

# INDICADORES EMOCIONALES DEL DFH Y SU RELACIÓN CON LOS MOTIVOS DE CONSULTA PSICOLÓGICA EN NIÑOS

## EMOTIONAL INDICATORS OF THE HFD AND ITS RELATION WITH THE PSYCHOLOGICAL REASONS FOR CONSULTATION IN CHILDREN

López, Lucila<sup>1</sup>; Luchetti, Yanina<sup>2</sup>; Brizzio, Analía<sup>3</sup>

### RESUMEN

Los Indicadores emocionales (IEs) del Dibujo de la Figura Humana postulados por Koppitz (1968), son ampliamente utilizados en los ámbitos clínicos y educativos en nuestro país para la exploración psicológica de población infantil. Estos indicadores brindan información acerca de las ansiedades, actitudes y preocupaciones de los niños (Koppitz, 1984). En el presente estudio se evalúan estos IEs en los gráficos de niños de entre 6 y 12 años que asisten a consulta psicológica en los ámbitos públicos y privados, con el objeto de relevar si se evidencia relación con los motivos de consulta más frecuentes en esta franja etaria. Del análisis de los resultados se verifica que la presencia de algunos IEs se observa con más frecuencia en niños con dificultades en el aprendizaje y problemas de conducta.

### Palabras clave:

DFH - Indicadores Emocionales - Problemas emocionales - Dificultades en el aprendizaje - Problemas de conducta

### ABSTRACT

The Emotional Indicators (EI) of the Human Figure Drawing postulated by Koppitz (1968), are widely used in clinical and educational services in our country for psychological exploration of children. These indicators provide information about the anxieties, attitudes and concerns of children (Koppitz, 1984). The present study aims to observe the behavior of these IEs in children between 6 and 12 years who were attended in public or private psychological consultation, according to the most frequent reasons for consultation in this age group. Analysis of the results shows that there are IEs which appear more often in children with learning difficulties and behavioral problems.

### Key words:

HFD - Emotional Indicators - Emotional Problems - Learning difficulties - Behavioral problems

<sup>1</sup>Licenciada en Psicología. Investigadora en formación, Programa PROINPSI, UBA. Docente, Universidad Buenos Aires. E-mail: lucilalopez79@hotmail.com

<sup>2</sup>Idem 1.

<sup>3</sup>Doctora en Psicología. Directora, Proyecto PROINPSI, UBA. Investigadora formada UBACyT. Docente, Universidad de Buenos Aires.

## 1. INTRODUCCIÓN

### **Desafíos del psicólogo en el campo de la consulta por un niño**

Cuando se trabaja con problemáticas que atañen al campo de la infancia, es fundamental que el profesional que de ellas se ocupe, cuente con una preparación específica y una formación multidisciplinar que, entre otras cuestiones, le permita discriminar entre las manifestaciones de los niños que sean propias de la edad y aquellas que deban ser interpretadas con valor diagnóstico (Forns i Santacana, 1993). Ello es así, atento a que los sujetos con los cuales se está trabajado se encuentran en proceso de constitución y desarrollo, lo cual, evidente e inevitablemente, los sitúa con necesidades y particularidades diferentes a las que pueden presentarse en el trabajo con los adultos.

Es por ello, que el contar con herramientas de exploración psicológica breves, sencillas y sensibles, que se adecuen a esta población y que le permitan al psicólogo efectuar un rastillaje que detecte indicios de posible problemática emocional, resulta fundamental, y más aún, en aquellos ámbitos de desempeño en los que se asiste o asesora a poblaciones de amplia magnitud, como ocurre en la esfera de la atención clínica pública y el gabinete psicológico en las instituciones educativas. Justamente, es en esta franja etaria, donde la vinculación entre la institución clínica y educativa resulta imprescindible para el tratamiento integral del niño (Sattler, 2001).

En este sentido, son diversos los estudios que informan que los motivos de consulta más frecuentes en niños en edad escolar (entre los 6 y los 12 años) son los problemas de aprendizaje y los problemas de conducta (Aláez Fernández, Martínez Arias y Rodríguez Sutil, 2000; Gay, Díaz, Frid, González & Olivieri, 2009; Samaniego 1999). Respecto al primero de ellos, el inicio de la escolaridad primaria (ubicada en nuestro contexto a partir de los 6 años), marca en el sistema educativo, el comienzo de los aprendizajes sistemáticos. Por las características propias de este nivel escolar y por los requerimientos que este aprendizaje implica, es que muchas veces se ponen de manifiesto dificultades que antes podrían haber transcurrido de manera solapada y/o invisibilizada (Deval, 1998). Estos aprendizajes además, no sólo se refieren a los contenidos curriculares que se imparten (aprendizaje de la lectoescritura, de las nociones matemáticas básicas, ejercicio del pensamiento analítico y abstracto, etc.) sino también a las normas sociales que involucran el pertenecer a una institución educativa (Sorín, 2004). De esta manera, es que también en la edad escolar, se pueden evidenciar problemáticas que atañen al comportamiento y la adaptación que se requieren para transcurrir por esta etapa evolutiva, la cual se encuentra en estrecha relación con la institución educativa, constituyéndose los problemas de conducta como otro de los motivos de consulta más frecuentes en el trabajo clínico con niños de esta edad.

Asimismo, otros trabajos plantean que los trastornos en el estado de ánimo y ansiedad, y los problemas con el grupo primario de apoyo (familia y hermanos) también son motivos frecuentes en la consulta por niños de esta edad (Brizzio, López & Luchetti, 2012). Y si bien la relación entre estas

problemáticas y el ámbito educativo no es tan directa como en las anteriormente mencionadas, distintas investigaciones refieren que estas dificultades traen aparejadas inconvenientes en la adquisición y consolidación de aprendizajes, así como problemas a nivel conductual (A.P.A., 2002; Hamrin & Pachler, 2005; Tielsch & Jackson Allen, 2005).

Si se tiene en cuenta que los niños no siempre utilizan la palabra para expresar sus sentimientos y preocupaciones, es el profesional el que deberá generar no sólo el espacio sino las herramientas necesarias para poder identificar la problemática (Cayssials, 2004; Murphy, 2004). De esta manera, es el dibujo uno de los medios a través del cual ellos pueden representar sus estados de ánimo, sus necesidades y emociones (Brechet, Baldy & Picard, 2009; MacDonald, Kirkpatrick & Sullivan, 1996; Solano Mosquera & Yépez Kuri, 2010). Por lo tanto, estas producciones podrían ser utilizadas como un modo de comunicación con ellos, y un material de posible interpretación psicológica (Driessnack, 2005; Gross & Hayne, 1998; Machover, 1953; Weinle, 2002; Wesson & Salmon, 2001).

Sería entonces de gran utilidad para el psicólogo que se desempeña con esta población hallar una técnica que, basada en el dibujo, permita realizar inferencias sobre el estado emocional de los niños. Es en relación con estas cuestiones, que el Dibujo de la Figura Humana (DFH) ha recibido una especial atención.

### **El DFH como herramienta de exploración psicológica en niños**

El Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH), desarrollado por Goodenough (1926) y revisado por Harris (1963), es ampliamente utilizado en nuestro país y en el resto del mundo tanto en ámbitos clínicos como educativos, ya sea para evaluar aspectos *madurativos*, *evolutivos* (Casullo, 1991; Goodenough, 1926, 1928; Harris, 1963; Koppitz, 1968) *cognitivos*, *intelectuales* (Wechsler, 1996, 1999; Koppitz, 1968; Naglieri, Mc Neish & Bardos, 1991) *emocionales* (Machover, 1949; Hammer, 1958; Koppitz, 1968) *y/o psicopatológicos* (Di Leo, 1978; Lukash, 2002; Malchiodi, 2009).

Dentro de los trabajos que se han realizado sobre esta temática, son de destacar los aportes realizados por Elizabeth Koppitz (1966a, 1968, 1984) quien estableció que el DFH podía ser analizado en base a, por lo menos, dos criterios diferentes. El primero de ellos hace referencia a la edad y nivel de maduración, y establece una serie de *Indicadores Evolutivos* que se observan en los dibujos. El segundo refiere a las ansiedades, preocupaciones y actitudes a los que da en llamar *Indicadores Emocionales (IEs)*. Estos últimos, son definidos por la autora como signos objetivos en el DFH, que difieren de los primeros, dado que no están relacionados primariamente con la edad y maduración del niño. Asimismo, especifica que deben poder cumplir tres criterios, a saber: poder diferenciar los DFH de niños con problemas emocionales, de los que no los tienen; *ser inusuales* y darse con escasa frecuencia en los DFH de los niños normales que no consultan por problemáticas de índole emocional; y por último, *no estar relacionados con la edad y la maduración* (Koppitz, 1968).

Tomando como base su propia trayectoria clínica y los trabajos principalmente de Machover (1949) y Hammer (1958), la autora propone un listado de treinta signos objetivos que cumplirían estos tres supuestos que sirven como indicadores de perturbación emocional, y desarrolla una posible interpretación clínica de la presencia de éstos. Según sus estudios normativos, la presencia de dos o más indicadores emocionales en un DFH podría ser sugerente de problemas emocionales en el niño (Koppitz, 1966a, 1984).

A partir de la publicación de estos estudios, la validez y eficacia del DFH y sus IEs ha sido sometida a prueba por distintas investigaciones, alrededor de todo el mundo. Dentro de ellas existen, por un lado, trabajos que se ocuparon de replicar los estudios de validación de los IEs y que obtuvieron resultados que diferían en parte de los de la autora. Hibbard y Hartman (1990) observaron que algunos signos emocionales aparecían con mayor frecuencia de lo esperado en niños y niñas normales. Resultados similares obtuvieron Barros e Ison (2002), al constatar que indicadores que se suponía debían ser inusuales se observaban con similar frecuencia, tanto en niños con perturbación como en aquellos sin esa condición. A su vez, en un estudio previo al presente trabajo, no se encontraron diferencias de significación en la cantidad de indicadores emocionales presentes en el DFH de niños de la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano, al comparar un grupo de niños en consulta psicológica ambulatoria por problemáticas de índole emocional con un grupo de población general (Brizzio, López, Freiberg, Grillo, Luchetti & D'Amelio, 2010). Otro trabajo respalda el uso del DFH para la evaluación del nivel cognitivo en niños pero advierte sobre su eficacia para la evaluación del desarrollo socioemocional (Laak, de Goede, Aleva & Van- Rijswijk, 2005). Solano Mosquera y Yépez Kuri (2010) cuestionan su utilidad como herramienta auxiliar en el diagnóstico de patologías psiquiátricas infantiles.

Sin embargo, otras líneas de investigación sí obtuvieron resultados que confirman las postulaciones de Koppitz (1968, 1984), verificando la utilidad de algunos de los IEs propuestos por la autora, así como en algunos casos, agregando indicadores nuevos (Maganto & Garaigordobil, 2009, 2011; Naglieri, McNeish & Bardos, 1991; Packman et. al, 2008). Respecto de los motivos que podrían llevar a los niños a consulta psicológica, Levin y Contini de González (2004), determinaron la existencia de asociación entre algunos IEs y la presencia de trastornos en el aprendizaje de la escritura en niños. Asimismo, León Vázquez y Castañeda Chang (2003) hallaron que ciertos signos emocionales permitían diferenciar protocolos de niños con problemas de maltrato en su grupo primario. Por último, tomando en consideración variables sociodemográficas, otros estudios informan mayor cantidad de IEs presentes en los dibujos de los varones, en comparación con los de las niñas (Elif Daglioglu & Umit Deniz, 2010). También se arrojan evidencias acerca de la menor presencia de IEs en niños y niñas que concurren a escuelas privadas en comparación a niños de menores recursos que concurren a escuelas públicas (Özer, 2009).

Como se reseña hasta aquí, son numerosos los trabajos que se ocupan de evaluar y revisar la eficacia de la técnica para detección de problemática emocional, considerando relevante el poder continuar indagando sobre la potencialidad del DFH como herramienta de exploración psicológica, dada la amplia difusión del uso de la técnica tanto en el ámbito clínico como educativo.

Por lo expuesto hasta aquí, se plantea como objetivo de este trabajo de investigación el poder verificar si existe relación entre la presencia de los Indicadores Emocionales del DFH y los motivos de consulta mayormente observados en población que asiste a dispositivos públicos y privados de atención psicológica en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Asimismo, se pretende evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas en la cantidad de IEs presentes en los gráficos de los niños que consultan a dispositivos ambulatorios de atención psicológica, según cada uno de los motivos relevados. Por último, se analiza la relación de los IEs con variables sociodemográficas como el sexo y la edad. Todos estos propósitos con la pretensión de proveer datos locales que estén al servicio de una adecuada identificación de indicadores en los dibujos de los niños. Este trabajo forma parte del proyecto de investigación *Estudio Normativo y de Validación Clínica de los Indicadores Emocionales del Test del Dibujo de la Figura Humana*, enmarcado en el Programa de Fomento a la Investigación de la Facultad de Psicología (PROINPSI).

## 2. MÉTODO

**2.1. Tipo de estudio:** transversal, descriptivo, de diferencia de grupos.

**2.2. Participantes:**

**Descripción de la muestra:**

Se empleó un muestreo intencional simple. Participaron de la investigación 146 niños, 89 niños (61%) y 57 niñas (39%), residentes en el Área Metropolitana (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires), que al momento de la administración del Dibujo de la Figura Humana (DFH) estaban realizando entrevistas de consulta psicológica ambulatoria, ya sea en el ámbito privado (76%, n=111), como en el ámbito de atención pública (24%, n=35). El rango de edad osciló entre los 6 y los 12 años ( $Media_{edad}=8.25$ ;  $DE=1.8$ ). En la Tabla 1 se detallan los valores de frecuencia y porcentaje por cada grupo de edad.

**Tabla 1. Frecuencias y Porcentajes de variable Edad**

Edades	Frecuencia	%
6 años	33	22.6%
7 años	23	15.8%
8 años	28	19.2%
9 años	22	15.1%
10 años	22	15.1%
11 años	13	8.9%
12 años	5	3.4%
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100%</b>

El total de los niños participantes se encontraba escolarizado formalmente (desde preescolar hasta 7° grado). El mayor porcentaje de niños reportó vivir con ambos padres y hermanos (n=70; 49%). Respecto del nivel educativo informado por los padres de los niños y niñas en consulta, la mayoría de los padres contaba con nivel terciario completo (n=57; 41.6%) o secundario completo (n=49; 35.8%). Mientras que el grupo restante (n=40; 22.6%) informó haber completado nivel primario o contar con estudios incompletos en ese nivel. En el caso de las madres, el 43% (n=61) declara haber completado estudios terciarios o universitarios, mientras que el 38% (n=54) afirma haber alcanzado el nivel secundario completo. En el resto de la muestra, compuesta por un 19% (n=27), se informó nivel primario completo o incompleto. En la Tabla 2 se observan los resultados descriptivos con mayor detalle.

**Tabla 2. Frecuencias y Porcentajes de variable nivel educativo del padre y de la madre.**

Nivel educativo	F Padre	% Padre	F Madre	% Madre
Primario incompleto	2	1.4%	7	4.8%
Primario completo/ secundario incompleto	29	19.9%	20	13.7%
Secundario completo/terciario o universitario incomp	49	33.6%	61	41.8%
Terciario/Universitario completo	57	39%	54	37%
Total	137	93.8%	142	97.3%

La ocupación a la que se dedicaban sus padres al momento de la administración de los protocolos, se dividió en un 37.5% (n=51) de gerentes, directivos, profesionales, y empresarios; un 32.4% (n=44) de choferes, obreros calificados, vendedores, y administrativos. El resto de la muestra estaba conformada por padres docentes, enfermeros y bancarios en un 18.4% (n=25); albañiles, empleados domésticos, peones, porteros en un 10.3% (n=14), desocupados en un 0.7% (n=1) y con planes sociales en un 0.7% (n=1). En el caso de las madres, las proporciones serían las siguientes: 30.7% (n=43) jubiladas y amas de casa; 20.7% (n=29) docentes, enfermeros y bancarios; 20.7% (n=29) choferes, obreros calificados, vendedores, y administrativos; 17.9% (n=25) gerentes, directivos, profesionales, y empresarias; 9.3% (n=13) albañiles, empleadas domésticos, peones, porteras; y el 0.7% (n=1) de desocupadas. Para una mejor visualización de los valores, se incluye a continuación una tabla comparativa (ver Tabla 3).

**Tabla 3. Frecuencias y Porcentajes de variable Ocupación de padre y madre**

Tipo de ocupación	F Padre	% Padre	F Madre	% Madre
Albañiles, peones, obrerros, porteros	14	9.6%	13	8.9%
Choferes, obreros ca- lificados, vendedores, administrativos	44	30.1%	29	19.9%
Docentes, enfermeros, bancarios, comer- ciantes	25	17.1%	29	19.9%
Directivos, gerentes, profesionales, empresarios	51	34.9%	25	17.1%
Jubilados, amas de casa	0	0%	43	29.5%
Desocupados	1	0.7%	1	0.7%
Planes Sociales	1	0.7%	0	0%
Total	136	93.2%	140	95.9%

Por último, en relación con los motivos de consulta de los niños y niñas evaluados, en el 25.2% (n=26) de los casos se solicitaba atención psicológica por problemas de aprendizaje; en el 20.4% (n=21), por problemas de conducta; en el 19.4% (n=20), por problemas con el grupo primario de apoyo; en el 12.6% (n=13) por crisis de angustia; mientras que las menores proporciones se reunían en el 6.8% (n=7) de consultas por problemas de salud; en el 5.8% (n=6), por miedos; en el 4.9% (n=5), por problemas con grupo de pares; en el 1% (n=1) por abuso, violencia o maltrato y en el 3.9% (n=4) restante por otros problemas vitales.

### 2.3. Variables e Instrumentos

**Indicadores emocionales del Test del Dibujo de la Figura Humana (Koppitz, 1984):** Son signos objetivos que difieren de los indicadores madurativos al no relacionarse primariamente con la edad y la maduración del niño, sino que reflejan las ansiedades, preocupaciones y actitudes de los mismos. Cada indicador implica una variable en sí misma.

**Instrumento de recolección de datos:** Test del Dibujo de la Figura Humana (versión Goodenough-Harris)

**Variables sociodemográficas:** Edad, Sexo, Grupo de convivencia del niño, Nivel educativo de los padres, Ocupación de los padres.

**Instrumento de recolección de datos:** Encuesta socio-demográfica diseñada para esta investigación.

**Variables de registro Clínico Motivo de Consulta:** Motivo que refieren los padres como causal de la consulta psicológica ambulatoria, registrado por las investigadoras en el momento de la/las entrevista/s inicial/es de acuerdo con una categorización previamente establecida.

**Instrumento de recolección de datos:** Hoja de registro de datos clínicos, diseñada para la investigación.

### 2.4. Procedimiento

En primer lugar, se administró el Test del Dibujo de la Fi-



gura Humana (versión Goodenough-Harris) a niños que asistían a consulta psicológica al momento de la evaluación. Se solicitó consentimiento informado de los padres para poder hacer uso de los protocolos de sus hijos en la investigación. Se aclaró que la inclusión de los mismos en dicho proceso era confidencial y anónima. Asimismo, se registraron los datos sociodemográficos especificados en el punto referido a *Variables e Instrumentos*. Se realizaron análisis con la prueba Chi cuadrado, así como pruebas de diferencia de medias como Anova de un factor, según correspondiera. Todos los análisis estadísticos se efectuaron con el paquete SPSS 15.0.

### 3. RESULTADOS

Para observar la relación entre los Indicadores Emocionales y las variables sociodemográficas, se efectuó una prueba Chi cuadrado a fin de comprobar la dependencia o independencia de las variables Presencia/Ausencia de cada IE y sexo, considerando asimismo la corrección de Yates para la continuidad tal como se indica cuando existe un solo grado de libertad (Cortada de Kohan, 1994; Vargas Sabadías, 1995). Se halló dependencia estadísticamente significativa, a favor de los **varones**, en los Indicadores **manos grandes** ( $X^2=3,87$ ; gl. 1;  $p=0,049$ ), [Varones  $n=11$  (12.4%) vs. Mujeres  $n=1$  (1,8%)]; **manos omitidas** ( $X^2=4,51$ ; gl. 1;  $p=0,034$ ), [Varones  $n=17$  (19.1%) vs. Mujeres  $n=3$  (5,3%)]; **omisión de nariz** ( $X^2=4,25$ ; gl. 1;  $p=0,039$ ), [Varones  $n=29$  (32.6%) vs. Mujeres  $n=9$  (15,8%)].

A fin de analizar la dependencia o independencia de las variables *Presencia/Ausencia de IEs y la edad*, se decidió recategorizar la variable edad, originalmente de 7 categorías, en dos [6 a 8 años (57%) y 9 a 12 años (43%)], de modo que todas las casilla de la Tabla de Contingencia contengan suficiente número de casos. A partir de los resultados hallados, para la franja etaria de **6 a 8 años** se encontró dependencia de las variables en los Indicadores **Integración pobre de las partes de la figura** ( $X^2=23,679$ ; gl. 1;  $p=0,000$ ), [6 a 8 años  $n=35$  (42.2%) vs. 9 a 12 años  $n=3$  (4.8%)]; **Pronunciada asimetría de las extremidades** ( $X^2=9,328$ ; gl. 1;  $p=0,002$ ), [6 a 8 años  $n=21$  (25.3%) vs. 9 a 12 años  $n=3$  (4.8%)]; **Figura pequeña** ( $X^2=4,732$ ; gl. 1;  $p=0,030$ ), [6 a 8 años  $n=21$  (25.3%) vs. 9 a 12 años  $n=6$  (9.7%)]; **Brazos cortos** ( $X^2=4,597$ ; gl. 1;  $p=0,032$ ), [6 a 8 años  $n=26$  (31.3%), 9 a 12 años  $n=9$  (14.5%)]; **Manos omitidas** ( $X^2=3,89$ ; gl. 1;  $p=0,049$ ), [6 a 8 años  $n=16$  (19.3%), 9 a 12 años  $n=4$  (6.5%)]; **Omisión de nariz** ( $X^2=8,747$ ; gl. 1;  $p=0,003$ ), [6 a 8 años  $n=30$  (36.1%) vs. 9 a 12 años  $n=8$  (12.9%)]; y **Omisión de cuello** ( $X^2=3,225$ ; gl. 1;  $p=0,073$ ), [6 a 8 años  $n=30$  (36.1%) vs. 9 a 12 años  $n=13$  (21.0%)].

En referencia a otro de nuestros objetivos, se observó el comportamiento de los IEs según aquel problema que motiva la consulta a un dispositivo de asistencia psicológica. Para ello, se decidió reducir la cantidad de valores de esta variable tomando sólo los motivos más frecuentes, acotando la muestra a 80 niños, comprendiendo el 77.6% de la muestra total: **problemas de grupo primario de apoyo** [19.4%,  $n=20$  (11 mujeres y 9 varones)], **problemas de aprendizaje** [25.2%,  $n=26$  (9 mujeres y 17 varo-

nes)]; **problemas de conducta** [20.4%,  $n=21$  (1 mujer y 20 varones)]; y **crisis de angustia** [12.6%,  $n=13$  (6 mujeres y 7 varones)]. Se observa que el motivo *problema de conducta* es evidenciado casi en su totalidad por niños, mientras que los otros motivos se reparten según sexo de forma más equitativa. Otro dato a considerar luego en la discusión de los resultados que se informan a continuación es que existe un desbalanceo en las edades que componen los grupos de niños y niñas según motivos de consulta. Los evaluados que consultan por problemas de aprendizaje y por problemas de conducta tienen, en mayor porcentaje, entre 6 y 8 años (65% en el primer caso y 80% en el segundo), mientras que los que refieren los otros motivos mantienen proporciones más equiparadas entre los dos grupos de edad relevados.

Para **problemas de aprendizaje** se encuentra dependencia estadísticamente significativas con el Indicador Emocional **omisión de cuello** ( $X^2=7,7$ ; gl.3;  $p=0,5$ ), [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%)]. En el caso de **problemas de conducta**, se encuentra dependencia estadísticamente significativas con el Indicador: **manos grandes** ( $X^2=6,832$ ; gl.3;  $p=0,077$ ), [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 *crisis de angustia* como para los *problemas con el grupo primario de apoyo*, no se encuentra dependencia estadísticamente significativa con la presencia de ninguno de los Indicadores Emocionales del DFH.

Por otro lado, se realizaron pruebas de diferencia de medias en la cantidad de Indicadores Emocionales presentes en los gráficos de los niños, según los cuatro motivos de consulta más frecuentes, hallando la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $F=2,782$   $p=0,047$ ) a favor de los niños que presentaban *problemas de aprendizaje* ( $\bar{X}_{\text{problemas de aprendizaje}}=4,08$ ,  $DS=1,8$ ;  $\bar{X}_{\text{crisis de angustia}}=3,15$ ,  $DS=1,9$ ;  $\bar{X}_{\text{problemas de conducta}}=2,95$ ,  $DS=1,85$ ;  $\bar{X}_{\text{grupo primario}}=2,65$ ,  $DS=1,63$ ).

### 4. Conclusiones y Discusión

En función de los resultados descriptos en el párrafo anterior, se concluye que, respecto de la variable sexo, en el grupo de varones de población consultante se observa con mayor frecuencia la presencia de los indicadores emocionales **manos grandes**, **manos omitidas** y **omisión de nariz**. Este último indicador, Maganto y Garaigordobil (2009) también lo observan con mayor frecuencia en varones en sus estudios sobre el DFH.

Dentro de las interpretaciones que realiza Koppitz (1984) acerca de estos IEs, se menciona que el indicador **manos grandes** se asocia a conductas agresivas y actuadoras; **manos omitidas** y **omisión de nariz** se vinculan con pacientes psicossomáticos, tímidos o alumnos de clases especiales. Respecto al primero, **manos grandes**, y de acuerdo también con los resultados obtenidos, su presencia resulta significativa en los niños cuyo motivo de consulta son los problemas de conducta, lo cual es coincidente con la interpretación que realiza Koppitz (1984).

Además, algunos autores observan que son los varones quienes más significativamente consultan por esta problemática (Aláez Fernández, Martínez Arias y Rodríguez Sutil, 2000; Samaniego, 1999).

Los resultados obtenidos respecto al IE *manos omitidas* en protocolos de varones, concuerdan con los hallados en otro estudio de este mismo equipo de investigación (Brizzio, López, Luchetti y Grillo, 2011).

En lo que se refiere a las niñas, no se ha encontrado la presencia significativa de ningún indicador que caracterice a este grupo. En este sentido, Machover (1953), manifiesta como una cuestión interesante a resaltar el hecho de que los niños presentan más problemas emocionales, educativos y de comportamiento en la edad de latencia (rango de edad comprendida en este estudio), que las niñas. En consonancia con estos postulados, Elif Daglioglu y Umit Deniz (2010) informaron en sus estudios mayor cantidad de IEs presentes en los dibujos de los varones. Si esto se sostiene, es posible que la ausencia de una presencia de mayor significación de IEs emocionales en el grupo de niñas se vincule con la menor prevalencia de dificultades emocionales en este período de la vida. Siguiendo esta línea de pensamiento, y tal como refieren Gay, Díaz, Frid, González y Olivieri (2009) cuando las niñas llegan a la pubertad, el género más frecuente por el que se consulta se revierte, siendo más habitual las consultas por éstas.

Respecto de la edad, son los indicadores *Integración pobre de las partes de la figura, Pronunciada asimetría de las extremidades, Figura pequeña, Brazos cortos, Manos omitidas, Omisión de nariz y Omisión de cuello* los que se identifican con mayor frecuencia en los niños y niñas de menor edad (6 a 8 años). Dentro de estos, *omisión de nariz* y *brazos cortos* coinciden con los hallazgos previos de este equipo (Brizzio et. al, 2011). Por otro lado, el IE *omisión de cuello* debiera ser descartado de este grupo atento a que según Koppitz (1984) el mismo cobra relevancia clínica para su interpretación a partir de los 9 años para las niñas y los 10 para los varones, con lo cual no se descarta en estos resultados la influencia de los aspectos madurativos para la explicación de los valores obtenidos. En este sentido, y tal como plantean Maganto y Garaigordobil (2009), cuando se realiza una interpretación del dibujo teniendo en cuenta la vertiente emocional, no se debe descuidar el factor edad al momento de obtener conclusiones interpretativas y diagnósticas de él.

En lo atinente a los objetivos centrales de este trabajo, se observó la asociación de los IEs para cada uno de los motivos de consulta más frecuentes. Para *problemas de aprendizaje* se encuentra dependencia estadísticamente significativa con el Indicador *omisión de cuello*. Esto podría ser consistente con los hallazgos de Koppitz (1984), puesto que este IE se presentaba con mayor frecuencia en niños con cierta inmadurez, impulsividad e inadecuados controles internos. Sin embargo, y como se lo señaló precedentemente, este indicador emocional cobra relevancia a partir de los 9 ó 10 años (según se trate niñas o niños) y, ya los niños que consultan por esta

problemática en la muestra de este estudio son en su mayoría menores de 9 años, la presencia de este indicador en este grupo no podría ser considerada significativa. Por otro lado, también Koppitz (1984), en base a sus estudios empíricos con niños de alto y bajo rendimiento escolar, sostiene que los IEs no pueden diferenciar significativamente un grupo de otro, aunque continúa presumiendo vinculación entre ajuste emocional y buen desempeño en la escuela. Es por ello, que por el momento, en función de los resultados expuestos aquí, no se puede aportar evidencia empírica en este sentido.

En el caso de *problemas de conducta* se encuentra dependencia estadísticamente significativa en el Indicador *manos grandes*, resultado que también resulta significativo en el caso de los varones. En este caso es importante resaltar que el grupo que consultó por este tipo de problema se conformó casi en su totalidad por varones, situación que puede haber sesgado este resultado. Es decir, que la aparición de *manos grandes* asociado en este caso podría deberse más al sexo de los evaluados que a la problemática por la que consultan. No obstante, se hace notar que, para Koppitz (1984), este IE se presentaba en niños con conductas agresivas o actuadoras. Por otro lado, es también importante resaltar, uniendo ambas interpretaciones, que en esta franja etaria no solamente es más frecuente la consulta por varones sino que la sintomatología que ellos manifiestan suele tener una presentación más disfuncional (Aláez Fernández et. al, 2000; Pedreira et al., 1992).

Para *crisis de angustia* y *grupo primario de apoyo* no se observa dependencia estadísticamente significativa entre el motivo de consulta y la presencia de algún Indicador Emocional del DFH. Se considera que sería necesario, observar el comportamiento de los IEs en una muestra que contemple mayor cantidad de casos para así refutar o confirmar las inferencias realizadas.

Respecto a la cantidad de IEs presentes según motivo de consulta, en todos los casos (problemas de aprendizaje, de conducta, crisis de angustia y problemas con el grupo primario) se encuentra una presencia promedio de dos o más IEs en los protocolos de niños que han consultado por alguno de dichos motivos. Tal como lo plantea Koppitz (1966a, 1984) dichos protocolos, al presentar más del número de IE señalado, están dando cuenta de la presencia de un problema de tipo emocional por lo que debe seguir ampliándose la indagación psicológica.

Asimismo, se destaca que en los protocolos de niños que consultan por problemas de aprendizaje, se observan un promedio mayor de indicadores (4 IE por protocolo) en relación al resto de los motivos de consulta estudiados. Se puede hipotetizar, teniendo en cuenta que tal como plantea Koppitz (1968) los IE expresan las ansiedades y preocupaciones de los niños, que las dificultades que atañen su rendimiento escolar repercuten negativamente en el autoestima de los niños que presentan los mencionados problemas (Pequena Constantino y Escurra Mañute, 2006).

Estos resultados, aunque preliminares, permiten observar cuáles son los indicadores emocionales que aparecían

con más frecuencia para cada uno de los motivos de consulta en los protocolos de los niños evaluados por este equipo. En este sentido, se espera que investigaciones posteriores con un número de casos mayor, puedan revisar o corroborar estas asociaciones. Si esto se demostrase, el DFH unido a otras técnicas de exploración psicológica, permitiría recabar mayor información acerca del problema emocional que perturba al niño.

Es necesario mencionar que si bien este estudio se centró en las potencialidades del DFH como herramienta para el psicólogo clínico o educacional, una evaluación psicológica que pondere un abordaje integral de la problemática en cuestión, requiere de una apreciación holística del caso. Se sostiene entonces, que en la exploración psicológica infantil las hipótesis y conclusiones se extraen a partir de una variedad de técnicas de evaluación, en las cuales se incluye las entrevistas con los padres o tutores, y los informes que otras instituciones y/o profesionales que trabajan en el campo de la infancia pueden realizar, a saber: escuela, médicos, psicopedagogos, asistentes sociales, etc. (Forns i Santacana, 1993; Sattler, 2001). Para concluir, el Test del Dibujo de la Figura Humana, ampliamente utilizado en nuestro país, es una técnica cuyos usos y aplicaciones así como la información brindada sigue enriqueciendo el trabajo tanto de investigadores como de los profesionales que se dedican al campo de la psicología infantil aplicada. No obstante, también en función de los resultados obtenidos, se hace imperiosa la necesidad de continuar la investigación respecto al uso y alcance de esta técnica en nuestro contexto.

## REFERENCIAS

- Aláez Fernández, M., Martínez Arias, R. & Rodríguez Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12 (4), 525-532.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR*. Barcelona: Masson.
- Barros, M.C. & Ison, M. (2002). Conductas Problemas Infantiles: Indicadores Evolutivos y Emocionales en el Dibujo de la Figura Humana. *Revista Interamericana de Psicología*, 36 (1), 279-298.
- Brechet, C., Baldy, R. & Picard, D. (2009). How does Sam feel?: Children's labelling and drawing of basic emotions. *Br J Dev Psychol*. 27(3), 587-606.
- Brizzio, A., López, L., Freiberg, A., Grillo, A. Luchetti, Y. & D'Amelio, V. (2010). Estudio Preliminar acerca de los Indicadores Emocionales del Test del Dibujo de la Figura Humana. *Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología de la Facultad de Psicología de la UBA*, 4, 497-498.
- Brizzio, A., López, L., Luchetti, Y. & Grillo, A. (2011). Estudio acerca de los Indicadores Emocionales del Test del Dibujo de la Figura Humana en niños con problemas emocionales. *Memorias III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología de la Facultad de Psicología de la UBA*, 4, 111-113.
- Brizzio, A., López, L. & Luchetti, Y. (2012). Indicadores Emocionales del Test del Dibujo de la Figura Humana y trastornos psicopatológicos en la infancia. *Memorias IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología de la Facultad de Psicología de la UBA*, 2, 101- 102.
- Cayssials, A. (2004). Algunas reflexiones sobre la evaluación psicológica infanto juvenil. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*, 4, 19-27.
- Casullo, M.M. (1991). *El Test del Dibujo de la Figura Humana. Normas regionales*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Cortada de Kohan, N. (1994). *Diseño estadístico (Para investigadores de las Ciencias Sociales y de la Conducta)*. Buenos Aires: Eudeba.
- Delval, J. (1998). *El desarrollo humano*. Barcelona: Siglo XXI.
- Di Leo, J. (1978). *Los dibujos de los niños como ayuda diagnóstica*. Buenos Aires: Paidós.
- Driessnack, M. (2005). Children's Drawings as Facilitators of Communication: A Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(6), 415-423.
- Elif Daglioglu, H. & Umit Deniz, A. (2010). A study on the emotional indicators in 5-6 year-old girls and boys human figure drawings. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2, 1503-1510.
- Forns i Santacana, M. (1993). *Evaluación psicológica infantil*. Barcelona: Barcanova
- Gay, M.C., Díaz, Z., Frid, N., González, N. & Olivieri, J. (2009). La preadolescencia: un nuevo desafío para la Salud Mental Infantil. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*, 51, 197-200.
- Goodenough, F. (1926). *Test de inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana*. Buenos Aires: Paidós.
- Goodenough, F. (1928). Studies in the psychology of children's drawings. *Psychoogical Bull.*, 25, 272-283.
- Gross, J. & Hayne, H. (1998). Drawing facilitates children's verbal reports of emotionally laden events. *Journal of Experimental*



- Psychology*, 4(2), 163-179.
- Harris, D.B. (1963). *Children's drawings as measures of intellectual maturity*. New York: Harcourt, Brace & World, Inc.
- Hammer, E. (1958). *The Clinical application of Projectives Drawings*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- Hamrin, V. & Pachler, M. (2005). Child and adolescent depression: Review of the latest evidence based treatments. *Journal of Psychosocial Nursing*, 43(1), 54-63.
- Hibbard, R.A. & Hartman, N.G. (1990). Emotional indicators in human figure drawings of sexually victimized and nonabused children. *Journal of Clinical Psychology*, 46(2), 211-219.
- Koppitz, E. (1966a). Emotional indicators on human figure drawings of children: A validation study. *Journal of Clinical Psychology*, 22(3), 313-315.
- Koppitz, E. (1966b). Emotional indicators on human figure drawings of shy and aggressive children. *Journal of Clinical Psychology*, 22(4), 466-469.
- Koppitz, E. (1968). *Psychological evaluation of children's human figure drawings*. New York: Grune & Stratton.
- Koppitz, E. (1984). *El Dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Laak, J., de Goede, M., Aleva, A. & Van- Rijswijk, P. (2005). The Draw-A-Person Test: An Indicator of Children's Cognitive and Socioemotional Adaptation?. *The Journal of Genetic Psychology*, 166 (1), 77-93.
- León Vázquez, R. & Castañeda Chang, A. (2003). Indicadores emocionales del test del dibujo de la figura humana de Koppitz en niños maltratados y no maltratados. Recuperado de [http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art3a002](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art3a002).
- Levin, M. & Contini de González, N. (2004) ¿Por qué hay niños que no aprenden a escribir? Aportes de la evaluación psicológica. *Revista Médica de Tucumán*, 10 (2), 69-84.
- Lukash, F.N. (2002). Children's art as an index of anxiety. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 109(6), 1777-1786.
- MacDonald, P.M., Kirkparick, S.W. & Sullivan, L.A. (1996). Schematic drawings of facial expression for emotion recognition and interpretation by preschool-aged children. *Genetic, Social, & General Psychology Monographs*, 122, 373-388.
- Machover, K. (1949). *Personality projection: in the drawing of a human figure*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher.
- Machover, K. (1953): Human Figure Drawings of Children, *Journal of Projective Techniques*, 17(1), 85-91.
- Maganto Mateo, C. & Garaigordobil Landazabal, M. (2009). El diagnóstico infantil desde la expresión gráfica: el test de dos figuras humanas, Clínica y Salud. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 20(3), 237-248.
- Maganto, C. & Garaigordobil, M. (2011). Indicadores emocionales complementarios para la evaluación emocional del Test del dibujo de dos figuras humanas (T2F). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 31(1), 73-95.
- Malchiodi, C. (2009). The effect of posttraumatic stress disorder on children's human figure drawings. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 4490.
- Murphy, K. (2004). Recognizing depression in children. *The Nurse Practitioner*, 29(9), 18-25.
- Naglieri, J., McNeish, T. & Bardos, A. (1991). *DAP: SPED. Draw a Person: Screening procedure for emotional disturbance: Examiner's Manual*. Austin: Pro-Ed.
- Organización Mundial de la Salud (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).
- Özer, S. (2009). Relationship of Bender Gestalt Developmental Scores and Human Drawing Developmental Scores in a sample of Turkish preschool children. *School Psychological International*, 30 (2), 137-147.
- Packman, W., Mazaheri, M., Sporri, L., Long, J., Chesterman, B., Fine, J. & Amylon, M. (2008). Projective drawings as measures of psychosocial functioning in siblings of pediatric cancer patients from Camp Okizu Study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 25 (1), 44-55.
- Pedreira, J.L., Rodríguez-Sacristán, J. y Zaplana, J. (1992). Diferencias sexuales en la demanda a servicios comunitarios de Salud Mental infanto-juvenil en un territorio de una comunidad autónoma española. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, XII (43), 275-282.
- Pequena Constantino, J. y Escurra Mayaute, L.M. (2006). Efectos de un programa para el mejoramiento de la autoestima en niños de 8 a 11 años con problemas específicos de aprendizaje. *Revista de Investigación Psicológica (Online)* (9) 1, 9-22.
- Samaniengo, C. (1999). El Child Behaviour Checklist: su estandarización en la Argentina. *Mimeo del XXVII Congreso Interamericano de Psicología*.
- Sattler, J. (2001). *Evaluación infantil: aplicaciones cognitivas*. México: Manual Moderno.
- Solano Mosquera, C. & Yépez Kuri, J. (2010). El test de la figura humana de Goodenough en el diagnóstico de patologías psiquiátricas infantiles. Estudio realizado en la ciudad de Guayaquil. *Rev. Med. FCM-UCSG*, 16 (2), 97- 102.
- Sorín, M. (2004). *Niños y niñas nos interpelan. Violencia, prosocialidad y producción infantil de subjetividades*. Barcelona: Icaria Editorial.
- Tielsch A. & Jackson Allen P. (2005). Listen to Then Draw: Screening Children in Primary Care through the Use of Human Figure Drawings. *Pediatric Nursing*, 31(4), 320-327.
- Vargas Sabadías, A. (1995). *Estadística descriptiva e inferencial*. La Mancha: Servicio de publicaciones de la Universidad de Castilla.
- Wechsler, S. (1996). *O desenho da figura humana: avaliação do desenvolvimento cognitivo infantil*. Campinas: Edit. Psy.
- Wechsler, S. (1999). *O desenho da figura humana: avaliação do desenvolvimento cognitivo infantil. Manual para crianças brasileiras*. Campinas: Liyro Pleno.
- Weinle, C.A. (2002). *Facilitating children's emotional expression through drawing: Focus on children of divorce*. Unpublished dissertation, The University of Toledo, Toledo, OH.
- Wesson, M. & Salmon, K. (2001). Drawing and showing: Helping children to report emotionally laden events. *Applied Cognitive Psychology*, 15(3), 301- 319.

Fecha de recepción: 27 de mayo de 2013

Fecha de aceptación: 11 de julio de 2013