

Descripción de factores emocionales predominantes en niños de primaria pertenecientes a poblaciones vulnerables

Ana Isabel Brito Sánchez, Rubén Vargas Jiménez,
Mercedes Castillo Sotelo, Enrique Berra Ruiz,
Nayelli Vanessa Cota Meraz, Rosario Antonio
López Cota

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo identificar los indicadores emocionales predominantes que manifiestan los niños de primero a sexto de primaria de escuelas públicas en situación vulnerable, utilizando, para ello, el Test Proyectivo de la Figura Humana de Koppitz. El instrumento fue aplicado grupalmente en las aulas a 877 menores: 548 niñas y 329 niños. Los resultados obtenidos indican que los factores predominantes fueron, de manera general, inseguridad, angustia y resistencia pasiva al ambiente, ansiedad, problemas psicósomáticos, preocupación y agresividad. Respecto al género, se encontró que la mayoría de los factores emocionales encontra-

Abstract

The aim of this study was to identify the predominant emotional indicators manifested by children from first to sixth grade of public schools in vulnerable situations, using the Projective Test of the Human Figure of Koppitz. The instrument was applied in groups in the classrooms to 877 children, of whom 548 were girls and 329 children. The obtained results indicate that the predominant factors were of general form: insecurity, anguish and passive resistance to the environment, anxiety, psychosomatic problems and concern and aggression. Regarding gender, it was found that most of the emotional factors found in boys are externalizing and

ANA ISABEL BRITO SÁNCHEZ, RUBÉN VARGAS JIMÉNEZ, MERCEDES CASTILLO SOTELO, ENRIQUE BERRA RUIZ, NAYELLI VANESSA COTA MERAZ, ROSARIO ANTONIO LÓPEZ COTA. Escuela de Ciencias de la Salud Valle de las Palmas. Universidad Autónoma de Baja California, México. Contacto: [abrito@uabc.edu.mx].

Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 21, núm. 2, julio-diciembre 2019, pp. 229-250.
Fecha de recepción: 24 de junio de 2019 | Fecha de aceptación: 5 de febrero de 2020.

dos en los niños son *externalizantes* y en las niñas *internalizantes*. En las diferencias de edad se encontró que, en los menores de 6 a 8 años, hay mayor índice de ansiedad; mientras que, en los de 9 a 12 años, mayor presencia de agresividad.

PALABRAS CLAVE

Indicadores emocionales, Test de la Figura Humana de Koppitz, niños de primaria, población vulnerable

in girls internalizing. In the age differences, it was found that in children under 6 to 8 years old there is a higher anxiety index and in 9 to 12 year olds there is a greater presence of aggressiveness.

KEYWORDS

Emotional indicators, Test of the Human Figure of Koppitz, elementary children, vulnerable population

Hace tiempo que la salud mental en México se ve como un área desatendida, ya que queda como variable dependiente de las políticas de salud que priorizan otras condiciones; por tal motivo, los programas de atención a la salud mental son escasos e ineficientes, debido a los pocos e insuficientes recursos dedicados a esta área (Berenzon, Saavedra, Medina-Lora, Aparicio y Galván, 2013; Zamora-Carmona, 2013: 164). Además, se sabe que dichos programas de salud mental están más enfocados en personas adultas, la atención de la salud mental en niños y adolescentes queda en segundo plano, lo que obstaculiza la detección y atención tempranas de los trastornos y dificultades (Katz, Lazcano-Ponce y Madrigal, 2017).

Actualmente, el enfoque clínico de las condiciones de psicopatología y aspectos relacionados con el desarrollo ha mostrado que muchos de los conflictos y trastornos que inician en la infancia persisten hasta la vida adulta (Caraveo, 2007; Bravo-Sanzana, Salvo y Mieres-Chacaltana, 2016).

Estudiar las características y la prevalencia de los problemas conductuales y emocionales en la infancia se ha vuelto un campo de investigación relevante y necesario para poder diseñar intervenciones y tratamientos eficaces que disminuyan las problemáticas presentes y que, de igual forma,

cumplan una función preventiva. Todo ello, por medio de distintas técnicas de recolección de datos recomendadas en esta área; tal es el caso de la observación, entrevistas, evaluaciones normativas, entre otras (Coronel, 2018; Valero, 2012, p. 252).

Los problemas psicológicos de la infancia se han clasificado, de manera general, de dos formas: los de conducta y los emocionales. Los emocionales se conocen, también, como problemas internalizantes y se relacionan con inestabilidad en el estado de ánimo, somatización, tristeza, inseguridad, apatía, entre otros (López, Alcántara, Fernández, Castro y López, 2010). Por otro lado, los problemas de conducta se conocen como externalizantes, los cuales son mayores predictores de psicopatología en etapas posteriores; de manera particular, las conductas agresivas tienden a la estabilidad y permanencia a través del tiempo (Vite, Alfaro, Pérez y Miranda, 2015).

De acuerdo con Peris, Maganto y Garaigordobil (2018), las conductas internalizantes y externalizantes que presentan los niños son parte natural de su desarrollo evolutivo; sin embargo, si estas conductas se van a los extremos, terminan siendo motivos de consulta en salud mental. Por otro lado, Restrepo y Rivera (2017) sostienen que tanto las conductas internalizantes, como externalizantes afectan el desarrollo psicológico del niño, reduciendo su capacidad de ajuste a su ambiente y encontrándose mayor probabilidad de abuso y dependencia de sustancias en la adolescencia y la vida adulta.

Otras dificultades muy comunes son la ansiedad y la depresión, las cuales generan deterioro en las diferentes áreas del individuo; en el caso de los niños, se suele afectar el rendimiento académico, la calidad de las relaciones interpersonales y disfrutan menos el tiempo libre. Pueden llegar a tener distorsiones cognitivas, humor depresivo y anhedonia, entre otros síntomas (Andrés, Canet, Castañeiras y Richaud, 2016; Argumedos, Pérez y Romero-Acosta, 2014).

A pesar de que la ansiedad y la depresión tienen altos índices de prevalencia en la infancia, se tratan poco en atención primaria respecto de otros niños con problemas externalizantes (problemas de conducta, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, entre otros) porque,

generalmente, son quienes generan más conductas disruptivas, causando que se les canalice a algún tipo de atención (Franco, Pérez y De Dios, 2014; Romero-Acosta y Domènech-Llaberia, 2015). Los trastornos de comunicación, del desarrollo, los de eliminación, los de control de impulsos y los problemas conductuales son los más comunes en la infancia, siendo los de conducta los de mayor incidencia (Navarro-Pardo, Meléndez, Sales y Sancerni, 2012), describiendo a éstos como rabietas, explosiones de ira y comportamientos agresivos y desafiantes.

De acuerdo con Garaigordobil y Maganto (2013), es muy importante evaluar los problemas emocionales y conductuales en la infancia para poder realizar una detección precoz, para dar atención temprana y evitar la aparición o prevalencia de problemas psicopatológicos o de salud mental a futuro.

Revisado lo anterior, se puede deducir que los conflictos emocionales y de conducta en la infancia implican una preocupación y un reto para padres, maestros y profesionistas de la salud, ocupando hoy en día un área de gran importancia para la investigación.

No obstante, resulta un poco complicado evaluar la incidencia de trastornos mentales en los niños, debido a la poca disponibilidad de instrumentos estandarizados con valor diagnóstico, además de que evaluar a los menores resulta una tarea más compleja por su menor desarrollo y madurez, especialmente del lenguaje (Navarro-Pardo, Meléndez, Sales y Sancerni, 2012).

Sin embargo, existe un instrumento que indaga aspectos emocionales en los niños de una forma naturalmente adaptada a ellos: el Dibujo de la Figura Humana (DFH), la cual es una técnica ampliamente utilizada en la evaluación psicológica infantil para estimar la madurez intelectual y los aspectos emocionales del niño, la producción gráfica es una importante vía de expresión, gracias a que a la mayoría de los niños les gusta dibujar, por lo que el dibujo de figuras humanas goza de gran preferencia infantil (Koppitz 1991, cit. por Andrade 2013). Además, según Molina-Jiménez (2015), se sabe que los niños no siempre utilizan las palabras para expresar sus preocupaciones y sentimientos; en consecuencia, el dibujo es un

medio por el cual ellos pueden representar sus estados de ánimo, necesidades y emociones.

Asimismo, otro valor particular del DFH, radica, precisamente, en su sensibilidad para detectar los cambios en el niño, los cuales pueden ser del desarrollo y/o emocionales; los primeros hacen referencia a la edad y nivel de maduración, y establece una serie de Indicadores Evolutivos que se observan en los dibujos. Los segundos se refieren a las ansiedades, preocupaciones y actitudes, los cuales son denominados *Indicadores Emocionales*, y pueden diferenciarse entre niños y niñas con y sin problemas emocionales, que son inusuales en niños y niñas “normales” y que no se relacionan con la edad y maduración (Koppitz 1968, cit. por López, Luchetti y Brizzio 2013).

Igualmente, se cuenta con el apoyo de Chacón y Sánchez (2013), quienes sostienen que el lenguaje gráfico tiene un valor comunicativo por excelencia al reflejar aspectos intelectuales, creativos, emocionales y sociales. Los niños y las niñas expresan, por medio del dibujo, el concepto de sí mismos, de sus experiencias, de su ambiente y además manifiestan su capacidad psicomotriz y cognitiva (Moral, 2018). Se tiene, entonces, que los dibujos infantiles ayudan a evaluar en qué momento del desarrollo evolutivo se halla cada niño o niña, cómo organiza la información y qué significación le otorga. Por tal motivo, el DFH es una de las técnicas psicológicas de destacado valor diagnóstico, de manera que podría orientar al profesional a crear e implementar estrategias psicoeducativas a fin de promover el desarrollo integral de cada escolar.

En este contexto, la presente investigación tuvo como objetivo identificar, mediante el Test Proyectivo de la Figura Humana de Koppitz, los indicadores emocionales predominantes que manifiestan los niños escolares de primaria para detectar factores de riesgo que ayudarán a formular un programa de intervención para atender dichas dificultades.

Método

PARTICIPANTES

Los participantes del presente estudio fueron 877 niños, alumnos de dos primarias públicas en la ciudad de Tijuana, Baja California, México. La muestra seleccionada por conveniencia estuvo distribuida de la siguiente manera: 548 niñas (62.48 %) y 329 niños (37.51 %), de 6 a 12 años ($\bar{x} = 8$, $SD = 1.69$).

INSTRUMENTO

Prueba del Dibujo de la Figura Humana (DFH)

El dibujo de la figura humana es una de las técnicas más valiosas para evaluar a los niños por medio de la técnica de Koppitz (1995), debido a que evalúa aspectos emocionales, así como de la maduración perceptomotora y cognoscitiva. Para el presente estudio, se empleó la forma proyectiva que expresa “las preocupaciones y actitudes interpersonales de los niños”, de Esquivel, Heredia y Gómez-Maqueo (2017), los cuales se denominan *indicadores emocionales*. Algunos de estos indicadores son significativos a cualquier edad, mientras que otros sólo adquieren relevancia a cierta edad. Las autoras proponen 30 indicadores emocionales que se muestran en la tabla 1, y son la base de la evaluación de esta investigación.

Tabla 1. Indicadores emocionales del DFH según Koppitz

Signos cualitativos	Detalles especiales	Omisiones
1. Integración pobre de las partes.	10. Cabeza pequeña.	23. De los ojos.
2. Sombreado de la cara.	11. Ojos bizcos o desviados.	24. De la nariz.

- | | | |
|--|--|---------------------|
| 3. Sombreado del cuerpo, extremidades o ambos. | 12. Dientes. | 25. De la boca. |
| 4. Sombreado de las manos, cuello o ambos. | 13. Brazos cortos. | 26. Del cuerpo. |
| 5. Asimetría marcada de las extremidades. | 14. Brazos largos. | 27. De los brazos. |
| 6. Figuras inclinadas. | 15. Brazos pegados al cuerpo. | 28. De las piernas. |
| 7. Figura pequeña. | 16. Manos grandes. | 29. De los pies. |
| 8. Figura grande. | 17. Manos omitidas. | 30. Del cuello. |
| 9. Transparencias. | 18. Piernas juntas. | |
| | 19. Genitales. | |
| | 20. Monstruo o figura grotesca. | |
| | 21. Dibujo espontáneo de tres o más figuras. | |
| | 22. Nubes. | |

Tipo de diseño

Se realizó un estudio descriptivo no experimental, donde no existe manipulación de variables y únicamente se describen las variables de interés en una población específica (Kerlinger y Lee, 2002) mediante un diseño transversal, obteniendo los datos en una sola aplicación al ser un estudio de una muestra (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

PROCEDIMIENTO

Se acudió a las dos primarias para solicitar el acceso a todos los grupos y poder aplicar la prueba del Dibujo de la Figura Humana de manera co-

lectiva en los salones de clase, dándoles la consigna marcada por la prueba. En cada salón hubo dos facilitadores previamente capacitados para resolver cualquier duda que surgiera en los niños, quienes entregaron el material correspondiente a cada niño: una hoja de papel tamaño carta (en forma vertical) y un lápiz #2 con borrador; posteriormente dieron las instrucciones para elaborar dicha prueba.

La calificación de la prueba se realizó por medio de una matriz en el programa *Excel*, la cual se diseñó con las pautas de las edades establecidas por Koppitz para así obtener la interpretación de dichos indicadores.

Con los resultados obtenidos de cada indicador se creó una base datos en el programa estadístico SPSS para realizar los análisis descriptivos y comparativos de la población.

RESULTADOS

De acuerdo con los datos sociodemográficos obtenidos, se identificó que 62.5% son niñas, mientras que 37.5% son niños. La figura 1 muestra la frecuencia de participantes por edad.

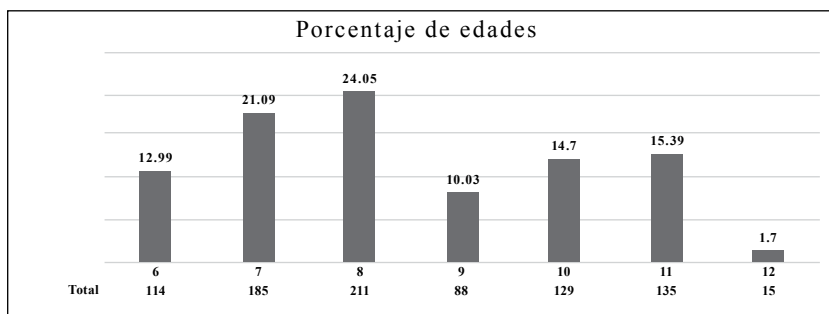


Figura 1. Porcentaje y frecuencia de las edades de los niños participantes.

Respecto de los indicadores emocionales, la tabla 2 nos muestra los porcentajes de la presencia de los signos cualitativos; en ella podemos identificar que el *sombreado del cuerpo, extremidades o ambos* es el indicador más alto, el cual con 29% interpreta ansiedad y problemas psicósomáticos en una proporción considerable de los participantes; seguida del indicador del *sombreado de las manos, cuello o ambos*, con 19.5%, y que indica la presencia de ansiedad y dificultad de control de impulsos; mientras que el indicador *integración pobre de las partes*, que se refiere a la inestabilidad emocional e impulsividad, se encuentra ausente en los participantes.

Tabla 2. Porcentajes de signos cualitativos de los indicadores emocionales

Signos cualitativos	Interpretación	Porcentaje
Integración pobre de las partes.	Inestabilidad emocional e impulsividad.	0
Sombreado de la cara.	Ansiedad y sentimientos de devaluación.	6.3
Sombreado del cuerpo, extremidades o ambos.	Ansiedad y problemas psicósomáticos.	29
Sombreado de las manos, cuello o ambos.	Ansiedad y dificultad en el control de impulsos.	19.5
Asimetría marcada de las extremidades.	Impulsividad.	3.5
Figuras inclinadas.	Inestabilidad, falta de equilibrio, falta de seguridad emocional.	6.3
Figura pequeña.	Timidez, inseguridad, retraimiento y depresión.	11.5
Figura grande.	Falta de límites, necesidad de llamar la atención, inmadurez, pobre autocontrol.	18.6
Transparencias.	Impulsividad e inmadurez emocional.	1.3

En cuanto a los detalles especiales de los indicadores emocionales, podemos identificar en la tabla 3 que la presencia de dientes manifiesta agresividad, con 23.5%; en segundo lugar, se observa la presencia de brazos largos, con 21.3%, que indica agresividad y expansividad; el de menor presencia es el dibujo espontáneo de tres o más figuras, con 1.5%, que se refiere a un bajo rendimiento neurológico.

Tabla 3. Porcentaje de detalles especiales de los indicadores emocionales

Detalles especiales	Interpretación	Porcentaje
Cabeza pequeña.	Sentimientos de inadecuación intelectual.	7.9
Ojos bizcos o desviados.	Hostilidad.	2.6
Dientes.	Agresividad.	23.5
Brazos cortos.	Dificultad para conectarse con el mundo exterior, retraimiento.	8.4
Brazos largos.	Agresividad y expansividad.	21.3
Brazos pegados al cuerpo.	Control interno rígido y dificultad para relacionarse con los demás.	14.1
Manos grandes.	Conductas agresivas.	11.4
Manos omitidas.	Preocupación e inadecuación.	5.7
Piernas juntas.	Rigidez, dificultad en el control de impulsos, temor a sufrir un ataque sexual.	11.7
Genitales.	Sentimientos de inadecuación, pobre concepto de sí mismo, percepción de ser distinto a los demás.	13.7

Monstruo o figura grotesca.	Agresión y dificultad en el control de impulsos.	5.7
Dibujo espontáneo de tres o más figuras.	Bajo rendimiento neurológico.	1.5
Nubes.	Ansiosos, presión de padres y ambiente. Trastornos psicósomáticos.	6.4

En el caso de los omisiones de los indicadores emocionales, la tabla 4 refiere que la *omisión de la boca*, con 44.5%, es el indicador más alto en los participantes e indica timidez, conducta retraída y ausencia de agresividad manifiesta; seguido de la *omisión del cuello*, con 12.3%, que se centra en sentimientos de poca valía e inseguridad; mientras que el de menor frecuencia es *omisión de ojos*, con 4.2%, haciendo referencia a un estado ansioso, presión de los padres y del ambiente, así como a la presencia de trastornos psicósomáticos.

Tabla 4. Omisiones de los indicadores emocionales

Omisiones	Interpretación	Porcentaje
Omisión de los ojos	Ansiosos, presión de padres y ambiente. Trastornos psicósomáticos.	4.2
Omisión de la nariz	Aislamiento, refugio en la fantasía por realidad dolorosa o frustrante.	6.7
Omisión de la boca	Timidez, conducta retraída y ausencia de agresividad manifiesta.	44.5
Omisión del cuerpo	Inseguridad, angustia y resistencia pasiva al ambiente.	7.3

Omisión de los brazos	Refleja inmadurez severa, retraso en el desarrollo. Daño neurológico. Ansiedad aguda relacionada con el cuerpo.	6.4
Omisión de las piernas	Ansiedad o culpa por conductas socialmente inaceptables que implican las manos o los brazos.	6.7
Omisión de los pies	Intensa angustia e inseguridad.	8.4
Omisión del cuello	Sentimientos de poca valía e inseguridad.	12.3

La tabla 5 resume los resultados observados anteriormente, donde podemos determinar que los principales indicadores emocionales en los participantes son: la incapacidad del sujeto o rechazo a comunicarse con los demás debido a la inseguridad, angustia y resistencia pasiva al ambiente; es decir, evita interactuar y comunicarse con los demás por la misma inseguridad que refleja. Otros aspectos son: la angustia y la ansiedad asociada a la conciencia de las diferencias y funciones corporales, lo que refleja la preocupación por la apariencia y el aspecto físico, como la estatura del niño y su desarrollo del cuerpo o el color de piel. Incluso, estos aspectos se podrían relacionar con algún problema de salud que impacte en la imagen corporal; de igual manera, se identifica la presencia de una manifestación agresiva y ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos debido a una sobrevaloración de éstos.

Tabla 5. Principales indicadores emocionales de la muestra total

Indicadores emocionales	Interpretación	Porcentaje
Omisión de boca	Inseguridad, angustia y resistencia pasiva al ambiente.	44.5
Sombreado del cuerpo y extremidades	Ansiedad, problemas psicosomáticos, preocupación.	29

Dientes	Agresividad.	23.5
Brazos largos	Agresividad y expansividad.	21.2

Respecto del análisis por la variable edad, se desglosa en las tablas 6 y 7, las cuales describen los indicadores emocionales agrupados en dos grupos basados en la propuesta de evaluación del niño de Esquivel, Heredia y Gómez-Maqueo (2017).

En el primer grupo, conformado por los participantes de 6 a 8 años (tabla 6), se observa que los principales indicadores emocionales de mayor presencia son: *omisión de boca*, con 43.8%, lo que se interpreta como inseguridad, angustia y resistencia pasiva al ambiente; *sombreado de cuerpo y extremidades*, con 34.2%, lo que se expresa como ansiedad, problemas psicósomáticos y preocupación, y *sombreado de las manos*, con 23%, lo que indica angustia por una actividad real o fantaseada.

Tabla 6. Porcentajes de indicadores emocionales en el grupo de niños de 6 a 8 años

Indicadores emocionales	Interpretación	Porcentaje
Omisión de boca	Inseguridad, angustia y resistencia pasiva al ambiente.	43.8
Sombreado del cuerpo y extremidades	Ansiedad, problemas psicósomáticos, preocupación.	34.2
Sombreado de las manos	Angustia por una actividad real o fantaseada.	23
Dientes	Agresividad.	21.4
Brazos largos	Agresividad y expansividad.	20.8

La tabla 7 muestra los indicadores emocionales de mayor presencia del segundo grupo, conformado por los participantes de 9 a 12 años, los cuales son: *omisión de boca*, con 45.5%; 26.4% de presencia de dientes, lo cual comunica agresividad, y, por último, el *sombreado de cuerpo y extremidades* junto con *figura grande*, con 21.8% cada uno, lo que revela ansiedad, problemas psicosomáticos y preocupación y falta de límites, necesidad de llamar la atención, inmadurez y controles internos deficientes, respectivamente.

Tabla 7. Porcentajes de indicadores emocionales del grupo de niños de 9 a 12 años

Indicadores emocionales	Interpretación	Porcentaje
Omisión de boca	Inseguridad, angustia y resistencia pasiva al ambiente.	45.5
Dientes	Agresividad.	26.4
Sombreado del cuerpo y extremidades	Ansiedad, problemas psicosomáticos, preocupación.	21.8
Figura grande	Falta de límites, necesidad de llamar la atención, inmadurez, controles internos deficientes.	21.8
Brazos largos	Agresividad y expansividad.	21.8
Omisión de pies	Inmadurez, impulsividad y controles internos pobres.	20.7

La tabla 8 indica las diferencias significativas encontradas por género mediante la prueba *t* Student, siendo los indicadores más altos en los niños el *sombreado de las manos* ($t = 3.435$, $gl = 856$, $p < 0.01$), seguido de la *inclinación de la figura* ($t = 2.464$, $gl = 856$, $p < 0.01$) y *brazos cortos* ($t = 3.643$, $gl = 856$, $p < 0.01$). Por otra parte, los indicadores donde las niñas manifiestan más diferencias son en la presencia de *brazos largos*

($t = -2.210$, $gl = 856$, $p < 0.05$), después se encuentra *figura pequeña* ($t = -2.548$, $gl = 856$, $p < 0.01$) y, por último, *omisión del cuello* ($t = -3.711$, $gl = 856$, $p < 0.01$).

Tabla 8. Comparación por género

Indicador	Género	Media	Valor de t
Sombreado de las manos	Masculino	0.26	$t = 3.435$, $gl = 856$, $p = 0.001$
	Femenino	0.16	
Asimetría marcada de las partes	Masculino	0.10	$t = 3.434$, $gl = 856$, $p = 0.001$
	Femenino	0.04	
Inclinación de la figura	Masculino	0.16	$t = 2.464$, $gl = 856$, $p = 0.014$
	Femenino	0.10	
Figura pequeña	Masculino	0.10	$t = -2.548$, $gl = 856$, $p = 0.011$
	Femenino	0.16	
Cabeza pequeña	Masculino	0.05	$t = -2.828$, $gl = 856$, $p = 0.005$
	Femenino	0.10	
Ojos bizcos	Masculino	0.05	$t = 2.581$, $gl = 856$, $p = 0.010$
	Femenino	0.02	
Brazos cortos	Masculino	0.13	$t = 3.643$, $gl = 856$, $p = 0.000$
	Femenino	0.06	
Brazos largos	Masculino	0.18	$t = -2.210$, $gl = 856$, $p = 0.027$
	Femenino	0.24	
Manos omitidas	Masculino	0.11	$t = 4.387$, $gl = 856$, $p = 0.000$
	Femenino	0.03	
Dibujo espontáneo de tres o más figuras	Masculino	0.03	$t = 2.139$, $gl = 856$, $p = 0.033$
	Femenino	0.01	

Nubes	Masculino	0.05	$t = -1.991, gl = 856, p = 0.047$
	Femenino	0.08	
Omisión de nariz	Masculino	0.02	$t = -4.170, gl = 856, p = 0.000$
	Femenino	0.10	
Omisión del cuerpo	Masculino	0.03	$t = -4.001, gl = 856, p = 0.000$
	Femenino	0.11	
Omisión de brazos	Masculino	0.02	$t = -4.792, gl = 856, p = 0.000$
	Femenino	0.10	
Omisión de piernas	Masculino	0.02	$t = -4.725, gl = 856, p = 0.000$
	Femenino	0.10	
Omisión de pies	Masculino	0.03	$t = -4.972, gl = 856, p = 0.000$
	Femenino	0.13	
Omisión de cuello	Masculino	0.07	$t = -3.711, gl = 856, p = 0.000$
	Femenino	0.16	

CONCLUSIONES

Conocer el estado emocional y de la salud mental en los menores evaluados resulta de mucha importancia para la prevención de conductas de riesgo, no sólo en la adolescencia y en la vida adulta. Con la evaluación realizada será posible diseñar intervenciones que aumenten los factores protectores de la población y, por tanto, que disminuyan los factores de riesgo.

En cuanto a los resultados de los indicadores cualitativos, se tiene la presencia de ansiedad, problemas psicosomáticos y control de impulsos, los cuales son aspectos a considerar para evitar la presencia de un riesgo mayor, como la impulsividad a largo plazo que, aunque no se manifiesta en los resultados, se debe considerar, dado que la ausencia de un indicador no implica la ausencia de un síntoma (Koppitz, cit. por Esquivel, Heredia y Gómez-Maqueo, 2017). Además, en la población persiste, en

gran medida, timidez, conducta retraída, inseguridad y dificultades con la imagen corporal que, sumándolos a los ya mencionados, se puede inducir la presencia de algún fenómeno de violencia en la población, como lo plantean Lezcano, Melgarejo, Ureta, Arrom, Romero (2015), en su estudio de casos sobre indicadores emocionales en niños en situación de violencia psicológica, donde concluyeron que los niños con maltrato psicológico presentaron mayor cantidad de indicadores emocionales que aquellos que no habían sufrido dicho maltrato. Nuestros resultados brindan información relevante como una evidencia clara de la necesidad de los niños de una oportuna evaluación e intervención psicológica, con el objetivo de evitar la evolución de sus dificultades y, con ello, procurar su desarrollo integral de forma adecuada.

Conforme al análisis de los resultados, se encuentran diferencias en la comparativa por género, indicando que los niños presentan mayor prevalencia de angustia por una situación real o fantaseada, dificultades en la coordinación visomotora e impulsividad, inestabilidad, falta de seguridad emocional, hostilidad, dificultades para concentrarse con el mundo exterior, preocupación e inadecuación, así como un bajo rendimiento neurológico en comparación con las niñas participantes en el estudio.

En este caso, los problemas externalizantes son los que predominan en los niños, resultados que contrastan con el estudio de López, Alcántara, Fernández, Castro y López (2010) sobre características y prevalencia de conflictos internalizantes, donde son los niños quienes más presentan dificultades de este tipo que las niñas. Hay otros estudios que concuerdan con que los niños presentan una mayor incidencia de preocupación, inadecuación ambiental, sentimientos de inseguridad y agresividad, en comparación con las niñas (Brizzio, López, Luchetti y Grillo, 2011; López, Luchetti y Brizzio, 2013).

Por otra parte, las niñas presentan con mayor frecuencia timidez, inseguridad, retraimiento, sentimientos de inadecuación intelectual, agresivas, expansividad, ansiedad, dificultades psicósomáticas, presión por los padres y resistencia pasiva al ambiente, aislamiento, refugio en la fantasía por realidad dolorosa o frustrante, inmadurez evolutiva, culpa por con-

ductas socialmente inaceptables y sentimientos de poca valía en comparación con los niños. Con los indicadores anteriores se concluye que las niñas presentan, con mayor frecuencia, problemas internalizantes que los niños. Por otro lado, López, Luchetti y Brizzio (2013) mencionan en su estudio que las niñas no presentan indicadores significativos en relación con los niños. Al mismo tiempo, Lozano y Lozano (2017) exponen que son los trastornos internalizantes los que se manifiestan, en mayor medida, en la infancia y adolescencia.

En cuanto a la comparación por grupo de edad, se tiene que el grupo de 6-8 años presenta, con mayor frecuencia, inseguridad, angustia, ansiedad y problemas psicósomáticos; es decir, destacan las dificultades internalizantes. Mientras que en el grupo de 9-12 años sobresalen los indicadores de agresividad, falta de límites, necesidad de llamar la atención, control interno deficiente, inseguridad y angustia; dominando los problemas externalizantes. Estos resultados son apoyados por Bravo, Naissir, Contreras y Moreno (2015) al llegar a conclusiones semejantes en su estudio sobre estado emocional y bajo rendimiento en niños.

Los resultados obtenidos son similares a los del estudio de Andrade (2013), que trata sobre las manifestaciones proyectivas de conflicto psicológico de niños y niñas víctimas de desplazamiento; entre ellas, destacan la timidez, ansiedad y agresividad, las cuales, en ambos casos, podría explicarse por una falta de ajuste a su entorno, lo que da indicios a la deficiente adaptación de los niños en su ambiente. Cabe señalar que la población analizada se encuentra en una zona marginal, considerándose ambas poblaciones con aspectos vulnerables que interfieren directamente en dicha inadecuación de los niños, al considerar su entorno como inseguro, por lo que expresan agresividad, hostilidad, ansiedad y timidez como medios defensivos que le permiten al niño subsistir.

En conclusión, los indicadores emocionales predominantes que manifiestan los niños de las primarias examinadas son factores de riesgo para desarrollar trastornos de ansiedad, agresividad, deficiente control de impulsos, problemas psicósomáticos, timidez, inseguridad e inadecuación con la imagen corporal. Por ello, se recomienda diseñar, implementar y

evaluar programas de intervención apoyados de técnicas dirigidas a trabajar los temas de autoestima, manejo emocional, control de impulsos, tolerancia a la frustración y fortalecimiento de las relaciones interpersonales. De esta manera, se espera dar una atención selectiva a la población, evitar el progreso de las problemáticas y mejorar la calidad de vida de los niños dentro de un enfoque biopsicosocial.

Referencias

- Andrade, S. J. A. (2013). Manifestaciones proyectivas de conflicto psicológico en el dibujo de la figura humana de niños y niñas desplazados en Colombia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3 (1), 5-40. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/4758/475847409002.pdf>
- Andrés, M. L., Canet, J. L., Castañeiras, C. E. y Richaud, M. M. C. (2016). Relaciones de la regulación emocional y la personalidad con la ansiedad y depresión en niños. *Avances en psicología latinoamericana*, 1, 99-115. Recuperado de http://www.redalyc.org/jatsRepo/799/79943294008/79943294008visor_jats.pdf
- Argumedos, C., Pérez, D. y Romero-Acosta, K. (2014). El estudio de los trastornos emocionales en la infancia colombiana. *Búsqueda*, 13, 68-61. Recuperado de <http://revistas.cecar.edu.co/busqueda/article/view/157/148>
- Berenzon, G. S., Saavedra, S. N., Medina-Mora I. M. E., Aparicio, B. V. y Galván R. J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33 (4), 252-258. Recuperado de https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S102049892013000400003&script=sci_abstract
- Bravo, G. L., Naissir, L., Contreras, C. y Moreno, A. (2015). El estado emocional y el bajo rendimiento académico en niños y niñas de Colombia. *Avances en Psicología: Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades, UNIFE*, 23 (1), 103-113. Recuperado de <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/175/166>
- Bravo-Sanzana, M., Salvo, S. y Mieres-Chacaltana, M. (2016). El clima social escolar en el logro de aprendizajes y el desarrollo integral, ¿cómo afecta a la salud mental de los niños y niñas? *Salud pública de México*, 58 (6), 597-599. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/106/10649652011.pdf>

- Brizzio, A., López, L., Luchetti, Y. y Grillo, A. (2011). *Estudio acerca de los indicadores emocionales del test del dibujo de la figura humana en niños con problemas emocionales*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercado Común del Sur. Buenos Aires: Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-052/944.pdf>
- Caraveo, A. J. J. (2007). Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. Segunda parte. *Salud Mental*, 30 (1), 48-55. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58230107.pdf>
- Chacón, G. P. y Sánchez, R. J. (2013). La estructura familiar dibujada por los propios niños/as. Una aproximación al dibujo como mediador social en las relaciones sistémicas familiares. *Revista Bellas Artes*, 11, 159-177. Recuperado de https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2411/BA_11_%282013%29_07.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Coronel, C. P. (2018). Problemas emocionales y de comportamiento en niños con discapacidad intelectual. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 14 (2), 351-362. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6789731>
- Esquivel, A. F., Heredia, A. M. C. y Gómez-Maqueo, E. L. (2017). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: El Manual Moderno.
- Franco, N. N., Pérez, N. M. A. y De Dios, P. M. J. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1 (2), 149-156. Recuperado de http://www.revistapcna.com/sites/default/files/6-rpcna_vol.2.pdf
- Garaigordobil, M. y Maganto, C. (2013). Problemas emocionales y de conducta en la infancia: Un instrumento de identificación y prevención temprana. *Padres y Maestros/Journal of Parents and Teachers*, 351, 34-40. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4272070>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Métodos y técnicas de investigación social. Capítulo 1. Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. En *Metodología de la investigación*. Sexta edición (pp. 2-21). México: Mc Graw Hill.
- Katz, G., Lazcano-Ponce, E. y Madrigal, E. (2017). La salud mental en el ámbito poblacional: la utopía de la psiquiatría social en países de bajos ingresos. *Salud Pública de México*. 59 (4), 351-353.

- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw Hill.
- Koppitz, E. M. (1995). *El dibujo de figura humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Lezcano, M. D. A., Melgarejo, O. J., Ureta, Q. V. S., Arrom, S. C. H. y Romero, N. M. M. (2015). Test del dibujo de la figura humana en niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia psicológica. Estudio de casos. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 13 (2), 88-95. Recuperado de <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v13n3/v13n3a33.pdf>
- López, L., Luchetti, Y. y Brizzio, A. (2013). Indicadores emocionales del DFH y su relación con los motivos de consulta psicológica en niños. *Anuario de Investigaciones*, 20, 369-376. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139949077.pdf>
- López, S. C., Alcántara, M. V., Fernández, V., Castro, M. y López, P. J. A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de psicología*, 26 (2), 325-334. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/167/16713079017/>
- Lozano, G. L. y Lozano, F. L. M. (2017). Los trastornos internalizantes: un reto para padres y docentes. *Padres y Maestros*, 372, 56-63. Recuperado de <https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros/article/viewFile/8192/7855>
- Molina-Jiménez, A. (2015). El dibujo infantil: Trazos, colores e historias que nos hacen reflexionar y aprender. *Revista Electrónica Educare*, 19 (1), 167-182. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1941/194132805010.pdf>
- Moral, R. C. (2018). El uso del dibujo para potenciar la imaginación y la relación con el entorno en adultos y niños/as. *Tsantsa. Revista de Investigaciones Artísticas*, 6, 203-22. Recuperado de <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/tsantsa/article/view/2659>
- Navarro-Pardo, E., Meléndez, M. J. C., Sales, G. A. y Sancerni, B. M. D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24 (3), 377-383. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/727/72723439006/>
- Peris, H. M., Maganto, M. C. y Garaigordobil, L. M. (2018). Prácticas parentales y conductas internalizantes y externalizadas en niños y niñas de 2 a 5 años. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 6 (2), 77-88. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6766834>

- Restrepo, J. E., y Rivera, S. J. (2017). Práctica de taekwondo y comportamientos internalizantes y externalizantes en niños con edades entre los 6 y los 12 años. *Katharsis*, 23, 13-32. Recuperado de <http://revistas.iue.edu.co/revista-siue/index.php/katharsis/article/view/862/1251>
- Romero-Acosta, K. y Domènech-Llaberia, E. (2015). La comorbilidad de síntomas ansiosos y depresivos en la niñez: ¿un nuevo trastorno? *Hacia la promoción de la salud*, 17 (2), 169-181. Recuperado de [http://vip.ucaldas.edu.co/promocionsalud/downloads/Revista17\(2\)_12.pdf](http://vip.ucaldas.edu.co/promocionsalud/downloads/Revista17(2)_12.pdf)
- Valero, A. L. (2012). La evaluación del comportamiento infantil: características y procedimientos. *Apuntes de Psicología*, 30 (1-3), 239-254. Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/84697/408-920-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vite, S. A., Alfaro, B. J. N., Pérez, P. A. D. y Miranda, G. D. (2015). Intervención interactiva en los problemas de comportamiento infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, 18 (1), 149-157. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v18n1/v18n1a14.pdf>
- Zamora-Carmona, G. (2013). Servicios clínicos disponibles para niñas, niños y jóvenes con trastornos mentales en México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), 163-170. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4220486>