



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

273  
2ej.

SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS A TRAVES DEL DIBUJO  
DE LA FIGURA HUMANA ENTRE EL NIÑO CON  
QUEMADURAS Y SIN QUEMADURAS

**T E S I S   P R O F E S I O N A L**

Que para obtener el Título de:  
**L I C E N C I A D O   E N   P S I C O L O G I A**

P r e s e n t a :

**MARIA DEL PILAR VENEGAS TORRES**

Directora de Tesis:  
Lic. Blanca Elena Mancilla Gómez

Asesor metodológico:  
Lic. Raúl Tenorio Ramírez

MEXICO, D.F.

1998

260902



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

***Dedico con todo mi cariño la tesis.***

***A mis padres:***

***Francisco Venegas y Felipa Torres***

Gracias por su amor y apoyo incondicional, por los valores que me han inculcado, en especial por el ejemplo de que todo lo que anhelamos en la vida se logra a través del esfuerzo, la perseverancia y el amor.

***A mis hermanos:***

***Alma, Noemí, Javier, Rafael y Cesar***

Gracias por su apoyo, amistad y amor.

***En especial quiero dedicar la presente Tesis a dos seres significativos en mi vida: Juan Eduardo Hoz F. y al bebe que espero***

Eduardo gracias por tu ejemplo de vida, tenacidad, optimismo y amor.

**Quiero hacer patente mi agradecimiento a:**

*Lic. Blanca Elena Mancilla* por su dirección en la elaboración de la presente tesis,

*Lic. Raúl Tenorio* por la asesoría metodológica,

*Lic. Leticia Bustos, Araceli Mendoza y Guadalupe Santaella* por sus asesorías.

**En especial mi agradecimiento al personal del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado por el apoyo y las facilidades que me brindaron y sobre todo a cada uno de los Niños que hicieron posible que esta investigación se llevara a cabo.**

**A las autoridades de la Esc. Primaria: Profr. Carlos Hernández Selvas por permitirme trabajar con su población escolar.**

**A la Psic. Aurora Ayala de la UCII de la Facultad de Psicología por su apoyo.**

**Por último a todas las personas que de forma directa o indirectamente me brindaron su tiempo, asesoría y colaboración**

# INDICE GENERAL

Dedicatorias  
Agradecimientos  
Índice general  
Resumen

## INTRODUCCIÓN

## CAPITULO I

### MARCO TEÓRICO

1.1	Antecedentes de Investigaciones que se han realizado en México acerca del Dibujo de la Figura Humana (DFH) de E. Koppitz.	1
1.2	El Dibujo de la Figura Humana	3
1.3	Método de Evaluación e Interpretación de Elizabeth Koppitz :Marco Teorico-Teoria de las Relaciones Interpersonales	7
1.3.1	Conceptos Teóricos	9
	1.3.1.1 Euforia	
	1.3.1.2 Empatía	
	1.3.1.3 Experiencia	
	1.3.1.4 Tensión de las necesidades	
	1.3.1.5 Tensión de la ansiedad	10
	1.3.1.6 Transformación de energía	
1.4	Fases del Desarrollo (o Estadios Evolutivos)	11
	1.4.1 La Infancia	
	1.4.2 La Niñez	
	1.4.3 La Edad Juvenil	
	1.4.4 La Preadolescencia	

1.4.5	La Adolescencia	
1.4.6	La Madurez	13
1.5	Concepto de Desarrollo	
1.6	Concepto de Maduración	14
1.7	En la Interpretación del Dibujo de la Figura Humana	15
1.7.1	Como Test de Maduración	
	1.7.1.1 Ítems Evolutivos	
1.7.2	Como Técnica Proyectiva	20
	1.7.2.1 Indicadores Emocionales	

## CAPITULO II

### QUEMADURAS

2.1	Epidemiología	24
2.2	La Piel	26
	2.2.1 Estructura de la Piel	27
	2.2.2 La Piel y las Quemaduras	28
2.3	Definición y Tipos de Quemaduras	29
	2.3.1 Primer grado	32
	2.3.2 Segundo grado superficial	
	2.3.3 Segundo grado profunda	
	2.3.4 Tercer grado	
2.4	Tratamiento Clínico de las quemaduras	34
2.5	Reacciones Psicológicas a la Tensión Corporal	35

2.6	Reacción General a la Enfermedad Aguda	36
2.7	Reacciones Especificas ante las Quemaduras	38
2.7.1	Inferencias Psicológicas de las Quemaduras	39
2.7.2	Impacto Psicológico de las Quemaduras	41
2.7.3	Consecuencias de las Quemaduras y del Tratamiento en los Niños	43
2.8	Reacciones Emocionales en Niños Hospitalizados	46
2.8.1	Respuestas Psicológicas del Niño ante la Hospitalización y la Enfermedad	48
2.8.2	Reacciones Psicológicas de los Padres del Niño Hospitalizado	51

### CAPITULO III

#### METODO

3.1	Planteamiento del problema	
3.1.1	Hipótesis Conceptual o de Trabajo	54
3.1.2	Hipótesis Estadísticas	
3.2	Definición Conceptual y Operacional de las Variables	
3.2.1	Variable Independiente	
3.2.1.1	Quemaduras de Primer grado Superficial	
3.2.1.2	Quemaduras de Segundo grado Superficial	
3.2.1.3	Quemaduras de Segundo grado Profunda	55
3.2.2	Variable Dependiente	

3.3	Sujetos	
3.3.1	Tipo de Muestreo	56
3.4	Tipo de Estudio	
3.5	Diseño Experimental	
3.6	Escenario	57
3.7	Instrumento	
3.8	Procedimiento	59
3.8.1	Calificación	61
3.9	Tratamiento Estadístico	63

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

4	Resultados Cualitativos	
4.1	En la Interpretación del Dibujo de la Figura Humana como test de Maduración	67
4.2	En la Interpretación del Dibujo de la Figura Humana como Técnica Proyectiva	73
4.3	Resultados Cualitativos	79
4.3.1	Grupo A: Niños que sufrieron quemaduras	81
4.3.2	Grupo B: Niños que no sufrieron quemaduras	90



<b>CAPITULO V</b>	
<b>DISCUSION</b>	<b>93</b>
<b>5.1 Conclusiones</b>	<b>94</b>
<b>5.2 Limitaciones y Sugerencias</b>	<b>96</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>98</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>101</b>

## Resumen

El objetivo del presente estudio fue conocer las semejanzas y diferencias a través de la ejecución del Dibujo de la Figura Humana (DFH) de E. Koppitz, en cuanto a los Ítems Evolutivos y a los Indicadores Emocionales, entre un grupo de niños que habían sufrido quemaduras con otro grupo de niños que no las habían sufrido; esto con la finalidad de conocer tanto el aspecto de maduración; así como el emocional, es decir, sus actitudes hacia sí mismos y hacia los demás y las relaciones interpersonales de cada uno de ellos.

Se estudiaron a un total de 60 niños de ambos sexos, entre los 7 y 11 años de edad, con grado de escolaridad de primero a sexto grado de primaria, que provinieran de una familia completa (padre, madre e hijos viviendo en la misma casa). En atención a la condición de haber o no sufrido la experiencia de quemarse, se dividieron en dos grupos:

a) 30 niños que habían sufrido quemaduras de primer y/o segundo grado de profundidad y con alta hospitalaria.

b) 30 niños que no habían sufrido quemaduras y que a criterio de sus maestros no presentarían problemas de conducta y/o aprendizaje.

Los instrumentos de medición que se utilizaron fueron dos, el Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH) de E. Koppitz y una entrevista no estructurada.

Se comprobó que si existen diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos de niños en lo que se refiere a los Niveles de Maduración situación que no ocurrió con los Indicadores Emocionales donde no hubo diferencias estadísticas significativas. Sin embargo cabe destacar que si se observaron diferencias cualitativas importantes en la comparación de los Indicadores Emocionales entre ambos grupos de niños ya que el 70 por ciento (21 casos) de los niños que sufrieron quemaduras presentaron dos o más Indicadores Emocionales en sus

dibujos, en cambio los niños que no sufrieron quemaduras solo en el 13 por ciento ( 4 casos) de ellos se dio esa situación.

Dado estos resultados se llegó a la conclusión de que los estadios actuales de desarrollo mental de los niños que sufrieron quemaduras son diferentes a los de los niños que no las sufrieron, observándose que sus niveles de maduración en varios de ellos están por debajo del Nivel de Capacidad Mental Normal bajo a normal (CI 80-110). Infiriendo con ésto que quizás la inmadurez en los niños de ese grupo pudo ser condicionante de que sufrieran el accidente de quemaduras. o en parte a la modificación o alteración que la imagen corporal ha sufrido.

En lo que refiere al aspecto emocional de los niños de ambas muestras, se observó que en la mayoría de los niños que sufrieron quemaduras se manifiestan más problemas emocionales, así como también relaciones interpersonales insatisfactorias, como son extrema inseguridad, retraimiento, depresión, sentimientos de inadecuación, un yo inhibido, preocupaciones con el ambiente, angustia, conflicto o miedo agudo por lo común con respecto a la mutilación corporal o a lo sexual.

## INTRODUCCION

La experiencia de quemarse ha sido descrita como abrumadora, tanto física como emocionalmente. Se ha considerado como un trastorno grave y uno de los traumas más severos que puede experimentar una persona (Wernik, 1983; Achterberg y Kenner, 1988; Linderman, 1944). Este tipo de heridas presenta características muy especiales, ya que expone a las víctimas a dolores intensos, delirios, la amenaza de morir, desfiguramiento y/o pérdida de alguna parte del cuerpo y muchas veces una larga convalecencia, con todas sus implicaciones.

Todo esto puede producir reacciones en el paciente tales como depresión, ansiedad, conducta revoltosa, hostilidad y regresión entre otros (Dalton, 1986). Por todas estas razones la capacidad de la persona para ajustarse a esta situación se hace muy difícil y estresante.

Los niños son una población de alto riesgo en cuanto a la posibilidad de sufrir quemaduras. En los Estados Unidos aproximadamente un millón de niños sufren de accidentes por quemaduras al año (Tarnowsky, Rasnak and Mullik, 1989).

Las lesiones por quemaduras son uno de los traumas más serios a que se enfrentan los niños. Un niño hospitalizado por quemaduras graves, se expone al aislamiento, a la inmovilización, dolor y desfiguramiento (Kelley, Jarvie y otros, 1984).

En México no se tienen estadísticas de la magnitud del fenómeno en la población en general y menos en los niños, pero algunos de los hospitales que atienden este tipo de población van identificando casos y elaborando estadísticas como por ejemplo en el Hospital Pediátrico de Tacubaya, donde se especializan en la atención de niños quemados, las estadísticas para 1996 arrojaban la siguiente información; en 1996 ingresaron 340 pacientes de los cuales el 56 por ciento eran niños ( 190 pacientes) y el 44 por ciento eran niñas ( 150 pacientes). De este total

el 6.4 por ciento eran niños de 1 año o menos; el 50.5 por ciento eran niños entre 1 y 4 años de edad; el 41.75 por ciento eran niños entre 4 y 14 años y el 1.35 por ciento eran mayores de 15 años.

Otra Institución que se especializa en este tipo de pacientes es el Instituto para la Atención Integral del Niño quemado, el cual tiene su centro de servicio en el Hospital Pediátrico de Xochimilco, en la actualidad se encuentra elaborando sus estadísticas de los últimos cinco años con la intención de publicarlas. Aunque no se cuenta con las cifras exactas, indican que los niños tienden a quemarse más que las niñas en una porción de  $\frac{1}{2}$  por 1 y la edad de más frecuencia es entre 1 y 4 años; que ingresan unos 15 niños al mes (cifra promedio) y se trabaja con unos 50 niños mensualmente contando las consultas internas y externas. Así también se menciona que sean atendido unos 3900 pacientes aproximadamente desde su fundación en 1985 y que en el 60 por ciento de los casos la causa principal de la quemadura ha sido la escaldadura (líquidos calientes) luego el fuego directo.

Aunque el padecimiento de quemaduras no es uno de los que con mayor frecuencia afectan a la población infantil como pueden serlo otros; es de suma importancia destacar que la quemadura es una de las experiencias más dolorosas y traumáticas que un niño puede sufrir; presentando una respuesta emocional que va desde la agresividad, la rabia, la depresión, regresión, problemas de conducta hasta la absoluta dependencia. (Tarnowsky, Rasnake y Mulick, 1989; Kelley, Jarvie y otros, 1984; Dalton, 1986).

Así también el niño que queda aislado de sus compañeros o iguales o se siente rechazado por ellos al salir del hospital, puede desarrollar problemas de autoestima, de conducta y de salud mental en general (Ladd, 1981).

Podemos entonces ver que tanto el tratamiento de curación de las quemaduras, como sus consecuencias pueden afectar el desarrollo de la personalidad del niño, su autoestima y sus relaciones interpersonales. Para muchos de ellos la salida del hospital y el reingreso a su

antiguo estilo de vida (con todos los cambios que puede implicar) representa un momento de mucha tensión, confusión e inseguridad, por lo que se necesita mucho apoyo para que puedan irse adaptando a la nueva situación. ( Stoddard, 1982; Leigh, 1986; Dalton, 1986).

Así apreciando que tan difícil y doloroso puede ser para los niños la experiencia de quemarse; surgió mi interés de realizar un estudio comparativo- descriptivo que permitiera, mediante la ejecución de dibujos por parte de los niños, obtener información acerca de sus niveles de maduración, actitudes hacia las tensiones y exigencias de la vida y su modo de enfrentarlas, los intensos miedos y ansiedades que pudieran estarlos afectando consciente o inconscientemente; es decir las actitudes hacia sí mismos y hacia las personas significativas en sus vidas. Ya de manera específica, el objetivo de la investigación era indagar las semejanzas y diferencias a través de la ejecución del Dibujo de la Figura Humana de E. Koppitz (en cuanto a los Niveles de Maduración y a los Indicadores Emocionales) , entre dos grupos de menores de 7 a 11 años de edad, cada uno de los cuales estaba integrado por 30 menores de ambos sexos, con escolaridad de primero a sexto grado de primaria, de nivel socioeconómico bajo y que provenían de una familia completa (padre, madre e hijos viviendo en el mismo hogar). Las diferencias entre ambos grupos es que el A estaba formado por niños que sufrieron quemaduras de primer y/o segundo grado, con alta hospitalaria y que asistían a consulta externa al Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado y el B lo integraban niños que no sufrieron quemaduras , que asistían a la primaria Prof. Carlos Hernández Selvas en el turno vespertino y que a consideración de sus maestros no presentaban problemas de aprendizaje y conducta.

Para tratar de ser coherentes, con el objetivo a alcanzar, la investigación se integra, formalmente de la manera siguiente: dentro del primer capítulo, considerado de antecedentes se hace una revisión de las investigaciones que se han realizado en México sobre el Dibujo de

la Figura Humana (DFH) interpretados por el método de Elizabeth Koppitz. Se habla del Test del DFH y citando el marco teórico en el cual se sustenta.

Por lo que hace al segundo capítulo, éste es el último de los que integran el marco teórico, en él se destacan algunos aspectos que tienen que ver con las quemaduras, su definición, tipos; las inferencias psicológicas de los pacientes quemados, el impacto psicológico de las quemaduras en los niños, las reacciones específicas ante las quemaduras, entre otros.

A partir del tercer capítulo se muestra lo que es propiamente el trabajo de investigación, en éste se establece la metodología seguida para hacer la comparación de los dos grupos en cuestión; el capítulo siguiente se dedicó para efectuar el análisis e interpretación de los resultados obtenidos, tanto en términos cuantitativos como cualitativos, en él se pueden observar las diferencias, estadísticamente significativas, que se encontraron, entre ambos grupos comparados, únicamente en lo que respecta a los Niveles de Maduración y las diferencias cualitativas que se observaron en cuanto a la presencia, en la mayoría de los casos, de más de 1 Indicador Emocional en los DFH de los niños que sufrieron quemaduras lo que nos indica una mayor presencia de problemas emocionales en ellos y además se detalla la comprobación de las hipótesis planteadas.

Por último, el capítulo cinco se destinó a presentar las conclusiones derivadas del estudio, al mismo tiempo que se abrió una discusión sobre las limitaciones del mismo y se plantearon sugerencias para la realización de estudios posteriores y algunas recomendaciones que se piensa pudieran ser de beneficio para la aplicación del Instrumento en población infantil que ha tenido la experiencia de quemarse, permitiendo con ello tener un panorama general de aquello que debemos tratar y corroborar con la aplicación de otras pruebas psicológicas. Siendo esto muy importante a nivel institucional en donde se cuenta con poco personal y tiempo limitado, además de un gran número de pacientes.

## CAPITULO I

### MARCO TEORICO

#### 1.1 Antecedentes de Investigaciones que se han Realizado en México acerca del Dibujo de la Figura Humana (DFH) de E. Koppitz

Una revisión de las investigaciones que se han realizado en México, sobre el Dibujo de la Figura Humana (DFH) interpretados por el método de Elizabeth Koppitz, nos revelan lo siguiente:

Lanz (1983) indica que en la ciudad de Guadalajara, Koppitz hizo un estudio para determinar diferencias en conducta y actitudes reflejadas en el DFH de niños americanos y niños mexicanos de clase baja. Al comparar los indicadores emocionales en ambos grupos, encontró que los niños mexicanos tendían a presentar significativamente con mayor frecuencia: figura pequeña, figura inclinada y transparencias; los que indican timidez, depresión, inestabilidad e inmadurez y los niños americanos: sombreados de cuerpo y/o cuello, figura grande, omisión de pies y monstruos, esto indica ansiedad, inadecuación, pobre concepto de si mismo, agresividad e impulsividad. Otros indicadores de gran frecuencia fueron: integración pobre de las partes y omisión de manos. No encontró diferencias significativas en los grupos; sin embargo observó que los indicadores emocionales que se dan en niños americanos con lesión cerebral coinciden con los dados con mayor frecuencia en los niños mexicanos, debido probablemente a que estos últimos tenían deficiencias alimenticias y éstas a su vez estuvieron propiciando un déficit neurológico e inmadurez.

Venegas (1985) indica que otro estudio con el DFH, fue realizado por Heyerdal en 1979, quien comparó los resultados obtenidos por Koppitz y los encontrados por ella en niños mexicanos. Sus resultados mostraron diferencias culturales significativas y diferencias en los



indicadores evolutivos y emocionales de ambos grupos; con respecto a los últimos, encontró que los de mayor frecuencia en los niños mexicanos fueron: figura inclinada, figura pequeña, brazos pegados, brazos cortos, sombreado de extremidades y omisión de pies, estos indicadores concuerdan en general con los del estudio antes mencionado.

Utilizando el DFH, Barocio y de la Teja (1980) hicieron una investigación para comparar los resultados obtenidos por Koppitz en niños americanos y los obtenidos con niños mexicanos de nivel escolar. Encontrando diferencias significativas en los ítems evolutivos, ya que conforme aumentaba la edad de los niños generalmente también incrementaban las diferencias; los indicadores emocionales que obtuvieron la mayor frecuencia en los niños mexicanos fueron: figura pequeña, brazos cortos y manos omitidas que reflejaban timidez, retraimiento, pasividad, sentimientos de inadecuación y probable depresión; concluyéndose en la existencia de diferencias culturales porque los ítems masculinos y femeninos considerados por Koppitz como ítems culturales, se dan de manera distinta en ambas poblaciones, como se observa, el estudio confirma los anteriores.

En 1983, Lanz llevó a cabo una investigación donde se planteó analizar las respuestas de niños mexicanos ante la prueba del DFH, principalmente en sus indicadores emocionales. Su muestra fue de 150 niños entre los 6 y los 12 años de edad, con una escolaridad de 1º a 6º grado de primaria con un estrato socioeconómico predominantemente pobre, sus resultados mostraron que los indicadores que obtuvieron mayor frecuencia en sus porcentajes fueron manos omitidas, figura pequeña, omisión de nariz y figura inclinada, que reflejaban retraimiento, timidez, depresión y sobre todo inseguridad. Estos datos corroboran los encontrados en los estudios precedentes.

En otro estudio acerca de alteraciones detectadas a través del Test Gestaltico Visomotor de L. Bender y el Test del Dibujo de la Figura Humana en niños de la comunidad de Tepito (Venegas, 1985) encontró que la madurez y la madurez en la percepción visomotora en niños

con problemas de rendimiento escolar, no se relacionaba necesariamente en forma directa con el ajuste emocional de los niños, aunque constituye un factor de peso cuando permanece en forma de actitudes emocionales inadecuadas. No se descartaba la posible relación que tenga con los signos de organicidad detectados por el Bender y el DHF. Así también en el análisis del factor emocional encontró una personalidad pasivo-agresiva en los niños de bajo rendimiento escolar, es decir, desean expresar la ira y los resentimientos que sienten; pero temen al castigo y el rechazo. De esa forma, mencionaba que, el niño presentaba miedo de ser el mismo, insatisfecho de sí mismo y sintiéndose invalidado; sin embargo, con mayor frecuencia encontró al niño pasivo-agresivo que expresaba su hostilidad y desafío abiertamente. Teniendo esas pautas conductuales su origen en el tipo de relaciones interpersonales significativas que había venido estableciendo con las figuras paternas

### 1.2 El dibujo de la figura humana.

Existe un gran número de pruebas que se basan en el dibujo proyectivo, las mejor conocidas y más practicadas emplean la representación del personaje humano.

La gran importancia que esta prueba ha adquirido en la clínica deriva, en gran parte del estudio del dibujo proyectivo infantil. Los niños dibujan lo que es más importante para ellos. La figura humana es representada con mayor frecuencia en un dibujo espontáneo ya que nada es tan importante para el niño como la gente en su vida.

El interés por los dibujos infantiles tiene una larga y bien documentada historia, tanto en EE.UU. como en Europa. Goodenough (1926) informaba que ya en 1885 había aparecido en Inglaterra un artículo de Ebenezer Cooker en el que describía los estadios evolutivos del dibujo infantil. Desde entonces ha habido numerosos estudios e informes de psicólogos y educadores.

A través de los años, el énfasis de la literatura se desplazó de las investigaciones comparativas de las producciones gráficas de niños y primitivos, al análisis clínico de pinturas y

dibujo de niños perturbados, a los estudios longitudinales de niños en forma individual, desde sus primeros garabatos hasta los dibujos maduros, y a la evaluación de la madurez mental por medio del dibujo de la figura humana.

Los dibujos de la figura humana (DFH) se han convertido en una de las técnicas más ampliamente usadas por los psicólogos que trabajan con niños. Pero varían mucho los objetivos en función de los cuales se los administra. Actualmente existen dos enfoques principales de la interpretación del DFH. El primero es utilizado por los clínicos primordialmente. Los cuales consideran el DFH como una técnica proyectiva, y analizan los dibujos buscando signos de necesidad inconsciente, conflictos y rasgos de personalidad. Los representantes de la segunda escuela de pensamiento enfoca el DFH como un test evolutivo de maduración mental. La mayoría de los psicólogos parecen adherirse casi exclusivamente a uno u otro método de interpretación.

El representante más notable del enfoque evolutivo del DFH fue Goodenough, cuyo libro "Measurement of Intelligence by Drawings" (Medición de la Inteligencia por medio del Dibujo) 1926, se ha convertido en un clásico. Su test de la figura humana, bien estandarizado y validado, ha sido ampliamente aceptado y aplicado, especialmente en las escuelas, y con fines de investigación.

Unos 35 años después, Harris (1963) subrayaba especialmente que el test de Goodenough mide madurez mental, y que no es un test de medición de rasgos ni de dinámica de la personalidad. De ahí que si se requiere obtener una edad o un C.I. a partir de dibujos de la figura humana, se puede emplear el método de Goodenough-Harris de puntuación con un grado razonable de confianza.

Un panorama diferente se les presenta a los psicólogos clínicos interesados en el uso del DFH como instrumento proyectivo. Los exponentes más destacados del enfoque proyectivo del DFH son Machover (1949,1953,1960), Levy (1958), Hammer (1958) y Jolles(1952). Estos

clínicos han estudiado extensamente los dibujos de la figura humana de adultos y adolescentes, pero han trabajado en un grado limitado con dibujos de niños en edad escolar. Cabe señalar que aunque el test de Machover se basa en gran parte en su experiencia clínica con pacientes varones, adolescentes y adultos, ha extendido sus resultados también a los niños (1953,1960). Machover ofrece con respecto a signos en el DFH numerosas hipótesis basada en la teoría psicoanalítica, pero no brinda como base de sus afirmaciones ningún sistema de tabulación ni da datos controlados a través de investigaciones (Koppitz,1984). Además cita que algunos estudios realizados con dibujos infantiles para verificar las hipótesis de Machover no fueron concluyentes entre los que se mencionan a Bennet, 1964; Bradfield,1964; Brown y Tolor,1957; Bruck y Bodwin,1962; Butler y Marcuse,1959; Craddick,1963; Kates y Harrington,1952; McHugh,1963,1964 y 1966; aludiendo que frecuentemente era difícil evaluar y comparar los resultados de diferentes investigaciones del DFH ya que las variables a menudo estaban mal definidas, y que se le asignaban distintos significados a un mismo signo del DFH. Mencionando que la mayoría de los investigadores del DFH como prueba proyectiva ignoraban o minimizaban los aspectos evolutivos del dibujo de figuras; citaba que Harris por su parte, consideraba solo los ítems evolutivos y dudaba de la significación proyectiva de los signos del DFH y que tanto Harris como Machover consideraban respectivamente algunos de los mismos ítems como indicadores de madurez mental y de conflicto emocional. Esto era muy desconcertante según Koppitz (1984, p.17) y se hacía la siguiente pregunta: "¿puede un mismo ítem ser interpretado de ambas maneras?" a la que respondió que realmente es posible para algunos ítems tener una significación tanto evolutiva como proyectiva, pero no necesariamente ni para los mismos niños ni para el mismo nivel de edad. Por ejemplo, la omisión del cuello o los pies no es inusual en niños normales de cinco años; manifestando que desde el punto de vista evolutivo, uno no puede o no debería esperar que estos ítems estén presentes en ese nivel de edad. Consecuentemente, su ausencia no se

puede considerar que tenga significación clínica. Pero a los diez años, uno debería esperar normalmente que los niños dibuje figuras con pies y cuello, de tal modo que su omisión muy probablemente indique inmadurez o problemas emocionales, convirtiéndose en clínicamente significativo. Por lo tanto es evidente que una interpretación significativa de los DFH infantiles presupone un conocimiento exhaustivo tanto de los indicadores emocionales y evolutivos en cada nivel de edad, como una diferenciación clara entre ambos.

Ante tal situación Koppitz durante varios años realizó estudios exhaustivos de los DFH infantiles, tomando en cuenta todos sus aspectos y relacionándolos entre sí.

Considerando así el DFH como test de maduración y prueba proyectiva y manejando como hipótesis básica que los DFH "reflejan primordialmente el nivel evolutivo del niño y sus relaciones interpersonales, es decir sus actitudes hacia sí mismo y hacia las personas significativas en su vida".

Además postula que los DFH "pueden revelar las actitudes del niño hacia las tensiones y exigencias de la vida y su modo de enfrentarlas; los dibujos también pueden reflejar los intensos miedos y ansiedades que pueden afectarlo consciente o inconscientemente en un momento dado".

Así podemos observar que para Koppitz el "DFH no es considerado como un retrato de los rasgos de personalidad básicos y permanentes del niño, ni como una imagen de su apariencia real; mas bien El DFH refleja el estadio actual de desarrollo mental y las actitudes y las preocupaciones en un momento dado, todo lo cual cambiara con el tiempo debido a la maduración y la experiencia". Así el valor particular del DFH radica justamente en su sensibilidad para detectar los cambios en el niño, los cuales pueden ser evolutivos y/o emocionales. Se contempla así al DFH como un "retrato del niño interior en un momento dado".  
Koppitz (1984. p. 18)

### 1.3 Método de Evaluación e Interpretación de Elizabeth Koppitz.

#### Marco Teórico.- Teoría de las Relaciones Interpersonales

##### Antecedentes

El psicoanálisis ha tenido modificaciones tanto en la teoría como en la práctica en los últimos años y como consecuencia se ha desarrollado en numerosas direcciones. Así Thompson (1979, p.26) señala que "la aplicación de los descubrimientos hechos por la Antropología y por la Sociología a los problemas de la conducta humana ha superado definitivamente la importancia que se concedía a los instintos y a la constitución orgánica", estas consideraciones son el elemento común en el movimiento neopsicoanalítico, donde se puede ubicar especialmente a los de orientación sociológica o a los llamados de la escuela cultural de psicoanálisis como K. Horney, E. Fromm y H. S. Sullivan quienes son considerados como principales representantes y además "han creado nuevos sistemas conceptuales, que, aunque enraizados en el freudismo, difícilmente pueden ser considerados freudianos" (Wolman, 1979, p.408). Su punto de vista es que las relaciones sociales moldean la personalidad. Esta postura procede del estudio comparativo de influencia determinante del antropólogo Edward Sapir que fue el primero en abogar por la colaboración entre la antropología, la sociología y el psicoanálisis.

Harry S. Sullivan psiquiatra norteamericano con una visión de su disciplina en términos de teoría - práctica, con lo que propone un enfoque científico para poder explicar los trastornos mentales y no solo describirlos, esto puede llevarse a cabo por medio de un enfoque evolucionista, que permite organizar el pensamiento sobre uno mismo y otros y de cómo todas las personas llegan a ser lo que son. En este marco de referencia Sullivan propone la teoría de las relaciones interpersonales, teoría sistemática del desarrollo de la personalidad, con la que sostiene que el hombre con un sustrato biológico "es el producto de la interacción con otros

seres humanos y que la personalidad surge de las fuerzas personales y sociales que actúan sobre el individuo desde el momento mismo de su nacimiento" (Thompson, 1979, p. 220). La implicación de estas ideas, nos lleva a los antecedentes de este enfoque interpersonal que son: la psicobiología de Adolf Meyer, donde se considera al hombre como el agente de enlace en el material interpersonal, debido a que es el más elevado exponente de la vida mentalmente integrada (que utiliza símbolos y significados); la psicología social de George H. Mead, que se relaciona a la génesis del yo, por medio de la capacidad humana para desempeñar los papeles de otros como condición básica y en este aspecto Sullivan se refiere a B. Malinowski; y por último la disciplina propuesta por Sullivan para el estudio de las situaciones interpersonales en las que el individuo puede manifestar salud o desorden mental y que viene a ser representado por la psiquiatría y su convergente, la psicología social que en concreto "trata de estudiar los procesos interpersonales biológica y culturalmente condicionados pero sui generis, que se producen en las situaciones interpersonales en las que el psiquiatra observador realiza su trabajo" (Sullivan, 1964, p. 40). La importancia que se le dio al conocimiento de la interacción entre el psicoanalista y paciente por el año de 1935 marco el inicio del estudio de las relaciones interpersonales.

Dentro de la teoría de Sullivan, subyacen tres principios extraídos de la biología, estos son:

1) Principio de existencia comunal.- Todos los organismos viven en continua existencia comunal con su ambiente necesario.

2) Principio de la actividad funcional.- Incluye todos los procesos de interacción entre el organismo y el medio.

3) Principio de la organización.- Se refiere a la propiedad morfológica en actividad vital, manifiesta en el pasado y destinada a tomar otras formas incontables en el futuro.

Por tanto, para Sullivan la vida humana necesita del intercambio con un universo de cultura, la que es un abstracción humana y por ello el hombre necesita relaciones interpersonales con

otros hombres, además se basa en el postulado de género único que supone que "todos somos mucho más simplemente humanos" (Sullivan, 1964, p. 53), es decir, trata de estudiar los grados y las normas de las cosas que sostiene son únicamente humanos.

### 1.3.1 Conceptos Teóricos.

Considera como propósitos fundamentales en las actividades humanas a la :

a) Satisfacción. Proceso provocado fisiológicamente por la contracción de los músculos lisos y la relajación de los mismos (satisfacer el hambre, la sed, el sueño, etc.)

b) Seguridad. Proceso cultural que resulta del aprendizaje de conductas influenciadas por que el ambiente ofrece en términos de aceptación, lo que significa adaptar la conducta al ambiente social. Por ejemplo la actitud de las personas que conviven con el niño provocan en este un sentimiento de seguridad o inseguridad.

1.3.1.1 Euforia. Estado de bienestar y felicidad, así el niño aceptado y querido desarrolla este sentimiento.

1.3.1.2 Empatía. Especie de contagio o comunión emocional dado entre el niño y el/los adulto/s que cuidan de él. Desde los primeros días de su vida "el niño muestra una curiosa relación o conexión con el adulto significativo, de ordinario la madre" (Sullivan, 1964, p. 7). Por medio de esta empatía el niño va percibiendo las actitudes positivas o no de otras personas, así como las normas y restricciones impuestas a sus formas de satisfacción. "Puesto que los padres representan las normas sociales de una cultura determinada, la adaptación a las instrucciones y admoniciones paternas constituye de hecho la adaptación a una cultura determinada". (Wolman, 1979, p. 439).

Al hacer referencia de la personalidad como una entidad, Sullivan emplea el término "experiencia" y esta puede ser de la manera siguiente:



1.3.1.3 Experiencia. "Es el componente interior de hechos en los cuales interviene un organismo vivo como tal, es decir, como una entidad organizada" (Sullivan, 1964, p. 44,48). Le da a este término un sentido físico y considera dos tipos de ella:

- 1) Tensión como la disposición o "potencialidad" para la acción.
- 2) Transformación de la energía a la acción misma.

1.3.1.4 Tensión de las necesidades. Son las tensiones que reducen el nivel de euforia de la criatura y efectúan el desequilibrio biológico de su ser, pueden ser en episodios o recurrentes:

a) Generalmente. Se desarrollan en respuestas a los requisitos fisiológicos del hombre: agua, comida, etc.

b) Zonales. Se desarrollan como resultado de la interacción entre las respectivas zonas de nuestro cuerpo y el ambiente, ejemplo: zona oral, manual, visual, etc.

1.3.1.5 Tensión de la ansiedad. Tensión que pertenece a la existencia comunal, cuando se presenta en la persona materna u otra significativa, induce ansiedad al niño o lo induce a mostrar pautas de conducta similares. "Esta inducción interpersonal de la angustia, y el origen exclusivamente interpersonal de cada instancia de sus manifestaciones, es la única característica de la angustia y de los cúmulos de tensión más complejos producidas en la vida posterior a las que aquella contribuye" (Wolman, 1979, p. 440). La fuente de ansiedad no es tan específica como la fuente de las necesidades, lo que disminuye la capacidad del niño para aliviarla o evitarla.

1.3.1.6 Transformaciones de energía. Se relaciona con el concepto del dinamismo que lo define como los patrones o moldes relativamente perdurables de la acción o comportamientos que caracterizan en forma repetida las relaciones interpersonales, puede ser abiertas o manifestadas en forma observable directamente y ocultas como aquellos mecanismos de defensa que protegen en situaciones de amenaza.

Sullivan conceptualiza una experiencia, básicamente de la infancia y la niñez, ya que sus conclusiones al respecto provienen de sus inferencias y de su observación clínica con esquizofrénicos, cuyo estudio requiere del conocimiento de sus experiencias en la primera infancia.

Establece una diferencia entre la experiencia y el acto de percibir que "esta interpolado entre lo que puede ser la realidad y lo que nosotros tenemos en la mente y lo que tenemos en la mente comienza con la experiencia" (Sullivan, 1979, p. 49), y esta puede ser percibida conscientemente o no, así el niño tiene la conciencia cuando aprende a ceñirse a los factores pertinentes de las personas significativas y todo lo que se encuentre al margen de esto, será disociado selectivamente.

La experiencia puede ocurrir de tres modos:

a) Prototáctico. Ocurre antes del uso de símbolos, son las primeras experiencias humanas, son indiferenciadas, confusas, masivas desorganizadas, tanto en el tiempo como en el espacio, no existe la conciencia del bebe-niño como unidad separada, sus percepciones son difusas y vagas.

b) Paratáctico. Se da a través de símbolos usados en forma privada y autística, es decir tienen un significado personal; la experiencia es prelógica donde no se percibe con un orden o secuencia lógica y si en relación a uno mismo. La angustia se percibe siempre en este modo.

c) Sintáctico. Experiencia que una persona puede comunicar a otra, se verifica la propia experiencia con la de los otros, para que sirva de consenso con las personas significativas y adaptación a un ambiente social y cultural.

#### 1. 4 Fases del Desarrollo (o Estadios evolutivos).

Para comprender en su real dimensión estos modos de la experiencia, se debe estudiar la historia del desarrollo de la personalidad o como Sullivan diría de las posibilidades de las

relaciones interpersonales y esto es factible por medio de una serie de fases o etapas por las que atraviesa el ser humano recién nacido o en términos de Sullivan una persona madura en potencia. Establece la siguiente clasificación de etapas en el desarrollo de la personalidad:

1.4.1 La infancia. Desde el nacimiento hasta la aparición de la palabra articulada que al inicio carece de sentido comunicativo o de significado. El niño aprende en esta etapa a adaptarse a su madre y la empatía es la forma no verbal de comunicar una emoción. Aprende a percibir la aprobación y desaprobación de las personas significativas así como las influencias culturales que determinan su futura estructura del yo. La aprobación le produce un sentimiento de euforia y la desaprobación el de ansiedad.

1.4.2 La niñez. Desde la aparición de la capacidad de articular palabras hasta la presencia de la necesidad de compañeros de juegos o amigos. El proceso de culturización es más evidente, el niño aprende los patrones de conductas considerados adecuados por la sociedad y que son manifestados por sus padres, por ejemplo la adquisición de hábitos; aprende a controlar sus impulsos que reponen a deseos inaceptables, pero se pueden satisfacer a través de la fantasías, sueños o regresiones. Cuando el esfuerzo del niño por ser aprobado es frustrado por sus padres debido a su rechazo, trata de evitar la ansiedad experimentada, canalizándola por medio de la ira, que viene a encubrir a la primera.

1.4.3 La edad juvenil. Dura casi todos los años de la educación primaria, hasta la aparición de la necesidad de relación íntima con otras personas semejantes a él; pero significativas, en otros términos, aprende a convivir con su grupo, donde se desarrolló su actitud competitiva o cooperativa y un sentimiento de compromiso; su temor principal es ser rechazado o sentirse solo y su deseo el de pertenencia.

1.4.4 La preadolescencia. De suma importancia para las futuras relaciones sociales. Se inicia entre los siete y medio años a los 12 años de edad y termina generalmente con la pubertad.

Sullivan considera que en esta época "hay un movimiento desde lo que podríamos llamar egocentrismo hacia un estado plenamente social" (Sullivan, 1964, p. 52). Se establece un estado de afecto con algún camarada con el que se comparten actividades y pensamientos; se inicia también la consideración de los valores del otro como persona, así el control que ejercen las influencias culturales determinaran la adaptación social.

1.4.5 La Adolescencia. La divide en adolescencia temprana que va desde los inicios de la pubertad hasta la implantación de una conducta genital, y la adolescencia sexual. La adaptación sexual dependerá en gran medida de la experiencias heterosexuales de esta etapa, teniendo la cultura un papel preponderante en la facilitación o dificultad para esa adaptación.

1.4.6 La madurez. Etapa donde se establecen las relaciones de amor con otra persona que es tan significativa, o casi tan significativa como uno mismo y esta intimidad es la principal fuente de satisfacciones.

Para Sullivan, la personalidad esta moldeada por las influencias de una cultura determinada que sirve de contexto para el establecimiento de patrones particulares de interacción entre dos o más personas, y según el grado en que haya intervenido la ansiedad es la formación de esos patrones, estos serán inadecuados.

Al trabajo realizado por Koppitz, básicamente se ubico en el marco teórico de las relaciones interpersonales de Sullivan, ya que a través de su método aplicable al Bender y al Test del Dibujo de la Figura Humana, explora los estadios evolutivos del niño y sus actitudes o relaciones interpersonales, tomándose como factores determinantes a la maduración y a la experiencia. Como clínica, su labor tiene una orientación dinámico- cultural, encaminada a la investigación; sistemática y controlada, que permita desarrollar procedimientos o métodos que sirvan como herramientas de trabajo que aumenten la probable exactitud de las respuestas de investigación.

### 1.5 Concepto de desarrollo.

El estudio del desarrollo del niño se centra en el cambio cuantitativo, como es el crecimiento físico y en el cambio cualitativo, que es algo más complejo como el crecimiento mental, la creatividad, la sociabilidad, la moralidad. Ambos tipos de crecimientos son indisolubles y especialmente de la maduración de los sistemas nerviosos y endocrinos que prosigue hasta alrededor de los 16 años. Papalia considera al desarrollo como un "proceso continuo, irreversible y complejo" (Papalia y Olds, 1979. p. 2), en el que no existe el azar, ya que sigue un camino ordenado; esto significa que va de lo simple a lo complejo y de lo general a lo específico.

El ritmo de desarrollo de cada niño es diferente y va a depender de factores genéticos, nutricionales y medio ambiente. Desde el enfoque soviético, tanto la actividad mental, como la percepción inteligente, la memoria intencional o la atención activa y la acción deliberada son el resultado de una larga evolución del comportamiento del niño, así como de las relaciones sociales que tiene el niño con los adultos; por lo tanto, el principio que fundamenta su psicología es la idea de desarrollo (Romanovich, 1974).

### 1.6 Concepto de Maduración.

Para que el niño pueda desarrollar diversas capacidades que su sistema nervioso y los centros superiores de la corteza cerebral lleguen a su maduración.

A. Gesell considera a la maduración como un proceso interno por el cual el individuo alcanza su desarrollo completo, ya como gradiente de crecimiento a una serie de etapas, o grados de madurez, conforme el niño progresa hacia un nivel de conducta más elevado, es decir, no se puede adquirir conductas que corresponden a una etapa posterior a la que se está viviendo, sin haber asimilado las correspondientes a esta última (Gesell, 1972).

Otros autores definen la maduración como la "de un organismo hacia un estado terminal, evolución por fuerzas constantes que actúan en condiciones constantes", citado por Leif Delay (1960).

El proceso de maduración se inicia desde el momento de fecundación y es constante en el individuo, variando el grado según su edad. Es la base de todo aprendizaje, como se puede observar cuando el niño aprende a hablar, a escribir, a leer, etc.

El medio ambiente, es un factor de suma importancia en la maduración y aprendizaje del niño, ya que contribuye a que las capacidades se desarrollen o no en forma óptima, dependiendo de la estimulación recibida en el momento en que las condiciones biológicas y funcionales llegan a su maduración.

## 1.7 En la Interpretación del Dibujo de la Figura Humana.

### 1.7.1 Como test de Maduración

Por medio de una investigación sistemática del dibujo de la figura humana, abreviado DFH, Koppitz intenta analizarlos objetivamente en función de dos tipos de signos, los denominados ítems evolutivos y los indicadores emocionales.

1.7.1.1 Ítems Evolutivos. Se considera al conjunto de signos primariamente relacionados con la edad y el nivel de maduración. Koppitz llama "ítems evolutivos" el ítem que se da sólo en relativamente pocos DFH de niños ubicados en un nivel de edad menor, y que luego aumenta en frecuencia de ocurrencia a medida que aumenta la edad de los niños, hasta convertirse en una característica regular de muchos o de la mayoría de los DFH de un nivel de edad dado" (Koppitz, 1984).

Categoría de los ítems evolutivos, en base al porcentaje de cada ítem en cada nivel sucesivo de edad:

1a. Ítems esperados. Son todos los ítems que están presentes en el 86 a 100 por ciento de los DFH de un determinado nivel de edad. La ausencia de estos ítems es más significativa que su presencia. La hipótesis subyacente es "la omisión de cualquier ítem evolutivo incluido en la categoría "esperada" indica o inmadurez excesiva, retraso, o la presencia de regresión debida a problemas emocionales" (Koppitz, 1984, p. 28).

2ª. Ítems comunes. Todos los que se dan en el 51 a 85 por ciento de los DFH. No son absolutamente esenciales debido a que la frecuencia con la que se presentan no es suficiente como para considerarlos importantes desde el punto de vista diagnóstico.

3ª. Ítems bastante comunes. Todos los presentes en el 16 a 50 por ciento de los DFH. Aparecen demasiado a menudo como para ser llamados raros o inusuales. Ni su presencia ni su omisión se considera significativa para el diagnóstico.

4ª. Ítems excepcionales. Todos los que aparecen en el 15 por ciento o menos de los DFH, se les considera inusuales.

La hipótesis subyacente es "los ítems evolutivos excepcionales se encuentran sólo en los protocolos de niños con madurez mental superior al promedio" (Koppitz, 1984, p.28).

Koppitz, seleccionó una lista de 30 ítems que consideró representativos de signos evolutivos, fueron derivados del sistema de evaluación de Goodenough-Harris y de sus estudios previos. Estos ítems constituyen el "Manual de tabulación para los 30 ítems evolutivos del DFH infantil" que a continuación se presenta:

- 1.- Cabeza: cualquier representación, se requiere un bosquejo claro de la cabeza.
- 2.- Ojos: cualquier representación de los mismos.
- 3.- Pupilas: círculos o puntos definidos dentro de los ojos. Un punto con una raya encima se computa como ojos y cejas.
- 4.- Cejas o pestañas: cejas o pestañas o ambas.

- 5.- Nariz: cualquier representación.
- 6.- Fosas nasales: puntos agregados a la representación de la nariz.
- 7.- Boca: cualquier representación de la misma.
- 8.- Dos labios: dos labios esbozados y separados por una línea, no se computan dos hileras de dientes.
- 9.- Orejas: cualquier representación de las mismas.
- 10.- Cabello: cualquier representación del mismo.
- 11.- Cuello: es necesario que haya una representación neta entre la cabeza y el cuerpo.
- 12.- Cuerpo: cualquier representación del mismo; es necesario un bosquejo claro.
- 13.- Brazos: cualquier representación de los mismos.
- 14.- Brazos en dos dimensiones: cada uno de los brazos representados por más de una línea.
- 15.- Brazos apuntando hacia abajo: uno o ambos brazos apuntando hacia abajo, en un ángulo de  $30^\circ$  o mas respecto a la posición horizontal o brazos levantados adecuadamente para la actividad que esta realizando la figura. No se computa cuando los brazos se extienden horizontalmente y luego se inclinan hacia abajo a cierta distancia del cuerpo.
- 16.- Brazos correctamente unidos al hombro: para computar este ítem es necesario que el hombro este indicado, y los brazos deben estar firmemente conectados al tronco.
- 17.- Codo: se requiere que haya un ángulo definido en el brazo, no se computa una curva redondeada en el brazo.
- 18.- Manos: es necesario que haya una diferenciación de los brazos y de los dedos, tales como un ensanchamiento del brazo o una demarcación con respecto al brazo mediante una manga o pulsera.
- 19.- Dedos: cualquier representación que se distinga de los brazos o las manos.



20.- Número correcto de dedos: cinco dedos en cada mano o brazo, a menos que la posición de la mano oculte algunos de ellos.

21.- Piernas: Cualquier representación; en el caso de figuras femeninas con faldas largas, se computa este ítem si la distancia entre la cintura y los pies es lo suficientemente larga como para permitir la existencia de piernas debajo de la falda.

22.- Piernas en dos dimensiones: cada una de las piernas señaladas mediante más de una línea.

23.- Rodilla: un ángulo neto en una o ambas piernas (presentación lateral) o Dibujo de la rotula (presentación de frente); no se computa cuando hay solo una curva en la pierna.

24.- Pies: cualquier representación.

25.- Pies bidimensionales: pies que se extienden en una dirección a partir de los talones (presentación lateral) y mostrando mayor largo que ancho, o pies dibujados en perspectiva (representación de frente).

26.- Perfil: cabeza dibujada de perfil, aunque el resto de la figura no este íntegramente de perfil.

27.- Ropa: una prenda o ninguna: ninguna prenda indicada, o solo sombrero, botones o cinturón, o bosquejos de vestimentas sin detalles.

28.- Ropa: dos o tres prendas: se computa como ropa los siguientes ítems: pantalones, calzones, falda, camisa o blusa (la parte superior de un vestido, separada por un cinturón es computada como blusa), saco, sombrero, casco, cinturón, corbata, cinta de cabello o vincha, hebilla o broche para sujetar el cabello, collar, reloj, pulsera, pipa, cigarrillo, paraguas, bastón, arma de fuego, rastrillo, zapatos, calcetines, libro de bolsillo, maletín o portafolio, bate (de béisbol), guantes, etc.

29.- Ropa: cuatro ítems o más: cuatro o más de los ítems citados anteriormente.

30.- Buenas proporciones: la figura "esta bien", aun cuando no sea enteramente correcta desde el punto de vista anatómico.

Las categorías de los ítems evolutivos, se establecieron en base al estudio normativo de los DFH de 1856 alumnos, varones y niñas entre los 5 y 12 años, de escuelas primarias publicas diferentes, desde aquellas ubicadas en zonas residenciales a escuelas de pueblitos o zonas rurales, teniendo así una muestra que provenía de tres niveles socioeconómicos: bajo, medio y alto. Koppitz hace una distribución de la población normativa por edad y sexo, para posteriormente verificar la presencia de los 30 ítems evolutivos en el total de los DFH, los resultados los presenta en las cuatro categorías antes descritas.

Si se considera a las categorías ítems esperados y excepcionales como significativos para el diagnostico, ya que están relacionados primordialmente con la edad y la maduración, podrían entonces estar relacioncionados con la inteligencia y el nivel de madurez mental del niño; Koppitz, por lo tanto, llevó a cabo un estudio en 1967 para comprobar la hipótesis "los ítems esperados excepcionales de los DFH pueden ser realizados para evaluar el nivel general de madurez mental del niño aun cuando no se cuente con ningún puntaje definido de C.I. (Koppitz,1984).

Se diseñó un método para computar los ítems esperados y excepcionales en cada nivel de edad para la población normativa. A cada uno de estos ítems se le asigno el valor de 1 punto; la omisión de uno esperado se designo como -1 y la presencia de uno excepcional como +1. Para evitar los puntajes negativos, se tomo como constante el valor de 5, él que se sumó al total de los puntajes positivos y negativos, por ejemplo, la omisión de un ítems esperado se computa como  $-1+5$  igual a 4. Para interpretar este puntaje fue necesario hacer un estudio con el que los DFH de 347 varones y niñas de 5 a 12 años con problemas de conducta y aprendizaje y tabulados con el método anterior se correlacionaron con puntaje de C.I. (se aplico el WISC y la Escala Stanford-Binet) obtuyendose correlaciones significativas, también se

correlacionaron favorablemente con los puntajes del Goodenough. En base a esto se elaboraron interpretaciones para cada puntaje obteniendo en el DFH en términos de categorías amplias de nivel general de C.I., que pueden diferenciar entre niños que son mentalmente retardados y aquellos con un nivel promedio o superior; para Koppitz y sus colaboradores el manejo de estas categorías es más significativo que asignarles un puntaje específico de C.I. Se presenta a continuación:

<b>Puntaje DFH</b>	<b>Nivel de Capacidad Mental</b>
8 ó 7	Normal alto a superior (C.I. de 110 o mas).
6	Normal a superior (C.I. de 90 - 130)
5	Normal a normal alto (C.I. 85 - 120)
4	Normal bajo a normal (C.I. 80 - 110)
3	Normal bajo (C.I. 70 - 90)
2	Bordeline (C.I. 60 - 80)
1 ó 2	Mentalmente retardado o en un nivel retardado debido a serios problemas emocionales

En resumen, el DFH puede ser utilizado como un instrumento para detectar aproximadamente la **madurez mental** de los niños.

### 1.7.2 Como Técnica Proyectiva.

Los indicadores emocionales, son aquellos signos que reflejan las ansiedades, preocupaciones y actitudes del niño.

1.7.2.1 Indicador Emocional. Aquel signo en el DFH que cumpla con los siguientes tres criterios (Koppitz, 1984):

1.- Debe tener validez clínica, es decir, debe diferenciar entre los DFH de niños con problemas emocionales de los que no los tienen.

2.- Debe ser inusual y darse con escasa frecuencia en los DFH de los niños normales que son pacientes psiquiátricos, es decir, el signo debe estar presente en menos del 16 por ciento de los niños en un nivel de edad dado.

3.- No debe estar relacionado con la edad y la maduración, es decir, su frecuencia de ocurrencia en los protocolos no deben aumentar solamente sobre la base del crecimiento cronológico del niño.

Los DFH de los 1856 niños que se utilizaron como población normativa para los ítems evolutivos, también se emplearon para el estudio normativo de los indicadores emocionales. Se hizo una lista de 38 signos, derivados del trabajo de Machover, Hammer y Koppitz, de los que se depuraron 30 que cumplían con los criterios establecidos y con los que se elaboró el "Manual de Tabulación para los 30 indicadores emocionales de DFH infantil" que a continuación se presenta:

Todos los indicadores emocionales se consideran válidos para varones y niñas de 5 a 12 años, a menos que expresamente se indique lo contrario.

#### Signos cualitativos:

1.- Integración pobre de las partes (varones 7 años, niñas 6): una o más partes no están unidas al resto de la figura, una de las partes sólo está unida por una raya, o apenas se toca con el resto.

2.- Sombreado de la cara: sombreado deliberado de toda la cara o de parte de la misma, inclusive "pecas", "sarampión", etc.; un sombreado suave y parejo de la cara y las manos para representar el color de la piel, no se computa.

3.- Sombreado del cuerpo y/o extremidades (varones 9 años; niñas 8): sombreado del cuerpo y/o extremidades.

4.- Sombreado de las manos y/o cuello: (varones 8 años; niñas 7).

5.- Asimetría grosera de las extremidades: un brazo o una pierna difiere marcadamente de la otra en la forma. Ese ítem no se computa si los brazos o las piernas tienen una forma parecida, pero son un poco disparejos en el tamaño.

6.- Figura inclinada: el eje vertical de la figura tiene una inclinación de  $15^\circ$  o más con respecto a la perpendicular.

7.- Figura pequeña: la figura tiene 5 cm. o menos de altura.

8.- Figura grande (desde los 8 años, tanto en niñas como en varones): figuras de 23 cm. o más de altura.

9.- Transparencias: Se computan las transparencias que comprenden las porciones mayores del cuerpo o las extremidades.

No se computan las rayas o cuando las líneas de los brazos atraviesan el cuerpo.

#### Detalles Especiales

10.- Cabeza pequeña: la altura de la cabeza es menos de un décimo de la figura total.

11.- Ojos bizcos o desviados: ambos ojos vueltos hacia adentro o desviados hacia afuera; miradas de reojo no se computan.

12.- Dientes: cualquier representación de uno o más dientes.

13.- Brazos cortos: apéndices cortos a modo de brazos, brazos que no llegan a la cintura.

14.- Brazos largos: brazos excesivamente largos, por su longitud pueden llegar debajo de las rodillas, o donde éstas deberían estar.

15.- Brazos pegados al cuerpo: no hay espacio entre el cuerpo y los brazos.

16.- Manos grandes: manos de un tamaño igual o mayor que al de la cara.

17.- Manos omitidas: brazos sin manos ni dedos; no se computan las manos ocultas detrás de la figura o en los bolsillos.

18.- Piernas juntas: las piernas están pegadas, sin ningún espacio entre si; en los dibujos se muestra sólo una pierna.

19.- Genitales: representación realista o inconfundiblemente simbólica de los genitales.

20.- Monstruo o figura grotesca: figura que representa una persona ridícula, degradada o no humana; lo grotesco de la figura debe ser buscado deliberadamente por el niño; y no el resultado de su inmadurez o falta de habilidad para el dibujo.

21.- Dibujo espontáneo de tres o más figuras: varias figuras que no están interrelacionadas o realizando una actividad significativa; dibujo repetido de figuras cuando se le solicito sólo "una" persona, no se computa el dibujo de un varón y una niña, o el de una familia del examinado.

22.- Nubes: cualquier representación de nubes, lluvia, nieve o pájaros volando.

23.- Omisión de los ojos: ausencia total de ojos; ojos cerrados o vacíos no se computan.

24.- Omisión de la nariz: (varones 6 años; niñas 5).

25.- Omisión de la boca.

26.- Omisión de los brazos: (varones 6 años; niñas 5).

27.- Omisión de

28.- Omisión de las piernas.

29.- Omisión de los pies:(varones 9 años; niñas 7 años)

30.- Omisión del cuello: (varones 10 años; niñas 9)

Se ha observado un número significativamente mayor de indicadores emocionales en niños perturbados emocionalmente que en los niños sin problemas emocionales serios. La presencia de un solo indicador no parece ser concluyente y no necesariamente es un signo de perturbación emocional. Dos o más indicadores son altamente sugestivos de problemas emocionales y relaciones interpersonales insatisfactorias (Koppitz, 1984). También se ha

encontrado en estudios (Koppitz, 1966), la relación positiva entre adaptación y aprovechamiento escolar. Pero esto no significa necesariamente que aquellos alumnos malos tengan problemas emocionales, y todos los alumnos buenos estén exentos de ellos. La interpretación más conveniente de los indicadores emocionales es tomar en cuenta factores como la edad, maduración, estado general de salud, nivel sociocultural, así como relaciones con otros datos obtenidos de otros tests.

## CAPITULO II

### QUEMADURAS

Las quemaduras han ocurrido desde los primeros contactos de la humanidad con el fuego, su tratamiento racional y los estudios iniciales de su fisiopatología se iniciaron con este siglo. En 1921 se aplicaron principios científicos por observación en un número considerable de quemaduras, cuando Underhill (de Yale) estudió a 20 víctimas de un incendio en el Rialto Theater de New Haven, Connecticut.

Otro desastre, el incendio de Coconut Grove de Boston, Massachusetts, en 1942, permitió a Cope y Moore estudiar la pérdida de líquidos y proteínas en un gran número de pacientes. Estas y otras investigaciones motivaron a Evans a proponer la fórmula de quemaduras. Estudios posteriores en el Brooke Army Hospital permitieron obtener las fórmulas más empleadas hoy en día.

Un notable avance en la atención de quemaduras fue la aparición de unidades o centros de atención para quemados. Con la unidad especializada nació el concepto de tratamiento "en equipo" de estos pacientes. Esto implica personal con interés y capacitación especiales para tratar pacientes quemados, e incluye médicos, terapeutas físicos y ocupacionales, enfermeras, y técnicos diversos.

#### 2.1 Epidemiología.

En Estados Unidos, cada año sufre quemaduras cerca de dos millones de personas. De ellas, se hospitalizan 100,000 y 20,000 requieren atención en un centro especializado. La mortalidad por esta causa ha disminuido desde 1920, y en la actualidad, pacientes con



quemaduras en más del 50 por ciento de la superficie corporal tienen posibilidades razonables de sobrevivir si se les trata adecuadamente.

La máxima incidencia de quemaduras se observa en adultos jóvenes de entre 20 y 29 años, seguidos por niños menores de 9 años. Son muy raros en los mayores de 80 años.

Cerca del 80 por ciento de las quemaduras suceden en el hogar. En los menores de tres años, las más frecuentes son escaldaduras. Entre los tres y los 14 años, lo más común son quemaduras por ropas incendiadas. De esta edad hasta casi los 60 años, muchas son producidas en accidentes domésticos provocados por fumar en la cama, o por distracción (lapso mental).

La mortalidad por quemaduras se ha abatido mucho con los avances en su tratamiento. Aunque todavía tienen una alta mortalidad en pacientes muy jóvenes y ancianos.

En México no se tiene estadísticas de la magnitud del fenómeno en la población en general y menos de niños, pero algunos de los hospitales que atienden este tipo de población van identificando casos elaborando estadísticas como por ejemplo en el Hospital Pediátrico de Tacubaya, donde se especializan en la atención de niños quemados, las estadísticas para 1994 arrojaban la siguiente información: en 1996 ingresaron 340 pacientes de los cuales el 56 por ciento eran niños (190 pacientes) y el 44 por ciento eran niñas (150 pacientes). De este total el 6.47 por ciento eran niños de un año o menos; el 50.5 por ciento eran niños entre uno y cuatro años de edad; el 41.75 por ciento eran niños entre cuatro y catorce años y el 1.35 por ciento eran mayores de 15 años.

Otra institución que se especializa en la atención de este tipo de pacientes es el Instituto para la Atención Integral del niño Quemado, el cual tiene su centro de servicio en el Hospital Pediátrico de Xochimilco, en la actualidad se encuentra elaborando sus estadísticas de los últimos cinco años con la intención de publicarlas. Aunque no se cuenta con las cifras exactas, indican que los niños tienden a quemarse más que las niñas en una proporción de  $\frac{1}{4}$  por 1 y la

edad de más frecuencia es entre uno y cuatro años; que ingresan unos 15 niños al mes (cifra promedio) y se trabaja con unos 50 niños mensualmente contando las consultas internas y externas. Así también se menciona que se han atendido unos 3,800 pacientes aproximadamente desde su fundación en 1985 y que en el 60 por ciento de los casos la causa principal de la quemadura ha sido la escaldadura (líquidos calientes) y luego el fuego directo.

## 2.2 La Piel.

Todo animal pluricelular está revestido por una piel o tegumento, formado de una o varias capas celulares. Sin embargo la piel es más que una simple cubierta exterior, puesto que debe considerarse como un verdadero órgano que cumple muchas funciones. Quizá la más evidente y vital es la de proteger al cuerpo de los múltiples agentes externos, a la vez que mantiene constante el medio interno. Salvaguarda las células subyacentes contra daños mecánicos causados por presión, fricción o golpe. La piel es prácticamente una barrera absoluta contra gérmenes -en tanto está indemne- lo que significa protección anti-infecciosa. Su impermeabilidad defiende al organismo de una pérdida considerable de humedad o, en los animales acuáticos, de un excesivo ingreso de agua.

Es también importante el amparo que da a las células internas contra la radiación ultravioleta nociva del sol, gracia a un pigmento que el mismo tegumento produce (melanina) la sustancia que da a la piel curtida por el sol su color.

La piel funciona así mismo, como radiador controlando termostáticamente, regula las pérdidas corporales de calor. Como éste se produce incesantemente por los procesos celulares metabólicos, distribuido por la corriente de la sangre es preciso que se pierda cierta cantidad también constantemente para mantener invariable la temperatura orgánica. Cierta calor escapa del cuerpo con el aire expirado, y otra porción con las heces y la orina, pero, en un 90 por ciento la pérdida calórica se irradia desde la piel. Si la temperatura exterior es baja, la

terminaciones nerviosas muy sensibles de la piel -que funcionan como reguladores de calor- al estimular, hacen que las arteriolas se contraigan reflejamente, lo que va producir disminución de la corriente sanguínea en el tegumento y reducción de la pérdida de calor. En un ambiente cálido las condiciones diametralmente opuestas; las arteriolas se dilatan, la piel enrojece y la corriente copiosa que pasa difunde mas calor. En una atmósfera en extremo calurosa este mecanismo no basta para que el cuerpo elimine calor suficiente, siendo entonces estimuladas las grandulas sudoríparas, sebáceas y mamarias. En el espesor de la piel se alojan multitud de grandulas especializadas: unos dos millones y medio de grandulas sudoríparas se calculan en función de toda la cubierta cutánea, desigualmente repartidas; pues son mas numerosas en la palmas de las manos, plantas de los pies, axilas y frente. También se encuentran grandulas sebáceas, especialmente en cara y cuero cabelludo, encargadas de segregar una película aceitosa que conserva el pelo húmedo y flexible e impide que la piel se agriete y se reseque. Las grandulas mamarias derivan también de la piel, con especialización de secreción de leche.

### 2.2.1 Estructura de la Piel.

La piel humana está compuesta de una parte externa relativamente delgada. La Epidermis, carente de vasos sanguíneos; y otra interna más gruesa: la Dermis, provista de vasos sanguíneos y de terminaciones nerviosas. La epidermis se compone de varias capas de diferentes tipos de células cuyo número varia en las diversas partes del cuerpo. La piel es muy gruesa en la planta de los pies y palma de las manos, con la característica de que las porciones más externas se disponen en infinidad de surcos, que en conjunto forman lo que su llama Huelas Dactilares, invariable y personales, puesto que se conservan durante toda la vida. La capa de epidermis inmediata a la dermis esta compuesta de células cilíndricas, cuya división es frecuente para proveer las capas subyacentes.

Las capas más externas de la piel están secando y desprendiendo sin cesar sustituyéndose por las que están inmediatamente por debajo. Cada célula, por lo mismo, esta comprimida hacia afuera por la capa más interna, hasta quedar con la forma de una célula epitelial aplanada, muerta y escamosa.

La dermis, mucho más gruesa que la epidermis, esta compuesta principalmente de células y fibras conectivas, la parte externa, formada por espesa maraña de fibras, se curte para elaborar cueros. Debajo, y en conexión con los músculos subcutáneos, se extiende una capa compuesta de muchas células adiposas y algunas fibras dispuestas en una red más holgada que la anterior. Esta capa dérmica es uno de los principales depósitos de la grasa de reserva, con finalidad múltiple de evitar la excesiva perdida de calor y servir de almohadilla contra los daños mecánicos. La dermis está muy bien regada por sangre y linfa, provista de terminaciones nerviosas, y sembrada de glándulas sudoríparas y sebáceas, y de folículos pilosos.

El calor de la piel depende de tres factores: el matiz amarillento de las células epidérmicas, la propiedad de las misma, de ser translúcidas, lo que deja pasar el tono de la sangre que circula por los capilares; y el tipo y abundancia del pigmento (rojizo, amarillento o pardo) contenido en la capa interna de células epidérmicas.

Las excrecencias de la piel, son el pelo y las uñas del hombre. Con excepción de las palmas de las manos y las plantas de los pies, toda la piel esta provista de innumerables folículos pilosos, formados por la depresión en forma de bolsas de las células internas de la epidermis: estas células, por sus divisiones dan lugar a las del pelo. Las uñas de las manos y de los pies derivan también de invaginaciones de las capas celulares internas de la epidermis. Las uñas están formadas por células muertas densamente comprimidas, pero con la calidad de translúcidas, lo que explica su color sonrosado que transmiten el de los capilares subyacentes.

### 2.2.2 La Piel y las Quemaduras.

La destrucción térmica de la piel produce alteraciones locales y generales tan graves y tan diversas, que las lesiones por quemaduras constituyen el prototipo para el estudio de todos los traumatismos mayores. Los cambios generales hemodinámicos, metabólicos y nutricionales iniciales y continuados y la alteración del mecanismo de defensa del huésped contra la infección son tan solo un reflejo de los profundos cambios de la herida local.

La piel es por su tamaño y su peso, el órgano más grande del cuerpo; la pérdida de una área considerable, sino es reemplazado por la propia piel del paciente, es incompatible con la vida. La piel tiene las funciones obvias de protección del medio ambiente, sensibilidad y regulación de la temperatura. Es también la parte de nosotros que presentamos al mundo, y por tanto, puede constituir una fuente de belleza visual. Si presenta cicatrices constituye un impedimento físico y potencialmente social.

El éxito del tratamiento del paciente quemado no se refleja en estadísticas de supervivencia. Las deformaciones espantosas las contracturas limitantes y las personas marcadas por cicatrices pueden reflejarse favorables en datos que sólo informan sobre la mortalidad. La rehabilitación funcional y la aceptación social deberá constituir nuestra medida de éxito.

### 2.3 Definición y Tipos de quemaduras.

Una quemadura es una lesión tisular (cutánea) de causa térmica, es decir, una lesión producida en los tejidos por el calor, sea cual sea el mecanismo de producción y presentación de dicha lesión térmica . R. Monteil (1969)..

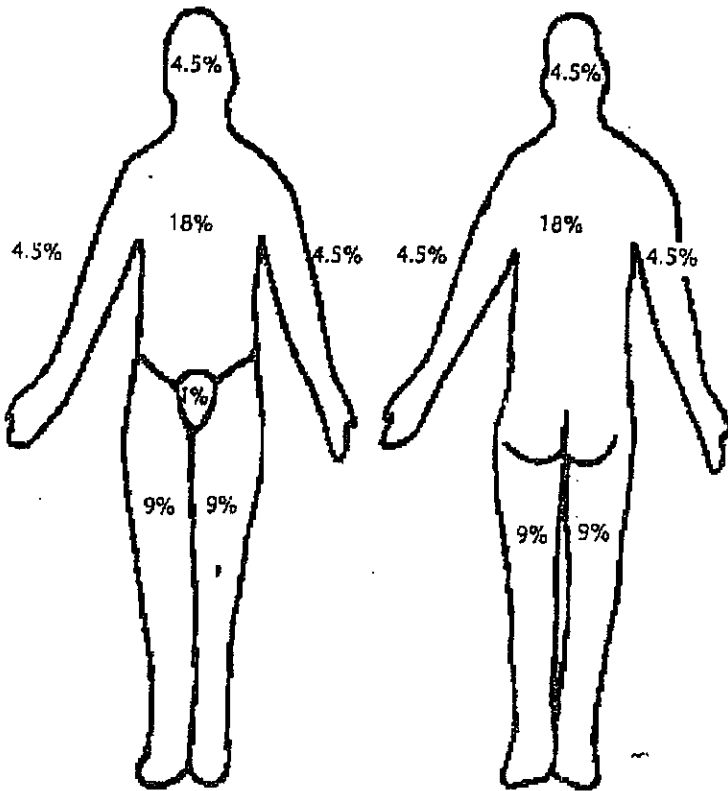
Para el Dr. R. Monteil (1969), existe una gran variedad de agentes que pueden causar quemaduras de diferentes grados entre los cuales podemos mencionar: fuego directo, agua caliente, vapor, sustancias químicas, electricidad y radiación.

La gravedad de una quemadura puede ser estimada de un modo satisfactorio pues depende solamente de dos factores: porcentaje de superficie corporal quemada y profundidad de la quemadura.

Los factores adicionales que determinan la gravedad de la quemadura son localización, edad, estado físico del paciente y presencia de lesiones concomitantes.

Para calcular la extensión de una quemadura Art (1915), se expresa en forma de porcentaje relativo al área total de la superficie del cuerpo. Un método de estimación, de porcentajes de la superficie corporal quemada es el uso de la regla de los nueve, ideada por E.J. Pulaski y C. W. Tunnison, la superficie del cuerpo se divide en áreas que representan el 9 por ciento, o múltiplos de 9 x 100:

Cabeza y cuello	9 por ciento.
Parte anterior del cuerpo	2 x 9 ó 18 por ciento
Parte posterior del tronco	18 por ciento
Cada extremidad inferior	18 por ciento
Cada extremidad superior	18 por ciento
Genitales	1 por ciento



Para determinar la profundidad o grado de la quemadura, el Dr. Monteil (1969), considera que la quemaduras de primero segundo grado abarcan un espesor parcial de la piel y de tercer grado un espesor total.

2.3.1 Primer grado. Abarca la capa externa epidermis presentando eritema, siendo la destrucción tisular superficial, el problema fundamental es dolor y edema, cicatriza rápidamente.

2.3.2 Segundo grado superficial. Caracterizada por flictema (ampolla) y destrucción de la epidermis, con abrasión parcial del estrato espinoso o de la capa de malpighi. Evoluciona hacia la cicatrización en tres semanas, sin secuela cicatricial, o a veces, con coloración ligeramente rosada de los tegumentos.

2.3.3 Segundo grado profundo. De diagnóstico delicado, de succión total de la epidermis, y en particular de la capa de malpighi. La cicatrización se obtendrá con lentitud, aproximadamente treinta días, a menudo de calidad mediocre y con tendencia a la hipertrofia, en todo caso esta quemadura requerirá el empleo de un injerto.

2.3.4 Tercer grado. Se caracteriza por escara pardusca insensible y carbonización de la epidermis y de la dermis que se extiende al músculo con probables infecciones graves. Requiere recubrimiento por medio de injerto ya que hay formación de cicatriz y desfiguración considerable, siendo el tiempo de recuperación de meses o años .

En cuanto a la localización de las quemaduras en algunas partes del cuerpo, las quemaduras se acompañan de deformaciones que deben ser consideradas graves, aunque su extensión sea pequeña.

Las áreas de importancia funcional son la cara, manos, pies, genitales externos y los pliegues de flexión.

La edad y el estado físico son factores importantes ya que en los niños o personas ancianas está más amenazada la supervivencia y en cuanto al estado físico, las enfermedades renales,



cardiovasculares o pulmonares, independientemente de la extensión de la quemadura complican la recuperación de ésta. Vemos que la cicatrización constituye un problema clínico ya que puede verse perturbada en la rapidez de su evolución y en la calidad de la misma, dando lugar a secuelas mínimas como: Prurito, falta de pigmentación o más graves : Tendencia a la hipertrofia, a los queloides y a la brida retráctil con la repercusión funcional, estética y psíquica que ello comporta.

Para Artz (1915) el paciente quemado no sólo se encuentra en un estado de dolor físico grave, también presenta trastornos emocionales por la dificultad de adaptarse a su incapacidad física y a su medio ambiente, unos son miedosos y exigentes, otros muy deprimidos y embotados, negándose a cooperar con el equipo médico usando mecanismos de ajuste como el del temor y las exigencias para resolver sus problemas.

El problema de adaptación se considera fundamental pues hay una amenaza en la supervivencia, temor a quedar desfigurado, malestar físico, anestesia frecuente, operaciones quirúrgicas y convalecencia larga y aburrida.

Otros problemas secundarios son la separación de la familia, ausentismo en la escuela o trabajo, el rechazo, exageración emocional del accidente, lesiones sobre planes futuros y los conflictos engendrados por un estado de dependencia extrema y sentimientos de culpa, si una persona amada fue quemada en el mismo accidente,

Muchos enfermos especialmente mujeres, interpretan su lesión como una amenaza en su capacidad de ser amadas. Estos pacientes son muchas veces hipersensitivos a la más leve indicación de rechazo personal y es necesario infundirles seguridad renovadamente.

Respecto al dolor es mucho menos intenso de lo que se supone finalmente, en cambio el dolor inducido por vía emocional constituye un problema mucho más grave de lo que se reconoce en general . Con frecuencia los enfermos no distinguen entre dolor físico y tensión emocional y, sin atender a su origen, se quejan de toda molestia como si fuese dolor .

#### 2.4 Tratamiento Clínico de las Quemaduras.

Wernick (1983) ha descrito el proceso de tratamiento en tres fases de emergencia, fase aguda y fase de rehabilitación.

En la fase de emergencia se determina el porcentaje del cuerpo que ha quedado lesionado y la profundidad de la quemadura. Lo más importante de esta etapa es la estabilización de los fluidos y electrocitos, el mantenimiento de una circulación y respiración adecuada y la prevención de las infecciones.

La fase aguda dura varios días a meses. En esta etapa lo más importante es la cicatrización de las heridas, los injertos y la prevención de las infecciones y contracturas (pérdida de las funciones de articulación).

Es la fase más dolorosa para el paciente, ya que el dolor se caracteriza por su intensidad y su prolongada duración. Es este período de hospitalización el que resulta más estresante para los pacientes.

Los procedimientos terapéuticos que se utilizan para las curaciones suelen ser los que producen las experiencias más dolorosas y estresantes del proceso de curación (Wernick, 1983); Achterberg, Kenner y Lawlis, 1988; Stoddard, 1982; Kelley, Jarvie y otros, 1984). El sufrimiento y dolor resulta más agudo en el momento de la hidroterapia, en que los pacientes son introducidos en una bañera. Es en este momento cuando se le quitan las vendas viejas y se restriega suavemente la piel para quitar la medicación incrustada. La limpieza de las heridas supone quitar los tejidos muertos de las áreas quemadas. El tratamiento, que puede durar hasta más de una hora, termina con la aplicación de medicamento nuevo y la puesta de un nuevo vendaje.

Además de la limpieza de las heridas a través de la hidroterapia y los injertos, hay otros procedimientos o tratamientos que implican ciertos niveles de dolor o incomodidad para el

paciente: cambios de vendas (diferentes a los que realizan durante el baño) y extracciones de sangre, suelen hacerse casi a diario. La toma de medicamento o puestas de inyecciones para aliviar los dolores o prevenir y controlar las infecciones; el uso de instrumentos (como prótesis o ganchos) si las quemaduras han implicado la pérdida de una parte del cuerpo o la reconstrucción de algún miembro del mismo; el uso de tubos, suero, etc.; las visitas constantes de las enfermeras, terapeutas físicos y los mismos doctores, son todo parte de un ambiente que resulta amenazante y estresante para los pacientes. Esta situación se agudiza cuando se trata de niños, como se verá más adelante.

La fase de rehabilitación es la tercera etapa del proceso. Comienza cuando todas las heridas están cubiertas y se da de alta al paciente y termina cuando el tejido de las cicatrices y el retorno a la familia y comunidad, a la vida que se llevaba antes del accidente. Se le pide a los pacientes hacer una serie de ejercicios, algunos deben usar una licra a presión por cierto tiempo con el objetivo de reducir las cicatrices. Se pide que vayan al hospital para dar seguimiento al proceso de rehabilitación; y algunos deben volver para una cirugía de reconstrucción. Pueden pasar por varios años antes de que termine el tratamiento completo.

Uno de los problemas que surgen al salir del hospital, es que el paciente se siente rechazado por su grupo o por la sociedad en general, y algunos no desean salir del ambiente hospitalario pues éste les da cierta seguridad.

Para muchos la salida del hospital y el reingreso a su antiguo estilo de vida (con todos los cambios que puede implicar) representa un momento de mucha tensión, confusión e inseguridad, por lo que se necesita mucho apoyo para que la persona se pueda ir adaptando a la nueva situación.

## 2.5 Reacciones Psicológicas a la Tensión Corporal.

La enfermedad es tal vez la tensión más común y generalizada que puede afectar al niño en el desarrollo. Cada niño que enferma tiene una reacción psicológica a su enfermedad.

Algunas reacciones son generales, otras son específicas a esa enfermedad. Las reacciones generales dependen de varios factores generales, entre ellos la etapa del desarrollo del niño (niveles emocional y cognitivo del desarrollo) y capacidad adaptativa del pequeño; grado de dolor de mutilación y significado de la enfermedad para el niño y sus padres; relaciones entre los progenitores e hijo y respuesta a la reacción de los padres; reacción psicológica a los procedimientos y quirúrgicos, separación y hospitalización; e inferencia resultante con las funciones físicas, psicológicas y sociales. Las reacciones dependen, en parte, de la naturaleza específica y la gravedad del padecimiento (Lewis, 1983).

#### 2.6 Reacción General a la Enfermedad Aguda.

Las reacciones infantiles generales a la enfermedad aguda dependen en grado importante otra vez, de nivel de desarrollo del niño y de la reacción de los progenitores, y pueden ser de adaptación correcta o incorrecta. Las reacciones específicas dependen, en parte de la naturaleza y extensión de la enfermedad específica. Bajo el impacto general de la enfermedad aguda, casi todos los niños pequeños sufren regresión. Pueden volver de manera temporal a enuresis, succión del pulgar, llanto y dependencia. Más aún el niño pequeño en particular tiende a interpretar su enfermedad como un castigo por algo que ha hecho mal, y, como a veces tiene dificultad para distinguir entre las fantasías y la realidad, la mala acción puede haber sido imaginaria o real (Lewis, 1983).

Durante la hospitalización, el niño pequeño, en especial el que tiene menos de cuatro años de edad, se siente abandonado, y teme al daño que se le puede hacer sin el amor y protección de sus padres. También se puede sentir confundido y ansioso por la confrontación más o menos súbita con personas que le son extrañas, y por los procedimientos especiales

(inmovilización inyecciones, etc.) . Estas observaciones han sido comprobadas de manera repetida, Lewis (1983) indica que, en un estudio bien controlado hecho por Prugh y colaboradores en 1953, los niños menores de cuatro años de edad lloraron, tuvieron crisis de ira cuando sus padres los visitaban, los rechazaron y tuvieron dificultad para comer y dormir. "... En general, los niños con capacidades previas limitadas para adaptarse de manera cómoda a la vida ordinaria de la sala, tuvieron también las reacciones más graves, hacia la experiencia de la hospitalización. "Es más, ocurrieron problemas de adaptación tres meses después de la hospitalización, con signos persistentes de trastorno emocional de nuevo en niños menores de los cuatro años de edad y en los niños que habían sufrido graves dificultades para adaptarse a la vida diaria de la sala del hospital.

La ansiedad aumenta cuando se tocan las partes vulnerables especiales de un esfuerzo particular del desarrollo. Por ejemplo, un lactante que necesita seguridad y confianza puede expresar, mediante inquietud y agitación su estado de tensión e inseguridad cuando es atendido por una madre que está ansiosa a causa de su enfermedad.

El temor a la pérdida del amor y de la autonomía es reforzado por separación y enfermedad en el lactante pequeño que se va a someter a procedimientos quirúrgicos. La separación de los compañeros puede quitarle temporalmente al niño escolar la actividad de comodidad que había disfrutado antes. Y el adolescente encontrará dificultades cada vez mayores para afrontar la crisis que va aparejada con las labores de desarrollo como dominio del organismo, control de los impulsos e independencia.

Los niños afrontan esta ansiedad inmediata de distintos modos, en parte según su nivel de desarrollo. La reacción más común, regresión, ya ha sido mencionada. Por otra parte, algunos niños luchan intensamente por conservar las habilidades adquiridas.

Por ejemplo, se resistirán al reposo en cama cuando acaban de aprender a andar (Freud, A, 1952). Otros niños ignoran su enfermedad y su ansiedad. Algunos se identifican con el médico

y con la enfermera, que parecen tan agresivos con ellos. La agresión es particularmente movilizadora frente a las restricciones motoras (Wolf, 1969). Otros más rechazan a las personas, o se vuelven asombrosamente obedientes. El patrón particular de respuesta depende de los muchos factores mencionados, por ejemplo, el estado previo de personalidad, el grado de tensión causado por la enfermedad y la reacción de los padres del niño enfermo. A veces la ansiedad se hace manifiesta después que ha pasado la crisis aguda (Levy, 1945; Langford, 1948; Neill, 1967).

Pueden ocurrir con frecuencia creciente terrores y sueños nocturnos por ser dejado solo en la obscuridad, o temor a la obscuridad. Ocurre a menudo, al volver a casa, conducta negativa hacia los padres.

## 2.7 Reacciones Específicas ante las Quemaduras.

Las enfermedades específicas con características especiales tienden a producir reacciones también características en el niño

Por ejemplo, los niños que sufren quemaduras, experimentan a menudo reacciones emocionales graves. MacG. Jackson dijo una vez : "Una quemadura amplia es un accidente compuesto de 30 segundos de terror, y va seguido, a menudo, de años de sufrimiento" (Jackson, 1968). Dolor, miedo y mutilación corporal, son de hecho, fuentes primarias de trastorno psicológico en el niño quemado, o en el niño con cualquier traumatismo. Otras fuentes de trastorno en el niño quemado son culpabilidad por haber desobedecido una orden de los padres, digamos, no jugar nunca con fósforos. La tormenta caótica durante el período de atención aguda; la hospitalización y la separación de los padres; la inmovilización, exposición y procedimientos quirúrgicos inmediatos, repetidos y a largo plazo; los cambios metabólicos producidos por las quemaduras, y a veces las reacciones de los padres alterados, culpables y frustrados, y la ira de los miembros del equipo del hospital.

El dolor, en sí mismo, es un factor importante, y a menudo origina ira, hostilidad y depresión en el niño (Long y Cope, 1961).

Lewis (1983) indica que en una investigación realizada por Nover en 1970 acerca de las reacciones psicológicas a la quemadura de una pierna en un niño de cinco años de edad sin sensación dolorosa por debajo de la cintura a causa de mielmenigocele, encontró que había mucha menos reacción adversa y el niño colaboraba mejor con los tratamientos quirúrgicos extensos que la mayoría de los niños quemados.

Otra investigación a que hace referencia Lewis (1983) indica que Holter y Friedman en 1969 realizaron un estudio con 13 familias de niños con quemaduras graves, encontrando 10 con problemas psicológicos y sociales de primer orden que existían antes de que ocurriera la quemadura. Lo que hacía suponer que las dificultades emocionales preexistentes parecen predisponer a menudo al niño al "accidente" de una quemadura.

Factores agravantes importantes durante el período agudo son pérdida de líquidos, medicación, anorexia e interrupción del sueño.

También se ha sugerido que la deficiencia de magnesio agrava los síntomas psicológicos que acompañan a las quemaduras (Broughton y col., 1968).

Igualmente importantes son las reacciones a largo plazo. Los injertos suelen prolongarse durante cinco años, y en algunos casos hasta 15. Numerosas preocupaciones surgen durante este período.

Jackson (1968) observó preguntas como estas: " ¿me mirarán los niños las cicatrices que tengo? " , y " ¿seré capaz de tener un hijo? ". Está clara la importancia que tienen estas preguntas para el preocupado adolescente que está en desarrollo.

### 2.7.1 Inferencias Psicológicas de las Quemaduras.

Los pacientes se ajustan a la situación de la quemadura de una manera que refleja el ajuste total de su personalidad antes de la lesión. El dolor, la impotencia, el cambio de aspecto, y la deformidad potencial tiende a originar una depresión agravada por algunos ajustes económicos y sociales muy reales.

Son normales en el paciente quemado: Insomnio, inquietud, una sensación de " estar encerrado" y un aumento en la agudeza o grados menores de malestar.

Es tentador atribuir todos estos cambios de la personalidad a factores psicológicos; sin embargo, las psicosis son raras, a menos que el paciente fuera previamente psicótico. Tales manifestaciones son más frecuentes con un origen tóxico.

González Ulloa, indica que el paciente quemado, además de la destrucción cutánea, sufre fundamentalmente un grado mayor o menor de shock, tiene además alteraciones en su metabolismo líquido, electrolítico y proteico. Indica que, desde el momento en que un individuo sufre quemaduras importantes queda sometido a alteraciones emocionales más o menos profundas.

La inestabilidad emocional se refleja en su conducta esto hace que sea difícil manejarlo, porque no puede ajustarse con rapidez al ambiente ni a su nueva condición física.

Las lesiones sufridas constituyen una amenaza a la supervivencia o significa la posibilidad de una alteración física permanente que puede tener como consecuencia la pérdida de su sistema de vida.

De ahí la onda sensación de temor que se observa constantemente. Las lesiones de cara o manos son las que regularmente generan mayor depresión. Las lesiones de los órganos genitales hacen sufrir profundamente por la idea de perder la sexualidad y la capacidad de ser amados. Ciertos pacientes están afligidos, sobre todo por la idea de que una incapacidad permanente no les permita valerse por sí mismos y se vean obligados a depender de alguien.



Pueden presentarse sentimientos de culpa, el paciente considera que el accidente se debe a la negligencia de su parte. Puede llegar a considerarlo como un castigo. Motivo de profunda depresión es la necesidad de alterar planes trazados. Las metas fijados para el futuro más o menos próximo se transforman por completo. La separación del medio produce angustia, el traslado a ambientes especiales hacen que falten en el momento más necesario el afecto y la comprensión de los seres queridos.

El choque emocional y el miedo a perder órganos importantes para el trabajo, hacen posible la aparición de pérdidas de función sin lesión orgánica, un aspecto importante es la intensidad del dolor, con frecuencia el dolor físico es tolerable, pero los factores emocionales lo intensifican mucho.

Pueden aparecer sentimientos de hostilidad, si el paciente cree que no se le prodigan todos los cuidados necesarios, la influencia de los factores psíquicos.

En la evolución de las quemaduras, es decir, el aspecto psicosomático, ha sido poco apreciado. Se puede asegurar ahora que los factores emocionales tienen influencia considerable en la recuperación de los pacientes.

### 2.7.2 Impacto Psicológico de las Quemaduras en los Niños.

Uno de los problemas más graves en la práctica pediátrica es el de las quemaduras, para todos los afectados el hecho es algo más que un accidente, es un desastre, hasta hace poco la atención médica y quirúrgica se ocupaba exclusivamente de los problemas de tratar los efectos corporales generales del shock consecutivo a la quemadura extensa, de impedir la infección, hacer injertos de la piel en la zona de quemaduras profundas. Padres y niños quedaban solos con sus sentimientos provocados por el accidente. La tristeza, los vendajes, las operaciones y demás necesidades médicas y, la secuela de las cicatrices -vestigios permanentes del pasado-

La idea de que si su madre hubiese sido más buena y lo hubiera querido más, habría evitado el accidente, es una idea común durante la etapa en que el niño tiene un pensamiento mágico. Semajantes ideas no sólo la tienen los niños afectados, sino también los padres y el personal del hospital.

Quemaduras y escaldaduras son frequentísimas en familias numerosas que viven en lugares reducidos, condiciones en las que son imposibles evitar los accidentes. Esto, no obstante, las madres se sienten terriblemente culpables y pierden la confianza en sí mismas como buenas madres. Los doctores y enfermeras suelen atribuir el accidente a negligencias sobre todo cuando la familia pertenece a ese grupo socioeconómico, con el que menos tiene en común el personal de clase media hospitalaria, su actitud crítica y su incapacidad para identificarse con la familia contribuyen a reforzar los sentimientos paternos de culpabilidad o ineptitud.

Woodward y Jackson estudiaron las secuelas emocionales de las quemaduras en niños tratados en el hospital de accidentes de Brimighan, antes y después del cambio del régimen de su vida. Antes del experimento no se había presentado atención especial alguna a los efectos emocionales específicos del accidente y su tratamiento. Woodward encontró, que más del 80 por ciento de los niños tenían desordenes emocionales, frente a un solo 7 por ciento de sus hermanos ilesos. Los síntomas más comunes eran los temores y ansiedades específicas, dificultades en conducta como negativismo, agresividad, desordenes en comida, sueño y enuresis. Citado por Ramírez Villegas (1986).

En otro estudio realizado por Seligman (1972) con cuatro casos de niños quemados encontró lo que llamo "Trauma de Quemadura", constituida por: perturbación de la personalidad del niño, respuestas emocionales durante la hospitalización, el rol de las emociones durante el curso del tratamiento y el largo periodo de ajuste psicológico y emocional.

Así también Ramírez Villegas (1986) mencionaba que en otro estudio realizado por Tridon en 1976 con niños de uno a cuatro años con quemaduras graves, observó que estos niños

presentaban: hostilidad, hiperquinesis, sentimientos de culpa y dificultades psicológicas durante la hospitalización y regreso a casa.

Otro estudio referente a las reacciones emocionales de niños que sufrieron quemaduras severas y que por lo tanto fueron hospitalizados fue hecho por Reudote (1980), encontrando depresión y culpa en ellos.

Por su parte Roy (1982), estudió a un grupo de niños que sufrirán quemaduras severas y encontró conductas regresivas, sentimientos de culpa y una sensación de no ser querido por sus madres.

Por último Walker (1960), estudió a un grupo de cinco niños con quemaduras de un 80 por ciento de la superficie corporal y observó severos disturbios emocionales: sentimientos de culpa, negación, negativismo, depresión, sentimientos de ser castigados y actitudes regresivas; los cuales requirieron de una labor intensiva de psicoterapia.

### 2.7.3 Consecuencias de las Quemaduras y del Tratamiento en los Niños.

La hospitalización, con todos los procedimientos que conlleva (cirugía, tratamiento del dolor, aislamiento, etc.) produce mucho estrés y ansiedad en los niños (Elliott y Olson, 1983; Peterson y Shigetomi, 1981; Madeiros, Porter y Welch, 1983; Leigh, 1986) sobre todo si son pequeños. Una de las razones para esto es que por su limitado desarrollo intelectual, no son capaces de comprender en su totalidad lo que les ocurre. El dolor y el dolor de si mismo genera más ansiedad (Stoddard, 1982).

Madeiras, Porter y Welsh (1983) señalan algunos miedos que sufren los niños al ser hospitalizados y que generan mucha ansiedad:

1. Uno de los miedos más comunes, sobre todo en los menores de cuatro años, es el ser abandonados por sus padres. La separación de los padres en el hospital, puede ser una situación muy estresante y generadora de ansiedad.

2. Otro de los miedos más comunes en los niños es el miedo a lo desconocido: el hospital es un lugar donde ellos no conocen a nadie, estarán sujetos a procedimientos que desconocen y que tal vez les producirán dolor; si el accidente o el padecimiento es muy grave, tal vez los asilen en la sala de cuidados intensivos; y a todo esto se suma el lenguaje médico que ellos no entienden.

3. otro miedo entre los niños es el de ser mutilados, entiéndase por esto la pérdida de algún miembro de su cuerpo.

4. Un miedo universal entre los niños es el miedo a las agujas. Todo lo que sea sacar sangre, inyecciones, colocación de suero intravenoso, son sucesos que les causan mucha ansiedad.

5. Muchos niños de edad escolar también experimentan miedo de perder el control. en la casa y escuela comienzan a hacer cosas por ellos mismos y a tomar decisiones sencillas. En el hospital, generalmente no tendrán la oportunidad de "hacer nada", no pueden evitar tomar medicamentos, cambio de vendajes, cirugía, baños dolorosos, etc.

6. Los niños suelen temer al dolor de tener que permanecer hospitalizados mucho tiempo, con todo lo que implica (estar alejados de sus familiares y amigos, de la escuela, de sus juegos y actividades sociales, etc.).

7. Otra fuente de éstos en los niños es el miedo a la muerte. La muerte significa diferentes cosas para las diferentes edades, pero la mayoría de los niños le temen.

8. La idea de que están enfermos, han sufrido un accidente y/o están hospitalizados les hace pensar que es un castigo por haber sido niños "malos". Como muchos no son capaces de entender las razones médicas por las cuales están en el hospital, construyen su propia explicación partiendo de su propia experiencia: el castigo es algo desagradable y a veces hasta doloroso, y siempre viene después de una mala conducta. La enfermedad y la hospitalización

son desagradables, por lo tanto es un castigo. Por más ilógico que parezca, muchos niños pueden pensar así.

9. otro de los factores que generan miedo y ansiedad en los niños hospitalizados, es la ansiedad experimentada por sus padres. Mucha de esta ansiedad es causada por el mismo temor a lo desconocido, a la falta de información y el miedo a la muerte. También se genera ansiedad en los padres debido a la preocupación económica en cuanto a los gastos médicos, pero sobre todo, la creencia de que ellos son los responsables de la enfermedad y/o accidente de su hijo. Esto genera un sentido fuerte de culpa y mayor ansiedad. El problema se complica cuando este sentido de culpa y ansiedad es tan grande que no se puede manejar adecuadamente y se le transmite al niño aumentando su propia ansiedad y temor.

Todos estos factores que se han mencionado, contribuyen a que los niños sufran de una manera diferente el proceso de hospitalización. Si a lo ya mencionado se le suman los traumas provocados por las quemaduras graves y su tratamiento tan molesto y doloroso, nos encontramos ante la posibilidad de que el niño entre en un estado de crisis aguda.

Según Elliot y Olson (1983) el tratamiento de hidroterapia, con todo lo que conlleva es una de las experiencias más dolorosas y traumáticas que un niño hospitalizado puede sufrir. La respuesta emocional del niño ante la experiencia de la quemadura y su tratamiento de curación va desde la agresividad, ansiedad, rabia, depresión, regresión, problemas de conducta hasta la exagerada dependencia (Tamowski, Rasnake y Mulick, 1989; Kelley, Jarvie y otros, 1984; Dalton, 1986). Si el niño queda aislado por mucho tiempo en la sala de cuidados intensivos, también puede producir mucho estrés, ansiedad y tener daños psicológicos posteriores, el niño que queda aislado de sus compañeros o iguales o se siente rechazado por ellos al salir del hospital, puede desarrollar problemas de autoestima, de conducta y de salud mental en general (Ladd, 1981).

Para el adolescente, la experiencia puede ser también traumática. Hay que recordar que el adolescente está en una etapa de cambios donde tiene que manejar, no sólo la cuestión de autonomía e independencia familiar, sino también las cuestiones relacionadas al desarrollo físico y a su imagen corporal cambiante. La desfiguración o la pérdida de partes de su cuerpo es un trauma que de alguna manera o de otra afectará su autoestima (Leigh, 1986; Dalton, 1986). Cuanto más demoledor y traumático es el impacto, mayor actitud de negación asume el adolescente. Esto lo lleva a un estado de depresión y apatía, llegando a la hostilidad o al aislamiento (Dalton, 1986).

Según Clarke (1980) el niño que llega al hospital con quemaduras graves, pasa por varias etapas. La primera se puede describir como una de separación, que va acompañada de mucha ansiedad. Es un momento de llanto, gritos, protestas y hostilidad. En un segundo momento el niño se tranquiliza quedando menos activo, llorando intermitentemente y aislándose poco a poco hasta llegar muchas de las veces a la apatía. Es un momento en que se siente un profundo dolor, no sólo físico, sino emocional. La última etapa descrita por Clarke es la de la negación, donde el niño ya no puede manejar por mucho tiempo la intensidad del dolor y tiende entonces a reprimirlo, sobre todo ante sus familiares. Muestra poco interés por las visitas de su familia y a veces llega a mostrar hostilidad hacia ellos. Señala Clarke que los niños mayores tienen más capacidad para entender la situación por la que atraviesan y su tolerancia al dolor es mayor que la de los menores.

Se podría concluir que tanto el tratamiento de curación de las quemaduras, como sus consecuencias, pueden afectar el desarrollo de la personalidad del niño, su autoestima y sus relaciones interpersonales (Stoddard, 1982; Leigh, 1986; Dalton, 1986). En cada fase del desarrollo puede variar la respuesta al dolor y a la situación traumática. La ayuda que se dé en cada una de las etapas dependerá en gran parte de esto.

## 2.8 Reacciones Emocionales en Niños Hospitalizados.

La enfermedad en la infancia constituye una tensión para todos los niños. Existen pocos estudios sistemáticos de los efectos emocionales de la enfermedad y la hospitalización del niño debido a: la negación profesional de la tensión por la enfermedad; los médicos se encuentran con muchos niños que son desdichados, que padecen dolor, y que, no pocos de ellos, sufren enfermedades deformantes, lisiantes y hasta fatales. No es raro que tengan que recurrir a procedimientos que vienen a aumentar las desdichas de los niños. Doctores y enfermeras tienen que afrontar su propia ansiedad ante el sufrimiento, pues sus sentimientos de pena pueden destruir de hecho su misión profesional. Por lo común, la gente que atiende niños enfermos siente ansiedad y culpabilidad. Faltos de una ayuda especial para afrontar su ansiedad; doctores y enfermeras recurren generalmente a métodos arbitrarios para conservar su eficiencia, pero a costa de algo. La solución más corriente es la de adoptar una actitud de despegue clínico: separar los aspectos emocionales de la enfermedad y su tratamiento en lo que afecten al paciente y al que le atiende. El enfermo y su atención, son tratados objetivamente: los sentimientos e impulsos subjetivos son reprimidos. Se niega el hecho de que la enfermedad seria, también tiene implicaciones emocionales serias, y no se encaran las consecuencias psicológicas de la enfermedad, de la mengua física y de la hospitalización.

Algunas implicaciones psicológicas de hallarse enfermo: por lo general, la enfermedad entrafía meterse a la cama y ser atendido. Para el adulto, esto sugiere la regresión a una situación de dependencia, que para muchos es agradable. Anna Freud demuestra que los niños menores no vuelven a sus primeros años con tan agradable abandono. Algunos niños, que lograron conquistar la independencia de comer, lavarse y ser higiénicos, a pesar de grandes ansias de independencia. No renuncian a sus adquisiciones fácilmente, y se convierten en pacientes difíciles e irritables. Otros niños pequeños caen pronto en un estado de primera

infancia indefensa -de la que acaban de salir- y quizás tengan que volver a aprender, en la convalecencia, muchas de sus aptitudes sociables.

Por otra parte, los padres cambian cuando su hijo está enfermo. Actúan con mecanismos de negación, creen que la enfermedad pasará; pero sin pensar muchas veces en la ansiedad del niño. Tal vez el niño no sepa que pronto estará bien.

Anna Freud señala que los padres experimentan un cambio de conducta cuando sus hijos se enferman, se portan con ellos de modo distinto al habitual. En su afán porque el niño coma, tienden a adoptar métodos de fuerza para vencer su no cooperación ante necesidades médicas o asistenciales esenciales, hasta los padres más escrupulosos "pegados a la verdad" suelen recurrir al regaño.

El niño depende del adulto para que le ayude a comprender la enfermedad. Los niños sufren cuando sus padres y doctores se muestran tan inquietos y preocupados que no pueden escuchar sus temores infantiles y dar explicaciones racionales y verdaderas.

### 2.8.1 Respuestas Psicológicas del Niño ante la Hospitalización y la Enfermedad.

En general se puede decir, que las alteraciones emocionales de un niño, durante y después de la hospitalización depende de tres factores su edad; su personalidad y experiencias anteriores; y lo que realmente experimenta en el hospital:

a) El efecto de la edad. Schaffer ha señalado que los bebés de menos de siete meses de edad, no se inquietan durante la hospitalización. Al volver a casa, estos niños se muestran quietos y callados; los juguetes y las personas no los distraen y sus madres no logran establecer relación con ellos. Este "Síndrome global" tiene una duración de varias horas a tres días y se atribuye a la monotonía perceptual, a la que están sometidos en el hospital, y a la agudeza de las nuevas situaciones que cambian al cambiar las circunstancias.



Después de los siete meses de edad, el bebé si se inquieta en el hospital. Reacciona con ansiedad ante la cuidadora y se apega a su madre durante las visitas. Las reacciones de enojo duran de uno a ocho días y luego se detienen; al regresar a su hogar, éstos bebés muestran un "Síndrome de dependencia excesiva" que dura más de dos semanas, en este tiempo se aferra a su madre y llora cuando ésta se aleja.

El niño de menos de cuatro años de edad, permanece notoriamente desequilibrado mientras está en el hospital y presenta muchos más trastornos de comportamiento después de su salida del hospital que un niño de mayor edad. Durante la hospitalización el comportamiento más perturbado lo presentan los niños de dos a cuatro años de edad ; en este grupo de edad son frecuentes los accesos de pánico, los estallidos de cólera cuando se van los padres, y algunos niños se deprimen, se retraen y contraen alteraciones de comida y sueño. Si están en la cama, es frecuente verlos mover la cabeza rítmicamente y chuparse el dedo.

Marlene (1959), sugirió que las diversas reacciones psicológicas de acuerdo a la edad, pueden ser diferencias en el modo de respuesta, en vez de diferencias en el alcance del malestar. Ella sugiere que las reacciones emocionales de los niños mayores son "menos dramáticas" y "más complejas", y que su detección requiere de métodos más sensitivos de medida de los que usualmente son usados con los infantes. En suma, hizo notar que los recuerdos internos de los niños mayores pueden ser usados para "construir defensas neuróticas" así, como respuestas más constructivas.

b) Efecto de personalidad y experiencias anteriores. Se ha demostrado que los niños que han tenido experiencias traumáticas antes de su ingreso en el hospital, reaccionan más desdichadamente. Lo mismo sucede con niños que han tenido previamente una mala integración de su personalidad y mala relación con sus padres, por ejemplo; la inseguridad de un niño rechazado reduce sus posibilidades de lograr una adaptación independiente lejos de su hogar. No lleva consigo la sólida imagen interior de una madre amorosa que pueda

tranquilizarlo cuando está lejos de él. Steuart (1952), propuso que el hombre tiene un miedo fundamental a ser abandonado y que su necesidad de ser querido de pertenecer y ser socialmente aceptado, se intensifica durante la enfermedad.

c) El impacto de las experiencias concretas durante la hospitalización. David Levy observó que muchos pequeños sufrían ansiedad, temor, y pesadillas inmediatamente después de una operación, siendo, especialmente serios estos síntomas cuando la operación afectaba a un niño entre el primer y tercer año de edad y se relacionaba con los órganos genitales (circuncisión). Si una operación iba seguida de otra, la segunda acentuaba los temores del niño, pero no tenía ningún efecto adicional.

Ramírez Villegas (1986) indica que en un estudio realizado en Londres, con niños sometidos a varias operaciones por estrabismo, se vio que los niños menores de cuatro años reaccionaban mal y eran indiferentes a la atención especial dada para aliviar sus temores.

No es sorprendente que las operaciones causen tensiones especiales a los niños menores de seis años. Entre el tercer y el sexto años de vida el niño está preocupado por su integridad corporal y fácilmente se le estimulan ansiedades.

En estos años el niño tiende a interpretar erróneamente la naturaleza de sus dolencias y del tratamiento que recibe. Las enfermedades son explicadas en términos moralistas; los métodos dolorosos son considerados castigos y provocan más sentimientos de culpabilidad y más ansiedad que en cualquier otra edad.

Sobre los efectos a largo plazo de la hospitalización, aunque ésta sea breve y no vaya acompañada de acontecimientos tan concretamente creadores de tensión -como son los quirúrgicos- pueden ocasionar desequilibrios emocionales de seis o más meses de duración, sobretudo en niños menores de cuatro años.

Ramírez Villegas (1986) citaba que los efectos a largo plazo, incluso de una estancia prolongada en el hospital en los primeros años de vida no son tan grandes como se había

creído en una época. Bowlby estudió la vida de un grupo de niños menores de cuatro años que habían estado hospitalizados varias veces de tuberculosos y que no habían estado sometidos a las tensiones extraordinarias implícitas en una operación. Comparó a estos niños varios años después, con un grupo de compañeros de escuela que nunca habían estado en el hospital. Halló entre los es pacientes un comportamiento desequilibrado ligeramente superior, pero su adaptación escolar general y su progreso educativo fueron peores que los del grupo de referencia.

Hewitt y Jenkins señalan que el tipo de dificultades que cabe esperar como resultado de una enfermedad física crónica, es de trastornos neuróticos: ansiedad, temores, pesadillas y comportamiento sobreinhibido.

Ramírez Villegas (1986) mencionaba que experiencias de la hospitalización de niños emocionalmente desequilibrados: cuando se compara a niños con desórdenes psiquiátricos identificados con grupos normales de referencia, se encuentra que los niños desequilibrados han estado en el hospital con mayor frecuencia y mucho más tiempo que los demás niños de la comunidad. Es difícil decidir si la hospitalización causa afecciones psiquiátricas o si la entrada en el hospital, son niños vulnerables que tienen necesidad especial de atención profesional para hacer frente a las ansiedades producidas por su enfermedad.

Otros aspectos que contribuyen al malestar psicológico en algunas enfermedades o tratamientos son:

La incidencia de síntomas sofocantes. Dimock (1960)

Reducción de contacto con el medio, tales como el vendaje de ojos. Robertson (1962), Work (1965).

La culpa en que los accidentes involucran tanto a los padres y a los niños. Flank (1963).

## 2.8.2 Reacciones Psicológicas de los Padres del Niño Hospitalizado.

Se ha discutido la posibilidad de que los padres, debido a la ansiedad, culpa y actitudes asociadas a la hospitalización del niño y de la enfermedad, pueden provocar reacciones adversas a éstas experiencias.

Autores como Jesner (1952), Plank (1962), Solnit (1960) refieren que los padres ansiosos son menos capaces de dar apoyo y sentido de seguridad a sus niños en momentos de ansiedad, y esto a su vez interferir con una preparación psicológica efectiva para la hospitalización.

Baty y Tizza (1956-57), establecen que la efectividad de la preparación llevada a cabo por la madre, está limitada por sus actitudes y sentimientos, que por lo que dice el niño. Si ella se encuentra ansiosa, torturada por fantasías amenazantes, sentimientos de culpabilidad por abandonar a su hijo, será difícil aliviar la aprensión del niño. Fineman (1958), sugiere que el sentimiento de los padres, de que el niño no comprenderá su explicación y que por lo tanto se debe "mentir benévolamente" sobre la hospitalización, ésta basado en los temores inconscientes de los padres; los cuales pueden estar atemorizados de enfrentarse a la realidad de la situación.

Se remarca frecuentemente, que la sobreprotección durante la enfermedad o convalecencia del niño, manifestado esto por una exageración del malestar del niño y en las muestras de afecto hacia él; puede conducir a que el niño finja mayor enfermedad y utilizarla como una herramienta psicológica contra los padres o convertirse en hipocondriacos (Barraclough, 1937; Johnson, 1955; Korsch, 1961).

Woodward y Jackson (1961), mencionaron que las madres de los niños severamente quemados, frecuentemente manifiestan sentimientos de culpa y los tratan de compensar durante la convalecencia del niño y que tal sobreprotección contribuye al malestar psicológico del niño. La exagerada preocupación de la madre sobre la condición física del niño, puede también llevarla a descuidar las prácticas constructivas y educativas.

La reacción opuesta, de falta de atención al niño o rechazo, ha sido atribuida a los sentimientos de culpa de los padres. Coley (1951), indicó que tales padres tienen mayor dificultad en ayudar al niño a aceptar la enfermedad y sus limitaciones. Labovivi (1955) mencionaba que la culpa puede provocar que los padres ignoren al niño y que, por esto los abandonan durante la enfermedad.

Otros autores han notado que los padres pueden no proveer el cuidado y afecto necesarios debido a que tienen el temor de "hechar a perder al niño" o perturbar la incrementada dependencia asociada a la hospitalización, (Anna Freud, 1953).

## CAPITULO III

### MÉTODO

#### 3.1 Planteamiento del Problema.

Una de las experiencias más graves que puede vivir un niño es el de sufrir de quemaduras considerables que le lleven a la hospitalización.

La experiencia de quemarse ha sido descrita como abrumadora, tanto física como emocionalmente. Se ha considerado como un trastorno grave y uno de los traumas más severos que se pueden experimentar. (Wernik, 1983; Achterberg y Kenner, 1988).

Por razones naturales una de las poblaciones más vulnerables a quemarse son los niños; en ellos una quemadura aparentemente pequeña puede amenazar la vida o comprometer permanentemente la función.

Para todos los afectados, el hecho, de quemarse, es algo más que un accidente; es un "desastre" ya que implica situaciones difíciles de enfrentar como son tener que pasar por la hospitalización; el dolor que conlleva el tratamiento como la limpieza de las quemaduras, cambio de los vendajes; a veces operaciones para colocar injertos; así también muchas veces se experimentan sentimientos de culpabilidad en el niño como son los temores, ansiedades, dificultades en la conducta como negativismo, agresividad; desordenes en comida , sueño enuresis y más.

Observando así la problemática que viven los niños que han sufrido quemaduras. El presente trabajo tuvo como finalidad indagar si es que existen diferencias estadísticamente significativas en las ejecuciones de los Dibujos de la Figura Humana de E, Koppitz ( en cuanto al Nivel general de Maduración y a los Indicadores Emocionales que se presentaron) entre el grupo de niños que habían sufrido quemaduras y el grupo de niños que no las habían sufrido.

### 3.1.1 Hipótesis Conceptual o de Trabajo.

Los niños que sufrieron quemaduras mostraran un mayor número de Indicadores Emocionales en las ejecuciones del Dibujo de la Figura Humana de E. Koppitz en comparación con los niños que no las sufrieron

### 3.1.2 Hipótesis Estadísticas.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas en las ejecuciones de los Dibujos de la Figura Humana de E. Koppitz (Nivel de Maduración e Indicadores Emocionales) presentadas en el grupo de niños que sufrieron quemaduras en comparación con el grupo de niños que no las sufrieron.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas, en las ejecuciones de los Dibujos de la Figura Humana de E. Koppitz ( Nivel de Maduración e Indicadores Emocionales) presentadas en el grupo de niños que sufrieron quemaduras en comparación con el grupo de niños que no las sufrieron.

## 3.2 Definición Conceptual y Operacional de las Variables (Independiente y Dependiente).

### \* 3.2.1 Variable Independiente.

3.2.1.1 Quemaduras de Primer Grado Superficial. Es una lesión por exposición prolongada a baja intensidad; el daño es superficial. La respuesta local se caracteriza por eritema debido a la respuesta vascular en los vasos subcapilares.

La curación se presenta por evolución de células a la superficie y no se acompaña de cicatrización o cambio de color. R. Montiel (1969).

3.2.1.2 Quemadura de Segundo Grado Superficial. Caracterizada por flictena. (ampolla) y destrucción de la epidermis, con abrasión parcial del estrato espinoso o de la capa de Malpighi.

Evoluciona hacia la cicatrización en tres semanas, sin secuela cicatrizante, o a veces la coloración ligeramente rosada de los tegumentos. R. Monteil (1969).

3.2.1.3 Quemaduras de Segundo Grado Profunda. De diagnóstico delicado, destrucción total de la epidermis y en particular de la totalidad de la capa de Malpighi. La cicatrización se obtendrá con lentitud aproximadamente en treinta días, a menudo de calidad mediocre con tendencia a la hipertrofia en todo caso esta quemadura requerirá el empleo de un injerto. R. Monteil (1969).

### 3.2.2 Variable Dependiente.

Ejecución de el Test del Dibujo de la Figura Humana de Elizabeth Koppitz (Nivel de Maduración e Indicadores Emocionales).

### 3.3 Sujetos.

Se determinó la formación de dos grupos de 30 niños de ambos sexos en cada uno.

El primer grupo (Grupo A, Experimental) estuvo constituido por 30 menores, 15 varones y 15 Mujeres, que asistían al Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, cuyas edades cronológicas fluctuaron entre los 7 y 11 años de edad, que habían sufrido quemaduras de primer y/o segundo grado, con alta hospitalaria, con escolaridad entre primero y sexto grado de primaria, de nivel socioeconómico bajo y que provenían de una familia completa (padre, madre e hijos viviendo en el mismo hogar).

El segundo grupo (grupo B, control) estuvo compuesto por 30 menores de ambos sexos ( 15 varones y 15 mujeres) que asistían a la Escuela Primaria. Prof. Carlos Hernández Selvas en el turno vespertino, cuyas edades cronológicas se encontraban entre los 7 y 11 años de edad, que no habían sufrido de quemaduras, con una escolaridad de segundo a sexto grado de primaria, de nivel socioeconómico bajo, que provenían de una familia completa y no presentaban problemas de conducta ni de aprendizaje a juicio de sus profesores.



Así la muestra total de la investigación quedó constituida por 60 niños de ambos sexos, entre los 7 y 11 años de edad, la mitad de éstos habían sufrido quemaduras y la otra mitad no.

### 3.3.1 Tipo de Muestreo.

Para determinar los grupos de estudio, se efectuó un muestreo de tipo no probabilístico intencional por cuotas, en tanto se consideró con anterioridad el número de personas y la características que debían poseer los sujetos para integrar los grupos ( Padua, J., 1979).

### 3.4 Tipo de Estudio.

Dadas las características del problema de investigación el tipo de estudio realizado es ex-postfacto ya que como lo refiere Kerlinger, N.F. 1975, este tipo de estudio es requerido cuando se hace una búsqueda sistemática empírica, en la cual el investigador no tiene control, ni manejo directo sobre la variable independiente, debido a que su aparición ocurre en otro tiempo y por lo tanto se consideran sus manifestaciones en el comportamiento de los sujetos bajo estudio.

Es a partir de tales manifestaciones que se infiere sobre las posibles relaciones que guardan entre sí las variables independientes (VI) y las variables dependientes (VD) en cuestión. Además es un estudio comparativo, exploratorio y transversal.

### 3.5 Diseño Experimental.

Por las necesidades propias del objetivo del estudio, es decir, dado que se requería hacer una comparación de dos grupos para conocer la existencia o no de diferencias en las ejecuciones de los Dibujos de la Figura Humana, se decidió emplear un diseño Pre-Experimental de dos Grupos Independientes, con una sola medición en este caso:

1= Grupo de niños con quemaduras.

2= Grupo de niños sin quemaduras.

### 3.6 Escenario.

La parte del estudio para el grupo A (niños que sufrieron quemaduras) se llevó a cabo en el Instituto para la atención integral del Niño Quemado que es una Asociación privada que se fundó en 1985, a fin de proporcionar rehabilitación psicológica, rehabilitación fisiológica, investigación epidemiológica, enseñanza y campañas de prevención en el renglón de quemados. Cuyos centros de operación se localizan en el D.F, en el Hospital Pediátrico Xochimilco y en el Edo. de Querétaro con el Hospital del Niño Quemado.

Específicamente la parte de la investigación se realizó en las áreas destinadas para el departamento de psicología, particularmente en uno de sus cubículos cuyas características físicas son las siguientes:

Un espacio de dos metros de ancho por tres de largo, hecho de tabla-roca, bien ventilado, bien iluminado, dentro del cubículo se encontraban dispuestos un escritorio con silla y dos sillas más- Tal cubículo se uso para la aplicación de los instrumentos de evaluación psicológica y las entrevistas correspondientes.

Para el grupo B, niños sin quemaduras la aplicación del instrumento de evaluación se llevó a cabo en la escuela primaria. "Carlos Hernández Selvas", turno vespertino. ubicada en Santa Ursula Coapa, Coyoacán.

Se nos asignó un salón de clases el cual se encontraba en buenas condiciones ya que contaba con buena ventilación, buena iluminación y el mobiliario se encontraba en buen estado. Dicho salón se uso para la aplicación del instrumento.

### 3.7 Instrumento.

El instrumento que se eligió fue el Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH) de E, Koppitz por considerarse el más idóneo para los cometidos del propio estudio.

El test DFH de E. Koppitz, según la autora surgió de la necesidad de contar con un método integrado y sistemático de interpretar los DFH, ya que ninguno de los que existían parecían ser capaces de extraer toda la riqueza de los DFH.

Así el DFH de E. Koppitz (1984) en primer lugar explora los estudios evolutivos del niño y sus actitudes interpersonales, Teniendo como hipótesis básica que los DFH "reflejan primordialmente el nivel evolutivo del niño y sus actitudes interpersonales" , es decir sus actitudes hacia sí mismo y hacia las personas significativas en su vida.

Además postula que los DFH "pueden revelar las actitudes del niño hacia las tensiones y exigencias de la vida y su modo de enfrentarlas: así los dibujos también pueden reflejar los intensos miedos y ansiedades que pueden afectarlo consciente o inconscientemente en un momento dado". Lo cual significa según Koppitz que la hipótesis de la " imagen corporal" , generalmente adaptada para los DFH, no es considerada necesariamente válida para ella. Así "el DFH no es considerado como un retrato de los rasgos de personalidad básicos y permanentes del niño, ni como una imagen de su apariencia real". Considera en cambio, que los DFH reflejan el estado actual de desarrollo mental y las actitudes y preocupaciones en un momento dado, todo lo cual cambiara con el tiempo debido a la maduración y la experimentación.

El valor particular del DFH radica justamente en detectar los cambios en el niño, los cuales pueden ser evolutivos y/o emocionales. Se contempla así al DFH como un "retrato del niño interior en un momento dado".

Con objeto de contar con una buena disposición de los sujetos, para la aplicación del instrumento de medición, se consideró pertinente efectuar una entrevista inicial que lograra ese nivel de rapport necesario, al mismo tiempo para que se pudiera obtener información complementaria relacionada sobre su condición específica como niños que sufrieron quemaduras, en el caso de los sujetos de ese grupo.

La entrevista era del tipo no estructurada, en la que se investigaba, en forma general, las causas del accidente (niños que sufrieron quemaduras) la constelación familiar, la situación económica, la calidad de las relaciones familiares y extrafamiliares, la experiencia escolar, pasatiempos, etc. de cada uno de los niños que integraban los dos grupos del estudio.

### 3.8 Procedimiento.

Antes de hacer la descripción del procedimiento que se siguió será necesario ubicar algunos detalles de la selección de los menores que conformaron los grupos de estudio. En un principio se pensó que la muestra estaría integrada por niños de ambos sexos, cuyas edades fluctuaran entre los 6 y 12 años, pero dada la población tan escasa de niños que habían sufrido quemaduras entre los 6 y 12 años que llegaron al Instituto para la Atención Integral del niño Quemado en el periodo de noviembre de 1994 a diciembre de 1995, se vio la necesidad de reducir el rango de edad, quedando solamente niños de 7 a 11 años de edad dentro de la muestra. Otro de los factores que influyeron en la reducción de los rangos de edad fue la inasistencia de los niños a la consulta externa una vez que fueron dados de alta hospitalaria.

Por lo que respecta al grupo 1, niños que habían sufrido quemaduras, del total de la población de niños que asistían a consulta externa, en el periodo ya citado al Instituto, entre los 7 y 11 años de edad se tomaron a 30 menores de ambos sexos, que habían sufrido quemaduras de primer y/o segundo grado, con alta hospitalaria, con grado de escolaridad de primero a sexto grado de primaria, de nivel socioeconómico bajo y que provinieran de una familia completa (padre, madre e hijos viviendo en el mismo hogar).

Para la integración del grupo 2, niños que no habían sufrido quemaduras, se solicitó a los maestros de segundo a sexto grado de la Escuela Primaria "Prof. Carlos Hernández Selvas" del turno vespertino, ubicada en Santa Ursula Coapa, Coyoacan, que seleccionaran a 30 niños entre los 7 y 11 años de edad que a criterio suyo no mostraran serios problemas de conducta o

aprendizaje, que provinieran de una familia completa, que no hubieran sufrido quemaduras y de nivel socioeconómico bajo; de esta manera se logró conformar el grupo control, con 30 menores.

En el caso del grupo de niños que habían sufrido quemaduras se siguieron los siguientes pasos:

Primero: Se llevó a cabo una entrevista con el niño y sus padres para ampliar y corroborar los datos de la historia clínica y el estudio psicosocial que realiza el Instituto para la Atención Integral del niño Quemado y que nos sirvió como dato complementario acerca del niño.

Segundo: Se realizó una entrevista inicial de forma individual con cada uno de los niños con una duración aproximada de 20 minutos, dicha entrevista era de carácter informal, pues con esto se pretendió tener un mayor acercamiento con él para generar un clima de confianza y por lo tanto posibilitara su mejor desempeño en la ejecución del DFH.

Tercero: Después de finalizar la entrevista se efectuó la aplicación en forma individual del Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH) de E. Koppitz; para lo cual al niño se le entregó una hoja blanca tamaño carta y un lápiz con goma. Posteriormente se le dio la consigna: " Quiero que en la 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 palitos".

Para el grupo de niños que no habían sufrido quemaduras el procedimiento fue el siguiente:

Primero se procedió a establecer un clima de confianza que posibilitara un buen desempeño en las ejecuciones de los niños.

Posteriormente se llevó a cabo la aplicación en forma colectiva del instrumento de medición (DFH), se formaron dos grupos de 15 sujetos cada uno, procurando que no tuvieran la oportunidad de copiar.

A continuación se les proporcionó el mismo material e indicó la misma consigna que al otro grupo de niños.

Consecuentemente una vez terminadas las aplicaciones de los DFH, se continuó con la evaluación de las ejecuciones de los dibujos, de los menores, para registrar los datos y hacer el posterior análisis de resultados del estudio.

### 3.8.1 Calificación.

Se procedió a calificar de la siguiente manera:

Cada uno de los 60 DFH se evaluaron de forma integral, ósea, se calificaron tanto los Ítems Evolutivos, para obtener los niveles de maduración, así como los Indicadores Emocionales para conocer las actitudes del niño hacia sí mismo, así como sus relaciones interpersonales, sus actitudes hacia las tensiones y exigencias de la vida y su modo de enfrentarlas, sus miedos y ansiedades que pudieran estarlo afectando inconsciente o conscientemente en un momento dado.

Como ya se mencionó cada DFH se calificó de acuerdo con los 30 ítems evolutivos para arrojarnos el nivel de maduración, como se describe a continuación:

A cada ítems esperado y excepcional se le asignó un valor de 1 punto. La omisión de un ítem esperado se le designó como -1, mientras que la presencia de un ítem excepcional fue tabulado +1. Para evitar puntajes negativos se le sumó un valor de 5 al total de los puntajes positivos y de los puntajes negativos que un niño recibía en su protocolo. Así, la ausencia de un ítem esperado se computaba, como  $-1+5$  ósea, 4; la presencia de un ítem excepcional se convertía  $+1+5$  ósea 6. El cuadro siguiente muestra los puntajes que puede obtener un niño en su DFH si el número dado de ítems esperados y excepcionales están presentes o ausentes:

Puntaje		Ítems esperados	Ítems excepcionales
8		todos presentes	3 presentes
7		" "	2
6		" "	1
6	ó	1 omitido	2 "
5	ó	todos presentes	ninguno presente
5	ó	1 omitido	1 presente
4	ó	1 "	ninguno presente
4	ó	2 omitidos	1 presente
3	ó	2 "	ninguno presente
2	ó	3 "	" "
1	ó	4 "	" "
0	ó	5 ó más omitidos	" "

Este sistema de puntuación fue aplicado por Koppitz en 1967.

Así se determinó el nivel de maduración de cada uno de los sujetos de la muestra. Después se procedió a evaluar cada DFH de acuerdo al manual de Tabulación para los 30 indicadores emocionales del DFH infantil.

Se puntuó únicamente los indicadores emocionales presentes con un 1; la suma de estos indicadores emocionales conformó el puntaje crudo.

Tanto los ítems evolutivos como los indicadores emocionales de cada DFH fueron computados en una sola hoja o protocolo diseñado para tal efecto.

Para demostrar la confiabilidad en el sistema de puntuación quien realizó la investigación y otra psicóloga evaluaron independientemente 34 tests de acuerdo a las categorías de puntaje mencionadas anteriormente. Posteriormente se obtuvo la correlación, entre los puntajes asignados por cada una. Todas las correlaciones fueron altamente significativas, siendo de 0.98 para los puntajes evolutivos y 0.84 para los puntajes emocionales.

### 3.9 Tratamiento Estadístico.

Como en todo tipo de investigación en donde se pretende hacer la comparación de dos grupos, se requiere efectuar un tratamiento estadístico apropiado; para tal efecto se consideraron dos fases en el análisis de datos, en la primera se obtuvieron las medidas de tendencia central necesarias para los cálculos posteriores y en la segunda fase se determinaron las diferencias entre los dos grupos de comparación a partir de los puntajes o calificaciones obtenidas en el instrumento de investigación (DFH de E, Koppitz).

Primera Fase: De acuerdo a los puntajes, de los niños, que se computaron para cada uno de los 30 ítems Evolutivos (Nivel de Maduración) y de los 30 Indicadores Emocionales que evalúa el DFH

$$X = \frac{\sum Xf}{\sum f}$$

$$S = \sqrt{\frac{\sum f (X-X)^2}{N}}$$



Una vez agrupados los puntajes y habiéndose calculado las medidas de tendencia central, se procedió a la segunda fase del tratamiento estadístico.

Segunda Fase: Dado que se tenían que comparar dos muestras de población diferentes en sentido estricto, pues el grupo 1 estaba constituido por niños que habían sufrido quemaduras y el grupo 2 lo integraban niños que no habían sufrido de quemaduras. Por tal razón el estadístico más adecuado para determinar las posibles diferencias en las muestras, fue la prueba U de Mann-Whitney, para muestras grandes ( $n_2$  mayor que 20).

$$z = \frac{U - \mu_U}{\sigma_U} = \frac{\frac{U - n_1 n_2}{2}}{\sqrt{\frac{(n_1)(n_2)(n_1 + n_2 + 1)}{12}}}$$

$$U = n_1 n_2 + n_2 \frac{(n_2 + 1)}{2} - R_2$$

ó

$$U = n_1 n_2 + n_1 \frac{(n_1 + 1)}{2} - R_1$$

La decisión de emplear el estadístico anterior se vio apoyada por los siguientes argumentos:

Los puntajes obtenidos de las ejecuciones en los DFH (Nivel de Maduración e Indicadores Emocionales), escala de estimación, constituye en el mejor de los casos una medida ordinal;

La prueba U de Mann-Whitney es una de las pruebas no paramétricas más poderosas y constituye la alternativa más útil ante la prueba paramétrica t cuando el investigador desea evitar las suposiciones que ésta exige o si la medición en la investigación es más vaga que la escala de intervalo.

Por estas razones, la prueba U de Mann-Whitney fue la más apropiada para analizar estos datos.

Para el cálculo de la U de Mann-Whitney se pre establecieron los siguientes criterios estadísticos:

Nivel de Significación . Sean  $\alpha = 0.25$ ;  $n_1=30$  (niños que sufrieron quemaduras);  $n_2$  (niños que no sufrieron quemaduras).

Decisión. De acuerdo a los puntajes asignados a cada uno de los 60 dibujos de los niños ; en base a ellos se aceptaron o rechazaron las hipótesis.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1 En la interpretación del Dibujo de la Figura Humana como Test de Maduración.

Por medio de una investigación sistemática del Dibujo de la Figura Humana, abreviado DFH, Koppitz (1967) diseñó un método para computar los ítems esperados y excepcionales en cada nivel de edad para la población normativa; con la finalidad de obtener puntajes en términos de categorías amplias de nivel general de C.I., que pueden diferenciar entre niños que son mentalmente retardados y aquellos con un nivel promedio o superior.

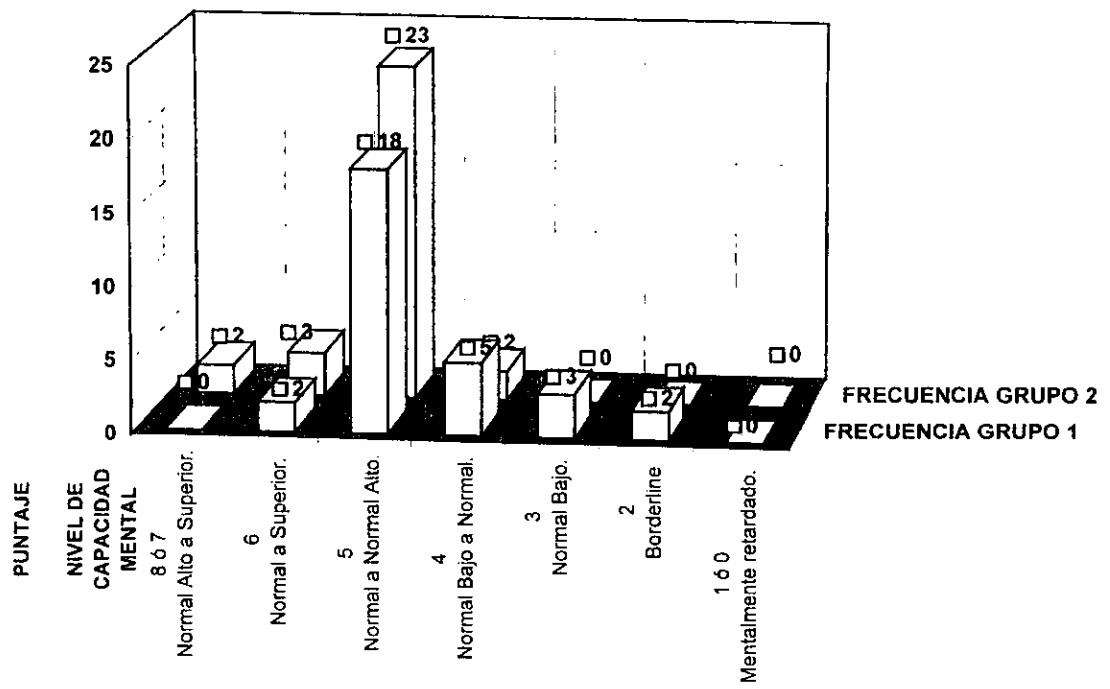
En resumen, el DFH puede ser utilizado como instrumento para detectar aproximadamente la madurez mental de los niños.

Así con el propósito de comparar los Niveles de Capacidad Mental que obtuvieron en sus DFH los niños que hablan sufrido quemaduras con los niños que no las habían sufrido; se diseñaron tablas y gráficas que a continuación se presentan en donde se indican las frecuencias, porcentajes y el valor de la U de Mann-Whitney, que se obtuvieron en ambas muestras.

TABLA NUM. 1

**NIVEL DE MADUREZ MENTAL EN LOS NIÑOS QUE SUFRIERON QUEMADURAS**

<b>PUNTAJE</b>	<b>NIVEL DE CAPACIDAD MENTAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
8 ó 7	Normal alto a superior (CI de 110 ó más)	0	0
6	Normal a superior (CI 90-135)	2	6.7
5	Normal a normal alto (CI 85-120)	18	60
4	Normal bajo a normal (CI 80-110)	5	18
3	Normal bajo (CI 70-90)	3	10
2	Borderline (CI 60-80)	2	6.7
1 ó 0	Mentalmente retardado o funcionando en un nivel retardado debido a serios problemas emocionales	0	0



**GRAFICA 1**  
**COMPARACION ENTRE LAS FRECUENCIAS DEL NIVEL DE CAPACIDAD MENTAL DE AMBOS GRUPOS.**

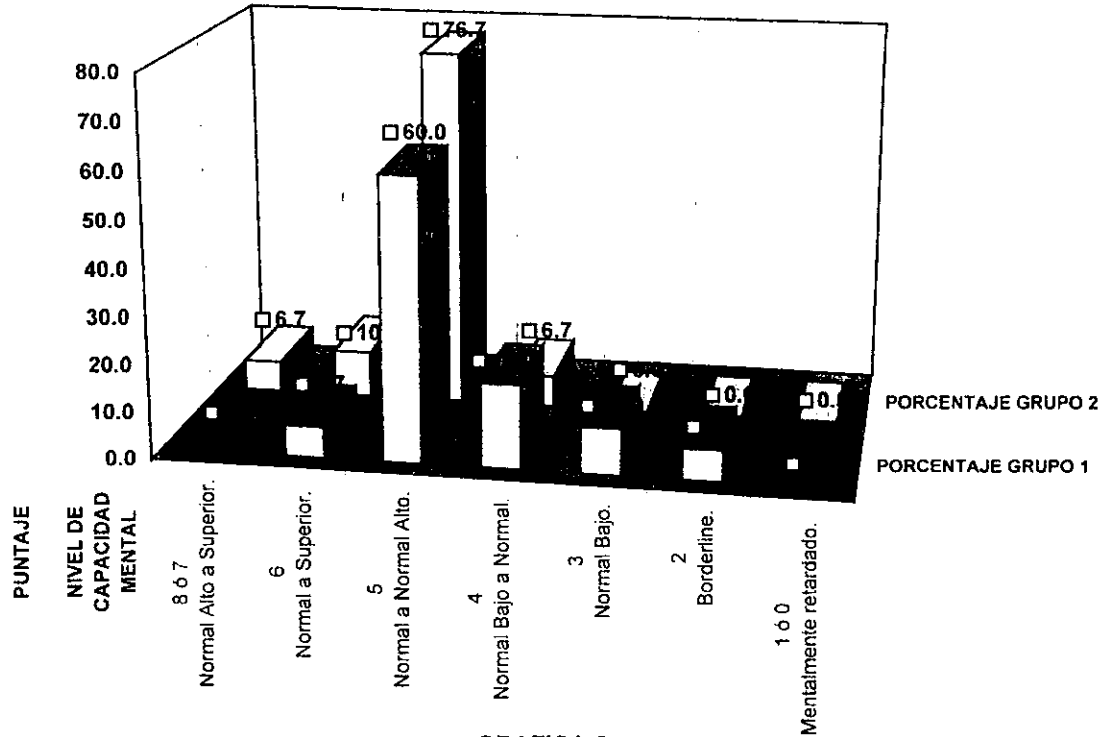
TABLA NUM. 2

**NIVEL DE MADUREZ MENTAL EN LOS NIÑOS QUE NO SUFRIERON QUEMADURAS**

PUNTAJE DFH	NIVEL DE CAPACIDAD MENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
8 ó 7	Normal alto a superior (CI de 110 ó más)	2	6.7
6	Normal a superior (CI 90-135)	3	10
5	Normal a normal alto (CI 85-120)	23	76.7
4	Normal bajo a normal (CI 80-110)	2	6.7
3	Normal bajo (CI 70-90)	0	0
2	Borderline (CI 60-80)	0	0
1 ó 0	Mentalmente retardado o funcionando en un nivel retardado debido a serios problemas emocionales	0	0

U = 301

P= 0.0075



**GRAFICA 2**

**COMPARACION ENTRE LOS PORCENTAJES DEL NIVEL DE CAPACIDAD MENTAL DE AMBOS GRUPOS.**

Como se pudo observar en los resultados que nos arrojan las tablas y las gráficas (1 y 2) podemos ver que si existen diferencias significativas, estadísticamente hablando, entre ambos grupos como a continuación se describe:

En lo que se refiere al grupo de niños que sufrieron quemaduras sus niveles de maduración fueron los siguientes:

En el Nivel Alto a Superior (CI de 110 o más) no se observó ningún caso; en el Nivel Normal a Superior (CI de 90-135) se encontró al 6.7 por ciento de ellos (2 sujetos); en el nivel Normal a Normal Alto al 60.0 por ciento (18 sujetos); en el nivel Normal Bajo a Normal (CI 80-110) al 18.0 por ciento (5 sujetos); en el nivel Normal Bajo (CI 70-90) al 10.0 (3 sujetos); en lo que se refiere al nivel Borderline (CI 60-80) al 6.7 por ciento ( 2 sujetos) y por último en el nivel Mentalmente retardado no hubo ningún caso.

En cuanto al grupo de niños que no sufrieron quemaduras se observaron los siguientes resultados:

En el Nivel Normal Alto a Superior se encontró un 6.7 por ciento (2 sujetos) a diferencia del otro grupo; en cuanto al nivel Normal a Superior el porcentaje fue de 10.0 por ciento (3 sujetos); es decir, también, mayor que en la otra muestra; en el nivel Normal a Normal Alto fue del 76.7 por ciento (23 sujetos) también mayor la frecuencia que en la otra población; en el nivel Normal bajo a Normal únicamente el 6.7 por ciento (2 sujetos) está en éste nivel a diferencia de los otros niños y por último en lo que se refiere a los niveles Normal Bajo, Borderline y Mentalmente retardado no se observó ningún caso, situación que no sucedió con la población infantil del otro grupo

Así también el valor que se obtuvo en la U de Mann-Whitney fue de 301.0 y la P .0075 lo que nos indica que si existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos comparados; por lo tanto, la hipótesis nula ( $H_0$ ), en cuanto al Nivel de Capacidad Mental,



exclusivamente, se rechaza y la hipótesis alterna (H1) que dice "Existen diferencias estadísticamente significativas, en las ejecuciones de los Dibujos de la Figura Humana de E. Koppitz presentadas entre un grupo de niños que han sufrido quemaduras y otro grupo de niños que no las han sufrido", se acepta.

#### 4.2 En la Interpretación del Dibujo de la Figura Humana como Técnica Proyectiva.

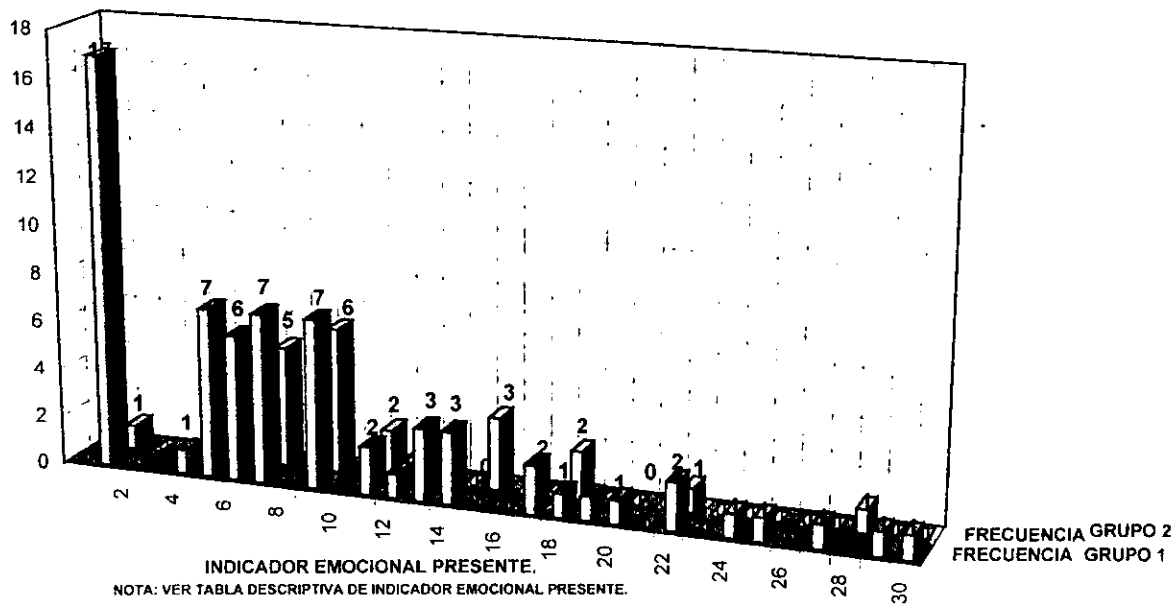
El DFH de Koppitz puede proporcionar un panorama acerca del ajuste emocional del niño, sus actitudes interpersonales, sus actitudes hacia sí mismo y hacia las personas significativas en su vida; además también de revelar sus actitudes hacia las tensiones y exigencias de la vida y su modo de enfrentarlas; así como sus intensos miedos y ansiedades que pueden afectarlo consciente o inconscientemente en un momento dado, Koppitz (1984).

A continuación se muestran las tablas y gráficas de frecuencias, porcentajes y  $\chi^2$  de la U de Mann-Whitney que se obtuvieron, en cada uno de los Indicadores Emocionales, de la comparación de ambas muestras.

TABLA NUM. 3

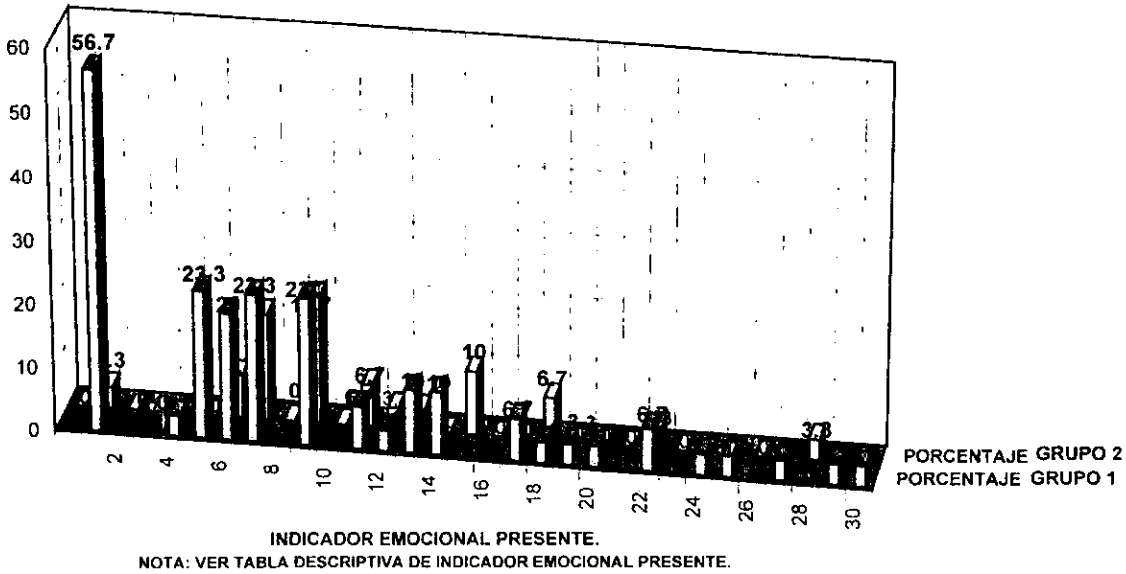
### COMPARACIÓN ENTRE LAS FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES EMOCIONALES DE AMBAS MUESTRAS

INDICADOR EMOCIONAL PRESENTE	NIÑOS CON QUEMADURAS		NIÑOS SIN QUEMADURAS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
(01) Integración pobre de las partes	17	56.7	1	3.3
(02) Sombreado de la cara	0	0.0	0	0.0
(03) Sombreado del cuerpo y/o extremidades	0	0.0	0	0.0
(04) Sombreado de las manos y/o cuello	1	3.3	0	0.0
(05) Asimetría gruesa de las extremidades	7	23.3	0	0.0
(06) Figuras inclinadas	6	20.0	2	6.7
(07) Figura pequeña	7	23.3	5	16.7
(08) Figura grande	0	0.0	0	0.0
(09) Transparencias	7	23.3	6	20.0
(10) Cabeza pequeña	0	0.0	0	0.0
(11) Ojos bizcos o desviados	2	6.7	2	6.7
(12) Dientes	1	3.3	1	3.3
(13) Brazos cortos	3	10.0	1	3.3
(14) Brazos largos	3	10.0	0	0.0
(15) Brazos pegados al cuerpo	0	0.0	3	10.0
(16) Manos grandes	0	0.0	0	0.0
(17) Manos omítidadas	2	6.7	0	0.0
(18) Piernas juntas	1	3.3	2	6.7
(19) Genitales	1	3.3	0	0.0
(20) Monstruo o Figura grotesca	1	3.3	0	0.0
(21) Dibujo espontáneo de dos o más figuras	0	0.0	0	0.0
(22) Nubes	2	6.7	1	3.3
(23) Omisión de los ojos	0	0.0	0	0.0
(24) Omisión de la nariz	1	3.3	0	0.0
(25) omisión de la boca	1	3.3	0	0.0
(26) Omisión del cuerpo	0	0.0	0	0.0
(27) Omisión de los brazos	1	3.3	0	0.0
(28) Omisión de las piernas	0	0.0	1	3.3
(29) Omisión de los pies	1	3.3	0	0.0
(30) Omisión del cuello	1	3.3	0	0.0



**GRAFICA 3**

**COMPARACION ENTRE LAS FRECUENCIAS DE LOS INDICADORES EMOCIONALES DE AMBOS GRUPOS.**



**GRAFICA 4**  
**COMPARACION ENTRE LOS PORCENTAJES DE LOS INDICADORES EMOCIONALES DE AMBOS GRUPOS.**

## TABLA NUM. 4

### DESCRIPCIÓN DE LOS 30 INDICADORES EMOCIONALES

01	Integración pobre de las partes
02	Sombreado de la cara
03	Sombreado del cuerpo y/o extremidades
04	Sombreado de las manos y/o cuello
05	Asimetría grosera de las extremidades
06	Figuras inclinadas
07	Figura pequeña
08	Figura grande
09	Transparencias
10	Cabeza pequeña
11	Ojos bizcos o desviados
12	Dientes
13	Brazos cortos
14	Brazos largos
15	Brazos pegados al cuerpo
16	Manos grandes
17	Manos omitidas
18	Piernas juntas
19	Genitales
20	Monstruo o Figura grotesca
21	Dibujo espontáneo de dos o más figuras
22	Nubes
23	Omisión de los ojos
24	Omisión de la nariz
25	Omisión de la boca
26	Omisión del cuerpo
27	Omisión de los brazos
28	Omisión de las piernas
29	Omisión de los pies
30	Omisión del cuello

TABLA NUM. 5

### DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS PRESENTES EN LOS INDICADORES EMOCIONALES DE AMBAS MUESTRAS

INDICADOR EMOCIONAL	U	P	DIFERENCIA SIGNIFICATIVA
(01) Integración pobre de las partes	210.0	0.0000.	SI
(02) Sombreado de la cara	450.0	1.0000	NO
(03) Sombreado del cuerpo y/o extremidades	450.0	1.0000	NO
(04) Sombreado de las manos y/o cuello	435.0	0.3178	NO
(05) Asimetría grosera de las extremidades	345.0	0.0052	SI
(06) Figuras inclinadas	390.0	0.1320	NO
(07) Figura pequeña	420.0	0.5221	NO
(08) Figura grande	450.0	1.0000	NO
(09) Transparencias	435.0	0.7560	NO
(10) Cabeza pequeña	450.0	1.0000	NO
(11) Ojos bizcos o desviados	450.0	1.0000	NO
(12) Dientes	450.0	1.0000	NO
(13) Brazos cortos	420.0	0.3047	NO
(14) Brazos largos	405.0	0.0780	NO
(15) Brazos pegados al cuerpo	405.0	0.0780	NO
(16) Manos grandes	450.0	1.0000	NO
(17) Manos omitidas	420.0	0.1538	NO
(18) Piernas juntas	435.0	0.5569	NO
(19) Genitales	435.0	0.3173	NO
(20) Monstruo o Figura grotesca	435.0	0.3173	NO
(21) Dibujo espontáneo de dos o más figuras	450.0	1.0000	NO
(22) Nubes	435.0	0.5569	NO
(23) Omisión de los ojos	450.0	1.0000	NO
(24) Omisión de la nariz	435.0	0.3173	NO
(25) omisión de la boca	435.0	0.3173	NO
(26) Omisión del cuerpo	450.0	1.0000	NO
(27) Omisión de los brazos	435.0	0.3173	NO
(28) Omisión de las piernas	435.0	0.3173	NO
(29) Omisión de los pies	435.0	0.3173	NO
(30) Omisión del cuello	435.0	0.3173	NO

Como se pudo observar en las comparaciones que se realizaron entre cada uno de los 30 Indicadores Emocionales; se encontraron diferencias significativas, estadísticamente hablando, únicamente en dos de ellos que fueron Integración pobre de las partes con valor de  $U = 210.0$  y  $P = 0.0000$  y en la Asimetría grosera de las extremidades con una  $U = 345.0$  y una  $P = 0.0052$ . Lo cual indica que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos comparados; por lo tanto, la hipótesis nula  $H_0$  ( en cuanto a los Indicadores Emocionales) la cual dice " No existen diferencias estadísticamente significativas, en las ejecuciones de los Dibujos de la Figura Humana de E. Koppitz presentes entre el grupo de niños que habían sufrido quemaduras con el grupo de niños que no las habían sufrido, se acepta y la  $H_1$ , se rechaza.

#### 4.3 Resultados Cualitativos.

En este apartado se hará mención de los resultados (Tabla 6) que arrojó la interpretación cualitativa del instrumento de investigación, exclusivamente en los casos de los niños que presentaron dos o más Indicadores Emocionales en sus DFH lo cual según Koppitz es altamente sugestivo en ellos de presencia de problemas emocionales y relaciones interpersonales insatisfactorias, Koppitz (1984).

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**





A continuación se presenta la descripción, sustentándola en la interpretación que hace Koppitz (1984) de cada uno de los Indicadores Emocionales presentes en los DFH y cuya presencia es significativa.

#### 4.3.1 Grupo A niños que sufrieron quemaduras:

Caso 1. Se trata de un sujeto del sexo masculino de 7 años de edad, con escolaridad de segundo grado que sufrió quemaduras , por agua caliente , de primer y segundo grado profundas localizadas en cara anterior de tórax, ambos muslos en su cara interior y posterior y en ambos gluteos.

En su DFH (ilustración 1) se observa un Nivel de Capacidad Mental (5) Normal a Normal alto (CI 85-120).

Además presenta cuatro Indicadores Emocionales: Integración pobre de las partes, Asimetría grosera de las extremidades, Dientes y Brazos largos. Los cuales según Koppitz parecen estar asociados con uno o varios de los siguientes factores: inestabilidad, coordinación pobre o impulsividad que indican inmadurez por parte del niño, la cual puede ser el resultado de un retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debida a serios problemas emocionales o a estos tres factores conjuntamente; así también se observan signos de agresividad dirigida hacia afuera.

Caso 2. Aquí se hace también referencia a un niño de 7 años de edad, con primer grado de escolaridad que sufrió quemaduras, por agua caliente, de primer y segundo grado en ambos gluteos y escroto.

En su protocolo (ilustración 2) tiene un Nivel de Capacidad Mental (4) Normal bajo a Normal (CI 80-110).

Su DFH además muestra la presencia de cuatro Indicadores Emocionales como son: Figura inclinada, Figura pequeña, Omisión de la nariz y Omisión de los brazos; los que nos indica que se trata de un sujeto inestable, con falta de equilibrio general, con falta de una base firme; inseguro, retraído, reprimido; ansioso y con escaso interés o dificultad social.

Caso 3. En este caso hablamos de una niña de 7 años de edad, de segundo grado de primaria que sufrió quemaduras, por agua caliente, de segundo grado superficiales y profundas en cara anterior de tórax, brazo y antebrazo izquierdos y en la ejecución de su dibujo (ilustración 3) presenta un Nivel de Capacidad Mental (5) Normal a Normal alto (CI 85-120).

Además en su dibujo se observa la presencia de dos Indicadores Emocionales: Integración pobre de las partes y Transparencias cuyas presencias parecen reflejar inestabilidad, una personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad; angustia, conflicto o miedo agudo, por lo común con respecto a lo sexual, el nacimiento o mutilación corporal.

Caso 4. Se trata de otra niña de 7 años de edad, con escolaridad de primer grado que sufrió la experiencia de quemarse, con agua caliente, de segundo grado superficiales y profundas en cuello, hombro y en la parte anterior y posterior del tórax.

En su DFH su Nivel de Capacidad Mental es de (3) Normal Bajo (CI 70-90).

Además de que hay la presencia de dos Indicadores Emocionales que son: Integración pobre de las partes y Figura inclinada que nos reflejan a una niña inestable, con una personalidad pobremente integrada, con coordinación pobre o con falta de equilibrio general, que indican inmadurez por parte de la niña, la cual puede ser el resultado de un retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debida a serios problemas emocionales o a estos tres factores conjuntamente.

Caso 5. El quinto caso hace referencia a otra niña de siete años de edad, con escolaridad de tercer grado; con quemaduras, por agua caliente, de segundo grado superficiales en antebrazo izquierdo en su cara anterior y en pierna y muslo anterior izquierdo.

En su DFH (ilustración 5) se revela un Nivel de Capacidad Mental (5) Normal a Normal alto (CI 85-120).

Su dibujo exhibe tres Indicadores Emocionales: Integración pobre de las partes, Asimetría grosera de las extremidades y Figura inclinada, cuyas presencias sugieren que se trata de una niña inestable, con una personalidad pobremente integrada, con coordinación pobre o impulsiva; los que indican inmadurez por parte de la niña, la cual puede ser el resultado de un retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debida a serios problemas emocionales o a estos tres factores conjuntamente.

Caso 6. El sexto caso es el de un niño de ocho años de edad, con segundo grado de escolaridad y que sufrió quemaduras, por agua caliente, de segundo grado superficiales y profundas en región inguinal.

En el dibujo del niño (ilustración 6) se observa un Nivel de Capacidad Mental (3) Normal bajo.

En cuanto a los Indicadores Emocionales que se presentan en su DFH estos son cuatro: Integración pobre de las partes, Figura pequeña, Transparencias y Genitales; los cuales revelan probablemente una personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad, inseguridad, retraimiento, depresión y aguda angustia por el cuerpo.

Caso 7. En este caso se trata de otro niño de ocho años de edad, con grado de escolaridad de primero y con quemaduras, por fuego directo, de segundo grado superficiales en la cara.

El DFH del niño (ilustración 7) presenta un Nivel de Capacidad Mental (4) Normal baja a Normal (CI 80-110).

Su dibujo además exhibe dos Indicadores Emocionales: Figura pequeña y Brazos cortos, los que indican en el niño inseguridad, retraimiento, tendencias a encerrarse dentro de sí, depresión e inhibición de sus impulsos.

Caso 8. Se hace referencia a una niña de ocho años de edad y con una escolaridad de tercer grado, que sufrió quemaduras, por agua caliente, de segundo grado superficiales y profundas en los brazos, tórax y espalda.

En su dibujo (ilustración 8) la niña muestra un Nivel de Capacidad Mental (5) Normal a Normal alto (CI 85-120).

Presentando también dos Indicadores Emocionales que son: Figura Inclineda y Ojos bizcos o desviados, los que nos sugieren que se trata de una niña inestable, con falta de equilibrio general, hostil hacia los demás y rebelde.

Caso 9. Se trata también de una niña de ocho años de edad, con segundo grado de escolaridad y que sufrió quemaduras, por agua caliente, de segundo grado profundas en el pie derecho.

En la ejecución de su DFH (ilustración 9) se observa un Nivel de Capacidad Mental (6) Normal a Superior (CI 90-135).

Así también en su dibujo se ve la presencia de cuatro Indicadores Emocionales: Integración pobre de las partes, Asimetría grosera de las extremidades, Figura inclinada y Transparencias; que parecen indicar inestabilidad, una personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad que indican inmadurez por parte de la niña, la cual puede ser el resultado de un retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debida a serios problemas emocionales o a

estos tres factores conjuntamente. Así también se observa angustia, conflicto o miedo agudo, por lo general con respecto a lo sexual, al nacimiento o mutilación corporal.

Caso 10. Se refiere a un niño de nueve años de edad, con escolaridad de cuarto grado, que sufrió quemaduras, por electricidad, de primer y segundo grado superficiales en el rostro, en cara anterior y ambos laterales del cuello, en cara anterior y posterior del tórax, en la clavícula derecha, en ambos brazos y en la cara anterior y posterior de la mano derecha.

El DFH (ilustración 10) revela un Nivel de Capacidad Mental (5) Normal a Normal alto (CI 85-120).

Así también su dibujo mostró dos Indicadores Emocionales que fueron Integración pobre de las partes y Figura pequeña, los cuales nos revelan a un niño inestable, con una personalidad pobremente integrada, con coordinación pobre o impulsivo, los cuales indican inmadurez por parte del niño, la cual puede ser el resultado de un retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debida a serios problemas emocionales o a estos tres factores conjuntamente. Así también se observa inseguridad, retraimiento y depresión.

Caso 11. En este caso se trata también de un niño de nueve años de edad, con cuarto grado de escolaridad y que sufrió quemaduras, por agua caliente, de primer y segundo grado superficiales y profundas en pie y tobillo izquierdo.

En la ejecución de su dibujo (ilustración 11) se observa un Nivel de Capacidad Mental (5) Normal a Normal alto (CI 85-120).

Su DFH también exhibe dos Indicadores Emocionales: Integración pobre de las partes y Asimetría grosera de las extremidades que parecen indicar inestabilidad, una personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad, los cuales indican inmadurez por

parte del niño, la cual puede ser el resultado de un retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debida a serios problemas emocionales o a estos tres factores conjuntamente.

Caso 12. Aquí se hace referencia a otro niño de nueve años de edad, con escolaridad de tercer grado y con quemaduras, por gasolina (deflagración), de primer y segundo grado superficiales y profundas en la cara, cuello y tórax.

El DFH del niño (ilustración) revela un Nivel de Capacidad Mental (5) Normal a Normal alto (CI 85-120).

Su dibujo muestra también la presencia de dos Indicadores Emocionales que son: Transparencias y Brazos largos; los que nos sugieren que se trata de un niño con angustia, con conflicto o miedo agudo, por lo común con respecto a lo sexual, el nacimiento o mutilación corporal; además que está pidiendo lo tranquilicen con respecto a sus impulsos o experiencias y por último refleja necesidades agresivas dirigidas hacia afuera.

Caso 13. En este caso hablamos de una niña de nueve años de edad, con tercer grado de escolaridad que sufrió quemaduras, por aceite caliente, de primer y segundo grado superficiales y profundas en hemicara derecha, barba, nariz, hombros, brazos y antebrazos, piernas y tórax anterior.

En su dibujo (ilustración 13) se observa un Nivel de Capacidad Mental (4) Normal bajo a Normal (CI 80-110).

Así también el dibujo exhibe dos Indicadores Emocionales: Integración pobre de las partes y Figura pequeña los que nos revelan inestabilidad, una personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad, lo que indica inmadurez por parte de la niña, la cual puede ser el resultado de un retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debida a serios

problemas emocionales o a estos tres factores conjuntamente; además se observa también inseguridad, retraimiento y depresión.

Caso 14. Este hace referencia a otra niña de nueve años de edad, con una escolaridad de tercer grado y que sufrió quemaduras, por agua caliente de primer y segundo grado superficiales en región interna de rodillas y muslos.

En la ejecución de su DFH (ilustración 14) muestra un Nivel de Capacidad Mental (4) Normal bajo a Normal (CI 80-110).

En cuanto a la presencia de Indicadores Emocionales en su dibujo, estos son dos: Integración pobre de las partes y Brazos cortos; los cuales nos revelan a una niña inestable, con una personalidad pobremente integrada, con coordinación pobre o impulsiva, indicándonos inmadurez por parte de la niña, la cual puede ser el resultado de un retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debida a serios problemas emocionales o a estos tres factores conjuntamente; además se le ve con tendencias a encerrarse dentro de sí y a inhibir sus impulsos.

Caso 15. Aquí se hace alusión también a una niña de nueve años de edad, con tercer grado de escolaridad, que sufrió quemaduras, por agua caliente, de primer y segundo grado en brazo y pierna derecha.

En su dibujo (ilustración 15) presenta un Nivel de Capacidad Mental (5) Normal a Normal alto (CI 85-120).

En su dibujo se observa la presencia de los mismos dos Indicadores Emocionales, Integración pobre de las partes y Brazos cortos, que en el caso anterior; por lo tanto nos sugieren las mismas características entre ambas niñas.

Caso 16. En este caso nos referimos a un niño de diez años de edad, con escolaridad de cuarto grado que sufrió quemaduras, por agua caliente, de primer y segundo grado superficiales en mejilla derecha, pabellón auricular derecho; en el hombro, en la región axilar y brazo derecho y en el tórax.

En el DFH del niño (ilustración 16) se exhibe un Nivel de Capacidad Mental (5) Nivel Normal a Normal alto (CI 85-120).

En su dibujo se ve la presencia de seis Indicadores Emocionales: Integración pobre de las partes, Figura inclinada, Transparencias, Brazos largos y Monstruo o Figura grotesca; los cuales parecen reflejar inestabilidad, una personalidad pobremente integrada, los cuales nos revelan inmadurez por parte del niño, la cual puede ser el resultado de un retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debida a serios problemas emocionales o a estos tres factores conjuntamente; además también se observa inseguridad, retraimiento, depresión; angustia o miedo agudo, por lo común con respecto a lo sexual, el nacimiento o mutilación corporal; inclusión agresiva en el ambiente, sentimientos intensos de inadecuación y un pobre concepto de sí mismo.

Caso 17. Aquí estamos haciendo referencia a un niño de 10 años de edad, con escolaridad de sexto grado y que sufrió quemaduras, por fuego directo, de segundo grado profundas en cara anterior de ambos muslos en sus tercio medio y distal.

En la ejecución de su dibujo revela un Nivel de Capacidad Mental (6) Normal a Superior (CI de 110 o más).

Así también presenta tres Indicadores Emocionales que son: Integración pobre de las partes, Asimetría grosera de las extremidades y Ojos bizcos o desviados; los que revelan a un niño inestable, con una personalidad pobremente integrada, con coordinación pobre o impulsiva



quizás por inmadurez, la cual puede ser el resultado de un retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debida a serios problemas emocionales o a estos tres factores conjuntamente; así también se puede apreciar hostilidad de su parte hacia los demás.

Caso 18. En este caso hablamos de una niña de diez años de edad, de cuarto grado de primaria que sufrió quemaduras, por electricidad, de segundo grado superficiales y profundas en el rostro, tórax y en el pie izquierdo.

En su DFH presenta un Nivel de Capacidad Mental (4) Normal bajo a Normal (CI 80-110).

Así también en su dibujo (ilustración 18) se manifiestan dos Indicadores Emocionales: Integración pobre de las partes y Asimetría grosera de las extremidades que parecen indicar inestabilidad, una personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad, los cuales nos revelan inmadurez por parte de la niña, la cual puede ser el resultado de un retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debida a serios problemas emocionales o a estos tres factores conjuntamente.

Caso 19. Hacemos referencia a un niño de 11 años de edad, con quinto grado de escolaridad, que sufrió quemaduras, por agua caliente, de segundo grado superficiales y profundas, en pecho y hombro izquierdo.

Se observa en la ejecución de su dibujo (ilustración 19) un Nivel de Capacidad Mental (5) Normal a Normal alto (CI 85-120).

Además se ve la presencia de dos Indicadores Emocionales que son: Asimetría grosera de las extremidades y Nubes; los que parecen reflejar a un niño con coordinación y control muscular fino pobre o con sentimientos de no estar bien coordinado y sin un equilibrio adecuado; se observa también que existe agresión contra sí mismo; es decir se siente amenazado por el mundo adulto, especialmente por los padres.

Caso 20. Se trata de un sujeto del sexo masculino de 11 años de edad, con escolaridad de cuarto grado que sufrió quemaduras, por fuego directo, de segundo grado superficiales y profundas en mano, antebrazo derecho, abdomen y pierna derecha.

En la ejecución de su DFH (ilustración 20) tiene un Nivel de Capacidad Mental (2) Borderline (CI 60-80).

Así también en su dibujo se ve la presencia de seis Indicadores Emocionales: Integración pobre de las partes, Figura pequeña, Manos omitidas, Omisión de la boca, Omisión de los pies y Omisión del cuello; los cuales nos reflejan inestabilidad, una personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad que revelan inmadurez por parte del niño, la cual puede ser el resultado de un retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debida a serios problemas emocionales o a estos tres factores conjuntamente; además de inseguridad, retraimiento, depresión, sentimientos de inadecuación mental o física e incapacidad o rechazo de comunicarse con los demás.

Caso 21. En este caso hacemos referencia a una niña de 11 años de edad, con cuarto grado de escolaridad que sufrió quemaduras, por agua caliente, de primer y segundo grado superficiales en cara anterior del tobillo.

En su dibujo (ilustración 21) presenta un Nivel de Capacidad Mental (4) Normal bajo a Normal (CI 80-110).

En su dibujo también se observa la presencia de dos Indicadores Emocionales: Integración pobre de las partes y Sombreado de las manos; los que parecen manifestarnos a una niña inestable, con una personalidad pobremente integrada y coordinación pobre o impulsiva que revelan inmadurez por parte de la niña, la cual puede ser el resultado de un retraso evolutivo,

deterioro neurológico, regresión debida a serios problemas emocionales o a estos tres factores conjuntamente; además angustiada por alguna actividad real o fantaseada con las manos.

#### 4.3.2 Grupo B Niños que no sufrieron quemaduras.

En cuanto al grupo de niños que no sufrieron quemaduras, se observan cuatro casos de un total de 30 que presentan dos o más Indicadores Emocionales en sus DFH, lo cual refleja a niños con problemas emocionales.

Caso 22. Este caso se refiere a una niña de ocho años de edad con un grado de escolaridad de tercer año.

En la ejecución de su DFH (ilustración 22) se observa un Nivel de Capacidad Mental (5) Normal a Normal alto (CI 85-120).

Además se ve la presencia de dos Indicadores Emocionales que son: Integración pobre de las partes y Brazos cortos; los que nos reflejan en la niña inestabilidad, una personalidad pobremente integrada, coordinación pobre o impulsividad que revelan inmadurez por parte de la niña, la cual puede ser el resultado de un retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debida a serios problemas emocionales o a estos tres factores conjuntamente; así como dificultad para conectarse con el mundo circundante y con las otras personas, tendencias al retraimiento, a encerrarse dentro de sí y a inhibir sus impulsos.

Caso 23. En este hacemos alusión a un niño de nueve años de edad con una escolaridad de cuarto grado de primaria.

Su dibujo (ilustración 23) muestra un Nivel de Capacidad Mental (7) Normal alto a Superior (CI de 110 o más).

En su dibujo también se exhiben dos Indicadores Emocionales que son: Dientes y Brazos pegados al cuerpo; los que nos reflejan a un niño agresivo, con un control interno bastante

rígido y con dificultad para conectarse con los demás; además con carencia de flexibilidad y relaciones interpersonales pobres.

Caso 24. En cuanto a este caso se trata de una niña de 11 años de edad con escolaridad de sexto grado.

El DFH de la niña (ilustración 24) presenta un Nivel de Capacidad Mental (5) Normal a Normal alto (CI 85-120).

En este caso también en su dibujo se observan dos Indicadores Emocionales: Brazos pegados al cuerpo y Piernas juntas; los que manifiestan en la niña un control interno bastante rígido de sus impulsos sexuales o temor de sufrir un ataque sexual; además de relaciones interpersonales pobres y tensión.

Caso 25. En este último caso hacemos referencia a otra niña de 11 años de edad con grado de escolaridad de sexto año.

En la ejecución de su dibujo (ilustración 25) se observa un Nivel de Capacidad Mental (5) Normal a Normal alto (CI 85-120).

Así también se ve la presencia de dos Indicadores Emocionales que son: Asimetría grosera de las extremidades y Figura inclinada. La presencia de estos indicadores nos revelan a una niña con sentimientos de no estar bien coordinada, inestable, y con falta de equilibrio general, quizás debido a un sistema nervioso inestable.

Podemos así observar a través de este análisis cualitativo de los resultados que si existen diferencias significativas entre ambos grupos ya que en el caso de los niños que sufrieron quemaduras el 70 por ciento (21 casos) presentó dos o más Indicadores Emocionales en comparación con los niños que no las sufrieron ya que en estos sólo se dió en un 13 por ciento

(4 casos). Situación que es altamente sugestiva de mayor presencia de problemas emocionales y relaciones interpersonales insatisfactorias en el primer grupo.

## CAPITULO V

### DISCUSIÓN

Para este efecto, es menester considerar, que los resultados obtenidos en el estudio se deben en mayor medida al propio diseño de investigación adoptado; las diferencias encontradas en cuanto al Nivel de Maduración y los indicadores Emocionales pudieron haber sido más claros si se hubieran utilizado otros instrumentos de medición que nos permitieran tener una mayor riqueza de información con respecto a los sujetos que participaron; para así poder discriminar de manera más confiable si efectivamente los resultados cualitativos que se hallaron entre ambas muestras se pueden atribuir a la experiencia tan dolorosa que vivieron los niños que sufrieron quemaduras o si son otros factores los que están influyendo como puede ser inmadurez por parte del niño, la cual puede ser el resultado como cita Koppitz de un retraso evolutivo, deterioro neurológico, regresión debida a serios problemas emocionales, o a estos tres factores conjuntamente..

Por otro lado los resultados del estudio son limitados en tanto no se practicó un muestreo aleatorio que contemplara, para determinar el tamaño de las muestras investigadas el volumen total de los menores de ambos sexos que tuvieran entre 7 y 11 años de edad. Así también otro elemento que limita los datos obtenidos es el hecho de haber utilizado como grupo control únicamente a la población infantil que asistía a la escuela primaria Prof. " Carlos Hernández Selvas" en el turno vespertino, por lo que los resultados no pueden generalizarse a otras poblaciones.

De igual manera, la poca difusión, en cuanto a la utilización clínica del instrumento que se empleó, no permite conocer otras experiencias cuyos datos argumenten sobre su validez y confiabilidad, en la aplicación a niños que han experimentado el accidente de quemarse; por lo que, los resultados alcanzados en nuestro estudio sólo podrían extrapolarse a la población infantil asistente a la institución donde se efectuó la investigación y cuyas edades estén comprendidas en el rango de edad antes mencionado. Sin embargo la experiencia recabada en el presente trabajo se espera sirva para tener más información acerca de los estadios actuales de desarrollo mental y las actitudes y preocupaciones en un momento dado que tienen los niños que sufrieron quemaduras.

### 5.1 Conclusiones.

La intención del presente estudio era indagar si es que existían diferencias estadísticamente significativas en las ejecuciones de los Dibujos de la Figura Humana (DFH) de E. Koppitz entre un grupo de niños que habían sufrido quemaduras con otro grupo de niños que no las habían sufrido, para conocer a través de sus ejecuciones las semejanzas y diferencias, en cuanto a los Niveles de Maduración y a los Indicadores Emocionales, entre ambos grupos.

De los resultados obtenidos se desprende que la:

Ho se acepta, exclusivamente en lo que se refiere al Nivel de Maduración, pues encontramos que si existen diferencias estadísticamente significativas en las ejecuciones de los DFH entre ambos grupos. Como se observa por el valor que se obtuvo en la U de Mann Whitney (  $U = 301.0$  y  $P = .0052$ ).

Lo cual nos indica que los estadios actuales de desarrollo mental de los niños que sufrieron quemaduras son diferentes a los de los niños que no las sufrieron, observándose que sus Niveles de Maduración en varios de ellos están por debajo del Nivel de Capacidad Mental

Normal bajo a Normal (CI 80-110), situación que no se presentó en los niños que no habían sufrido quemaduras como se vio en los resultados que se presentaron (Tabla 1 y 2). Así podemos inferir que quizás estas diferencias en cuanto a la madurez puedan predisponer a menudo a los niños a sufrir el accidente de una quemadura en los casos de quienes tienen inmadurez.

Por otro parte la H1 se rechaza en cuanto a los Indicadores Emocionales ya que no se encontraron diferencias significativas, estadísticamente hablando, entre ambas muestras como se observó en los resultados obtenidos (Tabla 3). Sin embargo cabe resaltar que en cuanto al análisis cualitativo de los resultados, sí se hallaron diferencias significativas entre ambas muestras ya que en el grupo de niños que sufrieron quemaduras, se vio que de los 30 casos, en 21 de ellos (70 por ciento) en las ejecuciones de sus DFH presentaron dos o más Indicadores Emocionales, lo cual, según Koppitz, es altamente sugestivo de presencia de problemas emocionales y relaciones interpersonales insatisfactorias. Situación que no se presentó en igual porcentaje en el grupo de niños que no habían sufrido quemaduras, donde únicamente en 4 casos, de un total de 30, presentaron dos o más Indicadores Emocionales en sus protocolos.

Observando estas diferencias significativas, cualitativamente hablando podemos inferir que los niños que sufrieron la experiencia de quemarse manifiestan más problemas emocionales, así como relaciones interpersonales insatisfactorias como son extrema inseguridad, retraimiento y depresión. Resultados que concuerdan con los encontrados por Walker (1980) quien al estudiar a un grupo de cinco niños con quemaduras extensas. Encontró severos disturbios emocionales como son: sentimientos de culpa, negación, negativismo, depresión, sentimientos de ser castigados y actitudes regresivas.



Otros problemas emocionales que se observan son sentimientos de inadecuación, un yo inhibido, preocupaciones con el ambiente; angustia, conflicto o miedo agudo por lo común con respecto a la mutilación corporal o a lo sexual que a menudo representa un pedido de ayuda por parte de los niños incapaces de poner en palabras sus ansiedades y preguntas. Resultados que son semejantes a los que cita Ramírez Villegas (1986) quien menciona que Tridon (1976) al estudiar a niños con quemaduras graves observó que esos niños presentaban hostilidad, hiperquinesis, sentimientos de culpa y dificultades psicológicas durante la hospitalización y regreso a casa; Reudote (1980) al estudiar también a población infantil que había sufrido quemaduras encontró en ellos depresión y culpa y por último Roy (1982) al estudiar a un grupo también de niños que sufrieron quemaduras severas encontró conductas regresivas, sentimientos de culpa y una sensación de no ser queridos por sus madres.

Podemos concluir a partir de este estudio que el DFH nos da acceso a una gran cantidad de información acerca del niño que lo dibuja; en este caso hablamos particularmente del que sufrió quemaduras.

Así utilizando el método de E. Koppitz puede realizarse una evaluación preliminar rápida que nos muestra un panorama general de aquello que debemos tratar y corroborar con la aplicación de otras pruebas psicológicas. Esto es muy importante a nivel institucional en donde se cuenta con poco personal y tiempo limitado, además de un gran número de pacientes.

## 5.2 Limitaciones y Sugerencias.

Probablemente la principal limitación fue el no poder obtener una muestra más representativa de la población de niños que sufrieron quemaduras, como se había planeado ya que no fue posible reunir más casos debido tal vez a la especificidad de las variables que se

controlaron. No obstante se espera que esta investigación estimulará posteriores estudios acerca de este tema en nuestro país.

Es de esperarse que no todos los niños que experimentaron el accidente de quemarse se adecuaron en varios detalles a estas descripciones y que faltaran por mencionar otros factores que probablemente aparecerán en posteriores investigaciones.

Sería interesante que entre esas investigaciones se hicieran estudios de seguimiento , y con una población mayor que maneja tal vez otras variables. Así como también que se emplearan otros instrumentos de medición que corroboraran y ampliaran los resultados que se encontraron en el presente estudio.

Además sería conveniente someter El Test del DFH a un proceso de estandarización para poder utilizarlo con población clínica infantil mexicana.

### Referencias Bibliográficas

- Acherman, Nathan W. (1978). Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Horme SAE.
- Alvarado, S. (1986). Aportaciones a la Teoría de la Personalidad de Harry Stack Sullivan. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Anastasi, Anne. ( 1974). Tests Psicológicos. Madrid, España: Aguilar.
- Anderson, H.H. ; Anderson, G.L. (1970). Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico. España: Rialp.
- Artz, C. (1975). Tratado de Quemaduras. México.
- Aselgman R. (1984). Emotional responses of burned children in a pediatric intensive. Psychological Medicine.
- Barocio, T. Yolanda; De la Teja, C. Noemi H. (1980). Estudio Exploratorio de la Prueba del Dibujo de la Figura Humana de Elizabeth Koppitz en un Grupo de Escolares Mexicanos. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bell John E. (1980). Técnicas proyectivas, Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Chess, Stella. (1974). Introducción a la Psiquiatría Infantil. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Christ Adolf. 1981. Depresion: Syntoms versus diagnosis in 10,412 Hospitalized childrean and adolescents. American Journal of Psychoterapy , 35 , 35-40.
- Florentini, C. A. (1991). Implementación de un programa de Atención Psicológica con niños y sus familiares. Universidad Iberoamericana, México.
- Glass, G. y Stanley, J. (1987) Métodos Estadísticos aplicados a las Ciencias Sociales. México: Paidós.
- Goodenough, Florence L. (1974). Test de Inteligencia Infantil por medio del Dibujo de la Figura Humana. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- González Ulloa M. (1970). Quemaduras humanas. México: Interamericana.
- Guel de la Cruz, J. (1985). Quemaduras en los Niños. Epidemiología y Tratamiento. Tesis inédita de Licenciatura en Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hammer, E. (1990). Tests Proyectivos Gráficos. México: Paidós.
- Heyerdahl, G. Gloria. (1979). Evaluación Psicológica de acuerdo a la prueba del DFH para niños de Koppitz en grupos de escolares mexicanos. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. Universidad Femenina de México.

Higarreta Kountz. S. (1980). Prevención y Tratamiento de los efectos psicológicos que surgen en el niño durante la hospitalización. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. U.I.A.

Kerlinger, F.N. (1979). Investigación del Comportamiento. (2a. de.). México: Iberoamericana.

Koppitz, Elizabeth M. (1982). El Test Guestáltico Visomotor para Niños. Buenos Aires, Argentina: Biblioteca Pedagógica.

Koppitz, Elizabeth M. (1984). El Dibujo de la Figura Humana en los Niños. Buenos Aires, Argentina: Biblioteca Pedagógica .

Koppitz, Elizabeth M. (1973). Bender Gestalt Test Performance and School Achievement: A nine year study. Psychology in Schools, 10, 280-284.

Koppitz, Elizabeth. M. (1975). Bender Gestalt Test, Visual Aural Digit Span Test and Reading Achivement. Journal of Learning Disabilities. S (3), 32-35.

Koppitz, Elizabeth M, Marcis, V. (1961). Ante on screening school beninners whit the Bender Gestalt Test. Journal of Edcational Psychology, 52 (2), 80-81.

Koppitz, Elizabeth. M. (1958). The Bender Gestalt Test and Learning Disturbances in Young Children. Journal of Clinical Psychology, 14, 292-295.

Koppitz, Elizabeth. M. (1958). Relation-ships between the Bender Gestalt Test and the Wechsler Intelligence Test for Children. Journal of Clinical Psychology, 14 ,13-416.

Koppitz, Elizabeth. M.; Sullivan, John; Blyth, David D. and Shelton, Joel. (1959)Prediction of first grade school achievement whit the Bender Gestalt Test and Human Figure Drawings. Journal of Clinical Psychology, 15, 164-168.

Koppitz, Elizabeth. M. (1968). Teacher's attitude and children's performance on the Bender Gestalt Test and Human Figure Draewings. Journal of Clinical Psychology, 16, 204-208.

Lanz, M., Gladys E. (1983). Revisión de la Prueba del Dibujo de la Figura Humana de E. Koppitz en un grupo de niños mexicanos. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Mischel, W. (1988). Teorías de la Personalidad. (4a. de.). México: Mc Graw-Hill.

Pick, Susana; López Ana Luisa. (1983). Cómo investigar en Ciencias Sociales. México: Trillas.

Pichot, Pierre. (1979). Los Test Mentales. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Rabin, Albert Y. y Mary R. (1966). Técnicas Proyectivas para Niños. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Ramírez. C. (1986). Consideraciones Generales a la obra de Harry Stack Sullivan. Tesis inédita de Licenciatura en Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Salisbury, R. (1986). Manual del Tratamiento de las Quemaduras. Barcelona: Salvat Editores.

Sullivan, Harry S. (1968). La Teoría Interpersonal de la Psiquiatría. Madrid, España: Rialp.

Sullivan, Harry S. (1964). Concepciones de la Psiquiatría Moderna. Buenos Aires, Argentina: Psique.

Torello, M. (1934). Contribución al estudio de las Quemaduras y su Tratamiento. Tesis inédita de Licenciatura en Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Venegas Padilla, E. (1985). Alteraciones detectadas a través del Test Gestáltico Visomotor de L. Bender y el Test del Dibujo de la Figura Humana, evaluados por el método de Elizabeth Koppitz en niños de la comunidad de Tepito. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología Universidad Nacional Autónoma de México.

Walker Lilly S. (1980). Psychological treatment of a burned child. Journal of pediatric psychology.



**Ilustración 1: Varón, 7 años**

**Indicadores Emocionales:**

Integración pobre de las partes

Asimetría grosera de las extremidades

Dientes

Brazos largos



**Ilustración 2: Varón, 7 años**

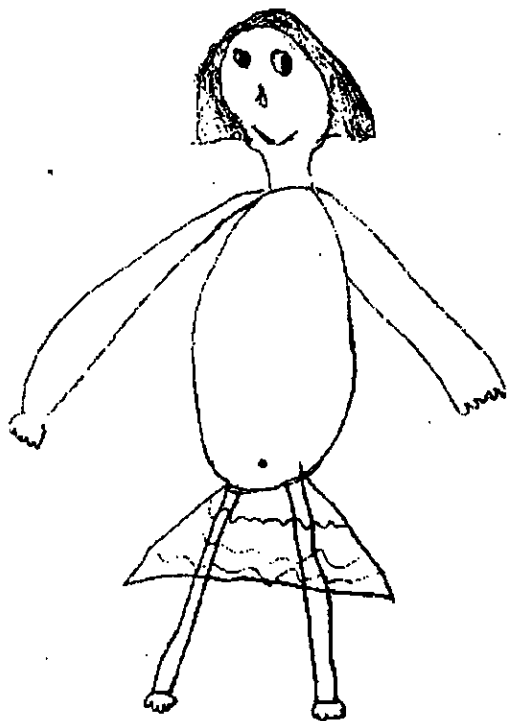
**Indicadores Emocionales:**

Figura inclinada

Figura pequeña

Omisión de la nariz

Omisión de los brazos



**Ilustración 3 : Mujer, 7 años**

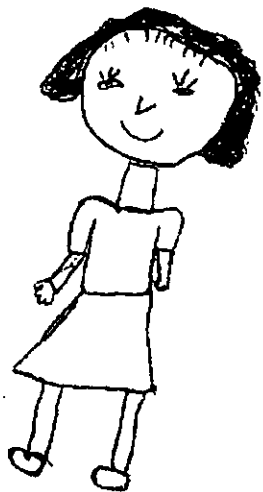
**Indicadores Emocionales:**  
Integración pobre de las partes  
Transparencias





**Ilustración 4: Mujer, 7 años**

**Indicadores Emocionales:**  
Integración pobre de las partes  
Figura inclinada



**Ilustración 5: Mujer, 7 años**

**Indicadores Emocionales:**

Integración pobre de las partes

Asimetría grosera de las extremidades

Figura inclinada



**Ilustración 6: Varón, 8 años**

**Indicadores Emocionales:**  
Integración pobre de las partes  
Figura pequeña  
Transparencias  
Genitales



**Ilustración 7: Varón, 8 años**

**Indicadores Emocionales:**  
**Figura pequeña**  
**Brazos cortos**

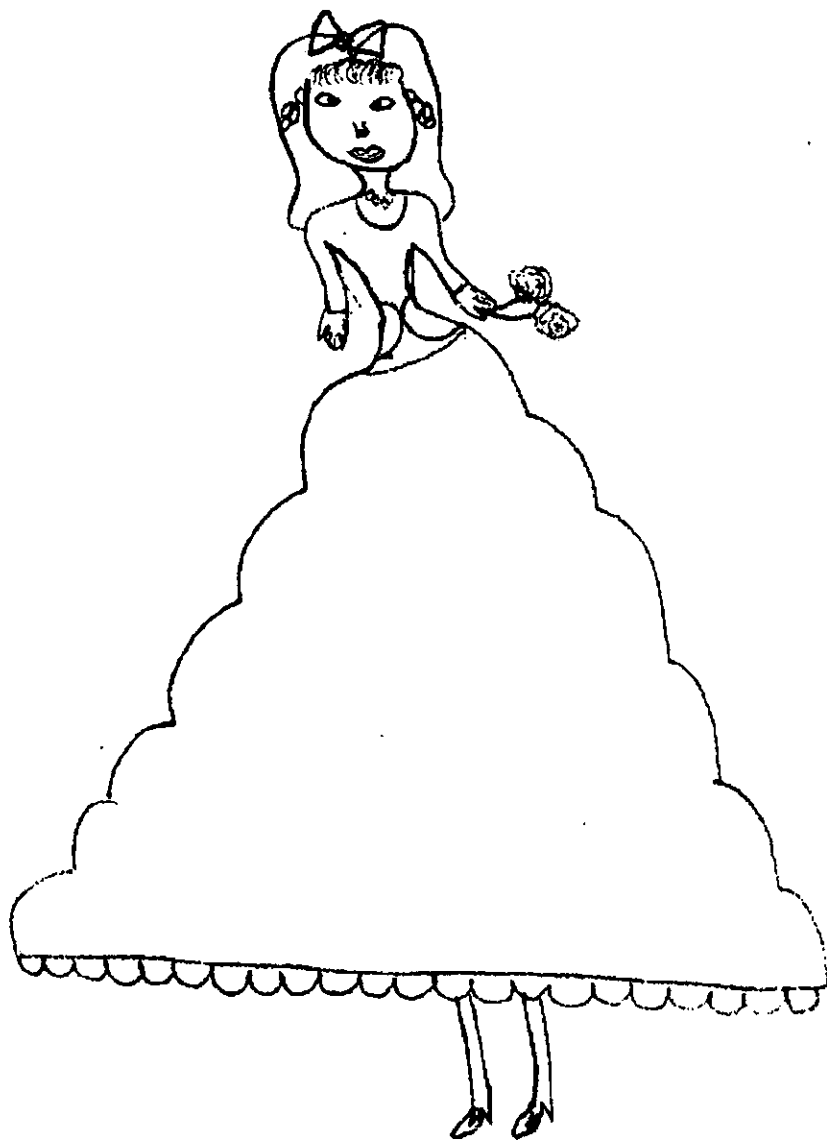
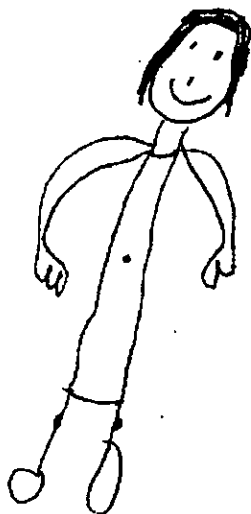


Ilustración 8: Mujer, 8 años.  
Indicadores Emocionales:  
Figura inclinada  
Ojos bizcos o desviados



**Ilustración 9: Mujer, 8 años**

**Indicadores Emocionales:**

Integración pobre de las partes

Asimetría grosera de las extremidades

Figura inclinada

Transparencias



**Ilustración 10: Varón, 9 años**

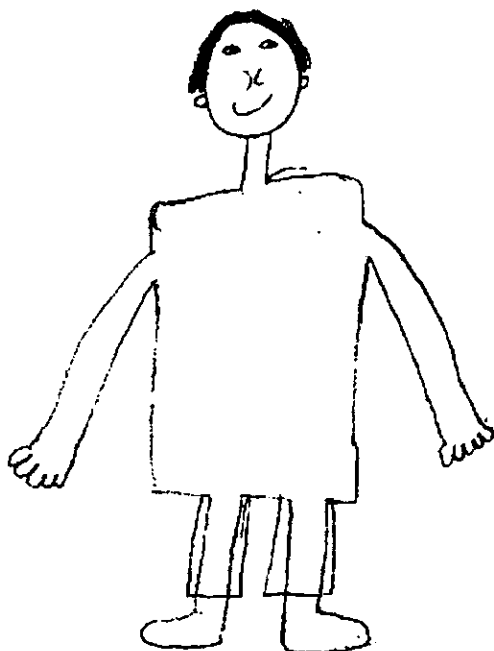
**Indicadores Emocionales:**  
Integración pobre de las partes  
Figura pequeña



Ilustración 11: Varón, 9 años

**Indicadores Emocionales:**  
Integración pobre de las partes  
Asimetría grosera de las extremidades





**Ilustración 12: Varón, 9 años**

**Indicadores Emocionales:**  
Transparencias  
Brazos largos



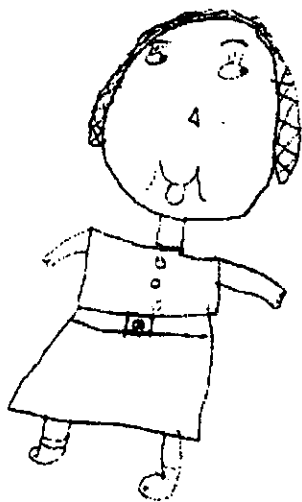
**Ilustración 13: Mujer, 9 años**

**Indicadores Emocionales:**  
Integración pobre de las partes  
Figura pequeña



**Ilustración 14: Mujer, 9 años**

**Indicadores Emocionales:**  
Integración pobre de las partes  
Brazos cortos



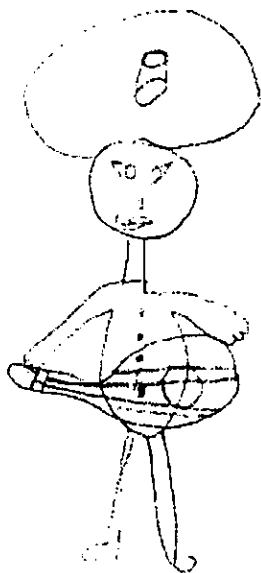
**Ilustración 15: Mujer, 9 años**

**Indicadores Emocionales:**  
Integración pobre de las partes  
Brazos cortos



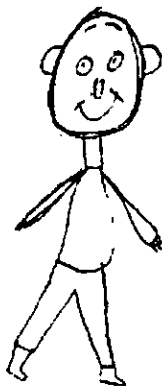
Ilustración 16: Varón, 10 años

**Indicadores Emocionales:**  
Integración pobre de las partes  
Figura inclinada  
Transparencias  
Brazos largos  
Monstruo o figura grotesca



**Ilustración 17: Varón. 10 años**

**Indicadores Emocionales:**  
Integración pobre de las partes  
Asimetría gruesa de las extremidades  
Ojos bizcos o desviados



**Ilustración 18: Mujer, 10 años**

**Indicadores Emocionales:**  
Integración pobre de las partes  
Asimetría grosera de las extremidades

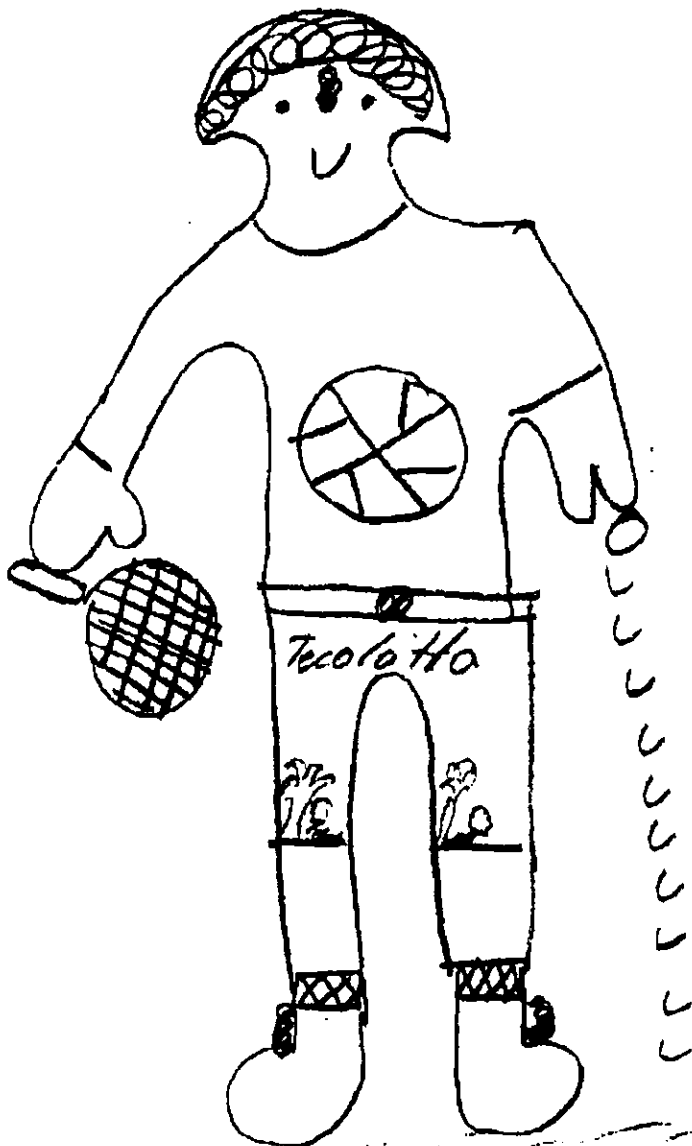


Ilustración 19: Varón, 11 años

Indicadores Emocionales:  
 Asimetría gruesa de las extremidades  
 Nubes





**Ilustración 20: Varón, 11 años**

**Indicadores Emocionales:**  
Integración pobre de las partes  
Figura pequeña  
Manos omitidas  
Omisión de la boca  
Omisión de los pies  
Omisión del cuello



**Ilustración 21: Mujer, 11 años**

**Indicadores Emocionales:**  
Integración pobre de las partes  
Sombreado de las manos

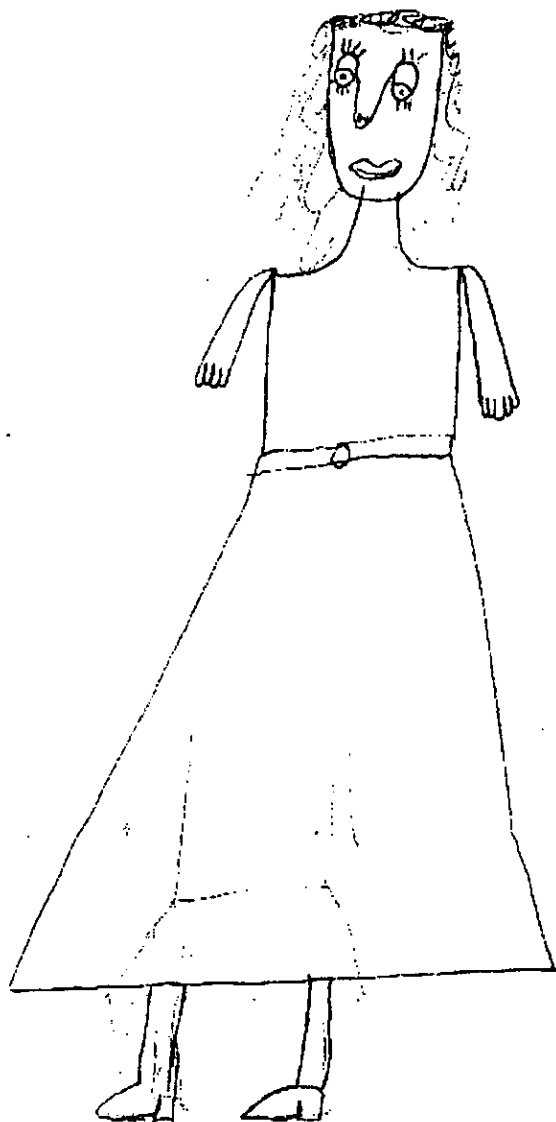


Ilustración 22: Mujer, 8 años

**Indicadores Emocionales:**  
Integración pobre de las partes  
Brazos cortos



**Ilustración 25: Mujer, 11 años**

**Indicadores Emocionales:**  
Figura inclinada  
Figura pequeña