



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**ESTUDIO COMPARATIVO DEL AUTOCONCEPTO  
EN NIÑOS (9 A 12 AÑOS) CON DIAGNOSTICO DE  
ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL (ARJ) Y  
NIÑOS SANOS**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A :**

**PAULA ALICIA PALACIOS RAMIREZ**

Director de Tesis: Lic. Juan Carlos Muñoz Bojalil  
Asesor de Metodología: Lic. Ricardo Díaz Gutiérrez

México, D. F.

1993

**TESIS CON  
FALLA DE CARGEN**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

	págs.
Introducción .....	I
Capítulo 1: Enfermedades crónicas en la niñez .....	1
Introducción .....	1
1.1 Origen de la enfermedad .....	2
1.2 Desarrollo del concepto de enfermedad .....	3
1.3 Reacción del niño hacia la enfermedad .....	5
1.4 Repercusión de la enfermedad en la familia ..	10
1.5 Repercusión de la enfermedad en el niño .....	13
Capítulo 2: Artritis reumatoide juvenil .....	17
Introducción .....	17
2.1 Características generales .....	18
2.1.1 Anatomía patológica .....	19
2.2 Características clínicas .....	19
2.2.1 Tipos de artritis .....	19
2.2.2 Clasificación de la ARJ de acuerdo a la capacidad funcional .....	21
2.2.3 Cuadro clínico general .....	21
2.2.4 Evolución .....	23
2.2.5 Pronóstico .....	24
2.2.6 Diagnóstico .....	24
2.2.7 Tratamientos empleados .....	25
Capítulo 3: Autoconcepto .....	27
Introducción .....	27
3.1 Enfoque psicoanalítico .....	28
3.1.1 Heinz Hartmann .....	28
3.1.2 Erik Erikson .....	29
3.1.3 Symonds .....	32
3.2 Enfoque social .....	33
3.2.1 G. Mead .....	33
3.2.2 William James .....	34
3.2.3 Morris Rosemberg .....	35
3.3 Formación del autoconcepto .....	36
Capítulo 4: Aspectos psicológicos de la ARJ .....	43
4.1 Investigaciones .....	43
4.2 Experiencia clínica .....	48

<b>Capítulo 5: Metodología</b> .....	<b>53</b>
5.1 Planteamiento del problema .....	53
5.2 Hipótesis .....	54
5.3 Definición de variables .....	54
5.4 Población y selección de la muestra .....	55
5.5 Tipo de estudio .....	56
5.6 Diseño .....	56
5.7 Instrumentos .....	56
5.8 Procedimiento .....	59
5.9 Análisis de los datos .....	60
<b>Capítulo 6: Análisis estadístico y resultados</b> .....	<b>61</b>
<b>Capítulo 7: Discusión, conclusiones y recomendaciones</b> .....	<b>79</b>
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	<b>88</b>
<b>Anexos</b>	

## RESUMEN

Se comparó el autoconcepto de niños entre 9 y 12 años con artritis reumatoide juvenil (ARJ) y niños sanos, para conocer si existían diferencias en las características negativas del autoconcepto. Cada grupo estuvo constituido por 15 niños seleccionados mediante muestreo no probabilístico de tipo intencional, siendo apareados por edad y sexo. Los instrumentos usados fueron el dibujo de la figura humana (DFH) y la escala de autoconcepto para niños (EAPN) de Andrade y Weiss.

Para comparar a los grupos se aplicó la  $t$  de student en la EAPN y la  $X^2$  en el DFH. Los resultados indicaron que los niños artríticos tendieron a presentar más características negativas respecto a los sanos: En la EAPN existieron diferencias en las áreas emocional, social, física y como hijo, mientras que en la moral y académica no difirieron significativamente; y en el DFH mostraron mayor número de indicadores de autoconcepto devaluado.

Además, como resultados complementarios se encontraron diferencias en los indicadores del DFH que miden culpa, agresión y dificultad para relacionarse.

## INTRODUCCION

## I N T R O D U C C I O N

La niñez es una etapa de gran trascendencia en el desarrollo emocional del niño, ya que durante su transcurso va adquiriendo una serie de pautas de conducta que le permiten ir conformando las características de su personalidad que lo diferenciarán respecto al resto de su grupo de pares y además, cimentará el desarrollo de su personalidad posterior.

Durante el transcurso de la niñez intermedia (comprendida entre los seis y los doce años), el niño se enfrenta a diversos cambios en su estilo de vida necesitando lograr una adaptación ante ellos; por ejemplo, con el ingreso a la escuela surge la creciente necesidad de lograr una mayor autonomía respecto a sus padres aunque todavía depende de ellos, y muestra mayor interés en las relaciones que establece con su grupo de pares lo cual le permite ir adquiriendo diversas pautas de socialización.

Cuando junto con lo anterior se presenta repentinamente una enfermedad de curso crónico, la vida del niño adquiere un matiz diferente ya que tiene que irse adaptando a su presencia así como a los cambios y repercusiones que tendrá en su vida, lo cual dependerá en gran medida de las características de la enfermedad, del tipo de apoyo que reciba de su familia (principalmente de sus padres), de factores medio ambientales y de aspectos internos asociados al evento (temores, fantasías, inseguridad, vivencia de daño).

Así, la artritis reumatoide juvenil (ARJ) es una enfermedad de curso crónico que ataca a las articulaciones del sistema músculo esquelético, cuya cronicidad puede dar lugar a limitaciones funcionales y ocasionar progresivamente una mayor restricción y disminución en la vida activa del niño. Tales aspectos pueden influir en el desarrollo de la personalidad del niño y tal como lo mencionan Lacey y Birtchnell (1986), alterar su imagen corporal la cual puede repercutir en la formación del autoconcepto.

Debido a la repercusión que puede tener una enfermedad crónica en la personalidad del niño y considerando el papel que desempeña el autoconcepto en su formación, surgió la inquietud por conocer si los niños con ARJ tienden a describirse a través de un mayor número de adjetivos negativos en comparación a niños sanos, que indicaría la presencia de un autoconcepto devaluado.

Lo anterior se basa en el planteamiento aristotélico de la dualidad mente-cuerpo, misma que desde la Grecia antigua dió lugar a controversias debido a que algunos consideraban que el estudio de ambos conceptos debería ser independiente y otros opinaban lo contrario. Actualmente, su estudio no puede hacerse por separado dada la interacción que existe entre ellos en la vida de cualquier individuo, por lo que la modificación de uno de ellos repercute en el otro, tal como sucede ante la presencia de una enfermedad crónica como lo es la ARJ.

Además de lo anterior, el interés por realizar la investigación con niños artríticos se debe también en gran medida a que la artritis se ha considerado durante mucho tiempo como una enfermedad de población adulta, desconociéndose su presencia en niños y el estudio con este tipo de pacientes desde el punto de vista psicológico ha sido relegado, presentándose un mayor número de investigaciones en padecimientos asmáticos y diabéticos, lo cual puede estar asociado a que tienen una mayor prevalencia en población infantil.

El abordaje de los aspectos anteriores será manejado desde un enfoque bio-psico-social, dada la importancia que tienen tales aspectos en el desarrollo del individuo.

A continuación se describe la manera en la cual se dividieron los capítulos del presente trabajo y el contenido de cada uno de ellos.

En el Capítulo uno se presenta un panorama general respecto a las enfermedades crónicas y su influencia en el desarrollo emocional del niño, así como el impacto que también ocasiona en el núcleo familiar del niño generando una serie de respuestas ante su presencia.

En el Capítulo dos se describe desde el punto de vista médico las características clínicas de la ARJ y los tratamientos empleados, con el fin de describir la manera en la cual interfiere en el desarrollo físico del niño y vislumbrar su repercusión en el aspecto emocional.

En el Capítulo tres se plantean los aspectos teóricos del autoconcepto partiendo de la psicología del Yo y considerando también el enfoque social para tener una aproximación y comprensión respecto a su importancia en el desarrollo de la personalidad del niño.



En el Capítulo cuatro se aborda la relación entre los capítulos anteriores considerando los hallazgos encontrados por diversos autores, así como la presentación de investigaciones relacionadas con el presente trabajo. También se describe la experiencia clínica obtenida mediante el manejo psicoterapéutico de niños artríticos hospitalizados, con el fin de mencionar la manera en la cual el psicólogo clínico puede intervenir al desempeñarse en un ámbito hospitalario.

En el Capítulo cinco se hace referencia a la metodología planteada en el presente trabajo, incluyéndose aspectos tales como el planteamiento del problema, tipo de variables, hipótesis y pruebas aplicadas.

En el Capítulo seis se presentan los resultados obtenidos a través de la aplicación de las pruebas estadísticas usadas para contrastar la hipótesis planteada, así como el análisis de frecuencias que se llevo a cabo.

Por último, en el Capítulo siete se plantea la discusión de los resultados obtenidos relacionándolos con el marco teórico propuesto, iniciándose con el dibujo de la figura humana (DFH) y posteriormente con los resultados obtenidos en la escala de autoconcepto para niños (EAPN); ambas pruebas se analizaron cuantitativa y cualitativamente. También se abordan las conclusiones a las que se llegó a través de los hallazgos encontrados, así como los eventos y situaciones que a lo largo del estudio se encontraron y actuaron como limitantes del trabajo; por último, se mencionan las recomendaciones que pueden ser consideradas en posteriores investigaciones con poblaciones similares a las manejadas en el presente estudio.

**CAPITULO 1:  
ENFERMEDADES CRONICAS EN LA NIÑEZ**

## CAPITULO 1: ENFERMEDADES CRONICAS EN LA NIÑEZ

### Introducción

La salud física desempeña un papel importante en el desarrollo físico y emocional de todo individuo, cuando se presenta una enfermedad en el niño su desarrollo se ve matizado de diferente manera, ya que su personalidad todavía no está totalmente formada y depende en muchos aspectos de su medio ambiente.

Lipowski y Hanover (1972) mencionan que el niño al enfermarse tiende a mostrar conductas más infantiles que corresponden a etapas anteriores de su desarrollo, y la enfermedad puede ser un factor determinante para que posteriormente se presenten desordenes emocionales. Además, Hurlock (1978) señala que la enfermedad cuando tiene un efecto amenazante en el cuerpo del niño su personalidad puede predisponerlo a prolongarla o intensificarla.

El enfermar también implica la pérdida de homeostasis sobre todo en el niño, debido a que a menudo a éste no se le explica su presencia, lo cual puede dar lugar a que sus fuentes de conocimiento sean experiencias que tenga directa e indirectamente (Brodie, 1974).

Aunque algunas enfermedades pueden dejar huellas en el desarrollo emocional del niño, la repercusión puede ser mayor en las que son de curso crónico, debido a las características inherentes del padecimiento, así como al tipo de tratamientos empleados, los que frecuentemente son prolongados y modifican el estilo de vida del niño, restringiendo en ocasiones la realización de actividades recreativas que le permiten socializar con su grupo de pares; los cuales desempeñan un papel fundamental en su desarrollo, debido a que sobretodo en esta edad, la pertenencia a un grupo proporciona seguridad, confianza y un mayor desenvolvimiento social mismos que son importantes en el desarrollo de cualquier individuo.

De acuerdo con Mattsson (1972), la enfermedad crónica puede definirse como: "Un trastorno con un curso prolongado, el cual puede ser progresivo y fatal o asociarse con un tipo de vida relativamente normal a pesar del impedimento físico o funcionamiento mental. Tal enfermedad frecuentemente presenta periodos de exacerbaciones agudas requiriendo

atención médica intensiva (...), y puede causar interferencias en el crecimiento físico y emocional del niño" (pág. 801).

Las causas posibles de las enfermedades crónicas son diversas, siendo algunas de ellas factores genéticos, psicosociales, nutricionales e inmunológicos, y en algunas de ellas todavía no se determina el agente etiológico, situación que puede dificultar el manejo terapéutico. Además, Burish y Bradley (1983) enfatizan que cuando ésta es muy severa, los síntomas presentes pueden pasar inadvertidos por el otro.

Como se observa, un padecimiento crónico tiene varias características, lo que da lugar a que diversos autores con sus enfoques teóricos particulares, hayan abordado el estudio de la repercusión psicológica de la enfermedad en el niño. Por ello, en el presente capítulo se mencionan a algunos de ellos tales como Ajuria Guerra (1983), Erikson (1972), A. Freud (1985) y Rae-Grant (1985); quienes engloban aspectos relacionados con el concepto de enfermedad, reacciones, fantasías, defensas, así como respecto a la dinámica familiar misma que puede modificarse como consecuencia del padecimiento, debido a que éste no solo influye en el niño, sino también en quienes lo rodean y mantienen una relación estrecha con él.

### 1.1 Origen de la enfermedad

Perrin y Guerrety (1984) enfatizan la importancia que tiene en el desarrollo emocional del niño el presentar una enfermedad congénita o adquirirla repentinamente, considerando que en el segundo caso la repercusión es mayor debido a que el niño ya había alcanzado ciertas habilidades a lo largo de su desarrollo y resiente la pérdida de las mismas.

El tipo de incapacidad también es un factor crucial, ya que en ocasiones interfiere en el proceso de aprendizaje del niño, tal como ocurre en la sordera y en la ceguera. En otras, el movimiento estará restringido (como es el caso de la ARJ dependiendo del nivel de severidad y del número de articulaciones afectadas), que pueden imposibilitar al niño a realizar diversas actividades motoras tales como correr, caminar o practicar un deporte específico.

Tales actividades son muy importantes dada la necesidad que tiene el niño de estimulación medio ambiental, de explorarlo y de adquirir habilidades sociales, así como interactuar con sus compañeros. Además, el juego en los niños funciona como una "válvula de escape" en el manejo de la ansiedad, el resentimiento, la angustia y diversas emociones que para ellos resultan difíciles de manejar (Hurlock, 1978; Perrin y Guerrety, 1984 y Rae-Grant, 1985); y tal interrupción bloquea las capacidades del niño o del adolescente (Cobb, 1972 citado en Orantes, 1986).

La importancia del movimiento es tal, que Lipowski y Hanover (1972) mencionan que los niños tienden a defender su libertad de movimiento pudiendo presentar agresividad durante y después de la restricción motora y según A. Freud (1985), solo los vencerá la intensidad o el tipo de enfermedad.

## 1.2 Desarrollo del concepto de enfermedad

En el niño la comprensión de la enfermedad resulta ser un proceso complejo ya que a los adultos se les dificulta explicarle su presencia a sus hijos, principalmente porque desconocen la percepción que éste tiene de su padecimiento, (Brodie, 1974).

La edad del niño al momento de la enfermedad desempeña un papel importante, debido a que dependiendo del nivel de desarrollo emocional y cognitivo en que se encuentre el niño, podrá ser interpretada su presencia (Bibace y Walsh, 1980; Carandang, 1979; Felice y Friedman, 1982; Nahuauser, 1978 y Rae-Grant, 1985).

Por ejemplo, A. Freud (1985) considera que la enfermedad así como los tratamientos empleados pueden ser vividos por el infante en forma traumática debido a que "(...) al niño no le es posible distinguir entre sentimientos causados por la enfermedad en el interior del cuerpo y el sufrimiento que se impone desde afuera para curarlo (...)" (pág. 133).

Además, entre más pequeño es el niño, la relación entre cuerpo y mente es más estrecha debido a que las emociones son descargadas mediante el aspecto orgánico, ya que el niño todavía no ha adquirido el lenguaje y el pensamiento que podría usar como medio de descarga (Ibidem).

Al preescolar le resulta difícil comprender que los tratamientos aunque son dolorosos o restringen la actividad motora sirven para disminuir el dolor o bien, los síntomas de la enfermedad.

Por su parte, los niños en etapa escolar tienden a vivenciar la enfermedad así como sus efectos (dolor, incapacidad), como un castigo por sentimientos de culpa ante alguna situación que anteriormente realizaron (por ejemplo, no haber obedecido a alguno de sus padres). O bien, tienden a culpar a algún familiar o a sí mismos como causantes de la enfermedad (Ajuriaguerra, 1983; Brodie, 1974; A. Freud, 1985; Hughes, 1982; Mattsson, 1972 y Nover, 1977 citado en Orantes, 1986).

Lo anterior puede deberse a las fantasías inconscientes que el niño llega a formarse respecto a la enfermedad, así como a la ansiedad y miedo que le ocasiona debido al escaso conocimiento que tiene respecto a ella; y tal como lo menciona Wegenheim (1959), los tratamientos dolorosos que se le aplican y las molestias que el padecimiento le ocasiona pueden estar confirmándole que "no es bueno" y que por ello se presenta la enfermedad (citado en Fernández y Martínez, 1989).

Por otra parte, de acuerdo con la teoría de Piaget se han realizado diversas investigaciones para tratar de explicar como va evolucionando el nivel de comprensión de los niños respecto al padecimiento, dependiendo del nivel cognitivo en que se encuentran. Por ejemplo, Bibace y Walsh (1980) usando el "Concept of illness protocol" en 72 niños (36 niños, 36 niñas) encontraron los siguientes resultados:

Los niños entre dos y seis años (estadio prelógico) todavía no establecen una clara diferenciación con respecto a sí mismos y al mundo externo. En el nivel fenoménico aún son incapaces de explicar la manera en la cual los eventos causan la enfermedad. Además, consideran que la causa del padecimiento se localiza en personas u objetos próximos a él aunque no lo toquen, explicando la enfermedad en términos mágicos (por ejemplo, como contagio al haberse expuesto a algún evento externo: agua, polvo).

En los niños entre siete y diez años (estadio lógico-concreto) ya hay una diferenciación entre la causa de la enfermedad y la manera en la cual es afectada. La causa se percibe como una persona, objeto, o acción externa hacia el niño que lo vivencia como malo o perjudicial para el cuerpo

(contaminación), localizándose la enfermedad dentro del cuerpo, pero aún la describen vaga e inespecíficamente; presentando confusión entre los órganos y sus funciones internas. Es decir, los niños explican la causa como algo ocasionado por tragar o inhalar algo.

Finalmente, en los niños de once años (estadio lógico formal) la fuente del padecimiento se localiza dentro del cuerpo, pudiendo presentarse dos tipos de explicaciones:

**Fisiológica.-** La causa es comprendida como un mal funcionamiento de un órgano o proceso interno.

**Psicofisiológica.-** Es la comprensión más madura de la enfermedad, el niño también la relaciona con una causa psicológica es decir, existe concientización de que los pensamientos o sentimientos de las personas pueden afectar a las funciones corporales (Ibidem).

### 1.3 Reacción del niño hacia la enfermedad

Los niños de cualquier edad presentan dificultad para aceptar y adaptarse a la presencia de una enfermedad, siendo más difícil cuando está es de curso crónico, debido a que tal como lo menciona Ajuriaguerra (1983), ocasiona cambios en la experimentación del estado corporal con o sin presencia de dolor, o de fiebre que puede modificar el nivel de conciencia, y presencia de angustias y fantasías generadas en el niño; dando lugar tales aspectos a diferentes reacciones.

De acuerdo con A. Freud (1985), a lo largo de una enfermedad se incrementa la demanda de catexia libidinal en el cuerpo enfermo, siendo este aspecto esencial y responsable de las interacciones que tienen lugar durante el padecimiento, pudiendo reaccionar el niño de dos formas:

a) Retirando la catexia del mundo objetivo.- La centra en su cuerpo y en sus necesidades es decir, los niños anteriormente se mostraban activos, juguetones, con interés en el medio ambiente, y al comenzar la enfermedad se retraen dando la impresión de que el estado de salud es muy grave.

b) Solicitando del exterior la catexia narcisista adicional.- Se tornan exigentes; demandando atención debido a que ellos mismos no pueden proporcionársela (por estar

enfermos). Se comportan como cuando tenían un año y lo natural era que la madre los protegiera de la destrucción y daño ocasionado por agentes externos o bien, la que el mismo bebé pudiera infligirse.

La reacción que el niño presente ante la enfermedad depende de factores tales como la severidad y la duración de la enfermedad, de la manera en que interfiera en su desarrollo social, del apoyo y de las actitudes que le proporcionen sus padres y las personas que para él son significativas; así como de la situación emotiva en que se encuentren el niño y sus padres al momento de la enfermedad y de los fantasmas reactivados (Ajuriaguerra, 1983; Calvin, 1988; Feldfogel y Zimmerman, 1981; Kempe, Silver, O'Brien y Fulginati, 1988; Lipowski y Hanover, 1972; Perrin y Guerrety, 1984).

Además, la aprehensividad de los padres puede transmitirse al niño enfermo quien puede sentir miedo de ser físicamente lastimado (Kanner, 1948).

Bakwin y Bakwin (1974) y Rae-Grant (1985) consideran que también el tipo de incapacidad que la enfermedad ocasione y los tratamientos empleados influyen en que las reacciones disminuyan o se exacerben y den lugar a problemas madurativos y psicológicos.

Ajuriaguerra (1983), basándose en la edad de los niños propone las siguientes reacciones ante una enfermedad crónica:

Antes de los tres y cuatro años los niños reaccionan a la separación, al dolor y a las amenazas que representan los medios de diagnóstico y tratamiento mediante agresividad.

Entre los cuatro y diez años tienden a presentar regresión profunda y prolongada, y agresión contra la madre siendo común que suelen aliarse con algún miembro del personal médico contra la enfermedad.

Sostiene que a medida que el niño tiene más edad va utilizando mecanismos psicoafectivos más elaborados para contrarrestar la enfermedad, presentando:

a) Oposición.- Se torna rebelde, rehusando las limitaciones impuestas por la enfermedad o los cuidados a los cuales tiene que someterse, es decir, realiza las actividades



que le fueron prohibidas sin darse cuenta que repercuten en su salud.

b) Sumisión e inhibición.- Asociado al sentimiento de una pérdida (integridad corporal), pueden vivenciar al padecimiento en forma depresiva debido a una herida narcisista en forma de vergüenza de su cuerpo y presentar sentimientos de culpabilidad. La inhibición puede ser de dos tipos (Ibidem):

Física.- El niño se torna pasivo y acepta la dependencia que implica una serie de cuidados a menudo absorbentes principalmente por parte de la madre.

Psíquica.- Se da una inhibición intelectual que ocasiona la incapacidad de comprender la enfermedad.

c) Sublimación y colaboración.- Pueden considerarse como los mecanismos más positivos, se presenta cuando el niño se identifica con el "agresor malhechor" (médico) o bien, con alguno de los padres que tienen o tuvieron la misma enfermedad.

Por su parte Kempe, Silver, O'Brien y Fulginati (1988) dividen las fases por las cuales pueden pasar los niños y los adolescentes de la siguiente manera:

1.- Impacto.- Se presenta temor ante la muerte, seguida por una marcada negación del daño prolongado y usan la fantasía primitiva.

2.- Regresión.- Hay conciencia de la enfermedad, dando lugar a que reconozcan la gravedad, pudiéndose presentar depresión intensa.

3.- Restitución.- Los rasgos de personalidad premórbida reaparecen.

Mattsson (1972) encontró que los niños y adolescentes con un pobre ajuste a su enfermedad tienden a mostrar alguno de los siguientes comportamientos:

a) Se muestran demasiado inactivos, sin interesarse por el exterior y con marcada dependencia hacia su familia, presentando una imagen de estado pasivo-dependiente.

b) La independencia aumenta, se tornan atrevidos, usan la negación del peligro real y del miedo; su sentido de

realidad está obstaculizado y dan la impresión de que realizan ciertas actividades como una forma de mostrar desafío hacia sus padres y hacia la enfermedad.

c) El mal ajuste tiende a aumentar, se tornan tímidos, hostiles y con resentimiento hacia personas sanas; y generalmente se presenta en adolescentes con enfermedades congénitas o con impedimentos físicos muy notorios, habiendo crecido en familias que enfatizaban más sus defectos que sus cualidades.

Como se observa, existe en el niño una amplia gama de reacciones ante la enfermedad tendiendo algunos a aislarse del medio ambiente, concentrándose en sí mismos y en su cuerpo (Behram y Vaughan, 1987; A. Freud, 1985; Lipowski y Hanover, 1972).

Algunos tienden a usar la enfermedad como una forma de controlar a sus padres, aprovechando las ventajas secundarias de la enfermedad para evitar situaciones desagradables y evadir la disciplina en la casa así como en la escuela, tendiendo a demandar apoyo y cuidado principalmente de la madre (Doherwend, 1974, citado en Orantes, 1986; Lipowski y Hanover, 1972; Mattsson, 1972).

Otra reacción común hacia la enfermedad es el aumento de los niveles de ansiedad del niño desde el momento en que el médico proporciona el diagnóstico y a lo largo de la evolución (Brodie, 1974; Caseem, 1990; Green, 1977; Rae-Grant, 1985; Viney y Westbrook, 1982).

Lo anterior se presenta debido a que inicialmente el niño no alcanza a comprender lo que está sucediendo en su cuerpo, y en la medida en que va tomando conciencia de los cambios que la enfermedad ocasiona en su vida, la ansiedad tiende a aparecer y en ocasiones se incrementa ante la incertidumbre que genera su presencia respecto a su futuro.

El manejo de ansiedad difiere en los niños, algunos tienden a manejarla a través de enojo y agresividad, mismas que pueden verse incrementadas por los tratamientos empleados, los cuales vivencian como amenazantes a su integridad corporal. La ansiedad puede disminuir en el niño si se le proporciona información respecto a diversos aspectos relacionados con la enfermedad, ya que de esta manera también pueden disminuir los temores que ocasiona la incertidumbre que genera el desconocimiento de tales aspectos.

También pueden presentar síntomas depresivos mismos que no se ha podido explicar si su presencia es causada por la enfermedad o bien, ésta la exacerba (Fitzpatrick , 1990; Rodin y Voshart, 1986).

La presencia de ira, irritabilidad, angustia, desesperanza y agresión pueden también ser otras reacciones hacia la enfermedad (A. Freud, 1985; y Westbrook, 1981); así como el sentimiento de abandono que perciben al estar enfermos (Hughes, 1982; Rae-Grant, 1985).

En relación a lo anterior, Fitzpatrick (1990) menciona como posibles agentes desencadenantes la percepción de pérdida de funciones, alteración del autoconcepto, posibilidad de muerte y estigmas asociados a la enfermedad.

McArney, Pless, Satterwhite y Friedman (1974), consideran que la irritabilidad puede ser una forma de que los niños se protejan a sí mismo ante los temores que la enfermedad les genera, debido a que al mostrarse irritables la atención de sus padres puede enfocarse a tal conducta, y con esto, lograr desviar momentáneamente la atención ocasionada por los síntomas de la enfermedad hacia otros aspectos relacionados con su conducta y así, olvidar durante cierto tiempo que están enfermos.

El niño manifiesta sus reacciones en cualquier momento, independientemente de que los síntomas de la enfermedad estén presentes o hayan remitido; y pueden generar frustración cuando se exacerban debido a la esperanza que tiene de que desaparezcan a corto plazo y por completo.

Las reacciones anteriormente mencionadas son las que diversos autores han encontrado con mayor frecuencia, pero no son las únicas, ya que pueden presentarse otras en menor o mayor grado dependiendo del desarrollo emocional y la historia personal de cada niño, así como del tipo de personalidad y nivel de adaptación que presente ante la enfermedad; debido a que tal como lo menciona Kanner (1948), la capacidad del niño para asimilar e integrar la presencia de la enfermedad depende en gran medida de su capacidad previa de adaptación a situaciones nuevas y de la ayuda que le proporcionen sus padres dándole confianza de ser aceptado tal como es.

#### 1.4 Repercusión de la enfermedad en la familia

La enfermedad crónica no solo provoca crisis en el niño sino también en su familia, debido a que el stress tiende a incrementarse y los recursos psicológicos de quienes la conforman pueden debilitarse. Generalmente su presencia ocasiona que haya un reajuste en el estilo de vida familiar y que se modifique la atención proporcionada a sus integrantes (Lipowski y Hanover, 1972; Rae-Grant, 1985).

Los padres no solo tienen que enfrentarse al choque causado ante el diagnóstico de una enfermedad crónica en alguno de sus hijos e ir comprendiendo qué implica para ellos su presencia, sino que también se enfrentan a los problemas económicos que genera, debido a que los gastos médicos se incrementan ante la constante asistencia al hospital, así como ante el uso prolongado de medicamentos y en ocasiones; la inminente hospitalización del niño.

La manera en la cual influye la enfermedad en la familia depende de la gravedad del padecimiento y del grado de salud de cada miembro, siendo más complejo el proceso de adaptación en los padres, debido a que generalmente presentan algún tipo de resentimiento consciente ó inconsciente hacia el niño, generándoles sentimientos de culpa y conducta sobreprotectora hacia él (Fernández y Martínez, 1989). Además, al no poder manifestar abiertamente tales sentimientos hacia el niño, el enojo y la frustración que les genera la enfermedad pueden ser desplazadas hacia la pareja y con ello, dar lugar a dificultades en la relación de éstos.

También la edad de inicio del niño al enfermarse puede influir en la reacción de los padres, debido a que cuando es adquirida éstos ya habían establecido expectativas respecto al niño, las cuales tiene que ajustarse y además, su presencia puede hacerlos sentir que "no lo protegieron" adecuadamente (Felice y Friedman, 1982; Rae-Grant, 1985).

A. Freud (1985) considera que los padres pueden reaccionar ante el niño con rigidez ante el temor de "malcriarlo" o bien, mostrarse en extremo indulgentes dada la ansiedad que presentan ante el temor de que cualquier actitud exacerbe los síntomas de la enfermedad y en ocasiones; pueden olvidar el régimen disciplinario sin importarles los medios que utilicen para asegurar la recuperación de su hijo.

Lo anterior puede generar que el niño responda igual que ante una experiencia traumática, entendiéndose como tal a un estado psicológico en el cual el yo pierde la capacidad de mantener el control sobre la ansiedad que se apodera de él y de la situación que la provoca, dando lugar a que se paralice o regrese a un nivel de funcionamiento anterior; y que debido a la ansiedad que la enfermedad causa en la familia, ésta refuerza constantemente sus limitaciones mediante prohibiciones repetidas o sobreprotección (Ajuriaguerra, 1983; A. Freud, 1985; Mattsson, 1972 y Nájera, 1978).

Ajuriaguerra (1983), Kempe, Silver, O'Brien y Fulginati (1988) consideran que la familia ante la enfermedad crónica de uno de sus miembros puede pasar por las siguientes etapas:

a) Conflicto inicial. - Tienen a negarla y consultan a diferentes especialistas con la esperanza de que el diagnóstico esté equivocado.

b) Lucha contra la enfermedad. - Muestran temor, coraje, frustración, pudiendo deprimirse, sentirse culpables y proyectar la culpa en otro integrante de la familia.

c) Reorganización y aceptación. - Se encuentran más aptos para el manejo de sus sentimientos y para vivir más o menos satisfactoriamente aunque con cierta confusión.

Un aspecto que influye en la dificultad para aceptar el padecimiento es la desaparición de los síntomas durante algunos períodos de tiempo, ya que a pesar de que los padres han sido informados respecto a la cronicidad de la enfermedad así como a posibles remisiones, se muestran esperanzados (al igual que el niño) de que ésta desaparezca; y cuando los síntomas nuevamente se presentan dan lugar a que tomen conciencia del padecimiento y paulatinamente vayan aceptando y adaptándose a su presencia.

Según Felice y Friedman (1982), los padres pueden reaccionar con inquietud, ira y culpa hacia el médico, el cónyuge, el niño e inclusive hacia sí mismo.

De acuerdo con Mattsson (1972) "(...) los padres que muestran altamente ansiedad y culpa hacia la enfermedad de su niño tienden a vivir con angustia emocional por sobreprotegerlo y por limitar sus actividades con otros niños" (pág. 808).

Cuando se adaptan a la enfermedad tienden a fomentar el autocuidado y la autonomía, motivando al niño a que asista regularmente a la escuela y ayudándolo solo cuando es necesario, sin tender a la sobreprotección. En el caso opuesto, pueden provocar la dependencia del niño y una actitud exigente que es común observar en niños con enfermedades crónicas (Bakwin y Bakwin, 1974; Mattsson, 1972).

Cuando la dificultad de los padres para adaptarse a la enfermedad es muy elevada, pueden llegar a rechazar la gravedad del trastorno y resistirse a cooperar con los programas de rehabilitación; y en ocasiones rechazan o aíslan al niño tanto del núcleo familiar como de las actividades escolares y sociales (Burish y Bradely, 1983; Kempe, Silver, O'Brien y Fulginati, 1988).

En ocasiones es tal la dificultad, que la familia se vive completamente enferma tendiendo sus integrantes a aislarse del medio que les rodea, pudiendo sentirse rechazados por la enfermedad; principalmente cuando ésta genera notables alteraciones físicas como ocurre en el lupus eritematoso sistémico (LES).

Favre, Jenkins y Fernández (1987) sostienen que la interacción de los miembros del núcleo familiar puede cambiar ante la presencia de la enfermedad crónica en uno de sus hijos, pudiendo generar una perpetuación de las relaciones con él y posteriormente dificultar su rehabilitación; principalmente cuando la enfermedad "cubre" cierta necesidad de la familia, sirviendo como medio de unión y equilibrio.

En ocasiones, los miembros de la familia pueden sentirse molestos por la enfermedad vivenciándola como una limitante en su desarrollo personal (Burish y Bradley, 1983; Shultz, 1972). Por ejemplo, la asistencia de los padres a eventos sociales puede disminuir debido a la constante demanda de atención del hijo enfermo o bien, los horarios se modifican cuando es necesario que algún familiar ayude al niño a vestirse o alimentarse lo cual dependerá en gran medida del tipo de limitaciones que provoque la enfermedad.

La enfermedad puede dar lugar a que haya mayor unión entre los padres o bien, cuando hay antecedentes de problemas entre ellos puede incrementarlos y generar inclusive el divorcio o algún tipo de separación. También es posible que centren el interés en el hijo enfermo ocasionando rivalidad con los hijos sanos, ya que éstos resienten el trato especial

proporcionado al hermano enfermo, pudiendo sentirse desplazados del cariño de sus padres (Felice y Friedman, 1982; Lipowski y Hanover, 1972 y Rae-Grant, 1985).

Lo anterior en ocasiones genera que sientan deseos de enfermarse para lograr los cuidados y las atenciones que los padres proporcionan a su hermano enfermo, y tienden a preguntarse si tendrán la misma enfermedad. Cuando interviene un factor hereditario al no presentarla pueden sentirse culpables, y cuando es adquirida pueden tener pensamientos mágicos de que es algo que su hermano merecía por su mal comportamiento (Felice y Friedman, 1982). Por último, a menudo sienten que a partir de la enfermedad de su hermano adquirieron más responsabilidades, debido a que algunas tareas que éste realizaba son asignadas a ellos (Tritt y Esses, 1988).

Favre, Jenkins y Fernández mencionan que los efectos de la enfermedad crónica genera en cada familia varían dependiendo de factores tales como la edad de los padres y el nivel de maduración en que se encuentren, pudiendo influir la enfermedad positiva o negativamente dependiendo a su vez, de la calidad previa de las relaciones entre los miembros que la conforman.

Independientemente de la manera en la cual repercute la enfermedad en cada familia se genera en ellas una reestructuración debido a los cambios que presenta: horario, actividades, cuidados. Siendo necesario abordar a la familia en el tratamiento integral del niño para que ambos vayan adaptándose cada vez más al padecimiento.

### 1.5 Repercusión de la enfermedad en el niño

Una enfermedad crónica puede obstaculizar el logro de mayor independencia del niño respecto a sus figuras parentales, debido a que es frecuente que necesite que le ayuden a realizar diversas actividades de autocuidado e higiene tales como vestirse, bañarse y alimentarse.

A. Freud (1985) considera que el niño va adquiriendo gradualmente sus funciones corporales y que la pérdida de algunas habilidades puede vivenciarla también como una pérdida de control yoico, haciéndolo sentir que retrocede en su desarrollo hacia niveles más pasivos. Además, también puede ocasionarle dificultad para separar su propio cuerpo

del de su madre, pudiendo obstaculizar la diferenciación entre madre-hijo.

Además, cuando alguna enfermedad altera la imagen corporal del niño repercute en mayor grado, debido a que cada niño tiene una imagen de su cuerpo independientemente de la edad que presente (Hong y Kim, 1981; Hughes, 1982; Lindheim, Glasser y Coffin, 1972).

Por ejemplo, Felice y Friedman (1982) mencionan que antes de los cinco meses el niño va explorando su cuerpo e incorpora lo que ve a las imágenes que tiene de sí mismo. Entre los dos y tres años ya tiene un concepto propio de su cuerpo y al descubrir que presenta alguna anomalía ésta es incorporada a su propia imagen.

Posteriormente (a partir de los tres años), comienza a comparar su cuerpo con los de otros niños, ocasionando que se sienta diferente si percibe alguna característica en su cuerpo que difiere de la que muestran sus compañeros (Ibidem).

Cuando la enfermedad da lugar a constantes hospitalizaciones o frecuentes revisiones médicas, puede repercutir en la asistencia del niño a la escuela e incluso, ocasionar la deserción; siendo vivido por él de manera especial, debido a que (como se mencionó anteriormente), la escuela no solo le permite adquirir conocimientos y habilidades sino que también actúa como un agente socializador.

Al respecto, Hoekelman (1982) sostiene que es necesario que los maestros encaucen nuevamente los intereses del niño, que se consideren sus capacidades y habilidades para que posteriormente no se frustre al no poder desempeñarse óptimamente. Además, sostiene que haya conocimiento del profesor respecto al padecimiento para que posteriormente establezca un esquema de trabajo con el niño cuando éste se encuentre hospitalizado.

Lo anterior permitirá que el niño disminuya la ansiedad que le puede causar faltar constantemente a clases, ya que al regresar tiene que enfrentarse a que los demás niños han adquirido nuevas habilidades y conocimientos tendiendo a segregarlo ó bien, él mismo se aísla (Hurlock, 1978; Rae-Grant, 1985).



También la enfermedad puede generar inseguridad, sentimientos de inferioridad y la sensación de ser "diferente", y tales aspectos pueden determinar la manera en la cual se perciba el niño así como el tipo de relaciones interpersonales que establezca con quienes lo rodean.

Como se observa, la repercusión emocional de la enfermedad en el niño no solo se basa en las características del padecimiento, sino también en cómo sean manejadas por la familia; esto permite comprender que existan niños quienes no presenten algún tipo de repercusión emocional, mientras que hay otros en donde inclusive se pueden encontrar alteraciones de tipo psiquiátrico tal como lo han encontrado en sus investigaciones Wallander y Verni (1989).

Para concluir el presente capítulo, a continuación se presenta en forma esquemática el estudio realizado por Perrin y Guerrety (1984) quienes investigaron conjuntamente las reacciones de niños enfermos y sus padres, basándose en la teoría psicosocial de Erikson y la teoría cognitiva de Piaget; y aunque a lo largo del capítulo se revisaron a diversos autores, el siguiente cuadro solo hace alusión al estudio anteriormente mencionado, ya que la inclusión de todos los autores daría lugar a que se redundara en el tema expuesto.

EDAD	ETAPA PSICOSOCIAL	TEORÍA PIAGETIANA	INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA
0 a 18 meses	Confianza básica: El niño siente que los demás responderán a sus necesidades, y dependiendo de la seguridad que establezca podrá desarrollar un sentido de separación e individualidad.	Se presenta exploración sensorio-motora y noción de objeto permanente. En esta etapa el niño solo tiene conocimiento de las experiencias que vivencia en sí mismo.	Niño: Altera su independencia y cuando se asocia a limitación de movimiento se retrasa el proceso normal de desarrollo. En los padres: Presencia de reacciones asociadas a sentimientos de depresión, culpabilidad o ira que pueden ocasionar que abandonen emocionalmente al niño, o que descuiden su cuidado físico.
18 meses a 3 años	Autonomía: El niño va adquiriendo habilidades y competencia social.	Ya establece representaciones mentales del mundo que le rodea.	Niño: Presenta sensación de dolor, pasividad, inmovilidad y separación; puede mostrar apatía y pasividad ante la falta de control propio. Muestra dificultad para separarse, la autoimagen es poco sólida y hay poco control de impulsos. Padres: Muestran dificultad para liberarse de la supervisión y de la responsabilidad de cuidar al niño.
3 a 6 años	Sentido de iniciativa: La solución exitosa depende del repetido intento del niño por alcanzar sus metas y recibir la aprobación social, dando lugar a que adquiriera autoconfianza en la capacidad de alcanzar lo que ha elegido.	Aún presenta pensamiento concreto de las causas que producen la enfermedad, debido al pensamiento mágico que todavía maneja y a su egocentrismo; tendiendo a explicar la enfermedad como un castigo ante su mala conducta.	Limita en el niño la capacidad para que adquiriera habilidades que le permitan competir en aspectos motores y sociales, y también obstaculiza que interactúe con su grupo de pares. Padres: La preocupación puede dar lugar a mayor limitación de la iniciativa del niño ante el temor de una posible exacerbación de los síntomas.
6 a 12 años	Sentido de laboriosidad: Aumenta la independencia aunque todavía necesita cierta dependencia. La observación de sus demandas externas e internas son esenciales para que puedan adquirir un sentido de sí mismo adecuado.	Considera que la causa de su enfermedad son agentes externos y aunque aún maneja pensamiento concreto, comprende que algunas partes del cuerpo se encuentran interconectadas.	Puede generar miedo en el niño debido a las diferencias que puede tener en su aspecto corporal e interferir en la realización de las metas que se había fijado respecto a sus habilidades. Además, el padecimiento le genera impotencia y es necesario que se le proporcione información.

FERRIN, E. Y GUERRETT, S. (1984). DESARROLLO DE LOS NIÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. CLÍNICAS PEDIÁTRICAS DE NOROAMÉRICA, 11 (1), 19-33

## **CAPITULO 2: ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL**

## CAPITULO 2: ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL

### I n t r o d u c c i ó n

Las enfermedades reumáticas han existido desde épocas muy remotas tales como la prehistoria, y en la actualidad se ha incrementado de manera considerable, causando cada vez mayor incapacidad tanto en población adulta como infantil.

Greenan (1987) define a la reumatología como "una rama de la Medicina que estudia los padecimientos del sistema músculo-esquelético y tejido conectivo, y también de problemas generalizados que se acompañan de dolor en huesos o articulaciones" (pág. 2).

Los padecimientos articulares se dividen en inflamatorios (artritis) y no inflamatorios, casi siempre son localizados afectando articulaciones y músculos, aunque también suelen afectar a otros sistemas.

Algunos padecimientos reumáticos ocurren principalmente en personas mayores de 50 años, pero la mayor parte de ellos se inicia con mayor frecuencia en personas más jóvenes e inclusive en niños, tal como ocurre con la artritis reumatoide juvenil (ARJ); misma que presenta características propias que difieren de la presentada en los adultos (Alarcón, 1977).

La ARJ fue descrita por primera vez por Cornil (1864). Posteriormente Diamenhtberger (1890) basado en el estudio de 35 casos, describió que el primer ataque se presenta en las articulaciones grandes (rodilla, codos, hombros), generalmente es agudo y de curso remitente; siendo mejor el pronóstico de la enfermedad en los niños que en los adultos, debido a que la evolución suele ser menos progresiva, aunque en algunos casos y principalmente cuando no ha sido detectada a tiempo puede incapacitar al niño (Ibidem).

Fué George F. Still (1897) quien descubrió una serie de características de la enfermedad entre las que se encuentran fiebre elevada, pericarditis (inflamación del pericardio), linfadenopatía (alteración de los ganglios linfáticos) y esplenomegalia (crecimiento del bazo). Debido a sus hallazgos, a esta enfermedad en Europa también se le conoce con el nombre de Still, mientras que en Estados Unidos este

término se usa para referirse a la artritis sistémica (Singsen, 1990).

En el presente capítulo se muestra un panorama general del aspecto médico de la ARJ contemplando los aspectos más relevantes, con la finalidad de proporcionar información respecto a las características inherentes al padecimiento y así, comprender la manera en la cual puede posteriormente influir en el desarrollo emocional de quien la presenta.

## 2.1 Características generales

La ARJ es una enfermedad que abarca la infancia e inicios de la adolescencia, siendo su principal característica que ataca a las articulaciones, pudiendo presentarse deterioro y deformidad funcional.

La ARJ tiende a manifestarse con más frecuencia en niñas que en niños, desconociéndose la causa y variando la proporción de la población de acuerdo con cada autor. Por ejemplo, Nelson, Vaughan y McKay (1977) mencionan que la proporción de niñas a niños es de 3:1.5, mientras que para Gare es de 3:2 (Ibidem).

También se han realizado investigaciones en torno a la edad en que se inicia sin que coincidan los resultados. Por ejemplo, Sullivan et al en un estudio con 300 niños encontraron una edad pico de inicio entre 1 y 3 años; presentándose con mayor frecuencia en niñas con artritis pauciarticular y poliarticular que en niños. Sin embargo, encontraron un segundo pico más amplio (8 a 10 años) en donde habían más picos en la artritis pauciarticular. Por su parte, Towner encontró un pico de incidencia en niñas entre 0 y 4 años y para los niños de 10 a 15 años (citado en Singsen, 1990). En la actualidad, se considera que en raras ocasiones se presenta antes del segundo año de vida.

Respecto a la etiología de la ARJ todavía se desconoce, lo que a dado lugar a que existan diversas hipótesis tales como la presencia de una infección directamente bacteriana o viral, traumatismos, componentes genéticos e inmunológicos, siendo más aceptada aquélla que considera que intervienen varios agentes etiológicos y no uno en particular (Anderson, Bradley, Young y McDaniel, 1985; Schleifer, Scott, Stein y Keller, 1986).

Desde el punto de vista inmunológico, se considera que la ARJ puede ser ocasionada por una hipersensibilidad o por una reacción autoinmune a estímulos desconocidos que dan lugar a un desarrollo inapropiado de las reacciones inflamatorias hacia el tejido del propio órgano, principalmente al tejido conectivo de las articulaciones (Nelson, Vaughan y McKay, 1977).

### 2.1.1 Anatomía patológica

La enfermedad se caracteriza por inflamación crónica sin supuración de la sinovial (humor viscoso que lubrica a las articulaciones de los huesos), en donde las proyecciones de la membrana sinovial engrosada forman vellosidades que se introducen a los espacios articulares, ocasionando por lo general, incremento del líquido articular. Posteriormente se erosionan los cartílagos articulares y sufren una destrucción progresiva, presentándose edema periarticular con escaso derrame e inflamación sinovial (Ibidem).

Los centros de crecimiento que están próximos a las articulaciones pueden sufrir un cierre hipofisiario o bien, un crecimiento acelerado y generalmente los tendones y vainas tendinosas resultan afectadas por la inflamación similar a los tejidos sinoviales; pudiendo también presentarse inflamación muscular. Por último, pueden presentarse nódulos reumatoideos (aumento del tejido conectivo) aunque en menor frecuencia respecto a los adultos (Ibidem).

## 2.2 Características clínicas

### 2.2.1 Tipos de artritis

La clasificación se basa en el número de articulaciones afectadas:

Artritis poliarticular.- Cinco o más articulaciones están afectadas, es más frecuente que inicie en articulaciones grandes como son las rodillas, codos, muñecas; y se presenta en aproximadamente el 40% de los pacientes con ARJ, predominando en las niñas.

No es muy frecuente que haya fiebre, a menudo se presentan problemas en la cadera y cuando la enfermedad es

progresiva puede producir anquilosis (inmovilización de una articulación producida por crecimiento de tejido fibroso alrededor de ella, o por la formación de hueso en la misma articulación; puede ser completa o incompleta). Una de sus principales características es la presencia de nódulos reumatoideos (aumento de tejido conectivo), los cuales solo se desarrollan en este tipo de artritis (McCarthy, 1989).

La mayoría de los niños que la padecen presentan resultados negativos para el factor reumatoide (a través de una prueba de laboratorio se busca su presencia), pueden tener retraso en el crecimiento, anemia, adenopatías (crecimiento de los ganglios) o pérdida de peso y quienes presentan en forma consistente el factor reumatoide positivo tienden a desarrollar una severa artritis crónica y por lo tanto, el pronóstico tiende a ser más reservado respecto a aquéllos con factor negativo (Rodnan y Schumacher, 1987).

Artritis pauciarticular.- Afecta a cuatro o menos articulaciones y se presenta en cerca del 40% de los niños, iniciándose más a menudo en las articulaciones de la rodilla.

Hay dos tipos diferentes:

Niños menores de seis años con predominio femenino, quienes presentan ANA positivo (anticuerpos antinucleares), factor reumatoide negativo y tienen iridociclitis (uni o bilateral grave), lo cual puede originar ceguera. Las articulaciones más afectadas suelen ser una combinación de rodillas, tobillos y codos. En general, el pronóstico es bueno (Ibidem).

Niños menores de seis años y con un fuerte predominio masculino que presentan sacroilitis bilateral (inflamación del sacro) y HLA B27 (antígenos de histocompatibilidad). La artritis afecta a las articulaciones de las extremidades inferiores siendo común la afección de la cadera.

Artritis sistémica.- Se presenta en cerca del 20% de los niños, desarrollándose igual en niñas que en niños y generalmente el factor reumatoide y el ANA son negativos.

Aproximadamente en el 90% de los niños se presenta rash (salpullido en la piel) y junto con fiebre elevada son elementos importantes para efectuar el diagnóstico, aunque pueden estar asociados con otros problemas tales como esplenomegalia (crecimiento del bazo) y pericarditis (inflamación del pericardio)(Ibidem).

También se presentan otros signos tales como carditis (inflamación del cardio), siendo la miocarditis (inflamación del miocardio) más severa debido a que rápidamente puede inducir a ensanchamiento cardiaco y subsecuentemente a debilitamiento cardiaco; la pericarditis es más frecuente que se presente y su detección temprana es importante ya que puede impedir que se presente miocarditis (McCarthy, 1989).

### 2.2.2 Clasificación de la ARJ de acuerdo a la incapacidad funcional

Steinbroker (1949) propuso cuatro tipos:

Tipo 1: Capacidad total.- No hay limitaciones en la habilidad habitual.

Tipo 2: Capacidad adecuada para realizar actividades normales a pesar de alguna limitación o movilización limitada de una o más articulaciones.

Tipo 3: Capacidad limitada para desempeñar solo alguna o ninguna actividad que generalmente realizaba.

Tipo 4: Incapacidad prolongada.- Se encuentra encamado o en silla de ruedas, teniendo escaso cuidado de sí mismo.

### 2.2.3 Cuadro clínico general

La afección de las articulaciones es uno de los principales síntomas de la enfermedad, inicialmente pueden presentarse altralgias (dolores articulares) transitorias, se puede desarrollar en forma gradual rigidez articular y pérdida de movimiento o bien, puede ser rápida apareciendo súbitamente una artritis sintomática (Nelson, Vaughan y McKay, 1977).

Las articulaciones de las muñecas, rodillas, tobillo y cuello pueden afectarse al inicio de la ARJ, principalmente en los niños pequeños.

Después de que se inicia la enfermedad, aproximadamente la mitad de los niños presentan artritis en una sola articulación o bien, en pocas articulaciones durante tres o más meses; pudiendo persistir durante años o dar lugar a una



artritis poliarticular en donde por lo general se presenta de manera simétrica.

Las articulaciones afectadas generalmente están hinchadas y calientes, pudiendo ser sensibles al tacto y presentar el niño dolor al movillizarlas a pesar de que aproximadamente un tercio de los niños no suelen tener dolor en las articulaciones que están inflamadas, estando en estos casos restringido el movimiento. Algunos niños inicialmente presentan dolor y rigidez articular antes de que se desarrollen inflamaciones y es común que en temporadas de frío aparezca rigidez matutina (Ibidem).

Después de que se inicia la artritis poliarticular es común en la mitad de los niños que se afecte la cadera, y en las manos y muñecas pueden presentarse tenosinovitis (inflamación de los tendones) así como miositis (inflamación del músculo). En sí, la artritis puede afectar a cualquier articulación del cuerpo.

En la mayoría de los niños se presenta fiebre, generalmente es intermitente, con temperaturas entre 39 y 40 °C durante el mediodía o por las tardes, fluctuando en las noches y remitiendo en ocasiones.

El rash frecuentemente se presenta junto con la fiebre elevada, la linfadenopatía (alteración de los ganglios linfáticos que se encuentran distribuidos por todo el cuerpo, llegando a todos los tejidos excepto al sistema nervioso) y otros rasgos sistémicos previos a la artritis, variando su duración de semanas hasta meses o años, y tiende a repetirse junto con otras manifestaciones sistémicas, pudiendo precipitarse su aparición ante aspectos emocionales o traumas quirúrgicos (Ibidem).

También se presenta iridociclitis la cual es una manifestación extra-articular grave, debido a que es una inflamación ocular que puede presentarse en forma uni o bilateral, generalmente se manifiesta entre un 10 y un 15% de los niños y afecta al iris y al cuerpo ciliar. Generalmente se presenta cuando la artritis está activa, pero también puede presentarse cuando está inactiva. Entre los síntomas que produce se encuentran fotofobia, enrojecimiento y dolor articular; disminuye la agudeza visual y hay ausencia de reacción de la pupila a la luz siendo el pronóstico malo (Ibidem).

Cuando la enfermedad está muy avanzada, es común que se presenten alteraciones en el crecimiento, mismo que es posible aunque la enfermedad esté controlada.

Es frecuente que los niños muestren irritabilidad, malestar general y anorexia. La hepatoesplenomegalia (crecimiento del bazo y del hígado) y la linfadenopatía (inflamación de los ganglios linfáticos) se presentan en aproximadamente un 20% de los pacientes (Ibidem).

Aproximadamente en un 8% de los niños hay evidencia de pericarditis (inflamación del pericardio) con dolor torácico y agrandamiento del corazón, siendo benigna y sin desarrollarse insuficiencia cardiaca y ocasionalmente se presenta pleuritis (inflamación de la pleura) y poliserositis (aumento del líquido de la serosa de las articulaciones).

#### 2.2.4 Evolución

La evolución de la ARJ depende de diversos factores tales como la detección temprana, el número de articulaciones afectadas, la presencia de manifestaciones extra-articulares (por ejemplo iridociclitis) e inflamación persistente que dé lugar a una atrofia muscular con un proceso irreversible (Ibidem).

En general, podría decirse que la ARJ es una enfermedad que presenta periodos de exacerbación alternados con remisiones es decir, hay temporadas en que la enfermedad se mantiene activa y otras en donde no se presenta ninguna sintomatología. En ocasiones resulta necesario hospitalizar al niño y dependiendo del curso de la enfermedad, permanecerá por un periodo de tiempo corto o prolongado. Puede en diversas ocasiones ser progresiva o bien, puede presentarse un ataque mínimo afectando a una o a pocas articulaciones con un cuadro clínico de menor severidad.

Aproximadamente el 75% de los pacientes evoluciona presentando remisiones sin una deformidad o una pérdida funcional importante, siendo generalmente grave la lesión de la cadera que es invalidante y la pérdida de la vista por iridociclitis. Ocasionalmente un niño con una remisión prolongada puede tener una exacerbación al llegar a la adultez y puede también ocasionar destrucción articular e incapacidad severa (Ibidem).

### 2.2.5 Pronóstico

Es incierto, ya que raras veces la enfermedad pone en peligro la vida del niño, a pesar de que en ocasiones puede ser grave y generar deformidad o destrucción articular.

La mortalidad varía del 2 al 4% del total de niños afectados (Ibidem).

Otros factores que dificultan establecer un pronóstico preciso es la evolución misma de la enfermedad, ya que en ocasiones los síntomas remiten o bien, se exacerban (McCarthy, 1989).

### 2.2.6 Diagnóstico

De acuerdo con la American Rheumatism Association (ARA) los criterios para diagnosticar la ARJ son:

- a) Edad en que se presenta el ataque: menores de 16 años
- b) Duración de la enfermedad: más de seis semanas
- c) Presencia de artritis: Definida como inflamación o se consideran dos o más de los siguientes síntomas: aumento de la temperatura en las articulaciones, dolor al movimiento o un rango muy limitado de movilidad
- d) Tipo de ataque: Se clasifica al final de los primeros seis meses y se basa en el número de articulaciones afectadas dividiéndose en:
  - Artritis pauciarticular
  - Artritis sistémica
  - Artritis poliarticular
- e) Exclusión de otras formas de artritis juvenil

En general, el diagnóstico es clínico y también se apoya en pruebas de laboratorio tales como el cultivo del líquido articular, la reacción a la tuberculina (preparación hecha con gérmenes tuberculosos que se utilizan para el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis) misma que se lleva a cabo debido a que al inicio, la ARJ puede ser confundida con una infección articular piógena (bacterias que producen pus) o tuberculosa, sepsis u otras enfermedades infecciosas agudas.

También es común que se busque la presencia del factor reumatoide y se lleven a cabo radiografías de las articulaciones (Ibidem).

Además, las manifestaciones de rigidez articular, fiebre, rash, pericarditis, uveitis, nódulos reumatoideos, ANA o factores reumatoideos (positivos o negativos) son también otros elementos que se consideran al realizar el diagnóstico.

### 2.2.7 Tratamientos empleados

Nelson, Vaughan y McKay (1977) consideran dos objetivos que deben contemplarse en el tratamiento de la ARJ ya sea a largo plazo o en forma inmediata:

1.- Conservar un adecuado funcionamiento articular y cuidar adecuadamente las manifestaciones extra-articulares.

2.- Mantener las expectativas del niño y de su familia.

El manejo idóneo debe ser interdisciplinario, debido a la repercusión que la enfermedad puede ocasionar en el funcionamiento de diversos órganos del cuerpo, interviniendo según lo amerite el caso, especialistas en salud mental, ortopedia, inmunología, rehabilitación y oftalmología.

Por su parte, Conde (1987) divide al tratamiento en:

1.- Terapia farmacológica: Incluye la utilización de medicamentos tales como ácido acetilsalicílico (ASA) y otros agentes anti-inflamatorios no esteroideos: metotrexate, azatriopina, ciclofosfamida y penicilamida, y esteroideos que pueden ser locales o sistémicos: prednisona.

La prescripción de los medicamentos depende en gran medida del juicio clínico del médico tratante, quien generalmente medica esteroideos en los casos en que la evolución de la enfermedad es muy severa y está ocasionando dificultad para el movimiento; siendo necesario un estricto seguimiento del caso debido a los efectos secundarios del medicamento ya que son de empleo delicado.

2.- Terapia física: En necesaria para mantener y mejorar la motilidad y la fuerza muscular alrededor de las articulaciones. Consiste en proporcionar programas de

ejercicios de rehabilitación, mismos que deben ser enseñados a los padres de los niños para que los supervisen en el hogar, siendo diseñados de acuerdo con el grado y el nivel de afección articular.

En ocasiones, suelen usarse férulas nocturnas para las rodillas y las muñecas que pueden ayudar a prevenir y corregir las deformidades cuando éstas se presentan.

3.- Terapia correctiva: Incluye sinovectomía (operación que consiste en seccionar una membrana sinovial), artroplastia (cirugía de las articulaciones) y reemplazo articular que se emplea únicamente en casos específicos.

4.- Psicoterapia: Cuya meta será la adaptación del niño a la enfermedad y la resolución de la problemática emocional secundaria a la misma.

Los aspectos mencionados a lo largo del capítulo permiten reconocer la importancia que tiene la ARJ desde el punto de vista médico y vislumbrar su repercusión en el aspecto emocional del niño, debido a que es evidente que, independientemente de la etiología de la enfermedad es necesario que los psicólogos clínicos al llevar a cabo un manejo psicoterapéutico con este tipo de pacientes busquemos y conozcamos el vínculo que se establece entre lo que el niño niega o asocia con su cuerpo (física y psicológicamente).

Además, si consideramos la anatomía patológica de la ARJ (descrita en párrafos anteriores), es posible que en el terreno emocional el niño experimente tales aspectos como una des-articulación de su cuerpo que puede darse en dos niveles: físico, psicológico; real o imaginario y el ajuste emocional que presente depende en gran medida de como haya vivenciado lo anterior.

## **CAPITULO 3: AUTOCONCEPTO**

## CAPITULO 3: AUTOCONCEPTO

### I n t r o d u c c i ó n

Cuando en el niño se presenta una enfermedad crónica, suele ser atendido en un ámbito hospitalario y a menudo recibe únicamente tratamiento médico, sin que se presente un tratamiento integral en donde el psicólogo clínico intervenga para el manejo de las repercusiones que la enfermedad ocasiona en el aspecto emocional. Lo anterior es de suma importancia si tomamos en cuenta la relevancia que tiene para cualquier individuo la amenaza de algún daño a su cuerpo, debido a que es a través de él como inicia el conocimiento del mundo externo y además, lo que transmite a través de su apariencia física tendrá un efecto no solo en sí mismo sino también en otros.

Cuando el niño se vive como enfermo, es de esperarse que en cierta medida modifique la representación que tiene de sí mismo (autoconcepto), siendo importante conocer diversos aspectos relacionados con este elemento que es fundamental en el desarrollo de la personalidad y que ha sido objeto de estudio desde épocas pasadas debido al interés que existe en todo individuo por responder a la pregunta: ¿QUIEN SOY?

Se considera que fué W. James quien sentó las bases para el estudio más sistematizado del autoconcepto al presentar su libro titulado Principes (1890) y posteriormente, en los años 50's el interés por dislumbrar su formación y desarrollo se incrementó con las aportaciones de los teóricos de la Psicología del Yo estando Hartmann a la cabeza, y siendo también importante el enfoque psicosocial que Erikson aportó al estudio del autoconcepto y al de identidad (Horroks, 1978; Oñate, 1986).

Dada su importancia, el autoconcepto ha sido objeto de diversos estudios desde diferentes marcos teóricos (interaccionismo simbólico, psicoanálisis, psicología social, humanismo, existencialismo); traslapándose en ocasiones su significado y ocasionando ambigüedad en su definición y conceptualización.

Sin embargo, Aisenson (1979) menciona que la confusión generada por lo anterior, puede resultar positiva en la medida en que se correlacionen sus aportaciones dando lugar a una ampliación en el enfoque. Por ejemplo, señala que en la

corriente psicoanalítica actualmente hay una nueva tendencia que proporciona a la personalidad características de espontaneidad y autonomía respecto a las propias demandas impulsivas así como frente al medio; existiendo la necesidad de mantener comunicación con los demás para que se logre la propia autorrealización, considerando la historia personal de cada individuo en donde hay interés por su pasado, presente y futuro.

La psicología clínica y la psicología social han puesto gran énfasis en el desarrollo del autoconcepto debido a las implicaciones que tiene la manera en la cual cada persona se representa, ya que se ha observado que quien presenta una imagen favorable de sí mismo se desarrolla mejor, tiende a mostrar seguridad y confianza en sí mismo al interactuar con otros, pudiendo tomar decisiones sin temor y siendo realista ante sus limitaciones (Hurlock, 1978; Mercado, 1991).

Además, el autoconcepto desempeña un papel crucial en el desarrollo de la personalidad del individuo, en su capacidad adaptativa y en el logro de un adecuado desarrollo emocional (Aisenson, 1979).

En el presente capítulo se tomó como sinónimo de autoconcepto el concepto de sí mismo y se parte principalmente de la psicología del Yo, mencionándose también las principales aportaciones de la psicología social así mismo, se describe la formación del autoconcepto desde la infancia ya que permitirá una mejor comprensión de la muestra que se tomó en el presente estudio, y de la importancia que tiene la manera en la cual el niño se percibe para que pueda lograr posteriormente un adecuado ajuste emocional y social que además, le permita aceptarse tal como es y alcanzar las metas que se propone de manera realista.

### 3.1 Enfoque psicoanalítico

#### 3.1.1 Heinz Hartmann

Freud consideró al yo como el ejecutor de la personalidad total, sin conferirle autonomía propia sino que estaba supeditado a los impulsos inconscientes del ello, fué Hartmann quien destacó su autonomía así como su función adaptativa hacia la realidad externa (Curtis, 1991; Hall y Lindzey, 1984).



Menciona que inicialmente existe en cada individuo una matriz indiferenciada de la cual surgen tanto el ello como el yo, es decir, cada una se origina en predisposiciones heredadas y poseen su propio curso de desarrollo. Además, afirma que los procesos yoicos se operan debido a la energía sexual y agresiva neutralizada y que la finalidad de tales procesos puede ser independiente de los objetos puramente instintivos, siendo el yo en gran parte inconsciente (Hartmann, 1978).

También considera que las defensas del yo podrían "independizarse" de su origen combativo contra las pulsiones y servir en las funciones de ajuste y organización, pudiéndose presentar esto debido a las áreas libres de conflicto que cada individuo tiene y que en determinado momento le permiten sintetizar, integrar y adaptarse a su medio ambiente así como ante aquellas situaciones que le resultan displacenteras.

De acuerdo con lo postulado por Hartmann (1978), el yo evalúa la realidad y es una subestructura de la personalidad que establece relación con el mundo en que el individuo vive, siendo un aspecto que lo controla de manera consciente y que contiene los aspectos de la personalidad que forman evaluaciones, juicios, soluciones y defensas ante el medio ambiente. Considera que el yo es el resultado de tres factores que son interdependientes:

a) Características hereditarias del yo y sus interacciones que se producen como resultado de la experiencia y también de la maduración.

b) Influencia de las pulsiones instintivas

c) Influencia de la realidad externa

### 3.1.2 Erik Erikson

Una de las principales contribuciones de la teoría propuesta por Erikson es que la desarrolló dentro de un contexto social y aunque se basa en los conceptos freudianos, difiere en algunos puntos y de acuerdo con Maier (1965) son los siguientes:

1.- Reemplaza la relación padre-niño-madre por los aspectos histórico-cultural-social de la familia, mismos que

de manera implícita también fueron abordados por Freud aunque puso mayor énfasis en la relación triangular.

2.- Enfatiza la potencialidad del individuo para solucionar satisfactoriamente las crisis de desarrollo, en lugar de tomar una postura pesimista respecto a la disfunción psicológica ampliamente explicada por Freud.

3.- El proceso de socialización (la relación libidinal del yo hacia la sociedad, el paso por el cual un niño llega a convertirse en adulto) es la base de su desarrollo, pero en términos no sexuales sino psicosociales.

(citado en Sahler y McAnarney, 1981).

Esta teoría tiene como núcleo central el logro de una identidad individual en donde se busca inconscientemente cierta continuidad en el plano emocional es decir, la identidad es un criterio que es la síntesis del yo y es el mantenimiento de una solidaridad interna con el mantenimiento de un ideal de grupo e implica la comprensión y aceptación del autoconcepto, y de la sociedad a la cual pertenece el individuo (Erikson, 1972).

Postuló ocho etapas (denominadas crisis) por las cuales pasa todo individuo, siendo el objetivo el establecimiento de un equilibrio dinámico entre las fuerzas opuestas que influyen en su interacción con el medio ambiente, pudiéndose obtener un resultado positivo o negativo. Cada crisis se relaciona con la anterior misma que repercute en cómo el sujeto resuelva las siguientes; de esta manera, la solución óptima de las distintas crisis conducirá a la formación adecuada del autoconcepto (identidad según este autor).

Debido al rango de edad manejado en el presente trabajo, a continuación únicamente se describen brevemente las crisis que Erikson (1972) plantea y que se presentan desde el inicio del nacimiento del niño hasta los doce años:

1.- Confianza básica vs desconfianza básica: Inicia con el nacimiento y culmina al año de edad, el primer logro del niño es permitirle a la madre su alejamiento sin mostrar ansiedad o enojo, dando lugar a cierta continuidad que implica un sentimiento rudimentario de identidad.

Se caracteriza por la adquisición de confianza no solo del medio ambiente sino también de sí mismo, en la capacidad de utilizar las partes de su cuerpo cuando es necesario. El conflicto implícito es confiar o no en quienes lo rodean,

siendo importante que haya cierta frustración por parte de la madre para que tal confianza se establezca; lo opuesto daría lugar a temor o preocupación por el logro de seguridad.

2.- Autonomía vs vergüenza y duda: Ocurre en la primera infancia, hay aumento en la maduración muscular y perceptual que dá lugar a una creciente autonomía.

Ante una mayor independencia el niño duda respecto a su propia competencia como individuo o mantener su dependencia hacia otros dudando de sí mismo, siendo necesario que los padres le proporcionen apoyo para que vaya adquiriendo mayor autocontrol.

Esta etapa coincide con el control de esfínteres, pudiendo negarse a colaborar con la madre y actuar igual ante otras personas.

La vergüenza está asociada con el temor de no ser aceptado por el grupo y la duda relacionada con el temor de autoafirmarse.

Por último, en esta etapa las relaciones sociales comienzan a ampliarse y cobran mayor importancia por lo que la actitud que los adultos significativos tengan hacia los logros del niño influirán en su autoconcepto y autoestima.

3.- Iniciativa vs culpa: Se presenta entre los tres y cinco años en donde el niño ya adquirió la locomoción vertical, se caracteriza porque el campo de acción del niño se amplía siendo capaz de dirigirse a donde quiera (iniciativa), en donde la culpa aparece en relación a los objetivos planteados debido al temor de hacer algo incorrecto.

Es en esta etapa en donde se presentan los celos y la rivalidad infantil para lograr la obtención de privilegios en la relación con la madre, siendo importante que el niño pueda identificarse con el padre de su mismo sexo.

El inicio de la formación del super yo influye en el sentido de iniciativa, en donde al no lograr realizar las actividades sociales el niño puede autocastigarse y sentir que ha defraudado a los demás.

4.- Industria vs inferioridad: Se presenta en la etapa escolar (seis a doce años) en donde el niño sublima la necesidad de conquistar a las personas directamente,

aprendiendo que puede obtener su reconocimiento al producir algo y va adquiriendo habilidades para realizar sus actividades.

Al trabajar con su grupo de pares, se presenta en el niño la industria, entendiéndose como tal a la realización de tareas junto a los demás. Esto es importante ya que Erikson señala que los límites del yo incluyen las herramientas y habilidades del niño, y cuando éstas no son descubiertas por él generan sentimientos de inadecuación e inferioridad y la sensación de fracaso; pudiendo hacerlo regresar a etapas anteriores (edípica) y que disminuya el uso de sus habilidades y además, también puede ocasionar que tienda a aislarse de sus compañeros.

### 3.1.3 Symonds

Diferencia al yo del autoconcepto considerando al primero como un grupo de procesos de percepción, pensamiento y recuerdo, relacionados con el desarrollo de cierto plan de acción que tiene como finalidad el logro de la satisfacción de impulsos internos; mientras que el autoconcepto son las diferentes reacciones del sujeto ante sí mismo (Hall y Lindzey, 1984).

Considera como parte del autoconcepto la manera en la cual el sujeto se percibe y evalúa a sí mismo y como se defiende en diversas situaciones.

Sostiene que el individuo puede de manera consciente tener una percepción de sí mismo que puede ser opuesta a la que tiene inconscientemente y diferencia los conceptos del yo y del ego que desempeñan un papel importante en el autoconcepto de la siguiente manera:

El ego determina los ajustes respecto al mundo externo, siendo el objetivo la satisfacción de necesidades internas, mientras que al yo lo define como lo que los demás observan del ego. Considera que el yo se desarrolla gradualmente con un poder perceptivo es decir, cuando la persona se siente distinta y separada de los demás (cuando se logra la diferenciación entre lo interno y lo externo).

Tanto el yo como el ego están sujetos a un proceso de aprendizaje y Symonds plantea que el ego se desarrolla a través de cuatro etapas separadas:

Al principio, el individuo no distingue entre su medio ambiente y él mismo, después toma más conciencia del ambiente, y posteriormente en la etapa que denomina "Mi" la diferenciación es mayor entre lo que pertenece al yo y lo que pertenece al mundo exterior. Por último, en la etapa "nosotros" se presenta una sensibilidad ante el establecimiento de relaciones con otros; siendo esto resultado de una temprana diferenciación entre el individuo y el medio ambiente (Ibidem).

Concluye que el autoconcepto y el yo interactúan, cuando el yo puede enfrentar las exigencias internas y externas, la persona puede formarse un concepto favorable de sí misma es decir, el yo funciona adecuadamente. Además, la actuación eficaz del yo es fundamental para que el individuo desarrolle una adecuada autoestima.

### 3.2 Enfoque social

#### 3.2.1 G. Mead

Considera al autoconcepto como un proceso inmerso en lo social en el que se establecen relaciones con otras personas, formándose a través de las experiencias que el individuo tiene a lo largo de su vida.

Sostiene que el autoconcepto está formado por dos elementos:

Mí.- Es producto de la socialización es decir, de las actitudes de otros que el individuo adopta como propias al incorporarlas, es la parte de sí mismo que juzga, evalúa y reflexiona a la persona.

Yo.- Proporciona originalidad y espontaneidad a cada individuo, es la parte actuante del ser y debido a su carácter reflexivo, determina en gran medida ciertas características de las actitudes hacia sí mismo.

Para Mead, el autoconcepto es el reflejo de las características y evaluaciones que otros individuos dan a la persona, en donde cada individuo tiene una "conciencia" que proporciona sentido e identidad y direccionalidad a la acción (Mead, 1934; Oñate, 1986).

Concluyendo, considera que el autoconcepto es un objeto y sujeto por sí mismo, y tal característica lo distingue de

otros objetos y del cuerpo, encontrándose en todo momento de la vida.

### 3.2.2 William James

Para James, el autoconcepto es "la suma total de todo cuando un hombre puede llamar suyo, su cuerpo, sus rasgos y sus actitudes, sus posesiones materiales, su familia, sus amigos y sus enemigos y muchas otras cosas más" (Calvin y Gardner, 1984; citado en Mercado, 1991) y está constituido por tres elementos:

1.- Sí mismo material: Relacionado con las pertenencias del sujeto.

2.- Sí mismo social: Inferido a través de como consideran los demás a una persona.

3.- Sí mismo espiritual: Engloba las facultades y disposiciones psicológicas del sujeto.  
(Hall y Lindzey, 1974; Oñate, 1986)

Al igual que Erikson, considera que el autoconcepto constituye el propio sentimiento de identidad personal, confiriéndole dos significados:

1.- Como objeto: Involucra los sentimientos y actitudes que una persona tiene hacia sí misma.

2.- Como un grupo de procesos psicológicos: Estos gobiernan la conducta y proporcionan acciones destinadas a la búsqueda y preservación de sí mismo.

Hall y Lindzey (1974) sostienen que cuando se hace referencia a las actitudes algunos tienden a considerar que corresponde al sí mismo, mientras que los procesos psicológicos se consideran como aspectos del yo.

Independientemente de lo anterior y de como sean manejados, ambos elementos se encuentran estrechamente relacionados ya que cualquier proceso psicológico que se presente en el individuo está matizado por las actitudes que tiene respecto a sí mismo y que de cierta manera influyen en su conducta y en cómo se relacione con otros.

### 3.2.3 Morris Rosenberg

Para Rosenberg (1973), el autoconcepto es la "totalidad de pensamientos que el individuo tiene sobre sí mismo como objeto" y considera que lo integran tres componentes:

1) El sí mismo existente.- Cómo se ve el individuo a sí mismo, estando constituido a su vez por cuatro áreas:

Las partes que integran el contenido del autoconcepto:  
Formado por la identidad social que son las categorías usadas por la sociedad para clasificar a cada individuo (raza, sexo, nivel socioeconómico, escolaridad); y las inclinaciones del sujeto y sus características físicas: el yo físico como objeto perceptual.

Las relaciones entre las partes que conforman al autoconcepto: Comprende tres aspectos fundamentales:

Centralidad psicológica.- Está relacionada con la individualidad y se encuentra organizada jerárquicamente en un sistema de autovalores, los cuales influyen directamente en la autoestima.

Autoconcepto como algo global o específico.- En este apartado está implícita la dificultad para determinar si debe ser estudiado globalmente o seccionarlo y estudiarlo separadamente; este problema se origina debido a que algunos autores consideran que hay inconsistencia entre los componentes del autoconcepto, pero el estudiarlo globalmente puede también presentar dificultades al no considerar aspectos que pueden ser determinantes.

Autoconcepto visto como un aspecto social exterior.- Se refiere a un self visible que muestra aspectos psicológicos internos: el mundo íntimo de cada persona en donde se encuentran sus emociones, deseos, actitudes, temores (Rosenberg, 1973).

Dimensiones.- Son la descripción de las partes que integran al autoconcepto y son:

Dirección: Descripción de sí mismo (positiva o negativa)  
Intensidad: Grado en que percibe sus características  
Relevancia: Qué característica de sí mismo es más importante para el sujeto  
Coherencia: Entre las actitudes que el sujeto tenga hacia sí mismo

Estabilidad: Se refiere a que no cambien las opiniones respecto a sí mismo constantemente

Claridad: Que la imagen que transmita sea nítida

Contenido: Cómo se percibe el sujeto (bondadoso, torpe, bueno, sencillo)

Límites del objeto o extensión del ego

2) El sí mismo deseado. - Cómo le gustaría ser a cada individuo y comprende tres tipos de imágenes:

Imagen ideal.- El niño crea una imagen de lo que le gustaría ser y ésta debe ser más o menos realista, debido a que lo contrario podría generarle frustración al ir tomando conciencia de que le faltan elementos para llegar a ser como la imagen.

Imagen de compromiso.- Implica una imagen realista que el individuo se propone alcanzar.

Imagen moral.- Conjunto de estándares en donde el deber y no deber desempeñan un importante papel, contiene a su vez tres elementos: conciencia o super yo, demandas personales y estructura de demanda del rol.

3) El sí mismo presentado. - En este aspecto la intervención de otras personas cobra gran relevancia, debido a que se refiere a la manera en la cual el sujeto se muestra ante otros con el fin de alcanzar una meta determinada.

Existen más autores que se han enfocado al estudio del autoconcepto, pero debido a que la finalidad del presente trabajo no consiste en describir a cada uno de ellos se optó por mencionar a aquéllos cuyas aportaciones se consideran relevantes en el presente estudio, independientemente de que los otros enfoques también aporten valiosos puntos de vista.

### 3.3 Formación del autoconcepto

El autoconcepto de cada individuo tiene su base en la infancia, en la adquisición del niño de diversas experiencias a lo largo de su desarrollo por lo tanto, no es un aspecto innato sino que se va adquiriendo al establecer contacto con otras personas, siendo la principal, el vínculo madre-hijo (Aisenson, 1979; Guevara, 1992; Hall y Lindzey, 1974).



El desarrollo del yo así como del autoconcepto se inician cuando el bebé aún no logra distinguir entre sí mismo y el medio ambiente, cuando desconoce donde inicia y termina el otro; involucra un proceso lento de diferenciación en donde el bebé emerge de su mundo interno al externo y en la medida en que lo logra adquiere mayor claridad respecto a qué es y quién es, originando también el inicio de su individualidad (Aisenson, 1979; Hamachek, 1971).

A medida que el niño va estableciendo las diferencias (primeramente con su madre) va gestándose el proceso de identificación que es un aspecto importante en el desarrollo de un autoconcepto integrado, y a medida que el campo de acción del niño se va ampliando, se identifica también con otras personas, ya que tal como lo menciona Laing "el sentido de identidad requiere la existencia de otro por el cual uno va a ser reconocido" (citado en Aisenson, 1979; p. 20).

Aisenson (1979) y Lacey y Birtchnell (1986) enfatizan la importancia de la imagen corporal en la formación del autoconcepto y del yo, ya que tal como Freud lo propuso, el yo es ante todo un "ser corpóreo". Es a través del contacto corporal como en el niño surge el sentido de realidad y posteriormente, cuando se observa ante el espejo va adquiriendo de manera gradual conciencia de sí mismo, permitiéndole tales experiencias ir construyendo su imagen corporal que puede modificarse debido a las relaciones que el niño establezca con su medio ambiente; por lo tanto, existe una interdependencia entre el mundo externo y él (Aisenson, 1979).

No todas las experiencias que el niño vivencia llegan a configurar su autoconcepto, algunas son adoptadas por él, pero no todas determinan la adquisición de las motivaciones y comportamientos de otras personas como si fueran propias. Por lo tanto, la aprobación, el rechazo o la indiferencia que el medio ambiente proporcione al niño desempeñan un papel crucial no solo en su autoconcepto sino también en la formación de su personalidad.

A medida que el niño crece se va formando un yo ideal, siendo necesario que no existan diferencias muy notorias entre éste y el yo real (Brandt, 1957; Cawan, 1954; Day, 1952; citados en Hurlock, 1978); ya que esto le causaría conflictos al ir tomando conciencia de que sus capacidades y limitaciones no corresponden a las que se formó y que le son difíciles de alcanzar. Tal situación puede dar lugar a que sobrevalore sus capacidades e infravalore sus defectos y por

lo tanto, que tienda a mostrar un aumento en el uso de conductas compensatorias (Gillhan, 1966; Hurlock, 1978).

En el desarrollo y formación del autoconcepto intervienen diversos elementos, siendo algunos de ellos los que a continuación se describen:

#### Figuras parentales

Es en la familia en donde el niño adquiere sus primeras experiencias, iniciándose en la relación que establece con su madre, misma que influye notablemente en la manera en que se relacionará con terceros. Tal vínculo puede proporcionarle confianza, seguridad o bien, desconfianza y temor.

En base a lo anterior, Hamachek (1971; Hurlock (1978) y Sevilla y Govea (1991) sostienen que cuando el niño adquirió seguridad puede enfrentarse a los obstáculos que se le presentan sintiéndose capaz de superarlos, mientras que lo opuesto puede dar lugar a que dude de su propio valor.

Además, el niño necesita sentir que es amado tal como es independientemente de las conductas que lleve a cabo, cuando tal aceptación está basada en aspectos realistas puede sentir que no tiene que realizar actividades que estén por arriba de sus capacidades y que por lo tanto, pueda explorar y creer en su medio ambiente siendo espontáneo, manifestando sus sentimientos sin temor al ridículo y no sentirse tan devaluado cuando presenta limitaciones y errores (García y Pérez, 1986; Mussen, 1975).

#### Aspecto social

A medida que el niño crece y con el ingreso a la escuela la interacción social se amplía, requiriendo interactuar fuera de casa con otras personas, principalmente con su grupo de pares; quienes le permiten irse diferenciando y adquirir mayor autonomía respecto a sus padres dando lugar a que paulatinamente reconozca quién es (Aisenson, 1979; Hamachek, 1971; Weinmann y Stefl, 1987)

Ante la creciente importancia de ser aceptado por su grupo de pares y ante el temor de ser rechazado, el niño puede adoptar los valores y roles que considera que son aceptados en el grupo social en que se desenvuelve, pero internamente éstos pueden ser diferentes siendo inevitable que en algún momento emerge su imagen real (Aisenson, 1979;

Brembeck, 1975; Hall y Lindzey, 1974; Hamachek, 1971 y Hurlock, 1978).

Lo anterior está relacionado con una serie de expectativas que dentro de un grupo se generan respecto a sus integrantes, y cuando el niño toma conciencia de ello y siente que no puede cubrirlas puede modificarse su autoconcepto, dependiendo en gran medida del grado de importancia que cobre para él su grupo, ya que aunque en esta etapa es muy importante obtener la aceptación de los demás, para algunos niños puede no ser tan relevante.

Además, Guevara (1992) enfatiza que la manera en que el grupo de pares (y los adultos) perciban al niño es importante debido a que éstos actúan como un espejo en el cual el niño se refleja, se descubre y se reconoce.

#### Aspecto emocional

Ajuriaguerra (1983) y Hurlock (1978) sostienen que las emociones que el niño presente ante otras personas proporciona una imagen de él y que dependiendo de ellas puede ser considerado como egoísta, inmaduro, hostil, sensible.

Los sentimientos de ajuste emocional son relevantes dado el temor que el niño siente cuando considera que presenta algo que lo hace diferente de sus compañeros (por ejemplo una enfermedad crónica), pudiendo generarle ansiedad e inseguridad y mostrar una serie de emociones que puede considerar inadecuadas dentro del contexto social en que se desenvuelve, cuando esto sucede, puede dar lugar a que el niño trate de ocultar sus emociones pudiendo ocasionar que se establezca una lucha interna ante la incapacidad que presenta para externalizar sus verdaderas emociones.

#### Aspecto académico

La escuela es un medio que ayuda al niño a adquirir confianza en sí mismo e incrementar su independencia respecto a sus padres (Mussen, 1975).

La manera en la cual los padres reaccionen al rendimiento del niño es fundamental para que no se sienta devaluado y pueda sobrellevar sus fracasos cuando éstos se presentan (García y Pérez, 1986; Hurlock, 1978), mismos que son también importantes dentro de la escuela, ya que los niños tienden a comportarse de diferente manera ante un

compañero a quien consideran "inteligente" que ante aquél que etiquetan de "tonto".

Además, el logro académico depende en gran medida de la importancia que éste tenga en el contexto social del niño, debido a que tales aspectos pueden influir en como se visualice ya que pueden influir en que el niño se sienta aceptado o rechazado (Hurlock, 1978).

#### Aspecto físico

Gillhan, (1966) y Hamachek (1971) mencionan que el cuerpo es importante independientemente de la edad que tenga el individuo, ya que a través de él se va adquiriendo un sentimiento definido de sí mismo y además, es un medio de comunicación con otras personas para el establecimiento de relaciones interpersonales ya que es lo primero que se observa y el conjunto de características físicas influye en como lo perciban los demás.

Por su parte, Hurlock (1978) plantea que la manera en la cual el niño perciba y acepte su cuerpo influye en que no tenga temor de ser rechazado ni se sienta inseguro e inferior ante los demás y no muestre vergüenza al exhibirlo.

Cuando se presenta alguna alteración anatómica o fisiológica en el cuerpo del niño ocasionada por diversos aspectos (enfermedades, accidentes, cirugías) la representación del cuerpo puede modificarse, influyendo en gran medida como tales cambios sean aceptados por los demás y la actitud que tengan hacia los atributos que la sociedad proporcione a la parte modificada (García y Pérez, 1986; García y Ramos, 1991 y Hamachek, 1971).

#### Aspecto moral

El niño va asimilando e internalizando las reglas sociales proporcionadas primeramente por sus padres (Hurlock, 1978; Mussen, 1975) y posteriormente al interactuar con los miembros del grupo social en que se encuentra inmerso (escuela, clubes sociales, colonia).

Las reglas que los padres imponen adquieren mayor peso en el niño debido a que tal como lo mencionan Lewis y Volkmar (1990), cuando el niño rompe las reglas establecidas por ellos puede generarle temor de ser castigado y presentar sentimientos de culpa asociados a la amenaza de perder el

amor filial, e influyen notablemente en la formación del super yo.

Mussen (1975) considera que cuando el niño actúa de acuerdo a las reglas que considera que son positivas en su grupo social puede ser explicado como una forma que usa el niño para continuar siendo aceptado en su grupo.

El niño conforme se va desarrollando adquiere mayor conciencia de la diferenciación entre lo que es "bueno" y lo que es "malo", y el infringir las normas puede ya no vivenciarlo como una amenaza mágica de castigo ante sus "malas acciones", sino que éstas adquieren peso de acuerdo al contexto social y a aspectos internos.

Lo anterior puede estar estrechamente relacionado con el tipo de super yo que el niño haya internalizado, ya que al ser muy rígido inconscientemente temerá que se manifiesten sus aspectos negativos ya que le resultaría amenazante; estando relacionado con lo mencionado anteriormente por Lewis y Volkmar (1990) respecto al miedo de perder el amor de las personas que para él son significativas.

A lo largo del presente capítulo se describieron dos enfoques que intentan explicar el desarrollo del autoconcepto, a partir de lo revisado, considero que en el autoconcepto los aspectos inconscientes desempeñan un papel crucial y que a partir de la manera en la cual el niño estableció el vínculo con su madre fue adquiriendo la confianza necesaria para ir formándose una imagen sólida de sí mismo, tal como lo señala Erikson (1972). Esta matizará considerablemente la manera en la cual el niño interactúe con terceros, ya que proyectará en ellos los sentimientos que considera que sus padres tienen de él, por lo que el temor a ser rechazado está intrínsecamente relacionado con tales aspectos.

Lo anterior permite explicarnos como un niño que los demás consideran inteligente, capaz, puede estarse desempeñando por debajo de sus capacidades aunque se tenga conocimiento de su capacidad, es decir, dada la representación negativa que adquirió e introyectó inconscientemente de sí mismo; se comporta conforme a tal representación influyendo notablemente en los juicios que lleva a cabo de sus acciones.

Cuando una enfermedad se presenta en este tipo de niños es de esperarse que su autoconcepto esté devaluado, ya que previo a su presencia la representación que el niño tenía de sí mismo ya estaba devaluada y si bien ante la enfermedad puede presentar diversas reacciones; éstas pueden no ser tan "trágicas" como las que presenta un niño que de antemano tenía dificultades en la percepción de sí mismo. Es decir, la reacción del niño puede estar relacionada con conflictos no resueltos en etapas tempranas de su desarrollo.

**CAPITULO 4:**  
**ASPECTOS PSICOLOGICOS DE LA ARJ**

## CAPITULO 4: ASPECTOS PISCOLOGICOS DE LA ARJ

### 4.1 Investigaciones

Cuando la ARJ aparece repentinamente en la vida del niño irrumpe en su rutina diaria enfrentándolo a una nueva situación, ya que aunque en ocasiones haya estado enfermo, la situación se torna diferente debido a que paulatinamente tendrá que irse acostumbrando a que en ocasiones despertará con dificultad para mover sus articulaciones, ocasionándole esto dolor, impotencia, frustración y muchas veces, enojo reprimido.

Lo anterior se presenta dada la importancia que para el niño tiene efectuar movimiento, y su limitación da lugar a que repercuta en su estado emocional debido a que tal como lo menciona De la Fuente (1993), cuando hay cambios en lo emocional también suelen presentarse en el movimiento, ya que "(...) todo impulso tiende a expresarse en alguna forma de movimiento es decir, en la realización de actos, ya sean dirigidos al ambiente o a uno mismo (...)" (pág. 378).

Además, cuando el niño artrítico observa en la escuela así como en su casa que las demás personas pueden realizar diversas actividades, puede sentirse relegado y aislarse del grupo, y cuando los sentimientos son muy fuertes puede dar lugar a que manifieste sus sentimientos impulsivamente ante el enojo que la enfermedad le ocasiona.

Por lo anterior, la relación que guarda la enfermedad con el tipo de malestar físico presentado (síntoma) ha generado el interés de diversos autores, quienes sostienen que en el caso de la ARJ la dificultad de la movilidad o su dolencia, simboliza el intento del niño por colocarse una armadura ante la dificultad que muestra para contener y controlar sus sentimientos hostiles y agresivos, señalándolo como un posible agente etiológico (Cleveland, et al, citado en Orantes, 1986).

También se ha considerado que eventos estresantes en la vida del niño desempeñan un papel crucial, existiendo diversos estudios que consideran que tales situaciones (cambios de domicilio, muerte de alguna persona significativa, divorcios, dolor) pueden actuar como factores desencadenantes de la enfermedad (Bakan, 1979; Baker, 1987;



Badell, Giordani, Amour, Tavormina y Boll, 1987; Blom y Nicholls, 1954; Lazarus y Folkman, 1984).

Por ejemplo, Blom y Nicholls (1954) al investigar a 70 niños artríticos no solo encontraron que los eventos estresantes actúan como desencadenantes de la enfermedad, sino que también influyen en que se exacerben los síntomas cuando el niño se expone a situaciones similares a las circunstancias presentes en el inicio de la enfermedad. También encontraron que los niños eran poco cooperadores en sus programas de tratamiento y exhibían problemas alimenticios.

Como se observa, el origen de la ARJ es oscuro, no solo desde el punto de vista médico sino también psicológico, en donde se ha encontrado que éste influye en los procesos inmunológicos, es decir, las emociones desempeñan un importante papel en su alteración y tal sistema está estrechamente relacionado con la presencia o exacerbación de la ARJ (Baker, 1987).

También se han llevado a cabo estudios con el fin de buscar rasgos de personalidad o características individuales que podrían predisponer a la aparición de la ARJ, así como el tipo de reacciones más reales que permitan una mejor adaptación al padecimiento.

Por ejemplo, a los niños artríticos se les ha descrito como competitivos, hostiles, dependientes, inadecuados, inmaduros, perfeccionistas, ambiciosos, con problemas de identificación y conflictos sexuales (Johnson, Shapiro y Alexander, 1947; Ludwin, 1948 y Robinson, 1957; citados en Orantes, 1986; Pow, 1987; Roberts, Bennett y Smith, 1986).

También se considera que tienden a ser excesivamente sensibles a la crítica, con poca tolerancia a la frustración y presentan una pobre imagen de sí mismos (Parker, 1979; citado en Perrin y Guerrety, 1984).

Por su parte, Jessner y Pavenstedth (1959) encontraron con frecuencia en estos niños rasgos obsesivos, así como uso excesivo de fantasía y sentimientos de abandono.

Se les ha considerado también como masoquistas, con dificultad para externalizar la agresión y expresar sus sentimientos, así como con problemas para el establecimiento de relaciones interpersonales (timidez, pasividad) y para

separarse emocionalmente de personas que son significativas en su vida (Smith, 1979; citado en Orantes, 1986).

El componente depresivo también ha sido encontrado con frecuencia en los niños artríticos, desconociéndose si su presencia está relacionada con pérdidas afectivas o bien, es una respuesta ante la aparición de la enfermedad (Blom y Nicholls, 1954; Pow, 1987).

Como se observa, todavía no existe cierto grado de uniformidad en los hallazgos encontrados por diversos investigadores para describir la personalidad de estos niños, pero coinciden al estimar que tienden a mostrar rasgos neuróticos y tal como lo señalan Baker (1987) y Roberts, Bennett y Smith (1986); las características de personalidad encontradas pueden ser efecto de la enfermedad y no la causa del mismo, pudiendo encontrarse diferentes personalidades dentro del mismo grupo de pacientes artríticos.

A continuación se describen algunos estudios realizados en torno al autoconcepto y su relación con la ARJ:

Ungerer, Horgan, Chaitow y Champion (1988) investigaron el autoconcepto y el ajuste social de 365 niños y sus padres esperando que se encontraran disminuidos. Dividieron a los niños en tres grupos: escolares, adolescentes y adultos jóvenes, aplicándoles diferentes pruebas de autoconcepto considerando la edad de cada grupo (escala de autoconcepto de Piers-Harris y cuestionario de autodescripción III), así como un cuestionario respecto al funcionamiento psicosocial. Los resultados más relevantes fueron los siguientes:

a) Encontraron muy poca relación entre las medidas del funcionamiento psicosocial y el autoconcepto en los niños escolares, sin embargo, sí encontraron diferencias al estudiarlos por separado. Por ejemplo, los niños con autoconcepto bajo pasaban más tiempo solos que con amigos respecto a los niños con autoconcepto alto; y en el funcionamiento psicosocial los primeros mostraron sentimientos de soledad más a menudo y se acercaban menos a sus compañeros de clase.

b) En los niños de secundaria sí se presentó asociación entre las variables estudiadas, los adolescentes consideraron que la ARJ había cambiado negativamente sus vidas y se sentían diferentes de su grupo de pares.

c) En los jóvenes adultos no se presentó relación entre las variables e inexplicablemente, tendieron a considerar que la artritis había sido un evento favorable en su desarrollo.

d) En relación al nivel de incapacidad, en los tres grupos no se presentaron diferencias significativas en el autoconcepto.

e) Por último, en relación a los padres de estos niños no se encontró relación entre ningún indicador de problemas familiares y los puntajes de autoconcepto en ninguno de los grupos, pero si se encontró relación significativa entre el nivel de incapacidad y presencia de problemas familiares en los dos grupos de mayor edad.

Badell, Giordani, Amour, Tavormina y Boll (1977) encontraron que los niños con ARJ que estaban sujetos a menor stress tendían a mostrar un mejor autoconcepto.

En relación a la imagen corporal, misma que está íntimamente relacionada con la formación del autoconcepto Keltikangas (1987), al aplicar el dibujo de la figura humana en dos ocasiones (test-retest) a 68 niños y niñas cuyas edades oscilaban entre cinco y diez años, encontró que en la primera aplicación no se presentaron diferencias en los dibujos. Mientras que en la segunda aplicación sí se presentaron, sugiriendo que los niños artríticos están predispuestos a desarrollar alteración en su imagen corporal y es necesario que reciban apoyo psicológico.

McAnarney, Pless, Satterwhite y Friedman (1974), al investigar a 35 niños artríticos y compararlos con niños sanos mediante la escala de autoestima de Coopersmith encontraron que los primeros tuvieron una autoestima más baja que los del grupo control. En este caso, los niños artríticos con niveles altos de incapacidad física tendieron a mostrar un autoconcepto más pobre que los que presentaban menor impedimento físico. También encontraron un menor ajuste psicológico en la mitad de los niños artríticos respecto a los niños sanos.

Stefl y Shear (1989) estudiaron el impacto de una experiencia de campamento basándose en dos variables: autoconcepto y locus de control del funcionamiento psicosocial de niños con ARJ, siendo los sujetos 27 mujeres y 9 hombres, cuyas edades oscilaron entre 7 y 20 años. Aplicaron la Escala locus de control de Nowicki-Strickland para niños y la escala de autoconcepto para niños de Piers-

Harris. Los resultados obtenidos fueron que en ambos instrumentos los puntajes medios aumentaron significativamente después de una semana en el campamento y se mantuvieron después de seis meses, también encontraron que los hombres presentaron una orientación más externa en el locus de control y puntajes más elevados en el autoconcepto respecto a las mujeres; concluyeron que tal tipo de actividades son benéficas en el desarrollo psicológico de este tipo de pacientes.

Por su parte, Blom y Nicholls (1954) reportaron frecuencias más elevadas de depresión, baja autoestima y problemas sociales (timidez, pasividad) y disturbios en las relaciones padres-hijo en niños con padecimientos reumáticos.

Otros aspectos que han sido investigados en este tipo de población han sido los siguientes:

Vandvik (1990) investigó aspectos psiquiátricos en 98 niños con ARJ y 106 padres a través de la aplicación de la Lista de evaluación del niño (CAS), de la Escala global de evaluación para niños (CGAS) y de la lista de conductas de niños (CBCL). Encontraron en la mitad de los niños componentes psiquiátricos, así como disfunción psicosocial moderada en un 64% de los niños; y no se presentaron diferencias entre los puntajes de los niños y los padres cuando se correlacionaron para investigar componentes somáticos.

Wallander y Verni (1989) encontraron que el apoyo social de la familia de niños con enfermedades crónicas (diabetes, espina bífida y ARJ) se encuentra asociado a un decremento en la presencia de problemas conductuales en estos niños.

Por su parte, Sultz (1972) mediante entrevistas con los padres de niños con enfermedades crónicas (asma, cáncer, diabetes, ARJ) encontraron diversas características que se presentaban en la familia independientemente del tipo de enfermedad. Concluyó que el padecimiento tiene claras consecuencias en la relación marital, el aspecto social y el psicológico de la familia debido a los cambios que genera, y ocasiona que se presente constante ansiedad en sus integrantes respecto al bienestar del niño enfermo quien tiende a demandarles más atención.

Otro punto de interés ha sido la calidad del vínculo madre-hijo, por ejemplo, Jessner y Pavenstedt (1959) encontraron que la relación es muy estrecha e intensa, las

madres presentaron más sentimientos de culpa hacia la enfermedad, así como mayor frecuencia en el uso de fantasías respecto a las madres de niños con otra enfermedad crónica. También hallaron en ellas experiencias tempranas de privación que dieron lugar a que aprendieran a controlar sus sentimientos. Por último, en la relación con el hijo enfermo, presentaron sentimientos ambivalentes y depositaban en él la responsabilidad de las experiencias que tuvieron en el pasado.

En un estudio comparativo entre madres de niños con asma, ARJ y colitis ulcerativa, con trastornos neuróticos y físicos; se encontró mediante entrevistas que las primeras aceptaron menos a sus hijos y ejercieron mayor control sobre ellos que las madres de los otros grupos; principalmente respecto a las de padecimientos físicos y que presentaban similitud con las madres de los niños neuróticos (Garner y Venar, 1971, citado en Mussen, 1975).

Por último, a continuación se resume la investigación realizada en México por Orantes (1986), quien a través del manejo de diversos aspectos de la dinámica familiar en siete familias con niños artríticos y usando como instrumentos una entrevista semi-estructurada y la Prueba de Faces II (mide cohesión y adaptabilidad de la conducta familiar) encontró los siguientes resultados:

Alteración en el funcionamiento familiar, estructura disfuncional traducida en síntomas emocionales que presenta algún hermano del paciente, alteración en la comunicación y organización de la familia, rigidez en los límites externos e internos, así como en la alianza madre-hijo enfermo, la cual excluye a los demás hermanos y al padre en la relación, es decir, se presenta distancia emocional hacia ellos tendiendo la madre a sobreproteger al hijo enfermo. Además, la pareja evita conflictos a través de las alianzas que éstos tienen y hay distanciamiento emocional del paciente hacia el padre y los hermanos existiendo alianza negativa entre los hermanos y el paciente.

#### 4.2 Experiencia clínica con niños artríticos

El trabajo del psicólogo clínico en un ámbito hospitalario es una experiencia nueva y enriquecedora que requiere de la aplicación de los conocimientos teóricos adquiridos en la formación académica, así como de la

adquisición de nuevos conocimientos teórico-prácticos que permitan un mejor abordaje psicoterapéutico con niños que presenten una enfermedad crónica (tal como la ARJ), debido a la amplia gama de reacciones emocionales que suelen presentar y que varían de niño a niño y dependen en gran medida de la manera en como influya en él la enfermedad y de su historia personal.

A continuación se describe la experiencia clínica obtenida durante la realización de prácticas profesionales en la Clínica de Inmunología del Instituto Nacional de Pediatría (INP), con el fin de presentar brevemente la manera en la cual se abordan diversos aspectos emocionales asociados a la presencia de ARJ.

Cuando el niño es internado en el INP, tiende a mostrarse reservado cuando se le preguntan aspectos relacionados con la enfermedad (motivo por el cual se enfermó, cómo se llama la enfermedad, qué información tiene respecto a la ella, etc.) y suelen ser necesarias un mayor número de sesiones para que se establezca una relación empática con él y se puedan manejar las fantasías que tiene respecto a la ARJ, así como diversos elementos que puedan estar interfiriendo en su desarrollo emocional.

Los niños artríticos tienden a mostrar incertidumbre y preocupación debido al desconocimiento que algunos de ellos tienen respecto al tipo de enfermedad que presentan y de la causa que la produjo, tales aspectos son manejados cuando se les pregunta cuál es el motivo que consideran como la causa de la ARJ y posteriormente se proporciona información respecto a los posibles agentes etiológicos, enfatizando que aún se desconoce la causa específica, y que el sistema inmunológico interviene en el padecimiento y se procede a explicar lo anterior considerando la edad del niño y el nivel de desarrollo cognitivo en que se encuentra.

Se observa que aunque se maneja información de la enfermedad algunos de los niños tienden a presentar pensamiento mágico e ideas de castigo como causantes de la enfermedad ("me enfermé porque me mojé", "no debí haberme subido a la bicicleta, mi mamá me dijo que no lo hiciera y después me caí y me empezaron a doler mis rodillas", "me puse las calcetas mojadas y yo creo que por eso me enfermé").

Tales aspectos así como los que paulatinamente se presentan son manejados a través de psicoterapia de juego y según lo amerite el caso, se aplican pruebas proyectivas, de

maduración e inteligencia. También se llevan a cabo entrevistas con los padres cuando se considera necesario, así como manejo psicoterapéutico básicamente mediante psicoterapia de apoyo.

Los niños artríticos presentan dificultad para adaptarse a la aparición súbita de la enfermedad y a comprender que aunque ésta se presente como un "huésped indeseable", tendrán que aceptar su presencia a pesar de las incomodidades que les genera, tales como tener que dejar de practicar sus deportes favoritos cuando la ARJ está en franca activación y se presentan dificultades en el movimiento.

Es común que muestren rebeldía ante el tratamiento y que en ocasiones realicen aquéllas actividades que les fueron prohibidas, pudiendo presentarse como una reacción ante la enfermedad y/o como un intento por negar su presencia.

Este aspecto no puede pasar inadvertido tanto por el personal médico ni por la psicóloga o la psiquiatra, ya que puede originar un incremento en la severidad de la enfermedad, pudiendo el niño llegar a lastimar sus articulaciones de manera irreversible cuando hay un grado considerable de severidad y no se llevan a cabo las indicaciones médicas; siendo necesario manejar este aspecto con el niño para que se concientice de que está provocándose un mayor daño y para que vaya emergiendo la conflictiva que la enfermedad le produce.

Al comparar el tipo de interacción que establecen los niños artríticos respecto a niños con otro padecimiento inmune [por ejemplo, lupus eritematoso sistémico (LES)], clínicamente se observa que con los primeros la interacción es más difícil, ya que tienden a mostrarse reservados, defensivos, manifestando conducta hostil encubierta. Posteriormente, cuando se han realizado varias sesiones a través de terapia de juego, tienden a mostrarse un poco más desenvueltos aunque no como sucede con los niños con LES quienes desde el inicio del trabajo terapéutico tienden a mostrarse sociables y menos inhibidos.

Se observa que la agresividad que presentan está dirigida hacia ellos mismos ante el miedo que les genera exteriorizarla, ya que temen ser castigados si la expresan (abandono, pérdida de amor); lo opuesto ocurre con los niños con LES quienes presentan mayor facilidad para verbalizar el enojo que la enfermedad les causa, así como los tratamientos aplicados. Algunos de ellos son vividos en forma de agresión

como sucede cuando se manejan esteroides debido a que alteran el físico del niño (se tornan "cachetones", embarnecen, pudiéndose también alterar órganos internos dando lugar a complicaciones).

Lo anterior es fundamental en el desarrollo del niño, ya que cuando ocurre en niños de etapa escolar aún no se manifiestan los cambios anatomo-fisiológicos que posteriormente darán lugar a la aparición de los caracteres sexuales secundarios ante los cuales el niño todavía no está preparado y si aunado a esto se presentan cambios corporales ocasionados por la enfermedad o por el tratamiento, la ansiedad y el conflicto pueden incrementarse.

También se observa que los niños artríticos tienden a controlar mucho sus emociones (principalmente los impulsos agresivos), pudiendo estar relacionado con lo que se ha encontrado en la literatura en donde se menciona que la ARJ está relacionada con la contención de los afectos a través de la contracción de las articulaciones.

Clinicamente se observa que al aplicar el test proyectivo HTP (house-tree-person), los niños con ARJ tienden a no dibujarse, lo cual puede estar asociado a que no se sienten parte de su núcleo familiar, siendo necesario realizar investigaciones respecto a este rubro, ya que también puede estar asociado con sentimientos de rechazo e inaceptación de manera inconsciente por parte de sus padres (ambos o uno de ellos en especial).

Respecto al tipo de mecanismos de defensa que manejan inconscientemente estos niños, durante las sesiones psicoterapéuticas principalmente se encontraron negación, vuelta contra sí mismo, formación reactiva y proyección.

Son susceptibles al rechazo y buscan constantemente la aceptación, aunque esto puede estar contradiciendo su conducta en la cual se observa lo opuesto.

El trabajo con este tipo de niños no resulta fácil, pero una vez que entramos en contacto con ellos nos enfrentamos a una serie de reacciones y sentimientos que tienen que ser manejados para que paulatinamente tomen conciencia de la enfermedad y vayan teniendo una mejor adaptación ante ella. Además, los niños se muestran preocupados respecto a su imagen física y es ampliamente conocido que ésta influye en el desarrollo de la personalidad de cualquier individuo y en el tipo de interacción que establece con terceros, en donde



se observa que tienden a mostrarse inseguros, desconfiados y se aíslan de las actividades que realizan sus compañeros; siendo detectado cuando la trabajadora social realizaba actividades manuales con los niños hospitalizados.

Durante la hospitalización también se llevan a cabo entrevistas con los familiares de los niños en donde se manejan aspectos tales como dificultad para aceptar la enfermedad, temores, sentimientos de culpa y lo que vaya presentándose a lo largo de las entrevistas, así como información respecto a la etapa en que se encuentra el niño durante la hospitalización y el tipo de reacción que está presentando.

En la Clínica de Inmunología no solo se atienden a niños artríticos, sino también a aquéllos que presentan otras enfermedades relacionadas con el sistema inmunológico (anemia hemolítica, esclerodermia, dermatomiositis, poliarteritis nodosa, entre otras), llevándose a cabo un manejo interdisciplinario.

Cuando se detectan problemas emocionales en los niños hospitalizados que requieren de un mayor número de intervenciones terapéuticas, cuando son dados de alta se les da cita por consulta externa en el Servicio de Psicología y Psiquiatría Infantil.

Los aspectos que se mencionaron a lo largo del apartado anterior son los que se observaron clínicamente y aunque pudiera parecer que todos los niños tienden a manifestar un patrón específico de comportamiento, no sucede así, sino que por lo general tienden a manifestar algunas conductas similares; y considero que lo fundamental se encuentra en vislumbrar cuáles son los factores de la historia personal de cada niño que dan lugar a tales comportamientos.

Cabe señalar que lo anterior es una forma de trabajo psicoterapéutico, pero no es la única e incluso, en el manejo de este tipo de población se presentan cambios en el abordaje dependiendo de las características de personalidad de cada niño, en donde se considera aquél que permita el desenvolvimiento óptimo del niño.

Por último, es importante señalar que los aspectos anteriormente mencionados se refieren al trabajo psicoterapéutico con niños artríticos que estaban en consulta externa, y no con aquéllos que fueron sujetos de estudio.

## **CAPITULO 5: METODOLOGIA**

## CAPITULO 5: METODOLOGIA

### 5.1 Planteamiento del problema

El niño a lo largo de su desarrollo va acumulando una serie de experiencias (internas y externas) que de manera gradual le permiten ir adquiriendo estabilidad emocional, así como adaptación al medio ambiente que le rodea. Cuando se presentan diversos eventos que pueden considerarse como traumáticos tales como enfermedades, accidentes, muerte de familiares, su desarrollo puede no solo verse detenido sino también alterarse y modificar su vida así como la de quienes se relacionan con él.

En relación a la presencia de una enfermedad crónica, hay autores que sostienen que ésta no repercute en gran medida en el desarrollo psicológico del niño (Tavormina, Kastner, Slater y Watts, 1986; Breslau, 1985), mientras que otros tales como Pless y Roghmann (1971) y Daniels y Moos (1987) respaldan lo opuesto, enfatizando que la repercusión no solo se da en el aspecto emocional sino también en el madurativo, pero aún se desconoce si su presencia la causa la enfermedad o bien, ya estaban presentes y ésta los exacerba.

Uno de los aspectos que es fundamental en el logro de un adecuado ajuste psicológico es la manera en como se percibe el niño debido a que tiene efectos en su vida posterior. Por ejemplo, Hurlock (1978) señala que un autoconcepto estable se presenta cuando cada individuo tiene características positivas de sí mismo que dan lugar a un incremento en la autoestima y en la autoconfianza, y disminuyen sentimientos de inestabilidad. Shavelson, Hubner y Stanton (1976) coinciden en lo anterior y agregan que lo opuesto puede dar lugar a conductas socialmente inapropiadas (citado en Andrade y Weiss, 1986).

Cuando aparece en el niño una enfermedad como la ARJ puede sentirse diferente a su grupo de pares dadas las características clínicas del padecimiento, pudiendo describirse negativamente. Con base en estos aspectos y a lo anteriormente mencionado, se pretende conocer la repercusión que la ARJ puede tener en el autoconcepto del niño. Además, en otros países se han realizado investigaciones en torno a diversos aspectos psicológicos presentes en niños artríticos (funcionamiento psicosocial, perturbaciones emocionales, repercusión en la familia), mientras que en México son

escasos los estudios realizados en esta población, siendo importante llevarlos a cabo debido a que permitirá conocer cómo se encuentra el autoconcepto en estos niños respecto a niños clínicamente sanos y conocer si es pertinente organizar Grupos de autoayuda en donde se manejen aspectos relacionados con la enfermedad y su influencia en el aspecto emocional.

## 5.2 Hipótesis

### Hipótesis de trabajo

Los niños con ARJ presentan un autoconcepto devaluado, describiéndose negativamente a diferencia de niños sanos.

### Hipótesis nula

No existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto en niños con ARJ en comparación a niños sanos.

### Hipótesis alterna

Existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto en niños con ARJ en comparación a niños sanos.

## 5.3 Definición de variables

Variable independiente: ARJ

### Definición conceptual

Es una enfermedad crónica del tejido conectivo que se presenta en menores de 16 años, no como una enfermedad aislada sino como un grupo de trastornos que se clasifican de acuerdo con el tipo de ataque presentado; y que da lugar a inflamación articular con un potencial de deterioro y deformidad funcional (Condemi, 1987; Wallander y Verni, 1989).

### Definición operacional

Los criterios usados en los servicios de Inmunología y Medicina Interna del INP en la realización del diagnóstico.

#### Variable dependiente: Autoconcepto

##### Definición conceptual

Es la idea que tiene el individuo de sí mismo, que resulta ser un componente primario de la autopercepción. Es decir, la representación que la persona tiene de sí misma (Coopersmith, 1967; citado en Consuegra, 1991).

##### Definición operacional

Los resultados obtenidos a través de la Escala de autoconcepto para niños (EAPN) y del Dibujo de la figura humana (DFH).

#### 5.4 Población y selección de la muestra

Cada muestra estuvo constituida por 15 niños extraídos de dos muestras independientes (niños con ARJ y niños sanos), siendo apareados por edad y sexo.

Ambas muestras fueron seleccionadas mediante muestreo no probabilístico de tipo intencional, debido a que tuvieron que cubrir con criterios de inclusión establecidos para cada muestra.

Los niños artríticos cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: fueron niños de cualquier sexo, cuya edad osciló entre nueve y doce años, estaban siendo atendidos por consulta externa en los servicios de Inmunología y Medicina Interna del INP, el tiempo de evolución de la ARJ fluctuó entre seis y dos años, presentaron un nivel intelectual promedio, no tuvieron datos de organicidad ni de problemas en la coordinación visomotora y no estaban recibiendo psicoterapia de apoyo.

El tiempo de evolución que se tomó se basó en los criterios clínicos del médico especialista, quien consideró que durante tal lapso, las características clínicas de la enfermedad son similares independientemente del tipo de artritis presentada.

Se excluyeron de la muestra a los niños que estaban bajo tratamiento esteroideo debido a que los resultados podrían sesgarse dados los efectos secundarios que tiene el medicamento en el aspecto físico y que podrían alterar la imagen corporal de los niños y tampoco se incluyeron a aquéllos que presentaron incapacidad de movimiento severo.

Por su parte, los niños sanos tuvieron que presentar los siguientes criterios para ser incluidos en la muestra: fueron niños de cualquier sexo, la edad también osciló entre nueve y doce años, no presentaron ningún tipo de enfermedad crónica, tuvieron un nivel de inteligencia promedio y no presentaron datos de organicidad ni de problemas en la coordinación motora y se excluyeron a aquéllos que padecían alguna enfermedad crónica.

### 5.5 Tipo de estudio

Fue un estudio prospectivo, comparativo, transversal y observacional.

### 5.6 Diseño

Se usó un diseño cuasi-experimental de dos muestras independientes, debido a que no se ejerció influencia ni control riguroso sobre las circunstancias y naturaleza del fenómeno. Se trató más bien de medir la manera en la cual se comporta el fenómeno estudiado (Kerlinger, 1975).

### 5.7 Instrumentos

Se realizó una ficha de identificación para cada niño en donde se anotaron los siguientes datos: fecha de aplicación, nombre, sexo, fecha de nacimiento, edad y asistencia escolar. Posteriormente se aplicó el test de matrices progresivas (Raven) para conocer el nivel de inteligencia de cada niño para incluir únicamente a aquéllos que tuvieran un cociente intelectual (CI) promedio con el fin de que las muestras fueran homogéneas y debido a que se ha encontrado que en el autoconcepto el nivel intelectual influye en su desarrollo.

Después se utilizó el test gestáltico visomotor de Bender para determinar la presencia o ausencia de datos de organicidad y dificultad en la coordinación motora, ya que su presencia podría influir en la realización del dibujo de la figura humana.

Para los fines del estudio se usaron las siguientes pruebas psicológicas:

### Escala de autoconcepto para niños

Es una escala realizada por Andrade y Weiss (1986) que consta de cuarenta y tres adjetivos bipolares con cinco opciones de respuesta, agrupados en seis áreas: percepción física, como hijo, área emocional, social, moral y académica (ver Anexo 1).

Estandarización.- Se realizó en 251 niños mexicanos (100 niñas y 151 niños), cuyas edades oscilaron entre 9 y 15 años. En el presente estudio se limitó el rango de edad (9 a 12 años) con el fin de evitar estudiar a dos poblaciones diferentes (preadolescentes y adolescentes), debido a que podría ser un factor de sesgo en los resultados dadas las características inherentes a cada etapa de desarrollo.

Validez.- Se obtuvo validez de constructo aplicando el análisis factorial con rotación varimax obteniendo los siguientes pesos factoriales por áreas:

Percepción como hijo:	F1= .85	F2= .61
Area académica:	F1= .80	F2= .73
Area emocional:	F1= .63	F2= .61
Area moral:	F1= .87	F2= .72
Area social:	F1= .73	F2= .65

Forma de calificación.- A cada reactivo se le dió una puntuación de 1 a 5, proporcionando el mayor puntaje a los adjetivos positivos y el menor a los negativos. Posteriormente se sumaron los puntajes por áreas para efectuar el análisis estadístico, siendo necesario mencionar que en el área de percepción física la prueba estadística (t de student) se aplicó reactivo por reactivo debido a la sugerencia de las autoras de la Escala.

### Dibujo de la figura humana

Características principales:

Se trata de una prueba proyectiva de lápiz-papel, sin límite de tiempo y puede administrarse en forma colectiva o individual.

Koppitz (1984) se basa en tres aspectos al calificar e interpretar los dibujos:

a) De acuerdo con su estructura: Se refiere a detalles esperados en los dibujos a diferentes niveles de edad (indicadores evolutivos).

b) En base a la calidad: Son detalles poco comunes, omisiones o agregados (indicadores emocionales).

c) De acuerdo con su contenido: Relacionado con el mensaje que el niño está enviando a través del dibujo.

En el presente trabajo se optó por usar únicamente los indicadores emocionales mismos que tienen como características que pueden diferenciarse entre los dibujos realizados por niños con problemas emocionales de los que no lo tienen, aparecen con poca frecuencia en los niños normales y no están relacionados con la edad ni con el nivel de maduración de los niños.

Para obtener la validación de los indicadores emocionales, Koppitz realizó lo siguiente:

Aplicó el DFH a dos grupos constituidos cada uno por 76 niños (32 niños y 44 niñas) siendo apareados por edad y sexo, las edades fluctuaron entre 5 y 12 años y ambos grupos tenían un CI normal. El Grupo A lo integraron niños de una clínica de orientación infantil y el Grupo B lo conformaron niños que acudían a una escuela pública y que no presentaban datos de perturbación emocional. El dibujo se administró individualmente y se aplicó la X2 para comparar el número de sujetos de cada grupo que mostraban algún indicador emocional en el dibujo; siendo omitidos los que no discriminaban (Ver Anexo 2).

La manera en que se calificó e interpretó la presencia de los indicadores emocionales de los dibujos se basó en la propuesta realizada por Moreno (1991), quien agrupó los indicadores emocionales por áreas que evalúa, considerando la interpretación clínica que Koppitz utiliza para cada indicador, siendo agrupados de la siguiente manera:

**Autoconcepto devaluado:** Presencia de figura monstruosa o grotesca, figura pequeña, sombreado de cara y sombreado del cuerpo.

**Impulsividad:** Integración pobre de las partes de la figura, grosera asimetría de las extremidades, omisión de cuello, omisión del cuerpo y presencia de transparencias.

**Angustia:** Sombreado de cara, presencia de transparencias, omisión de nariz, líneas fragmentadas o esquiadas y borraduras.



Culpa: Sombreado de brazos y manos, manos seccionadas, ojos vacíos y ocultamiento de manos.

Inseguridad: Inclinación de la figura, líneas tenues, omisión de pies, de piernas; líneas fragmentadas o esquiadas.

Expansividad: Figuras grandes.

Inadaptación: Cabeza grande, cabeza pequeña.

Agresión: Presencia de dientes, ojos bizcos, brazos largos, manos grandes, trazos fuertes, dedos en forma de garra, figura incompleta y omisión de brazos.

Dificultad para relacionarse: Brazos cortos, brazos pegados a los costados, omisión de ojos, omisión de brazos, omisión de nariz, ojos vacíos, brazos sin manos ni dedos, omisión de boca y figura pequeña.

Inmadurez: Cabeza grande, ausencia de cuello, tamaño grande, tamaño pequeño y transparencias.

Independientemente de que para contrastar la hipótesis planteada únicamente se consideraron los indicadores de autoconcepto devaluado, también se llevó a cabo análisis estadístico en los otros indicadores debido a que se consideró importante conocer las diferencias que pudieran encontrarse entre los grupos.

## 5.8 Procedimiento

Para captar a la muestra de niños artríticos se acudió a la consulta externa de los servicios de Inmunología y Medicina Interna del INP, una vez identificados se procedía a valorar si cubrían con los criterios de inclusión (excepto CI y datos de organicidad mismos que se evaluaron posteriormente) y se solicitó autorización por escrito a los padres de los niños (Ver Anexo 3).

La muestra de niños sanos fue extraída de la escuela primaria "Juan Montalvo", en donde se solicitó autorización al director del plantel para llevar a cabo la aplicación.

En ambas muestras, e independientemente de que los niños no cumplieran con los criterios de CI normal promedio y de

ausencia de datos de organicidad y de dificultad en la coordinación motora, se les aplicaron todas las pruebas y se proporcionaron los resultados a los padres en forma verbal.

La forma de aplicación de los instrumentos fue individual en los niños de cada muestra y se efectuaron en una sola sesión, siendo el orden el siguiente: ficha de identificación, test de Bender, test de Raven, DFH y EAPN.

La consigna para realizar el DFH fué "Quiero que en esta hoja dibujes una persona entera. Puede ser cualquier clase de persona que quieras dibujar, siempre que sea una persona completa, y no una caricatura o una figura hecha con palotes".

En la aplicación de la EAPN se proporcionó a cada niño la hoja de instrucciones junto con las hojas de cada área, mencionándole que si tenía alguna duda podía preguntar (Ver Anexo 1).

#### 5.9 Análisis de los datos

Se utilizaron la prueba t de student para muestras pequeñas e independientes en la EAPN y la X<sup>2</sup> en el DFH para contrastar la hipótesis planteada. Además, en ambos instrumentos se realizó análisis de frecuencias para conocer la distribución de los adjetivos que indican autodescripción negativa, siendo realizado reactivo por reactivo en la EAPN, e indicador por indicador en el DFH tanto para los que median autoconcepto devaluado como para los que valoraban otros aspectos: impulsividad, agresividad, inseguridad.

## **CAPITULO 6: ANALISIS ESTADISTICO Y RESULTADOS**

## CAPITULO 6: ANALISIS ESTADISTICO Y RESULTADOS

A continuación se describen los resultados obtenidos mediante la aplicación de estadística descriptiva e inferencial, estando divididos de la siguiente manera:

a) Presentación de la distribución por edad y sexo en ambos grupos (niños artríticos y niños sanos).

b) Comparación de los puntajes del DFH entre los grupos para contrastar la hipótesis planteada, y presentación de las frecuencias obtenidas del número de indicadores de autoconcepto devaluado en cada grupo mediante el uso del paquete estadístico de CROSSTABS.

c) Comparación del puntaje global y por subáreas de la EAPN entre el grupo de niños artríticos y el grupo de niños sanos, mediante la aplicación de la  $t$  de student que muestra la diferencia entre las medias de dos grupos y determina si hay diferencias estadísticas entre ellos.

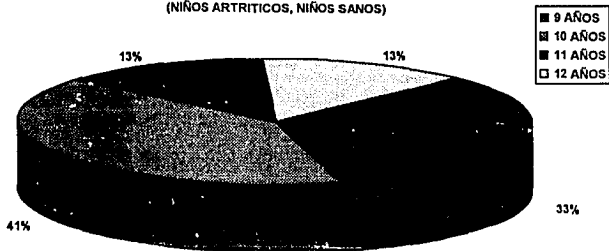
d) Análisis de las frecuencias de cada reactivo de las diferentes áreas de la EAPN con el fin de conocer cuáles fueron los adjetivos (positivo, negativo) que cada grupo presentó con mayor frecuencia.

e) Comparación de los puntajes obtenidos en los indicadores emocionales del DFH que miden: inseguridad, inmadurez, inadaptación, agresividad, angustia, culpa, expansividad, dificultad para relacionarse.

f) Análisis de frecuencia de las distintas áreas evaluadas a través del DFH.

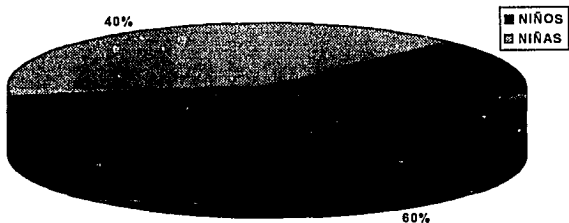
a) Distribución por edad y sexo de los niños de ambos grupos

GRAFICA 1. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS POR EDADES EN AMBOS GRUPOS  
(NIÑOS ARTRITICOS, NIÑOS SANOS)



Los niños de cada grupo fueron apareados por edad y sexo, encontrándose que respecto a la edad (Gráfica 1), en cada grupo cinco tuvieron nueve años, seis presentaron diez años, dos tuvieron once años y dos presentaron doce años, siendo la media ( $\bar{x}$ ) = 10 años.

GRAFICA 2. DISTRIBUCION DE PORCENTAJES POR SEXO EN AMBOS GRUPOS (NIÑOS ARTRITICOS Y NIÑOS SANOS)



Respecto al sexo, podemos observar que en cada grupo el porcentaje de niños fué mayor que el de las niñas (Gráfica 2).

b) Comparación de los puntajes obtenidos en el DFH (autoconcepto devaluado)

Indicadores	Niños artríticos		Niños sanos		Valor de X2	p
	f	%	f	%		
Figura monstruosa	0	-	2	13.3	7.56	.01
Figura pequeña	6	40	2	13.3		
Sombreado de cara	4	26.7	0	-		
Sombreado de cuerpo	5	33.3	0	-		

Tabla 1. Comparación de las frecuencias de los indicadores de autoconcepto devaluado entre los grupos (niños artríticos, niños sanos) y valor de X2 y p.

Como se observa en la Tabla 1, al efectuar la prueba X2 en los indicadores de autoconcepto se encontró que los grupos de niños (artríticos vs sanos) difirieron significativamente, indicando que la hipótesis alterna es aceptada.

Respecto a los resultados obtenidos mediante el análisis de frecuencias, se encontró que los niños artríticos tendieron a mostrar mayor número de indicadores negativos en los dibujos, principalmente figura pequeña y sombreado de cara y de cuerpo. Mientras que en los niños sanos únicamente dos trazaron figuras monstruosas y dos figuras pequeñas.

c) Comparación de los puntajes obtenidos en la Escala de autoconcepto para niños.

Áreas	Niños artríticos $\bar{X}$	Niños sanos $\bar{X}$	Valor de t	p
fuerte-débil	2.4	3.8	3.2	.005**
flaco-gordo	3.26	3.2	.1220	.20
alto-bajo	2.6	3.8	2.6899	.025*
guapo-feo	3.26	2.9	2.3158	.025**
chico-grande	2.3	3.06	2.0624	.20
activo-inactivo	3.2	3.86	1.3787	.20
enfermo-sano (física)	2.13	2.66	.9522	.20
emocional	26.6	33.06	4.2103	.01*
hijo	21.5	33.4	6.3250	.001**
social	22.6	31.6	6.6627	.01*
académica	33.86	31.4	1.1828	.20
moral	30.2	28.7	.6385	.20
PUNTAJE GLOBAL	171.86	205.93	5.7982	.001**

Tabla 2. Comparación entre las medias de los grupos de niños artríticos y sanos a través de la Escala de autoconcepto para niños.

\* significativo

\*\* altamente significativo

Al comparar los puntajes globales de la EAPN se encontraron diferencias altamente significativas entre los grupos (niños artríticos, niños sanos):

$$t_{\text{obtenida}} = 5.7882 > t_{\text{tablas}} = 2.048 \quad (p < .001)$$

Tal resultado permite rechazar la hipótesis nula y aceptar la alterna, indicando que en términos generales existieron diferencias significativas en el autoconcepto entre los niños artríticos y los niños sanos (Ver Tabla 2).

Cuando se efectuó la comparación de cada área evaluada en la EAPN, se encontró que los grupos de niños (artríticos, sanos) difirieron en las áreas social, emocional, percepción como hijo y en algunos de los reactivos del área de percepción física (Ver Tabla 2).

Los reactivos del área de percepción física en donde existieron diferencias significativas fueron:

fuerte-débil  $t = 3.2 > t = 2.048$  (p< .005)  
                  obtenida                    tablas

alto-bajo  $t = 2.6899 > t = 2.048$  (p< .025)  
                  obtenida                    tablas

guapo-feo  $t = 2.3158 > t = 2.048$  (p< .025)  
                  obtenida                    tablas

Mientras que en los restantes (flaco-gordo, chico-grande, activo-inactivo, enfermo-sano) no se presentaron diferencias significativas.

Respecto al área emocional, se encontraron diferencias significativas entre los grupos:

$t = 4.2103 > t = 2.048$   
obtenida                    tablas

En el área de percepción como hijo, las diferencias fueron altamente significativas:

$t = 6.3250 > t = 2.048$   
obtenida                    tablas

Sucediendo lo mismo en el área social en donde se obtuvo el siguiente valor:

$t = 6.6627 > t = 2.048$   
obtenida                    tabla

Mientras que en las áreas académica y moral los grupos de niños (artríticos y sanos) no presentaron diferencias significativas (Ver Tabla 2).



d) Análisis de las frecuencias de cada reactivo en las áreas de la EAPN:

Los resultados que a continuación se describen, se encuentran resumidos en las tablas que se encuentran al final del presente capítulo (Tablas 3 a la 8).

En el área de percepción física, al efectuar el análisis de las frecuencias, se encontró que los niños artríticos tendieron a presentar mayores porcentajes relacionados con una autopercepción negativa en comparación a los niños sanos. Se describieron como menos fuertes, gordos, bajos, chicos, ni guapos ni feos, activos y enfermos mientras que los niños sanos se percibieron fuertes, delgados, altos, guapos, grandes y sanos (Tabla 3).

Respecto al área emocional, los resultados de la Tabla 4 indican que en este aspecto los niños artríticos también tendieron a percibirse más negativamente que los niños sanos, considerándose serios, insensibles, tristes, ni fríos ni cariñosos, ni seguros ni inseguros. Mientras que los niños sanos se percibieron sencillos, juguetones, seguros, sentimentales, felices, tranquilos, decididos y cariñosos (Tabla 4).

En el área de percepción como hijo los niños artríticos también tendieron a describirse negativamente, calificándose como malos, mentirosos, resongones e irresponsables, mientras que los niños sanos se describieron como buenos, sinceros, obedientes, platicadores, educados, agradables, responsables y calmados (Tabla 5).

Al analizar la conceptualización de los niños en el área social, también se encontró que los niños artríticos mostraron más características negativas en la percepción que tienen de sí mismos; considerándose aburridos, ni mentirosos ni sinceros, buenos, solitarios, egoístas, simpáticos, presumidos y platicadores. Mientras que los niños sanos se percibieron divertidos, sinceros, buenos, amigables, compartidos, ni simpáticos ni sangrones, presumidos y platicadores (Tabla 6).

En el área académica ninguno de los grupos presentó un mayor número de frecuencias que permitieran considerar que se describían en forma más negativa, tendiendo ambos a describirse como estudiosos, buenos, cumplidos, trabajadores, organizados y adelantados (Tabla 7).

Por último, en lo que respecta al área moral tampoco se encontró que un grupo (niños artríticos, niños sanos) tendiera a describirse de manera más negativa; describiéndose ambos grupos como buenos, obedientes, educados, sinceros, compartidos, responsables y respetuosos. Llama la atención que en esta área los niños artríticos tendieron a considerarse como compartidos mientras que en el área social se calificaron como egoístas (Tabla 8).

e) Comparación de los puntajes obtenidos al agrupar los indicadores emocionales del DFH.

Indicadores emocionales agrupados	Valores de $X^2$	p
Impulsividad	3.26	.10
Angustia	.4621	.50
Culpa	10.208	.01*
Inseguridad	.5970	.90
Expansividad	4.6123	.05*
Inadaptación	.0147	.95
Agresión	28.405	.001**
Dificultad para relacionarse	11.1143	.001**
Inmadurez	.7025	.50

Tabla 9. Valores obtenidos de  $X^2$  al comparar los puntajes de los indicadores del DFH entre los grupos de niños (artríticos, sanos).

\* significativo

\*\* altamente significativo

Como se observa, al comparar los indicadores emocionales agrupados por áreas, se encontraron diferencias significativas en las áreas que miden sentimientos de culpa y expansividad (valores de  $X^2 > 3.841$ ). Encontrándose que en las áreas que evalúan agresión y dificultad para relacionarse las diferencias estadísticamente significativas fueron muy altas (Ver Tabla 9).

En lo que respecta a los indicadores que valoran impulsividad, angustia, inseguridad, inadaptación e inmadurez; no se presentaron diferencias significativas entre

los grupos (niños artríticos, niños sanos), ya que los valores de X2 fueron menores de 3.841.

f) Análisis de frecuencia de las distintas áreas evaluadas a través del DFH.

Indicadores emocionales agrupados	Grupo de niños artríticos		Grupo de niños sanos	
	f	%	f	%
Integración pobre	3	20	0	-
Grosera asimetría de las extremidades	1	6.7	0	-
Omisión de cuello	4	26.7	1	6.7
Omisión de cuerpo	0	-	0	-
Transparencias	1	6.7	2	13.3

Tabla 10. Distribución de frecuencias y porcentajes de los indicadores emocionales que miden impulsividad.

Los datos de la Tabla 10 muestran que la diferencia de las frecuencias de los indicadores de impulsividad entre los grupos de niños (artríticos y sanos) no fué muy marcada, observándose que los niños artríticos únicamente presentaron mayor dificultad para integrar las partes del cuerpo y tendieron a omitir con mayor frecuencia el cuello; mientras que en los que corresponden a asimetría de las extremidades, omisión de cuerpo y transparencias no se encontraron diferencias muy marcadas del número de frecuencias entre los grupos de estudio.

Indicadores emocionales agrupados	Grupo de niños artríticos		Grupo de niños sanos	
	f	%	f	%
Sombreado de cara	4	26.7	0	-
Transparencias	1	6.7	2	13.3
Omisión de nariz	1	6.7	0	-
Líneas fragmentadas	4	26.7	1	6.7
Borraduras	3	20	6	40

Tabla 11. Distribución de frecuencias y porcentajes de los indicadores que miden angustia.

Al comparar las frecuencias entre los grupos (niños artríticos, niños sanos), se observa que los primeros tendieron a presentar un mayor número de indicadores de impulsividad respecto a los segundos, principalmente en relación al sombreado de cara y líneas fragmentadas, siendo más frecuente la presencia de borraduras en los niños sanos. En relación a la presencia de transparencias y omisión de nariz, se encontró que en ambos grupos la frecuencia fué muy baja (Ver Tabla 11).

Indicadores emocionales agrupados	Grupo de niños artríticos		Grupo de niños sanos	
	f	%	f	%
Sombreado de manos y brazos	6	40	0	-
Manos seccionadas	4	26.7	3	20
Ojos vacíos	9	60	2	13.3
Ocultamiento de manos	0	-	0	-

Tabla 12. Distribución de frecuencias y porcentajes de los indicadores que miden sentimientos de culpa.

Como se observa (Tabla 12), en esta área los niños artríticos presentaron un mayor número de frecuencias en comparación a los niños sanos; principalmente en lo que se refiere al sombreado de manos y brazos y ojos vacíos. Respecto a manos seccionadas, la diferencia entre los grupos fué mínima y en relación al ocultamiento de manos, no se presentó en ninguno de los grupos.

Indicadores emocionales agrupados	Grupo de niños artríticos		Grupo de niños sanos	
	f	%	f	%
Figura inclinada	3	20	1	6.7
Líneas tenues	2	13.3	5	33.3
Omisión de pies	1	6.7	0	-
Omisión de piernas	0	-	0	-
Líneas fragmentadas	4	26.7	1	6.7

Tabla 13. Distribución de frecuencias y porcentajes de los indicadores que miden inseguridad.

Los hallazgos encontrados en la tabla anterior muestran que también en esta área los grupos difirieron en el número de frecuencias de los indicadores, siendo mayor en los niños artríticos, principalmente en lo relacionado a dibujar líneas tenues. A su vez, se observa que los niños sanos tendieron a trazar un mayor número de líneas tenues respecto a los niños sanos.

Por último, en relación a omisión de pies y de piernas, no se encontraron marcadas diferencias entre los grupos (Ver Tabla 13).

Indicadores emocionales agrupados	Grupo de niños artríticos		Grupo de niños sanos	
	f	%	f	%
Figura grande	0	-	4	26.7

Tabla 14. Distribución de frecuencias y porcentajes de los indicadores que miden expansividad.

En base a la tabla anterior (Tabla 14), se encontró que los niños sanos mostraron un mayor número de figuras grandes en sus dibujos, tendiendo a ser más expansivos que los niños artríticos.

Indicadores emocionales agrupados	Grupo de niños artríticos		Grupo de niños sanos	
	f	%	f	%
Cabeza grande	8	53.3	5	33.3
Cabeza pequeña	0	-	0	-

Tabla 15. Distribución de frecuencias y porcentajes de los indicadores que miden inadaptación.

Los resultados obtenidos en este rubro indican que en ambos grupos (niños artríticos, niños sanos) se presentó un mayor número de dibujos con cabezas grandes respecto a las pequeñas, tendiendo a ser más frecuente en los niños artríticos (Ver Tabla 15).

Indicadores emocionales agrupados	Grupo de niños artríticos		Grupo de niños sanos	
	f	%	f	%
Presencia de dientes	2	13.3	0	-
Ojos bizcos	2	13.3	1	6.7
Brazos largos	1	6.7	0	-
Manos grandes	1	6.7	0	-
Trazos fuertes	7	46.7	10	66.7
Dedos en forma de garra	4	26.7	1	6.7
Figura incompleta	3	20	0	-
Omisión de brazos	1	6.7	0	-

Tabla 16. Distribución de frecuencias y porcentajes de los indicadores que miden agresión.

Los datos de la Tabla 16 permiten concluir que los niños artríticos también en esta área tendieron a mostrar un mayor número de indicadores (en este caso de agresión) respecto a los niños sanos; observándose tal aspecto principalmente en la presencia de trazos fuertes, dedos en forma de garra y figura incompleta. Mientras que en los demás (dibujo de dientes, ojos bizcos, brazos largos, manos grandes y omisión de brazos), la diferencia entre los grupos no fué tan marcada.

Indicadores emocionales agrupados	Grupo de niños artríticos		Grupo de niños sanos	
	f	%	f	%
Brazos cortos	2	13.3	0	-
Brazos pegados a los costados	6	40	3	20
Omisión de ojos	0	-	0	-
Omisión de brazos	1	6.7	0	-
Omisión de nariz	1	6.7	0	-
Ojos vacíos	9	60	2	13.3
Brazos sin manos ni dedos	0	-	0	-
Omisión de boca	0	-	1	6.7
Figura pequeña	6	40	2	13.3

Tabla 17. Distribución de frecuencias y porcentajes de los indicadores que miden dificultad para relacionarse.

Los resultados que se observan en la tabla anterior (17) muestran que también en esta área los niños artríticos mostraron un mayor número de frecuencia de indicadores que los niños sanos, principalmente en el dibujo de brazos pegados a los costados, ojos vacíos y figura pequeña. Mientras que en lo relacionado a presencia de brazos cortos y omisión de nariz y boca, la diferencia no fué muy marcada entre las frecuencias de cada grupo; y por último, respecto a la omisión de ojos y presencia de brazos sin manos ni dedos se observa que no se presentó en ninguno de los dibujos de ambos grupos.

Indicadores emocionales agrupados	Grupo de niños artríticos		Grupo de niños sanos	
	f	%	f	%
Cabeza grande	8	53.3	5	33.3
Omisión de cuello	4	26.7	1	6.7
Figura grande	0	-	4	26.7
Figura pequeña	6	40	2	13.3
Transparencias	1	6.7	2	13.3

Tabla 18. Distribución de frecuencias y porcentajes de los indicadores que miden inmadurez.

Como se observa (Tabla 18), al sumar los indicadores del área que evalúa inmadurez se encuentra que también los niños artríticos mostraron un mayor número de indicadores (19) en comparación a los niños sanos (4), siendo mayor en lo que se refiere al dibujo de figuras pequeñas en los artríticos, mientras que los niños sanos tendieron a dibujar un mayor número de figuras grandes.

Por último, en relación a la presencia de cabeza grande, se encontró que los niños artríticos tendieron a dibujar un mayor número (8) respecto a los niños sanos (5), así como en lo que se refiere a omisión de cuello en donde únicamente un niño sano lo dibujó, mientras que cuatro niños artríticos lo realizaron (Ver Tabla 18).

Reactivo	Calif.	Grupo de niños artríticos		Grupo de niños sanos	
		f	%	f	%
fuerte-débil	1	3	20	2	13.3
	2	4	26.7	-	-
	3	6	40	3	20
	4	2	13.3	4	26.7
	5	-	-	6	40
flaco-gordo	1	2	13.3	2	13.3
	2	2	13.3	2	13.3
	3	3	20	4	26.7
	4	6	40	4	26.7
	5	2	13.3	3	20
alto-bajo	1	4	26.7	1	6.7
	2	4	26.7	-	-
	3	3	20	4	26.7
	4	2	13.3	6	40
	5	2	13.3	4	26.7
guapo-feo	1	-	-	3	20
	2	4	26.7	1	6.7
	3	5	33.3	5	33.3
	4	4	26.7	6	40
	5	2	13.3	-	-
chico-grande	1	3	20	2	13.3
	2	6	40	2	13.3
	3	4	26.7	5	33.3
	4	2	13.3	5	33.3
	5	-	-	1	6.7
activo-inactivo	1	4	26.7	-	-
	2	1	6.7	1	6.7
	3	1	6.7	5	33.3
	4	6	40	4	26.7
	5	3	20	5	33.3
enfermo-sano	1	5	33.3	6	40
	2	7	46.7	2	13.3
	3	1	6.7	2	13.3
	4	-	-	1	6.7
	5	2	13.3	4	26.7

Tabla 3. Distribución de frecuencias y porcentajes reactivo por reactivo del área de percepción física,



Reactivo	Calif.	Grupo de niños artríticos		Grupo de niños sanos	
		f	%	f	%
sencillo-complicado	1	-	-	-	-
	2	1	6.7	-	-
	3	3	20	2	13.3
	4	6	40	2	13.3
	5	5	33.3	11	73.3
serio-juguetero	1	3	20	-	-
	2	6	40	2	13.3
	3	1	6.7	3	20
	4	4	26.7	4	26.7
	5	1	13.3	6	40
seguro-inseguro	1	-	-	-	-
	2	4	26.7	1	6.7
	3	5	33.3	1	6.7
	4	3	20	4	26.7
	5	3	20	9	60
sentimental-insensible	1	3	20	-	-
	2	6	40	-	-
	3	3	20	3	20
	4	3	20	3	20
	5	-	-	9	60
triste-feliz	1	1	6.7	-	-
	2	6	40	2	13.3
	3	1	13.3	4	26.7
	4	3	20	3	20
	5	4	26.7	6	40
desesperado-tranquilo	1	1	13.3	-	-
	2	4	26.7	2	13.3
	3	2	13.3	3	20
	4	3	20	5	33.3
	5	5	33.3	5	33.3
decidido-indeciso	1	-	-	1	6.7
	2	3	20	2	13.3
	3	2	13.3	2	13.3
	4	3	20	4	26.7
	5	7	46.7	6	40
cariñoso-frío	1	2	13.3	-	-
	2	-	-	2	13.3
	3	4	26.7	2	13.3
	4	4	26.7	2	13.3
	5	5	33.3	9	60

Tabla 4. Distribución de frecuencias y porcentajes reactivo por reactivo en el área emocional.

Reactivo	Calif.	Grupo de niños artríticos		Grupo de niños sanos	
		f	%	f	%
bueno-malo	1	4	26.7	-	-
	2	2	13.3	-	-
	3	1	6.7	4	26.7
	4	7	46.7	3	20
	5	1	6.7	8	53.3
sincero-mentiroso	1	1	6.7	-	-
	2	10	66.7	1	6.7
	3	1	6.7	5	33.3
	4	1	6.7	3	20
	5	2	13.3	6	40
obediente-desobediente	1	1	6.7	-	-
	2	4	26.7	-	-
	3	7	46.7	3	20
	4	1	6.7	4	26.7
	5	2	13.3	8	53.3
platicador-callado	1	-	-	-	-
	2	3	20	1	6.7
	3	8	53.3	5	33.3
	4	2	13.3	4	26.7
	5	2	13.3	5	33.3
resongón-educado	1	2	13.3	-	-
	2	7	46.7	1	6.7
	3	6	40	4	26.7
	4	-	-	2	13.3
	5	-	-	8	40
agradable-desagradable	1	2	13.3	-	-
	2	4	26.7	-	-
	3	4	26.7	3	20
	4	3	20	4	26.7
	5	2	13.3	8	53.3
travieso-calmado	1	1	6.7	-	-
	2	6	40	2	13.3
	3	2	13.3	-	-
	4	5	33.3	2	13.3
	5	1	6.7	11	73.3
irresponsable-responsable	1	9	60	1	6.7
	2	3	20	-	-
	3	1	6.7	2	13.3
	4	1	6.7	3	20
	5	1	6.7	9	60

Tabla 5. Distribución de frecuencias y porcentajes reactivo por reactivo en el área de percepción como hijo.

Reactivo	Calif.	Grupo de niños artríticos		Grupo de niños sanos	
		f	%	f	%
aburrido-divertido	1	2	13.3	-	-
	2	4	26.7	1	6.7
	3	6	40	-	-
	4	2	13.3	5	33.3
	5	1	6.7	9	60
mentiroso-sincero	1	2	13.3	1	6.7
	2	4	26.7	1	6.7
	3	4	26.7	2	13.3
	4	2	13.3	6	40
	5	3	20	5	33.3
bueno-malo	1	-	-	-	-
	2	3	20	1	6.7
	3	6	40	-	-
	4	5	33.3	6	40
	5	1	6.7	8	53.3
solitario-amigable	1	2	13.3	1	6.7
	2	7	46.7	2	13.3
	3	3	20	5	33.3
	4	1	6.7	3	20
	5	1	6.7	4	26.7
compartido-egoísta	1	2	13.3	1	6.7
	2	4	26.7	1	6.7
	3	2	13.3	1	6.7
	4	4	26.7	3	20
	5	3	20	9	60
simpático-sangrón	1	-	-	-	-
	2	-	-	4	26.7
	3	3	20	5	33.3
	4	5	33.3	4	26.7
	5	7	46.7	2	13.3
presumido-sencillo	1	3	20	2	13.1
	2	5	33.3	5	33.3
	3	2	13.3	3	20
	4	2	13.3	-	-
	5	3	20	5	33.3
platicador-callado	1	4	26.7	-	-
	2	7	46.7	4	26.7
	3	2	13.3	-	-
	4	2	13.3	5	33.3
	5	-	-	6	40

Tabla 6. Distribución de frecuencias y porcentajes reactivo por reactivo en el área social.

Reactivo	Calif.	Grupo de niños artríticos		Grupo de niños sanos	
		f	%	f	%
estudioso-flojo	1	0	-	0	-
	2	1	6.7	1	6.7
	3	3	20	5	33.3
	4	8	53.3	7	46.7
	5	3	20	2	13.3
lento-rápido	1	2	13.3	1	6.7
	2	6	40	5	33.3
	3	1	6.7	5	33.3
	4	4	26.7	2	13.3
	5	2	13.3	2	13.3
tonto-listo	1	2	13.3	0	-
	2	3	20	6	40
	3	5	33.3	5	33.3
	4	2	13.3	2	13.3
	5	3	20	2	13.3
bueno-malo	1	0	-	0	-
	2	0	-	2	13.3
	3	4	26.7	3	20
	4	5	33.3	5	33.3
	5	6	40	5	33.3
burro-aplicado	1	0	-	0	-
	2	2	13.3	5	33.3
	3	3	20	6	40
	4	8	53.3	2	13.3
	5	2	13.3	2	13.3
cumplido-incumplido	1	0	-	0	-
	2	1	6.7	0	-
	3	3	13.3	4	26.7
	4	5	33.3	5	33.3
	5	6	40	6	40
flojo-trabajador	1	0	-	1	6.7
	2	5	33.3	1	6.7
	3	4	26.7	7	46.7
	4	5	33.3	2	13.3
	5	1	6.7	4	26.7
organizado-desorganizado	1	0	-	0	-
	2	2	13.3	2	13.3
	3	1	6.7	3	20
	4	7	46.7	4	26.7
	5	5	33.3	6	40
atrasado-adelantado	1	4	26.7	2	13.3
	2	3	20	1	6.7
	3	2	13.3	8	53.3
	4	6	40	3	20
	5	0	-	1	6.7

Tabla 7. Distribución de frecuencias y porcentajes reactivo por reactivo en el área académica.

Reactivo	Calif.	Grupo de niños artríticos		Grupo de niños sanos	
		f	%	f	%
bueno-malo	1	0	-	1	6.7
	2	2	13.3	1	6.7
	3	2	13.3	7	46.7
	4	5	33.3	2	13.3
	5	6	40	4	26.7
obediente-desobediente	1	1	6.7	0	-
	2	2	13.3	1	6.7
	3	3	20	8	53.3
	4	6	40	1	6.7
	5	3	20	3	20
educado-grosero	1	0	-	0	-
	2	4	26.7	1	6.7
	3	3	20	4	26.7
	4	2	13.3	4	26.7
	5	6	40	6	40
sincero-mentiroso	1	1	6.7	2	13.3
	2	4	26.7	1	6.7
	3	3	20	4	26.7
	4	2	13.3	4	26.7
	5	6	40	6	40
egoísta-compartido	1	2	13.3	5	33.3
	2	1	6.7	3	20
	3	3	20	3	20
	4	6	40	2	13.3
	5	3	20	2	13.3
tramposo-honesto	1	2	13.3	1	6.7
	2	3	20	3	20
	3	2	13.3	8	53.3
	4	5	33.3	1	6.7
	5	3	20	2	13.3
responsable-irresponsable	1	0	-	0	-
	2	3	20	0	-
	3	1	6.7	5	33.3
	4	7	46.7	6	40
	5	4	26.7	4	26.7
respetuoso-irrespetuoso	1	1	6.7	0	-
	2	1	6.7	1	6.7
	3	3	20	1	6.7
	4	4	26.7	8	53.3
	5	6	40	5	33.3

Tabla 8. Distribución de frecuencias y porcentajes reactivo por reactivo en el área moral.

## **CAPITULO 7: DISCUSION, CONCLUSIONES Y RESULTADOS**

## CAPITULO 7: DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### D i s c u s i ó n

Al comparar los puntajes globales de la EAPN y de los indicadores emocionales del DFH obtenidos por los niños artríticos y los niños sanos, se encontró que los primeros diferieron en su autoconcepto respecto a los niños sanos indicando que en términos generales, los niños artríticos tendieron a describirse a través de un mayor número de adjetivos negativos e indicadores de autoconcepto devaluado, pero al realizar la comparación entre las áreas evaluadas por la EAPN, se encontró que los niños diferían en algunas (percepción física, como hijo, emocional y social), mientras que en el área moral y académica no se hallaron diferencias entre los grupos. Tales diferencias pueden explicarse debido a que el autoconcepto está integrado por varios elementos como son los evaluados por la EAPN; y estos elementos se consolidan en la interacción de las características biológicas del sujeto con su medio ambiente, a lo largo del desarrollo de la personalidad del niño. Se sabe que la presencia de eventos traumáticos (en este caso una enfermedad crónica), pueden influir específicamente en algunos de los elementos antes mencionados dependiendo del troquelado de los mismos en etapas específicas del desarrollo emocional y social.

Respecto a los hallazgos encontrados en el área de percepción física, aunque se esperaba que dada la etapa de desarrollo en que se encuentran los niños de ambos grupos (latencia) la preocupación por el cuerpo fuera menor, se encontró que los niños artríticos tendieron a percibirse negativamente, pudiendo deberse tales resultados a los sentimientos de minusvalía y a la tendencia al egocentrismo que la enfermedad les produce, así como a las limitaciones que ésta les impone cuando está activa; es decir, su presencia da lugar a que la atención por el cuerpo se incremente y que el niño perciba con mayor intensidad sus cambios corporales que, ante la amenaza latente de mutilación o deformidad, se acompañan de gran inseguridad y temor al rechazo de su grupo de pares.

Llama la atención que contrario a lo esperado, los niños artríticos se percibieron como activos, pudiendo ser esto debido a una conducta compensatoria o quizá a que los niños de esta muestra presentaron limitaciones mínimas de movimiento (restricción para realizar ejercicios bruscos que lastiman sus articulaciones, pudiendo realizar aquéllos que

requieren menor esfuerzo físico); es decir, ante la poca limitación motora la sensación de ser activo no disminuye. O bien, otra posible explicación puede ser que la actividad que estos niños realicen sea de tipo intelectual, en donde la enfermedad pudiera favorecer su desarrollo, ya que ésta requiere de un estado de calma para lograr un mejor desarrollo.

También resulta importante mencionar que los niños artríticos tendieron a percibirse como enfermos y con menor fortaleza física que los niños sanos; lo primero puede deberse a que los niños de esta muestra tienen conciencia de enfermedad y además, se han identificado con su rol de enfermo. En relación a la fortaleza física, tales resultados pueden relacionarse con los síntomas físicos que en ocasiones la enfermedad provoca en los niños de un decremento de la energía.

La enfermedad parece también afectar a la interacción social, observándose que los niños artríticos tienden a aislarse de su grupo de pares pudiendo esto estar asociado con el temor al rechazo antes mencionado y a la obstaculización parcial de su participación en actividades lúdicas, mismas que son importantes tanto para su desarrollo social como emocional, ya que tal como lo mencionan Hurlock (1978), Perrin y Guerrety (1984) y Rae-Grant (1985), el juego permite manejar en forma simbólica los conflictos internos que se presentan en esta etapa y que generan ansiedad y temor y además; también proporciona la posibilidad de convivencia con su grupo de pares. Lo anterior facilita el desarrollo de la autonomía del niño por la redistribución hacia sus iguales de la libido antes depositada en forma muy importante en los padres y además, el juego ya sea físico o manual también influye en el aprendizaje y en el desarrollo de la creatividad.

En relación a los niños sanos, es posible que al no presentar un evento traumático (en este caso ARJ), y al efectuar diversas actividades lúdicas, éstas cumplan con las funciones propias del juego.

Respecto a la percepción como hijo, los niños con ARJ tendieron a percibirse negativamente en comparación a los niños sanos, pudiendo relacionarse lo anterior, con sentimientos de culpa inconscientes que a menudo aparecen en los niños enfermos de no estar cumpliendo con las expectativas que hacia ellos tienen sus figuras parentales y la culpa que se genera ante la evidencia de sufrimiento que



los padres reflejan al niño como consecuencia de su problema (Ajuriaguerra, 1983; Brodie, 1974; A. Freud, 1985; Hughes, 1982; Mattsson, 1972 y Nover, 1977 citado en Orantes, 1986).

Es bien sabido también que en los niños la enfermedad aparece en forma fantaseada como castigo a malas acciones previas (Wegenhein, 1959; citado en Fernández y Martínez, 1989).

Además, lo anterior puede respaldarse con los hallazgos encontrados en los indicadores emocionales de sentimientos de culpa en donde se observó que los niños artríticos tendieron a presentar un mayor número de indicadores respecto a los niños sanos.

Los resultados también pueden estar relacionados con la rabia que emerge ante las limitaciones que el padecimiento implica y la desilusión ante la percepción de haber sido defraudados por los padres, antes vividos como omnipotentes y siempre capaces de rescatarlo de cualquier situación.

Otro aspecto importante que influye en las reacciones de coraje ante la enfermedad es que los padres podrían no estar proporcionándoles el apoyo necesario, debido a sus propias dificultades para aceptar el cambio de expectativas que conlleva un hijo enfermo.

En cada caso, la conducta estará matizada también por las reacciones de duelo ante la enfermedad, pudiendo encontrarse los pacientes de este estudio en la etapa oposicionista descrita por Ajuriaguerra (1983), misma que al ser disruptiva para su manejo se convierte en un poco más de conflicto.

En relación al área emocional, las diferencias encontradas entre los niños artríticos y los niños sanos pueden estar asociadas a la sensación que la enfermedad les genera de ser diferentes a su grupo de pares, así como de la serie de cambios que se llevan a cabo en su estilo de vida y que ocasionan sentimientos de tristeza al observar que en ocasiones tienen que restringir la realización de algunas actividades que les agradan y que les fueron prohibidas por ser bruscas. Tales aspectos también pueden asociarse a la sensación de no haber sido "el hijo perfecto", aspecto que también puede repercutir en la relación con sus padres y hermanos en donde pueden presentar sentimientos de inadecuación.

Respecto al área moral los niños artríticos no difirieron significativamente de los niños sanos, esto puede deberse a la necesidad del niño artrítico de mantener una buena imagen ante los demás debido al temor de ser socialmente rechazado (Mussen, 1975) ya que en la etapa en que estos niños se encuentran, la aceptación por su grupo de pares cobra mayor importancia pues ésta les permite la adquisición de un mayor número de estrategias sociales para lograr (tal como se mencionó en líneas previas) la separación gradual de los padres y por ende, su diferenciación progresiva (Aisenson, 1979; Hamachek, 1971 y Weinmann y Sift, 1987).

Además, tales resultados también pueden estar relacionados con la adquisición de reglas morales, mismas que son proporcionadas primeramente por los padres de cada niño y éste las va introyectando (super yo), y la manera en la cual sean enseñadas (rigidez, flexibilidad) puede influir en la capacidad del niño para mostrar sin temor algunas conductas que pudieran no ser aceptables en el medio en que se desenvuelve, sin temer el castigo o bien, la pérdida del amor filiar. Esto hace suponer que los niños artríticos introyectaron un super yo rígido que obstaculiza la manifestación de aspectos socialmente negativos ya que los perciben como una amenaza.

En lo relacionado con el área académica, no se encontró un impacto significativo de la enfermedad en los niños artríticos que pudiera dar lugar a diferencias significativas al compararlos con los niños sanos, esto pudiera ser porque la mayoría de los niños artríticos continuaban asistiendo a la escuela y porque quizá ante las limitaciones físicas el desempeño escolar pudiera convertirse en un mecanismo de compensación.

También pudiera pensarse que algunos padres se mostraran más indulgentes ante los aspectos académicos por entender las dificultades reales que pueden presentarse (por ejemplo, ausentismo escolar ante los constantes chequeos médicos u hospitalizaciones) o por el desarrollo de conductas sobreprotectoras compensatorias.

Tales aspectos pudieran amortiguar el efecto de una disminución en su rendimiento sobrellevando mejor sus fracasos (García y Pérez, 1986).

Respecto al DFH, en los indicadores emocionales de autoconcepto devaluado los niños artríticos presentaron mayor

preocupación por su cuerpo: sombreado del cuerpo y de la cara; que se asocian a sentimientos de minusvalía (Koppitz, 1984) y dificultad para aceptar sus características corpóreas, tales resultados pueden estar asociados a la percepción subjetiva o real de cambios anatómicos o fisiológicos secundarios a la enfermedad, y como consecuencia de lo anterior, a un aumento de la atención dirigida hacia su cuerpo.

Las diferencias son obvias si entendemos que en el desarrollo emocional del niño sano en esta etapa se catectizan en forma más importantes otros aspectos como son la aprobación social y los logros en actividades de competencia, observándose que en los niños sanos se presentaron escasos indicadores de autoconcepto devaluado.

A continuación se presenta la discusión de los hallazgos obtenidos a través de los diferentes indicadores emocionales del DFH:

Al comparar los indicadores emocionales se encontró que los niños artríticos diferían significativamente de los niños sanos en aquéllos que evalúan sentimientos de culpa, expansividad, agresión y dificultad para relacionarse en donde los niños artríticos tendieron a presentar mayor número de indicadores. Tales resultados coinciden con lo mencionado por diversos autores tales como Johnson, Shapiro y Alexander (1947); Ludwin (1948), Robinson (1957) y Smith (1979); citados en Orantes (1986); y Pow (1987).

En relación a la presencia de sentimientos de culpa, los resultados pueden estar relacionados con lo que se mencionó anteriormente respecto a la sensación que la enfermedad les provoca de no haber cumplido con las expectativas de sus figuras parentales, tendiendo además a considerar que el padecimiento se presentó como un castigo ante sus malas acciones, estando esto asociado a las fantasías que el niño lleva a cabo de la posible causa de la enfermedad y por el tipo de nivel de pensamiento que manejan en donde se observa que tienden a usar en gran medida pensamiento mágico.

Respecto a la expansividad, los niños sanos presentaron un mayor número de indicadores que los niños sanos, pudiendo significar que los primeros tienden a usar con mayor libertad el medio en que se desarrollan, sin ponerse límites muy rígidos, sucediendo lo opuesto en los niños artríticos.

El que los niños artríticos presentaran más indicadores de agresión puede estar relacionado con lo encontrado en la literatura en donde mencionan que la presencia de la ARJ puede ser una armadura que le permite al niño cubrir sus sentimientos hostiles (Cleveland et al, citado en Orantes, 1986), apoyándose también en lo encontrado a través de la experiencia clínica con este tipo de pacientes. También pudiera ser que el medio en que se desenvuelven estos niños reprime la manifestación de conductas agresivas originando que éstas se encuentren vueltas hacia sí mismos, incrementándose cada vez más ante la dificultad para poderlas exteriorizar.

Los hallazgos encontrados en los indicadores de dificultad para relacionarse mostraron que los niños artríticos tendieron a presentar mayor dificultad, indicando que estos niños tienden al retraimiento social pudiendo estar relacionado con la dificultad que tienen para realizar aquellas actividades que requieren de un mayor esfuerzo físico, lo que puede originar que presenten sentimientos de inadecuación al sentirse incapaces de participar en tales actividades y mostrar sus capacidades.

Lo anterior es importante dada la etapa de desarrollo en que se encontraban los niños de ambas muestras (latencia) en donde de acuerdo con Erikson, es necesario que el niño realice actividades de competencia que le permitan adquirir mayor confianza en sí mismo y a la vez, adquisición de un mayor repertorio de habilidades sociales.

También puede ser que en estos niños la atención esté centrada en sus sensaciones corporales, dando lugar a que el interés por el medio ambiente disminuya.

En los indicadores emocionales que evalúan inseguridad, impulsividad, angustia, inadaptación e inmadurez no se presentaron diferencias significativas entre los niños artríticos y los niños sanos, tales resultados pudieran estar relacionados con la etapa de desarrollo (latencia) en que se encuentran los niños de ambas muestras, en donde los cambios que se presentan en sus vidas puede ocasionar que lo anterior se presente en mayor o menor medida, siendo importante el grado de confianza y seguridad que han adquirido en su medio familiar y del tipo de vínculo que establecieron con sus figuras parentales (principalmente la madre); debido a que la capacidad de la madre para darle confianza al niño y el espejeo que le proporciona son aspectos que permiten al niño sentir que es amado y aceptado tal cual es, generando

sentimientos de inadecuación cuando la relación no fué del todo satisfactoria.

Además de lo anterior, pudiera ser también que dado que los niños artríticos de esta muestra no presentaron limitaciones motoras muy marcadas que pudieran haber ocasionado mayores restricciones en su desenvolvimiento social, ésto les ha proporcionado cierto grado de seguridad respecto a sí mismos, así como menor tendencia a buscar el apoyo constante por parte de terceros.

A pesar de que en los indicadores emocionales antes mencionados no se encontraron diferencias significativas, a través del análisis cualitativo se encontró que los niños artríticos tendieron a presentar más indicadores emocionales que los niños sanos, pudiendo ser explicado en base a que aunque los síntomas de la enfermedad en este tipo de pacientes no son muy acentuados, pueden estar generando sentimientos de inadecuación e inferioridad en estos niños y al no realizarse algún tipo de intervención psicoterapéutica con ellos posteriormente podrían presentar conductas inadecuadas y dejar huellas significativas en el desarrollo de su personalidad. Además, tales hallazgos también pueden estar asociados a que la imagen corporal de los niños artríticos puede estarse alterando debido a las sensaciones subjetivas de los niños en relación a su cuerpo.

### C o n c l u s i o n e s

Se comprobó la hipótesis de trabajo que dice: Los niños con ARJ presentan un autoconcepto devaluado, describiéndose negativamente a diferencia de los niños sanos, encontrando una diferencia estadísticamente significativa de  $p < .001$  en los puntajes globales de la EAPN y una  $p < .01$  en los indicadores emocionales de autoconcepto devaluado.

Los resultados obtenidos respaldan los encontrados por Badell (1987); Blom y Nicholls (1954); McAnarney, Pless, Satterwhite y Friedman (1974), Stefl y Shear (1989) y Ungerer, Horgan, Chaitow y Champion (1988) quienes también encontraron que los niños con ARJ tienden a presentar autoconceptos bajos.

Asimismo, el presente trabajo a través de los indicadores emocionales del DFH encontrados en los dibujos de los niños artríticos hace suponer que la imagen corporal de estos niños también se encuentra alterada, por lo que se considera importante la realización de estudios posteriores,

ya que tal como lo mencionan Keltikangas (1987) y Lacey y Birtchnell (1986), la imagen corporal es un aspecto importante en el desarrollo del autoconcepto.

Buscando una aplicación práctica a los hallazgos de esta investigación pudiera decirse en relación a éstos, que en los pacientes latentes con ARJ se considera necesario proporcionar apoyo psicoterapéutico, ya que en esta etapa, se encuentra la fase de transición en donde aún no se inician los cambios anatómo-fisiológicos de la adolescencia; pudiendo ser que al llegar a ella se presenten dificultades de adaptación a éstos; y si asociado a ello persisten los conflictos generados por la enfermedad pudiera presuponerse un entorpecimiento para la solución de esta etapa, clave en los individuos para alcanzar la madurez emocional del adulto.

La intervención terapéutica deberá encaminarse al manejo de la aceptación y de la adaptación del sujeto hacia el padecimiento, pudiendo plantearse como una opción de trabajo la formación de Grupos de autoayuda, ya que éstos permiten que los niños manejen empáticamente los sentimientos que la enfermedad les genera y que a través de dicho trabajo logren expresar sus dificultades de adaptación y su necesidad de interactuar con su grupo de pares; buscando que en este proceso se encuentre una mayor adaptación social y por ende, una disminución de la sensación de minusvalía que les genera, no como resultado de la enfermedad por sí misma, sino de la percepción de ser "individuos diferentes" al compararse con niños sanos.

Además, la manera en que cada niño manifieste la problemática que la enfermedad le ocasiona estará matizada en gran medida de aspectos asociados a su historia personal, los cuales deberán ser considerados durante dicho trabajo.

Es importante señalar la importancia que tiene el que se continúen realizando investigaciones con niños artríticos, ya que a través del trabajo clínico con ellos se ha encontrado que tienen una manera peculiar de interactuar. Además, de esta manera se podrá tener un acercamiento a los sentimientos que una enfermedad genera en el niño y a las posibles repercusiones que puede ocasionar en el desarrollo de su personalidad; y al tener conocimiento de estas situaciones en la niñez, es posible que pueda prevenirse algún tipo de psicopatología que merme el desarrollo físico y emocional del niño y que además, pueda influir cuando llegue a la adultez.

Lo anterior es importante si se considera que cierto número de niños con ARJ tienden a volver a presentar la enfermedad en etapa adulta, y cuando el sujeto no pudo adaptarse al padecimiento es posible que al volverlo a presentar se incremente la inadaptación y con ello, la dificultad de llevar a cabo diversas actividades a pesar del padecimiento y de las limitaciones que pueda generar.

Por último, es fundamental que en estos niños se proporcione algún tipo de terapia ocupacional que puedan llevar a cabo cuando permanezcan en su casa y que gradualmente se reestablezca la actividad en ellos para que puedan reintegrarse a las tareas de la escuela así como a la interacción con su grupo de pares. Además, es necesario que se encaucen los intereses de estos niños cuando la enfermedad puede dar lugar a limitaciones motoras que pueden obstaculizar que se desarrolle plenamente en lo que respecta a la motilidad.

#### R e c o m e n d a c i o n e s

Las manifestaciones crónicas y en el caso del presente trabajo la ARJ, de acuerdo a sus manifestaciones clínicas, su severidad y de las limitaciones físicas secundarias y dependiendo de la etapa de desarrollo en que se presentan, pueden afectar elementos específicos dentro del autoconcepto siendo conveniente realizar investigaciones en poblaciones por grupo de edad y que contemplen estos factores; ya que ello permitiría conocer qué áreas del autoconcepto se alteran de acuerdo a lo antes planteado y si existen relaciones directas entre los elementos mencionados en líneas previas.

También se recomienda ampliar el tamaño de la muestra para que los resultados que se obtengan puedan ser generalizados, ya que esto no pudo llevarse a cabo en esta investigación debido en gran parte a que los criterios de inclusión dieron lugar a que un gran número de niños no pudiera ser sujeto de investigación.

Por último, también se recomienda que se realice este tipo de estudio en niños con ARJ que presenten Cushing secundario al uso de corticoesteroides, ya que esto puede influir significativamente en la imagen corporal del niño y por ende, en su autoconcepto debido a los cambios anatómicos (e inclusive fisiológicos) que se presentan.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS



#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aisenson, K.A. (1979). El yo y el sí mismo. Argentina: Amorrortu. 1-150 pp.
- Ajuriaguerra, J. de (1983). Tratado de psiquiatría infantil. (4a. ed.) México: Masson 846-868 pp.
- Alarcón, S.D. (1977). Introducción a la reumatología. México: Sociedad Mexicana de Reumatología 5-10 pp.
- Anderson, K. O., Bradley, L., Young, L. y Mc Daniel, L. (1985). Rheumatoid arthritis: Review of psychological factors related to etiology, effects, and treatment. Psychological Bulletin, 98 (2), 358-387
- Andrade, P. y Weiss, S. de (1986). Una escala de autoconcepto para niños. Revista Latinoamericana de Psicología Social en México, 1, 517-522
- Badell, J., Giordani, B., Amour, J., Tavormina, J. y Boll, T. (1987). Life stress and the psychological and medical adjustment of chronically ill children. Journal on Psychosomatic Research, 21, 237-242
- Bakan, D. (1979). Enfermedad, dolor, sacrificio. Hacia una psicología del sufrimiento. México: Fondo de Cultura Económica 11-65 pp.
- Baker, G. H. (1987) Invited review psychological factors and immunity. Journal of Psychosomatic Research, 31 (1), 1-10
- Bakwin, H. y Bakwin, R. M. (1974). Desarrollo psicológico del niño. Normal y patológico. México: Nueva Editorial Interamericana. 113, 118-125 pp.
- Behram, R. y Vaughan, V. (1987). Tratado de pediatría (13a. ed.). México: Interamericana, Vol. 1 76-84 pp.
- Bibace R. y Walsh, M. (1980). Development of children's concepts of illness. Pediatrics, 60 (6), Dec, 912-917
- Blom, G. E. y Nicholls, G. (1954). Emotional factors in children with rheumatoid arthritis. American Journal of Orthopsychiatry, 24, 588-601

Brembeck, C. S. (1975). Alumno, familia y grupo de pares. Escuela y socialización. Argentina: Paidós 7-68 pp.

Breslau, N. (1985). Psychiatric disorders in children with physical disabilities. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 24, 87-94

Brodie, B. (1974). Views of healthy children toward illness. American Journal of Public Health, 64 (2), 1156-1163

Burish, T. y Bradley, L. (1983). Coping with chronic disease. New York: Academy Press. 3-11, 381-407 pp.

Calvin, R. P. (1988). Influencia de las enfermedades crónicas y la hospitalización en el desarrollo de la depresión infantil y su relación con la creatividad como mecanismo de defensa. Tesis de licenciatura en Psicología, ULA 5-45 pp.

Campbell, J. (1975). Illness as a point of view. The development of children's concept of illness. Child Development, 40 (1), March, 92-100

Carandang, M., Folkins, C., Hines, P. y Steward, M. (1979). The role of cognitive level of sibling illness in children's conceptualization of illness. American Journal of Orthopsychiatry, 49, 474-481

Caseem, E. (1990). Depression and anxiety secondary to medical illness. Psychiatric Clinics of North-America, 13 (4), 597-611

Condemi, J. (1987). The autoimmune disease JAMA, 258 (20), 2925-2926

Consuegra, N. M. (1992). Autoconcepto en niños con acondroplasia. Tesis de licenciatura, Fac. de Psicología, UNAM 48-127 pp.

Curtis, R. (1991). The relational self theoretical convergences in psychoanalysis and social psychology. New York: The Guilford Press. 94-108 pp.

Daniels, D., Miller, J. J., Billings, A. G. y Moss, R. H. (1987). Psychosocial risk and resistance factors among children with chronic illness, healthy siblings and healthy controls. Journal of Abnormal Child Psychiatry, 15 (2), 295-308

- Erikson, E. (1972). Infancia y sociedad. (6a. ed.) Argentina: Paidós. 222-247 pp.
- Favre, T., Jenkins, E. y Fernández, C. M. (1987). El niño enfermo crónico y su familia. México: Ediciones Nuevo Mar. 1-80 pp.
- Feldfogel, D. y Zimerman, A. (1981). El psiquismo del niño enfermo orgánico. Argentina: Paidós. 13-32 pp.
- Felice, M. y Friedman, S. (1982) El niño con enfermedad crónica. En Hoekelman, A. (Ed.). Principios de pediatría. México: Mc Graw Hill. 227-229, 573-577 pp.
- Fernández, O. M. F. y Martínez, A. M. (1989). La representación del self en niños con un padecimiento crónico y en niños con un padecimiento psicossomático. Tesis de licenciatura en Psicología, UIA 7-121 pp.
- Fitzpatrick, R. (1990). La enfermedad como experiencia. México: Fondo de Cultura Económica. 199-216 pp.
- Freud, A. (1985). El psicoanálisis y la crianza del niño. España: Paidós. 131-144, 159-170 pp.
- Fuente, R. de la (1993). Psicología médica. (2a. ed). México: Fondo de Cultura Económica. 185-192, 378-381 pp.
- García, B. S. y Pérez, P. G. (1986). El autoconcepto del niño: Algunos aspectos psicológicos. Tesis de licenciatura en Psicología, UIA, 263 pp.
- García, S. A. y Ramos, S. H. (1991). El autoconcepto de la pareja estéril Tesis de licenciatura. Fac. de Psicología, UNAM
- Gillhan, H. (1966). Cómo ayudar a los niños a aceptarse a sí mismos y aceptar a los demás. Argentina: Paidós. 1-86 pp.
- Greenan, D. M. (1987) Manual de reumatología. México: Nueva Editorial Interamericana. 1-3, 222-227 pp.
- Green, M. (1977). The management of children with chronic disease. In M. Green and P. J. Haggerty. Ambulatory Pediatrics II. Philadelphia: Saunders Company 120 pp.

- Guevara, A. (1992) Satisfacción marital: Su relación con el autoconcepto y depresión en madres adolescentes. Tesis de licenciatura en Psicología, UIA, 120 pp.
- Hall, C. y Lindzey, G. (1974). La teoría del sí mismo y la personalidad. Argentina: Paidós. 1-85 pp.
- Hall, C. y Lindzey, G. (1984). La teoría psicoanalítica de la personalidad. México: Paidós. 104 pp.
- Hamachek, D. E. (1971). Encounters with the self. Michigan: Holt, Rinehart and Winston Inc. 1-31, 101-129, 131-173, 223-254 pp.
- Hartmann, H. (1978). Ensayos sobre la psicología del yo. México: Fondo de Cultura Económica. 107-130, 164-193 pp.
- Hoekelman, A. (1982). Principios de pediatría. México: Mc Graw Hill. 640-658 pp.
- Hong, S. y Kim, P. (1981). Self concept and body image of children during physical illness. Psychosomatics, 22 (2), Feb, 128-135
- Horrocks, J. E. (1984). Psicología de la adolescencia. México: Trillas. 81-99 pp.
- Hughes, M. (1982). Chronically ill children in groups. Recurrent issues and adaptation. American Journal of Community, 52, 704-711
- Hurlock, E. (1978) Desarrollo psicológico del niño. (4a. ed.) México: Mc Graw Hill. 161-173, 578-588, 707-712 y 752-782 pp.
- Jessner, L. y Pavenstedt, E. (1959). Dynamic psychopathology in childhood. New York: Grune & Stratton 124-165 pp.
- Kanner, L. (1948). Child psychiatry (2nd. ed.). Illinois: Charles C. Thomas. 48-62 pp.
- Keltikangas, J. L. (1987). Body image and its disturbances ensuing from juvenile rheumatoid arthritis. A preliminary study. Perceptual & Motor Skills, 64, 984
- Kempe, C., Silver, H., O'Brien, D. y Fulginati, V. (1988). Diagnósticos y tratamientos pediátricos (7a. ed.). México: Manual Moderno 717-753 pp

Kerlinger, K. (1975). Investigación del comportamiento. México: Interamericana, 223-231 pp.

Koppitz, E. (1984). El dibujo de la figura humana en los niños. Evaluación psicológica. Argentina: Guadalupe. 386 pp.

Lacey, H. J. y Birtchnell, S. (1986). Body image and its disturbances. Journal of Psychosomatic Research, 30 (6), 623-631

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping. New York: Springer. 34-52 pp.

Lewis, M. y Volkmar, F. R. (1990). Clinical aspects of child and adolescent development. An introductory synthesis of developmental concepts and clinical experience. (3rd. ed.). Philadelphia: Lea & Febiger. 79-89, 193-197, 255-272 pp.

Lindheim, L., Glass, H. H. y Coffin, Ch. (1972). Changing hospital environments for children. Massachusetts: Harvard University Press. 57-76 pp.

Lipowski, Z. y Hanover, N. (1972). Advances in psychosomatic medicine. Aspects of physical illness. Vol. 8 Suiza: S. Karger. 42-48, 237-245 pp.

McArney, E. R., Pless, I. B., Satterwhite, B. y Friedman, S. B. (1974). Psychological problems of children with chronic juvenile arthritis. Pediatrics, 53, 523-528

McCarthy, D. (1989). Arthritis and allied conditions. A textbook of rheumatology. (11th ed.). Philadelphia: Lea & Febiger. 593-599 pp.

Mattsson, A. (1972). Long-term physical illness in childhood: A challenge to psychosocial adaptation. Pediatrics, 50 (5), Nov, 801-809

Mead, G. H. (1934). Mind self & society from the stand point of a social behaviorist. Vol. 1. Chicago: University of Chicago Press. 135-226 pp.

Mercado, M. (1991). Autoconcepto en niños maltratados que viven con familia y niños maltratados que viven en la calle. Tesis de licenciatura. Fac. de Psicología, UNAM 130 pp.

Mussen, P. (1975). Desarrollo de la personalidad en el niño. México: Trillas. 539-597 pp.

- Nahuauser, C. (1978). Children's concept of healthing cognitive development on locus de control factors. American Journal of Orthopsychiatry, 48, 335-341
- Nájera, H. (1978). Children's reactions to hospitalization and illness. Child Psychiatry Human Development, 8, 3-19
- Nelson, W., Vaughan y McKay (1977). Tratado de pediatría (6a. ed.). Vol. 1 México: Salvat Editores, S. A. 514-519 pp.
- Oñate, M. del P. (1986). El autoconcepto. Formación, medida e implicaciones en la personalidad. España: Narcea. 1-191 pp.
- Orantes, C. (1986). Estructura familiar de pacientes adolescentes con ARJ. Tesis de maestría, ULA 1-50 pp.
- Perrin, E. y Guerrety, S. (1984). Desarrollo de los niños con enfermedades crónicas. Clinicas Pediátricas de Norteamérica, 31 (1), 19-33
- Pless, I. y Roghmann, H. (1971). Chronic illness and its consequences observation based on three epidemiologic surveys. Journal Pediatrics, 79, 351-354
- Pow, J. (1987). The role of psychological influences in rheumatoid arthritis. Journal of Psychosomatic Research, 31 (2), 223-229
- Roberts, N., Bennett, S. y Smith, R. (1986). Psychological factors associated with disability in arthritis. Journal of Psychosomatic Research, 30 (2), 223-231
- Rae-Grant, Q. (1985). Psychological problems in the medically ill child. Psychiatric Clinics of North-America, 8 (4), 653-663
- Rodin, G. y Voshart, K. (1986). Depression in the medically ill. An overview. American Journal of Psychiatry, 143 (6), June 696-704
- Rosemberg, M. (1973). La autoimagen del adolescente. Argentina: Paidós. 17-27 pp.
- Sahler, O. J. y Mc Anarney, E. R. (1981). The child from three to eighteen. St. Louis Missouri: CV Mosby Company. 40-50 pp.

Schleifer, J. S., Scott, B., Stein, M. y Keller, S. (1986). Behavioral and developmental aspects of immunity. Journal of the American Child Psychiatry, 26 (6), 751-763

Sevilla, C. A. y Govea, P. M. (1991). Estudio de la influencia de la religión en el autoconcepto de los niños. Tesis de licenciatura. Fac. de Psicología. UNAM 25-52 pp.

Shultz, H. (1972). Long-term childhood illness. London: University of Pittsburg Press 89-142 pp.

Singsen, B. (1990). Rheumatic diseases of childhood. Clinics of North America, 16 (3), August, 581-591

Stefl, M. E. y Shear, E. (1989). Summer camps for juveniles with rheumatic disease. Do they make a difference? Arthritis Care and Research, 2 (1), 10-15

Steinbroker, O. (1949). Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. JAMA, 140, 659-662

Tavormina, J. B., Kastner, L. S., Slater, P. M. y Watts, S. (1986). Chronically ill children -a psychologically and emotionally deviant population. Journal of Abnormal Child Psychology, 4, 99-110

Tritt, S. y Esses, L. C. (1988). Psychosocial adaptation of siblings of children with chronic medical illness. American Journal of Orthopsychiatry, 58 (2), April, 211-226

Ungerer, J., Horgan, B., Chaitow, J. y Champion, D. (1988). Psychological functioning in children and young with juvenile arthritis. Pediatrics, 81 (2), Feb, 195-202

Vandvik, I. (1990). Mental health and psychosocial functioning in children with recent onset of rheumatic disease. Journal of Child Psychology & Psychiatry, 31 (6), 961-971

Viney, L. y Westbrook, M. (1982). Coping with chronic illness. The mediating role of biographic and illness-related factors. Journal of Psychosomatic Research, 26 (6), 595-605

Wallander, J. L. y Verni, J. W. (1989). Social support and adjustment in chronically ill and handicapped children. American Journal of Community Psychology, 17 (2), 185-199

Weinmann, C. y Stefl, J. M. (1987). Effects of cognitive information on college students' self concept. Perceptual & Motor Skills, 64, 1159-1162



## ANEXOS

## ANEXO 1

### ESCALA DE AUTOCONCEPTO PARA NINOS

Lee cuidadosamente las instrucciones, no hay respuestas correctas ni incorrectas, marca una sola opción.

#### INSTRUCCIONES

A continuación aparecen una serie de conceptos o frases que se te pide que califiques de acuerdo a tu forma de pensar. Debajo de cada frase o concepto se encuentra una escala de la que debes evaluar el concepto o frase.

La escala contiene dos adjetivos opuestos separados por cinco espacios:

Bueno                      Malo  
          A    B    C    D    E

Tú tienes que poner una X en el espacio que mejor exprese lo que tu piensas.

Si colocas la cruz (X) en A indica MUY BUENO

B indica POCO BUENO

C indica NI BUENO NI MALO

D indica POCO MALO

E indica MUY MALO

Entre más cercana pongas la cruz (X) del adjetivo, es que estas más de acuerdo con ese adjetivo.

Coloca con cuidado la cruz(X) para que no quede así:

Bueno          X          Malo

Responde a cada escala por separado y no vuelvas atrás una vez que hayas marcado algo.

Contesta tan rápido como te sea posible, ya que lo que cuenta es lo primero que se te venga a la mente, pero hazlo con mucho cuidado.

dado.

Trata de ser lo más sincero posible. Estos datos serán manejados confidencialmente.

GRACIAS POR TU COLABORACION

YO FÍSICAMENTE SOY

Fuerte	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Débil
Flaco	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Gordo
Alto	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Bajo
Guapo	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Feo
Chico	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Grande
Activo	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Inactivo
Enfermo	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Sano

YO COMO ESTUDIANTE SOY

Estudioso	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Flojo
Lento	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Rápido
Tonto	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Listo
Bueno	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  E  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Malo
Burro	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Aplicado
Cumplido	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Incumplido
Flojo	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Trabajador
Organizado	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Desorganizado
Atrasado	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Adelantado

YO CON MIS AMIGOS SOY

Aburrido	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	Divertido
Mentiroso	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	Sincero
Bueno	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	Malo
Solitario	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	Amigable
Compartido	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	Egoísta
Simpático	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	Sangrón
Presumido	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	Sencillo
Platicador	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	Callado

YO EMOCIONALMENTE SOY

Sencillo	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	Complicado
Serio	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	Juguetero
Seguro	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	Inseguro
Sentimental	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	Insensible
Triste	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	Feliz
Desesperado	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	Tranquilo
Decidido	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	Indeciso
Cariñoso	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	Frío

YO MORALMENTE SOY

Bueno	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Malo
Obediente	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Desobediente
Educado	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Grosero
Sincero	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Mentiroso
Egoísta	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Compartido
Tramposo	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Honesto
Responsable	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Irresponsable
Respetuoso	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Irrespetuoso

YO COMO HIJO SOY

Bueno	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Malo
Sincero	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Mentiroso
Obediente	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Desobediente
Platicador	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Callado
Resongon	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Educado
Agradable	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Desagradable
Travieso	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Calmado
Responsable	<u>  A  </u>	<u>  B  </u>	<u>  C  </u>	<u>  D  </u>	<u>  E  </u>	Irresponsable

## ANEXO 2

**Tabla 13. Indicadores emocionales en los DFH de los pacientes clínicos (Grupo A) y en los de los alumnos bien adaptados (Grupo B)**

Indicadores emocionales	Grupo A	Grupo B	X <sup>2</sup>	P
Integración pobre	9	0	7.06	.01
Sombreado: cara	3	0		
Sombreado: cuerpo, extremidades	10	1	6.63	.01
Sombreado: manos, cuello	5	0	3.36	.10
Asimetría de extremidades	5	0	3.31	.10
Figura inclinada	11	0	9.80	.01
Figura pequeña	10	0	8.67	.01
Figura grande	7	0	5.55	.02
Transparencia	8	2	2.68	.10
Cabeza pequeña	3	0		
Ojos bizcos	0	0		
Dientes	5	3		
Brazos cortos	11	3	3.85	.05
Brazos largos	6	1		
Brazos pegados	4	2		
Manos grandes	5	0	3.31	.10
Manos omitidas	11	3	3.85	.05
Piernas juntas	3	2		
Genitales	2	0		
Monstruo, figura grotesca	3	1		
Tres figuras	4	0		
Sol (*)	5	7		
Nubes, lluvia	6	1		
Figura cortada por el borde de la hoja (*)	3	3		
<i>Amisión de:</i>				
Ojos	2	0		
Nariz	6	2		
Boca	4	0		
Cuerpo	4	0		
Brazos	4	0		
Piernas	0	0		
Pico	7	2		
Cuello	7	0	5.36	.02

(\*) No era clínicamente válido y por consiguiente fue suprimido de la lista de indicadores emocionales.

### ANEXO 3

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO

Fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo a mi hijo (a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ para que conteste cuatro exámenes psicológicos con fines de investigación respecto al autoconcepto. Se me informa que la aplicación de tales exámenes no producirá ningún daño físico o emocional en mi hijo.

En caso de que por cualquier motivo decidiéramos no participar o suspender el examen, esto no repercutirá en la atención médica que el Instituto proporciona a mi hijo.

Los resultados de la valoración me serán proporcionados al término de la misma, para que conozca algunos aspectos del funcionamiento psicológico de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE CONSENTIMIENTO  
DEL PADRE O TUTOR