

Estudio de validación clínica de los indicadores emocionales del test Gestáltico Visomotor de Bender

Clinical validation study of emotional indicators of Bender Gestalt Test

Luchetti, Yanina¹; López, Lucila²; Brizzio, Analía Margarita³

RESUMEN

El presente estudio se propone observar si los Indicadores Emocionales (IEs) que propone Koppitz (1963) para el Test Gestáltico Visomotor de Bender funcionan como signos diferenciales de problemática emocional en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano).

Se examinaron los resultados arrojados por dos muestras de niños escolarizados de 6 a 12 años. La muestra clínica (A) estaba compuesta por niños que se encontraban, en el momento de la evaluación, realizando una consulta psicológica (en ámbito público o privado), por alguna problemática de índole emocional. La segunda muestra (B) estaba conformada por niños de población general con similares características sociodemográficas. Del análisis de los datos se desprende que doce de los IEs considerados por la autora permiten diferenciar producciones de niños que padecen problemática emocional.

Palabras Clave: Test Gestáltico Visomotor de Bender - Indicadores Emocionales - Problemática emocional - Validación

ABSTRACT

This paper aims to verify that the Emotional Indicators (EIs) of Bender visual-motor Gestalt Test proposed by Koppitz (1963) function as signs which discriminate children with emotional problems in the Metropolitan Area of Buenos Aires (Buenos Aires City and Greater Buenos Aires).

We examined the results from two samples of school children aged 6 to 12 years. The clinic sample (A) was composed of children who were receiving psychological assistance (Public or Private) for some emotional problems. The other sample (B) was composed of children from the general population with similar sociodemographic characteristics. Data analysis showed that twelve of the EIs considered by the author could differentiate productions from children with emotional problematic.

Keywords: Bender visual-motor Gestalt Test - Emotional Indicators - Emotional Problems - Validation

¹Licenciada en Psicología. Investigadora en formación UBACyT. Docente Universidad de Buenos Aires.

²Licenciada en Psicología. Investigadora en formación UBACyT. Docente Universidad de Buenos Aires.

³Doctora en Psicología. Investigadora formada UBACyT. Docente Universidad de Buenos Aires.

1. Introducción

El Test Gueštáltico Visomotor de Bender (TGV) es un instrumento clínicO, desarrollado entre los años 1932 y 1938, por Lauretta Bender (Bender, 1938, 1968, 1977). Desde su aparición, promueve la realización de numerosos estudios e investigaciones constituyéndose así, y hasta la actualidad, en una de las técnicas más utilizadas (Archer & Newsom, 2000; Piotrowski, 1995; Sullivan & Bowden, 1997) y estudiadas e investigadas a nivel mundial en el campo de la Psicología (Brannigan & Decker, 2003; Casullo, 1998; Carreras, Uriel, Suárez Hernandez, Acebal & Fernández Liporace, 2011; Fernández & Tuset, 2007; Katz, Kizony & Parush, 2002; Makhele, Walker & Esterhuyse, 2006; Parush, Sharoni, Hahn-Markowitz & Katz, 2000; Pelorosso & Etchevers, 2004; Rosenblum, Katz, Hahn-Markowitz, Mazor Karsenty & Parush, 2000).

Asimismo, han surgido diferentes abordajes y propuestas para administrar y evaluar esta técnica que ha demostrado poseer un considerable valor en la exploración psicológica de niños y adultos (Brannigan & Decker, 2003; Bender, 1977; Hutt, 1969; Koppitz, 1968; Pascal & Sutell, 1951).

Desde un abordaje madurativo y, cimentada en la Teoría de la Gestalt, Lauretta Bender ha considerado que la técnica evalúa la *función gestáltica*, entendida como aquella función del organismo que permite responder a la presentación de estímulos con un proceso motor que sigue el modelo de la gestalt percibida (Bender, 1977). La prueba consiste en nueve tarjetas, cada una de las cuales tenía impreso un diseño. Las mismas habían sido usadas por el psicólogo Max Wertheimer en sus estudios sobre la percepción (Casullo, 1998). La autora (Bender, 1977) las utilizó para evaluar la maduración perceptiva y el deterioro neurológico, puesto que entendía que la captación de la totalidad que implica cada lámina, se realiza de acuerdo a las leyes de organización formal desarrolladas por la Teoría de la Gestalt (ley de la buena forma, ley de semejanza, ley de Continuidad, etc.). Consideró que la percepción visomotora se va perfeccionando en el curso del desarrollo del niño y postuló que es esperable que estos patrones de respuesta varíen de acuerdo al momento evolutivo del individuo, al igual que en los estados patológicos tanto orgánicos como funcionales.

El Test Gueštáltico Visomotor (TGV) ha sido utilizado tanto en su vertiente visométrica (Brannigan & Decker, 2003; Casullo, 1998; Koppitz, 1968, Taborda de Velasco, 2002; Pelorosso & Etchevers 2004) como proyectiva (Bell, 1992; Kacero, 2005; Koppitz, 1968; Hutt, 1950; Nodelis, 2000, 2011), es decir, para estimar tanto integración visomotora del individuo, como para interpretar proyectivamente rasgos de la personalidad de los sujetos evaluados. Al respecto, la Dra. Bender consideraba que la configuración final de la experiencia no es un mero problema de percepción sino de personalidad (Bender, 1955).

Una de las propuestas de administración y evaluación del TGV ha sido la establecida por Elizabeth Koppitz (1968). Sus postulaciones toman una relevancia especial en el campo del estudio de la infancia, ya que hasta su

aparición, el empleo del TGV en niños en edad escolar no era tan frecuente (Casullo, 1998). Esta autora estableció un sistema de puntuación objetiva para evaluar niños en edad escolar (6 a 12 años) resultando su aporte de suma importancia, ya que ofrece distintos modos de analizar los dibujos de los niños, buscando evidencias tanto de la *madurez visoperceptiva* como de su *ajuste emocional* y de posible *disfunción neurológica* (Casullo, 1998).

Además, desde su surgimiento, el TGV fue ampliamente estudiado, demostrando para algunos autores evidencias de validez y confiabilidad (Cajigas Ponte & Merino Soto, 2009; Cummings, Hoida, Machek & Nelson, 2003; Pascal & Sutell; 1951). A su vez, el sistema propuesto por Koppitz (1960, 1963), ha sido utilizado a nivel mundial y se han obtenido datos normativos en distintas poblaciones: como en África (Karr, 1982; Makhele, Walker & Esterhuyse, 2006; Viljoen, Levett, Tredoux & Anderson, 1994), en Medio Oriente (Katz, Kizony & Parush, 2002; Parush, Sharoni, Hahn-Markowitz & Katz, 2000; Rosenblum, Katz, Hahn-Markowitz, Mazor Karsenty & Parush, 2000), en Iberoamerica (Aguirre, Cortadellas & Tuset, 1988; Carreras et al., 2011; Casullo, 1998 ; Fernández & Tuset, 2007 ; Pelorosso & Etchevers, 2004 ; Román & Vázquez, 1984); así como en población de habla portuguesa (Brito & Santos, 1996; Brito, Alfradique, Pereira, Porto & Santos, 1998; Kroeff, 1988, 1992). En las investigaciones citadas, las diferencias normativas con los datos de Koppitz han sido frecuentemente detectadas en varios niveles de edad, aunque pocas veces cuantificadas con pruebas estadísticas o estimaciones de magnitud del efecto. Respecto de esto, específicamente en nuestro país, podemos destacar los trabajos de Casullo (1998), Carreras et al. (2011), Taborda de Velasco (2002) y Pelorosso y Etchevers (2004).

En el presente trabajo se abordará específicamente al TGV como herramienta para la observación de problemática emocional en niños. En este sentido, Koppitz propone el análisis de Indicadores Emocionales (IEs) en los protocolos de los evaluados. Los mismos son entendidos como signos objetivos plausibles de ser evaluados en los dibujos y que están relacionados con las ansiedades, preocupaciones y actitudes que expresa el niño a través de sus producciones (Koppitz, 1968). Según esta autora, el TGV resulta útil para la identificación y evaluación de niños con problemas emocionales, pudiendo discriminar niños con dificultades en su adaptación emocional. Si bien los IEs no se los considera en función de la percepción visomotriz, se presume que los mismos no parecen ser totalmente independientes del factor edad en los niños pequeños. Sostiene que los niños/as con pobre desarrollo visomotor suelen ser más propensos a evidenciar problemas de índole emocional (Koppitz, 1995).

Postuló inicialmente 10 IE: *Orden confuso, línea ondulada, círculos sustituidos por rayas, aumento progresivo del tamaño, gran tamaño, tamaño pequeño, línea fina, repaso del dibujo, segunda tentativa, expansión*. De estos sólo 6 mostraron diferencias estadísticamente significativas entre niños con perturbación emocional y el grupo control (Koppitz, 1968). De ellos, *línea ondulada* y

repasso del dibujo resultaron significativos para el grupo de niños pequeños (5 a 7 años), mientras que *orden confuso*, *tamaño pequeño* y *segunda tentativa* fueron significativos en los niños mayores (de 8 a 10 años). Por su parte, el IE *expansión* resultó significativo para todas las edades (Koppitz, 1968). La autora decidió descartar el IE *constricción* porque obtuvo mayor frecuencia en el grupo control que en el grupo de niños con problemas emocionales (Koppitz, 1968). En la revisión que realiza en 1995, decidió añadir dos IEs: *marcos alrededor de las figuras* y *elaboración espontánea o adición a la figura*. Consideró que los mismos aparecen tan raramente que no permiten un estudio controlado y un tratamiento estadístico, aunque sí revisten importancia si se manifiestan en el gráfico (Koppitz, 1995).

Respecto a la evaluación de los Indicadores Emocionales (IEs) presentes en el TGV, planteó un sistema objetivo para su puntuación en el que explicita que la presencia de tres o más de estos indicadores en un protocolo daría cuenta del riesgo de ese niño de padecer un problema emocional y que podría requerir una evaluación más exhaustiva posterior. En este sentido, el TGV ha sido uno de los tests más utilizados para observar la estabilidad emocional en niños (Alonso Martín & Judías Barroso, 2008).

Si bien la utilización del TGV para el estudio de la población infantil data de mucho tiempo atrás, diversos estudios avalan la vigencia del instrumento para su uso en población clínica (Alonso Martín, 2004; López, Luchetti, Salvino, D'Amelio, Piperno, & Villaroia, 2013; Pelorosso, Etchevers, Fernández, Arlandi, Retamar, & Giannini, 2006). Algunos de dichos trabajos han dado cuenta específicamente del uso y la validez de los indicadores emocionales del test de Bender para el estudio de niños con problemas emocionales y comportamentales (Alonso Martín, 2004; López et al., 2013), con problemas en la simbolización (Amaya Charras et al., 2008) o con problemas de aprendizaje o comportamiento (Alonso Martín & Judías Barroso, 2008; Zambrano Sánchez, Martínez Wbaldo & Poblano, 2010). También se ha estudiado la relación entre estos IEs y los motivos por los que se consulta a un dispositivo de atención psicológica (Brizzio, Luchetti, López, D'Amelio & Acebal, 2015). Otros han observado que no permite detectar ansiedad infantil (Alonso Martín & Judías Barroso, 2008; McCormick & Branigan, 1984). Teniendo en cuenta los resultados obtenidos por estos estudios en los que se verifica la aplicabilidad de la técnica para la exploración de aspectos de índole emocional y subjetiva, se estima importante observar la calidad de la técnica en nuestro país. Además, se considera que realizar estudios normativos y verificaciones de las propiedades psicométricas (evidencias de validez, confiabilidad y capacidad discriminativa) en instrumentos de exploración psicológica en la edad infantil, es de especial importancia teniendo en cuenta los reportes de la OMS (2004), en los que se hace referencia a las problemáticas del campo de la Salud Mental como la principal causa de discapacidad entre los niños de 5 y 14 años que viven en el continente americano. Es por ello

que las cuestiones referidas a los trastornos psicopatológicos en la niñez y adolescencia así como los instrumentos de exploración psicológica para detectarlos debieran revestir una relevancia fundamental en las políticas de Salud Pública.

En síntesis, a partir de los aspectos previamente mencionados, así como del uso extendido del instrumento, se sostiene el compromiso de indagar profunda y exhaustivamente acerca de su utilidad en nuestro medio. En este sentido, el presente trabajo se centra en la posibilidad de proveer evidencia empírica local para cada IE que se proponga con potencia discriminativa entre niños con y sin problemática emocional, tal como lo señala Koppitz (1995). Se pretende realizar un estudio normativo y de validación clínica de los IEs del TGV, teniendo en cuenta que los mismos podrían proveer información significativa para acciones de prevención y detección precoz en el campo de la Salud Mental Infantil.

Es importante aclarar que la presente investigación no tiene como fin verificar las interpretaciones proyectivas de cada indicador, las cuales ya fueron formuladas y estudiadas por Koppitz (1968, 1995), sino que busca poder identificar aquellos signos objetivos del dibujo que puedan diferenciar de manera estadísticamente significativa entre niños que consultan de forma ambulatoria por problemas emocionales de aquellos que no se encuentran realizando ningún tipo de tratamiento psicológico. Así como también, se pretende indagar la cantidad de IEs a partir de la cual se debe considerar que un niño estaría en riesgo de padecer una problemática de índole emocional y así realizar una evaluación más exhaustiva que permita confirmar o no la presencia de dicha problemática.

El presente trabajo intenta brindar aportes al psicólogo que se desempeña en la primera pesquisa de exploración psicológica infantil, es decir en atención primaria. En este sentido, busca complementar los aportes realizados previamente al área mediante el estudio normativo y de validación clínica de los indicadores emocionales del Test del Dibujo de la Figura Humana (Brizzio, López, Luchetti & Stover, 2014).

2. Método

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

2.2. Participantes:

2.2.1. Descripción de la muestra A (muestra consultante):

Se empleó un muestreo intencional simple. Participaron de la investigación 57 niños (57%) y 43 niñas (43%), haciendo un total de 100 sujetos, residentes en el Área Metropolitana (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires), que al momento de la administración del Test Guestáltico Visomotor de Bender (TGV) estaban realizando entrevistas de consulta psicológica ambulatoria y cuya puntuación de TGV, en aspectos madurativos, superaba el percentil 30. Un 19% asistió a consulta en Hospital Público, mientras que el 80% restante lo hizo en una instancia privada. El rango de edad osciló entre los 6

y los 12 años ($Media_{edad} = 8.5$; $DE = 1.7$). 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 (57%). El 11% indicó que su grupo de convivencia eran solo sus padres, así como una menor proporción de encuestados (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 (45%) o secundario completo (32%), mientras que sólo el 17% manifestó haber completado nivel primario. En el caso de las madres, se evidencia que el 44% declara haber completado estudios terciarios/universitarios y el 44%, nivel secundario. En este grupo, el 7% comenta haber alcanzado nivel primario completo (Tabla 1).

Por último, en relación con el motivo de consulta, la mayor cantidad de niños y niñas consultaban por problemas de aprendizaje (15%); por problemas de conducta (17%); por problemas con el grupo primario (15%); y por crisis de angustia (13%). El 40% restante, demandaba atención psicológica por motivos varios como Problemas con pares, Problemas de salud física, Miedos, violencia, abuso y maltrato, entre otros.

2.2.2. Descripción de la muestra B (población general, no consultante):

La muestra se compuso de 255 niños y niñas residentes del Área Metropolitana, de entre 6 y 12 años ($Media_{edad} = 8.5$; $DE = 1.6$) -ver Tabla 1-. También en este caso el muestreo fue intencional simple. El 58% eran mujeres y el 42% varones. Todos los niños se encontraban concurriendo a la escuela primaria. El 63.1% de los evaluados vivía con ambos padres y algún hermano/s al momento de la evaluación. El 33.7% ($n = 86$) de las madres poseían secundario completo y el 51.4% ($n = 131$) terciario o universitario completo. Las categorías correspondientes a menor nivel de instrucción formal conformó al grupo restante del 9% ($n = 23$). Por su parte, el 40.8% ($n = 104$) de los padres manifestaban haber completado el nivel secundario y el 34.9% ($n = 89$), el nivel terciario o universitario. Sólo el 11% ($n = 28$) señaló poseer primario incompleto ($n = 1$) o completo ($n = 27$). Esta muestra fue utilizada a los fines de relevar los requisitos propuestos por Koppitz para considerar a un indicador emocional como tal, verificando lo relativo a la característica de inusual que debe poseer el indicador, la desvinculación de la edad y la maduración, así como la validación clínica.

Tabla 1.

Variables sociodemográficas. Frecuencias y porcentajes para Muestras A y B.

	Muestra A (N = 100)		Muestra B (N = 224)	
	N	%	N	%
Género				
Mujeres	57	57	147	57.6
Varones	43	43	108	42.4
Edad				
6 años	17	17	33	12.9
7 años	12	12	35	13.7
8 años	24	24	61	23.9
9 años	15	15	56	22.0
10 años	17	17	37	14.5
11 años	11	11	24	10.7
12 años	4	4	9	03.5
Grupo de convivencia				
Ambos padres	11	11	28	11.0
Ambos padres y hermanos	57	57	161	63.1
Monoparental	7	7	8	3.1
Monoparental y hermanos	7	7	17	6.7
Monoparental, padrastro/ madrastra y hermanos	6	6	2	0.8
Ambos padres, hermanos y abuelos	2	2	5	2.0
Otra	10	10	22	8.6
<i>No respondido</i>			12	4.7
Nivel educativo de la madre				
Primario incompleto	4	4	2	0.8
Primario completo/secundario incompleto	7	7	21	8.2
Secundario completo/terciario o universitario incompleto	44	44	86	33.7
Terciario/Universitario completo	44	44	131	51.4
<i>No respondido</i>	1	1	15	5.9
Nivel educativo del padre				
Primario incompleto	1	1	1	0.4
Primario completo/secundario incompleto	17	17	27	10.6
Secundario completo/terciario o universitario incompleto	32	32	104	40.8
Terciario/Universitario completo	45	45	89	34.9
<i>No respondido</i>	5	5	34	13.3

2.3. Variables e Instrumentos

a. Indicadores emocionales del Test Guestáltico Visomotor de Bender (Koppitz, 1974, 1995):

Definición: 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 Guestáltico Visomotor de Bender (Consigna Koppitz, 1968).

Manual de tabulación de IEs: El Test de Bender (Koppitz, 1995).

b. 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.

c. Variables de registro Clínico: Motivo de consulta.

Definición: Motivo de consulta que define el profesional tratante del niño en las primeras entrevistas con los padres del menor. La categorización se definió en función del criterio clínico de tres profesionales expertas en atención ambulatoria psicológica de niños.

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 Guestáltico Visomotor de Bender a niños de población general (Muestra B) y a niños que asistían a consulta psicológica al momento de la evaluación, por presencia de algún tipo de problema emocional (Muestra A). En ambos casos, se solicitó consentimiento informado de los padres para poder hacer uso de los protocolos de sus hijos en la inves-

tigación. 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 18.0. Se realizaron análisis de frecuencias y porcentajes, así como la prueba de X² por tratarse de comparaciones entre variables dicotómicas.

3. Resultados y Conclusiones

A partir de los objetivos propuestos en este estudio, se indican a continuación los datos obtenidos. En primer lugar, si bien no se trata de un análisis que Koppitz (1971) informa en su estudio sobre los Indicadores Emocionales del TGV, en este trabajo se decidió identificar la frecuencia de aparición de los indicadores emocionales del TGV en los protocolos de los niños de población general, discriminado por edades, para poder determinar si existe un aumento de la frecuencia de aparición de los IEs del TGV, a medida que incrementa la edad y maduración de los niños. De este modo, se busca descartar aquellos signos que manifiesten esta característica, tal como indica Koppitz (1968) para el caso del Test del Dibujo de la Figura Humana; y en consonancia con lo trabajado a nivel local (Brizzio et al., 2014). Para tal fin, en la Tabla 2, se informan los porcentajes de presencia de cada indicador, ordenado por edad.

Tabla 2.
Indicadores emocionales TGVB. Porcentaje de presencia según edad ().*

Indicadores Emocionales (Koppitz,1995)	Edades						
	6 N= 33	7 n= 35	8 n= 61	9 n= 56	10 n= 37	11 n= 24	12 n= 9
1. Orden Confuso	69.7	62.9	57.4	46.4	40.5	25	33.3
2. Línea ondulada	42.4	28.6	27.9	19.6	16.2	8.3	11.1
3. Sust. de círculos por rayas	0	5.7	0	0	0	0	0
4. Aumento progresivo de tamaño	9.1	2.9	3.3	0	2.7	0	0
5. Gran tamaño de las figuras	3	5.7	8.2	3.6	10.8	8.3	11.1
6. Tamaño pequeño	45.5	34.3	34.4	37.5	32.4	20.8	22.2
7. Línea fina	12.1	8.6	3.3	8.9	8.1	0	0
8. Repaso de las figuras y las líneas	15.2	14.3	13.1	23.2	10.8	16.7	22.2
9. Segunda tentativa	3	5.7	8.2	10.7	13.5	8.3	33.3
10. Expansión	0	8.6	1.6	10.7	5.4	4.2	33.3
11. Constricción	3	5.7	4.9	3.6	2.7	4.2	0
12. Marcos alrededor	3	0	0	0	0	4.2	0
13. Elaboración espontánea	0	0	0	3.6	0	0	0

(* Se resaltan los indicadores que poseen porcentaje de presencia de 16% o superior.

En función de los datos encontrados, se observa entonces que los indicadores *Orden confuso*, *Línea ondulada* y *Figura pequeña* se presentan en más del 15% en todas o casi todas las categorías de edad, pudiendo quedar eliminados de la lista de Indicadores Emocionales para esta muestra de sujetos, si se mantiene la exigencia en cuanto a la definición de criterios de IEs. Sin embargo, este aspecto será tomado en consideración más adelante cuando se aborden la discusión acerca de los resultados de la validación clínica de los IEs. Por otro lado, de entre estos indicadores, sólo *Línea ondulada* presenta bajos porcentajes en las edades de 11 y 12 años. Es decir, en los niños mayores sí es de rara ocurrencia la presencia de este IE. También se observa que el IE *Repaso de las figuras y las líneas* comienza a aparecer en más del 15% para las edades de 11 y 12 años por lo que su ocurrencia sería esperable para esta franja etaria por lo que no se lo consideraría un IE en los niños de esta edad.

Ningún indicador mostró un aumento regular y considerable en su frecuencia de aparición en correspondencia con el aumento de edad cronológica, entendiéndose que cumplen con esa pauta, estipulada por Koppitz (1968).

Por último, en función del último criterio de validez clínica, los resultados indican que, de los 13 Indicadores Emocionales considerados en este estudio, solo algunos permitieran diferenciar de modo estadísticamente significativo entre grupos de niños que consultan a profesionales de salud mental por problemáticas de índole emocional y aquellos que no lo hacen. Los resultados de Chi

cuadrado calculados para verificar dependencia significativa entre los IEs y la pertenencia del niño al grupo consultante (Muestra A) o de población general (Muestra B) son favorables para los siguientes seis indicadores (ver Tabla 3): *Orden confuso*, *Línea ondulada*, *Gran Tamaño*, *Tamaño pequeño*, *Repaso de las figuras y las líneas*, y *Aumento Progresivo de tamaño*. En el caso de este último, la significación estadística sigue los criterios de Koppitz (1968) ($p < 0.1$).

De los siete IEs restantes, cuatro de ellos muestran mayor frecuencia de aparición en el grupo consultante que en el grupo control, si bien las diferencias no son significativas a nivel estadístico. Estos son los IEs *Línea fina*, *Segunda tentativa* y *Constricción*. A diferencia del estudio que informa Koppitz (1963), este último indicador, es decir el uso de la mitad de la hoja para reproducir las nueve figuras del TGV, se conservaría en nuestro trabajo, junto con los otros dos nombrados. Asimismo, dada la escasez de casos presentados, no se ha podido calcular el estadístico correspondiente en los siguientes otros tres IEs, a saber, *Sustitución de círculos por rayas*, *Marcos alrededor de las figuras* y *Elaboración espontánea o añadidos a la figura*. Por último, solo el indicador *Expansión* no halló diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, ni demostró mayor frecuencia de aparición en el grupo consultante, de modo que se considera no cumple con los requisitos generales para ser considerado emocional.

Tabla 3.

Indicadores Emocionales. Análisis de dependencia o independencia según Muestra. Porcentajes de presencia. ()*

Indicador Emocional	Muestra A	Muestra B	X ²	G _l	P
1.Orden Confuso	70%	51%	10.564	1	.001
2.Línea ondulada	48%	23.9%	19.573	1	.000
3.Sustitución de círculos por rayas (**)					
4.Aumento progresivo de tamaño (*)	7%	2.7%	3.433	1	.064
5.Gran tamaño de las figuras	21%	6.7%	15.439	1	.000
6.Tamaño pequeño de los dibujos	57%	34.5%	15.037	1	.000
7.Línea fina(***)	8%	6.7%	.195	1	.659
8.Repaso de las figuras y las líneas	44%	16.1%	30.751	1	.000
9.Segunda tentativa(***)	15%	9.4%	2.294	1	.130
10.Expansión	5%	6.3%	.210	1	.647
11.Constricción(***)	5%	3.9%	.206	1	.650
12.Marcos alrededor de las figuras(**)					
13.Elaboración espontánea o añadidos a la figura(**)					

Se resaltan los indicadores con asociaciones estadísticamente significativas.

(*) IE que sigue criterio Koppitz de significación estadística ($p < 0.1$)

(**)No se consideró el X² dado que más de una casilla de la tabla contaba con menos de 5 casos.

(***)Si bien la diferencia no es significativa estadísticamente, se observa mayor proporción en Muestra A.

Como ya se comentó en el trabajo publicado sobre la validación clínica local de los IEs del Test del Dibujo de la Figura Humana (Brizzio et al., 2014), también aquí se consideran otros criterios, como lo hace Koppitz (1986), para decidir mantener algunos IEs, además de la validez clínica estadísticamente significativa. Los criterios que la autora toma en cuenta son su juicio clínico, la mayor ocurrencia del indicador en la muestra consultante respecto de la muestra de población general (aunque esa diferencia no sea estadísticamente significativa) y la rara ocurrencia del Indicador que no permita hacer el análisis estadístico correspondiente. En este estudio se decidió mantener doce de los trece indicadores considerados (ver Tabla 4), cuestión que será tratada a continuación, en la discusión.

Tabla 4.
Listado de IEs que se conservan a partir de los estudios normativos realizados, indicando la edad a partir de la cual comienzan a ser significativos.

Indicadores Emocionales	Edades						
	6	7	8	9	10	11	12
1. Orden Confuso				X	X	X	X
2. Línea ondulada				X	X	X	X
3. Sustitución de círculos por rayas	X	X	X	X	X	X	X
4. Aumento progresivo de tamaño	X	X	X	X	X	X	X
5. Gran tamaño de las figuras	X	X	X	X	X	X	X
6. Tamaño pequeño de los dibujos	X	X	X	X	X	X	X
7. Línea fina	X	X	X	X	X	X	X
8. Repaso de las figuras y las líneas	X	X	X	X	X		
9. Segunda tentativa	X	X	X	X	X	X	X
10. Constricción	X	X	X	X	X	X	X
11. Tamaño pequeño	X	X	X	X	X	X	X
12. Elaboración espontánea o añadidos a la figura	X	X	X	X	X	X	X
TOTAL DE IES POR EDAD	10	10	10	12	12	11	11

Por último, se realizaron pruebas de diferencia de medias para indagar si la cantidad de signos presentes en los dibujos de los evaluados introducía distinciones signi-

ficativas entre los grupos a favor del Grupo Consultante (Muestra A). En función de los resultados [$t(151) = -11,373$; $p = .000$; $Media_{muestraA} = 2,37$; $DE = 1,46$ vs. $Media_{muestraB} = .75$; $DE = 1,06$], se considera que debe prestarse atención a los protocolos con 2 o más indicadores.

4. Discusión

En función de los resultados expuestos hasta aquí se hace posible dar cuenta de datos normativos locales y actualizados acerca de los Indicadores Emocionales propuestos y analizados por Elizabeth Koppitz (1995) para el TGV.

A partir de los análisis efectuados, en principio se concluye que ningún indicador mostró un aumento regular y considerable en su frecuencia de aparición en correspondencia con el aumento de edad cronológica, entendiéndose que cumplen con esa pauta, estipulada por Koppitz (1976).

En lo que respecta a la validación clínica, los resultados indican que, de los 13 Indicadores Emocionales considerados en este estudio, solo seis permiten diferenciar de modo estadísticamente significativo entre grupos de niños que consultan a profesionales de salud mental por problemáticas de índole emocional y aquellos que no lo hacen. Estos son: *Orden confuso*, *Línea ondulada*, *Gran Tamaño*, *Tamaño pequeño*, *Aumento progresivo del tamaño* y *Repaso descuidado o líneas fuertemente reforzadas* (Ver tabla 4).

Como se mencionó con anterioridad, en un trabajo realizado por este equipo (Brizzio et al., 2014), se han respetado otros criterios, también considerados por Koppitz (1968), para decidir mantener algunos IEs en el caso del Test del Dibujo de la Figura Humana. Es en función de los mismos que se observa que de los siete IEs restantes, *Línea fina*, *Segunda tentativa* y *Constricción* muestran mayor frecuencia de aparición en el grupo consultante que en el grupo control, y se decide mantenerlos aunque las diferencias no son significativas a nivel estadístico. Teniendo en cuenta lo antedicho, el IE *constricción* se conservaría en nuestro estudio a diferencia de los resultados que obtuvo Koppitz (1963). En 1986, la autora señala que este indicador parece efectivo como indicador patológico en adultos pero no en niños. En este sentido, Hutt (1950) y Pascal y Suttell (1951) apoyan la idea de que este indicador emocional se relaciona con la depresión, retraimiento y timidez.

A diferencia de los resultados obtenidos por Koppitz, en nuestros protocolos los indicadores *Orden confuso*, *Línea ondulada* y *Tamaño pequeño* se presentan en más del 15% en todas o casi todas las categorías de edad de la muestra. Sin embargo, se decide mantenerlos debido a que han mostrado una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos contrastados. De estos, sólo *Línea ondulada* presenta bajos porcentajes en las edades de 11 y 12 años, por lo que se concluye que sería de rara ocurrencia la presencia de este IE en estas edades. Además, también a alguno de ellos se los decide mantener cimen-

tados en el juicio clínico de las autoras. Esto ocurre con *orden confuso*, dado que en algunas investigaciones (Alonso Martín & Judías Barroso, 2008) ha sido el único IE que correlaciona con una escala que evalúa estado de ansiedad en niños. Así como también, en la revisión bibliográfica se observa que varias investigaciones coinciden con las autoras en que el indicador *tamaño pequeño* tiene relevancia clínica (De Santiago Herrero, 1999; Di Leo, 1988; Elliot, 1968; Hammer, 1997; Katz, 1967; Koppitz, 1995), o se vincula con motivo de consulta a dispositivos de atención psicológica ambulatoria públicos y privados por problemas de aprendizaje (Brizzio et al., 2015). Dentro de las especificaciones que realiza la autora para la consignación de *Figura Pequeña*, hace referencia a la presencia de sólo una figura con tamaño la mitad o menos que la tarjeta modelo. Si bien con este criterio se han puntuado los protocolos tanto en la muestra general como en la clínica, es interesante mencionar, que en un análisis más detallado hecho sobre las producciones de los niños de la muestra consultante, suelen encontrarse más de una figura de tamaño pequeño en esos protocolos, a diferencia de los de población general que pueden puntuar en este IE únicamente por la presencia de una sola de las figuras copiadas en un tamaño reducido. Por este motivo sería recomendable a la hora de la exploración clínica de un caso, realizar una observación singular de este IE.

Respecto de *Línea ondulada* y *Orden confuso*, y teniendo en cuenta los más altos porcentajes de presencia de estos signos en 6, 7 y 8 años; podría tratarse de IEs comunes y/o esperables para estas edades, tomando en consideración lo especificado por Koppitz (1995) acerca de que especialmente en los niños pequeños, los aspectos de maduración pueden influir en la presencia de los IEs. En este sentido, de manera preliminar y, en función de lo antedicho, no se tomarán en cuenta *Orden Confuso* y *Línea ondulada* como relevantes en este grupo etario (ver Tabla 4). De todos modos, para ser más concluyente respecto de este tema sería importante repetir los estudios en futuras investigaciones con una muestra mayor.

Asimismo, dada la escasez de ocurrencia en los casos estudiados, no se ha podido calcular el estadístico correspondiente en los siguientes otros tres IEs, a saber, *Sustitución de círculos por rayas*, *Marcos alrededor de las figuras* y *Elaboración espontánea o añadidos a la figura*. Con estos dos últimos IEs ha ocurrido algo similar en los análisis realizados por Koppitz (1995). Por ello, al igual que la autora, se decide mantenerlos. Es posible pensar que si su ocurrencia en la muestra es rara, su observación en la clínica sería relevante en un caso puntual.

Por último, solo el signo *Expansión* no halló diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, ni demostró mayor frecuencia de aparición en el grupo consultante, de modo que se considera no cumple con los requisitos generales para ser considerado emocional.

Como ya se comentó, en este estudio se decidió mantener doce de los trece indicadores considerados (Ver tabla 4).

En lo que respecta a la cantidad de indicadores presentes para considerar la importancia de establecer una

exploración psicológica más profunda, se establece que a partir de 2 indicadores en el dibujo se podría inferir la presencia de perturbaciones emocionales, a diferencia de los resultados estimados por Koppitz (1968), quien al respecto establecía tres indicadores o más.

En suma, los resultados observados en este estudio confirman la eficacia de la mayoría de los Indicadores Emocionales propuestos por Koppitz para el TGV y propone un listado útil y adaptado para su uso en el área Metropolitana de Buenos Aires.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, G., Cortadellas, M., & Tuset, A. (1988). *Baremización del test de Bender*. Barcelona: Oikos-Tau.
- Alonso Martín, P. & Judías Barroso, J. (2008). Discriminación de la ansiedad a través del Test Gestáltico Bender. *Apuntes de Psicología*, 26 (3), 449-458.
- Amaya Charras, J. A., Blanda, E., García, S. L., Correa, T., Nanclares, J., Fernández Grimberg, L. & Esposito García, M. L. (2008). Alteraciones en la simbolización a través del Test de Bender. En *Memorias del XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur de la Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*, 21-22.
- Archer, R. P. & Newsom, C. R. (2000). Psychological test usage with adolescent clients: Survey update. *Assessment*, 7(3), 227-235.
- Bender, L. (1938). A visual motor Gestalt Tests and its clinical use. *Ameryorthopsychiatric. Ass. Res. Monograph.*, n° 3.
- Bender, L. (1968). *Test Gestáltico Visomotor*. Buenos Aires: Paidós.
- Bender, L. (1977). *Test Gestáltico Visomotor. Usos y Aplicaciones Clínicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Bender, L. (1955). *Test gestáltico visomotor: usos y aplicaciones clínicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Bell, J.E. (1992). *Técnicas proyectivas (Exploración de la dinámica de la personalidad)*. Buenos Aires: Paidós.
- Brannigan, G., & Decker, S. L. (2003). *Bender Visual-Motor Gestalt Test*. Itasca, IL: Riverside Publishing.
- Brito, G. N. & Santos, T. R. (1996). The Bender Gestalt Test for 5- to 15-year old Brazilian children: Norms and validity. *Brazilian Journal of Biological Research*, 29(11), 1513-1518.
- Brito, G. N., Alfradique, G. M., Pereira, C., Porto, C. M. & Santos, T. R. (1998). Developmental norms for eight instrument used in the neuropsychological assessment of children: Studies in Brazil. *Brazilian Journal of Biological Research*, 31(3), 399-412.
- Brizzio, A., López, L., Luchetti, Y., Stover, J. (2014). Estudio normativo y de validación clínica de los indicadores emocionales del Test del Dibujo de la Figura Humana. *Investigaciones en Psicología*, 19 (1), 7-30.
- Brizzio, A., Luchetti, Y., López, L., D'Amelio, V. & Acebal, A. (2015). Los indicadores emocionales del Test de Bender y su relación con los motivos de consulta en niños en consulta psicológica ambulatoria. En *Memorias del VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Decimo primer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR de la Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*, 61-62.
- Casullo, M. M. (1998). *El Test de Bender Infantil. Normas regionales*. Buenos Aires: Guadalupe.

- Cajigas Ponte, H. L. & Merino Soto, C. (2009). Comparación psicométrica de dos sistemas de calificación para el Test Gestáltico visomotor de Bender modificado. *Fractal: Revista de Psicología*, 21(3), 633-634.
- Carreras, M. A., Uriel, F., Pérez, M., Suárez Hernández, N., Acebal, A. y Fernández Liporace, M. M. (2011). *Baremos Niños Escolarizados (6 a 12 Años): Test Gestáltico Visomotor de Bender, Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH) y Test de Memoria Auditiva y Visual de Dígitos (VADS)*. Buenos Aires: Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología. UBA.
- Cummings, J. A., Hoida, J. A., Macheck, G. R., & Nelson, J. M. (2003). Visual-motor assessment of children. En C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Eds.) *Handbook of psychological and educational assessment of children: intelligence, aptitude, and achievement* (2nd. Ed., pp. 498-518). New York: Guilford Press.
- De Santiago Herrero, F., Fernández, M., & Guerra, L. (1999). *Psico-diagnóstico dinámico a través de las técnicas proyectivas*. Salamanca: Amaru.
- Di Leo, J.H. (1988). *Los dibujos de los niños como ayuda diagnóstica*. Buenos Aires: Paidós
- Elliot, J. (1968). *A validation study of the Koppitz and Pascal-Sutell systems with eleven through fourteen year old children*. Tesis. Universidad de Michigan.
- Fernández, T., & Tuset, A. M. (2007). Bender performance and socioeconomic status in Mexican children: A crosscultural study. *Perceptual and Motor Skills*, 105(3 I), 906-914.
- Hammer, E. (1992). *Tests proyectivos gráficos*. Barcelona: Paidós.
- Hutt, M. (1950). Test of personality: picture and drawing techniques. Revised Bender Visual Motor Gestalt Test. En A. Weider (Ed.) *Contributions toward Medical Psychology*. Nueva York: Ronald Press.
- Hutt, M. L. (1969). *La adaptación Hutt del Test Gestáltico de Bender*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Kacero, E. (2005). *Test Gestáltico Visomotor de Bender: una puesta en espacio de figuras*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Karr, S. K. (1982). Bender Gestalt performance of Sierra Leone West. African children from four subcultures. *Perceptual and Motor Skills*, 55, 123-127.
- Katz, D. (1967). *Psicología de la forma*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Katz N., Kizony R. & Parush, S. (2002). Visuomotor organization and thinking operations performance of school-age Ethiopian, Bedouin, and mainstream Israeli children. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 22(1).
- Koppitz, E. M. (1960). The Bender Gestalt Test for children: A normative study. *Journal of Clinical Psychology*, 16, 432-435.
- Koppitz, E. M. (1963). *The Bender-Gestalt Test for young children*. New York: Grune & Stratton.
- Koppitz, E. M. (1968). *El Dibujo de la Figura Humana en los niños*. Buenos Aires: Editorial Guadalupe.
- Koppitz, E. M. (1971). *Test Gestáltico Viso-motor para niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Koppitz, E. (1995). *El Test de Bender*. Barcelona: Oikos- tau.
- Kroeff, P. (1988). Normas brasileiras para o Teste de Bender. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 1/2 (3), 12-19.
- Kroeff, P. (1992). Desempenho de crianças no Teste de Bender e nível sócioeconômico-cultural. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 5(2), 119-126.
- López, L., Luchetti, Y., Salvino, C., D'amelio, V., Piperno, L. & Villaroia, M. (2013). Estudio preliminar sobre los indicadores emocionales del Test de Bender. En *Memorias del V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR de la Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*, 77.
- Makhele, L., Walker, S. & Esterhuysen, K. (2006). Utility of the Koppitz norms for the Bender Gestalt Test performance of a group of Sesotho-speaking children. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 18(2), 55 - 60.
- McCormick, T. & Brannigan, G. (1984). Bender Gestalt sings as indicators of Anxiety, withdrawal, and acting-out behaviors in adolescents. *The Journal of Psychology*, 118, 71-74.
- Nodelis, H. (2000). *Test de Bender: Epilepsias y Psicosis*. Buenos Aires: Catálogos Editora.
- Nodelis, H. (2011). *Test de Bender: Depresiones, trastornos de la personalidad y personalidades postraumáticas*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Pascal, G. & Sutell, B. (1951). *The Bender Gestalt Test*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Parush, S., Sharoni, C., Hahn-Markowitz, J., & Katz, N. (2000). Perceptual, motor, and cognitive performance components of Bedouin children in Israel. *Occupational Therapy International*, 7, 216-231.
- Pascal G., & Sutell, B. (1951). *The Bender-Gestalt test: its quantification and validity for adults*. New York: Grune y Stratton.
- Pelorusso, A. & Etchevers, M. (2004). Baremos de Test Gestáltico Visomotor. *Revista Investigaciones en Psicología*, 9(3), 1-16.
- Pelorusso, A., Etchevers, M., Fernández, C., Arlandi, N., Retamar, M. S. & Giannini, S. (2006). Niños en riesgo. Efectos de la depravación familiar y de contexto. En *Memorias del XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur de la Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*, 62-63.
- Piotrowski, C. (1995). A review of the clinical and research use of the Bender-Gestalt Test. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 1272-1274.
- Román, M. & Vázquez, C. (1984). *Desarrollo de normas locales de la prueba Bender Gestalt para niños puertorriqueños de kinder a tercer grado*. Tesis de maestría, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ríos Piedras.
- Rosenblum, S., Katz, N., Hahn-Markowitz, J., Mazor-Karsenty, T., & Parush, S. (2000). Environmental influences on perceptual and motor skills of children from immigrant Ethiopian families. *Perceptual and Motor Skills*, 90, 587-594.
- Sullivan, K. & Bowden, S. C. (1997). Which tests do neuropsychologist use? *Journal of Clinical Psychology*, 53, 657-661.
- Taborda de Velasco, A. (2002). *La capacidad intelectual en niños de 4 a 6 años. Diagnóstico de su dinámica. Estudio Clínico del WPPSI, DFH y BG*. Buenos Aires: Lumen.
- Viljoen, G., Levett, A., Tredoux, C. & Anderson, S. (1994). Using the Bender Gestalt in South Africa: Some normative data for Zulu -speaking children. *South African Journal of Psychology*, 24(3), 145- 150.
- World Health Organization (2004). New study presents state of the world's health. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2008/np11/en/>.
- Zambrano Sánchez, E., Del Consuelo Martínez Wbaldo, M. & Poblano, A. (2010). Risk factor frequency for learning disabilities in low socioeconomic level preschool children in Mexico city. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 18(5): 998-1004.