son los siguientes: las repetidas y prolongadas ausencias escolares determinadas por la patología cardíaca (Avella-García et al., 2013); ciertas deficiencias en las funciones ejecutivas, como por ejemplo en las habilidades de planificación y organización, memoria de trabajo y autorregulación (Bellinger y Newburger, 2010, citado en Mendoza Carretero et al., 2021); y variables ambientales tempranas como disminución de la actividad física, hospitalizaciones frecuentes, disminución del tiempo de ocio, sobreprotección y alteraciones en la interacción padres-hijos (Wright y Nolan, 1994, citado en Galindo Laguna, 2006).

Cabe mencionar que estas diferencias en el rendimiento académico están presentes a pesar de que el CI del niño se ubique dentro de los límites normales, y se evidenciaron mayormente en pacientes con lesiones cianosantes (Wray y Sensky, 2001, citado en Avella-García et al., 2013).

2.2.2.2.3. Aspectos afectivos y conductuales.

Las reacciones emocionales más significativas en niños con CCs son la ansiedad y la depresión. Más aún, hay indicios de que estos niños son más susceptibles de presentar trastornos de ansiedad y depresivos que los niños sanos, con la desventaja de que los síntomas persisten en el tiempo por debajo del umbral diagnóstico (Avella-García et al., 2013; Ramírez Sibaja, 2013).

La *ansiedad* en niños cardiopatas se caracteriza por la presencia de ansiedad persistente y generalizada ante situaciones muy diversas, como el rendimiento escolar, las

relaciones sociales, el temor a accidentes o “de que el corazón falle o deje de latir”. En general, se trata de niños tímidos, inseguros e inhibidos, con marcados sentimientos de inferioridad, dificultades en la asertividad y preocupación excesiva por el juicio de los demás (Galindo Laguna, 2006; Ramírez Sibaja, 2013).

En ocasiones, los síntomas de ansiedad en niños con CCs cumplen con los criterios diagnósticos de trastornos de ansiedad, siendo los más frecuentes el trastorno de ansiedad por separación, las fobias específicas (especialmente a heridas y animales pequeños), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y el trastorno por estrés postraumático (TEPT) (Avella-García et al., 2013). Dichas entidades nosológicas son más frecuentes en las niñas y pueden coexistir entre sí o con otro padecimiento mental, como un trastorno depresivo (Ramírez Sibaja, 2013). Por ejemplo, al aplicar el Child Behaviour Checklist (CBCL) de T. Achenbach en un grupo de niños con antecedente de síndrome de corazón izquierdo hipoplásico, se encontró que el 20% tenían puntuaciones positivas para ansiedad y depresión (Mahle, Clancy, Moss, Gerdes, Jobs y Wernovsky, 2000, citado en Avella-García et al., 2013).

Merece especial atención en niños con CCs el *trastorno de ansiedad por separación*. Dicho trastorno se caracteriza por el miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del niño concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego (DSM, 2013). Incluye la presencia de miedos irracionales a estar solo y, en consecuencia, comportamientos de aferramiento a las figuras de apego; alteraciones del sueño (pesadillas); ansiedad global; y anticipación exagerada de resultados negativos, como la sensación de que algo malo va a ocurrir o la certeza de que ya no va a volver a ver a sus seres queridos. Así, estos niños suelen ser reacios a pasar la noche en casa de amigos y pueden experimentar miedo a enfermar y morir, que en su mente representa el temor a la separación de la familia y de los amigos. Cabe señalar que uno de los posibles factores que intervienen en la adquisición y mantenimiento de la ansiedad por separación es la hospitalización (Galindo Laguna, 2006).

A propósito de la *depresión* en niños cardiópatas, se asocia a tristeza, irritabilidad, aburrimiento, anhedonia, llanto fácil, falta de sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, alteraciones del sueño, cambios de apetito y peso, hiperactividad y disforia. Los niños más pequeños manifiestan agitación y quejas somáticas como dolores de cabeza y de estómago, mientras que los adolescentes duermen

en exceso. Aunque tanto los niños como los adolescentes refieren ideación suicida, ésta es más frecuente entre los adolescentes (Sarason y Sarason, 2006; Ramírez Sibaja, 2013).

Al igual que lo que ocurre con la ansiedad, a veces los síntomas de depresión en niños con CCs cumplen con los criterios diagnósticos de trastornos depresivos y si bien la mayoría de los niños cardiopatas no cumplen con los criterios del trastorno de depresión mayor, pueden cumplir los criterios del trastorno depresivo persistente (distimia) (Ramírez Sibaja, 2013).

Por lo que se refiere a la asociación entre CC y depresión, los niños tienden a deprimirse cuando se encuentran en situaciones de estrés o ante vivencias de pérdidas, incluida la pérdida de la salud; de ahí que la comorbilidad entre CC y depresión sea muy habitual (Sarason y Sarason, 2006; Ramírez Sibaja, 2013).

Además de la ansiedad y la depresión, las características psicológicas preponderantes en niños cardiopatas son: prolongación de conductas dependientes como la succión prolongada, el colecho y hábitos de dependencia (Lejarraga et al., 1997); baja tolerancia a la frustración, dificultades para controlar las emociones y los impulsos y aceptar límites y normas sociales (Marin y Sorbara, 2017); restricciones conductuales, estrés y disminución en la calidad de vida (Figuroa, Domínguez, Ramos y Alcocer, 2009, citado en López Hernández, Figuroa López y Ramos Del Río, 2014); sentimientos de vulnerabilidad y apego inseguro evitativo o ambivalente (Hernández, 2020); y trastorno de adaptación (DSM, 2013).

En cuanto a la posible afectación emocional en niños cardiopatas sometidos a cirugía, se ha observado una mayor prevalencia de agresividad, ansiedad, depresión, hiperactividad, hipocondría e impulsividad (Yang y Liu, 1994, citado en Galindo Laguna, 2006). Además, se ha encontrado una alta prevalencia de TEPT tras una cirugía cardíaca, principalmente cuando la estancia del niño en unidad de cuidados intensivos fue prolongada (Avella-García et al., 2013).

2.2.3. Test del Dibujo de la Figura Humana en los Niños de Elizabeth M. Koppitz.

2.2.3.1. Generalidades.

El hombre se expresó mediante el dibujo mucho antes de desarrollar la escritura, incluso ésta comenzó siendo dibujos, como lo atestiguan los antiguos jeroglíficos egipcios. El dibujo fue y aún hoy sigue siendo un modo universal de comunicación (Mirotti, 2001). Dicha familiaridad entre el hombre y el dibujo da cuenta de “un hecho escritural de enorme

importancia tanto en el ámbito de la cultura como en la construcción del psiquismo que cada sujeto lleva a cabo en sus primeros años” (Álvarez, 2015, p. 7).

Intuyendo dicha importancia, al promediar la primera mitad del siglo XX, la psicología buscó la manera de implementar el dibujo como una técnica de exploración del psiquismo. Así, se encontró en el dibujo “un instrumento de mediación para que el sujeto siga hablando de sí, es decir, se trata de un texto con marcas subjetivas” (Álvarez, 2015, p. 7).

El niño, al igual que el hombre primitivo, aprende a dibujar antes que escribir. Los dibujos son un modo de expresión natural y primario del niño, tan importante como lo es la palabra para el adulto. Dibujar le permite al niño expresarse en símbolos mucho más personales y ocultos que los que constituyen la palabra (Frank de Verthelyi, 2005). O sea, infancia y conducta gráfica son connaturales: a los niños les encanta dibujar. Si se les da la oportunidad, producirán una gran variedad de dibujos, pero la mayoría de las veces dibujarán figuras humanas (Pikunas y Carberry, 1961, citado en Koppitz, 2006).

El interés de la psicología por el DFH tiene una larga tradición. A través de los años, se diferenciaron dos enfoques principales en la interpretación del DFH: un enfoque que considera al DFH como un test evolutivo de maduración mental, y un enfoque que lo considera como una técnica proyectiva que posibilita el acceso a necesidades inconscientes, conflictos y rasgos de personalidad. La representante más notable del enfoque evolutivo del DFH fue F. Goodenough, mientras que los exponentes más destacados del punto de vista proyectivo fueron K. Machover y E. Hammer. La obra de Machover se ha convertido en la fuente de consulta obligada para las investigaciones de índole proyectiva. Sin embargo, aunque ofrece numerosas hipótesis sustentadas en la teoría psicoanalítica, no brinda como base de sus afirmaciones ningún sistema de tabulación ni datos controlados. Además, el test de Machover se basa en gran parte en su experiencia clínica con pacientes varones adolescentes o adultos y, si bien se han extendido sus resultados a los niños, estos no han sido concluyentes (Koppitz, 2006).

El DFH es una de las técnicas gráficas más usadas en la evaluación psicológica infantil. Las razones que justifican su uso son las siguientes: es de fácil acceso y bajo costo (apenas requiere lápiz y papel); puede ser administrado de forma individual y colectiva; es poco influenciado por la capacidad lingüística del niño; es bien aceptado por la población infantil (Rinaldi Rosa, Okawa Belizario, Boccato Alves y Louro de Castro, 2019); carece

de inconvenientes idiomáticos; y es confiable en los re-test ya que sufre poco la influencia de la memoria (Álvarez, 2015).

Existen diversos sistemas de evaluación del DFH en los niños, siendo uno de los más conocidos y utilizados internacionalmente el propuesto por E. Koppitz (Rinaldi Rosa et al., 2019). En su obra “El dibujo de la figura humana en los niños” (2006), Koppitz presenta una investigación sistematizada del DFH en niños de 5 a 12 años de edad. El mérito de su obra, según sus propias palabras, radica en que “ha intentado un estudio exhaustivo de los DFH infantiles, tomando en cuenta todos sus aspectos y relacionándolos entre sí” (Koppitz, 2006, p. 18). Es decir, a diferencia de la mayoría de los psicólogos que parecen adherirse casi exclusivamente a un solo enfoque de interpretación, Koppitz sostiene que una evaluación significativa del DFH en los niños supone un conocimiento integral tanto de los aspectos madurativos como de los proyectivos. Al mismo tiempo, el valor de la investigación de Koppitz reside en que ha construido un instrumento válido y confiable que permite el análisis objetivo del DFH en la población infantil.

Koppitz analiza el DFH en función de dos tipos de signos objetivos. Un primer conjunto de signos está relacionado con la edad y el nivel de maduración del niño: son los Ítems Evolutivos. Un segundo conjunto de signos está relacionado con las ansiedades, actitudes y preocupaciones del niño: son los IEs (Koppitz, 2006).

Las investigaciones de Koppitz se enmarcan en la teoría de las relaciones interpersonales de H. S. Sullivan. En contraste con la premisa freudiana que afirma que la personalidad se constituye a partir del interjuego entre diferentes instancias psíquicas, el psicoanálisis interpersonal sostiene que la personalidad se desarrolla en el contexto de las relaciones interpersonales del individuo con otros (Barber y Solomonov, 2016). Por consiguiente, la hipótesis básica de Koppitz es que “los DFH reflejan primordialmente el nivel evolutivo del niño y sus relaciones interpersonales, es decir, sus actitudes hacia sí mismo y hacia las personas significativas en su vida” (Koppitz, 2006, p. 18 y 19).

Asimismo, el DFH puede revelar las actitudes del niño hacia las tensiones y exigencias de la vida y su modo de enfrentarlas; también puede reflejar los miedos y ansiedades que pueden afectarlo consciente o inconscientemente en un momento dado. Esto significa que la hipótesis de la imagen o esquema corporal, generalmente aceptada para el DFH, no es tomada por Koppitz como necesariamente válida. Finalmente, el DFH no es considerado como un retrato de los rasgos de personalidad básicos y permanentes del niño, ni como una imagen de su apariencia real. Por el contrario, el DFH refleja el estadio

actual del desarrollo mental y las actitudes y preocupaciones en un momento dado, todo lo cual cambiará con el tiempo debido a la maduración y la experiencia. 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. El DFH es considerado como un retrato del niño interior en un momento dado (Koppitz, 2006).

Si bien el DFH de E. Koppitz es concomitantemente un test de maduración y una prueba proyectiva, la presente investigación focalizará su interés en los IEs.

2.2.3.2. Indicadores Emocionales Válidos.

Para Koppitz (2006), los IEs son signos objetivos que no están relacionados originariamente con la edad y maduración del niño, sino que reflejan sus ansiedades, preocupaciones y actitudes en el momento de realizar la prueba.

Según Koppitz (2006):

Un indicador emocional es definido aquí como un signo en el DFH que puede cumplir los tres criterios siguientes:

1. Debe tener validez clínica, es decir, debe poder diferenciar entre los DFH de niños con problemas emocionales de los que no los tienen.
2. Debe ser inusual y darse con escasa frecuencia en los DFH de los niños normales que no son pacientes psiquiátricos, es decir, el signo debe estar presente en menos del 16 por ciento de los niños en un nivel de edad dado.
3. No debe estar relacionado con la edad y la maduración, es decir, su frecuencia de ocurrencia en los protocolos no debe aumentar solamente sobre la base del crecimiento cronológico del niño. (p. 61)

Tomando como base su propia trayectoria clínica y los trabajos principalmente de Machover (1949) y Hammer (1958), Koppitz (2006) seleccionó una lista de treinta IEs Válidos que comprende tres tipos diferentes de ítems:

A. Referentes a la calidad de los DFH o signos cualitativos:

1. Integración pobre de las partes de la figura.
2. Sombreado de la cara.
3. Sombreado del cuerpo y/o extremidades.
4. Sombreado de las manos y/o cuello.
5. Asimetría grosera de las extremidades.
6. Figura inclinada.

7. Figura pequeña.
8. Figura grande.
9. Transparencia.

B. Detalles especiales que no se dan habitualmente en los DFH:

10. Cabeza pequeña.
11. Ojos bizcos o desviados.
12. Dientes.
13. Brazos cortos.
14. Brazos largos.
15. Brazos pegados al cuerpo.
16. Manos grandes.
17. Manos seccionadas u omitidas.
18. Piernas juntas.
19. Figura desnuda, genitales.
20. Figura monstruosa o grotesca.
21. Dibujo espontáneo de tres o más figuras.
22. Nubes, lluvia, nieve, pájaros volando.

C. Omisiones de ítems que serían esperables en un determinado nivel de edad:

23. Omisión de los ojos.
24. Omisión de la nariz.
25. Omisión de la boca.
26. Omisión del cuerpo.
27. Omisión de los brazos.
28. Omisión de las piernas.
29. Omisión de los pies.
30. Omisión del cuello.

Koppitz (2006) señala que no es posible diagnosticar problemas emocionales en un niño a partir de los IEs que aparecen en su DFH. Los IEs simplemente sugieren tendencias y posibles dificultades que pueden requerir mayor o menor investigación dependiendo del caso. En este sentido, el dibujo total y la combinación de IEs, junto a la edad, maduración, estado emocional, nivel sociocultural y los datos disponibles de otros tests, deben ser considerados siempre. No obstante, se pueden realizar las siguientes puntualizaciones:

- Los IEs se dan más a menudo en los DFH de pacientes psiquiátricos que en los DFH de niños bien adaptados.
- Los protocolos de niños perturbados tienen un número significativamente mayor de IEs que los protocolos de niños sin problemas emocionales serios.
- Cuando un DFH no muestra ninguno de los treinta IEs Válidos parece probable que el niño no tenga problemas emocionales serios.
- La presencia de un solo IE parece no ser concluyente y no es necesariamente un signo de perturbación emocional.
- Dos o más IEs son altamente sugestivos de problemas emocionales y relaciones personales insatisfactorias.
- Algunos IEs se observan rara vez en los DFH. Este hecho hace que aumente su validez clínica. Ejemplos de esto son Figura monstruosa o grotesca, Omisión de la boca, Omisión del cuerpo y Omisión de los brazos.
- Los IEs reflejan las actitudes y preocupaciones del niño así como la conducta y los síntomas revelan sus actitudes y ansiedades subyacentes. Por ejemplo, se puede pensar que un niño con conductas agresivas es impulsivo y está frustrado y enojado; mientras que un niño tímido es menos impulsivo pero más ansioso, le falta confianza en sí mismo y tiene dificultades para relacionarse con los demás. Además, se puede suponer que el niño agresivo difiere del tímido en el tipo de IEs que presenta en su DFH.
- No existe una relación “uno a uno” entre un IE aislado y un determinado tipo de conducta. Las ansiedades, los conflictos o las actitudes pueden ser expresados en el DFH de distintos modos por niños diferentes o por un mismo niño en momentos distintos. Asimismo, los IEs no son mutuamente excluyentes: varios IEs revelan sentimientos y preocupaciones similares, y una misma actitud puede ser expresada por diversos IEs.

2.2.3.3. Categorías de Indicadores Emocionales Válidos.

Koppitz dividió en siete categorías a los IEs Válidos (Koppitz, 2006; León Vásquez, 2015):

A. Impulsividad:

Es la tendencia a actuar espontáneamente, casi sin premeditación o planeamiento; a mostrar baja tolerancia a la frustración y controles internos débiles; a ser expansivo y buscar la gratificación inmediata.

Incluye los siguientes IEs:

- Integración pobre de las partes de la figura.
- Asimetría grosera de las extremidades.
- Figura grande.
- Transparencia.
- Omisión del cuello.

B. Inseguridad y sentimientos de inadecuación:

Supone un autoconcepto pobre, falta de seguridad en sí mismo, preocupación acerca de la adecuación mental y sentimientos de impotencia. El niño se considera como un extraño, no lo suficientemente humano, o como una persona ridícula que tiene dificultades para establecer contacto con los demás.

Incluye los siguientes IEs:

- Figura inclinada.
- Cabeza pequeña.
- Manos seccionadas u omitidas.
- Figura monstruosa o grotesca.
- Omisión de los brazos.
- Omisión de las piernas.
- Omisión de los pies.

C. Ansiedad, angustia:

Es la tensión o inquietud de la mente con respecto al cuerpo (ansiedad corporal), a las acciones y/o al futuro; preocupación, inestabilidad, aflicción; estado prolongado de aprensión.

Incluye los siguientes IEs:

- Sombreado de la cara.
- Sombreado del cuerpo y/o extremidades.
- Sombreado de las manos y/o cuello.
- Piernas juntas.
- Nubes, lluvia, nieve, pájaros volando.

- Omisión de los ojos.

D. Apocamiento, timidez, depresión:

Hace referencia a conducta retraída, cautelosa y reservada; falta de seguridad en sí mismo; tendencia a avergonzarse y atemorizarse fácilmente, a apartarse de las circunstancias difíciles o peligrosas.

Incluye los siguientes IEs:

- Figura pequeña.
- Brazos cortos.
- Brazos pegados al cuerpo.
- Omisión de la nariz.
- Omisión de la boca.
- Omisión de los pies.

E. Ira, agresividad:

Supone disgusto, resentimiento, exasperación o indignación; actitud ofensiva en general; sentimientos de venganza hacia quienes son percibidos como causantes de agravio; ataques verbales o físicos; furia resultante de la frustración.

Incluye los siguientes IEs:

- Ojos bizcos o desviados.
- Dientes.
- Brazos largos.
- Manos grandes.
- Figura desnuda, genitales.

F. Robo:

Se trata del robo neurótico. No incluye a los niños que pasan privaciones y roban por necesidad, ni a aquellos que son miembros de una pandilla y roban para conseguir la aprobación de sus pares.

Incluye los siguientes IEs:

- Sombreado del cuerpo y/o extremidades.
- Sombreado de las manos y/o cuello.
- Figura grande.
- Transparencia.
- Cabeza pequeña.
- Manos grandes.

- Piernas juntas.
- Omisión del cuerpo.
- Omisión de los brazos.
- Omisión del cuello.

G. Mal desempeño escolar:

Incluye los siguientes IEs:

- Integración pobre de las partes de la figura.
- Figura pequeña.
- Figura monstruosa o grotesca.
- Dibujo espontáneo de tres o más figuras.
- Omisión de la boca.
- Omisión del cuerpo.
- Omisión de los brazos.

2.2.3.4. Indicadores Emocionales No Válidos.

Además de los treinta IEs Válidos, existen otros ocho signos que fueron considerados originariamente como potenciales IEs, pero que fueron excluidos por Koppitz al no poder satisfacer los criterios establecidos para los mismos. Ellos son:

- Cabeza grande.
- Ojos vacíos u ojos que no ven.
- Mirada de reojo.
- Manos ocultas.
- Figura interrumpida por el borde de la hoja.
- Línea de base o pasto.
- Sol o luna.
- Líneas fragmentadas o esquiciadas.

Se los considera en el presente estudio por dos razones: primero, porque en la literatura científica hay abundantes referencias acerca de la significación proyectiva de los mismos; y segundo, porque la misma E. Koppitz los incluyó en su investigación (Koppitz, 2006).

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III – MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio

Según sus objetivos, la presente investigación es de tipo *exploratorio-descriptiva*. Es exploratoria porque pretende examinar el impacto psicológico en niños con ECC a través de un instrumento muy poco utilizado en esta población pediátrica: el DFH de E. Koppitz. Es descriptiva porque pretende identificar y describir cuáles son los IEs del DFH de E. Koppitz presentes en los protocolos de niños que padecen ECC de la ciudad de Paraná.

Considerando el tipo de fuente, puede clasificarse como investigación *de campo o práctica* porque la recolección de datos se realizó directamente de los sujetos investigados.

Según la temporalidad, se trata de un estudio *transversal* porque la recolección de información se hizo en un momento determinado y de una sola vez.

3.2. Muestra

Los sujetos que conformaron la muestra fueron seleccionados mediante un procedimiento *no probabilístico* de tipo *intencional* y, finalmente, la muestra quedó constituida por 18 niños diagnosticados con ECC que recibían atención médica en el Servicio de Cardiología del Hospital “San Roque” de la ciudad de Paraná (Entre Ríos).

La *edad* de los niños cardiópatas oscilaba entre 5 y 14 años, siendo la media de 8,8 años ($S = 2,14$) (Tabla 1).

Tabla 1.

Distribución de la muestra según edad

Edad	n_i*	%
5 años	3	16,66
6 años	1	5,55
7 años	3	16,66
8 años	1	5,55
9 años	2	11,11
10 años	4	22,22
11 años	0	0
12 años	1	5,55
13 años	2	11,11
14 años	1	5,55
Total	18	100%

* Frecuencia absoluta

Teniendo en cuenta la distribución de la muestra según el *sexo* del niño, el 61,11% (n = 11) eran varones y el 38,88% restante (n = 7) mujeres (Figura 1).

Figura 1.

Distribución de la muestra según sexo



La mayoría de los niños (61,11%) residía en la ciudad de Paraná. El resto provenía de las siguientes *localidades*: San Benito (11,11%), Crespo (5,55%), Concepción del Uruguay (5,55%), General Campos (5,55%), Hasenkamp (5,55%) y Sauce Montrull (5,55%), todas pertenecientes a la provincia de Entre Ríos (Tabla 2).

Tabla 2.

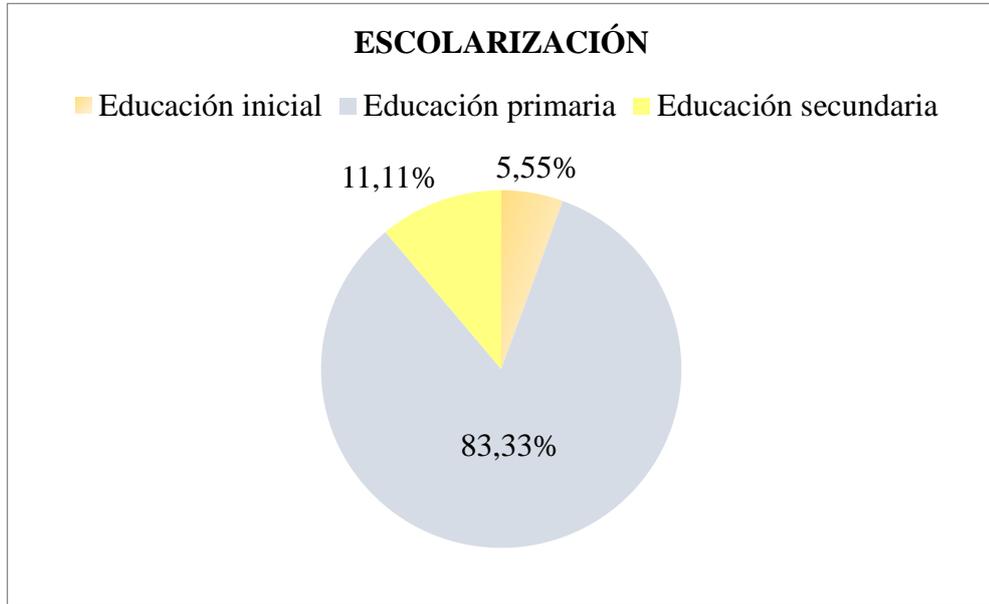
Distribución de la muestra según localidad de procedencia

Localidad de procedencia	n_i	%
Paraná	11	61,11
San Benito	2	11,11
Crespo	1	5,55
Concepción del Uruguay	1	5,55
General Campos	1	5,55
Hasenkamp	1	5,55
Sauce Montrull	1	5,55
Total	18	100%

Todos los niños se encontraban *escolarizados* al momento de la investigación: el 5,55% (n = 1) en establecimientos de educación inicial, el 83,33% (n = 15) en escuelas primarias y el 11,11% (n = 2) en establecimientos secundarios (Figura 2).

Figura 2.

Distribución de la muestra según escolarización



En relación con las *ECC diagnosticadas* en los niños, un 92% (n = 23) eran no cianógenas y un 8% (n = 2) cianógenas. Dentro de las CCs no cianógenas, se detectó 1 coartación aórtica (4%), 6 CIA (24%), 5 CIV (20%), 1 ductus arterioso persistente (4%), 6 estenosis pulmonar (24%), 1 WPW (4%), 1 situs inversus totalis con dextrocardia (4%) y 2 taquicardia supraventricular paroxística (8%); y en el grupo de las CCs cianógenas, 1 DSVD (4%) y 1 TGV (4%) (Tabla 3).

Tabla 3.*Distribución de la muestra según tipo de ECC*

ECC	Tipo	n_i	%
Coartación aórtica	Cianógena	1	4
Comunicación interauricular	No cianógena	6	24
Comunicación interventricular	No cianógena	5	20
Doble salida ventricular derecha	Cianógena	1	4
Ductus arterioso persistente	No cianógena	1	4
Estenosis pulmonar	No cianógena	6	24
Síndrome de Wolff-Parkinson-White	No cianógena	1	4
Situs inversus con dextrocardia	No cianógena	1	4
Taquicardia supraventricular paroxística	No cianógena	2	8
Transposición de los grandes vasos	Cianógena	1	4
Total		25	100%

Por otra parte, el 61,11% (n = 11) de los niños que conformaron la muestra estuvieron *hospitalizados* a causa de la ECC y el 38,88% (n = 7) fueron sometidos a *intervenciones quirúrgicas y/o cateterismos* (Figuras 3 y 4).

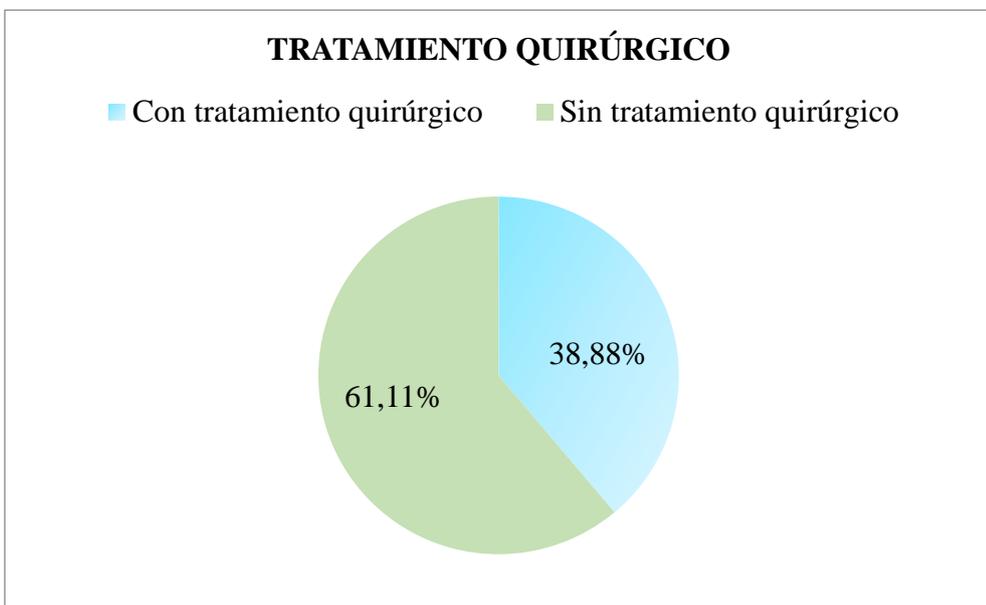
Figura 3.

Distribución de la muestra según hospitalización



Figura 4.

Distribución de la muestra según tratamiento quirúrgico y/o cateterismo



En lo que respecta a los *síntomas visualizados por los padres* en los niños, los más frecuentes fueron: taquicardia (15,51%), dolor en alguna parte del cuerpo como pecho, brazos y cabeza (13,79%), fatiga (12,06%), falta de aire (12,06%) y dificultad para respirar (10,34%) (Tabla 4).

Tabla 4.*Distribución de la muestra según sintomatología*

Sintomatología	n_i	%
Cansancio, sin fuerzas	4	6,89
Fatiga	7	12,06
Taquicardia	9	15,51
Falta de aire	7	12,06
Dificultad para respirar	6	10,34
Infecciones respiratorias a repetición	5	8,62
Desmayos	2	3,44
Coloración azulada	5	8,62
Dolor	8	13,79
Otro/s	1	1,72
Ninguno	4	6,89
Total	58	100

Acerca de las *limitaciones de las actividades diarias visualizadas por los padres* en los niños a causa de la enfermedad, el 48,14% refirió no visualizar ninguna. La limitación más frecuente fue practicar un deporte (18,51%) (Tabla 5).

Tabla 5.*Distribución de la muestra según limitación de actividades diarias*

Limitaciones	n_i	%
Bañarse	2	7,40
Vestirse	1	3,70
Comer	2	7,40
Jugar	2	7,40
Ir a la escuela	2	7,40
Practicar un deporte	5	18,51
Otra/s	0	0
Ninguna	13	48,14
Total	27	100

Por lo que se refiere a los *cuidados especiales* que requiere la cardiopatía en los niños, los más frecuentes fueron: controles médicos periódicos (64,28%), restricción de la actividad física (17,85%) y dieta hiposódica (10,71%) (Tabla 6).

Tabla 6.

Distribución de la muestra según cuidados especiales

Cuidados especiales	n_i	%
Dieta hiposódica	3	10,71
Medicamentos	2	7,14
Restricción de la actividad física	5	17,85
Controles médicos periódicos	18	64,28
Total	28	100

En cuanto a los *adultos principales a cargo* del cuidado de los niños, el 72,22% (n = 13) se encontraba a cargo sólo de la madre, el 22,22% (n = 4) de la madre y el padre, y el 5,55% (n = 1) de otros familiares (Tabla 7).

Tabla 7.

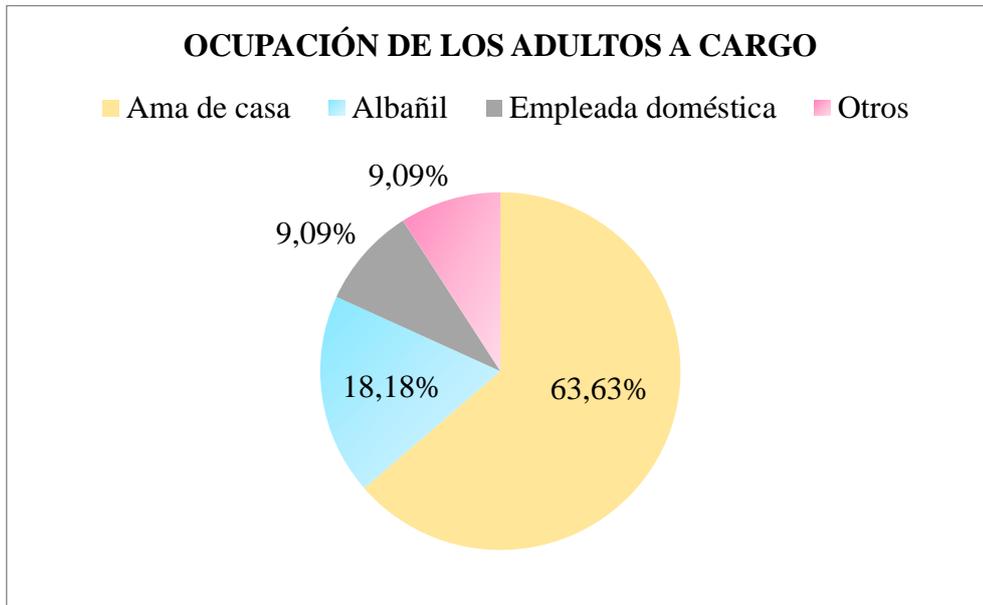
Distribución de la muestra según adultos a cargo

Adulto/s principal/es a cargo	n_i	%
Madre sola	13	72,22
Madre y padre	4	22,22
Otros familiares	1	5,55
Total	18	100%

En relación con la *ocupación del adulto a cargo*, el 63,63% (n = 14) se desempeñaba como ama de casa, el 18,18% (n = 4) como trabajador de la construcción, el 9,09% (n = 2) como empleada doméstica, el 4,54% (n = 1) como cuidadora domiciliaria y el 4,54% (n = 1) como trabajadora de merendero (Figura 5).

Figura 5.

Distribución de la muestra según ocupación de los adultos a cargo



En cuanto a la *percepción de los adultos acerca del bienestar emocional* de los niños cardiopatas, los ítems más referidos fueron los siguientes: Con energía (10,71%), Con dificultades para esperar (8,92%), Nervioso (8,03%), Rebelde (6,25%), Contento/optimista (6,25%) e Impulsivo (5,35%) (Tabla 8).

Tabla 8.

Distribución de la muestra según percepción de los adultos acerca del bienestar emocional del niño

El niño recientemente se ha mostrado...	n_i	f_i	%
Impulsivo	6	0,053	5,35
Con dificultades para esperar	10	0,089	8,92
Inseguro respecto a sí mismo	4	0,035	3,57
Inseguro frente a los demás	3	0,026	2,67
Con dificultades para establecer contacto con los demás	1	0,008	0,89
Nervioso	9	0,080	8,03
Preocupado con respecto al cuerpo	4	0,035	3,57
Preocupado con respecto al futuro	0	0	0
Negador de sus problemas	3	0,026	2,67
Inestable	2	0,017	1,78
Afligido	3	0,026	2,67
Tímido/retraído	3	0,026	2,67
Avergonzado	3	0,026	2,67
Temeroso	2	0,017	1,78
Enojado consigo mismo	0	0	0
Enojado con los demás	4	0,035	3,57
Agresivo consigo mismo	1	0,008	0,89
Agresivo con los demás	5	0,044	4,46
Vengativo	3	0,026	2,67
Rebelde	7	0,062	6,25
Triste, sin ánimo de nada	2	0,017	1,78
Lento para hacer cosas y actuar	5	0,044	4,46
Olvidadizo	5	0,044	4,46
Culposos	0	0	0
Con energía	12	0,107	10,71
Cansado	3	0,026	2,67
Tranquilo	2	0,017	1,78

Contento/optimista	7	0,062	6,25
Con dificultades en su rendimiento escolar	3	0,026	2,67
Otro/s	0	0	0
Total	112	1,000	100

3.3. Técnicas de recolección de datos

En la recolección de datos se utilizaron los siguientes instrumentos:

3.3.1. Test del Dibujo de la Figura Humana en los Niños de Elizabeth M. Koppitz.

Como se ha mencionado en el Capítulo II, se trata de una técnica gráfica para niños y niñas entre 5 y 12 años de edad, diseñada por la psicóloga germano-estadounidense Elizabeth Münsterberg Koppitz en el año 1964. Enmarcada en el psicoanálisis interpersonal de H. S. Sullivan, permite analizar el DFH en base a dos tipos de signos objetivos: el primer conjunto de signos está relacionado con la edad y el nivel de maduración del niño y reciben el nombre de *Ítems Evolutivos*. El segundo conjunto de signos está relacionado con las ansiedades, actitudes y preocupaciones del niño y se denominan *IEs*. Según la propia autora, es justamente esta doble vertiente de significación (madurativa y proyectiva) en que radica la riqueza de su técnica (Koppitz, 2006).

Los *IEs Válidos* son treinta y comprenden tres tipos de ítems: 1) *Signos cualitativos*, 2) *Detalles especiales* y 3) *Omisiones* (Koppitz, 2006). A su vez, están divididos en siete categorías, a saber: 1) *Impulsividad*; 2) *Inseguridad y sentimientos de inadecuación*; 3) *Ansiedad-angustia*; 4) *Apocamiento-timidez-depresión*; 5) *Ira-agresividad*; 6) *Robo*; y 7) *Mal desempeño escolar* (Koppitz, 2006; León Vásquez, 2015).

Koppitz (2006) señala que no es posible diagnosticar problemas emocionales en un niño sólo a partir de los IEs que aparecen en su DFH. Sin embargo, se pueden realizar las siguientes aseveraciones:

- Los protocolos de niños perturbados tienen un número significativamente mayor de IEs que los protocolos de niños sin problemas emocionales serios.
- Cuando un DFH no muestra ninguno de los treinta IEs Válidos parece probable que el niño no tenga problemas emocionales serios.
- La presencia de un solo IE parece no ser concluyente y no es necesariamente un signo de perturbación emocional.

- Dos o más IEs son altamente sugestivos de problemas emocionales y relaciones personales insatisfactorias.
- Algunos IEs se observan rara vez en los DFH. Este hecho hace que aumente su validez clínica. Ejemplos de esto son Figura monstruosa o grotesca, Omisión de la boca, Omisión del cuerpo y Omisión de los brazos.

Además de los treinta IEs Válidos, existen otros ocho signos que fueron considerados originariamente como potenciales IEs, pero que fueron excluidos por Koppitz al no poder satisfacer los criterios establecidos para los mismos. Ellos son los *IEs No Válidos*:

- Cabeza grande.
- Ojos vacíos u ojos que no ven.
- Mirada de reojo.
- Manos ocultas.
- Figura interrumpida por el borde de la hoja.
- Línea de base o pasto.
- Sol o luna.
- Líneas fragmentadas o esquiadas.

Se los considera en el presente estudio por dos motivos: primero, porque en la literatura científica hay abundantes referencias acerca de la significación proyectiva de los mismos; y segundo, porque la misma E. Koppitz los incluyó en su investigación (Koppitz, 2006).

El DFH de E. Koppitz se puede administrar individual o colectivamente. Sin embargo, la administración individual es preferible porque permite observar con detenimiento la conducta del niño y efectuar preguntas aclaratorias si fuera necesario (Koppitz, 2006).

La técnica requiere que el niño dibuje una figura humana a pedido del examinador y en su presencia. Koppitz (2006) dice al respecto:

El último punto es importante, ya que un DFH debería ser siempre el producto de una relación interpersonal. El DFH representa una forma gráfica de comunicación entre el niño y el psicólogo y en cuanto tal, difiere del dibujo espontáneo que los niños pueden realizar cuando están solos o con amigos. (p. 21)

Incluso se ha comprobado que los niños producen dibujos mucho más ricos y esclarecedores en el contexto de una relación personal con un psicólogo que establezca con ellos un buen *rapport* (Koppitz, 2006).

En resguardo de la relación niño-psicólogo anteriormente mencionada, el examinador debe sentar al niño confortablemente frente a una mesa completamente vacía, y presentarle una hoja de papel formato A4 y un lápiz negro n° 2 con goma de borrar. Luego le dará la siguiente consigna: “Quisiera que en esta hoja dibujaras una persona entera. Puede ser cualquier clase de persona que quieras dibujar, siempre que sea una persona completa y no una caricatura o una figura hecha con palotes”. Es decir, queda librado a cada niño determinar la edad y el sexo de la persona que elige representar. Además, se tuvo que agregar la última parte de la consigna porque los niños más grandes e inteligentes suelen dibujar caricaturas o figuras esquemáticas como una manera fácil de salir del paso y eludir la tarea de comprometerse personalmente (Koppitz, 2006).

No hay tiempo límite en la prueba. Además, el niño es libre de borrar o cambiar su dibujo si lo desea. Se sugiere que el examinador observe la conducta del niño mientras dibuja y tome nota de las características inusuales. Se le debe prestar atención a la secuencia en la cual dibuja la figura humana, su actitud y comentarios espontáneos, la cantidad de tiempo que emplea y el número de hojas que utiliza (Koppitz, 2006).

Cabe destacar que la consigna ambigua de dibujar “una persona entera” parece mover al niño a mirar dentro de sí mismo en el intento de captar la esencia de “una persona”. La persona que un niño conoce mejor es él mismo; de ahí que su dibujo se convierte en un retrato de su ser interior (Koppitz, 2006).

Por último, es preciso decir que el DFH de E. Koppitz es un estudio empírico y, como tal, garantiza la validez y confiabilidad necesarias para el cumplimiento de los cánones científicos. No obstante, se han efectuado estudios de validación en diferentes regiones geográficas incluyendo nuestro país. Así, por ejemplo, Brizzio, López, Luchetti y Stover (2014) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue verificar si los IEs que propuso Koppitz funcionan como signos diferenciales de problemática emocional en nuestro medio. La muestra clínica estuvo compuesta por niños escolarizados, entre 6 y 12 años de edad que se encontraban, al momento de la evaluación, en consulta psicológica ambulatoria por alguna problemática emocional. La muestra de población general estuvo conformada por niños de similar condición sociodemográfica. Del análisis de datos se desprendió que algunos IEs permiten diferenciar producciones de niños que padecen

problemática emocional, mientras que en otros no se verifica dicha característica. Sin embargo, es recomendable continuar con las investigaciones respecto al uso y alcance de esta técnica en nuestro contexto.

3.3.2. Protocolo de administración del Test del Dibujo de la Figura Humana en los Niños de E. Koppitz.

Con la intención de facilitar la recolección de datos durante la administración de la técnica, se elaboró un protocolo *ad hoc* que incluyó dos apartados: 1) Datos generales y 2) Datos relevantes.

El apartado *Datos generales* brindó información acerca de: fecha de toma, codificación del dibujo y datos sociodemográficos del niño.

En el apartado *Datos relevantes* se tomó en consideración: secuencia del dibujo, actitud y conductas del niño al enfrentar la tarea, si hubo comentarios espontáneos, si hubo borrado, la cantidad de tiempo y hojas empleados, las respuestas a las preguntas: “¿Cómo es esta persona? ¿Qué está haciendo?”, y alguna característica inusual que se haya podido observar durante la administración (Anexos).

3.3.3. Ficha sociobiodemográfica de niños diagnosticados con cardiopatías congénitas.

Siguiendo la sugerencia de Koppitz acerca de que siempre deben considerarse la edad, la maduración, el estado emocional, el nivel sociocultural y otros datos disponibles del niño, se confeccionó una ficha sociobiodemográfica *ad hoc* que incluyó cinco secciones: 1) Datos generales, 2) Datos de la enfermedad, 3) Bienestar emocional, 4) Características del grupo familiar, y 5) Observaciones.

La sección *Datos generales* aportó información acerca de: fecha de toma, codificación del dibujo y datos sociodemográficos del niño.

En *Datos de la enfermedad* se tuvo en cuenta: diagnóstico médico, hospitalización, cirugía y cateterismos, sintomatología y limitación de actividades visualizada por los padres, cuidados especiales en relación a la cardiopatía, reacción al tratamiento, y persona/s que acompaña/n en el mismo.

En la sección *Bienestar emocional* se propuso un listado de emociones, sentimientos, conductas y actitudes que el niño pudo haber reflejado recientemente, y que pudieron haber sido percibidos por el adulto que lo acompañó a la consulta médica.

La sección denominada *Características del grupo familiar* permitió recabar información sobre: grupo familiar conviviente, quién es el adulto/s principal/es a cargo del niño, especificando cuál es su nivel de instrucción, ocupación actual y si tiene dedicación exclusiva a su crianza.

Finalmente, se dejó la sección *Observaciones* por si el adulto que acompañaba al niño a la consulta médica quería aportar algún tipo de información que considerara relevante (Anexos).

3.4. Procedimientos de recolección de datos

El acceso a la muestra de niños diagnosticados con ECC estuvo dificultado por la pandemia COVID-19. En primera instancia, se contactó con una ONG que tiene como misión contener a esta población de niños, no obteniéndose una respuesta favorable. Luego, a través de la buena predisposición de un médico del Servicio de Cardiología del Hospital “San Roque” de la ciudad de Paraná, se pudo realizar una entrevista telefónica con autoridades del Comité de Docencia e Investigación de dicho nosocomio, en la cual se explicitaron los objetivos de la investigación y las características de los instrumentos a utilizar.

Una vez obtenida la autorización formal de la institución, comenzó la recolección de datos en la sala de espera del Servicio de Cardiología antes mencionado. En el lugar, se instaló un escritorio y sillas con el propósito de que la administración discurriese en las condiciones más óptimas posibles. Además, dada la especial vulnerabilidad de estos niños frente a dicho contexto sanitario, se tomaron todas las medidas de prevención recomendadas, como la implementación de barbijo, alcohol en gel y desinfectantes de superficies, junto al uso exclusivo de cada examinado de su propio lápiz y goma de borrar.

La administración de las técnicas de recolección de datos dependió de la buena predisposición de los niños y los adultos que los acompañaban. En todos los casos, se procedía a explicar brevemente los objetivos de la investigación, los instrumentos a utilizar y las condiciones que garantizarían el resguardo, la protección de los participantes y la confidencialidad de los datos. Posteriormente, se repartían los consentimientos informados y las fichas sociobiodemográficas a los adultos, e invitaba a los niños a acercarse al escritorio para la administración del DFH. Las fichas sociobiodemográficas eran completadas de forma individual por cada adulto, estando la investigadora disponible para responder dudas y consultas cuando fuera necesario. Huelga decir que el diagnóstico

brindado por el adulto a cargo fue corroborado, en todos los casos, con la historia clínica del niño.

3.5. Procedimientos de análisis de datos

En primer lugar, se llevó a cabo análisis descriptivos de la muestra, a fin de obtener las frecuencias, medias y desvíos típicos.

Seguidamente, se realizó un análisis de estadística descriptiva básica sobre los IEs del DFH de E. Koppitz, con el objetivo de examinar y describir los que caracterizan a los niños que padecen ECC.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

CAPÍTULO IV – RESULTADOS

4.1. Indicadores Emocionales del DFH en niños con enfermedades cardíacas congénitas

El primer objetivo planteado en la investigación consistió en identificar los IEs del DFH de E. Koppitz presentes en los protocolos de los niños cardiopatas.

Como se observa en la Tabla 9, se identificaron un total de 48 IEs Válidos. Del total de 48 IEs Válidos, 17 (35,41%) pertenecen al tipo Signos Cualitativos, 15 (31,25%) a Detalles Especiales y 16 (33,33%) a Omisiones. Los IEs Válidos más frecuentes fueron: Omisión de la nariz (22,91%), Integración pobre de las partes de la figura (14,58%), Manos seccionadas u omitidas (10,41%) y Figura pequeña (8,33%).

Tabla 9.

Distribución de la muestra según IEs Válidos

IEs Válidos	n_i	f_i^*	%
Integración pobre de las partes de la figura	7	0,1458	14,58
Sombreado de la cara	0	0	0
Sombreado del cuerpo y/o extremidades	1	0,0208	2,08
Sombreado de las manos y/o cuello	0	0	0
Signos cualitativos			
Asimetría grosera de las extremidades	3	0,0625	6,25
Figura inclinada	0	0	0
Figura pequeña	4	0,0833	8,33

	Figura grande	0	0	0
	Transparencia	2	0,0416	4,16
	Subtotal	17	0,3541	35,41
	Cabeza pequeña	0	0	0
	Ojos bizcos o desviados	2	0,0416	4,16
	Dientes	1	0,0208	2,08
	Brazos cortos	3	0,0625	6,25
	Brazos largos	0	0	0
	Brazos pegados al cuerpo	0	0	0
Detalles especiales	Manos grandes	0	0	0
	Manos seccionadas u omitidas	5	0,1041	10,41
	Piernas juntas	0	0	0
	Figura desnuda, genitales	2	0,0416	4,16
	Figura monstruosa o grotesca	2	0,0416	4,16
	Dibujo espontáneo de tres o más figuras	0	0	0
	Nubes, lluvia, nieve, pájaros volando	0	0	0
	Subtotal	15	0,3125	31,25
	Omisión de los ojos	0	0	0

	Omisión de la nariz	11	0,2291	22,91
	Omisión de la boca	0	0	0
Omisiones	Omisión del cuerpo	1	0,0208	2,08
	Omisión de los brazos	1	0,0208	2,08
	Omisión de las piernas	0	0	0
	Omisión de los pies	1	0,0208	2,08
	Omisión del cuello	2	0,0416	4,16
	Subtotal	16	0,3333	33,33
	Total	48	1,000	100

* Frecuencia relativa

Por otra parte, se identificaron un total de 18 IEs No Válidos. Los más frecuentes fueron los siguientes: Cabeza grande (27,77%), Ojos vacíos u ojos que no ven (27,77%) y Líneas fragmentadas o esquiadas (27,77%) (Tabla 10).

Tabla 10.*Distribución de la muestra según IEs No Válidos*

IEs No Válidos	n_i	f_i	%
Cabeza grande	5	0,2777	27,77
Ojos vacíos u ojos que no ven	5	0,2777	27,77
Mirada de reojo	0	0	0
Manos ocultas	3	0,1666	16,66
Figura interrumpida por el borde de la hoja	0	0	0
Línea de base o pasto	0	0	0
El sol o la luna	0	0	0
Líneas fragmentadas o esquiciadas	5	0,2777	27,77
Total	18	1,000	100

4.2. Promedio de Indicadores Emocionales del DFH en niños con enfermedades cardíacas congénitas

En relación con el segundo objetivo, que consistía en calcular la cantidad promedio de IEs que presentan los DFH de los niños que padecen ECC, los resultados fueron los siguientes: a propósito de los IEs Válidos, el 61,1% de niños cardiópatas presentaron dos o más IEs Válidos, siendo el promedio de 1,61 IE Válido por protocolo (Tabla 11).

Tabla 11.*Frecuencia absoluta y porcentual del número de IEs Válidos*

N° de IEs Válidos	n_i	%
Sin IEs	3	16,66
1	4	22,22
2	2	11,11
3	2	11,11
4	3	16,66
5	2	11,11
6	2	11,11
Total	18	100

En cuanto a los IEs No Válidos, el 33,32% de los niños con ECC presentaron dos o más IEs No Válidos, siendo el promedio de 1 IE No Válido por protocolo (Tabla 12).

Tabla 12.*Frecuencia absoluta y porcentual del número de IEs No Válidos*

N° de IEs No Válidos	n_i	%
Sin IEs	7	38,88
1	5	27,77
2	5	27,77
3	1	5,55
Total	18	100

4.3. Indicadores Emocionales del DFH en niños con enfermedades cardíacas congénitas según el sexo

En relación con el tercer objetivo de la investigación, que consistía en describir si existen diferencias en los DFH de los niños cardiopatas según el sexo, se observó una mayor proporción de IEs Válidos en niñas (0,8) que en varones (0,682). Por el contrario, se halló una mayor proporción de IEs No Válidos en varones (0,317) que en niñas (0,2) (Tablas 13 y 14).

Tabla 13.*IEs Válidos y No Válidos en niños y niñas*

Tipos de IEs	Varones	Mujeres
IEs Válidos	28	20
IEs No Válidos	13	5
Total	41	25

Tabla 14.*Proporción de IEs Válidos y No Válidos según sexo*

Tipos de IEs	Varones	Mujeres
IEs Válidos	0,682	0,8
IEs No Válidos	0,317	0,2
Total	1,000	1,000

4.4. Indicadores Emocionales del DFH en niños con enfermedades cardíacas congénitas según hayan estado hospitalizados

En relación con el cuarto objetivo, que tenía como propósito describir si existen diferencias en los IEs presentes en los DFH de los niños cardiopatas según hayan estado hospitalizados o no, se observó una mayor proporción de IEs Válidos en niños que no habían atravesado la experiencia de la hospitalización (0,758) que en los que sí (0,702). A la inversa, se halló una mayor proporción de IEs No Válidos en niños que habían estado hospitalizados a causa de su cardiopatía (0,297) que en los que no (0,241) (Tablas 15 y 16).

Tabla 15.*IEs Válidos y No Válidos según hospitalización*

Tipos de IEs	Hospitalizados	No hospitalizados
IEs Válidos	26	22
IEs No Válidos	11	7
Total	37	29

Tabla 16.*Proporción de IEs Válidos y No Válidos según hospitalización*

Tipos de IEs	Hospitalizados	No hospitalizados
IEs Válidos	0,702	0,758
IEs No Válidos	0,297	0,241
Total	1,000	1,000

4.5. Indicadores Emocionales del DFH en niños con enfermedades cardíacas congénitas según hayan sido sometidos a intervenciones quirúrgicas y/o cateterismos

En cuanto al quinto objetivo de la investigación, que consistía en describir si existen diferencias en los DFH de los niños cardiopatas según hayan sido sometidos a intervenciones quirúrgicas y/o cateterismos o no, se halló una mayor proporción de IEs Válidos en niños que no habían atravesado dichos tratamientos (0,738) que en los que sí los habían atravesado (0,708). En cambio, se encontró una mayor proporción de IEs No Válidos en niños que habían sido sometidos a intervenciones quirúrgicas y/o cateterismos (0,291) que en los que no (0,261) (Tablas 17 y 18).

Tabla 17.*IEs Válidos y No Válidos según tratamiento*

Tipos de IEs	Con tratamientos quirúrgicos y/o cateterismos	Sin tratamientos quirúrgicos y/o cateterismos
IEs Válidos	17	31
IEs No Válidos	7	11
Total	24	42

Tabla 18.*Proporción de IEs Válidos y No Válidos según tratamiento*

Tipos de IEs	Con tratamientos quirúrgicos y/o cateterismos	Sin tratamientos quirúrgicos y/o cateterismos
IEs Válidos	0,708	0,738
IEs No Válidos	0,291	0,261
Total	1,000	1,000

4.6. Indicadores Emocionales DFH en niños según el tipo de enfermedad cardíaca congénita

En cuanto al sexto objetivo, que consistía en describir si existen diferencias en los IEs presentes en los DFH de los niños cardiopatas según el tipo de ECC, se encontró una mayor proporción de IEs Válidos en niños con CCs acianógenas (0,728) que en niños con CCs cianógenas (0,714). No obstante, se observó una mayor proporción de IEs No Válidos en niños con CCs cianógenas (0,285) que en niños con CCs acianógenas (0,271) (Tablas 19 y 20).

Tabla 19.*IEs Válidos y No Válidos según tipo de ECC*

Tipos de IEs	CCs cianógenas	CCs acianógenas
IEs Válidos	5	43
IEs No Válidos	2	16
Total	7	59

Tabla 20.*Proporción de IEs Válidos y No Válidos según tipo de ECC*

Tipos de IEs	CCs cianógenas	CCs acianógenas
IEs Válidos	0,714	0,728
IEs No Válidos	0,285	0,271
Total	1,000	1,000

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1. Discusión

La presente investigación se planteó como propósito general examinar y describir los IEs del DFH de E. Koppitz presentes en los niños que padecen ECC de la ciudad de Paraná.

De manera específica, en primer lugar, se procedió a identificar los IEs del DFH presentes en los protocolos de los niños cardiópatas.

Los IEs Válidos más frecuentes fueron: Omisión de la nariz (22,91%), Integración pobre de las partes de la figura (14,58%), Manos seccionadas u omitidas (10,41%), Figura pequeña (8,33%), Asimetría grosera de las extremidades (6,25%) y Brazos cortos (6,25%).

Según el psicoanálisis, omitir dibujar la nariz es signo de ansiedad de castración. No obstante, en muchos casos, el IE Omisión de la nariz se relaciona con timidez, retraimiento y ausencia de agresividad manifiesta. Es decir, la nariz es signo de empuje e independencia, el niño “mete la nariz” cuando se aventura en el mundo. En consecuencia, su omisión parece expresar inmovilidad, indefensión e incapacidad de progresar (Koppitz, 2006).

En la misma línea de significación se encuentran los IEs Figura pequeña y Brazos cortos. El IE Figura pequeña se halla en los DFH de niños tímidos, extremadamente inseguros, retraídos y depresivos. Por otra parte, los brazos cortos reflejan la dificultad del niño para conectarse con el mundo circundante y con las otras personas. Este IE está asociado con la tendencia al retraimiento, a encerrarse dentro de sí mismo y a la inhibición de los impulsos. Puede indicar timidez, falta de agresividad y quizás de liderazgo, pero no necesariamente una falta de deseos de progresar (Koppitz, 2006).

Tanto el IE Omisión de la nariz como Figura pequeña y Brazos cortos, pertenecen a la categoría de IEs denominada Apocamiento-Timidez-Depresión que da cuenta de conducta retraída, cautelosa y reservada, falta de seguridad en sí mismo, tendencia a avergonzarse y atemorizarse con facilidad, y a apartarse de las circunstancias difíciles o peligrosas (Koppitz, 2006; León Vásquez, 2015).

Estos hallazgos acerca de conducta retraída en los DFH de niños cardiópatas coinciden con los de Lejarraga et al. (1997). Dicho autor observó que niños argentinos operados de CIV mostraban en sus protocolos IEs asociados con retraimiento y dificultades

para conectarse con el medio. Glaser y Harrison (1997, citado en Lejarraga et al., 1997) postulan que dichos IEs en niños con CCs están relacionados con el impacto de la enfermedad, la intervención quirúrgica y el sentimiento de intrusión en el cuerpo.

En cuanto al IE Manos seccionadas u omitidas suele observarse en los DFH de niños tímidos, con marcados sentimientos de inadecuación física o mental. También puede ser signo de culpa por no lograr actuar correctamente o por la incapacidad de actuar (Koppitz, 2006). Este IE forma parte de la categoría de IEs llamada Inseguridad-Sentimientos de inadecuación, que hace referencia a un autoconcepto pobre, falta de seguridad en sí mismo, preocupación acerca de la adecuación mental y sentimientos de impotencia (Koppitz, 2006; León Vásquez, 2015).

Con relación a los IEs hasta ahora descriptos (Omisión de la nariz, Figura pequeña, Brazos cortos y Manos seccionadas u omitidas), Koppitz (2006) afirma:

...los niños tímidos y depresivos tienden más a menudo a dibujar “figuras pequeñas” que los agresivos; también omiten con mayor frecuencia la boca, la nariz y los ojos y muestran más a menudo “manos seccionadas” en sus protocolos. Estos hechos parecen ilustrar casi literalmente cómo se siente de pequeño e insignificante el niño tímido, y su dificultad para comunicarse con los demás verbalmente o a través del contacto físico. La falta de manos en el DFH subraya el desvalimiento que tan a menudo se observa en los pequeños tímidos y deprimidos. (p. 73 y 74)

Todo esto coincide con lo señalado por Avella-García et al. (2013) y Ramírez Sibaja (2013) acerca de que una de las reacciones emocionales más significativas en niños con CCs es la depresión. A propósito de la asociación entre ECC y depresión, Ramírez Sibaja (2013) y Sarason y Sarason (2006) refieren que los niños tienden a deprimirse cuando se encuentran ante vivencias de pérdidas, incluida la pérdida de la salud.

En lo concerniente a los IEs Integración pobre de las partes de la figura y Asimetría grosera de las extremidades, también frecuentes en niños cardiópatas, pertenecen a la categoría Impulsividad y dan cuenta de una tendencia a actuar espontáneamente, casi sin premeditación o planeamiento, a mostrar baja tolerancia a la frustración y controles internos débiles, a ser expansivo y buscar la gratificación inmediata. Estos datos son congruentes con lo afirmado por Marin y Sorbara (2017) acerca de que una de las características de personalidad más sobresalientes en niños con CCs es la dificultad para controlar las emociones y los impulsos y aceptar límites y normas sociales.

Los IEs No Válidos más frecuentes fueron: Cabeza grande (27,77%), Ojos vacíos u ojos que no ven (27,77%) y Líneas fragmentadas o esquiadas (27,77%).

La cabeza grande en el DFH está relacionada con inquietud o preocupación por algún aspecto de la adecuación y funcionamiento mental, sin embargo no se puede establecer cuál de los muchos aspectos posibles está implicado: esfuerzo intelectual, lesión cerebral, inmadurez, retardo mental, preocupación por el rendimiento escolar, etc. (Koppitz, 2006). En dicho sentido, Utens y Versluys den Bieman (2000, citado en Galindo Laguna, 2006) sostienen que el mal ajuste intelectual en niños cardiopatas está asociado con el elevado nivel de ansiedad de sus padres, la sobreprotección de éstos y la reducción de las interacciones sociales. Por otro lado, Avella-García et al. (2013) afirma que es la propia fisiopatología de la CC, junto con los riesgos propios de ciertos tipos de intervenciones quirúrgicas reparadoras, los que están relacionados con las dificultades cognitivas. Sea cual fuere la causa de dichas dificultades, no sería extraño que el niño se inquietara por ellas.

El IE Ojos vacíos u ojos que no ven se asocia con sentimientos de culpa por tendencias voyeuristas, con una vaga percepción del mundo, inmadurez emocional, egocentrismo, dependencia, falta de discriminación y depresión (Koppitz, 2006). En relación con la dependencia, Avella-García et al. (2013) sostiene que los niños con CCs suelen ser más dependientes que sus pares sanos en actividades de autocuidado y de cognición social. A su vez, Lejarraga et al. (1997) señala que una de las características psicológicas preponderantes en niños cardiopatas es la prolongación de conductas dependientes como la succión prolongada, el colecho y hábitos de dependencia.

Por otro lado, las Líneas fragmentadas o esquiadas dan cuenta de temor, inseguridad, sentimientos de inadecuación, ansiedad, terquedad y negativismo (Koppitz, 2006). En el contexto de la personalidad del niño afectado de una CC, adquiere relevancia el factor ansiedad que, como se ha referido en el Capítulo II, constituye una de las reacciones emocionales más significativas en esta población pediátrica.

Siguiendo con los objetivos específicos de la investigación, el segundo consistió en calcular la cantidad promedio de IEs que presentan los DFH de los niños que padecen ECC. Los resultados fueron los siguientes: el promedio de IEs Válidos por protocolo fue de 1,61, mientras que el promedio de IEs No Válidos fue de 1. Según Koppitz (2006), la presencia de un solo IE Válido no es necesariamente un signo de perturbación emocional. Aun así, el 61,1% de los niños presentaron dos o más IEs Válidos en sus protocolos,

hallazgo que es altamente sugestivo de problemas emocionales y relaciones personales insatisfactorias.

En relación con el tercer objetivo de la investigación, que consistió en describir si existen diferencias en los DFH de los niños cardiopatas según el sexo, se observó una mayor proporción de IEs Válidos en niñas (0,8) que en varones (0,682). Por el contrario, se halló una mayor proporción de IEs No Válidos en varones (0,317) que en niñas (0,2). Estos resultados no coinciden con los de investigaciones previas que informan mayor cantidad de IEs Válidos presentes en los dibujos de los varones, en comparación con los de las niñas (Daglioglu y Deniz, 2010, citado en Brizzio et al., 2011). En tal sentido, Machover (1953) manifiesta que los varones presentan más problemas emocionales, educativos y de comportamiento en la edad de latencia que las niñas. Además, siguiendo esta línea de pensamiento, Gay, Díaz, Frid, González y Olivieri (2009) refieren que durante la pubertad, son las niñas las que más realizan consultas psicológicas. Por consiguiente, la mayor proporción de IEs Válidos en mujeres se explicaría porque la muestra estuvo conformada por niños preescolares, que atravesaban el período de latencia y púberes, y no sólo por niños en período de latencia.

El cuarto, quinto y sexto objetivos específicos serán discutidos conjuntamente puesto que los tres se relacionan, directa o indirectamente, con la severidad de la CC.

En lo relativo al cuarto objetivo de la investigación, que tuvo como propósito describir si existen diferencias en los IEs presentes en los DFH de los niños cardiopatas según hayan estado hospitalizados o no, se observó una mayor proporción de IEs Válidos en niños que no habían atravesado la experiencia de la hospitalización (0,758) que en los que sí (0,702). A la inversa, se halló una mayor proporción de IEs No Válidos en niños que habían estado hospitalizados a causa de su cardiopatía (0,297) que en los que no (0,241).

Respecto al quinto objetivo, que consistió en describir si existen diferencias en los DFH de los niños cardiopatas según hayan sido sometidos a intervenciones quirúrgicas y/o cateterismos o no, se halló una mayor proporción de IEs Válidos en niños que no habían atravesado dichos tratamientos (0,738) que en los que sí los habían atravesado (0,708). En cambio, se encontró una mayor proporción de IEs No Válidos en niños que habían sido sometidos a intervenciones quirúrgicas y/o cateterismos (0,291) que en los que no (0,261).

En cuanto al sexto objetivo, que tuvo como propósito describir si existen diferencias en los IEs presentes en los DFH de los niños cardiopatas según el tipo de ECC, se encontró una mayor proporción de IEs Válidos en niños con CCs acianógenas (0,728)

que en niños con CCs cianógenas (0,714). No obstante, se observó una mayor proporción de IEs No Válidos en niños con CCs cianógenas (0,285) que en niños con CCs acianógenas (0,271).

Las CCs cianógenas son, por definición, las CCs más severas. Es decir, comprenden aquellos pacientes que se muestran gravemente enfermos desde el nacimiento, requieren hospitalizaciones frecuentes e intervenciones médicas especializadas como cirugías cardiovasculares y/o cateterismos (Hoffman y Kaplan, 2002, citado en González González, 2018). Dichas circunstancias hacen mella en el bienestar psicoemocional de los niños que las padecen. En cuanto al hospitalismo, sus efectos deletéreos son ampliamente conocidos. Las frecuentes y prolongadas estadías en los hospitales pueden afectar la salud mental del niño, su desarrollo emocional e intelectual y sus interacciones con la familia (Lejarraga et al., 1997). Por otra parte, algunos autores que han estudiado la posible afectación emocional y comportamental en niños sometidos a cirugía cardíaca, han observado una mayor prevalencia de depresión, ansiedad, hiperactividad, impulsividad, agresividad e hipocondría (Galindo Laguna, 2006). En resumidas cuentas, los defectos cianógenos estarían mayormente asociados a problemas psicosociales que los no cianógenos (Bellinger, Newburger, Wypij, Kuban, Du Plessis y Rappaport, 2009, citado en Avella-García et al., 2013).

Ahora bien, en el presente trabajo de investigación, no se halló dicha asociación. Los niños con CCs no cianosantes, junto a los que no habían estado hospitalizados y los que no habían sido sometidos a cirugías y/o cateterismos, presentaron una mayor proporción de IEs Válidos y, por consiguiente, mayor compromiso emocional. Por lo tanto, estos resultados estarían en consonancia con lo afirmado por Ramírez Sibaja (2013) acerca de que no se ha podido confirmar una relación consistente entre la gravedad de la cardiopatía y el ajuste emocional del niño.

En cuanto a la asociación entre IEs No Válidos y CCs complejas, hospitalización y cirugía, se relacionaría específicamente con la significación de los IEs No Válidos involucrados. En primer lugar, no sería raro observar que los niños con CCs cianosantes representen en sus dibujos Cabeza Grande. Es decir, la propia fisiopatología de la enfermedad, junto con ciertos tipos de cirugías reparadoras que provocan dificultades cognitivas, despertaría en el niño inquietudes relacionadas con su adecuación y/o funcionamiento mental. En segundo lugar, tampoco sería raro observar trazos fragmentados o esquiciados en los protocolos de niños con CCs complejas, puesto que la

prevalencia de ansiedad aumenta considerablemente en niños que han sido sometidos a cirugía cardíaca.

5.2. Conclusiones

Partiendo de los objetivos e hipótesis planteados y considerando los resultados obtenidos, se concluye que:

- Los niños que padecen ECC presentan ciertas características psicoemocionales posibles de identificar a través del DFH de E. Koppitz.
- En lo referente a los IEs Válidos, los niños con ECC presentan con mayor frecuencia: Omisión de la nariz, Manos seccionadas u omitidas, Figura pequeña, Brazos cortos, Integración pobre de las partes de la figura y Asimetría grosera de las extremidades.
- Los IEs Válidos que caracterizan a los niños que padecen ECC pertenecen a las categorías Apocamiento-Timidez-Depresión e Impulsividad.
- Los IEs No Válidos más frecuentes en niños con ECC son: Cabeza grande, Ojos vacíos u ojos que no ven y Líneas fragmentadas o esquiadas.
- El promedio de IEs Válidos por protocolo es de 1,61, mientras que el promedio de IEs No Válidos es de 1.
- El 61,1% de los niños presentan dos o más IEs Válidos en sus protocolos, hallazgo que es altamente sugestivo de problemas emocionales y relaciones personales insatisfactorias.
- Las niñas cardiópatas presentan mayor proporción de IEs Válidos que los niños cardiópatas.
- Los DFH de niños cardiópatas que no estuvieron hospitalizados a causa de su enfermedad presentan mayor proporción de IEs Válidos que los que sí estuvieron.
- Los DFH de niños cardiópatas que no estuvieron sometidos a tratamientos quirúrgicos y/o cateterismos a causa de su enfermedad presentan mayor proporción de IEs Válidos que los que sí estuvieron.
- Los DFH de niños con CCs acianógenas presentan mayor proporción de IEs Válidos que los que padecen CCs cianógenas.

- El DFH de E. Koppitz es un instrumento útil para la detección rápida de las actitudes de los niños hacia las tensiones y exigencias de la vida como puede ser el caso de una ECC.

5.3. Recomendaciones

A continuación, se proponen algunas sugerencias para futuras investigaciones y prácticas:

5.3.1. Recomendaciones para investigaciones.

En primer lugar, sería importante que en nuevos estudios se amplíe la muestra y se diversifique desde el punto de vista sociobiodemográfico, para optimizar la generalización de los resultados.

En segundo lugar, sería conveniente incorporar el análisis de los Ítems Evolutivos porque, como lo señala la propia autora, es justamente en esta doble vertiente de significación (proyectiva y madurativa) en que radica la riqueza de su técnica.

En tercer lugar, no se debe descuidar el hecho de que una buena evaluación psicológica infantil requiere de una apreciación holística de cada niño. En consecuencia, sería interesante complementar el DFH con otros métodos de evaluación, tales como observaciones, entrevistas con los padres o tutores, otros tests, informes escolares, médicos, etc.

Finalmente, sería muy provechoso realizar estudios longitudinales sobre los IEs en niños con ECC, en los que se puedan observar los cambios que se producen en sus preocupaciones y actitudes debido a la maduración y la experiencia.

5.3.2. Recomendaciones para la práctica.

Teniendo en cuenta que los factores psicosociales son coadyuvantes en la evolución de la CC, sería conveniente continuar realizando investigaciones que ayuden a entender el impacto psicoemocional de la enfermedad en este grupo de niños. Dicho conocimiento permitiría elaborar estrategias que promuevan estilos saludables de afrontamiento de la enfermedad como, por ejemplo, una buena adherencia al tratamiento. Si esto no se realiza, la atención biomédica sería insuficiente.

5.4. Limitaciones

En primer término, se deben mencionar las limitaciones inherentes al tipo de investigación realizada, las cuales establecen la imposibilidad de formular relaciones de causa-efecto entre las variables. Esto es así porque al tratarse de un estudio exploratorio-descriptivo de corte transversal, sólo se pretendió obtener la descripción de los IEs del DFH en niños con ECC en un momento determinado, sin pretender hacer un seguimiento de los mismos.

En segundo término, se hallan las limitaciones relacionadas con la muestra. Se trató de una muestra pequeña. A su vez, la obtención de la misma se realizó mediante un procedimiento no probabilístico e intencional, lo cual restringe su representatividad y la generalización de los resultados.

Por último, cabe destacar que el estudio se realizó en un contexto epidemiológico mundial complejo (COVID-19) y en un lugar (sala de espera) no del todo apropiado. Si bien se trató que la administración de los instrumentos discurriese en las condiciones más óptimas posibles, no siempre se logró dicho propósito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, N. (2015). *Técnicas gráficas en psicodiagnóstico: Su lectura interpretativa*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biebel.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (5ª ed.)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Avella-García, C., Saavedra Inostroza, C., Vacas, R., Herreros, O. y Gastaminza, X. (2013). Trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes con cardiopatía congénita. *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil*, 4, 7-18.
- Barber, J. y Solomonov N. (2016). Teorías psicodinámicas. En J. Norcross, G. Vanden Bos y D. Freedheim. (Eds.). *Manual de psicología clínica de APA (Vol. 2)*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14773-003>
- 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 y 2), 279-298.
- Bedor-Mosquera, A., Celi-Santos, A., García-Álvarez, J. y Zambrano-Suarez, D. (2021). Aspectos clínicos y epidemiológicos en cardiopatías congénitas neonatales. *Dominio de las ciencias*, 7 (4), 316-335. <https://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i4>
- Brito Sánchez, A. (2018). Comparación de factores emocionales predominantes en escolares de familias extensas, monoparentales, reconstituidas y nucleares. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 1 (1), 41-52.
- Brizzio, A., López, L., Luchetti Y. y Grillo, A. (2011). *Estudio acerca de los indicadores emocionales del test del dibujo de la figura humana en niños con problemas emocionales*. Trabajo presentado en el III Congreso de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Brizzio, A., López, L., Luchetti Y. y Stover, J. (2014). Estudio normativo y de validación clínica de los indicadores emocionales del test del dibujo de la figura humana. *Investigaciones en psicología*, 19 (1). Recuperado de <http://www.psi.uba.ar/accesos.php?var=investigaciones/revistas/investigaciones/index/resumen.php&id=455&anio=19&vol=1>
- Bustillos-Medrano, J., Medina-Alfaro, J. y Sevillano-Jiménez, J. (2021). Cardiopatías congénitas: etiología y clasificación. *Revista Finlay*, 10 (2), 73-75. Recuperado de <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/731>
- Cardona Ferrer, D. y Cristancho Patarroyo, F. (2018). *Sujetos del hospital: una aproximación psicoanalítica del cuerpo en niños con enfermedades crónicas* (tesis de grado). Corporación Universitaria Minuto de Dios Uniminuto, Bogotá, Colombia.
- Corrêa Cariola, T. (2006). El dibujo de la figura humana de niños con bruxismo. *Boletín de Psicología*, LVI (124), 37-52.
- Flujas-Contreras, J., Ruiz-Castañeda, D., Botella, C. y Gómez, I. (2017). Un programa de bienestar emocional basado en realidad virtual y terapia online para enfermedades crónicas en infancia y adolescencia: la academia espacial. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 4 (3), 17-25.
- Frank de Verthelyi, R. (2005). El dibujo infantil, algunas aproximaciones teóricas. *Abreletras-Psicodiagnóstico*, 5, 73-97.
- Galindo Laguna, A. (2006). Proyecto de intervención psicológica en las familias de niños con cardiopatías congénitas: aplicación de un programa de relajación progresiva. *Mapfre medicina*, 17 (1), 38-46.
- Gallego, N., Saíenz, R., Herreros, O., Gastaminza, X., Monzón, J. y Rubio, B. (2014). Terapia de grupo en niños con enfermedad crónica pediátrica. En B. Rubio y X. Gastaminza. (Eds.). *Paidopsiquiatría psicósomática: la interconsulta y la psiquiatría de enlace en pediatría* (pp. 387-396). Selene.

- García, R. y de la Barra, F. (2005). Hospitalización de niños y adolescentes. *Revista médica Clínica Las Condes*, 16 (2), 236-241.
- Gay, M., Díaz, Z., Frid, N., González, N. y Olivieri, J. (2009). La preadolescencia: un nuevo desafío para la salud mental infantil. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*, 51, 197-200.
- González González, G. (2018). *Estudio de potenciales relacionados a eventos en niños y adolescentes portadores de cardiopatías congénitas* (tesis de doctorado). Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
- Hernández, J. (2020). *Apego y cardiopatías congénitas: proyecto de intervención dirigido a adultos referentes* (tesis de grado). Universidad de la República Uruguay, Montevideo, Uruguay.
- Imperiale, M. (1995). Reflexión sobre el concepto de corazón. *Sapientia*, 50, 197-198.
Recuperado de <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/12930/1/reflexi%C3%B3n-concepto-coraz%C3%B3n.pdf>
- Koppitz, E. (2006). *El dibujo de la figura humana en niños* (12ª ed.). Buenos Aires: Guadalupe.
- Lejarraga, H., Zandrino, M., Amadi, A., Laura, J. y Mouratian, M. (1997). Secuelas emocionales y psicosociales en niños operados de comunicación interventricular. *Archivos Argentinos de Pediatría* 95, 246-256.
- León Vásquez, R. (2015). Indicadores emocionales del test del dibujo de la figura humana de Koppitz en niños maltratados y no maltratados (tesis de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Lezcano Melgarejo, D., Melgarejo, O., Ureta Quevedo, V., Arrom Suhurt, M. y Romero Núñez, M. (2015). Test del dibujo de la figura humana en niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia psicológica. Estudio de casos. *Memorias del*

Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, 13 (2), 88-95.
[https://doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9582/2015.013\(03\)88-095](https://doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9582/2015.013(03)88-095)

López, L., Luchetti Y. y Brizzio, A. (2013). Indicadores emocionales del DFH y su relación con los motivos de consulta psicológica en niños. *Anuario de investigaciones*, XX, 369-376.

López Hernández, O., Figueroa López, C. y Ramos Del Río, B. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social en pacientes pediátricos con cardiopatía congénita. *Psicología Latinoamericana: experiencias, desafíos y compromisos sociales*, 1, 390-398.

Machover, K. (1953). Human figure drawings of Children. *Journal of Projective Techniques*, 17 (1), 85-91.

Manso García, B. (2018). Transición en cardiología de las cardiopatías congénitas. *Adolescere*, VI (2), 53.e3-53.e8. Recuperado de <https://www.adolescere.es/transicion-en-cardiologia-de-las-cardiopatias-congenitas/>

Marin, D. y Sorbara, M. (2017). Conducta adaptativa y calidad de vida en niños de 3 a 6 años con cardiopatías congénitas. Su relación con el medio ambiente de crianza. *Medicina Infantil*, XXIV (2), 78-86.

Mendoza Carretero, M., Ares Segura, S. y Sáenz-Rico De Santiago, B. (2021). Necesidades educativas en la etapa infantil en menores con cardiopatías congénitas. Descripción de una cohorte y revisión de la bibliografía. *Educatio Siglo XXI*, Vol. 39 (2), 395-418. <https://doi.org/10.6018/educatio.410381>

Ministerio de Salud de la Nación. (2021). *Programa nacional de cardiopatías congénitas*. Recuperado de <https://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/414-programa-nacional-de-cardiopatias-congenitas->

Mirotti, M. (2001). *Introducción al estudio de las técnicas proyectivas*. Córdoba: Brujas.

- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades cardiovasculares*. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Anomalías congénitas*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>
- Pardo-Aldave, K. (2009). Acción neurotrópica del extracto hidroalcohólico de melissa officinalis (toronjil) en el comportamiento del niño ansioso, con o sin experiencia dental. *Revista Kiru*, 6 (2), 67-71.
- Perales, A., Rivera F. y Valdivia, O. (1998). Trastornos de adaptación. En A. Perales. (Ed.), *Manual de psiquiatría Humberto Rotondo* (§ 19). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Pérez Sánchez, G., Figueroa López, C., Ramos del Río, B. y Medina Concebida, L. (2015). Perfil de calidad de vida relacionada con la salud del niño hospitalizado con cardiopatía congénita. *Vertientes, Revista especializada en Ciencias de la Salud*, 18 (1), 39-50. Recuperado de <https://www.revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/51745/46181>
- Ramírez Sibaja, S. (2013). Síntomas de ansiedad y depresión en pacientes pediátricos con cardiopatías congénitas. *Revista de Especialidades Médico-quirúrgicas*, 18, 260-263.
- Ríos Martínez, B., Huitrón Cervantes, G. y Rangel Rodríguez, G. (2009). Psicología y personalidad de pacientes cardiopatas. *Archivos de Cardiología de México*, 79 (4), 257-262. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-archivos-cardiologia-mexico-293-articulo-psiropatologia-personalidad-pacientes-cardiopatas-X1405994009476416>
- Rinaldi Rosa, H., Okawa Belizario, G., Boccato Alves, I. y Louro de Castro Valente, M. (2019). Indicadores emocionales de Koppitz en el dibujo de la figura humana: una comparación entre una muestra clínica y escolares. *Avances en Psicología*

Latinoamericana, 37 (2), 195-204.
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5118>

Sarason, I. y Sarason B. (2006). Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada (11^a ed.). México: Pearson Educación.

Sias Salas, S., Ayala Escandón, C. y Pichardo Solís, V. (2018). El dibujo como medio de evaluación del miedo/angustia en niños de 5 a 8 años en atención dental. Estudio descriptivo. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 8 (2), 183-193.
<https://doi.org/10.47990/alop.v8i2>

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En calidad de padre, madre, tutor o encargado yo, DNI N°....., doy mi consentimiento para que, DNI N°....., participe en el estudio de los Indicadores Emocionales del Test del Dibujo de la Figura Humana en Niños con Cardiopatías Congénitas, que se está realizando por la estudiante tesista María Silvana Tassi como requisito para acceder al título de Licenciada en Psicología (UCA-Paraná).

Esta investigación es llevada a cabo con la autorización expresa de las autoridades del Hospital Materno-Infantil San Roque e implica la administración del test del dibujo de una figura humana.

Por la presente nota me doy por enterado/a que:

1. El propósito general de esta investigación es estudiar los indicadores emocionales del DFH que caracterizan a niños diagnosticados con cardiopatías congénitas en comparación con niños que no padecen cardiopatías congénitas.
2. La investigación en la que participará el niño/a no persigue obtener información con engaños.
3. La participación del niño/a en esta investigación no implica ningún riesgo o molestia de ninguna clase.
4. La investigadora responderá a cualquier pregunta respecto de los resultados de este estudio cuando haya concluido la recolección y análisis de los datos, siempre referidos al grupo.
5. El niño/a es libre de retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso tenga consecuencias negativas de ningún tipo.
6. La información a difundir será anónima por lo que la identidad del niño/a se mantendrá siempre en reserva.

FIRMA_____

ACLARACIÓN_____

FECHA_____

Datos de contacto:
María Silvana Tassi
E-mail: tassi.silvana2508@gmail.com
Teléfono: 342-4867901

**PROCOLO DE ADMINISTRACIÓN
DFH**

DATOS GENERALES

Fecha de toma:	
Código:	
Edad:	Lugar y fecha de nacimiento:
Sexo:	
Lugar de residencia:	Barrio:
Grado escolar:	
Nivel socio-económico:	

DATOS RELEVANTES

Secuencia del dibujo:
Actitud del niño al enfrentar la tarea – Conductas mientras dibuja:

Comentarios espontáneos:
Borrado del dibujo:
Cantidad de tiempo empleado para la realización del dibujo:
Cantidad de hojas utilizadas para la realización del dibujo:
Respuestas a las preguntas: “¿Cómo es esta persona?” “¿Qué está haciendo?”
Alguna característica inusual durante la administración:

FICHA SOCIOBIODEMOGRÁFICA DE NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS
--

DATOS GENERALES

Fecha:	
Código:	
Edad:	Lugar y fecha de nacimiento:
Sexo:	
Lugar de residencia:	Barrio:
Grado escolar:	
Nivel socio-económico:	

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Diagnóstico médico:
Diagnóstico pre-natal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de diagnóstico inicial:
Hospitalización actual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Edad del niño:
Tiempo de hospitalización:
Motivo:
Ha estado hospitalizado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de hospitalizaciones:
Edad/es del niño:
Tiempo/s de hospitalización:
Motivo/s:
Cirugía: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de cirugías:
Edad/es del niño:
Cateterismo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de cateterismos:
Edad/es del niño:
Sintomatología de los niños visualizada por los padres:
<input type="checkbox"/> Cansancio, sin fuerzas
<input type="checkbox"/> Fatiga
<input type="checkbox"/> Taquicardia
<input type="checkbox"/> Falta de aire
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar
<input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias a repetición
<input type="checkbox"/> Desmayos
<input type="checkbox"/> Coloración azulada en manos, párpados, labios
<input type="checkbox"/> Dolor en alguna parte del cuerpo (pecho, brazo, cabeza, etc.)
<input type="checkbox"/> Otro/s (especificar)
<input type="checkbox"/> Ninguno
Limitación de actividades diarias visualizada por los padres:
<input type="checkbox"/> Bañarse

<input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Jugar <input type="checkbox"/> Ir a la escuela <input type="checkbox"/> Practicar un deporte <input type="checkbox"/> Otra/s (especificar) <input type="checkbox"/> Ninguna
Cuidados especiales en relación a la cardiopatía: <input type="checkbox"/> Dieta hiposódica <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Restricción de la actividad física <input type="checkbox"/> Controles médicos frecuentes
Reacción al tratamiento: <input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Desfavorable
Persona/s que acompaña/n en los tratamientos:

BIENESTAR EMOCIONAL

El niño recientemente se ha mostrado: <input type="checkbox"/> Impulsivo <input type="checkbox"/> Con dificultades para esperar <input type="checkbox"/> Inseguro respecto a sí mismo <input type="checkbox"/> Inseguro frente a los demás <input type="checkbox"/> Con dificultades para establecer contacto con los demás <input type="checkbox"/> Nervioso <input type="checkbox"/> Preocupado con respecto al cuerpo <input type="checkbox"/> Preocupado con respecto al futuro <input type="checkbox"/> Negador de sus problemas <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Afligido <input type="checkbox"/> Tímido/retraído <input type="checkbox"/> Avergonzado <input type="checkbox"/> Temeroso <input type="checkbox"/> Enojado consigo mismo <input type="checkbox"/> Enojado con los demás <input type="checkbox"/> Agresivo consigo mismo <input type="checkbox"/> Agresivo con los demás <input type="checkbox"/> Vengativo <input type="checkbox"/> Rebelde <input type="checkbox"/> Triste, sin ánimo de nada <input type="checkbox"/> Lento para hacer cosas y actuar <input type="checkbox"/> Olvidadizo <input type="checkbox"/> Culposos <input type="checkbox"/> Con energía <input type="checkbox"/> Cansado <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Contento/optimista <input type="checkbox"/> Con dificultades en su rendimiento escolar <input type="checkbox"/> Otro/s (especificar)
--

**PROTOCOLO DE ANÁLISIS
DFH**

DATOS GENERALES

Fecha de toma:	
Código:	
Edad cronológica:	Lugar y fecha de nacimiento:
Sexo:	
Escolaridad:	

ASPECTOS EXPRESIVOS

Claridad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dimensión	<input type="checkbox"/> Superficie grande <input type="checkbox"/> Superficie pequeña		
Dinamismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Emplazamiento	Altura: <input type="checkbox"/> Zona superior <input type="checkbox"/> Zona media <input type="checkbox"/> Zona inferior	Anchura: <input type="checkbox"/> Banda derecha <input type="checkbox"/> Banda central <input type="checkbox"/> Banda izquierda	Economía espacial: <input type="checkbox"/> Pocos espacios en blanco <input type="checkbox"/> Muchos espacios en blanco
Espesor	Anchura del trazo: <input type="checkbox"/> Ancho <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Alternado	Sombras: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Originalidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Presión	<input type="checkbox"/> Fuerte <input type="checkbox"/> Débil <input type="checkbox"/> Inestable		
Simplicidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

ÍTEMS EVOLUTIVOS

1. Cabeza	
2. Ojos	
3. Pupilas	
4. Cejas o pestañas	
5. Nariz	
6. Fosas nasales	
7. Boca	
8. Dos labios	
9. Orejas	
10. Cabello	
11. Cuello	

12. Cuerpo	
13. Brazos	
14. Brazos en dos dimensiones	
15. Brazos apuntando hacia abajo	
16. Brazos correctamente unidos al hombro	
17. Codo	
18. Manos	
19. Dedos	
20. Número correcto de dedos	
21. Piernas	
22. Piernas en dos dimensiones	
23. Rodilla	
24. Pies	
25. Pies bidimensionales	
26. Perfil	
27. Ropa: una prenda o ninguna	
28. Ropa: dos o tres prendas	
29. Ropa: cuatro ítems o más	
30. Buenas proporciones	

Puntaje DFH: $5 - IEA + IEP =$

Nivel de capacidad mental:

INDICADORES EMOCIONALES

1. Integración pobre de las partes	
2. Sombreado de la cara	
3. Sombreado del cuerpo y/o extremidades	
4. Sombreado de las manos y/o cuello	
5. Asimetría grosera de las extremidades	
6. Figuras inclinadas	
7. Figura pequeña	
8. Figura grande	
9. Transparencias	
10. Cabeza pequeña	
11. Ojos bizcos o desviados	
12. Dientes	
13. Brazos cortos	
14. Brazos largos	
15. Brazos pegados al cuerpo	
16. Manos grandes	
17. Manos omitidas	
18. Piernas juntas	

19. Genitales	
20. Monstruo o figura grotesca	
21. Dibujo espontáneo de tres o más figuras	
22. Nubes	
23. Omisión de los ojos	
24. Omisión de la nariz	
25. Omisión de la boca	
26. Omisión del cuerpo	
27. Omisión de los brazos	
28. Omisión de las piernas	
29. Omisión de los pies	
30. Omisión del cuello	