

Evaluación de los Indicadores Emocionales del Dibujo de la Figura Humana en Niños en Consulta Psicológica Ambulatoria

Analía Brizzio*¹, Lucila López** & Yanina Luchetti**

* Directora Proyecto PROINPSI (UBA). Investigadora formada UBACyT. Docente Universidad de Buenos Aires

** Investigadora en formación PROINPSI (UBA). Docente Universidad Buenos Aires.

Resumen. El presente trabajo se propone examinar la utilidad que brindaría en Atención Primaria de la Salud, el Test del Dibujo de la Figura Humana. Específicamente, se hará referencia a los Indicadores Emocionales (IEs) (Koppitz, 1984) analizando su uso como herramienta para la identificación de niños con problemas afectivos, así como para discriminar dentro de ellos, aquellos que presentan trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad o problemas paterno filiales. Se plantea comparar la presencia de estos IEs en una muestra de 44 niños de 6 a 12 años, residentes del Área Metropolitana de Buenos Aires, que reciben asistencia psicológica, con un grupo control compuesto por 44 niños de población general, equiparados según variables sociodemográficas. Del análisis de datos se desprende, que la cantidad de IEs presentes no permite diferenciar producciones de niños que padecen problemática emocional. A su vez, dentro de la población consultante no discriminan tipos de trastornos.

Palabras clave: DFH, Indicadores Emocionales, Problemas Emocionales, Trastornos de Ansiedad, Trastornos del Estado del Ánimo, Problemas Paterno Filiales.

Assessment of emotional indicators of The Human Figure Drawing in children at psychological ambulatory consultation

Abstract:

This paper aims to examine the possible usefulness of the Test of Human Figure Drawing in Primary Health Care. Specifically, it will refer to the Emotional Indicators (EIs) (Koppitz, 1984) by analyzing its use as a tool for identifying children with emotional problems, and to discriminate among them, those with Mood Disorders, Anxiety Disorders and Parent-child problems. We propose to compare the presence of these IEs in a sample of 44 children aged between 6 to 12 years, residents of Metropolitan Area of Buenos Aires, who receive psychological assistance, with a control group of children from the general population, balanced according to sociodemographic variables. Data analysis shows that the number of EIs proposed (Koppitz, 1984) does not discriminate productions of children with emotional problems. Also, in the consulting population does not discriminate between types of disorders.

Key Words: HFD, Emotional Indicators, Emotional Problems- Anxiety Disorders, Mood Disorders, Parent-Child Problems

Introducción

Uno de los desafíos a los que se enfrentan las organizaciones e instituciones dedicadas a los temas de salud, se enmarca dentro de la Atención Primaria de la Salud (APS) (OMS, 1978, 2002) como estrategia de promoción y prevención. El informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008, se dedica enteramente a esta temática, reforzando el impulso que le dio la Declaración de Alma-Ata (1978) al movimiento en pro de

¹ La correspondencia relacionada con este artículo debe enviarse a Tomás M. de Anchorena 1191 9°36 (1425). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Teléfono: 54 11 4961-4090. E-mail: abrizzio@psi.uba.ar

la atención primaria de la salud que intenta afrontar una situación política, social y económicamente adversa, orientándose a defender los valores de justicia social y salud para todos. Uno de los aspectos a tener en cuenta en APS es la salud mental en niños, y la detección precoz de perturbaciones en su desarrollo evolutivo y emocional.

Según estudios de la OMS (2012), los índices de mortalidad no brindan una imagen de la carga de discapacidad que generan determinadas enfermedades en las personas que las padecen en las diferentes comunidades. La medida de resumen utilizada para dar una indicación de la carga de discapacidad causada por una enfermedad es el DALYs (Disability Adjusted Life Years) o AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad). Un AVAD representa la pérdida del equivalente de un año de plena salud. En este sentido, se observa en un estudio epidemiológico realizado por la OMS (2004), que los trastornos psiquiátricos (depresión unipolar y bipolar, esquizofrenia, retardo mental, trastornos por pánico, trastorno obsesivo compulsivo), constituyen la principal causa de DALYs o AVAD, en niños y niñas entre 5 y 14 años de edad en el continente americano, superando a las enfermedades infecciosas y parasitarias, las deficiencias nutricionales, las infecciones respiratorias, las condiciones perinatales, entre otras.

Al tratarse de un fenómeno de tamaño magnitud, su atención implica un elevado impacto en el sistema sanitario del continente. Sería fundamental, entonces, incluir dentro de la atención precoz alguna herramienta que facilite la detección temprana de la posible presencia de estas psicopatologías, o que sea útil para discriminar entre quienes requieran una terapéutica especializada y aquellos que no la necesiten.

Además, en relación a la población infantil, el relevamiento de estas problemáticas se complejiza si se considera que la palabra no siempre es la herramienta que utilizan los niños para expresar sus sentimientos y preocupaciones (Cayssials, 2004; Murphy, 2004). No obstante, disponen de otros recursos para expresar su malestar y es el profesional de la salud quien deberá comprender y dilucidar el modo particular con que el niño se encuentra construyendo su infancia y la manera que tenga de expresarlo (Cayssials, 2004). En este sentido, se ha presentado al dibujo como uno de los modos de comunicación para los niños y material de posible interpretación para los profesionales de la salud (Driessnack, 2005; Gross & Hayne, 1998; Weinle, 2002; Wesson & Salmon, 2001), constituyéndose así como una herramienta potencial de screening acerca de la salud mental de los niños (Tielsch & Jackson Allen, 2005).

El objetivo fundamental del presente artículo es examinar la utilidad que podría

brindar en Atención Primaria de la Salud (APS) una de las técnicas gráficas más utilizadas en nuestro medio, el Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH). Específicamente, se hará referencia a los Indicadores Emocionales (IEs) descritos y validados por Koppitz (1984) y se analizará su uso como herramienta que posibilite la identificación de niños con problemas emocionales, así como la identificación de indicadores relacionados con distintos tipos de trastornos y problemas psicológicos.

Los Indicadores Emocionales del Test del Dibujo de la Figura Humana

El Dibujo de la Figura Humana (DFH) fue primariamente presentado como instrumento de evaluación por Ebenezer Cooke (1885), quien lo utilizó para describir los estadios evolutivos que había observado en dibujos infantiles (Casullo, 1991; Fernández Liporace, 1997).

A partir de esta publicación, se ha empleado considerablemente en todo el mundo, para detectar aspectos *madurativos, evolutivos* (Casullo, 1991; Goodenough, 1926, 1928; Harris, 1963; Koppitz, 1968) *cognitivos, intelectuales* (Wechsler, 1996, 1999; Koppitz, 1968; Naglieri, Mc Neish & Bardos, 1991) *y/o emocionales* (Machover, 1949; Hammer, 1958; Koppitz, 1968) en población infante - juvenil, por ser la silueta humana uno de los primeros y más frecuentes dibujos que realizan los niños de todas las culturas (Taborda de Velasco, 2002).

A su vez, se han publicado revisiones científicas que han observado y teorizado la relación entre el dibujo de la figura humana y el diagnóstico psicológico en niños así como su uso en la práctica clínica con este grupo etáreo (Di Leo, 1978; Lukash, 2002; Malchiodi, 2009). En este sentido, son de destacar las publicaciones en las que se ha hecho referencia a la utilidad del DFH ya sea la detección de maltrato y abuso infantil (Abreu & Vanja, 2006; Aldridge et al., 2004) para la detección y posterior intervención en el alivio del dolor, el estrés y ansiedad en niños hospitalizados (Kortesluoma, Punamäki & Nikkonen, 2008; Unruh, McGrath, Cunningham, & Humphreys, 1983); para detectar factores de riesgo de tipo emocional (auto-aislamiento, pobre controles internos, timidez, etc.) que podrían influir en el desarrollo de problemas de aprendizaje (Zambrano Sánchez, Martínez Wbaldo & Poblano, 2010); para verificar cambios a nivel emocional en pacientes con enfermedad orgánica (Mota, Neri, López & Lugo, 2011); para obtener signos de depresión o ansiedad en población infantil (Hamrin & Pachler, 2005; Kohn, 2002; Murphy, 2004; Tielsch & Jackson Allen, 2005); para identificar la relación entre aspectos emocionales y la ansiedad y los

miedos autorreportados en niños (Carrol & Ryan-Wenger, 1999); o para verificar si se observan diferencias en la presentación de indicadores emocionales según variables sociodemográficas (Brizzio, López, Luchetti & Grillo, 2011; Elif Daglioglu & Umit Deniz, 2010; Kern & Moreno, 2010; Özer, 2009).

Por su parte, Koppitz (1968), estableció que el Test del Dibujo de la Figura Humana 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, a los que denomina *Indicadores Evolutivos* y 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:

- a) Deben tener validez clínica, es decir, deben poder diferenciar los DFH de niños con problemas emocionales, de los DFH de los que no los tienen.
- b) Deben ser inusuales y darse con escasa frecuencia en los DFH de los niños normales que no consultan por problemáticas de índole emocional, es decir, el signo debe estar presente en menos del 16 por ciento de los niños de un nivel de edad dado.
- c) No deben estar relacionados con la edad y la maduración. Su frecuencia de ocurrencia en los DFH no debe aumentar sólo sobre la base del crecimiento cronológico del niño.

La autora propone un listado de treinta signos objetivos que cumplirían estos tres supuestos (descarta ocho por no verificar alguna de estas premisas). Según sus estudios normativos, sostiene que la presencia de dos o más indicadores emocionales en un DFH podría ser sugerente de problemas emocionales en el niño (Koppitz, 1966, 1976, 1984).

Siguiendo esta línea investigativa, Maganto y Garaigordobil (2009, 2011), en estudios llevados a cabo en España, identificaron 42 IEs para la evaluación de dibujos de figuras humanas, confirmando la utilidad de algunos de los IEs propuestos por Koppitz, al igual que agregando indicadores nuevos. A su vez, los resultados de esa investigación verifican la capacidad de los IEs identificados para discriminar entre sujetos con y sin problemas emocionales.

Sin embargo, a partir de la clasificación propuesta por Koppitz, la eficacia del DFH también ha sido sometida a prueba, hasta incluso puesta en cuestión en otros trabajos. Dentro de éstos, se ubican los trabajos que se ocuparon de replicar los estudios de validación de los

IEs en diferentes regiones geográficas. 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 y Ison (2002), verificando que existen diferencias entre la propuesta de Koppitz (1976) y sus propios hallazgos, 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, en una muestra recogida en la Provincia de Mendoza, Argentina. 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 del Área Metropolitana de Buenos Aires, según se trate de un grupo de niños en consulta psicológica ambulatoria por problemáticas de índole emocional o del grupo de población general (Brizzio et al., 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).

No obstante los resultados adversos respecto de la utilidad del instrumento, incluso en estudios anteriores de este equipo de investigación, la práctica profesional cotidiana pareciera darle relevancia a través de su uso asiduo. Es por esto que se considera importante continuar indagando si localmente es pertinente utilizar los Indicadores Emocionales del DFH como elementos que permitan discriminar entre niños con y sin problemática emocional, tal como lo señala Koppitz (1984) para población norteamericana, así como su potencial uso para diferenciar distinto tipo de trastornos y problemas de atención clínica.

Los trastornos mentales en la infancia

Según la OMS (2006), un trastorno mental se caracteriza por una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias ni a las normas culturales. Un trastorno mental es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que provoca un malestar o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (APA, 2002).

Dentro de los cuadros de mayor prevalencia a nivel mundial que afectan a la salud mental infanto-juvenil se encuentran los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad (Hamrin & Pachler, 2005; Murphy, 2004; Tielsch & Jackson Allen, 2005). Tal como se ha desarrollado previamente, la OMS (2004) informa que dentro de todos los desórdenes psiquiátricos infantiles, la depresión unipolar constituye la principal causa de años perdidos de vida saludable en niños y niñas de entre 5 y 14 años de edad en el mundo.

Algunas de las características relevantes de este tipo de trastorno en la infancia son: tristeza persistente o humor irritable, pérdida de interés en actividades que antes resultaban placenteras, cambio en el apetito o en el peso corporal; dificultad para conciliar el sueño o hipersomnias, agitación psicomotora o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de inferioridad, culpa o autorreproches, dificultad para concentrarse, bajo rendimiento escolar o ausentismo escolar, manifestación de aburrimiento, pérdida de interés en jugar con amigos y aislamiento social (APA, 2002; NIHM, 2004). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión revisada –DSM IV-TR- (APA, 2002), los trastornos del estado de ánimo, además de incluir la depresión unipolar, incluyen también al trastorno distímico y a los trastornos bipolares.

En cuanto a los trastornos de ansiedad de inicio en la infancia, este mismo manual diagnóstico, especifica dos entidades propias de este grupo etario: el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno reactivo de la vinculación. El resto de los trastornos de ansiedad se delimitan según los mismos criterios diagnósticos que para población adulta. Los trastornos de ansiedad incluyen los trastornos de angustia, las fobias, el trastorno obsesivo compulsivo, las reacciones a estrés agudo, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno de ansiedad generalizada. Algunas de las características de estos tipos de trastornos en la infancia son: preocupaciones excesivas por cosas antes de que sucedan; preocupaciones excesivas por la familia, amigos, la escuela u otras actividades, quejas somáticas, dificultad para dormir, dificultad para concentrarse o sentir la mente en blanco, irritabilidad y/o constante estado de alarma (APA, 2002; University of Utah Health Sciences Center, 2003).

Para la realización del presente trabajo, se tomarán en consideración los DFH de niños de 6 a 12 años, por los cuales se ha realizado una consulta psicológica en forma ambulatoria (que han sido derivados a servicios de atención psicológica), y cuyo diagnóstico presuntivo psicopatológico se encontraba dentro de algunas de las categorías diagnósticas establecidas para definir un Trastorno del Estado de Ánimo o Trastorno de Ansiedad, según el DSM IV-TR.

Es importante aclarar y destacar que la categoría nosográfica elegida permite ubicar al niño, en un momento determinado, dentro de alguna opción diagnóstica, lo cual no implica desconocer ni la originalidad de cada sujeto, ni las circunstancias evolutivas que lo rodean (AFAPSAM, 2004). Asimismo, no puede entenderse el diagnóstico en la infancia como una entidad estanca ni definitiva.

A su vez, hemos incluido, de acuerdo a la relevancia y frecuencia con que en nuestra

experiencia clínica se presentan, los DFH de niños que han sido diagnosticados como padeciendo Problemas Paterno Filiales, tal como define el DSM IV-TR a estos problemas, es decir, aquellos casos en los que el objeto de atención clínica es el patrón de interacción entre padres e hijos por estar asociado ya sea a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar, o a la aparición de síntomas en padres o hijos, y donde el problema es de gravedad suficiente para merecer un examen clínico independiente (APA, 2002). En todos los casos seleccionados para la realización del presente trabajo, el objeto de atención clínica es el niño.

En suma, el trabajo de investigación que se plasma en este artículo tiene como objetivo evaluar a los Indicadores Emocionales (IEs) del Test del Dibujo de la Figura Humana formalizados por Koppitz (1984), para proveer evidencia empírica acerca de su utilidad como un posible instrumento de screening en la detección de perturbaciones emocionales en niños. Se busca identificar de forma preliminar si cada uno de estos indicadores puede presentarse de modo diferenciado en los dibujos de niños con problemáticas emocionales que requieren atención psicológica y en niños que se enmarcan dentro de población general (no consultante). A su vez, se intenta comprobar si los IEs permiten realizar algún tipo de diferenciación entre tres problemáticas distintas de posible presencia en la infancia, a saber los *trastornos del estado de ánimo y de ansiedad* y los *problemas paterno filiales* (APA, 2002). Asimismo, se analiza el comportamiento de los IEs en relación con variables sociodemográficas especificadas para cada grupo, así como se comparan los grupos entre sí en relación a estas variables. La utilidad del planteo de estos objetivos se fundamenta en la amplia difusión de esta técnica en nuestro ámbito y la pretensión de proveer datos locales que estén al servicio de una adecuada interpretación de los dibujos.

Método

Participantes

Descripción de la muestra A (muestra consultante):

Se empleó un muestreo intencional simple. Participaron de la investigación 44 niños (63.6%) y niñas (36.4%), 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. El rango de edad osciló entre los 6 y los 12 años ($Media_{edad}=8.9$; $DE= 1.8$). En la Tabla 1 se detallan

los valores de frecuencia y porcentaje por cada grupo de edad. 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=23; 52.3%). El 11.4% (n=5) indicó que su grupo de convivencia eran solo sus padres, así como similar proporción de encuestados (n=6; 13.7%) reportó vivir con alguno de sus padres y hermanos. 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=26; 59.1%) o secundario completo (n=15; 34.1%), mientras que sólo el 6.8% (n=3) manifestó haber completado nivel primario solamente. En el caso de las madres, se evidencia una proporción análoga ya que el 50% (n=22) declara haber completado estudios terciarios/universitarios y el 47.7% (n=21), nivel secundario. En este grupo, sólo una madre (2.3%) comenta haber alcanzado nivel primario completo. Asimismo, se solicitó información acerca de la ocupación de los padres. Los resultados descriptivos de esta variable se informan en las Tablas 2 y 3.

Por último, en relación con el diagnóstico presuntivo según las categorías diagnósticas del DSM IV TR (2002), el 36,4% (n=16) de los niños consultantes presentaba trastorno de ansiedad al momento de la consulta; el 27, 3% (n=12), trastorno del estado de ánimo y el 36, 4% (n=16) problemas de tipo paterno-filiales.

Descripción de la muestra B (grupo control, no consultante):

Con el objetivo de comparar la muestra A (niños consultantes a dispositivos de atención psicológica) con un grupo control de niños y niñas que no estén bajo tratamiento psicológico, se conformó una muestra de 44 niños, equiparados según variables sociodemográficas nombradas en párrafo anterior, de modo de lograr grupos lo más homogéneos posibles en este sentido y evitar así sesgos que pueden controlarse.

Se empleó un muestreo intencional. También en este caso, los participantes de la muestra acreditaron consentimiento informado de su padre/madre. Participaron 44 niños (61.4%) y niñas (38.6%), residentes en el Área Metropolitana, que al momento de la administración del Dibujo de la Figura Humana (DFH) no se encontraban realizando ningún tipo de consulta o tratamiento por problemáticas emocionales. El rango de edad fue de 6 a 12 años ($Media_{edad}=8.9$; $DE=1.9$). El total de los niños participantes se encontraba escolarizado formalmente (desde 1° hasta 7° grado). El mayor porcentaje de niños consignó estar viviendo con ambos padres y hermanos (n=27; 61.4%). El 18.2% (n=8) indicó que su grupo de convivencia eran sólo sus padres, mientras que el 9% (n=4) de los participantes señaló vivir con alguno de sus padres y hermanos.

Al relevar la variable nivel educativo de los padres de los niños y niñas, en esta muestra se buscó que también la mayor proporción especificara haber concluido estudios terciarios o universitarios (n=21; 47.7%) o secundario completo (n=19; 43.2%), mientras que sólo el 6.8% (n=3) manifestó haber completado nivel primario solamente o haber dejado ese ciclo incompleto. En el caso de las madres, la proporción evidenciada en esta muestra replica de modo idéntico la distribución porcentual de la muestra A. Por último, se informan los datos descriptivos sobre la ocupación de los padres en las Tablas 2 y 3.

Tabla 1.

Frecuencias y Porcentajes de variable Edad para Muestras A y B

| <i>Edades</i> | <i>Frecuencia Muestra A</i> | <i>Porcentaje Muestra A</i> | <i>Frecuencia Muestra B</i> | <i>Porcentaje Muestra B</i> |
|----------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 6 años | 6 | 13.6% | 6 | 13.6% |
| 7 años | 4 | 9.1% | 6 | 13.6% |
| 8 años | 9 | 20.5% | 5 | 11.4% |
| 9 años | 8 | 18.2% | 13 | 29.5% |
| 10 años | 5 | 11.4% | 3 | 6.8% |
| 11 años | 9 | 20.5% | 7 | 15.9% |
| 12 años | 3 | 6.8% | 4 | 9.1% |
| Total | 44 | 100% | 44 | 100% |

Tabla 2.

Frecuencias y Porcentajes de variable Ocupación del Padre para Muestra A y B

| <i>Tipo de empleo</i> | <i>Frecuencia Muestra A</i> | <i>Porcentaje Muestra A</i> | <i>Frecuencia Muestra B</i> | <i>Frecuencia Muestra B</i> |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Albañiles, peones, obreros, porteros | - | - | 1 | 2.3% |
| Choferes, obreros calificados, vendedores, administrativos | 11 | 25% | 12 | 27.3% |
| Docentes, enfermeros, bancarios, comerciantes | 7 | 15.9% | 13 | 29.5% |
| Directivos, gerentes, profesionales, empresarios | 26 | 59.1% | 17 | 38.7% |
| Desocupados | - | - | 1 | 2.3% |
| Total | 44 | 100% | 44 | 100% |

Tabla 3.

Frecuencias y Porcentajes de variable Ocupación de la Madre para muestra A y B

| <i>Tipo de empleo</i> | <i>Frecuencia Muestra A</i> | <i>Porcentaje Muestra A</i> | <i>Frecuencia Muestra B</i> | <i>Porcentaje Muestra B</i> |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Empleadas domésticas, porteras | 1 | 2.3% | ---- | ---- |
| Choferes, obreras calificadas, vendedoras, administrativas | 10 | 22.7% | 10 | 22.7% |
| Docentes, enfermeras, bancarias, comerciantes | 11 | 25% | 10 | 22.7% |
| Directivos, gerentes, profesionales, empresarias | 10 | 22.7% | 13 | 29.5% |
| Jubiladas, amas de casa | 12 | 27.3% | 10 | 22.7 |
| Desocupadas | - | - | 1 | 2.3% |
| Total | 44 | 100% | 44 | 100% |

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 (Goodenough-Harris).

Variables sociodemográficas: edad, sexo, grupo de convivencia del niño, nivel educativo del adulto a cargo. *Instrumento de recolección de datos:* Encuesta sociodemográfica diseñada para esta investigación.

Variables de registro clínico: diagnóstico presuntivo que define el profesional tratante del niño que consulta por problemas emocionales, según criterios de Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. Versión IV – Revisada. (DSM IV-TR; APA, 2002).

Instrumento de recolección de datos: hoja de registro de datos clínicos diseñada para la investigación.

Procedimiento

En primer lugar, se administró el Test del Dibujo de la Figura Humana (versión Goodenough-Harris) a niños de población general (no consultante) y a niños que asistían a consulta psicológica al momento de la evaluación, por presencia de algún tipo de problema emocional. En ambos casos, 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*, tanto para el *Grupo A* como para el *Grupo B* (ver *Participantes*). Se consignó la variable de registro clínico que se describe en el apartado *Variables e Instrumentos*, para el *Grupo A* (ver *Participantes*). Los datos recogidos fueron analizados con el procesador SPSS 15.0. Se realizaron análisis con la prueba Chi cuadrado por tratarse de comparaciones entre variables dicotómicas, así como pruebas de diferencia de medias como *t* de Student y ANOVA de un factor, cuando se presumía la posible existencia de diferencias significativas en una variable continua, según variables de dos o más categorías.

Resultados

A continuación se detallan los datos obtenidos en función de los objetivos propuestos para este estudio. En primer lugar, se describen los resultados específicos respecto de los propósitos centrales de esta investigación. Luego, se presentan aspectos generales de las muestras trabajadas, en función de algunas de las variables sociodemográficas relevadas (sexo y edad), ya que el resto de estas variables relevadas se utilizaron sólo para la descripción muestral.

A partir de la bibliografía consultada, se esperaba como hipótesis de investigación que los Indicadores Emocionales propuestos por Koppitz (1984) permitieran diferenciar entre grupos de niños que consultan a profesionales de salud mental por perturbaciones emocionales y aquellos que no lo hacen, como así también que pudieran establecer diferencias entre distintos cuadros psicopatológicos que los niños puedan presentar. La evidencia empírica hallada en este estudio preliminar, no alcanza a verificar dichas hipótesis, ya que luego de los análisis realizados con el estadístico Chi cuadrado (Tabla 4), dada la particularidad de las variables, no se manifiesta dependencia significativa entre cada IE y la pertenencia del niño al grupo consultante (Muestra A) o de población general (Muestra B). En la misma línea, tampoco se encuentran datos empíricos concluyentes que sostengan la presunción de que los IEs pueden funcionar como signos diferenciales entre diagnósticos presuntivos disímiles, como aquellos relevados en este estudio: trastornos del estado de ánimo, trastornos por ansiedad y problemas paterno-filiales (Tabla 5).

Por otro lado, se realizaron pruebas de diferencia de medias entre los grupos para indagar si la cantidad de IEs presentes en los dibujos de los evaluados introducía distinciones significativas entre ambos, aunque no se evidenciaron dichas diferencias, según si se trataba de grupo consultante o general ($t = -.61$; $p = .54$) o si se comparaban las puntuaciones promedio de los diagnósticos presuntivos comprometidos en este estudio ($F = .88$; $p = .42$).

Tabla 4.

Análisis de dependencia o independencia de Indicadores Emocionales y grupo de pertenencia del niño (consultante vs. no consultante)

| <i>Indicador Emocional</i> | χ^2 | <i>gl</i> | <i>Sig.</i> |
|---|----------|-----------|-------------|
| Integración pobre de las partes de la figura | .00 | 1 | 1.00 |
| Sombreado de la cara o parte de la misma | 2.48 | 1 | .11 |
| Sombreado del cuerpo y/o extremidades | .34 | 1 | .55 |
| Sombreado de las manos y/o cuello | 1.01 | 1 | .31 |
| Pronunciada asimetría de las extremidades | 2.59 | 1 | .10 |
| Inclinación de la figura en 15 grados o más | 1.04 | 1 | .30 |
| Figura pequeña, de 4 cm o menos de altura | .15 | 1 | .69 |
| Figura grande, de 17 cm o más de altura | 2.04 | 1 | .15 |
| Transparencia | 2.04 | 1 | .15 |
| Cabeza pequeña, un décimo de la altura total de la figura | 1.01 | 1 | .31 |
| Ojos bizcos: ambos ojos vueltos hacia adentro | 2.04 | 1 | .15 |
| Dientes | .00 | 1 | 1.00 |
| Brazos cortos, no llegan hasta la altura de la cintura | 1.39 | 1 | .23 |
| Brazos largos, que podrían llegar hasta debajo de la línea de las rodillas | 1.01 | 1 | .31 |
| Brazos pegados, adheridos a los costados del cuerpo | .12 | 1 | .72 |
| Manos grandes, del tamaño de la cara | .00 | 1 | 1.00 |
| Manos omitidas, brazos sin manos ni dedos | 1.11 | 1 | .29 |
| Piernas juntas | .00 | 1 | 1.00 |
| Genitales* | | | |
| Figura monstruosa o grotesca | 1.011 | 1 | .315 |
| Dibujo espontáneo de tres o más figuras | 1.011 | 1 | .315 |
| Nubes, lluvia, nieve* | | | |
| Omisión de los ojos* | | | |
| Omisión de la nariz (varones, 6 años; niñas, 5 años) | .812 | 1 | .367 |
| Omisión de la boca* | | | |
| Omisión del cuerpo* | | | |
| Omisión de los brazos (varones, 6 años; niñas, 5 años) | 1.011 | 1 | .315 |
| Omisión de las piernas* | | | |
| Omisión de los pies (varones, 9 años; niñas, 7 años) | 3.106 | 1 | .078 |
| Omisión del cuello (varones, 10 años; niñas, 9 años) | .723 | 1 | .395 |

*Nota: No se calculó el χ^2 dado que el número de casos de IE presentes era insuficiente

Tabla 5.

Análisis de χ^2 entre Indicadores Emocionales y Diagnósticos Presuntivos: Trastornos del estado de ánimo, Trastornos por ansiedad y Problemas paterno-filiales

| <i>Indicador Emocional</i> | χ^2 | <i>gl</i> | <i>Sig.</i> |
|--|----------|-----------|-------------|
| Integración pobre de las partes de la figura | 1.19 | 1 | .27 |
| Sombreado de la cara o parte de la misma | .58 | 1 | .44 |
| Sombreado del cuerpo y/o extremidades | .58 | 1 | .44 |
| Sombreado de las manos y/o cuello* | | | |
| Pronunciada asimetría de las extremidades | 1.84 | 1 | .17 |
| Inclinación de la figura en 15 grados o más | 1.27 | 1 | .25 |
| Figura pequeña, de 4 cm o menos de altura | 1.27 | 1 | .25 |
| Figura grande, de 17 cm o más de altura | 1.19 | 1 | .27 |
| Transparencia | 1.19 | 1 | .27 |
| Cabeza pequeña, un décimo de la altura total de la figura* | | | |
| Ojos bizcos: ambos ojos vueltos hacia adentro | 1.19 | 1 | .27 |
| Dientes | .013 | 1 | .91 |
| Brazos cortos, no llegan hasta la altura de la cintura | 1.04 | 1 | .30 |
| Brazos largos, que podrían llegar hasta debajo de la línea de las rodillas* | | | |
| Brazos pegados, adheridos a los costados del cuerpo | .35 | 1 | .55 |
| Manos grandes, del tamaño de la cara | .16 | 1 | .68 |
| Manos omitidas, brazos sin manos ni dedos | 1.16 | 1 | .28 |
| Piernas juntas | .319 | 1 | .57 |
| Genitales* | | | |
| Figura monstruosa o grotesca | .58 | 1 | .44 |
| Dibujo espontáneo de tres o más figuras | .58 | 1 | .44 |
| Nubes, lluvia, nieve* | | | |
| Omisión de los ojos* | | | |
| Omisión de la nariz (varones, 6 años; niñas, 5 años) | 2.40 | 1 | .12 |
| Omisión de la boca* | | | |
| Omisión del cuerpo* | | | |
| Omisión de los brazos (varones, 6 años; niñas, 5 años) | .58 | 1 | .44 |
| Omisión de las piernas* | | | |
| Omisión de los pies (varones, 9 años; niñas, 7 años) | .01 | 1 | .91 |
| Omisión del cuello (varones, 10 años; niñas, 9 años) | .04 | 1 | .83 |

*Nota: No se calculó el χ^2 dado que el número de casos de IE presentes era insuficiente

Diferencias en la presencia de indicadores emocionales, según variables sociodemográficas, en el grupo de niños no consultante

De forma de caracterizar el funcionamiento de los indicadores emocionales en ambas muestras, se efectuó para la muestra B (no consultante) una prueba Chi cuadrado, a fin de comprobar la dependencia o independencia de variables Presencia/Ausencia de IEs y sexo, encontrándose dependencia estadísticamente significativas en el Indicador *Piernas Juntas* ($\chi^2= 5.38$; $gl= 1$; $p= .02$), [Varones $n_{IEpresente}=2$ (7,4%_{varones}); Mujeres $n_{IEpresente}=7$ (41,2%_{mujeres})], a favor de las mujeres.

A fin de analizar la dependencia o independencia de las variables Presencia/Ausencia de IEs y edad, se decidió re-categorizar la variable edad, originalmente de 7 categorías, en dos [6 a 8 años (40,8%) y 9 a 12 años (59,2%)], de modo que todas las casillas de la tabla de contingencia contengan suficiente número de casos. A partir de los resultados hallados, se encontró dependencia de las variables en los indicadores *Pronunciada asimetría de las extremidades* ($\chi^2= 7.48$; $gl= 1$; $p= .006$), [6 a 8 años $n_{IEpresente}=7$ (41,2%_{6a8años}); 9 a 12 años $n_{IEpresente}=1$ (3,7%_{9a12años})]; *Omisión de nariz* ($\chi^2= 6.27$; $gl= 1$; $p= .01$), [6 a 8 años $n_{IEpresente}=5$ (29,4%_{6a8años}); 9 a 12 años $n_{IEpresente}=0$ (0%_{9a12años})] y *Omisión de cuello* ($\chi^2= 3.87$; $gl= 1$; $p= .04$), [6 a 8 años $n_{IEpresente}=5$ (29,4%_{6a8años}); 9 a 12 años $n_{IEpresente}=1$ (3,7%_{9a12años})], evidenciándose en todos los casos mayor presencia de los IEs en los protocolos de los niños de menor edad (6 a 8 años).

Diferencias en la presencia de indicadores emocionales, según variables sociodemográficas, en el grupo de niños consultante

Para este grupo también se resolvió realizar los cálculos estadísticos correspondientes por medio de Chi cuadrado. En primer lugar, en el grupo de niños que consultan por problemática emocional, no se evidenció dependencia de variables entre presencia de IEs y variable sexo.

Por su parte, sí se observa dependencia estadísticamente significativa en función de la edad, en el Indicador Emocional *Brazos cortos* ($\chi^2= 6.67$; $gl= 1$; $p= .01$), [6 a 8 años $n_{IEpresente}=11$ (57,9%_{6a8años}); 9 a 12 años $n_{IEpresente}=4$ (16%_{9a12años})], a favor de los niños consultantes de menor edad (6 a 8 años).

Discusión

En función de los resultados descriptos en el párrafo anterior, se concluye que, en lo que respecta a la variable sexo, el grupo de niñas de población general presenta el indicador emocional *piernas juntas* con mayor asiduidad que los varones del mismo grupo. Según lo descrito por Koppitz (1976) este indicador puede implicar tensión y un rígido intento de control de los propios impulsos sexuales por parte del niño. En el estudio de esta autora, coincidente con nuestros resultados, este indicador se lo estudia fundamentalmente en relación con las niñas.

Respecto de la edad, son los indicadores *pronunciada asimetría de las extremidades*, *omisión de nariz y de cuello*, los que se identifican con mayor frecuencia en los niños y niñas de menor edad (6 a 8 años). No se descarta en estos resultados la influencia de los aspectos madurativos para la explicación de los valores obtenidos. Según Koppitz (1976), la omisión de nariz comienza a ser significativa como indicador emocional a partir de los 6 años para los varones y los 5 años para las mujeres, mientras que la omisión del cuello es significativa como IE a los 10 años en varones y a los 9 en mujeres. En el grupo de niños consultantes, el indicador *brazos cortos* es el que funcionó de forma diferenciada en los distintos grupos de edad, también en este caso a favor de los menores. Este último resultado es coincidente con un estudio realizado por este mismo equipo de investigación (Brizzio et al., 2011).

En lo atinente a los objetivos centrales de este trabajo y, a diferencia de los hallazgos informados por otros estudios (Koppitz, 1968; Maganto & Garaigordobil, 2009, 2011; Murphy, 2004), a partir de los datos empíricos relevados en esta presentación, ninguno de los indicadores emocionales que propone Koppitz (1984) permite diferenciar si un niño que padece problemática emocional, es decir, que se supondría que requiere atención psicológica, se diferencia de aquel que no la sufre. Estos datos son congruentes con los hallazgos de Hibbard y Hartman (1990), y los obtenidos en nuestro país por Barros e Ison (2002). Asimismo, entre aquellos niños que presentan alguna categoría de diagnóstico presuntivo relativa a los trastornos del estado del ánimo, los trastornos de ansiedad, así como las problemáticas paterno-filiales, tampoco los IEs permiten detectar diferencias entre las producciones gráficas de los distintos grupos.

En este estudio no se evidenció que la cantidad de IEs sea una variable de distinción entre los niños que consultan y los que no. Esta conclusión coincide con la que hemos obtenido en un estudio anterior (Brizzio et al., 2010).

En primer término, es importante destacar que los resultados hallados son preliminares ya que este trabajo forma parte de una investigación mayor, la cual se encuentra en curso. En este sentido, el número de niños participantes del presente trabajo podría ampliarse en futuras investigaciones con la intención de replicar este mismo estudio, asumiendo que ésta podría ser una variable de relevancia para el tratamiento de los datos.

Por otro lado, según define Koppitz (1984), un indicador emocional es un signo objetivo por medio del cual el niño puede expresar sus ansiedades, preocupaciones y actitudes. Surge el interrogante, si nos circunscribimos a esta definición, y a pesar de que la autora sostiene que los IEs deberían discriminar entre población consultante y población general (1976, 1984), de pensar si la potencialidad de los dibujos (a través de los IEs) para reflejar ansiedades, preocupaciones y actitudes parecería no circunscribirse exclusivamente a aquellos niños con problemática emocional que demandan asistencia, sino que también podría conjeturarse que los niños que no están en consulta psicológica pueden también utilizar la expresión gráfica como forma de manifestar ansiedades, preocupaciones y actitudes que, tal vez, no sean lo suficientemente problemáticas como para demandar asistencia psicológica. Es en este sentido que se considera relevante sostener la suposición de que la diferencia más importante entre el grupo consultante y el grupo de población general podría encontrarse en la mayor cantidad de IEs que presenten los dibujos de los primeros, más que en el tipo particular de IE que los diferenciaría. Se hipotetiza entonces que los niños que concurren a consulta psicológica serán aquellos que presenten en su vida cotidiana mayor nivel de ansiedades y preocupaciones.

Por otro lado, estudios recientes (Maganto Mateo & Garaigordobil Landazabal, 2009, 2011) dan cuenta de la validación de otros indicadores emocionales en población española para la evaluación de dibujos de figuras humanas. Es también el objetivo de futuras investigaciones comprobar la existencia de nuevos IEs y poder validarlos clínicamente para la evaluación de niños en nuestro contexto sociocultural.

Por último, a la luz de los resultados y su discusión, es importante considerar la relatividad de la función de los indicadores emocionales del DFH como herramienta de despistaje para su aplicación en Atención Primaria de la Salud, así como la posibilidad de que la utilidad de estos indicadores sea mayor si se aborda desde una evaluación holística e

integrada, pensada como técnica proyectiva en su relación con otros instrumentos de evaluación (Cayssials, 2010). Koppitz (1984) también afirma que el dibujo debe ser evaluado en su totalidad y en su combinación de signos e indicadores, así como en su relación con los datos del sujeto evaluado en relación con otros tests.

No obstante, se propone continuar los estudios con objetivos similares al presente, tomando un mayor número de participantes en las muestras utilizadas, de modo de corroborar o rechazar las nuevas hipótesis de trabajo que surgen del análisis de los datos del este trabajo.

Referencias

- Abreu, M., & Vanja, B. (2006). Emotional indicator of sexual abuse in projective drawings of human figure. *Revista de Terapia Sexual de Pareja*, 25, 51-73.
- AFAPSAM (2004). *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del niño y del adolescente*. Buenos Aires: Polemos.
- Aldridge, J., Lamb, M. E., Stemberg, K., Orbach, Y., Esplin, P. W., & Bowler, L. (2004). Using a human figure drawing to elicit information from alleged victims of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 304-316.
- 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.
- 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.
- Carrol, M., & Ryan-Wenger, N. (1999). School-age children's fears, anxiety, and human figure drawings. *Journal of Pediatric Health Care*, 13, 24-31.
- Casullo, M. M. (1991). *El test del dibujo de la figura humana. Normas regionales*. Buenos Aires: Guadalupe.

- Cayssials, A. (2004). Algunas reflexiones sobre la evaluación psicológica infanto juvenil. *Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria*, 4, 19-27.
- Cayssials, A. (2010). *¿Cuali y/o Cuanti? Aportes para elaborar informes integrativos en Psicología*. Buenos Aires: Paidós.
- Cooke, E. (1985). On art teaching and child nature. *Journal of Education*, 8, 12-15.
- 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, 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.
- Fernández Liporace, M. M. (1997). *El dibujo de la figura humana*. Buenos Aires: Psicoteca.
- 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. *Psychological Bulletin*, 25, 272-283.
- Gross, J., & Hayne, H. (1998). Drawing facilitates children's verbal reports of emotionally laden events. *Journal of Experimental Psychology*, 4, 163-179.
- 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, 54-63.
- Harris, D. B. (1963). *Children's drawings as measures of intellectual maturity*. New York: Harcourt, Brace & World, Inc.
- Hibbard, R. A., & Hartman, N. G. (1990). Emotional indicators in human figure drawings of sexually victimized and nonabused children. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 211-219.
- Kern de Castro, E., & Moreno-Jiménez, B. (2010). Indicadores emocionais no desenho da figura humana de crianças transplantadas de orgaos. *Psicología: Reflexao e Crítica*, 23, 64-72.
- Khon, S. W. (2002). The utility of projective instruments in identifying depression in aggressive children. *Dissertation Abstract International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63 (5-b), 2639.

- Koppitz, E. (1966). Emotional indicators on human figure drawings of children: A validation study. *Journal of Clinical Psychology*, 22(3), 313-315.
- Koppitz, E. (1968). *Psychological evaluation of children's human figure drawings*. New York: Grune & Stratton.
- Koppitz, E. (1976). *El Dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Koppitz, E. (1984). *Psychological evaluation of human figure drawings by middle school pupils*. Orlando, FL: Grune & Stratton.
- Kortesluoma, R. L., Punamäki, R. L., & Nikkonen, M. (2008). Hospitalized children drawing their pain: the contents and cognitive and emotional characteristics of pain drawings. *Journal of Child Health Care for Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 12, 284-300.
- 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, 77-93.
- Lukash, F. N. (2002). Children's art as an index of anxiety. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 109(6), 1777-1786.
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- Maganto Mateo, C., & Garaigordobil Landazabal, M. (2009). El diagnóstico infantil desde la expresión gráfica: el test de dos figuras humanas, *Clínica y Salud*, 20, 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, 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.
- Mota, Z. G., Neri, G. S., López, C. B., & Lugo O. R. (2011). Impacto emocional de la información sobre sexualidad en pacientes adolescentes con mielomeningocele. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 23, 63-66.
- 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.

- National Institute of Mental Health (2004). Depression in children and adolescents: A fact sheet for physicians. Recuperado el 15 de Julio de 2004 de www.nimh.nih.gov/publicat/depchildresfact.cfm
- Organización Mundial de la Salud (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma – Ata. Recuperado el 4 de Marzo de 2012 de http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Organización Mundial de la Salud (2004). Disability-adjusted life year (DALY) rates, by WHO región. Recuperado el 10 de Diciembre de 2011 de http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/regions/dalys_text/en/index.html
- Organización Mundial de la Salud (2006). ¿Cuáles son los primeros signos de los trastornos mentales?. Recuperado el 20 de Marzo de 2012 de <http://www.who.int/features/qa/38/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud. Recuperado el 23 de Abril de 2012 de <http://www.who.int/whr/2008/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2012). Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY). Quantifying the Burden of Disease from mortality and morbidity. Recuperado el 23 de Abril de 2012 de http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/
- 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, 137-147.
- Taborda de Velasco, R. (2002). *Diagnóstico de la dinámica de la capacidad intelectual de niños de 4 a 6 años. Estudio clínico de los tests WPPSI, BG y DFH*. Buenos Aires: Grupo Editor Lumen Humanitas.
- 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, 320-327.
- University of Utah Health Sciences Center (2003). Child and adolescent mental health. Recuperado el 13 de Enero de 2005 de www.med.utah.edu/healthinfo/pediatric/Mentalhealth/gad.htm
- Unruh, A., McGrath, P., Cunningham, S. J., & Humphreys, P. (1983). Children's Drawings of Their Pain. *Pain*, 17, 385-92.
- 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: Livro 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, 301-319.

Zambrano Sánchez, E., Martínez Wbaldo, M., & Poblano, A. (2010). Frecuencia de factores de riesgo para problemas de aprendizaje en preescolares de bajo nivel socioeconómico en la ciudad de México. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 18, 1-7.