

143  
2g



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología

## “FACTORES DETERMINANTES DE LA IMAGEN CORPORAL DEL NIÑO QUEMADO”

T E S I S

Que para obtener el título de  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a

XOCHITL PRADO SERRANO

Director de Tesis: Dr. José de Jesús González Núñez  
Asesor Estadístico: Lic. Raul Tenorio Ramírez  
Revisora: Lic. Rosario Muñoz Cebada  
Sinodal: Lic. Leticia Bustos de la Tijera  
Sinodal: Lic. Ma. Guadalupe Osorio Alvarez



México, D. F.

1999

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

106047



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.

PAGINACION

DISCONTINUA.

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres por su apoyo y porque siempre me han impulsado a superarme.

Por los comentarios, el interés y orientación, a mi director de tesis el Dr. José de Jesús González Nuñez, así como de la Lic. Rosario Muñoz Cebada quien fungió como revisora.

Al Lic. Raúl Tenorio Ramírez por su asesoría en estadística, sus observaciones y aportaciones.

A la Lic. Leticia Bustos de la Tijera y a la Lic. Guadalupe Osorio Álvarez, por sus comentarios.

A la Lic. Lilia Cisneros Luján Directora General del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado I.A.P., por permitirme integrarme al equipo que labora en el Hospital de Xochimilco. Al Dr. Jorge Jimenez y Mónica Zavala por su apoyo.

A la Profesora Ma. Concepción Benitez supervisora de la zona escolar No. 380 por permitirme aplicar la prueba en la Escuela Primaria Xochimilco y al Prof. Germán Robles, director de la Escuela Secundaria 107 Xochimilco, por las facilidades otorgadas, para administrar la prueba.

A mis amigos que siempre me apoyaron.

## **ESTOY BIEN**

Aunque he sufrido quemaduras  
No soy un monstruo...una pobre cosa...  
o simplemente otra criatura...  
Yo sigo siendo un niño !  
No me oculten, no me protejan,  
No me tengan lástima ni pena.  
Yo sigo siendo un niño !  
Si no alcanzan a mirar  
todo lo que tengo dentro  
quizá yo podría pensar  
...mejor hubiera muerto !

## INDICE

	Páginas
RESUMEN	1
<b>I MARCO TEORICO</b>	
CAPITULO 1. LA IMAGEN CORPORAL	2
A) Desarrollo de la imagen corporal en el niño y el adolescente	9
a) La expresión de sí mismo	21
b) Bases anatomofisiológicas	23
- Areas de asociación	23
- Dominancia hemisférica	24
- Lateralidad	26
CAPITULO 2. QUEMADURAS	28
CAPITULO 3. IMPACTO EMOCIONAL DE LAS QUEMADURAS EN NIÑOS	31
CAPITULO 4. PRUEBAS PROYECTIVAS DE LA FIGURA HUMANA	41
CAPITULO 5. INVESTIGACIONES PREVIAS	47
<b>II METODOLOGIA</b>	
1. Planteamiento y Justificación del problema	57
2. Hipótesis estadísticas	59
3. Variables	59
4. Definición conceptual de variables	59

5. Definición operacional de variables	60
6. Sujetos	60
7. Muestreo	61
8. Tipo de estudio	61
9. Diseño	61
10. Instrumento de medición	61
11. Procedimiento	62
12. Tratamiento estadístico de los datos	63
13. Resultados	66
14. Análisis y Discusión	75
15. Conclusiones	77
16. Limitaciones del estudio y sugerencias	79
17. Aportaciones	79
ANEXOS	80
BIBLIOGRAFÍA	93

## RESUMEN

En el Distrito Federal existen zonas marginadas en las cuales sus habitantes no cuentan con todos los servicios de agua, luz, gas y drenaje. Es aquí en donde se presenta la mayor incidencia de quemaduras en niños.

Los Hospitales Pediátricos de Xochimilco y Tacubaya, se han visto precisados a crear servicios para la atención de quemaduras ligeras a severas, que son problemas de gran importancia en la patología pediátrica, ya que obligan al internamiento, que puede resultar muy traumático para el niño, atendiendo al tipo de lesiones tisulares y las cicatrices que deja como secuela.

Todo lo anterior repercute en la imagen corporal y la autoestima del paciente, aspectos determinantes para el desarrollo de una personalidad sana y una adaptación social adecuada.

El objetivo de esta investigación fue encontrar que factores son los que determinan la imagen corporal del niño que ha sufrido una quemadura. El instrumento que se utilizó fue: las 8 hojas de Caligor, la muestra fue constituida por 62 niños, 31 del grupo experimental y 31 del grupo control. El rango de edad fue de 8 a 15 años. El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el coeficiente de correlación de rango de Spearman y por la prueba de la U de Mann-Whitney.

Para el tratamiento de tan dolorosa y terrorífica experiencia se requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario que incluye al personal médico de diversas especialidades, al de enfermería y al relacionado con la salud mental. Como parte de este último el psicólogo desempeña un papel importante si, está preparado y tiene interés en ayudar a este tipo de pacientes.



## I MARCO TEORICO

### CAPITULO 1. IMAGEN CORPORAL

Históricamente estos conceptos: esquema corporal y la imagen corporal, nacen en el terreno de la neurología. En el siglo XVII Ambrosio Paré hace referencia a una serie de fenómenos, que son reunidos en un intento de interpretación: las sensaciones persistentes de aquellos que habían sido sujetos a la amputación de un miembro, existente en la mente de un amputado como si aún formara parte de su cuerpo, más bien, del esquema del paciente se había formado de su propio cuerpo. A este fenómeno se le llamó "el miembro fantasma" y más adelante, por las contribuciones de Weir Mitchell y de Charcot a este estudio neurológico, se llegó a la interpretación de lo que sería el funcionamiento central responsable de esa persistencia sensorial. Henry Head a fines del siglo XIX crea el concepto de "esquema corporal" o de "modelo postural del cuerpo", para Head el modelo que tenemos mentalmente de nuestro propio cuerpo reposa en los cambios posturales(citado por Schilder, 1950). Su teoría es la siguiente: "Además de ser órgano en la función de la atención local, la corteza sensorial también es almacén de las impresiones pasadas. Estas pueden aparecer en la conciencia a la manera de imágenes; pero es más frecuente, como es el caso de ciertas impresiones, que queden fuera del centro de conciencia. Aquí es en donde se organizan y forman modelos de nosotros mismos. Estos, a su vez pueden denominarse 'esquemas'. Tales esquemas modifican las impresiones producidas por los impulsos sensoriales aferentes, en forma tal que la sensación definitiva de posición o de localización surge en la conciencia cargada de la relación con algo ocurrido anteriormente. La destrucción de estos 'esquemas, por una lesión de la corteza, torna imposible todo reconocimiento de la postura o de la localización de un punto estimulado en la parte afectada del cuerpo.'

En cuanto a la aparición y evolución del esquema corporal, Pick y Riese, así como Bruck, hicieron observaciones acerca del miembro fantasma en los niños que les fue amputado algún miembro y notaron que antes de los 5 años, los niños amputados no desarrollaban el miembro fantasma. Igualmente Souques y Poisot, así como Simmel, informaron que los niños que nacieron sin miembros

(aplasias congénitas) no experimentaban el miembro fantasma (citado por Kolb, 1959).

Siguiendo la presentación histórica de los conceptos, la teoría del esquema corporal pasa del dominio de la neurología al de la psiquiatría y la psicología. En la primera decena de este siglo, Paul Schilder, incubaba sus ideas no solo sobre la "imagen corporal" y ya no esquema corporal o modelo postural de Head, sino su concepto de sensación, percepción y acción y otros fenómenos mentales enfocados desde el título general de "Psicología constructiva".

Por imagen del cuerpo se entiende por aquella representación que el individuo se forma mentalmente de su propio cuerpo. Se disponen de ciertas sensaciones; vemos algunas partes de la superficie corporal; tenemos impresiones táctiles, térmicas, de dolor, etc.; recibimos sensaciones que provienen de los músculos y sus aponeurosis, indicando la deformación del músculo; sensaciones provenientes de la inervación de los músculos (sentido energético, von Frey); y sensaciones provenientes de las vísceras. Fuera de ello, está la experiencia inmediata de que existe una unidad corporal. Para designarla, se usará la expresión: esquema del cuerpo o esquema corporal. *El esquema corporal es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo. Y se puede llamar a esta imagen, imagen corporal. El término indica que el objeto de estudio no es una sensación o imaginación, sino una apariencia propia del cuerpo* (Schilder 1950). Indica que, aunque proviene también de los sentidos, no es una mera percepción. Hay en ella, cuadros y representaciones mentales, pero tampoco una simple representación. Esta es la concepción gestaltista totalitaria de los fenómenos mentales y las funciones profundamente enraizadas en el soma, como las de repercusión fisicoquímica, que tendrán dirección unitaria al ser integradas dentro de esa imagen tridimensional que cada quien tiene de su cuerpo.

La imagen -ya sea visual o motriz- no es el patrón fundamental sobre cuya base han de medirse todos los cambios posturales. Todo cambio reconocible ingresa en la conciencia llevando ya la carga de su relación con algo ocurrido anteriormente. Para designar este patrón combinado, sobre cuya base se miden todos los cambios subsiguientes de la postura antes de ingresar en la conciencia, la palabra 'esquema'. Mediante perpetuas alteraciones de la posición,

se construye constantemente un modelo postural de uno mismo, sujeto a continuos cambios. Cada postura o movimiento nuevo, queda registrado, sobre este esquema plástico, y la actividad de la corteza pone a cada nuevo grupo de sensaciones provocadas por la alteración de la postura, en relación con aquel. Tan pronto se completa esta relación, sigue el reconocimiento postural inmediato.

Cuando se amputa una pierna, aparece un fantasma: el sujeto siente todavía su pierna y experimenta la vívida impresión, de que aún la tiene ahí. Hasta puede llegar a olvidarse de que ya no la tiene y caer al suelo. Este fantasma, esta imagen animada de la pierna, es la expresión del esquema corporal.

Cuando se percibe o se imagina un objeto, o cuando se construye la percepción de un objeto, no se actúa como un mero aparato receptor. Siempre existe una personalidad que experimenta la percepción. La personalidad es un sistema de acciones y tendencias de acción. La topografía del modelo postural del cuerpo será la base de actitudes emocionales hacia el cuerpo y está relacionado con el modelo postural de los demás.

Ferenczi (1959), Rasconvsy (1960) y Bleger (1976) sostienen la idea de protoimágenes e hipotetizan la existencia de una protoimagen corporal, que se forma durante el periodo fetal. Desde esta perspectiva, la imagen corporal se empieza a formar desde el momento de la gestación, dada la existencia de materia viva sin forma corporal acabada, pero genéticamente determinada y a través de los nueve meses va a cristalizar en una configuración concreta.

En 1923, en *El yo y el ello*, Freud decía en un principio que el yo era fundamentalmente un "yo corporal", yo corporal poco diferenciado, omnipotente y con el que va a percibir el mundo que le rodea. Con el yo eminentemente corporal se conocerá así mismo y los objetos que lo estimulan y el cuerpo sea su objeto (González Nuñez 1978).

La libido es importante en los primeros estadios del yo corporal. Al principio la libido es autoerótica oral. Al niño le agrada la irritación proveniente de la boca. En psicoanálisis a esta etapa se le denomina canivalística. El organismo

trata de incorporar el mundo exterior dentro de sí. También el niño disfruta de su activada muscular y de las sensaciones provenientes de la piel, de igual manera las sensaciones anales y uretrales parecen constituir una fuente de placer autoerótico.

Poco tiempo después el mundo exterior comienza a ser percibido, recibiendo su parte en el interés del niño, que empieza a tener una clara impresión del mundo exterior, en oposición con el propio cuerpo.

El cuerpo y el mundo son experiencias mutuamente correlacionadas. Uno no es posible sin el otro. Así, tenemos que la imagen corporal no se da por sí sola sino que hay que desarrollarla y construirla. El modelo del cuerpo cambia continuamente, de acuerdo con las diferencias y sucesivas etapas del desarrollo libidinal.

En la estructura total del cuerpo, las zonas erógenas desempeñan un papel preponderante. En la fase oral la imagen del cuerpo se estructura alrededor de la boca, en la fase anal alrededor del ano, etc.. Toda acción de presión, tanteo, succión, tienen influencia en la estructuración de la imagen corporal. Los ojos constituyen una parte de particular relieve dentro de la imagen corporal. Simbólicamente, a través de los ojos, el mundo se introduce en nuestro ser. Schilder considera como factores importantes para la estructuración definitiva de la imagen corporal: el dolor, las zonas erógenas, las acciones de nuestras manos sobre el cuerpo, las acciones de los demás sobre este, el interés de los demás por él y el escozor provocado por las funciones de nuestro cuerpo.

Fernández-Guardiola (1992) ha conceptualizado la imagen corporal como "la idea que tenemos de nosotros mismos en cuanto identidad física". En cambio, el término autoimagen, imagen de sí, o autoconcepto, se refiere a "todas las ideas, afectos y prejuicios modelados por la sociedad y la cultura, con los cuales se va a investir al cuerpo". Sin embargo para investir al cuerpo se requiere a un intermediario y el intermediario es por excelencia la imagen mental; ésta última corresponde al autoconcepto investido de afecto, pero éste ha sido imbuido con la ideología en la que el niño ha sido modelado.

J. P. Sartre (1966) ha planteado el problema de la diferencia entre el cuerpo como una cosa "dotada de leyes propias y capaz de ser definida desde afuera" y que él considera el cuerpo de *los otros*; o el cuerpo objeto de estudio, el cual es diferente del cuerpo sentido. Al respecto Sartre dice: "mi cuerpo tal cual para mí no se me parece en medio del mundo"; lo cual se refiere al cuerpo tal cual es percibido internamente o sea, la conciencia del propio cuerpo o un "cuerpo-sujeto" o un "cuerpo para mí" (para mi conciencia). Aunque filosóficamente esta noción de "cuerpo para mí" puede llevar a un parentesco con el autoconcepto que comprende nacimiento, raza, clase social, carácter, etc., todos ellos ligados a la conciencia de sí mismo; existe sin embargo, una diferencia considerable con el cuerpo percibido que está anclado en la fisiología y se refiere a la percepción visceroceptica y propioceptiva del propio cuerpo y como parte importante del esquema corporal.

El desarrollo del esquema corporal ha sido descrito por Piaget (1991) y por Koupernik y Dailly (1981):

1. Antes de los cuatro meses las reacciones relativas al propio cuerpo se refieren a succión en el vacío, reflejos nociocéptivos y reacciones circulares (a partir del primer mes) relativas a la succión, al tacto y a la visión.
2. De los cuatro a los ocho-nueve meses se enriquece la propiocepción (propioefectividad) lo cual implica una organización naciente del propio cuerpo expresada especialmente en la prensión de objetos. La exploración del propio cuerpo abarca: cogerse las rodillas (cinco meses), tomar el pie y llevarlo a la boca (cinco a seis meses), tomar las piernas, frotarse las orejas (seis y medio meses), retorcerlas (nueve y medio meses) y retorcerse los cabellos (ocho a nueve y medio meses). Se incluyen la diferenciación entre su propio cuerpo y el objeto y la distinción de sus manos de los objetos que éstas cogen (nueve meses), finalmente las reacciones ante el espejo, que se inician también hacia los nueve meses.
3. Entre los 9 y 18 meses y bajo el efecto de la ansiedad de separación, de la estructuración incipiente del yo, así como del dominio de la sedestación e inicio de la bipedestación y la prensión delicada, el niño hace más variada la exploración del propio cuerpo (palpación de la cabeza, cuello, genitales, etc.). La

diferencia entre el cuerpo y el objeto se acentúa, aunque hay todavía confusiones: la imitación se hace más evidente, por lo cual el papel del "otro" es importante y enfrente del espejo, a los 12 meses, el niño parece reconocerse en forma explícita, a los 15 meses juega delante del espejo, hace muecas, gestos y conductas regresivas en busca de la imagen detrás del espejo.

El esquema corporal se refiere al sustrato anatomofisiológico del cuerpo, que permite darse cuenta de la existencia de cada una de las partes del cuerpo y que se puede asegurar que existe en el niño a partir de los 5 años.

El término autoimagen o autoconcepto se refiere a todas las ideas, afectos y prejuicios modelados por la sociedad y la cultura, con los cuales se va a investir el cuerpo. En el niño, el autoconcepto y el esquema corporal aún no están completamente integrados: no es fácil discernir hasta donde llega cada término y trazar sus orígenes. En los párrafos anteriores hemos hecho una breve descripción del desarrollo de algunas de las funciones neurológicas que sirven de sustrato al esquema corporal que engloba en el niño la prensión, la motilidad y la marcha, pero también la sensorialidad, la percepción, la relación del objeto y la afectividad; algunas de estas funciones empiezan a ser el dominio y control del yo a partir de los ocho-nueve meses, cuando éste hace su irrupción como una *estructura mental* capaz de integrar varias funciones en respuestas efectoras (psicomotoras) coordinadas y moduladas afectivamente y con un fin voluntario. Sin embargo muchas respuestas del segundo semestre no son voluntarias, no son hechas por el yo; éstas son asumidas por el sí mismo como experiencia totalizadora del incipiente psiquismo o como un sistema al interior del cual uno a varios subsistemas convergen, se vuelven autónomos y crean nuevos sistemas como el de yo y sus funciones: pero guardan una estrecha ligazón con el sistema del cual se han desprendido. Así pues, las nociones que hemos descrito para el esquema corporal son el sustrato de una función totalizadora y armonizadora del incipiente psiquismo del niño que, aunque en teoría existe desde el nacimiento, empieza a mostrarse y a ser susceptible de identificarse en el segundo semestre de vida.

La imagen del cuerpo no es un fenómeno estático, se adquiere, se construye y recibe su estructuración merced a un continuo contacto con el mundo. No es una estructura, sino una estructuración en la cual tienen lugar permanentes cambios, y todas estas modificaciones guardan relación con la

motilidad y con las acciones en el mundo externo. Todos los sentidos participan en el proceso constructivo.

Los procesos que construyen la imagen corporal no solo se desarrollan en el campo de la percepción, sino también tienen su paralelo en la arquitecturación del campo libidinal y emocional. La construcción de la imagen corporal se basa no solo en la historia individual de un sujeto sino también en sus relaciones con los demás seres humanos. La historia íntima es, a sí mismo, la historia de nuestras relaciones con los demás seres humanos.

Cada vez una parte dada, obtenga una abrumadora primacía en la imagen del cuerpo, cesará la simetría y el equilibrio interior de la imagen corporal. También cuando sufrimos un dolor orgánico, se altera de inmediato la estructura libidinal del modelo del cuerpo.

La imagen corporal es mutable, puede retraerse, introducir parte del mundo exterior, dentro de sí, se erige, se edifica, se reedifica cada vez. Las influencias emocionales cambian el valor relativo en la claridad de las diferentes partes de cuerpo de acuerdo con las tendencias libidinosas, este cambio, puede afectar la superficie corporal total o puede cambiar determinadas partes del cuerpo, se expresan en las deformaciones o alteraciones de la elaboración de dibujos como material proyectivo.

Siguiendo a Schilder, si todos tenemos una imagen mental de nuestra propia apariencia, ¿cómo será la imagen mental de un niño que se ha quemado, acerca de su cuerpo?. Cuerpo sometido y limitado por el impacto de haber sufrido un accidente que le provocó quemaduras. Modificará la imagen corporal del niño estructurada anteriormente.

Teniendo, la vivencia de daño corporal o alteración de la imagen corporal, podrá ser plasmada o proyectada a través de dibujos. Los dibujos pueden comunicarnos, no solamente modificaciones en la imagen corporal sino también hablamos de su vida emocional. Si, existen alteraciones en su imagen corporal, es posible que se encuentren similitudes en partes del cuerpo afectadas por las quemaduras.

## **A.- DESARROLLO DE LA IMAGEN CORPORAL EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE**

El niño en su desarrollo tiene que construir una imagen de sí-mismo, fijado en su propio cuerpo y con un yo que le sirve de intermediario entre el mundo de la realidad y el interno, unido a la fantasía y a los ensueños.

La evolución del esquema corporal se inicia hacia los 4-8 meses y se desarrolla por la incorporación del bebé a los 6 meses cuando se sienta, luego a los 8-9 cuando se pone de pie hasta los 12-14 cuando inicia la marcha. Con ello el niño percibe su mundo según los ejes de referencia verticales, que son fundamentalmente diferentes de los que tenía cuando estaba acostado en su cuna. Lemay señala que la exploración ya no sólo es oral y manipulatoria, sino también es la exploración corporal masiva, formando una especie de espacio locomotor, o por lo menos la posibilidad de trasladarse por sí mismo en el espacio físico de su habitación. Así, tocando los objetos que encuentra a su paso, golpeándose con los muebles, cayendo y levantando, descubre los límites, las distancias y la continuidad de su entorno. "Su cuerpo en movimiento, le permite unas sensaciones kinestésicas nuevas que debe asociar y yuxtaponer a las sensaciones visuales correspondientes" (Le Boulch 1971, Lemay, 1983). La imagen visual que el niño tiene de su cuerpo es muy incompleta, puede tener una visión parcial de sus manos y de sus miembros inferiores, pero la imagen del conjunto la obtiene esencialmente, cuando se mira al espejo. A demás de los 12-18 meses, es importante la relación con los objetos que el niño manipula, el espejo donde refleja su propia imagen y las relaciones con los demás donde, según Wallon, "puede reconocer mejor sus órganos primero como cosas extrañas y después por una especie de animismo colectivo como anexos de su personalidad.

Entre los 18-36 meses quedan constituidas las bases del esquema corporal, que no cesan de incrementarse hasta que a los 5-6 años se hacen evidentes al cirujano, por medio de la existencia del miembro fantasma en los niños amputados. Sin embargo, no es sino hasta los 6-8 años cuando el niño completa su formación del esquema corporal, con el establecimiento definitivo de la lateralidad, el mejor control de la marcha y la coordinación psicomotriz. También interviene en su consolidación el reforzamiento de las percepciones introducido por el componente del sí-mismo que es la autoimagen, que al



catectizar el cuerpo y al depositarle en su seno los prejuicios, valores y símbolos del medio sociocultural en el que el niño se desarrolla, impulsa la maduración, e interconecta los sistemas, de tal manera que a partir de los 8-9 años es muy difícil saber hasta dónde llega uno y dónde termina otra. La interconexión del esquema corporal y otro producto de la estimulación ambiental confluyen en la mente en al encrucijada parieto-temporo-frontal y es probable que este sea el sustrato anatomofisiológico. Tal como si en estas confluencias la biología y la psicología se dieran la mano para representar en la mente y en el cerebro un esquema, que es a la vez una imagen mental con un asiento neurofisiológico; y cuando la una es afectada como en el caso de las lesiones parietales, la otra puede verse alterada, pero también cuando el entorno influye en la autoimagen pueden anestersiarse ciertas partes del esquema corporal.

La imagen corporal del adolescente se basa en gran medida en normas culturales y particularmente en la interpretación de estas normas aceptada como normal por el grupo de iguales. Así las niñas frecuentemente tienen como imagen de feminidad culturalmente aceptada y que está representada por alguna estrella de cine o televisión; los niños a menudo seleccionan un atleta como la imagen ideal masculina, aunque ellos están también incluidos, con demasiada frecuencia, por actores que son considerados como hombres "masculinos". De manera general, estas imágenes se perciben como metas finales que pueden ser alcanzadas en a edad adulta y es probable que la imagen física ideal inmediata esté basada en el físico de otro adolescente. Una adolescente bien desarrollada y bien arreglada, es con frecuencia la imagen física ideal de otras adolescentes de la misma edad y puede ser más que un ideal para las niñas menores. Un adolescente bien desarrollado, atlético y guapo sirve como la imagen física del yo de su grupo y de niños menores. No solamente son importantes los aspectos fisiológicos del desarrollo de los ideales, sino que también lo son su manera de vestir, de cuidar su cabello y el tipo de actividades físicas en las que destaca, todas las cuales son imitadas por los que buscan parecérseles.

Puesto que la importancia de los cambios corporales del adolescente es un factor mayor dentro del desarrollo de su imagen del yo, podemos aceptar el hecho de que las desviaciones de alguna norma "cultural" pueden causar dificultades emocionales. Cada seis meses, Stolz y Stolz (1944) interrogaron a muchos niños del Estudio sobre el Crecimiento Adolescente de California acerca

de cualquier preocupación que pudieran tener acerca de su crecimiento físico. Alrededor de treinta por cien de los niños expresaron preocupación por su tamaño, la gordura, los físicos inadecuados, la ausencia de fuerza muscular y por las facciones faciales poco comunes. También presentaron preocupación por el acné, por manchas en la piel, las piernas arqueadas y por el tamaño de los órganos genitales. De las niñas casi el cuarenta y seis dio prueba de angustia provocadas por su cuerpo. Por lo general, estaban preocupadas por ser demasiado altas o demasiado bajas, por la gordura, por las facciones poco comunes, por ser bizca, por tener que usar anteojos, por ser flaca o por tener senos pequeños. Los autores piensan que estos porcentajes son mínimos y que un número mayor de adolescentes de los que el estudio demostró, sufren algún grado de trastorno en alguna época del periodo del crecimiento adolescente.

La influencia que las actitudes familiares tienen sobre las preocupaciones acerca de la imagen corporal, fue investigada por Schonfeld (1966) quien descubrió que tenían una influencia vital. Las familias que explotaban la importancia de las funciones y la apariencia del cuerpo, causaron una sobrevaloración y una predilección por el "cuerpo bello". En esta situación era imposible que el joven no se sintiera inferior a la pauta que creía que su familia le había impuesto. Si el joven tenía algún defecto físico y la actitud de la familia era de apoyo, había una buena posibilidad de un desarrollo compensatorio exitoso, sin desórdenes en la personalidad. Schonfeld pensó que a menudo es posible, a través de una evaluación de la imagen corporal del adolescente, desarrollar un mejor entendimiento de la dinámica familiar, en relación con el desorden de conducta existente. Con este procedimiento es posible, a través de la psicoterapia, influir sobre la comprensión interna y sobre las adaptaciones del joven.

Esta etapa es la de mayor importancia en el desarrollo de la imagen del yo del adolescente. Es probable que esta imagen del yo esté basada en gran medida en cómo, particularmente los adultos, responden al él. Así, un individuo que llega pronto a la pubescencia, es probable que sea tratado como adulto por los adultos debido a su tamaño y grado de desarrollo. Por otra parte, el que madura tarde se queda relativamente pequeño y subdesarrollado durante sus primeros años adolescente y los adultos tienen la tendencia a tratarlo como si fuera un niño. Sin embargo, a excepción de los casos en que están involucradas

las prácticas atléticas, los puntos de vista de los adultos no se basan solamente en el tamaño.

El prestigio de las muchachas adolescentes en relación con la madurez del desarrollo fue estudiado por Faust (1960), quien encontró que el nivel de desarrollo físico era un factor importante en los tres primeros grados de la secundaria. En el sexto grado los rasgos más correlacionados con el prestigio fueron escritos con más frecuencia a niñas "prepuberales", pero en los grados séptimo, octavo y noveno, las niñas físicamente adelantadas recibieron la preponderancia en la cuenta favorable de la reputación o del prestigio. De los descubrimientos de estos dos últimos estudios, parecería que durante los primeros años de la secundaria las muchachas se preocupan más por la madurez física que los muchachos.

En base a un informe de autoevaluación del ritmo de maduración física, se dividió a estudiantes universitarios en categorías grupales de maduración temprana, media y tardía, (Weatheley, 1964). Los resultados indicaron que, aunque la maduración física tardía representa un obstáculo para el desarrollo de la personalidad de los muchachos, una maduración temprana no es una ventaja mayor par el desarrollo de la misma como lo es un ritmo normal de maduración. A pesar de que la dirección del efecto del ritmo de la maduración física sobre el desarrollo de la personalidad fue el mismo en ambos sexos, estos efectos fueron mucho menos profundos en las muchachas que en los muchachos.

Mussen y Bouterline - Young (1964), presentaron un estudio que describía los efectos de diferentes grados de desarrollo sobre las estructuras de la personalidad de muchachos italianos e italo-norteamericanos. Con anterioridad se había demostrado que los muchachos norteamericanos adelantados físicamente, tendían a tener más confianza en sí mismo, a ser más independientes y menos rebeldes en relación con sus padres, que los muchachos de maduración más lenta. Los muchachos italianos, al contrario de los norteamericanos, no tienen conceptos más positivos de sí mismos. Sin embargo, son afectuosos con sus padres igual que los norteamericanos, los italo-norteamericanos de maduración temprana se parecen a los norteamericanos de maduración temprana en su confianza en sí mismos, pero son rebeldes y consideran que sus padres los restringen, controlan y que carecen de educación.

Los autores piensan que estas actitudes negativas pueden ser el resultado de un conflicto entre el medio norteamericano en general y las costumbres tradicionales de los italianos, tal como se expresan en el hogar.

Tan importante como es el tiempo en que ocurre la pubescencia para el desarrollo de la imagen del yo físico, lo es también el físico que resulta al final. Ya sea que el proceso se complete temprana o tardíamente, la imagen final de sí mismo será determinada cuando termine el crecimiento físico. Desde el principio del "estirón" hasta el final, el adolescente estará muy preocupado por su físico y luchará por desarrollarlo al máximo.

La preocupación de los adolescentes por los defectos físicos, tan reales como imaginarios, no siempre es obvia a los otros. Los adolescentes pueden sentir que alguna característica física es rara, pero su grupo y los adultos con los que tiene contacto pueden considerarla como perfectamente normal.

Independiente mente de la evolución de la masa muscular según el sexo, las habilidades que cada individuo desarrolla están en función de una serie de factores que sería bueno enumerar, pero entre los cuales es posible destacar la dotación genética, el aprendizaje, la estimulación familiar y social, así como el ahínco personal. De cualquier manera que se logren adquirir, cada una de las habilidades tienen un anclaje corporal innegable; habrá infantes más hábiles para trepar que otros, pero también habrá unos más hábiles para saltar, otros para correr, unos más para lanzar la honda o tirar al arco; en fin, para jugar a las canicas, vestir a las muñecas, etc. Sin embargo el común denominador de todas ellas es que el cuerpo se convierte en un instrumento de expresión de conductas orientadas a un fin, ya sea lúdico de ejecución o simplemente para mostrar la facilidad con que es posible realizar un acto. Es como si en esta etapa del desarrollo surgiera en el infante la posibilidad de volverse cada vez más un pequeño equilibrista, estudioso, gimnasta, deportista, etc.. La oportunidad que tiene el niño es que sus habilidades son tan pequeñas como las exigencias de sus padres, pero tiene en cambio la gran oportunidad de mostrarlas, de ser festejados, y puesto que las exigencias son mínimas, las posibilidades de volverse "el futbolista" o "el pianista de la familia", son grandes. Ni que decir lo importante para el desarrollo infantil la estimulación por parte de la familia de estas pequeñas - grandes habilidades y cuanto pueden sufrir los niños cuyos

padres las desprecian o les exigen ejecuciones de un virtuoso. También, en las familias con problemas económicos cuya necesidad los obliga a enviarlos a la calle o a un trabajo, los niños desarrollan habilidades laborales y hasta una capacidad de administrar un pequeño negocio, tal como los niños vendedores ambulantes de las grandes urbes de los países en vías de desarrollo. Sin embargo, este tipo de habilidades, aunque puedan ser útiles en la manutención familiar, no constituyen una base para un desarrollo sano en la infancia, puesto que son más bien acciones de un adulto que lucha por sobrevivir, por lo cual no es raro observar que el niño las tome a juego, hasta ser reprendido por los padres o tutores, que esperan de él una productividad y un rendimiento económico. Lo mismo podría decirse de aquellos chicos que deben integrarse a las labores del campo, aunque con una diferencia importante: los niños campesinos sí pueden tener la oportunidad de jugar mientras pastorean al ganado; aquellos que ayudan en el cultivo de la tierra, al final de su labor pueden organizar un juego en el campo. En cambio los vendedores de las ciudades tienen que trabajar, cuidarse de los vehículos que pasan y es difícil concebir un juego durante sus labores o al final de éstas. En suma, cualquiera que sea el desarrollo para las habilidades surgidas en esta etapa, el cuerpo es el lugar privilegiado de confluencia de deseos, afectos y conductas, que vehículan cada una de las habilidades; estas, una vez adquiridas, sirven de instrumento para la expresión de algunas funciones.

Uno de los problemas que se pueden presentar en el desarrollo infantil es la enfermedad somática, crónica o de una intensidad tal que deje una huella considerable en el niño. En primer lugar, se encuentran los accidentes y sus secuelas sin duda los más frecuentes en la infancia; por fortuna la mayoría de ellos ocurren sin mayores consecuencias, pero cuando hay secuelas tales como parálisis de miembros inferiores, graves cicatrices en la cara, deterioro mental, etc., lo más probable es que el niño tenga que adaptarse a las nuevas circunstancias, con un cuerpo que ya no es el mismo o con unas cicatrices que hay que explicar a los demás. No es raro que ellos se conviertan en motivo de frustración para el chico que ha sufrido el accidente, culpa para los padres, objeto de compasión de estos y lástima de los compañeros, lo cual implica una nueva dinámica en la interacción niño-grupo. En todos estos casos, el cuerpo se convierte en un instrumento inútil o de uso complicado, lo cual requiere una adaptación no siempre fácil por parte del menor. Si un adulto sufre algún

accidente, el deberá adaptarse utilizando para ello todos los recursos de una personalidad ya formada, pero el menor tiene que lograr su adaptación con un yo en vías de consolidarse y con un sí mismo que ha sufrido, además, una agresión corporal. Tendrá que enfrentar las respuestas del entorno, al cual después del accidente, él sirve de estímulo, ya que es motivo de múltiples sentimientos: pena, compasión, desprecio, etc., que se le envían y a los cuales él tendrá que reaccionar forzosamente.

En ciencias sociales la imagen corporal se considera hoy que surge en general de la interacción social. Parece que la imagen corporal que posee el adolescente es producto de experiencias reales y fantasiosas, que provienen en parte de su propio desarrollo físico del resalte que los compañeros dan a los atributos físicos y de la percatación cada vez mayor de las expectativas culturales (Schonfeld, 1963). De las expectativas de los otros y de la valoración que éstos hacen de su conducta, el adolescente infiere un concepto de su propia importancia y de su status ante los demás. El aforo de su cuerpo, por ende, depende de asuntos tales como sus relaciones con los otros, la asimilación de los nuevos roles, el concepto de su capacidad para ejecutar metas, la estimación de sí, los sentimientos de seguridad y los de frustración. Si una familia sobrevalora el cuerpo hermoso y los buenos músculos, el adolescente a lo mejor se le hace cuesta arriba aceptar cualquier desviación de la configuración ideal del cuerpo.

Cabot (1938) adelantó una teoría de la ventaja sociobiológica, según la cual el adolescente cuyo tipo somático se parecía al atlético (o ideal) gozaba de ventajas especiales y de buenas especiales por la imagen positiva que presentaba. El adolescente de características físicas atléticas tiene suerte, sin duda, porque los otros tienen impresiones favorables sobre él por estereotipos culturales antiguos y por los estándares contemporáneos que a atractivo se refieren. La competencia por ocupar un lugar entre los iguales, la popularidad con el sexo opuesto y por los privilegios propios de los adultos, es a veces sutil. Por desgracia, el adolescente cuyo cuerpo produce una imagen desfavorable está expuesto a la discriminación, el ostracismo y el rechazo del otro sexo, y a veces es tratado con desprecio y hostilidad. Los anuncios, las entrevistas, las películas, la televisión y el culto a los héroes del atletismo, contribuyen en total a la

glorificación de cuerpo ideal y al menosprecio del que se queda corto (Schonfeld, 1963).

Algunos investigadores creen que el rol de la imagen corporal en el desarrollo de la personalidad recibe más atención de la ciencia que cuanto merece. Hood (1963) suministró una batería de medidas de la personalidad a mil alumnos de primer año de universidad e hizo análisis comparativos de aquellos que poseían extremos de estatura, peso y tipo somático. Las diferencias en la personalidad que halló, son muy pequeñas e insistió en que cualquier relación entre el físico y la personalidad eran exigua. Hanley (1951) informó de poca relación entre las puntuaciones de las pruebas de reputación de estudiantes de enseñanza media y los tipos corporales maduros entre ellos. Y Lefkowitz y Cannon (1966) hallaron que mientras los muchachos más bajos de una casa de reeducación para delincuentes eran más revoltosos que los muchachos más altos, ninguna de las medidas de personalidad tenía relación con el físico.

Muchos estudios, sin embargo, van en apoyo de la idea de que las actividades del adolescente hacia su propio cuerpo influyen los conceptos que de sí tiene y que las actitudes de los demás para su cuerpo afecta su respuesta a las expectativas de estos. Cortes y Gatti (1966), por ejemplo, informaron que los muchachos adolescentes con físicos admirables sentían fuerte necesidad de hacer algo que llamara la atención, se preocupaban por lo que lograban, necesitaban quedar bien y estar dispuestos a tomar riesgos. Broverman, Broverman, Bogel, Palmer y Klaiber (1964) hallaron que los jóvenes bien coordinados, de aspecto maduro, demostraban poseer mayor persistencia en la tarea que los demás. Al tratar de demostrar la importancia que para los adolescentes tiene la imagen corporal, Arnhoff y Damianopoulos (1962) hallaron que los varones de veinte años podían identificar fácilmente su foto de entre otras seis escalonadas por semejanza de estatura, de más o menos, cosa que no lograban hacer los adultos cuarentones; cada foto fue tomada contra un fondo negro y el individuo llevaba solo unos pantalones estrechos, las piernas un poco separadas, la cara hacia el frente y brazos ligeramente separados del tronco. Se omitieron las pistas de comparación de talla, forma cefálica y silueta del cabello. Los investigadores concluyeron que los participantes mayores se interesaban menos por su imagen corporal, no la tenían al día y por lo mismo, no fueron capaces de reconocerse. Se ha demostrado también que los adolescentes ven a

los demás como se ven a sí mismos. Ward (1967) demostró que los universitarios altos tendían a estimar la estatura de los hombres y mujeres americanos como relativamente elevada, cada sexo era más consistente en juzgar la estatura del propio sexo que la del sexo opuesto.

La imagen corporal en general es de importancia más crítica para la muchacha que para el muchacho adolescente. La sociedad da más relevancia a la forma femenina que a la masculina, a la par que las mujeres tienen inclinación por capitalizar su apariencia somática. La sociedad espera que la mujer haga resaltar su atractivo mediante el empleo de indumentaria sexualmente excitante y con joyas, mientras que los hombres sienten menos presión para interesarse por la apariencia de su cuerpo. Kurtz (1969) informa que se espera de las muchachas que enfoquen la atención en los detalles de su cuerpo, por lo que es más seguro que posean un concepto del cuerpo más matizado que los muchachos. Pero Kurtz (1969) opina, además, que la muchacha que estudia ingeniería o física tendrá una imagen corporal de sí misma que se parecerá en mucho a la del varón típico.

Un individuo necesita desarrollar un sentido de la identidad personal entre otras cosas, así como la sensación de coherencia, estabilidad del sí-mismo no solamente en determinado momento, sino también a través del tiempo. Necesita sentir que la persona que es hoy es semejante a la de ayer o en el mejor de los casos, un desarrollo de aquella.

Esta sensación de coherencia intrínseca está amenazada por la multitud de rápidos cambios internos que ocurren en la pubertad. A diferencia del niño pequeño cuyo crecimiento es gradual y ordenado, el adolescente encontrará a corto plazo que se siente como un extraño con su propio sí-mismo con el cual ha estado familiarizado desde la niñez. El proceso de integrar exitosamente tales cambios físicos dramáticos en el nuevo sentido de una identidad personal estable y confiada en sí misma puede ser prolongada y difícil. Es innegable que con frecuencia podría dar lugar a menos preocupaciones innecesarias, si los jóvenes ( y sus padres ) tuvieran una idea más clara de la verdadera naturaleza de los cambios físicos y fisiológicos que ocurre durante la pubertad y posteriormente en la adolescencia. Pero, en la mayoría de los casos, los adolescentes sufren innecesariamente a causa de los mitos persistentes,



aunque evidentemente falsos acerca de esta transición crucial desde la niñez hasta su completa integración al mundo de los adultos.

Los cambios físicos de la adolescencia son muy importantes por muchas razones. Primero, colocan al niño en una situación en que experimenta algo físico que antes no había experimentado. El aumento repentino de estatura y de peso, y el inicio del desarrollo sexual, de los impulsos sexuales que lo acompañan, son cambios dramáticos que no se parecen en nada el patrón de crecimiento de la niñez media. Además, estos cambios se pueden verificar o no al mismo tiempo y ritmo con que se verifican en los amigos. Una vez más, es precisamente en el momento en que se dan estos cambios físicos cuando se ven más claramente los diferentes ritmos de maduración entre varones y mujeres. El principio de la pubertad empieza por lo menos dos años antes en las niñas que en los niños. Nunca antes y nunca después será tan grande la diferencia en el ritmo de maduración. Finalmente, algunos de estos cambios son importantes sencillamente porque son el criterio por el cual los demás perciben al sujeto, o el sujeto se percibe a sí mismo como masculino o femenino. Por ejemplo, una niña que se desarrolla muy tardíamente puede preguntarse con todo derecho características femeninas. Un niño bajo de estatura y algún tanto subdesarrollado y de maduración tardía puede sentir preocupación por su identidad sexual. El proceso por el que se llega a ser un hombre, no solamente significa que se ha dejado de ser un niño, sino que también implica estar seguro de que se es un varón normal.

Los cambios físicos de la adolescencia pueden dar pie de muchas maneras a que un niño o una niña pongan en tela de juicio su normalidad. El hecho mismo de que estas experiencias no tengan nada en común con lo que les ocurrió en la niñez, da origen a dudas muy naturales acerca del futuro: ¿Qué va a suceder conmigo?, ¿Siempre tendré acné?, ¿Me querrán las demás personas?, etc.. Con los cambios en el modo de pensar lógico, que les permite a los adolescentes considerarse a sí mismos más desde el punto de vista de los demás, pueden verse ahora a sí mismos como objetos ya sea que se reflejen en un espejo o a los ojos de los contemporáneos, quienes se convierten ahora en su nuevo grupo de referencia al querer definir lo que es normal y aceptable. En un intento por hacerse normales y aceptables, algunos adolescentes parecen llegar a extremos ridículos desde el punto de vista de los observadores adultos.

Rizadores, cosméticos, sostenes, aplanadores, adornos para la cabeza, etc., se venden a granel en las tiendas.

La preocupación por el propio atractivo físico evidentemente no se restringe a la adolescencia temprana. Sin embargo, solamente hasta entonces empieza a tener importancia la cuestión. En un estudio sobre estudiantes de bachillerato, Lerner y Karabenick (1974) encontraron elevadas correlaciones entre la estimación que los sujetos tenían del atractivo físico de las diversas partes de su cuerpo y la estima global que tenían de sí mismos. Esto fue especialmente verdadero en el caso de sujetos femeninos (es de suponer que la autoestima de los muchachos se relaciona más con la estima de una buena apariencia física y con la misma fuerza física).

La normalidad incluye un conjunto estético de rasgos humanos basado en diferencias individuales y no en una norma inventada por diseñadores de moda y por los anunciantes de cosméticos.

Frazier y Lisonbee (1950) han estudiado algunas de las preocupaciones concretas que suelen tener los adolescentes a propósito de su desarrollo físico. Al interrogar a 580 chicos y chicas de décimo año escolar acerca de su físico, Frazier y Lisonbee encontraron que el 21% de los chicos y 16% de las chicas se describían a sí mismos como delgados, mientras que solo 13% de los jóvenes pero 30% de las jóvenes se describieron a sí mismos como robustos. Aproximadamente una cuarta parte de los muchachos y una cuarta parte de las muchachas se describieron a sí mismos como bajos de estatura, otra cuarta parte, tanto de hombres como de mujeres, se describieron a sí mismos como altos de estatura. El 19% de los muchachos y 24% de las muchachas consideraban que se habían desarrollado temprano. El 17% de los muchachos y 13% de las muchachas consideraban que se habían desarrollado muy lentamente.

Sin embargo, el hecho mismo de que los adolescentes describieran su físico o su apariencia de un modo determinado, no significa necesariamente que estuvieran preocupados por el aspecto de su desarrollo. Para dilucidar esta cuestión Frazier y Lisonbee interrogaron directamente a sus sujetos acerca de sus preocupaciones con respecto a su crecimiento y apariencia física. Las

respuestas indicaron que eran los muchachos los que estaban más preocupados por llegar a estar delgados, y entre las muchachas, su mayor temor estaba en llegar a ser delgadas o robustas. Había una mayor preocupación entre los muchachos que se consideraban bajos de estatura y entre las muchachas por ser altas o bajas. Aún cuando tanto los chicos como las chicas tenían miedo de desarrollarse lentamente, lo que a las chicas les preocupaba era el desarrollo temprano. A base de estos datos, parece que el ideal de la masculinidad está más definido que el ideal de la feminidad. Es decir, los muchachos prefieren desarrollarse temprano y ser altos, con tendencia a lo robusto, mientras que el ideal para las chicas parece estar en algún punto intermedio. Así, aunque las muchachas prefieren no ser demasiado pesadas, sin embargo muchas tienen miedo a ser demasiado delgadas. Las muchachas por lo general, prefieren no ser muy altas, y un buen porcentaje tiene miedo de llegar a ser demasiado bajas de estatura. La mayoría de las chicas no quieren desarrollarse con demasiada lentitud y tienen miedo de desarrollarse demasiado temprano.

En general, las muchachas expresaron mayor preocupación por las espinillas y barros que los muchachos. Esto concuerda muy bien con el estereotipo predominante de que las mujeres de nuestra cultura le conceden mucha importancia a la apariencia física.

La mayoría de los adolescentes están, más conscientes acerca de su apariencia física que de cualquier otro aspecto y muchas nos están satisfechos con su imagen en el espejo (Siegel, 1982). Los chicos quieren ser altos y anchos de hombros y las chicas quieren ser delgadas pero con senos grandes. Todo lo que haga pensar a los chicos que parecen femeninas (como carencia de músculos o barba) o a las chicas que parecen masculinas (como un esqueleto de huesos grandes o vello facial) las hace sentirse miserable. Adolescentes de ambos sexos se preocupan por el peso, el cutis y rasgos faciales.

Los adultos, a menudo, descartan los sentimientos de los adolescentes acerca de su apariencia, pero esos sentimientos pueden tener repercusiones que duran largo tiempo. En primer lugar, la apariencia de los adolescentes es importante para su vida social lo que a su turno, es importante para la autoestima. Es triste pero verdadero el hecho de que la apariencia afecta cómo nos ven los demás: por ejemplo, se cree que la gente atractiva físicamente tiene

personalidad atractiva (Dion, Berscheid y Walster, 1972). Segundo, adultos que se consideraron a sí mismos atractivos durante sus años de adolescencia tienen una autoestima más alta y son más felices que aquellos que no. Estas diferencias desaparecen generalmente sólo en la edad mediana (Berscheid, Walster y Bohrnstedt, 1973). También, la búsqueda del atractivo físico a menudo incita a los adolescentes al desorden en la comida. Vemos, así, que el aspecto físico del adolescente ejerce una mayor influencia en el bienestar psicológico.

A continuación tenemos 2 factores importantes que nos ayudan a consolidar la imagen corporal:

#### **a.- La expresión de sí - mismo**

Esta lleva implícita las diversas partes que lo constituyen, a saber: el esquema corporal o cuerpo para-sí, es el asiento de la sensorialidad; en cambio la autoimagen o cuerpo para el otro, es la base de las ideas, los afectos, los símbolos y mitos ligados al cuerpo y sus funciones. Por otro lado, el yo, que hacia los nueve años tiene una autonomía y fortaleza suficientes para estructurar un buen sentido de la realidad, está unido a la autoimagen que refleja la estimulación del ambiente en cuanto a la propia apariencia. Este reflejo se lleva a cabo por medio de la autoestima, que el gran canalizador de energía del ambiente. Así pues, esquema corporal, autoimagen, yo y autoestima son los componentes biopsicológicos del sí-mismo, que hacia los nueve años tiende a ser una unidad, aunque sin alcanzar el predominio del yo que tendrá en la edad adulta. En ellos están incluidos la base temperamental, el aprendizaje y la interacción del individuo en su entorno. Sin embargo, la diferenciación que cada una de sus partes va experimentando con el paso del tiempo hace que se les tienda a considerar cada vez más como entes independiente, aunque hayan tenido un origen común, por tanto es conveniente sintetizar las funciones y el significado de cada uno de ellos, como a continuación veremos.

- El sí-mismo es: base del ser en su acepción más filosófica.
- El yo lo expresa el ambiente: el ser en su temporalidad.

- La autoestima es la creencia y el respeto de uno mismo: el ser en su afectividad.
- La autoimagen y el esquema corporal resumen la historia individual y de especie: el ser que deviene social e individual.

Cuando hacia los nueve años el sí-mismo no ha quedado bien estructurado y sus partes no funcionan adecuadamente es posible apreciar en el niño inseguridad y falta de confianza en sí. Macías-Valadez muestra un cuadro con algunas de la maneras como se puede apreciar la expresión de sí-mismo, en el niño de nueve años.

1. Expresión normal de sí-mismo	Según la edad, niño relajado con alegría de vivir, de manera espontánea juega y se relaciona con el entorno. Se desprende de su familia por varias horas sin mostrar problemas.
2. Contraído, replegado sobre sí-mismo	Parece "enconchado", tenso e inseguro, tiene dificultad para interactuar con el medio.
3. Despegado, distante	Sin deseo de contacto con el entorno.
4. Avance prudente	Como una amiba que emite sus pseudópodos lentamente antes de alcanzar al objeto.
5. Expansivo y desbordante	Con manifestaciones afectivas ruidosas y tendencias a invadir la privacidad del interlocutor.
6. Desintegrado o fragmentario	Casi siempre implica trastorno, patológico, ya sea por base temperamental defectuosa o carencias afectivas y sociales considerables. La expresión de sí es fragmentaria o inexistente.

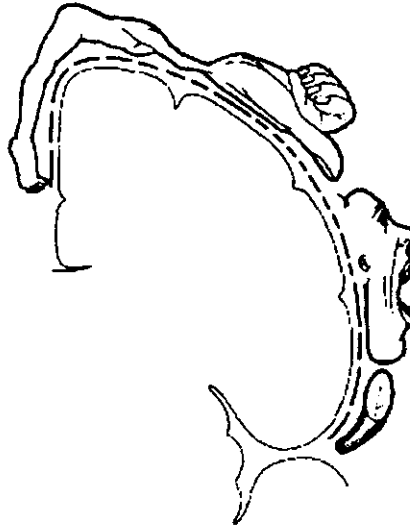
## **b.- Bases anatomofisiológicas**

Señalaremos algunas de las bases anatomofisiológicas del esquema corporal, en especial aquellas que tienen que ver con las áreas cerebrales implicadas en su soporte y control.

### **Áreas de asociación.**

Existen conexiones del área somestésica con el tálamo por medio de dos sistemas de fibras: las tálamo - corticales que llevan la información sensorial del tálamo, y las cortico - talámicas a través de las cuales se ejerce acción sobre la actividad talámica. Además la corteza somestésica está relacionada por medio de fibras de asociación en las áreas de asociación auditiva y visual de la corteza temporal y parietal, respectivamente, ni con la zona motora y promotora del lóbulo frontal; en esta última Penfield, con base en sus estudios de estimulación, ha propuesto un mapa de la representación motora cortical (el homúnculo, ver dibujo 1), la cual sería también una especie de homúnculo, aunque de características un tanto diferentes, según el predominio corporal de la motilidad. Finalmente estarían las conexiones interhemisféricas a través del cuerpo calloso cuya significación describiremos más adelante. Sin embargo, los procesos integrativos de la percepción se llevan a cabo en las áreas de asociación contiguas "a las plataformas de llegada" ( se refiere a las áreas corticales sensoriales primarias, donde llega la información sensorial: somestésica para la sensibilidad cutánea, muscular, tendinosa y articular; visual para los impulsos originados en la retina y auditiva para los impulsos de la cóclea. La existencia de áreas gustativa y vestibular, que no han sido detectadas, pero se postula puede ser en la circunvolución poscentral o en la ínsula para el área gustativa y vestibular en el lóbulo temporal cerca del área cuarenta y uno) de las funciones sensoriales (visión, audición y área somestésica), pero además están asociadas con la encrucijada parieto-temporo-occipital, donde parecen integrarse los componentes sensoriales del lenguaje y percepciones tan complejas como el esquema corporal.

Podemos observar en la siguiente ilustración la Representación cortical de los movimientos (basado en Penfield).



### Dominancia hemisférica.

El problema de la especialización funcional de cada uno de los hemisferios tiene su origen en los trabajos sobre afasia y concepto de dominancia hemisférica es relativamente reciente este se refiere a la especialización lateralizada de los hemisferios cerebrales; es decir, uno de los dos hemisferios es dominante o mayor; el otro no dominante o menor. El hemisferio dominante está relacionado con el control de la mano que se usa preferentemente y como la mayor parte de las personas son diestras, el dominante es por lo general el izquierdo, aunque la inversa, con algunas excepciones, es válida para los zurdos. La dominancia está determinada por los procesos integrativos del lenguaje, que se sitúan justamente en el hemisferio dominante. Aunque hay muchas discrepancias al respecto, parece haber consenso, en especial en la clínica neurológica, acerca del concepto de dominancia cerebral; sin embargo, ello no

resta importancia al hemisferio menor, cuyos procesos integrativos tienen que ver con el análisis espacial y el reconocimiento visual complejo. En fin, la importancia clínica de la dominancia hemisférica ha llevado a propuestas interesantes, si se incluyen las correlaciones e interconexiones de ambos hemisferios. López - Antúnez ha mostrado las consecuencias de estos estudios en la percepción del esquema corporal, o tal como el lo ha mencionado: por ejemplo, en lesiones de la parte inferior del lóbulo parietal derecho, puede producirse alteración en la percepción del esquema corporal en el lado opuesto a la lesión. El sujeto no percibe ese lado del cuerpo como suyo; puede identificar una parte del miembro del lado afectado, por ejemplo, decir si se trata de la mano pero no la reconoce como perteneciendo a su cuerpo. Una persona en esas condiciones se calzará solamente el pie derecho o se aseoará únicamente este lado del cuerpo durante el baño. El paciente no sólo "ignora un lado de su cuerpo sino que no sabe que lo está ignorando" (Brain, 1951). El esquema del cuerpo se organiza en la consciencia a través de la correlación de la información táctil, propioceptiva y visual que llega al cerebro y como señala Brain, "desempeña un importante papel en nuestro sentido de identidad" puesto que el proceso de síntesis que lo construye perceptualmente define los límites del cuerpo como un todo, en relación con el espacio. Por esto, siguiendo nuevamente a Brain, "un paciente que haya perdido la mitad de su imagen corporal, ha sufrido una mutilación tan severa de su "ego", que no es sorprendente que se torne mentalmente desordenado".

Aunque los estudios se han realizado en pacientes adultos con lesiones cerebrales, no deja de ser interesante comprobar las experiencias que produce la falta de funcionamiento de las áreas cerebrales asociadas con la percepción del esquema corporal. El mismo autor citado concluye: la integración del esquema corporal que lleva a cabo el hemisferio menor, es congruente con los resultados de la desconexión interhemisférica en cuanto a la función holística de este lado del cerebro y de la capacidad para la organización geométrica en el espacio y en el tiempo, de los elementos perceptuales con los que se construyen la imagen del cuerpo.

Cualesquiera que sean los avances en los estudios del cerebro, el hecho es que la existencia de una lateralidad, una dominancia y una correlación entre las preferencias derecha-izquierda de mano, pie, ojo y audición, desempeñan



una importante función en la adquisición y consolidación del esquema corporal. En los niños es posible seguir la maduración de vías y áreas cerebrales que sustentan el esquema corporal, también la manera como su funcionamiento completo y consolidado se sitúa hacia el octavo año de desarrollo, debido entre otras cosas al establecimiento definitivo de la lateralidad, al mejor control sobre la motilidad en general, y las habilidades motoras en particular.

Finalmente muchos de los problemas que plantea un entendimiento cabal del esquema corporal y su desarrollo se debe a las controversias entre los hallazgos de origen psicológico y aquellos de la neurofisiología. Sin embargo, estos datos no son excluyentes, sino complementarios, siempre que se ubiquen en su justa dimensión, no sean interpretados por actitudes dualistas y se tengan en cuenta los importantes avances de las neurociencias, tal como ha sido señalado por Fernández Guardiola: los circuitos neuronales comprenden neuronas, fibras de conducción físico-química y sinapsis (lugar de contacto de la transmisión de la información). Hoy gracias al avance impetuoso de las neurociencias, sabemos que estos circuitos poseen una gran plasticidad en todos sus elementos, que son capaces de mantener estados de excitación o de inhibición prolongada que se extienden temporalmente mucho más allá del momento de llegada de la información sensorial que les dio origen, llegando estos estados a ser permanentes, con cambio moleculares enzimáticos, de canales iónicos y de expresión del ARN, de muy larga duración en las terminaciones sinápticas y en las neuronas involucradas en actividades motoras, sensoriales o de integración mental. Esto ha constituido una verdadera revolución científica, que debemos tener en cuenta en la interpretación de estos fenómenos en que concurren acciones y cambios en diversos niveles del sistema nervioso central.

#### Lateralidad.

Lateralidad es un término que hace referencia al funcionamiento asimétrico de una facultad emparejada, lo cual, dicho en otras palabras, consiste en la tendencia a utilizar la mano, el pie, ojo y oído del mismo lado del cuerpo. También se alude a ella como dexteridad, debido al dominio casi exclusivo de la parte derecha del cuerpo. Para algunos autores, la preferencia ya sea derecha o izquierda, implicaría el aspecto subjetivo y puede en ocasiones no coincidir con la

lateralidad, que es objetiva y susceptible de ser medida. El término lateralidad está asociado a coordinaciones motoras complejas tales como escribir, atornillar o utilizar una cuchara; en el adulto puede acompañarse también de un mayor fuerza y habilidad en el miembro dominante, como la de algunos pitchers o futbolistas que llegan a destacar por sus grandes facultades.

La lateralidad axial que se manifiesta por medio de una asimetría en el tono axial, se hace notoria precozmente en los días que siguen al nacimiento. Según Gesell, el estudio del reflejo tónico del cuello en el lactante permite predecir la lateralización en el 75% de los casos.

Desde los tres-cuatro años comienza a presentarse en el niño una preferencia derecha sobre izquierda, o izquierda sobre derecha; hacia los cuatro-cinco años hay todavía un 40% de niños mal lateralizados y un 30% hacia los cinco-siete años, según ha sido mencionado por D. Marcelli en Francia. De cualquier manera que evolucione, la lateralidad queda establecida hacia los ocho-nueve años.

## CAPITULO 2. QUEMADURAS.

Las quemaduras son lesiones relativamente comunes que afectan a todos los rangos de edad.

Se definen como una deshidratación súbita del tejido, el cual puede regenerar recuperando sus propiedades originales o solo cicatrizar, dejando secuelas que afectan a la estética, el estado emocional del individuo y disfunciones en la motilidad debidas a la sustitución de la piel original por tejido con menor elasticidad.

Es importante mencionar, que una quemadura puede llegar a matar en el corto y mediano plazo, aún con las medidas medicas adecuadas.

Si bien es cierto que todos los tejidos pueden ser quemados, la primera barrera de protección contra el medio y por ende, la más susceptible de padecer el proceso de quemadura es la piel.

La piel es considerada como el órgano más grande del cuerpo humano, recubriendo prácticamente toda nuestra superficie corporal. Tiene entre otras de sus funciones:

- Regular la temperatura corporal
- Limitar la penetración de radiaciones
- Actuar como barrera ante la penetración de eventuales agentes patógenos como bacterias, virus, hongos y parásitos.

Los anexos de la piel llamados *faneras*, como el pelo y las uñas, son tejido especializado con una mayor cantidad de *queratina*, lo cual le confiere a estas estructuras una mayor dureza y resistencia.

Las quemaduras pueden ser clasificadas de muchas maneras con diferentes intenciones, todas ellas todas ellas encaminadas a la atención del paciente que las sufre. Las quemaduras se clasifican de acuerdo a:

Etiología:

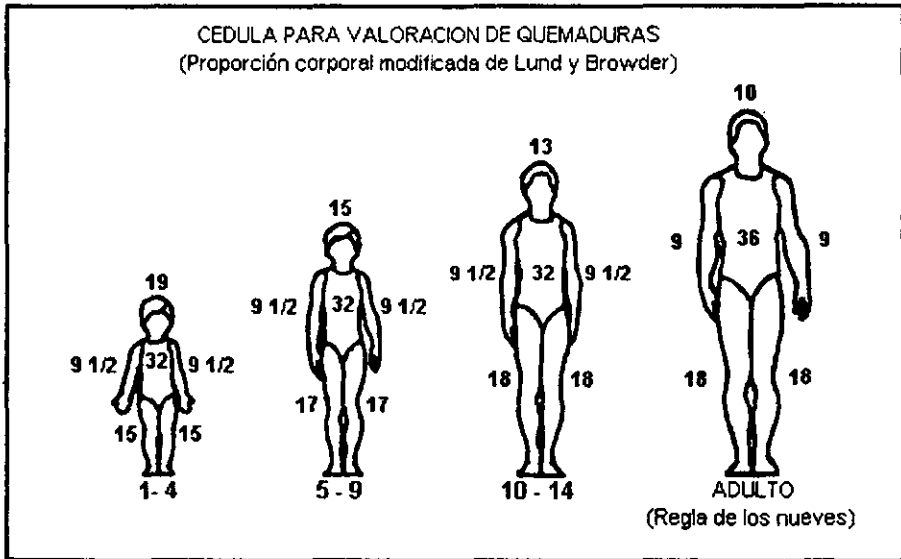
- Líquidos
- Fuego directo
- Electricidad
- Fricción

También por grados de acuerdo a su Profundidad, como veremos a continuación en la tabla:

## CLASIFICACION POR GRADOS

Quemadura de:	Aspecto superficial de la lesión	Sensaciones a nivel de la lesión	Evolución / Pronóstico
Primer grado	Seca, eritematosa, sin vesículas; con los signos clásicos de la inflamación: dolor, calor, enrojecimiento y tumefacción	Dolor hipersensibilidad	Curación completa en el curso de 1 semana; sin cicatriz
Segundo grado superficial	Vesículas, base rojiza de la que rezuma exudado, buen llenado capilar, la piel palidece al ejercer presión.	Dolor; hipersensibilidad a los pinchazos	Curación completa en el curso de 3 semanas, salvo si existe infección secundaria
Segundo grado profunda	Pueden existir vesículas, áreas induradas y pálidas y áreas enrojecidas; suele existir tejido viable sólo en los márgenes de la lesión	Algunas áreas insensibles; muchas áreas sin sensibilidad a los pinchazos	Cicatriz gruesa y firme; pérdida de folículos pilosos, glándulas sudoríparas y pigmentación de la piel; por isquemia puede convertirse en una quemadura de tercer grado. Si se cura, en 1 mes o más el epitelio es friable. La cicatriz hipertrófica puede dejar secuelas
Tercer grado o de todo el espesor de la piel	Blanco perla, color pardo o gris opaco; seca, como cuero	Ninguna sensación	Pérdida total de la piel; si es pequeña puede curar por cicatrización y crecimiento del epitelio desde los márgenes.

Por extensión, esta clasificación es de acuerdo al total de "Superficie Corporal Total Quemada" (SCTQ), generalmente se le conoce con el nombre de la regla de los nueve, pero esta clasificación sirve para los adultos por lo que Lund y Browder hicieron las modificaciones necesarias como se muestran en el siguiente esquema



Nomograma que representa los cambios de proporción de las partes del cuerpo al aumentar la edad

Una vez ingresados los niños a urgencias al Hospital de Xochimilco, generalmente se les hace la siguiente intervención: limpieza de la zona afectada, se le administran distintas soluciones vía intravenosa por que a través de la herida se pierden líquidos.

Una vez que es estabilizado es ingresado a la sala de quemados. Para valorar la mejoría de las lesiones es necesario el baño y curaciones cada tercer día. En las curaciones se utiliza pasta de Lasar para secar y ayudar a epitelizar, el Silvadene para desbridar la zona (quitar el tejido muerto), todo esto se aplica con apósitos y se venda. Una vez que ha cicatrizado se descubre la zona, se procede a dar masaje en forma compresiva para evitar la cicatrización tipo queuloide y lubricarla con aceite de almendras dulces.

### **CAPITULO 3. IMPACTO EMOCIONAL DE LAS QUEMADURAS EN NIÑOS.**

Las demandas del tratamiento agudo de las quemaduras hacen que el personal tratante olvide frecuentemente la situación particular del paciente Pediátrico, el cual debemos recordar que no es un "adulto pequeño". Por lo tanto, es importante considerar sus necesidades a partir del momento de la lesión. Un niño puede ser incapaz de expresar sus necesidades y deseos o expresarlos de mala gana por lo que el equipo multidisciplinario debe ser sensible a sus demandas y sentimientos.

La respuesta a la hospitalización está relacionada al estado de desarrollo del niño. Los lactantes y preescolares reaccionan con ansiedad ante la separación, durante la ausencia de los padres se comportan agitados, temerosos e introvertidos. Los escolares se enfadan más a menudo por la restricción de sus actividades, y se muestran agitados, enojados y manipuladores. A los adolescentes les afecta más la pérdida de su ambiente y control personal, y con frecuencia se comportan de forma demandante, manipuladora y se enojan. Además, los pacientes escolares y los adolescentes están muy conscientes de su imagen corporal y se preocupan porque sus compañeros los acepten.

Las lesiones por quemadura deben considerarse como una crisis para el paciente y su familia. Porque es un cambio traumático repentino que altera la vida de éste y de sus allegados. Generalmente es una experiencia que requiere nuevas habilidades para afrontarla y vuelve emocionalmente vulnerables a ambas partes.

La regresión es un síntoma siempre presente entre los pacientes con quemaduras. La regresión en los niños, hace que se comporten con frecuencia más demandantes, y es también notable en adolescentes y adultos. Habitualmente los pacientes con quemaduras están conscientes y lúcidos la mayor parte del tiempo de su estancia en el hospital, pero los procesos cognoscitivos sufren regresión. Un adolescente o un adulto pueden responder a una petición con la conducta típica de un niño de dos años de edad. Después de su recuperación, al hablar con los pacientes de quemaduras respecto a los incidentes ocurridos durante la hospitalización en la etapa aguda, con frecuencia no los recuerdan y expresan "es imposible que yo actuara de ese modo".

Varios factores pueden explicar la respuesta psicológica relativamente extrema a las lesiones por quemadura: 1) la gravedad del trauma físico y del tratamiento requerido, 2) el dolor intenso, 3) larga hospitalización, 4) invalidez y desfiguramiento y 5) periodo de recuperación prolongado.

En el cuidado emocional del paciente quemado es útil considerar al paciente y su familia como objetivos del tratamiento (Cobb, 1976).

Generalmente, la necesidad de apoyo emocional por parte de la familia se satisface visitando o permaneciendo con el paciente, pero esto a su vez es una fuente adicional de estrés para la familia. El funcionamiento normal de la familia se modifica cuando uno de ellos permanece gran parte de su tiempo en el hospital o dejan la casa por estar al lado del paciente. Los niños de la familia frecuentemente sufren trastornos emocionales por el accidente y la separación, en ocasiones tienen pesadillas y otros problemas de conducta relacionados con angustia.

Tenemos que una de las principales causas de estrés emocional entre los miembros de una familia es la culpa del accidente, hayan estado o no involucrados. Pasan generalmente por una etapa en la que imaginan lo que hubieran hecho o dejado de hacer para prevenir que se quemara. Observan a su familiar pasar por un trance doloroso, a su vez se sienten imposibilitados para ayudarlo, además saben que quedará desfigurado, posiblemente inválido y que dependiendo de su evolución sean necesarias intervenciones quirúrgicas; todo esto se añade al sentimiento de culpa.

Las pérdidas económicas también son importantes. El costo de una atención especializada es alto.

Cuando un niño sufre una quemadura pasa por una terrible y dolorosa experiencia. Se encuentra separado de su ambiente familiar en donde está rodeado de personas extrañas con las que tiene que interactuar y que en ocasiones le causan dolor, hay nuevas reglas.

Uno de los cambios más importantes es que sus padres que han sido su fuente de protección y ayuda, no están a su alcance inmediato ahora. A pesar,

que los visiten y procuren estar el mayor tiempo con ellos se sienten desprotegidos y tienen miedo que los abandonen porque ya no se encuentran bajo el control de ellos.

Esta situación es común en infantes y niños pequeños, aunque también es notorio en niños de edad escolar y en algunos adolescentes, debido a la regresión que comúnmente acompaña a la hospitalización.

Esta "ansiedad de separación" junto con el miedo y el sentimiento de culpa generado por el accidente, resulta en una ansiedad generalizada, miedo, culpa y a veces cólera (Bernstein, 1976).

Los niños en ocasiones se queman haciendo algo que estaba prohibido como jugar con alcohol, fósforos, thinner, gasolina, etc.. Hay que asegurarles que sus padres no están enojados con ellos y la intensidad con que se les recalque que aún los quieren indica que el niño frecuentemente ve en la lesión y en su tratamiento un castigo.

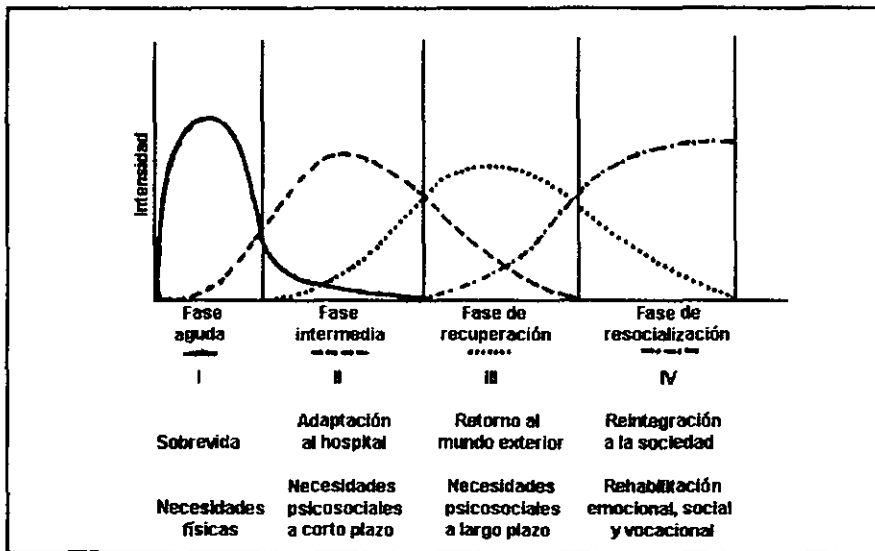
Un punto importante para los adolescentes, que responden a la lesión como un adulto, es el de la pérdida de control ya que el aspecto más significativo de la autoestima en un adulto o en un adolescente es el sentimiento de tener control sobre la situación de que se encuentran (Rosenberg, 1979, citado por Bedlin). En la unidad de quemados encuentra que casi todo está fuera de su control. Generalmente tienen que depender de otros para realizar actividades que estaban acostumbrados a hacer por sí mismos, además no puede interferir con el personal del hospital para administrarle el tratamiento indicado y está reducido a ser tan dependiente como un niño pequeño.

Lo anteriormente mencionado puede ser responsable de la conducta regresiva del adolescente y del adulto al sentirse incapaz de controlar la situación.

Los niños también pueden manifestar conductas regresivas, se hacen más dependientes y exigen mayor atención. Por ejemplo en ocasiones volverán a pedir el biberón que hace tiempo dejaron, también defecarán en la cama aunque estén bien entrenados en sus funciones corporales.



Los estudios sobre respuesta psicológica a quemaduras han definido tres fases de respuesta y adaptación a la hospitalización durante la etapa aguda: fase aguda, fase intermedia y fase de recuperación (Jorgensen & Brophy, 1975, citado por Bedlin). Se puede añadir una fase adicional denominada fase de resocialización que incluye el proceso de ajuste después de salir del hospital (Cooper, 1987). Las primeras tres fases se relacionan con las preocupaciones del paciente durante la hospitalización, según se muestran en la siguiente figura.



### FASE AGUDA

La fase aguda abarca el período inmediato posterior al accidente donde se produjeron las quemaduras y puede durar varias semanas. Es la fase médica crítica durante la cual la principal preocupación es la supervivencia. Complicaciones médicas como shock, desequilibrio electrolítico, edema e infecciones, comunes en quemaduras graves, pueden alterar el sensorio del paciente. Los síntomas incluyen confusión, delirio, hiperactividad y trastornos del sueño; con frecuencia asociados a patología orgánica cerebral. En general, el paciente está menos preocupado por las consecuencias a largo plazo de las lesiones en comparación a la supervivencia.

### FASE INTERMEDIA

La fase intermedia comienza cuando las condiciones iniciales del paciente se estabilizan; puede durar varias semanas o meses, según la extensión de las lesiones y las complicaciones subsecuentes. En esta fase, el paciente por lo general está consciente y percibe lo que ocurre a su alrededor. Se está adaptando a la rutina del hospital y muy pendiente de las necesidades psicosociales inmediatas como los tratamientos programados y las visitas de los familiares. Durante esta fase es frecuente que el manejo de la conducta se convierta en un problema.

### FASE DE RECUPERACIÓN

La fase de recuperación incluye el último periodo de la estancia hospitalaria y la primera etapa del periodo posterior al alta. La última parte de la hospitalización durante la fase aguda de las lesiones es una recuperación y rehabilitación inicial el cual consiste en terapia física y preparación para el alta. En este momento, las preocupaciones del paciente se orientan a enfrentar el mundo exterior. Debido a los cambios en el cuerpo, por el desfiguramiento y la invalidez, es frecuente un periodo de angustia y depresión a medida que el paciente inicia el proceso de reasumir su vida fuera del hospital.

### FASE DE RESOCIALIZACION

En condiciones ideales la fase de resocialización empieza durante la última parte de la hospitalización para tratamiento agudo de las lesiones si el paciente tiene la oportunidad de interactuar con otras personas dentro y fuera del hospital. Esta fase reviste características más agudas en el primer año después del alta cuando el paciente debe usar ropas para ejercer presión, cabestrillos y arneses para evitar contracturas en articulaciones y desfiguramiento grave. Sin embargo, esta fase puede prolongarse varios años y con frecuencia significa cirugía plástica reconstructiva para recuperar funciones y aspecto óptimos.

Se ha observado que cuanto más pronto el paciente retorne a las actividades de la vida cotidiana tiene mayores probabilidades de tener una adaptación positiva. Se tiende a sobreprotegerlos y sobre todo a los niños, pero la sobreprotección excesiva refuerza la idea en el paciente de su incapacidad, esto a su vez repercute en su autoestima e interferir con su recuperación.

Un aspecto muy importante que no podemos olvidar durante todas las fases de atención al quemado es suministrar la información respecto a lo que está sucediendo y la razón por la cual se realizan esos procedimientos. Durante la fase aguda e intermedia, aunque el paciente sufra regresión y casi no entienda lo que ocurre, la información que se le proporcione tanto al paciente como a su familia puede ser muy útil en el manejo de la conducta. En las fases de recuperación y resocialización, la información relacionada con el procedimiento para cuidado en el hogar, propósito de utilizar aparatos ortopédicos y trajes para hacer presión, necesidad de asistir a consulta externa periódicamente y si es requerido intervenciones quirúrgicas adicionales esto con el fin de ayudar al paciente y su familia a entender el proceso de recuperación y facilita una rehabilitación óptima (McLoughlin y col., 1979). Esta información debe presentarse, cualquiera que sea el nivel intelectual del paciente y sus allegados, en un lenguaje que puedan entender.

La familia también se ve envuelta en el problema de la quemadura y también pasa por estas fases. Inicialmente le preocupaba por la sobrevida y no de las implicaciones a largo plazo. Aunque se les da información acerca de las contracturas, de cicatrices deformantes, frecuentemente "no escuchan".

Como mencionamos anteriormente en la fase intermedia se originan casi todos los problemas de conducta en la sala de quemados. La conducta regresiva es la más común, por consecuencia es importante que familiares y personal del hospital entiendan a la regresión como un proceso normal. Es esencial reforzar la conducta madura, pero generalmente no concuerda con la realidad que se presente frecuentemente. La mayoría de las veces el paciente responde mejor si sus necesidades regresivas son satisfechas, por ejemplo, a través del contacto físico y generación de confianza; esto puede ser más apropiado para un niño. Además la familia está preocupada por lo que pasa en ese momento: operaciones quirúrgicas, el procedimiento del injerto, las dietas, etc..

Durante la fase de recuperación, antes de abandonar el hospital el paciente y su familia se preocupan, principalmente por el retorno al mundo exterior. Le prestan atención al aspecto del paciente y de sus funciones físicas. Puesto que al salir de este tienen que enfrentar el miedo y las preguntas de las personas. Tienen que reajustarse a sus actividades dentro del hogar y en general

de la vida cotidiana. Los cuidados deben de ser apoyados por consulta externa e incluir a un profesional de salud mental; esto con el fin de apoyarlos con los problemas que tengan al salir del hospital.

La ansiedad del regreso a la escuela y como serán recibidos por sus compañeros es particularmente intensa en adolescentes ya que en este tiempo es cuando están más conscientes de sus cuerpos, de sus relaciones con los compañeros y el desarrollo de la identidad sexual.

El proceso de resocialización incluye reintegrar al paciente y su familia al medio social y los ajustes emocionales a la lesión puede durar varios años. Los primeros dos años son los más difíciles de afrontar a causa del seguimiento requerido, necesidad de utilizar ropa para presión, ruptura recurrente de la piel, prurito, la tensión para reasumir las actividades normales y el estrés emocional para adaptarse a los cambios ocurridos. Las quemaduras graves pueden producir invalidez permanente, casi siempre pérdida de función en pies y manos pero no es frecuente que dejen incapacitado físicamente al paciente. Con el uso de férulas y trajes para presión se pueden evitar o reducir al mínimo las limitaciones por cicatrices y contracturas en articulaciones (Evans y col., 1968; Parks y col., 1978). Aunque los trajes para presión previenen la formación de cicatrices deformantes las quemaduras de espesor parcial profundo o espesor total siempre producen desfiguramiento permanente. También es importante que los padres entiendan la importancia de utilizar este tipo aditamentos y que los niños y adolescentes cooperen.

Una de las causas de estrés emocional entre los padres y otros miembros de la familia, es el sentimiento de culpabilidad. Al pensar la forma en como se hubiera prevenido el accidente y que han fallado en su función de proteger al menor. Este sentimiento de culpabilidad se puede agravar al ver el sufrimiento y saber que quedarán cicatrices.

Varios estudios de los ochentas con seguimiento a largo plazo de grupos mayores de adultos y niños revelan que el ajuste de adultos maduros y jóvenes quemados en la infancia no se ve influenciado de manera significativa por la gravedad de la lesión o por su sexo (Pilisuk & Froland, 1978, citado por Bedlin; Bowden & Feller, 1982; Knudson-Cooper, 1981b; Knudson-Cooper, 1980;

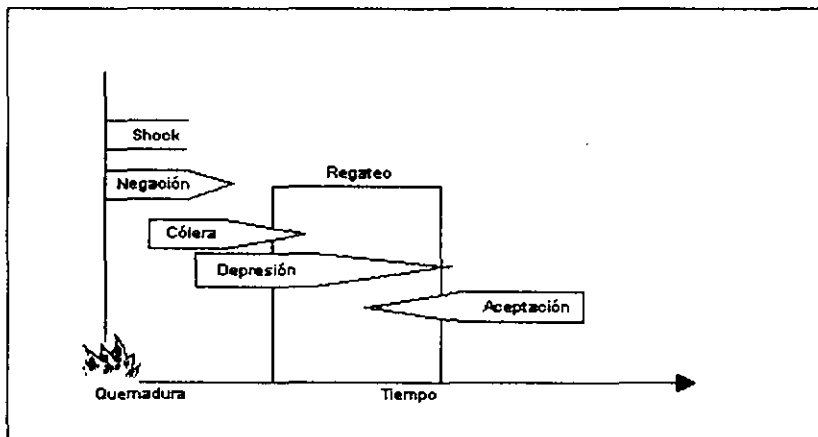
Knudson-Cooper y col., en prensa). En estos estudios, el apoyo social, en especial el familiar, resultó mejor para predecir el ajuste.

El proceso de ajuste incluye tres contextos relacionados entre sí, 1) gravedad de la lesión, 2) cumplimiento con las atenciones de seguimiento y 3) características previas a la quemadura del paciente y su familia. Se requiere investigación adicional para descubrir las relaciones entre ellas y cómo puede afectarse el resultado mediante intervenciones en ciertos momentos.

El estudio retrospectivo de 126 adultos jóvenes quemados en la infancia indicó que esta población tuvo, en general, buena adaptación social y emocional y autoestimación normal a los ocho años, como promedio, después de la quemadura (Pilisuk & Froland, 1978, citado por Bedlin; Knudson-Cooper, 1981b). La mayoría de los sujetos participaba activamente en la sociedad, según pudo juzgarse por sus tareas en varias organizaciones relacionadas con la familia, educación, problemas laborales, actividades comunitarias y para aprovechamiento del ocio. Sin embargo, los pacientes hicieron notar que encontraron muchos escollos en el camino, incluyendo la sensación de estar aislados y dificultad para iniciar o reingresar a la escuela, relaciones con amigos y tener citas o relaciones íntimas. Noventa por ciento de los entrevistados dijeron que la adaptación al desfiguramiento fue el aspecto más difícil del proceso. Este estudio demostró que el ajuste toma tiempo, se requiere de fortaleza interna y apoyo social es el factor predictivo de ajuste.

Los ajustes emocionales a las quemaduras implican cambios internos en el "autoconcepto" de la persona (concepto interno de sí mismo). El autoconcepto se desarrolla durante toda la vida y se forma a base de experiencias personales, incluyendo la reacción de los demás hacia uno (Coopersmith, 1967). Un factor central del autoconcepto es la "autoimagen" que es la manera en que una persona se concibe físicamente a sí mismo. Después de una quemadura grave, el cuerpo cambia y este cambio debe de integrarse a la imagen corporal y el autoconcepto de la persona (Goffman, 1963; McGregor, 1974). Para lograrlo, debe de aceptar el hecho de su importancia como persona a pesar de los cambios sufridos, sigue siendo una persona de mérito.

El proceso emocional mediante el cual tiene lugar esta aceptación fue llamado "de desesperanza" por Kubler-Ross y otros (Kubler-Ross, 1969; Parkes, 1975). Kubler Ross trabajó principalmente con pacientes agonizantes, pero dicho proceso se refiere al ajuste de cualquier pérdida emocional como divorcio, amputación, etc.. Este autor identificó seis etapas emocionales. Se pueden identificar en el paciente quemado y en su familia. Al principio hay una etapa de confusión emocional, en la cual nada parece ser real posteriormente tienden a negar que la lesión sea tan grave como parece. A continuación se presenta ira y culpa, cuando dice, ¿por qué a mí?, ¿por qué ahora?, ¿por qué mi niño?. Durante esta etapa, el niño y familiares reviven el accidente, tratan de imaginar como ocurrió y de que forma se hubiera prevenido. Pesadillas, accesos de ira irracional, dificultad para conciliar el sueño y para concentrarse son comunes, junto con irritabilidad, depresión y angustia extrema que en la actualidad se reconocen como parte del síndrome de estrés postraumático. Este trastorno casi invariablemente se presenta en los primeros meses siguientes a una quemadura y puede perdurar durante los años posteriores si el proceso de desesperanza no ha terminado. Este proceso emocional lo podemos apreciar en el siguiente esquema.



Las tres etapas anteriormente mencionadas tienden a presentarse una después de la otra, pero esto no significa que se mantengan sin retrocesos o avances, es decir, si el niño está deprimido no quiere decir que sea el fin de la negación o de la ira. La concertación o regateo significa condicionar la

aceptación con frases como: "quedaré después que me reconstruyan la nariz", "la cirugía plástica me dejará como antes de la quemadura" o "todas las cicatrices desaparecerán cuando yo crezca". Los pacientes con quemaduras, en especial los niños en etapa de crecimiento, frecuentemente requieren de prolongada cirugía reconstructiva y por lo tanto el proceso de ajuste puede prolongarse hasta por varios años debido a los frecuentes cambios en el desarrollo corporal.

Tenemos que la desesperanza es un proceso individual, el cual va a variar de acuerdo a los ajustes requeridos, el contexto social y la características propias del individuo. Por ejemplo, Vanderpool (1976, citado por Bedlin) observó que durante el proceso de desesperanza la expresión de las emociones se ven significativamente afectadas por la edad de la persona; en adultos jóvenes y adolescentes expresan más ira en comparación con niños de corta edad o personas mayores.

El proceso de ajuste emocional de una quemadura lleva mucho tiempo, este comienza en el periodo agudo de hospitalización y puede continuar por años. En general las quemaduras graves no dejan incapacidad física sino que el cambio más importante como resultado de la lesión son las cicatrices que el paciente llevará toda su vida. El punto central del ajuste emocional es el proceso de adaptación a ese cambio de desfiguramiento corporal.

Este proceso conlleva una modificación en la autoimagen del paciente. Esta autoimagen puede ser definida como la concepción interna de uno mismo basada en los propios sentimientos personales. La autoimagen de una persona se desarrolla a lo largo de la vida y forma con las experiencias de lo que esa persona puede hacer y de las reacciones de otras personas respecto a ella. El centro de la autoimagen es la imagen corporal, es decir, de qué manera cada persona se ve a sí misma físicamente. Una quemadura grave provoca cambios en el cuerpo del paciente, y estos cambios se integran a la autoimagen.

#### **CAPITULO 4. PRUEBAS PROYECTIVAS DE LA FIGURA HUMANA**

Freud utilizó el concepto de proyección en 1894, en su trabajo sobre Neurosis de ansiedad; en 1896, en su trabajo Las Neuropsicosis de defensa, y en 1911 en el caso Schreber. Introdujo el punto de vista estructural y dinámico en la ciencia psicológica. Como su concepto de defensa considerada ésta como un amplio modo de adaptación de la conducta, es absolutamente fundamental para el diagnóstico con las técnicas proyectivas. (citado por Bellak 1957).

Freud (1938), Healy, Bronner y Browsers (1930), definen la proyección como un proceso defensivo dominado por el principio del placer, por el cual el yo lanza sobre el mundo exterior deseos o ideas inconscientes que si penetraran en la conciencia, resultarían penosas para el yo (citado por Abt 1967 y Bell 1978).

El uso más amplio para el término de proyección, se ha dado en el campo de la psicología clínica en relación con las técnicas proyectivas, en donde se le presentan al examinado un numero de estímulos ambiguos y se le invita a responder a ellos.

En el presente estudio con el objeto de observar modificaciones o alteraciones de la imagen corporal de un grupo de niños quemados hospitalizados, se empleo una prueba proyectiva gráfica, es decir, dibujos a lápiz hechos en hojas blancas.

El campo de la interpretación de los dibujos proyectivos también descansa sobre varios postulados teóricos (Hammer, 1984):

- a) Existe en el hombre la tendencia de ver el mundo de manera antropomórfica, a través de su propia imagen, y esto facilita los aspectos proyectivos implicados en el dibujo de una persona, de una casa, de un animal, etc..



- b) La esencia de la visión antropomórfica del medio es el mecanismo de la proyección. La proyección se define como el dinamismo psicológico por el cual uno atribuye las propias cualidades, sentimientos, actitudes y esfuerzos a objetos del medio (personas, otros organismos, cosas). El contenido de la proyección puede ser o no reconocido por la persona como parte de sí misma.
  
- c) Las distorsiones forman parte de mecanismo de la proyección, siempre que: la proyección tenga una función defensiva, es decir, que esté al servicio de adscribir al mundo externo aquello que el sujeto niega de sí mismo.

Las técnicas proyectivas en los niños. Dado que los niños se encuentran en un proceso de desarrollo y que este desarrollo suele ser desigual, el diagnóstico se dificulta porque pueden aparecer como relevantes ansiedades y conflictos que corresponderían a diferentes momentos de desarrollo. Por esta razón, tratándose de niños es especialmente importante aplicar una batería de prueba.

Piotrowski (1952) observó que los productos artísticos fueron probablemente los primeros elementos que se encararon como proyecciones de tendencias conscientes e inconscientes de la personalidad.

En el campo psicopatológico, Lewis (1940) señaló la ventaja de los dibujos y la pintura sobre el material onírico, indicando que "a través de esta manera de objetivación, a menudo las dificultades inconscientes básicas de ciertos pacientes son traídas a la conciencia con mayor facilidad que mediante el análisis de sueños".

Dorken (1952) observa que la evaluación psicológica del arte gráfico ha sido, probablemente, la primera técnica proyectiva que se ha establecido.

Según palabras de Naumburg (1955) "los descubrimientos del psicoanálisis con respecto a la dinámica del inconsciente, así como el hallazgo del arte simbólico de las culturas prehistóricas y antiguas civilizaciones, ofrecieron una nueva perspectiva al significado y valor de los elementos inconscientes dentro de los aspectos simbólicos del dibujo".

Florence Goodenough (1942) ideó su escala de inteligencia, basada en el número de detalles que el examinado incluya en el dibujo. En ese momento, también se encontró que existen factores importantes de la personalidad que los cuales se proyectan en el dibujo del examinado.

Karen Machover (1949) basándose en muchos años de experiencia con dibujos de figuras humanas, fundamente su test del dibujo de una persona, en los dibujos de un hombre y una mujer, describe un método de evaluación que abarca aspectos estructurales del contenido del dibujo.

Para Anderson (1976) los dibujos de una persona revelan amplias dimensiones de su personalidad y fueron los trabajos de Goodenough los que determinan la elaboración y desarrollo del test de la figura humana, siendo la clave fundamental, la proyección de la imagen del cuerpo con sus implicaciones funcionales.

El dibujo de la persona representa la expresión de sí mismo, o del cuerpo en el ambiente, y lo que se exprese se podrá caracterizar como la imagen corporal.

Para Anderson cada órgano tiene un significado emocional específico ya que los impedidos muestran complejas reacciones ante su imagen corporal deteriorada. En cuanto un individuo se pone a dibujar a una persona se refiere necesariamente a todas las imágenes de sí mismo y de las demás personas que pueblan su mente, la imagen compuesta por la figura dibujada está íntimamente

ligada al propio Yo y sus ramificaciones. En consecuencia el sujeto dibuja no solo lo que ve sino lo que siente.

Schilder (1935) concibió una idea fundamental de la relación entre el concepto de sí mismo, su proyección en el dibujo y la potencia de este último como instrumento para revelar dinamismo interno que generalmente no puede evaluarse. Observó y describió a través de la literatura el uso de lo revelado por el contenido y la estructuración de los dibujos. Dedujo que en los dibujos había aspectos estructurales relativamente persistentes, que reflejan los elementos básicos de la personalidad. Esta clase de pensamiento creativo, que incorpora la teoría analítica, la proyección gráfica y la percepción gestáltica dentro de un concepto clínico, sirvió de base para una utilización verdaderamente estimable del dibujo de figuras como técnica proyectiva.

Cleveland y Fisher (1970) tomaron como supuesto la observación de que para los pacientes artríticos sus cuerpos están inconscientemente cubiertos de un duro caparazón externo que concibe como barrera a amenazas psicológicas y usan como defensa primaria: endurecer la musculatura externa. En cambio los pacientes con síntomas físicos que comprometen el interior del cuerpo como úlcera péptica, vivencian su superficie corporal como permeable y como un área defensiva inadecuada. Se aplicaron test proyectivos gráficos a pacientes de ambos grupos y se encontraron diferencias significativas, quedando fundamentada la hipótesis de la proyección de la imagen corporal en los dibujos.

Meyer Brown y Levine (1942) administraron el H.T.P. antes y después de operaciones. Todo se reflejaba en los dibujos (operaciones del oído, extirpación de seno, pérdida de un ojo, etc.) mediante indicadores de conflicto en el área operada. El sitio de la operación quedaba marcada ya sea por un sombreado excesivo, por borraduras, por tratamiento de la zona por líneas temblorosas, o porque se evitaba el área. La pérdida de un miembro o de un órgano sensorial en un lado del cuerpo se proyectaba en el mismo lado de la figura dibujada. Este

descubrimiento de la lateralidad anatómica y de su exactitud gráfica increíblemente coherente subraya la característica de autorretrato que poseen los dibujos proyectivos.

Bernstein (1955) señala que los pacientes con un C.I. medio o inferior, por lo general reproducen sus rasgos corporales. Si el individuo tiene la mano izquierda torcida se va a reproducir esta condición en la mano izquierda de la persona que dibuja. Por el contrario la capacidad de abstracción permite la representación en imágenes no especulares.

Se ha observado que las enfermedades fisiológicas y las incapacidades físicas se reproducen en el dibujo de la persona sólo cuando han influido en el concepto, que el examinado tiene de sí mismo, creando en consecuencia un área de sensibilidad psicológica. Además de defectos físicos, también se proyectan cualidades físicas y además del Yo físico se proyecta una imagen del yo psicológico.

Para Leopold Caligor (1960) la experiencia con dibujos de figuras humanas, le indujo a pensar que la riqueza del material insinuado sería más valioso si se pudiera descifrar progresivamente. Un solo dibujo dejaba muchas interrogantes sin contestar y presumiendo que el medio ambiente y la proyección del propio yo (el dibujo de la figura) no se pudiera evitar fácilmente ¿aparecerían expuestos rasgos adicionales del concepto de su propio yo?, ¿cuál sería la relación entre el grado de influencia ambiental y la cantidad y tipo de material expuesto?.

En 1947, Leopold Caligor comenzó a comprender que una serie de dibujos relacionados entre sí podría responder a algunos de esos interrogantes. Como resultado de muchos experimentos se llegó al método de obtener una serie de dibujos. Después que el individuo hubo terminado el dibujo, Caligor colocó una hoja de papel transparente sobre el mismo y le pidió que dibujara nuevamente

una persona. Eso dio al sujeto la oportunidad de agregar, sustraer, cambiar o dejar su dibujo como era originalmente. Se repitió siete veces; cada dibujo de la serie estaba relacionado con el que le precedía. Este método quedó convertido en el protocolo básico para el test de dibujo en ocho hojas: es simplemente un conjunto de ocho dibujos que se relacionan entre sí a menudo sorprendente por sus ramificaciones. Se comprobó y demostró luego la ventaja del TD 8H sobre el de un dibujo solo.

El alcance de la personalidad claramente definida en el TD 8H se comparó con el de un solo dibujo. La base de ambos fue la idea global del contenido y los aspectos estructurales. Se solicitó a tres psicólogos experimentados que valoraran mediante la técnica de análisis clínico, la presencia o ausencia de fuertes tendencias paranoides, tomando como base un solo dibujo y el 85% usando el TD 8H. Este estudio confirmó que el TD 8H podía ser valioso para el clínico, especialmente dentro de una batería de test.

## CAPITULO 5. INVESTIGACIONES PREVIAS

A continuación presentaré algunas de las investigaciones que se han realizado en relación al manejo del niño y adolescente que ha sufrido quemaduras.

Meyer, Blakeney, Holzer y Moore en 1995 publicaron el artículo **Inconsistencias en la evaluación psicosocial en niños después de quemadas severas**. Se evaluaron a niños que sufrieron quemaduras severas y había transcurrido por lo menos un año para evaluar posibles problemas de conducta. Este es el resumen de la investigación:

Los proveedores de cuidados de la salud generalmente hacen excepción de niños con quemaduras severas de los problemas psicosociales debidos a la severidad de los daños y las deformaciones resultantes. Para probar la validez de estas expectativas 72 niños (43 niños y 29 niñas) que habían sufrido quemaduras severas fueron evaluados en cuanto a problemas conductuales y de competencia por lo menos un año después del daño por quemadura, con el uso de los cuestionarios Achenbach de 1991: Evaluación de comportamiento infantil (CBCL), el autoreporte de la juventud, y la forma de reporte del maestro. Las calificaciones de cada cuestionario fueron comparadas por el uso de parejas de pruebas T. También las calificaciones de población de pacientes fueron comparadas con aquellas de las poblaciones de referencia no referidas provistas por Achenbach.

Comparado con la forma de reporte del maestro y el autoreporte de la juventud el CBCL reveló un mayor número estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ) de problemas conductuales y un menor nivel de competencia para todos los grupos de edad y ambos sexos. El análisis de ítems reveló en la mayoría de los casos apoyo excesivo de ítems específicos en todas las escalas para la población de pacientes comparados con sus grupos controles, pero fueron más ítems fueron apoyados en el CBCL. Estos resultados pueden ser explicados por

una mayor sensibilidad paterna a problemas de comportamiento o una competencia disminuida de sus hijos después de quemaduras severas. Estudios posteriores son necesarios para entender las discrepancias entre la CBCL y otras escalas.

En cuanto al cuidado y manejo Dorfmueller escribió un artículo en 1995 el cual se tituló **Manejo psicológico y cuidado posterior de pacientes severamente quemados**. Aborda la problemática del paciente que ha sufrido quemaduras y que en algunos casos sufre un cambio drástico en su estilo de vida. El tratamiento psicológico debe de iniciar al igual que el cuidado intensivo. Esto es lo que resume el autor:

El daño en la piel resultante de daños de quemaduras severas es frecuentemente diseminado y bastante profundo. Además de la lesión orgánica hay también daño psicológico. La estigmatización por cicatrices consecuentes y la función reducida por ejemplo de las manos, cuello y el área facial, las amputaciones lleva en los casos individuales no solo a un estrés incrementado en el trabajo, sino también un estrés físico emocional y social significativo. En algunos casos, esto resulta en cambios drásticos del estilo de vida, resultando aún en reacciones severas de estrés post-traumático. El tratamiento psicológico se inicia tan pronto como el periodo de cuidado intensivo, al tiempo que un paciente es entrenado para estar fuera del respirador, o cuando el paciente está completamente despierto, durante la preparación para la transferencia a la unidad normal o (de cuidado posterior), también en el tiempo cuando el paciente deje el hospital. El tratamiento es entendido primariamente como "intervenciones en crisis" y procede de acuerdo con todos los involucrados con la terapia, incluyendo al psiquiatra consultante, al fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional y el trabajador social. La ayuda del tratamiento psicológico es para ofrecer al paciente ayuda específica en su situación actual y es parte del complejo concepto de rehabilitación multidisciplinaria. Adicionalmente también se pretende prevenir severos síntomas a corto y a largo plazo, de estrés post-traumático. Los

accidentes térmicos durante el trabajo o en casa, incluyendo los intentos de suicidio en la mayoría de los casos involucran a pacientes que ya están sufriendo de psicosis o desordenes de personalidad crónica pacientes con alta ingestión de alcohol medicación y abuso de drogas, o situación conflictiva en sus ambientes sociales y de trabajo.

Este estudio lo realizaron Abdullah, Blakeney, Hunt y Broemling en 1994, con niños y adolescentes después de haber transcurrido de uno a seis años de haber sufrido alguna quemadura y quedar con cicatrices visibles o no visibles. Fueron evaluados con la Prueba de Piers-Harris. Con sus investigaciones dieron forma al siguiente artículo de **Cicatrices visibles y autoestima en pacientes pediátricos con quemaduras**. Aquí tratan la suposición frecuentemente hecha, de que las cicatrices visibles son más dañinas psicológicamente de lo que son las cicatrices por quemadura “escondidas”, pero existe poca evidencia para apoyar esa idea. Ellos compararon las autoevaluaciones de 28 niños y 21 niñas con quemaduras y la cantidad de visibilidad de la cicatriz, los niños tenían de 6 a 18 años en el momento de la quemadura y tenían del 15 al 99 % de SCTQ. Fueron evaluados de uno a 6 años después del daño por quemadura. Las niñas fueron un grupo similar. Tenían de 5 a 18 años en el momento de la quemadura y tenían del 15 al 94 % SCTQ. Fueron evaluados de 1 a 7 años después del daño por quemadura, todos los niños llevaron a cabo la evaluación con la escala de concepto de niños de Piers-Harris, evaluándose a sí mismos en el status intelectual y escolar, apariencia física, ansiedad, felicidad y satisfacción, y comportamiento y popularidad. Las calificaciones de estos parámetros fueron comparados contra las cicatrices “visibles” de cada niño como vistas en la cara, cabeza, cuello y manos. También se hicieron comparaciones con los números de necesidades reconstructivas en esa áreas. Correlaciones significativas inversas fueron encontradas en los niños. Conforme el número de cicatrices aumentó en éstas áreas las calificaciones del pacientes para apariencia física, y felicidad y satisfacción decrecieron ( $p < 0.001$ ). Otros parámetros psicológicos no fueron afectados. No hubo efecto por la edad del paciente, y no se encontraron



correlaciones significativas para el grupo de niñas. Los resultados enfatizan la importancia de la conciencia que tiene de quemados de que los supervivientes pediátricos de quemaduras pueden aparentar superficialmente estar ajustándose bien mientras están creando sentimientos de autodesprecio. Aquellos con cicatrices visibles necesitarán un apoyo especial para mejorar su autoestima.

Wallace (1993) habla acerca de los problemas psicológicos que experimentan los pacientes con quemaduras y que las enfermeras deben de participar en referir al paciente con un especialista, como veremos a continuación lo señalado en su artículo: **Cuidando a un adolescente con quemaduras**. El desarrollo de la imagen corporal es una parte integral del crecimiento psicológico de un adolescente. Los adolescentes quemados experimentan gran dificultad para reajustarse psicosocialmente después del daño, ya que no han formado aun su autoconcepto y sentido del valor propio. Los pacientes con quemaduras experimentan un rango de problemas psicológicos como consecuencia de la desfiguración. Estos incluyen depresión, fobias, insomnio, problemas sexuales, altas tasas de divorcio, delincuencia juvenil y status de empleo o académico disparado. Hay pocos artículos de investigación de cuidados que vayan dirigidos a los problemas psicosociales de los pacientes con quemaduras. Aún si las enfermeras no están capacitadas para aconsejar, deben ser capaces de reconocer problemas y referir a los pacientes a colegas con las habilidades apropiadas.

Este es un relato interesante donde Willis-Helmich, JJ. (1992) narra su propia vivencia en torno al accidente que sufrió y como logró aceptarse nuevamente así misma como persona. **Reclamando la imagen corporal: la quemadura escondida**. Esta es su historia: a la edad de 4 años, yo sufrí de un daño de quemadura mayor que dejó el 45% de mi cuerpo con cicatrices permanentes. La ropa normal cubre la mayoría de las cicatrices. Fui capaz de obtener una imagen corporal positiva a través de un proceso gradual de apertura verbal y corporal. Como adulto me uní a un grupo supervivientes de quemaduras;

como resultado de hablar con otros sobrevivientes de quemaduras mis autoespectativas aumentaron. Posteriormente me uní a un grupo facilitador, en el cual la desnudez y el crecimiento personal fueron la norma. En este grupo, yo era la única persona que había experimentado un trauma físico mayor. Yo reemplacé mis creencias fuertemente mantenidas de que los otros no podían aceptar mi cuerpo desnudo dañado por quemaduras con la creencia de que algunas personas pueden admitirlo, y llegué a un entendimiento personal de porqué otros no pueden. La diversión, ejercicios y relajación, llevaron a una reclamación de sentimientos positivos acerca de mi cuerpo desnudo, permitieron a mi femineidad y el carácter de mi imagen corporal emerger y volverse integrados.

Bernstein, NR., O'Connell, K., Chedekel, D. (1992) investigan **Patrones de ajuste de quemaduras** o tipos de ajuste. Este es el resumen del artículo:

Por muchos años, los profesionales en quemaduras han tratado de evaluar los surgimientos de daños por quemadura y los factores que están relacionados a buenos patrones de copiado con el proceso posterior al daño térmico. La mayoría de los escritores han tratado de usar criterios objetivos tales como el regreso al trabajo o problemas psicológicos pre existentes (por ejemplo el alcoholismo) para determinar el éxito de la rehabilitación, pero persiste mucha controversia sobre las formas de evaluación. Se ha acordado que la personalidad antisocial, los síndromes cerebrales orgánicos, y la falta de apoyo social minan la buena recuperación para los pacientes con quemaduras. Los autores han tratado de ver el lado subjetivo del ajuste del paciente dando ejemplos representativos de varios tipos de ajuste de quemadura en términos de figuras de personalidad, todos los cuales tienden a complementar otros acercamientos. El uso de la negación, los modos en los cuales la hostilidad es manejada por el paciente, y como él o ella usan a personas clave en el ambiente son examinados. Los estilos cognitivos, emocionales (afectivos) y conductuales de los pacientes son examinados como partes de este estudio piloto de patrones de grupos o tipos de ajuste.

Este estudio **Percepción de imagen corporal en niños con quemaduras, 5 años después del daño por quemadura**. Elaborado por Jesse, PO., Strickland, MP., Leeper, JD., Wales P. (1992) lo diseñaron para distinguir las diferencias de la imagen corporal de niños que han sufrido quemaduras y de los que no, en el cual emplearon la técnica del dibujo de la figura humana. Este es el resumen de la investigación:

Los daños por quemaduras y la consecuente desfiguración pueden colocar a los niños en un alto riesgo de disfunción psicológica. Si los profesionistas médicos están para ayudar al niño a lograr una resolución psicológica y aceptación del daño, deben de estar atentos al estadio de percepción de imagen corporal que el niño está experimentando. Este estudio fue diseñado para determinar diferencias en imagen corporal entre niños con quemaduras y niños sin quemaduras a través del uso de dibujos de la figura humana. El grupo experimental consistió en 32 niños con quemaduras de 5 a 15 años de edad, estudiados aproximadamente 5 años después del daño por quemadura. El grupo control consistió en 32 niños sin quemaduras, de 6 a 15 años de edad. Los sujetos en el grupo de quemaduras fueron comparados con los sujetos control por edad y sexo. No hubo diferencias significativas en imagen corporal con relación a cualquiera de las medidas demográficas excepto la edad. La edad fue relacionada inversamente a la imagen corporal tanto en pacientes con quemaduras como en sujetos control,

Beard SA., Herndon DN., Desai, M. en 1989 realizaron una investigación interesante de **Adaptación de autoimagen en niños desfigurados por quemaduras**, en la cual se tiene el seguimiento de seis niños durante dos años, en donde se puede apreciar cual es su adaptación. Tenemos el resumen a continuación:

El daño masivo por quemadura altera tanto la apariencia física como la habilidad funcional de los niños. El cuerpo cambiado necesita una alteración

concomitante de la autoimagen interna, incluyendo sentimientos acerca del yo interno o autoestima. Seis niños de edad escolar primaria están siendo seguidos en un estudio longitudinal de perspectivas, para rastrear su adaptación a la desfiguración por quemaduras. Los resultados de los primeros 5 años y medio revelan que, inicialmente, todos los niños desarrollaron una regresión en su desarrollo, acompañado por fobias, pesadillas y otros síntomas. Dos años después, la mitad de los niños regresaron al rango promedio del desarrollo. Para el 5to. año, 5 de los 6 niños habían regresado a un nivel promedio de desarrollo progresivo de la personalidad. El sexto niño estaba progresando bien considerando los déficit cognitivo y emocional antes del daño por quemadura. Un factor primario que influyó la adaptación pareció ser el papel del padre o padres en facilitar la adquisición de una autoimagen positiva y en el lanzamiento y mantenimiento de un control activo en los niños.

Este es un estudio muy completo elaborado por Orr, DA., Reznikoff, M., Smith, GM. en 1989 , cuyo título es **Imagen corporal, autoestima y depresión en adolescentes y jóvenes adultos con daños por quemadura**. En donde es ocupada toda una batería, en la que se trata de evaluar a sujetos después de haber transcurrido 10 años del daño por quemadura y se resalta la importancia del apoyo social. Este estudio fue conducido para aclarar los efectos de variables relacionadas con quemaduras (específicamente, edad en el momento de la quemadura, años pasados desde la quemadura, localización de la quemadura, y SCTQ), las variables demográficas y de apoyo social percibidos en el ajuste psicológico después del daño dentro de una muestra bien definida. Los sujetos fueron 121 pacientes, actualmente de 14 a 27 años de edad quemados en los últimos 10 años. Completaron lo siguiente: medida diferencial semántica de imagen corporal, escala de autoestima de Rosenberg, inventario de depresión de Beck, inventario social percibido-amigos, e inventario social percibido- familia. La edad media de los sujetos fue de 17.8 años; SCQT fue de 27.3%, con el 75% de los sujetos teniendo quemaduras en un área visible o socialmente sensible. Los análisis de regresión correlativa y múltiple mostraron que los sujetos que

percibieron más apoyo social (amigos más que la familia) tuvieron imágenes corporales más positivas ( $p < 0.01$ ), mayor autoestima ( $p < 0.01$ ), y menos depresión ( $p < 0.01$ ) que otros, con un impacto significativo de las diferencias en género de los sujetos.

Stoddard, F.J., Norman DK., Murphy JM., Beardslee, WR. en 1989. Realizaron un estudio de **Presentación psiquiátrica de niños y adolescentes quemados**, basado en el DSM-III, en donde se compararon 30 niños del grupo experimental y de igual número así como características semejantes del grupo control. Esto es lo que encontraron los autores:

Los avances médicos y quirúrgicos recientes permiten que muchos pacientes severamente quemados sobrevivan cuando formalmente hubieran muerto. La evaluación de las presentaciones psiquiátricas con estos pacientes puede proveer maneras de medida de efectos de los métodos de cuidado de quemaduras agudas en la posterior calidad de vida, especificar más exactamente sus necesidades emocionales durante la rehabilitación, y estimular la investigación posterior, 30 niños de 7 a 19 años de edad con quemaduras severas son comparados con 30 sujetos no quemados de igual edad y sexo, y status marital de los padres de acuerdo con los criterios DSM-III. Los niños quemados tuvieron niveles significativamente más alto de desorden de ansiedad, fobia y enuresis pero tuvieron las mismas tasas de desordenes depresivos presentes.

Konigova, R., Pondelicek, I. De septiembre de 1980 a abril de 1985 fueron monitoreados 143 casos por medio de una batería de pruebas cuestionarios de psicodiagnóstico. El resultado de esta investigación se dieron a conocer en 1987 en el siguiente artículo **Aspectos psicológicos de las quemaduras**. Introdujeron la calificación de 4 "grupos" conductuales en una escala de 5 puntos expresando diferentes niveles de comportamiento. Las quemaduras han probado ser desórdenes psicósomáticos. Fue encontrada una relación con la generación imperativa del mecanismo de negación en personas cuyas quemaduras son de

una naturaleza más seria. La investigación en la psique en pacientes con desfiguración de una parte visible del cuerpo han mostrado que causan la desintegración del esquema corporal y altera la autorepresentación individual del quemado. El "síndrome de cara desfigurada" es comparado con la "neurosis de carácter" en pacientes con quemaduras.

El soportar un daño por quemaduras un experiencia devastante y dolorosa. Después de que las preocupaciones agudas han sido tratadas, el apoyo continuo del niño y de la familia es importante para lograr un suave retorno a las actividades normales, por lo que Rosenstein en 1987 publicó **Un programa de reingreso a la escuela para niños quemados. Parte I: Desarrollo e implementación de un programa de reingreso a la escuela.** En donde señala que los reportes de pacientes quemados para los cuales la terapia física era una preocupación, identificaron la necesidad de involucrar la terapia física en el reingreso escolar para facilitar una continuación de la rutina escolar normal. El involucrar la terapia física en la reingreso escolar ha sido exitosa y recompensante con un compromiso razonable de fuerza humana. La utilización de personal en la estructura administrativa del estado y los sistemas locales escolares promovió la aceptación del programa por personal escolar local. Aunque este programa es diseñado para cumplir las necesidades de niños quemados, las metas del programa de reingreso escolar puede cumplir necesidades similares de niños con otras enfermedades crónicas.

Constable, J.D., Bernstein, N.R., Sheehy, E. (1979), hacen un estudio de las **Expectativas irracionales que afectan la rehabilitación en pacientes reconstructivos.** Ellos observaron que a pesar de la preparación cuidadosa y la instrucción repetida, un número de pacientes continúan teniendo ideas fijas y alusivas acerca de ellos mismos, sus imágenes corporales, y los resultados que desean de la cirugía. Estos deseos con frecuencia no son lógicos, derivan de experiencias personales de los pacientes, y no están relacionados con el grado real de deformidad o las reacciones objetivas que otra gente tiene a esos

defectos. Los autores tratan de examinar y de describir varios casos específicos de estos problemas, junto con los mecanismos psicológicos que los subyacen y las diferentes maneras en las cuales tal comportamiento puede ser manejado por el cirujano estético.

Es preocupante que las investigaciones anteriores se hayan realizado ya que el niño o adolescente han sido dados de alta y no dentro del hospital que es en donde realmente comienza la rehabilitación.

## II METODO

### 1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

*¿Que factores son los que determinan en el niño quemado su imagen corporal?*

Cualquier hospitalización, por simple que sea el motivo, puede resultar traumática y aterradora para un niño. Y tratándose de una quemadura grave el impacto psicológico puede ser aún mayor. Porque es separado de su ambiente familiar por otro desconocido, en el tiene que convivir con personas extrañas, otros niños quemados y es sometido a diversos tratamientos que en general resultan dolorosos como es el baño, las curaciones, procedimientos quirúrgicos, entre otros. El niño es sometido a estos procedimientos sin previa información o con información inadecuada. En la mayoría de las ocasiones el niño tiene que permanecer en posiciones incómodas y ejercitar los miembros afectados, lo cual le produce dolor. Este cambio traumático y repentino para el cual el niño no posee ninguna destreza, desencadena en él regresión, ira, miedo, depresión y ansiedad (Breslin, 1975; Galdston, 1972).

Es importante el estudio de la imagen corporal en niños que han sufrido quemaduras de distinto grado en el cuerpo porque dependiendo del lugar donde se localicen éstas posiblemente modificarán la forma en que el niño se percibe así mismo.

El pasar por la experiencia de quemarse tiene repercusiones tanto físicas como emocionales. Se ha considerado como un trastorno severo y uno de los traumas más graves que puede pasar una persona (Wernik, 1983; Achterberg y Kenner, 1988; Lindeman, 1944).

En algunos casos tienen que pasar un tiempo internados en el hospital alejados de su entorno familiar, dependiendo del grado, porcentaje y parte del cuerpo abarcada, sufren dolores, desfiguración, en ocasiones pérdida de algún miembro y una larga convalecencia. La estatura, la fuerza y el atractivo desempeñan cierto papel en la adaptación social del niño. Por éstas razones es importante ver el grado en que afecta al niño su imagen corporal y esto se



espera sirva como una ayuda para el tratamiento terapéutico posterior, porque la incidencia de problemas psicológicos en los pacientes con quemaduras es bastante alta durante el período de hospitalización (Wernik, 1983).

Desafortunadamente en México no se tienen estadísticas de la magnitud de este problema en la población en general y menos en niños. Sin embargo hay hospitales que atienden éste tipo de casos y tienen estadísticas elaboradas. En el Hospital Pediátrico de Xochimilco se atiende a este tipo de pacientes y aproximadamente ingresan unos 15 niños al mes, y se trabaja con unos 50 niños mensualmente contando las consultas internas y externas. Entre los 10 y 14 años de edad, las niñas sufren más accidentes por quemaduras. Señala la Dra. Padrón (1991) que en el 60% de los casos la causa principal de la quemadura ha sido la escaldadura (líquidos calientes) y segundo es el fuego directo.

En el Hospital Pediátrico de Tacubaya, atienden a niños con quemaduras, las estadísticas de 1990 arrojaron la siguiente información: En 1990 ingresaron 340 teniendo mayor incidencia los niños entre un año a catorce años de edad; los de más baja incidencia menores de un año y mayores de quince años de edad. Las quemaduras por escaldadura sigue siendo la principal causa, la estancia del paciente se prolonga en relación a la profundidad y porcentaje de la superficie corporal quemada, las más frecuentes son de segundo grado superficial y profundo, es una de las causas de mortalidad intrahospitalaria con un 33% del total de pacientes fallecidos (Fiorentini 1993).

Como podemos darnos cuenta este es un grave problema, ya que el D.F. siendo una inmensa ciudad no cuenta con los servicios necesarios para dar tratamiento a niños con lesiones térmicas. La investigación que se ha hecho al respecto en cuanto a la repercusión psicológica en el menor, lamentablemente en México es casi nula, en otros países se ha hecho investigación pero generalmente es en niños o adultos que ya han sido dados de alta.

La importancia de esta investigación de la imagen corporal en el menor que se ha quemado, es que se realiza cuando aún el menor está hospitalizado y podemos tener datos que nos serán de utilidad en su intervención psicológica. Finalmente para entender la magnitud del problema solamente en 1997 reportó el

IAINQ más de 2100 pacientes atendidos, entre internos y externos en las unidades de Xochimilco y Querétaro (Anexo 1).

## **2 HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS**

**Ho<sub>1</sub>** No hay relación entre la zona afectada y la imagen corporal.

**Ho<sub>2</sub>** No hay relación entre el porcentaje del área afectada y la imagen corporal.

**Ho<sub>3</sub>** No hay relación entre el grado de la quemadura y la imagen corporal.

**H1<sub>1</sub>** Si hay relación entre la zona afectada y la imagen corporal.

**H1<sub>2</sub>** Si hay relación entre el porcentaje del área afectada y la imagen corporal.

**H1<sub>3</sub>** Si hay relación entre el grado de la quemadura y la imagen corporal.

## **3 VARIABLES**

Variables independientes: Zona, Grado y Porcentaje.

Variable dependiente: Imagen corporal.

## **4 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES**

**Grado de quemadura:** cuanto más profunda es la lesión térmica. (Mecanismos de reparación y regeneración tisular, 1994)

**Imagen corporal:** El esquema corporal es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo. Y podemos llamar a esta imagen, imagen corporal. (Schilder, Paul. 1950).

**Porcentaje:** Asignación de valores porcentuales a las diferentes áreas corporales. (PAES 1996).

**Zona:** Área afectada por la quemadura.

## **5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES**

Grado: 1ero. abarca epidermis, 2do. hasta tejido subcutáneo y 3er. hasta hueso, está acompañada al rededor por quemaduras de 1ero. y 2do. grado.

Imagen corporal: Será medida con la prueba de las 8 hojas de Caligor.

Porcentaje: Basado en la cédula para valoración de quemaduras de Lund y Browder.

Zona: Parte del cuerpo afectada, cara, cabeza, cuello, hombros, tronco, miembros inferiores y superiores.

## **6 SUJETOS**

La muestra total se constituyó por 62 niños, sus edades fluctuaron entre los 8 y 15 años de edad.

La submuestra 1 (grupo experimental) fue de 31 niños quemados que fueron internados en el Hospital Pediátrico de Xochimilco y recibieron apoyo del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado con sede en este Hospital.

Para poder tener acceso a esta población tuve que integrarme durante 2 años y medio al equipo de trabajo del Instituto, ya que la mayoría de los accidentes por quemadura suceden en menores de 5 años y en un menor porcentaje en niños de edades subsecuentes.

La aplicación de la prueba a la submuestra 2 (grupo control), que fue conformada por 31 niños, se hizo en escuelas cercanas al Hospital, ya que el tipo de población es similar. Éstas fueron la escuela primaria Xochimilco y la Escuela secundaria diurna 107 Xochimilco.

Ya que ambas poblaciones son de nivel medio a bajo, es decir que sus ingresos son de 1 a 5 salarios mínimos, esto se determinó por una ficha (ver anexo 2 y criterios de calificación)

## **7 MUESTREO**

El tipo de muestreo es de tipo no probabilístico intencional. Esto es porque la muestra está conformada por la totalidad de los niños que ingresan al Hospital, con las características anteriormente señaladas.

## **8 TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo porque todavía no contamos con la información específica acerca de este tipo de problemática en niños hospitalizados.

De campo porque no tenemos un total control de las variables extrañas y como no se tiene acceso a toda la población sólo podremos generalizar a la muestra.

Transversal porque solo se tendrá contacto momentáneo con la población sin tener seguimiento de esta.

## **9 DISEÑO**

El tipo de diseño es ex post facto, porque el grupo experimental ya estuvo expuesto a una lesión térmica y el grupo control no. Esto es para establecer el efecto de la quemadura, además que no hubo manejo de variables.

## **10 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Se aplicó la prueba de las 8 hojas de Caligor. Se considera que este instrumento es el más idóneo por el tipo de investigación que se realizó, porque se observa de una forma más tangible si hay o no modificaciones o alteraciones en los dibujos y en que parte, y si esto tiene relación con el área afectada.

El material para el TD8H se compone de ocho hojas de papel cuyas medidas son: 21.5 X 28 cm., de las cuales una es de papel bond y las siete restantes son de papel cebolla, el cual se transparenta, sujetas en forma de block o cuadernillo, a una base de cartón de las mismas medidas, lápices del No. 2 y goma.

En 1947, como resultado de muchos experimentos, se llegó al método de obtener una serie de dibujos. Después de que la persona hubo terminado el dibujo, Caligor colocó una hoja de papel transparente sobre el mismo y le pidió que dibujara nuevamente una persona. Eso dio al sujeto la oportunidad de agregar, substraer, cambiar, o dejar su dibujo como era originalmente. Se repitió siete veces; cada dibujo de la serie estaba relacionado con el que le precedía. Este método quedó convertido en el protocolo básico para el test de dibujo de 8 hojas: es simplemente un conjunto de ocho dibujos que se relacionan entre sí. Entonces fue evidente que el TD8H ofrecía una riqueza de contenido dinámico relacionado entre sí.

El alcance de la personalidad claramente definida en el TD8H se comparó con el de un solo dibujo. La base de ambos fue la idea global del contenido y los aspectos estructurales. Se solicitó de tres psicólogos experimentados que valoraran, mediante la técnica del análisis clínico, la presencia o ausencia de fuertes tendencias paranoides en un solo dibujo y en el protocolo del TD8H (todos los dibujos fueron realizados por esquizofrénicos paranoides hospitalizados). Los psicólogos determinaron que el 25% de ellos mostraban fuertes tendencias paranoides, tomando como base un dibujo y el 85% usando el TD8H.

## **11 PROCEDIMIENTO**

Se aplicó en el Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado con sede en el Hospital Infantil de Xochimilco, en un consultorio que tiene luz apropiada y escritorio.

La forma de aplicación fue individual y se hizo en una sola sesión.

Las instrucciones que se le dieron al niño para realizar la prueba son las siguientes:

Instrucciones para el primer dibujo: Dibuja a una persona entera.

Instrucciones para el dibujo 2 a 8: Puedes hacer lo que quieras con esta figura de persona. Al dibujarla puedes agregar algo, quitarle algo, cambiarla o dejarla como está. Solamente deberás hacer otra vez un dibujo de una persona entera.

Se pidió la autorización de los médicos y familiares de los menores para poder desarrollar este estudio. Así como se hicieron los tramites pertinentes para la aplicación de la prueba al grupo control en las escuelas. Se administró en una sola sesión en un salón con buena iluminación y con escritorio. Me permitieron realizarlo en las horas que tenían taller los alumnos de secundaria y en la primaria los profesores permitían que sus alumnos salieran en el horario asignado.

## 12 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para determinar la existencia de una correlación significativa entre las variables de superficie corporal quemada y la distorsión de la imagen corporal. Se cuantificó con la cédula para valoración de quemaduras de Lund y Browder. La distorsión de la imagen corporal se obtendrá de la calificación de la prueba de las 8 hojas de Caligor. La cual de acuerdo al tipo de calificaciones que maneja a estas se les asignó un numero para un mejor manejo estadístico, quedando de la siguiente manera : (++) 1 (+)2 (-) 3 ( - -) 4 (()) 5. A continuación mostramos las treinta y seis características que se valoran de cada dibujo.

Características	Abreviatura
Acentuación de la anatomía	Acenana
Altura de la figura	Altfig
Ángulo del cuerpo	Angcuer
Continuidad: aprovechamiento del dibujo	Aprodib
Arte	Arte
Borrado	Borrado
Continuidad: movimiento – reposo	Comore
Composición de la página	Compag
Continuidad: superposición de contornos y superficies del cuerpo	Continu

Relleno del cuerpo: densidad	Cuerden
Relleno del cuerpo: minuciosidad	Cuermin
Relleno del cuerpo: tipo	Cuertip
Figura entera o parcial	Figent
Fondo: cantidad	Fondcan
Fondo: tipo	Fondtip
Fondo: número de dibujos	Fonndi
Frente de la cabeza	Frecab
Fuera de margen	Fuermar
Colocación: izquierda – centro – derecha	LCR
Calidad de líneas: presión	Linpres
Calidad de líneas: refuerzo	Linref
Calidad de líneas: temblor	Lintemb
Calidad de líneas: tipo	Lintip
Calidad de líneas: unión	Linuni
Madurez física	Madfis
Ojos: especificación de detalles	Ojos
Omisión de partes del cuerpo	Omipar
Posición del cuerpo	Poscuer
Proporciones del cuerpo: altura	Procual
Proporciones del cuerpo: anchura	Procuan
Sexo de la figura	Sexfig
Simetría: dimensión horizontal	Simdhor
Simetría: distancia desde la línea del centro hacia la derecha e izquierda	Simdist
Colocación: arriba – centro – abajo	TCB
Transparencias evidentes	Transp
Vestimenta: cantidad	Vescant

El coeficiente de correlación de rango de Spearman, es una medida de asociación que requiere la cuantificación de ambas variables, medidas por lo menos en una escala ordinal, de manera que los objetos o individuos en estudio puedan colocarse en dos series ordenadas.

$$r_s = 1 - \frac{T6}{n(n2 - 1)}$$

La prueba de la U de Mann-Whitney para muestras grandes, con esta podemos comprobar la diferencia entre dos medias en dos muestras independientes. Por el teorema de límite central, una muestra grande tiende a distribuirse en forma normal, por lo que podrá utilizar el estadístico Z, definido por  $\sum R_x$  y  $n_x$ ,  $n_y$ , y un factor de corrección (.05).

$$Z = \frac{\sum R_x - 0.5 [n_x(n_x + n_y + 1)]}{\sqrt{\frac{n_x n_y (n_x + n_y + 1)}{12}}}$$

Valores positivos de Z implican que  $x > y$

Valores negativos de Z implican que  $x < y$



### 13 RESULTADOS

Para el análisis de datos se tomaron en cuenta el primer, cuarto y octavo dibujo, por que se pueden tener más palpables los cambios que se dieron en estos (ver anexo3) . Los datos estadísticos están en las tablas 1 y 2.

En el 1er. dibujo tenemos que ha mayor porcentaje de SCTQ la expresión artística es primitiva es decir hay incapacidad para dibujar las partes del cuerpo, por ejemplo líneas rectas en vez de curvas, falta de cuello o indicación del mismo. A mayor porcentaje de quemadura en la cara y cuello, hay más de una interrupción en el contorno del cuerpo, lo cual permite al lápiz ir de afuera hacia adentro del contorno sin cruzar una línea; a menor área afectada en cara, presentan algún rasgo de temblor en una tercera parte del cuerpo. En cuello, la proporción entre la anchura del cuerpo y de la cabeza fue que esta fue tan ancha como el cuerpo o más ancha que él, hubo menor indicación de vestimenta y la madurez física fue menor en los dibujos.

En los niños que se quemaron las extremidades se encontró lo siguiente: La expresión artística es primitiva, la altura de la figura es de 7.6 cm en promedio, transparencias evidentes, en la simetría en dimensión horizontal hay diferencias en la concordancia de las partes del cuerpo que normalmente son simétricas, la simetría distancia señala la concordancia de las distancias a derecha e izquierda de las partes del cuerpo normalmente equidistantes de la línea del centro, se encontró la diferencia de más de una unidad en las distancias, sin embargo el ángulo del cuerpo no fue afectado. Utilizaron menos líneas de referencia y en la unión de las líneas ésta fue común ya que tuvieron de 3 a 4 pequeñas interrupciones con tendencia a ser perfecta, es decir, sin dejar algún espacio en el contorno.

En cuanto a los que se quemaron en la espalda y tronco tienden a hacer menos dibujos de fondo o indicaciones de este, la madurez física de los dibujos fue menor y la proporción del cuerpo en cuanto a anchura también resultó afectada, es decir la cabeza es igual o más ancha que el cuerpo.

En el cuarto dibujo, si es menor el porcentaje de SCTQ la cabeza se encuentra orientada en diferentes direcciones con excepción de estar hacia el

frente y con un promedio del 6% de SCTQ no está indicada claramente la posición del cuerpo. Ha mayor SCTQ tienden a omitir secciones del cuerpo y ha hacer las líneas más oscuras.

Los niños que se quemaron extremidades, omiten más partes del cuerpo, las diferencias de simetría distancia fueron mayores, la posición del cuerpo también resultó afectada, las figuras son dibujadas con contornos, superficie y proporciones corpóreas idénticos o muy parecidos, no hay indicaciones de movimiento. Los que tienen afectado el pie izquierdo; la cabeza no está orientada hacia el frente, está centrada la figura, tienden a no aprovechar el dibujo, es decir, usan pocas partes del dibujo anterior para integrar el que le sigue; los afectados en la mano derecha tienen más indicaciones de borrado.

Los que resultaron afectados en cara, hacen las líneas más oscuras y recargan con mayor fuerza el lápiz, la posición del cuerpo tendió a ser recta; en cuello, en las líneas de unión tenemos espacios, omitieron menos partes del cuerpo, la simetría en dimensión horizontal fue menor.

En el octavo dibujo el porcentaje de SCTQ influyó en que en algunos dibujos la cabeza no mirara al frente. Los afectados en cara y cuello, hacen sus dibujos con más espacios en los ángulos o vueltas que son difíciles de hacer sin levantar el lápiz, los trazos son largos de 19 mm. o más, la altura de la figura es de 7.6 cm. o menor o inclasificable debido al aprovechamiento del dibujo anterior. El área afectada solo en cuello influyó en la angulación del cuerpo, además el arte fue más primitivo. En tronco, la acentuación anatómica fue menor. Espalda la proporción del cuerpo anchura, resulta que la cabeza fue igual o más ancha que el cuerpo.

En el pie izquierdo, la posición del cuerpo está más afectada y la cabeza no está orientada hacia el frente, tienden a no salirse del margen. Hay más indicaciones de borrado cuando está afectada la mano derecha y es menor la proporción entre la altura de la figura completa y la cabeza. Las figuras han sido dibujadas con contornos, superficie y proporciones corpóreas idénticos muy parecidos, se notan más líneas de presión en niños con daño en el brazo derecho, en cambio en menor proporción sucede esto con los que tienen daño en

pierna derecha, finalmente dibujaron a personas que no pasaban de la pubertad los que tenían afectado el pie derecho.

Tabla 1

**CORRELACION DE LAS DIFERENTES VARIABLES DE LA PRUEBA DE CALIGOR CON: ZONA, PORCENTAJE Y GRADO DE QUEMADURA**

VARIABLES	VALORES	VARIABLES	VALORES	VARIABLES	VALORES
Altfig1 Manoder	$\rho = .3781$ $\alpha = .036$	Comore4 Manoizq	$\rho = .6928$ $\alpha = .000$	Omipar44 Manoizq	$\rho = .3588$ $\alpha = .047$
Arte1 Porquem	$\rho = .4579$ $\alpha = .010$	Continu4 Brazder	$\rho = .4713$ $\alpha = .007$	Poscuer4 Pieizq	$\rho = .7153$ $\alpha = .000$
Arte1 Espalda	$\rho = .3584$ $\alpha = .048$	Continu4 Brazizq	$\rho = .3664$ $\alpha = .043$	Simdist4 Pieizq	$\rho = .5817$ $\alpha = .001$
Linuni1 Cara	$\rho = .4733$ $\alpha = .007$	Figent4 Porquem	$\rho = .3620$ $\alpha = .045$	Borrado8 Manoder	$\rho = .4512$ $\alpha = .011$
Linuni1 Cuello	$\rho = .4636$ $\alpha = .009$	Frecab4 Pieizq	$\rho = .8154$ $\alpha = .000$	Continu8 Brazder	$\rho = .3565$ $\alpha = .049$
Simdhor1 Brazder	$\rho = .4385$ $\alpha = .014$	Linpres4 Cara	$\rho = .4804$ $\alpha = .006$	Frecab8 Pieizq	$\rho = .6366$ $\alpha = .000$
Simdist1 Pieizq	$\rho = .3699$ $\alpha = .041$	Linpres4 Porquem	$\rho = .4455$ $\alpha = .012$	Lintip8 Cara	$\rho = .3602$ $\alpha = .047$
Transp1 Brazder	$\rho = .3898$ $\alpha = .030$	Linuni4 Cuello	$\rho = .3531$ $\alpha = .051$	Lintip8 Cuello	$\rho = .3617$ $\alpha = .046$
Transp1 Brazizq	$\rho = .5973$ $\alpha = .000$	Omipar43 Brazder	$\rho = .4743$ $\alpha = .007$	Omipar85 Pieizq	$\rho = .3881$ $\alpha = .031$
Borrado4 Manoder	$\rho = .5913$ $\alpha = .000$	Omipar43 Manoder	$\rho = .4163$ $\alpha = .020$	Poscuer8 Pieizq	$\rho = .6222$ $\alpha = .000$

Comore4 Manoder	$\rho = .4690$ $\alpha = .016$	Ompar43 Manoizq	$\rho = .4743$ $\alpha = .007$	Procuan8 Espalda	$\rho = .3610$ $\alpha = .046$
Angcuer1 Pieizq	$\rho = -.3742$ $\alpha = .038$	Aprodib4 Pieizq	$\rho = -.3668$ $\alpha = .042$	Angcuer8 Cuello	$\rho = -.3814$ $\alpha = .034$
Fonndi1 Espalda	$\rho = -.3582$ $\alpha = .048$	Frecab4 Porquem	$\rho = -.4908$ $\alpha = .009$	Arte8 Cuello	$\rho = -.4381$ $\alpha = .014$
Linref1 Pieizq	$\rho = -.4525$ $\alpha = .011$	LCR4 Pieizq	$\rho = -.3779$ $\alpha = .036$	Continu8 Pieder	$\rho = -.3826$ $\alpha = .034$
Lintemb1 Cara	$\rho = -.4267$ $\alpha = .017$	Ompar45 Cuello	$\rho = -.4422$ $\alpha = .013$	Frecab8 Porquem	$\rho = -.4654$ $\alpha = .017$
Linuni1 Pieder	$\rho = -.4114$ $\alpha = .021$	Poscuer4 Cara	$\rho = -.4142$ $\alpha = .021$	Fuermar8 Pieizq	$\rho = -.5250$ $\alpha = .002$
Madfis1 Cuello	$\rho = -.5117$ $\alpha = .003$	Poscuer4 Porquem	$\rho = -.4894$ $\alpha = .005$	Linpres8 Brazder	$\rho = -.3545$ $\alpha = .050$
Madfis1 Tronco	$\rho = -.5106$ $\alpha = .003$	Simdhor4 Espalda	$\rho = -.3693$ $\alpha = .041$	Madfis8 Pieder	$\rho = -.4611$ $\alpha = .009$
Procuan1 Cuello	$\rho = -.4674$ $\alpha = .008$	Acenana8 Tronco	$\rho = -.4467$ $\alpha = .012$	Procual8 Manoder	$\rho = -.4039$ $\alpha = .024$
Procuan1 Tronco	$\rho = -.4232$ $\alpha = .018$	Altfig8 Cara	$\rho = -.3850$ $\alpha = .032$		
Vescant1 Cuello	$\rho = -.4250$ $\alpha = .017$	Altfig8 Cuello	$\rho = -.4468$ $\alpha = .012$		

$\rho$  = Correlación

$\alpha$  = Nivel de Significancia

En la comparación entre el grupo experimental y control tenemos las siguientes diferencias significativas que también se pueden apreciar en la tabla 2.

#### 1er. dibujo

Las figuras del grupo control (G.C.) fueron mas grandes en comparación con el grupo experimental (G.E.), en cuanto a expresión artística esta fue común y en el G.E. fue primitiva, es decir, hay incapacidad para dibujar la forma de las partes del cuerpo, por ejemplo, líneas rectas en vez de curvas, fusión de cabeza y torso, entre otras. El relleno del cuerpo se refiere al sombreado y detalle en el trazo de la superficie que se encuentra dentro del contorno de este, excluyendo la cabeza y el cuello; el G.C. tiene mejor definidas estas características, las cuales se dividen en: Tipo que abarca los detalles de la delineación de la vestimenta y anatomía, la Minuciosidad valora el grado de prolijidad en el relleno y la densidad indica el grado del relleno del cuerpo. La presión en las líneas del dibujo fueron mayores en el G.E., así como el temblor de estas y sin embargo sus líneas fueron más continuas. Tiende el G.C. a hacer dibujos con una mayor madurez física. El G.E. omitió más partes del cuerpo, generalmente sus dibujos son hechos en el centro y un poco hacia arriba de la página, finalmente tiene transparencias más evidentes.

#### 4to. dibujo

El G.C. en comparación con el G.E., lo aventaja en: altura de la figura, expresión artística, dibuja una figura principal completa, minuciosidad, densidad, cantidad de fondo, refuerza más algunas partes del cuerpo, es mayor la madurez física, en proporción del cuerpo y altura, predomina la figura masculina, hay concordancia en la colocación sobre planos horizontales y de las partes del cuerpo que normalmente son simétricas y equidistantes, tienen más indicaciones de vestimenta. El G.E. tiene un mayor aprovechamiento del dibujo anterior, es decir, usa una o varias partes del dibujo precedente para integrar el dibujo que le sigue, sin reproducirlas; en comparación con el G.C. en el que casi no se da esta situación. El G.E. hace las líneas más oscuras, el tipo de línea es más continua,

omite en el dibujo partes del cuerpo y las figuras tiende a hacerlas en el centro y hacia arriba de la página, generalmente no le pone fondo a los dibujos.

#### 8vo. dibujo

Comparando el G.E. con el G.C. tenemos que el primero hace los dibujos de menor tamaño, tiende a borrar menos, el grado de relleno del cuerpo es menor, al igual que el grado de minuciosidad, por lo tanto sus dibujos tienen poco sombreado y detalle, tienden a no dibujar fondo, sólo en un dibujo tenemos líneas de reforzamiento en una parte del cuerpo, hay un poco de temblor en las líneas e interrupción en algunos puntos del contorno del cuerpo. El G.C. hace dibujos de personas pre adolescentes hasta adultos, tiende a no omitir partes del cuerpo, la cabeza la dibujan un poco mas grande en cuanto a la proporción que debe de guardar con el cuerpo, la simetría horizontal y de distancia es más proporcionada, los dibujos en general son centrados con tendencia a ir hacia abajo de la página.

Tabla 2

**DIFERENCIAS ENCONTRADAS DE LA IMAGEN CORPORAL  
DE LOS NIÑOS QUEMADOS Y NO QUEMADOS**

	M <sub>1</sub>	M <sub>2</sub>	Z	P
Altfig1	36.34	26.66	-2.1727	.0298
Arte1	39.95	22.05	-4.3067	.0000
Cuerden1	38.53	24.47	-3.2070	.0013
Cuermin1	39.29	23.71	-3.4850	.0005
Cuertip1	37.10	25.90	-2.6497	.0081
Linpres1	27.32	35.68	-1.9687	.0490
Lintemb1	35.05	27.95	-2.1918	.0284
Lintip1	25.56	37.44	-2.6675	.0076
Madfis1	38.50	24.50	-3.5493	.0004
Omipar15	37.18	25.82	-2.7191	.0065
TCB1	26.47	36.53	-2.2681	.0233
Transp1	35.50	27.50	-2.7400	.0061
Altfig4	39.69	23.31	-3.6427	.0003
Aprodib4	27.45	35.55	-2.4341	.0149
Arte4	38.16	24.84	-3.1416	.0017
Compag4	36.44	26.56	-2.9621	.0031
Cuerden4	39.74	23.26	-3.6829	.0002
Cuermin4	39.65	23.35	-3.6346	.0003
Fonndi4	35.32	27.68	-2.1952	.0281
Linpres4	27.27	35.73	-2.1425	.0322
Linref4	35.50	27.50	-2.7400	.0061
Lintip4	26.74	36.26	-2.1574	.0310
Madfis4	38.45	24.55	-3.3700	.0008
Omipar44	34.00	29.00	-1.9859	.0470
Omipar45	37.77	25.23	-2.8911	.0038
Procual4	37.02	25.98	-2.7203	.0065
Sexfig4	36.08	26.92	-2.2451	.0248
Simdhor4	37.39	25.61	-3.0691	.0021
Simdist4	36.52	26.48	-2.9955	.0027



TCB4	26.53	36.47	-2.2415	.0250
Vescant4	39.60	23.40	-3.9416	.0001
Altfig8	36.60	26.40	-2.2723	.0231
Borrado8	28.00	35.00	-1.9127	.0558
Cuerden8	35.84	27.16	-1.9686	.0490
Cuermin8	37.66	25.34	-2.7787	.0055
Cuertip8	38.85	24.15	-3.3948	.0007
Fondcan8	26.81	36.19	-2.6170	.0089
Fondtip8	36.44	26.56	-2.7005	.0069
Fonndi8	37.27	25.73	-3.1950	.0014
Linref8	34.50	28.50	-2.2546	.0242
Lintemb8	34.50	28.50	-2.2546	.0242
Lintip8	27.02	35.98	-2.0588	.0395
Madfis8	36.05	26.95	-2.1710	.0299
Omipar85	38.05	24.95	-2.9919	.0028
Procual8	35.35	27.65	-1.9865	.0470
Simdhor8	35.77	27.23	-2.0663	.0388
Simdist8	35.10	27.90	-2.0943	.0362
TCB8	25.10	37.90	-2.9005	.0037

$M_1$  = media grupo experimental

$M_2$  = media grupo control

Z = valor de Z

P = probabilidad

## 14 ANALISIS Y DISCUSION

En el primer dibujo hay una distorsión primitiva y severamente perceptiva del concepto del propio cuerpo y su relación con el ambiente. La capacidad es limitada para juzgar adecuadamente, corregir la reacción de uno hacia el medio ambiente u obtener satisfacción del mismo, uso excesivo de la fantasía. El gobierno de los impulsos tiende a ser menor, frecuentemente hay conflicto y ansiedad por la propia integración y actuación, es decir, hay una acción impulsiva y siente la necesidad de una fiscalización mayor de los impulsos (Hay una fuerte tendencia a reaccionar en forma inmediata y lábil). Una disminución del propio yo. Percibe al mundo circundante como abrumador y el propio yo como inadecuado. A menudo existen tendencias regresivas e inmaduras, además de depresión.

En el cuarto dibujo el niño trata de eludir el choque frente a frente con el ambiente, existe un deseo de eludir el medio ambiente cayendo en la fantasía. Hay una disconformidad básica con la idea que el niño tiene de su cuerpo y el sentido de suficiencia, experimentan en el caso más extremo una falta de sentido de integridad y plenitud corporal, tienden a sentirse como seres vagos, incompletos o no integrados. Capacidad disminuida para diferenciar y aislar en forma adecuada el propio yo del medio ambiente. Presentan una posible agresión y la necesidad de reforzar la realidad. Con fuerte tendencia a reaccionar en forma inmediata y lábil. Presenta una incapacidad letárgica para adaptarse, dependiente y deprimida; predominante en su actuación.

En el octavo dibujo hay una inclinación a evitar el choque frente a frente con el ambiente, a percibir el propio yo como inadecuado, cayendo en ocasiones en la fantasía, regresiones y labilidad. La relación del menor y el medio ambiente es inconstante, imprevisible e inconsistente. Hay preocupación de sí mismos y del propio cuerpo, que en ocasiones se percibe como distorsionado . Tendencia

a estar deprimidos. Manejo de la ansiedad, fiscaliza la impulsividad presente para que no salga de control, sin embargo, se encuentran rasgos agresivos.

A continuación analizaremos los resultados obtenidos de la comparación entre el grupo experimental y control.

En el primer dibujo el grupo control encontramos una mejor integración del yo, de su ambiente y sin datos que evidencien alguna patología. En cuanto al grupo experimental este tiende a la depresión, ansiedad, tener problemas al enfrentar su medio ambiente, un yo disminuido, perciben como distorsionado su propio cuerpo.

En el cuarto dibujo el grupo control está mejor constituida su imagen corporal ya que la figura central se encuentra completa, se cuidan más los detalles del dibujo y está proporcionada. El grupo experimental refleja una preocupación por el propio yo y su cuerpo, hay una intensificación del deseo de evasión por medio de la fantasía, siendo esta una forma sistemática y desarrollada de eludir problemas del concepto de sí mismo y su grado de actuación por medio de la fantasía.

En el octavo dibujo el grupo control, el yo y la percepción que tiene de su cuerpo está integrada, se observa una ligera tendencia de inseguridad y ansiedad para hacer frente al ambiente. El grupo experimental sigue con un yo disminuido, le produce inseguridad y ansiedad enfrentarse a su ambiente, tiene baja tolerancia a la frustración, responde de una manera impulsiva y lábil.

## 15 CONCLUSIONES

La hipótesis alterna 1 dice: Sí hay relación entre la zona afectada y la imagen corporal. De acuerdo a los resultados obtenidos la imagen corporal se ve afectada en los niños que se queman en cara, cuello, extremidades superiores e inferiores. Por lo que aceptamos la hipótesis alterna 1. Un dato interesante y que no ha sido tomado en cuenta en otras investigaciones es la SCTQ, la cual si influye en la imagen, esta se modifica desde que el menor está hospitalizado, esto lo podemos constatar con los datos obtenidos. Por lo tanto aceptamos la hipótesis alterna 2 que dice: Sí hay relación entre el porcentaje del área afectada y la imagen corporal. Finalmente, el grado de la quemadura no influye ya que en los resultados obtenidos no sale como un dato significativo y aceptamos la hipótesis nula 3 la cual señala que no hay relación entre el grado de la quemadura y la imagen corporal.

En el área de hospitalización de quemados no se tienen espejos, sin embargo, el niño que ha sufrido este tipo de lesión en cara y cuello, siente y percibe que algo ha cambiado en su fisonomía y le es difícil dibujar sin dejar interrupciones, tienden a hacer trazos fuertes con el lápiz y omiten partes del cuerpo. Las extremidades, juegan un papel importante, ya que se modifica la posición del cuerpo, la simetría ya sea dimensión horizontal y distancia. Esto sucede cuando el menor aún está hospitalizado.

Un elemento importante, que siempre está presente, es el medio ambiente en el que está inmerso el menor. No tiene el control sobre este y lo percibe como amenazante, ya que frecuentemente está sometido a curaciones, toma de medicamentos, baños y a diversos cuidados hospitalarios, los cuales generalmente son dolorosos. La madre o algún familiar no están presentes todo el tiempo ya que tienen que atender sus propias necesidades, por lo que en ocasiones, el menor tiene que hacerle frente al tratamiento que requiera.

Con los datos obtenidos, se tiene la respuesta del planteamiento del problema que es el siguiente: ¿Qué factores son los que determinan en el niño quemado su imagen corporal?. Estos factores son: zona, superficie corporal total quemada. Un elemento que también está latente es el medio ambiente en el que se encuentra inmerso el menor, como es el hospitalario, el cual influye en su estado anímico.

El "yo" se encuentra disminuido, la imagen corporal empobrecida, hay labilidad emocional, depresión, regresión, baja tolerancia a la frustración, el medio ambiente es percibido como agresivo y no sabe como hacerle frente a esta nueva situación. Por lo tanto es imprescindible el apoyo psicológico al menor durante su estancia en el hospital, de acuerdo al estado de desarrollo en el que se encuentre, así como a su familia. Una de las tareas importantes del psicólogo es educar a otros miembros del equipo tratante sobre las necesidades psicosociales del niño y su familia. Así como dar seguimiento al menor una vez que es dado de alta.

Un problema común para el seguimiento del niño como paciente externo es que la mayoría no cuentan con recursos económicos para acudir con regularidad al hospital, y sin la debida atención es muy probable la aparición de cicatrices y contracturas graves que harán problemática la recuperación final, ya que seguramente repercutirán en su estado anímico y ambiente familiar. Esto es importante ya que la familia y en general la madre es la que busca apoyo psicológico para poder afrontar la nueva situación familiar por la que están pasando, pero no concluyen con su tratamiento por cuestiones de tipo económico o por que en ese momento no les es importante, lamentablemente en ocasiones regresan al tratamiento cuando el menor presenta secuelas importantes o el ambiente familiar no es el idóneo, ya que la madre que frecuentemente está al cuidado de los hijos es la "culpable" del accidente y es señalada por el esposo y familiares.

## **16 Limitaciones y Sugerencias**

El estudio solo es representativo en el Hospital Pediátrico de Xochimilco, sería conveniente que se realizara en instituciones del gobierno y privadas, para comparar datos.

Se hizo una aplicación de la prueba, sería conveniente que se tuviera seguimiento y una vez dado de alta en el hospital, realizar otra aplicación. Finalmente hacer conscientes a los padres del menor de la importancia de continuar con la rehabilitación tanto física como mental, a demás que participen activamente en estas.

## **17 Aportaciones**

Podemos decir que este es el primer estudio de su tipo, porque generalmente las investigaciones de esta área se han realizado un año posterior a que el niño sufrió una lesión térmica. Esta investigación se realiza cuando el menor aún se encuentra hospitalizado, obteniendo una prueba fehaciente de que si se modifica la imagen corporal de acuerdo al área afectada y la superficie que se abarca, a demás de como percibe e influye el ambiente en él.

### Anexo 1

#### INFORME DEL INSTITUTO PARA LA ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO QUEMADO DE 1997

AGENTE CAUSAL	No. DE CASOS
Escaldadura	1,403
Fuego directo	374
Electricidad	65
Explosivos	51
Aceite	51
Secuelas	130
Otros	81
<b>SUPERFICIE CORPORAL QUEMADA</b>	
Menos de 10%	1126
10-19%	575
20-29%	182
30-39%	75
40-49%	44
50-59%	18
más de 60%	4
Secuelas	168

**Anexo 2**  
**"Ficha para valorar nivel socioeconómico"**

Estudio socioeconómico (Fierro y Aguirre, 1993).

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

1. Ingresos mensuales que aporta:

Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

2. La casa donde habita es: rentada ( ) propia ( )

Otro ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

3. ¿Qué tipo de casa es?

Casa sola ( ) departamento ( ) condominio

vecindad ( ) otro: \_\_\_\_\_

4. ¿Qué tipo de construcción tiene su casa?

Ladrillo y losa de cemento ( )

Ladrillo y lámina de asbesto ( )

Adobe y teja ( )

Madera y teja ( )

Madera y lámina ( )

Otro: \_\_\_\_\_

5. ¿Con cuantos cuartos cuenta la casa?

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 o más ( )



6. ¿Cuáles son los servicios públicos con los que cuenta la colonia?

Luz ( ) Agua ( ) Pavimento ( ) Drenaje ( ) Alcantarillado ( )

7. ¿Hay transporte público cercano? Si ( ) No ( )

8. Cuenta en su casa con: licuadora ( ) refrigerador ( )

batidora ( ) televisión ( ) radio ( ) videogradora ( )

tostador ( ) horno de microondas ( )

9. Asisten sus hijos a escuela : particular ( ) privada ( )

10. ¿Con que tipo de asistencia médica cuenta la familia?

---

11. ¿Qué actividades desarrolla la familia en sus tiempos libre?

Cine ( ) teatro ( ) museo ( ) centros recreativos ( )

otros: \_\_\_\_\_

## **Criterios para la asignación del nivel socioeconómico**

El nivel socioeconómico de los participantes abarca, en lo económico, desde el nivel bajo alto hasta el medio alto.

El nivel económico se determinó por los ingresos totales de la familia, en base a un número de salarios mínimos, la clasificación es la que sigue: a) bajo-medio, para ingresos de 1 salario mínimo a menos de 2. B) medio-bajo, para los que perciben de 2 a menos de 3 salarios mínimos; y c) medio-alto, de 3 a menos de 5 salarios mínimos.

### Anexo 3

Los siguientes dibujos pertenecen al grupo control y experimental. Siguiendo el orden de aplicación de la prueba.

1. Pertenece a H.P.Z.O., tiene 8 años. Se quemó al caer de un banco y meter accidentalmente la pierna derecha en la cubeta que contenía agua caliente. La SCTQ fue de 34%, la quemadura de segundo grado superficial y profunda, las partes del cuerpo que fueron afectadas: pierna y glúteo derecho, muslo posterior izquierdo, abdomen y región lumbar.
2. R.M.S.N. tiene 8 años.
3. L.G.J.J. tiene 10 años. Estaba jugando con cohetes, llevaba algunos en el bolsillo del pantalón y accidentalmente le cae una chispa lo que provoca que se enciendan. La SCTQ fue de 1.5 %, la quemadura de segundo grado profunda en la ingle derecha.
4. S.M.M. tiene 10 años.
5. R.C.M.A. tiene 12 años. Al estar encendiendo una fogata, le vacía un bote con gasolina lo que provoca un flamazo. La SCTQ fue 8.5%, la quemadura de segundo grado superficial y profunda, partes del cuerpo afectadas: cara y pabellones auriculares, en ambos antebrazos y mano derecha.
6. V.R.L.A. tiene 12 años.
7. H.N.M.G. tiene 15 años. Al estar trabajando en un taller de hojalatería, le cae accidentalmente thinner y este se enciende al tener contacto con el soplete que utilizaba. La SCTQ fue de 4%, la quemadura de segundo grado profunda, las partes del cuerpo que fueron afectadas: cuello y pabellón auricular izquierdo, antebrazo y codo izquierdo.
8. G.C.R. tiene 15 años

**1. H.P.Z.O.**













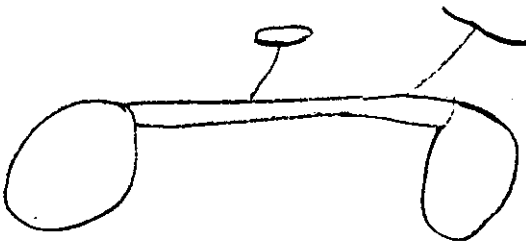




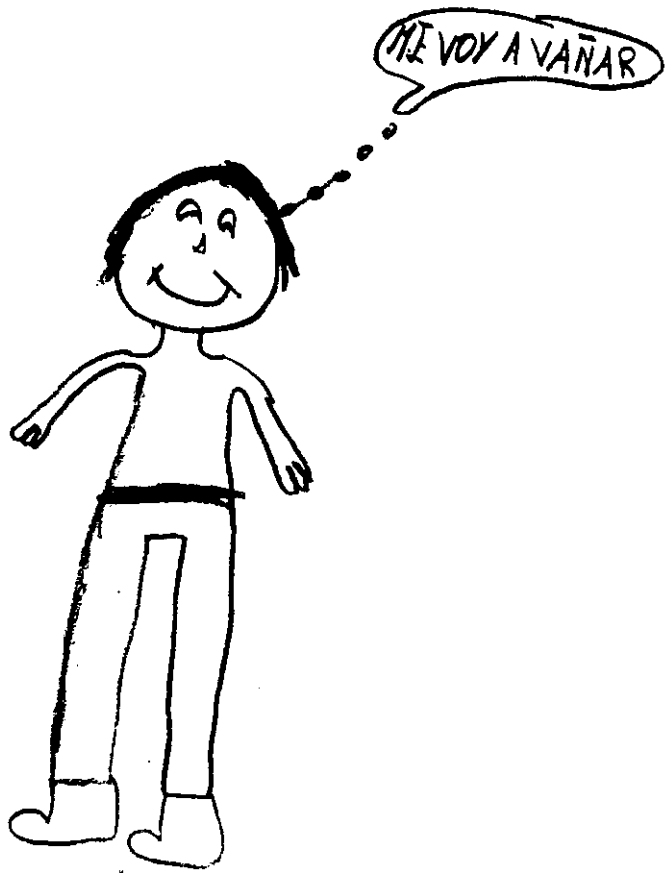


## **2. R.M.S.N.**

Me voy a subir a la bicicleta

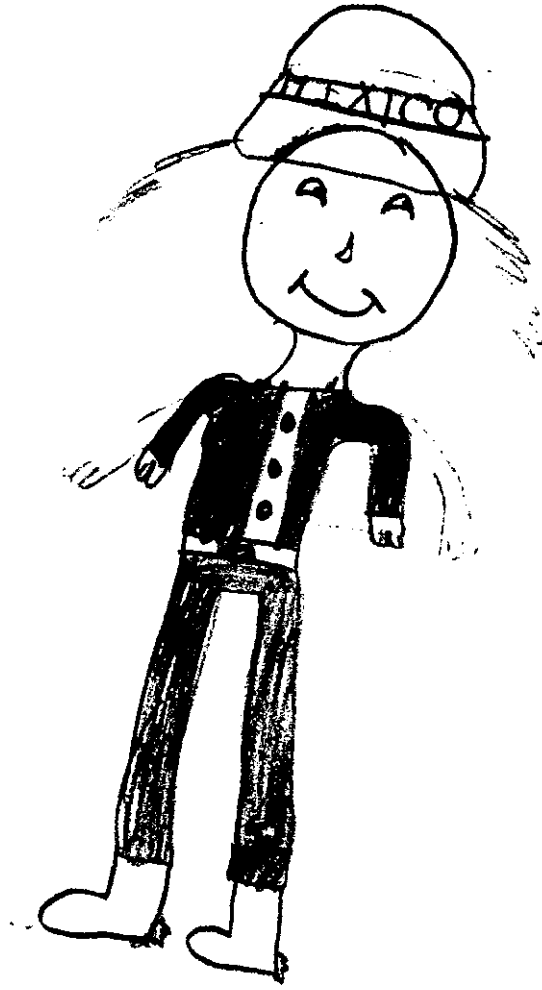


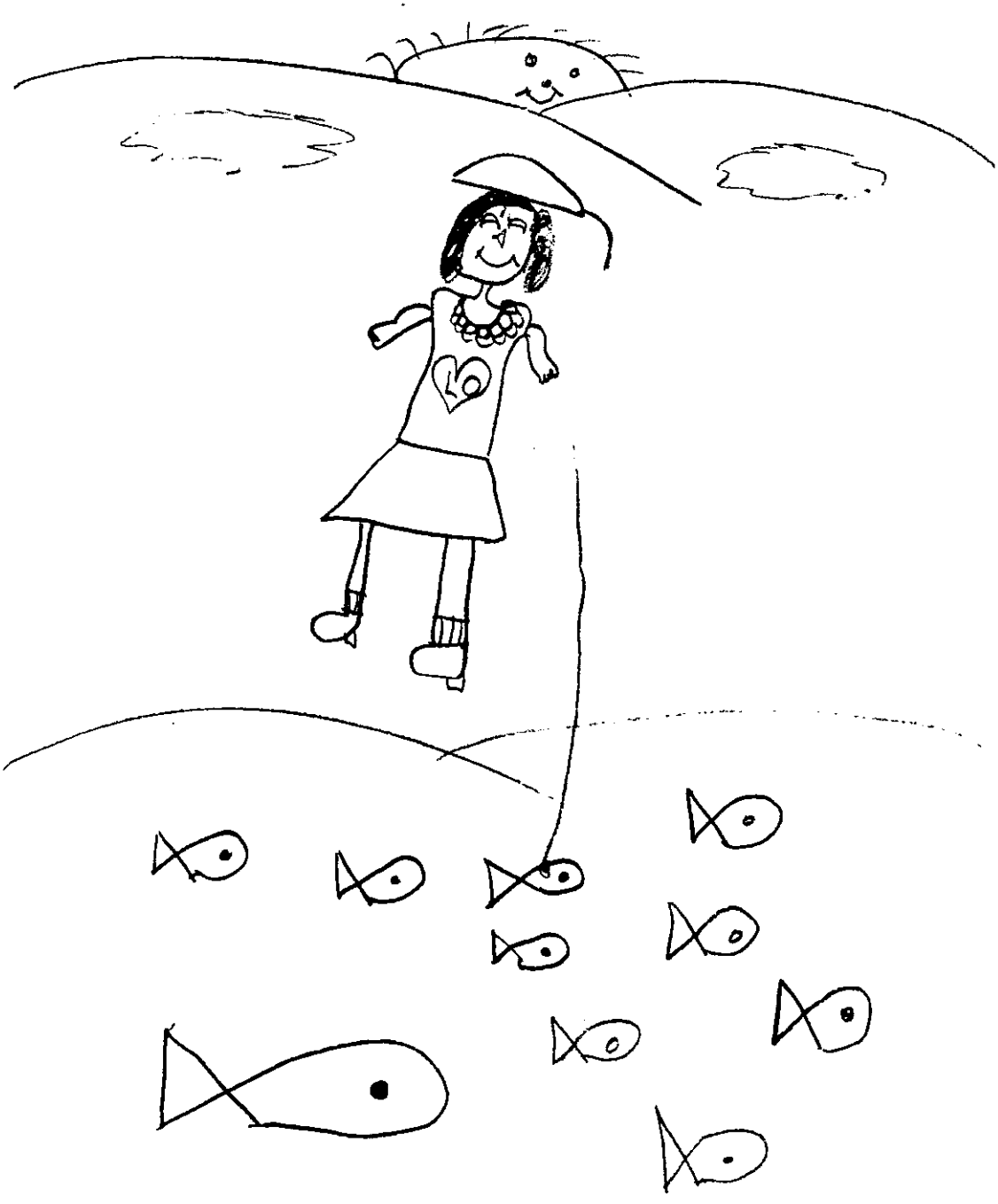




ME VOY A VAÑAR

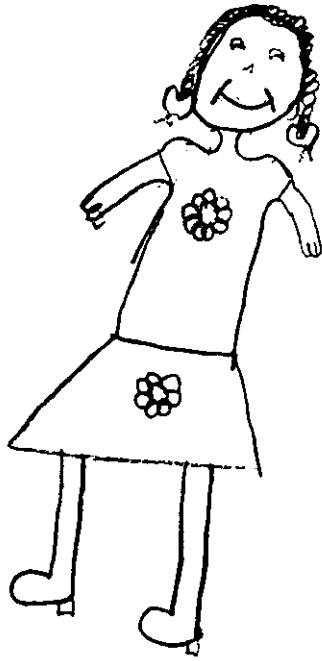




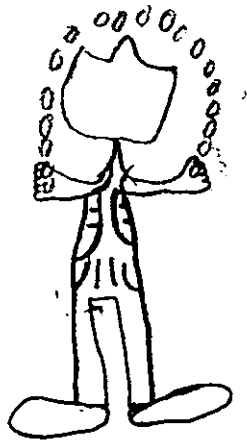








**3. L.G.J.J.**







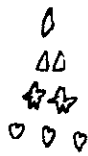






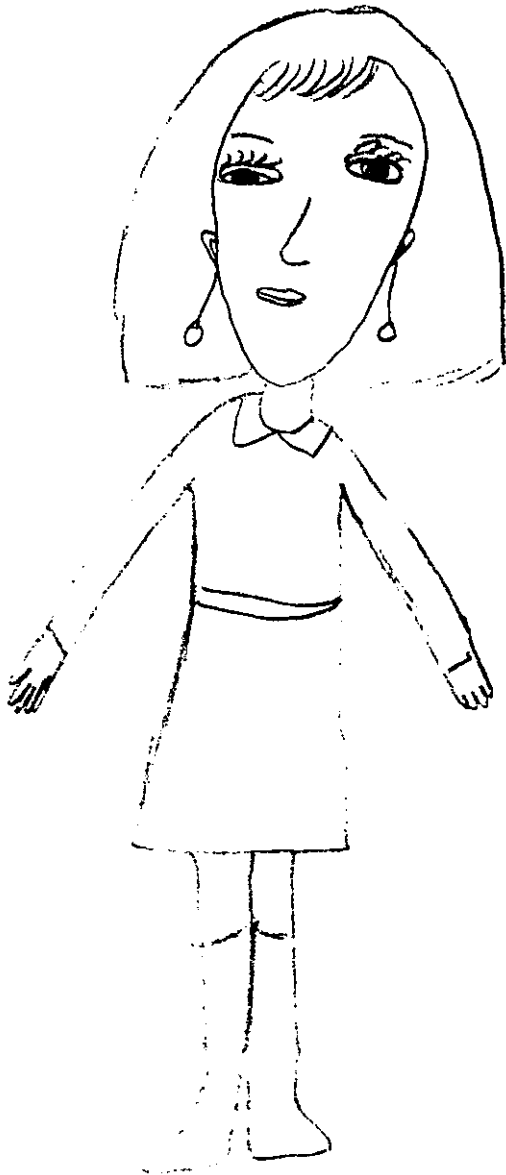
ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA





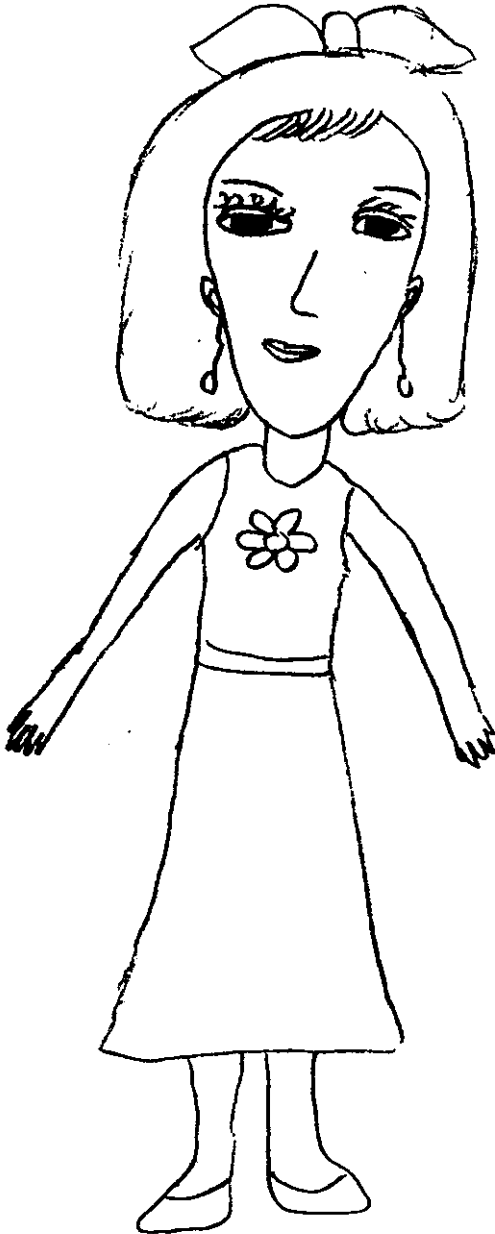


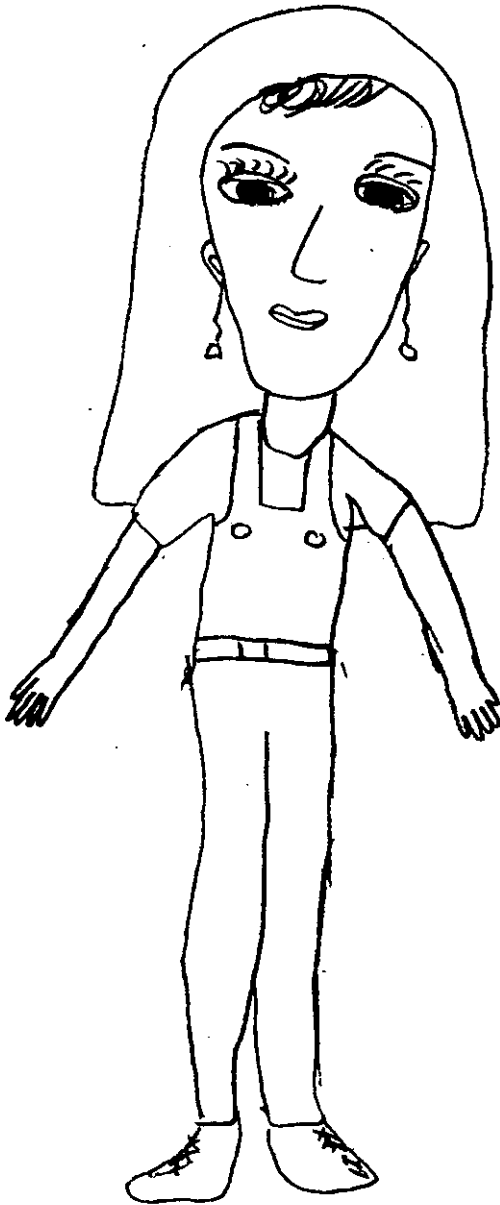
#### **4. S.M.M.**

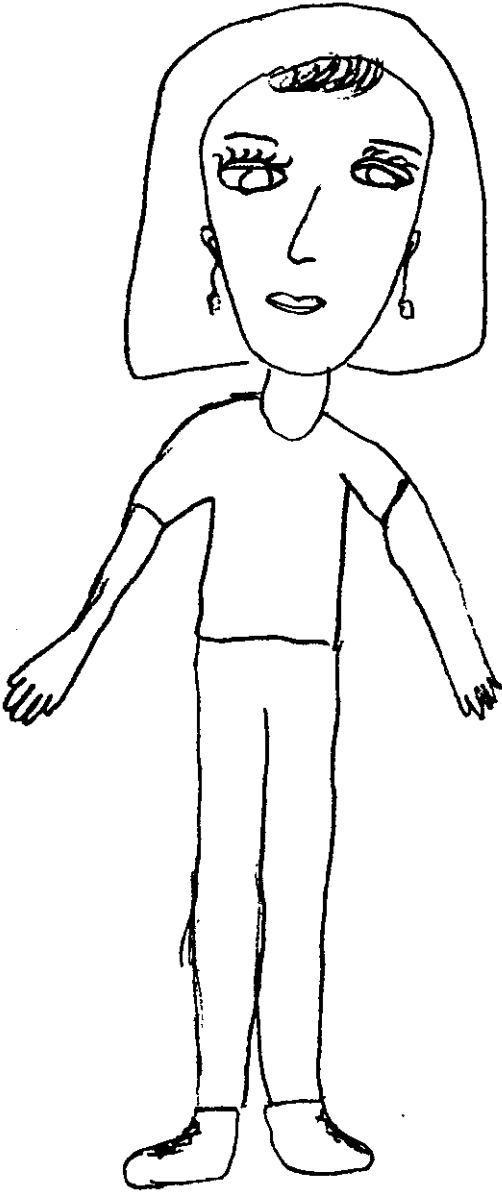


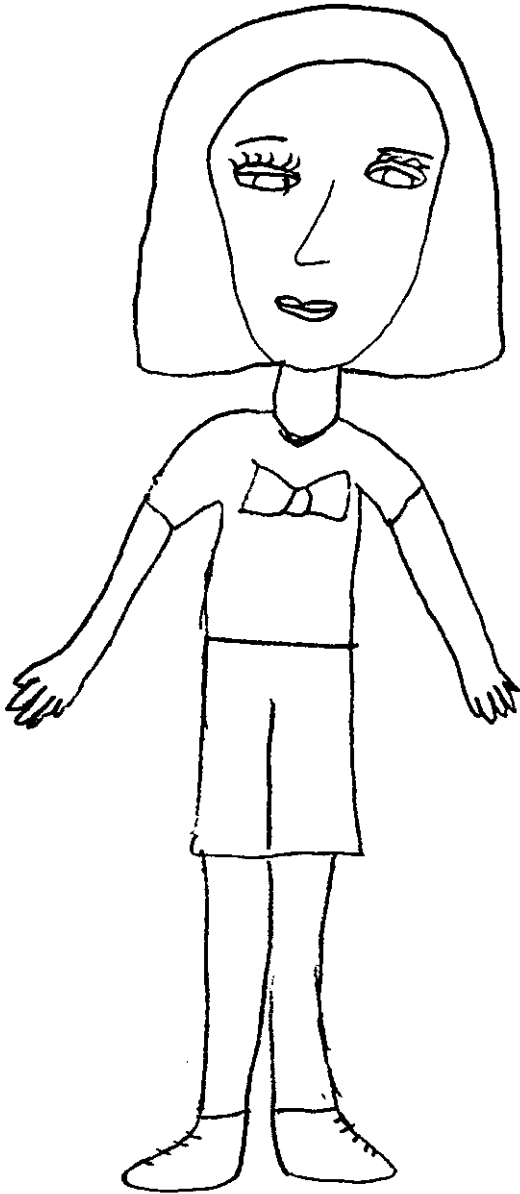


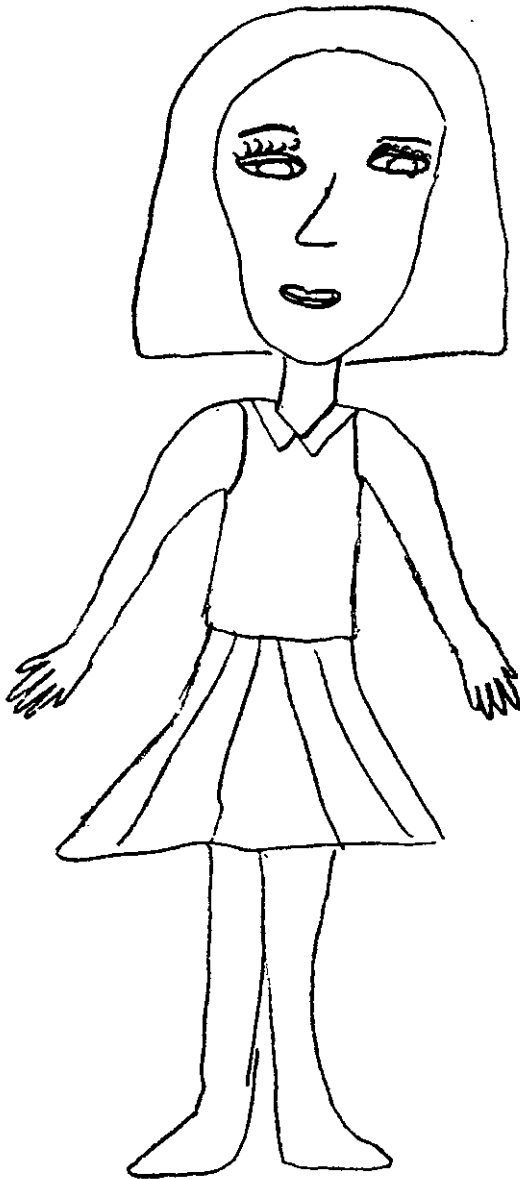














## 5. R.C.M.A.

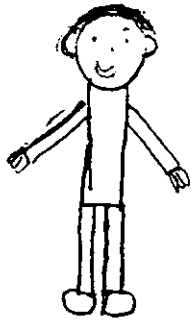


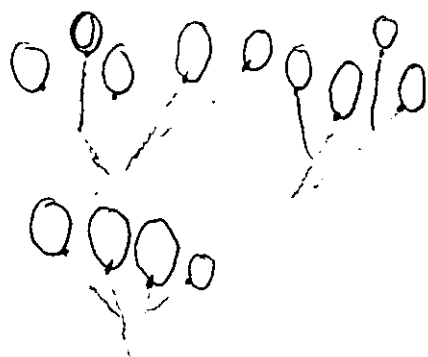




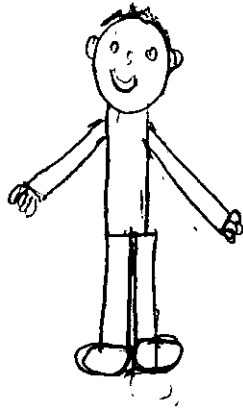


00



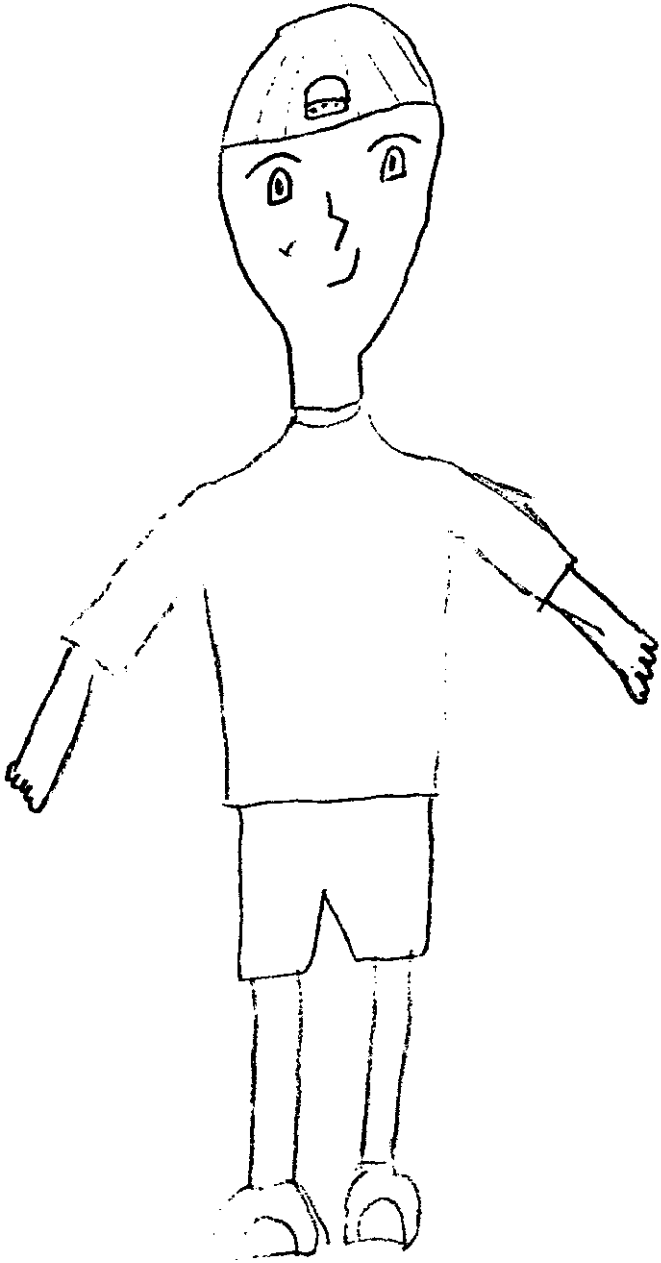


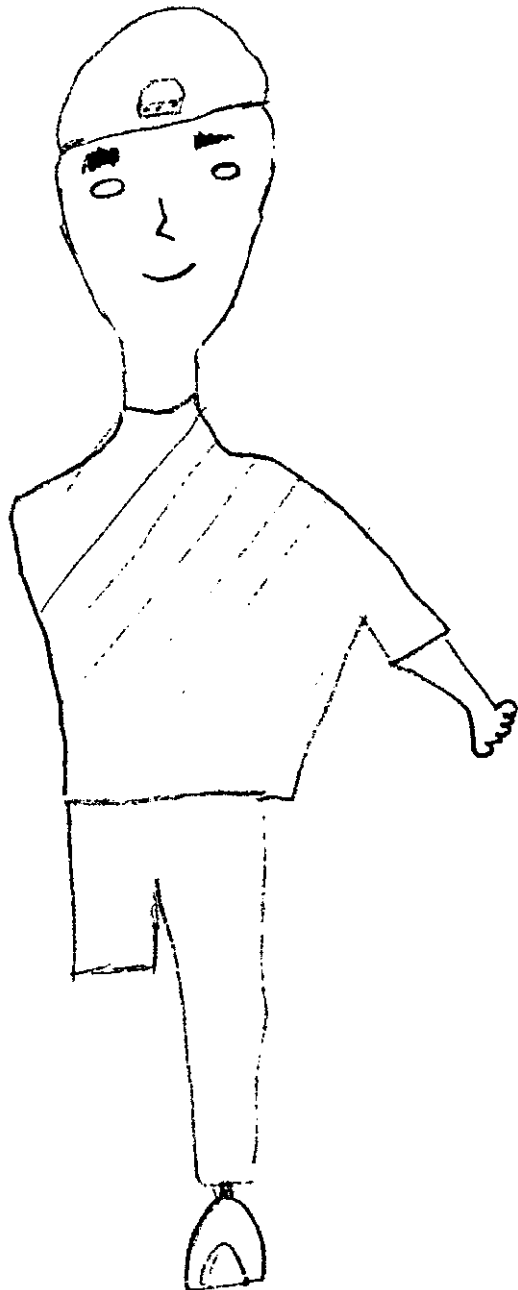






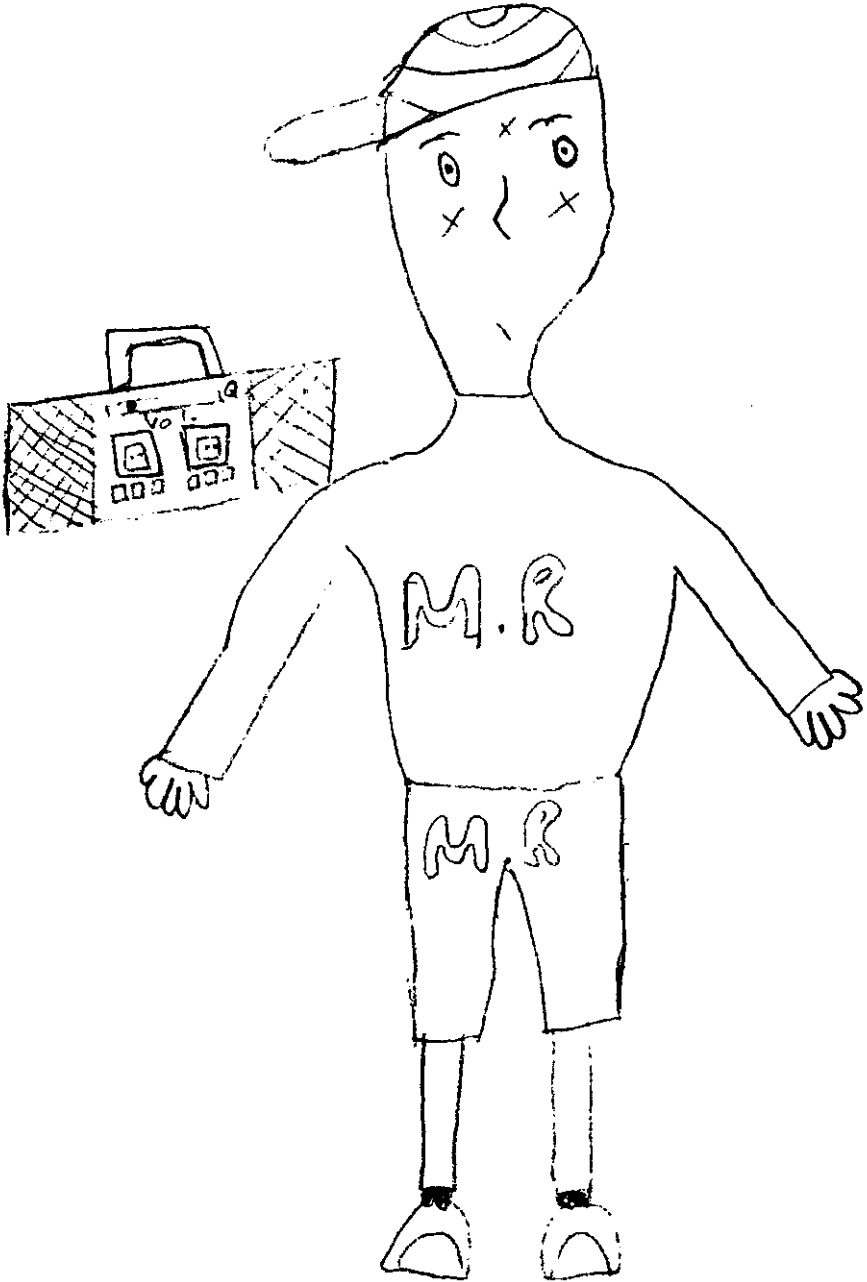
## 6. V.R.L.A.



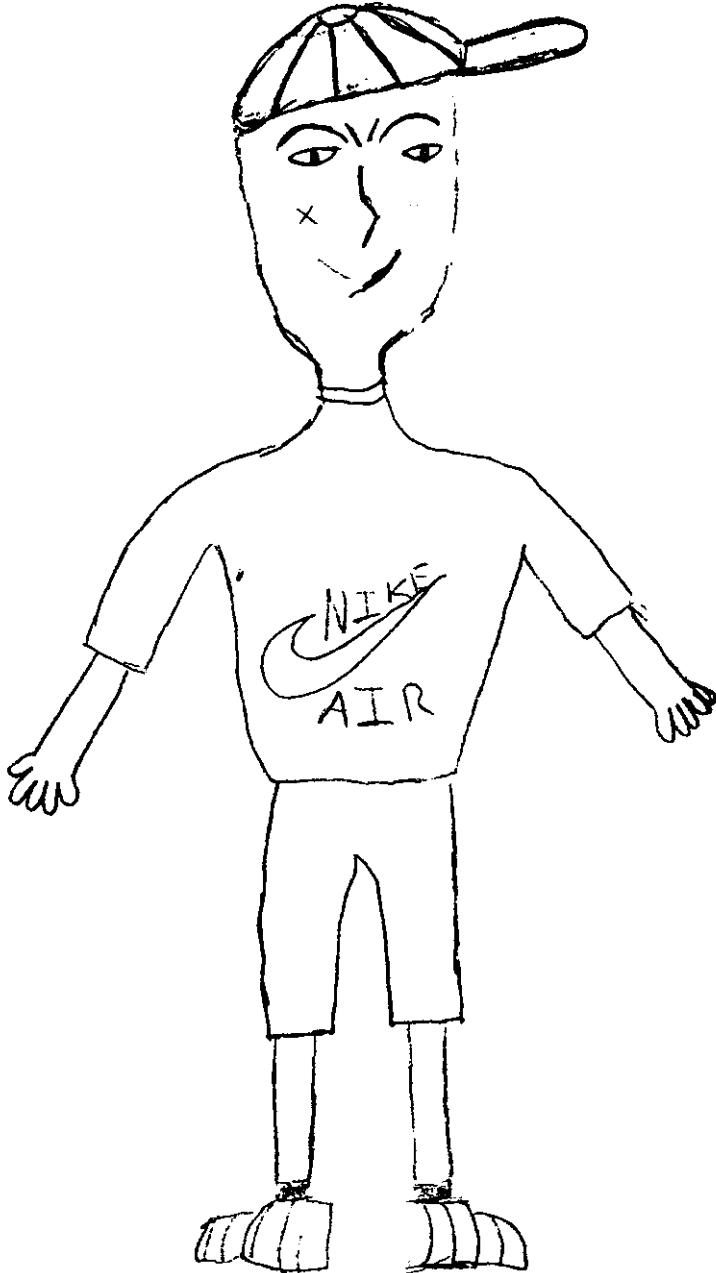




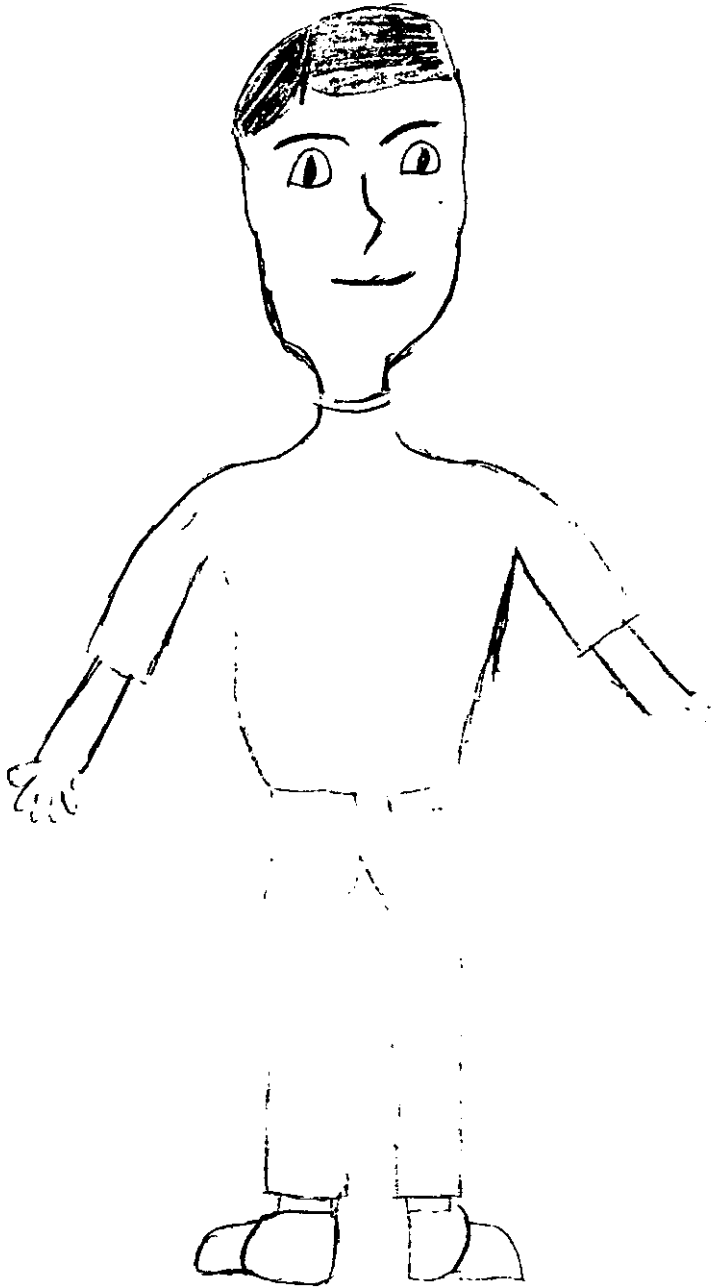




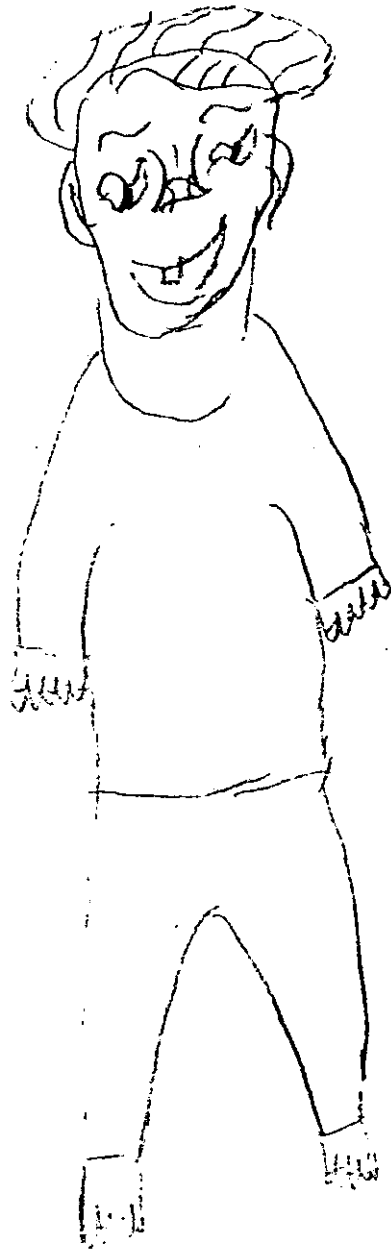


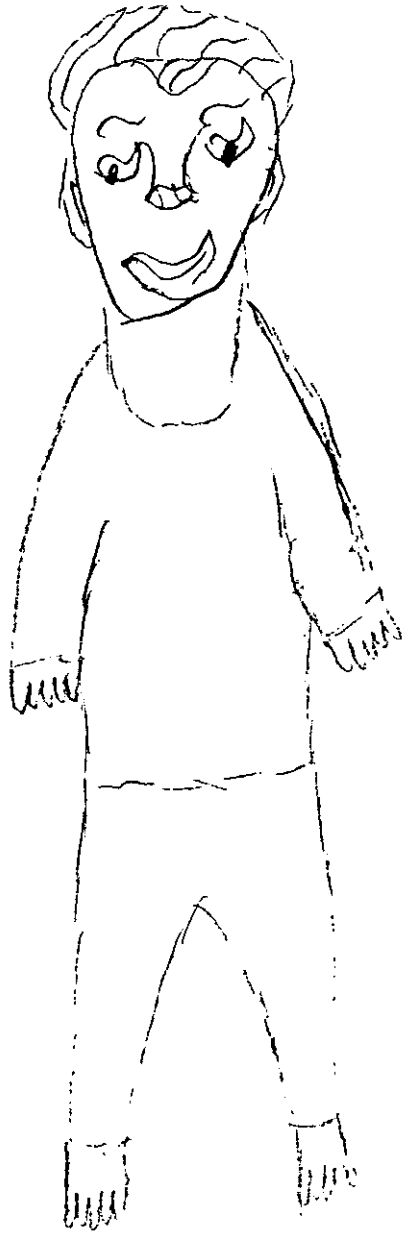


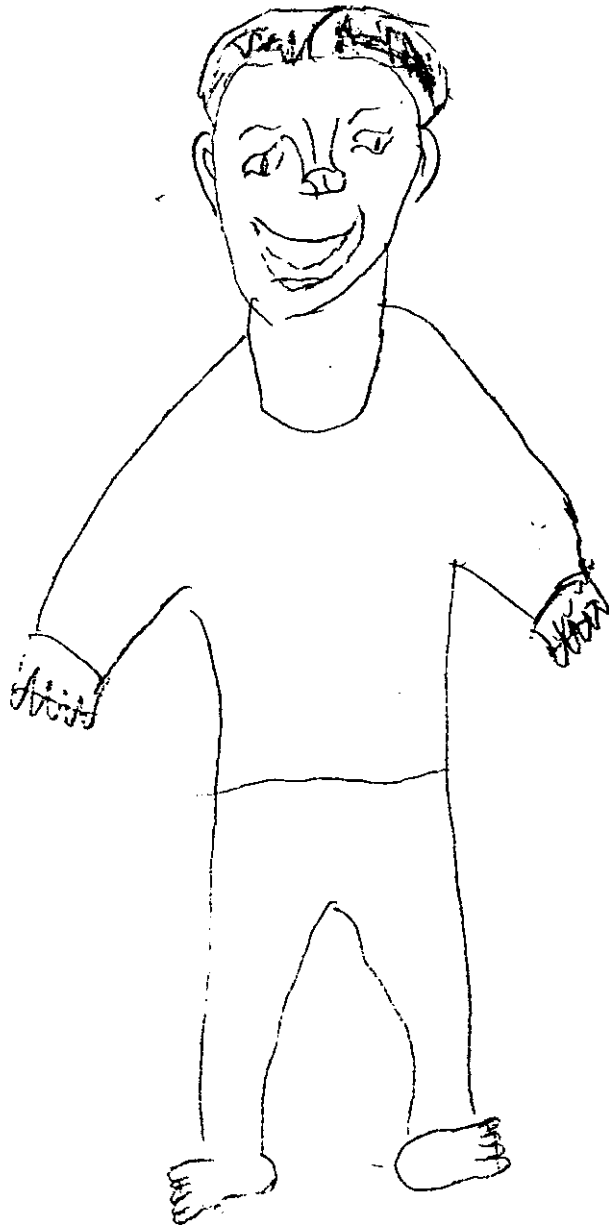


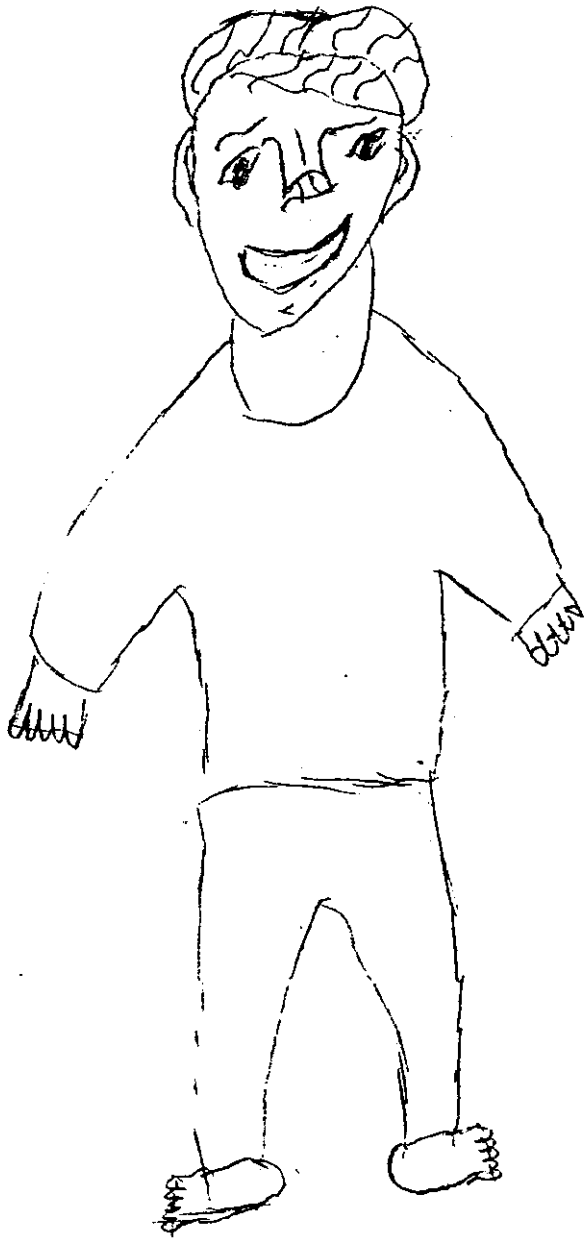


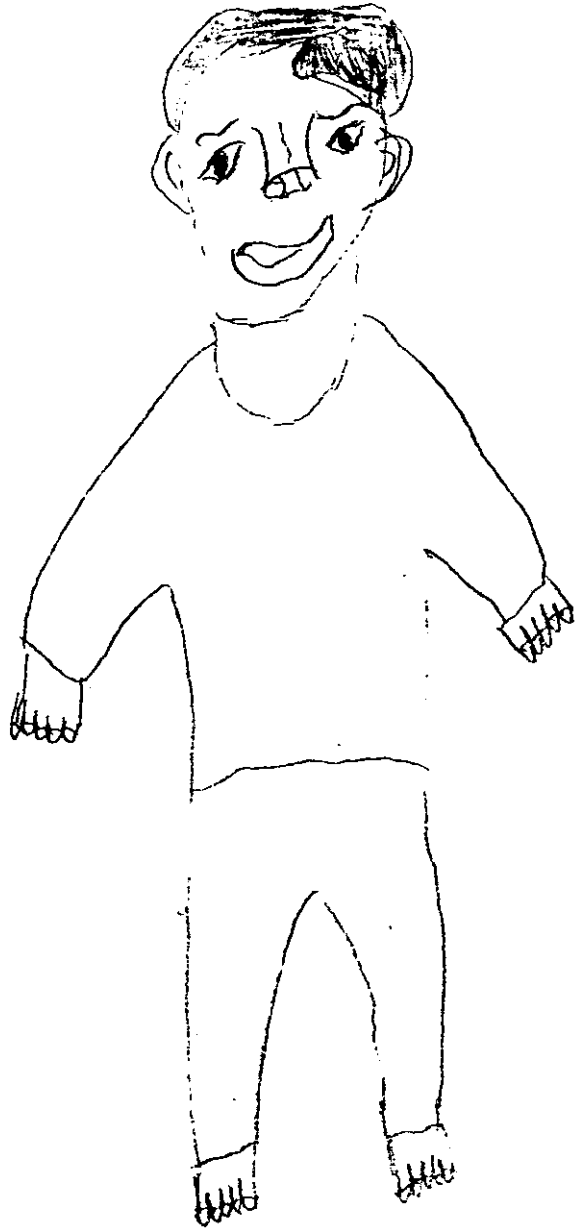
## **7. H.N.M.G.**

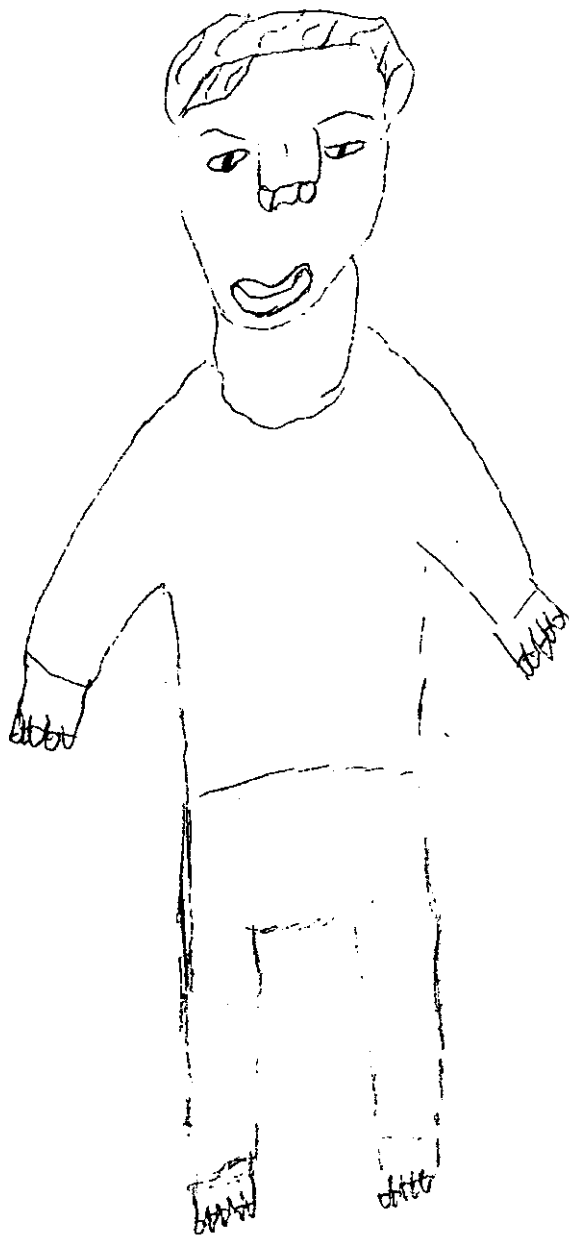




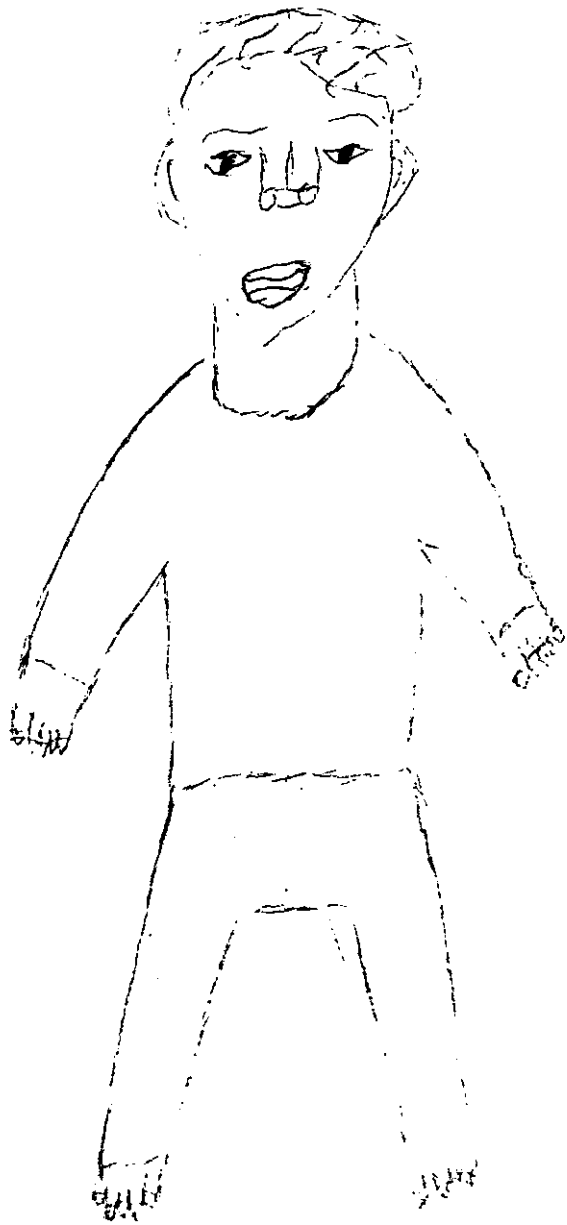


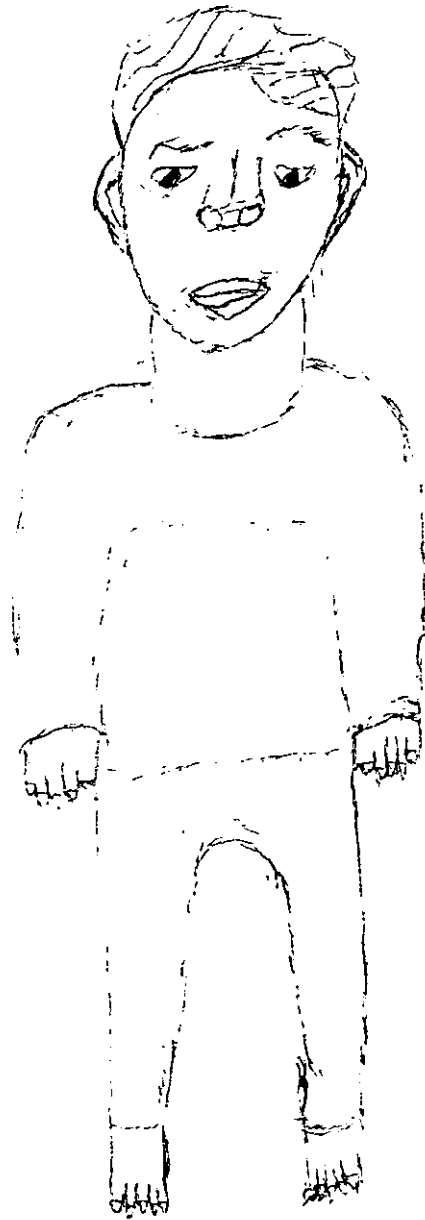






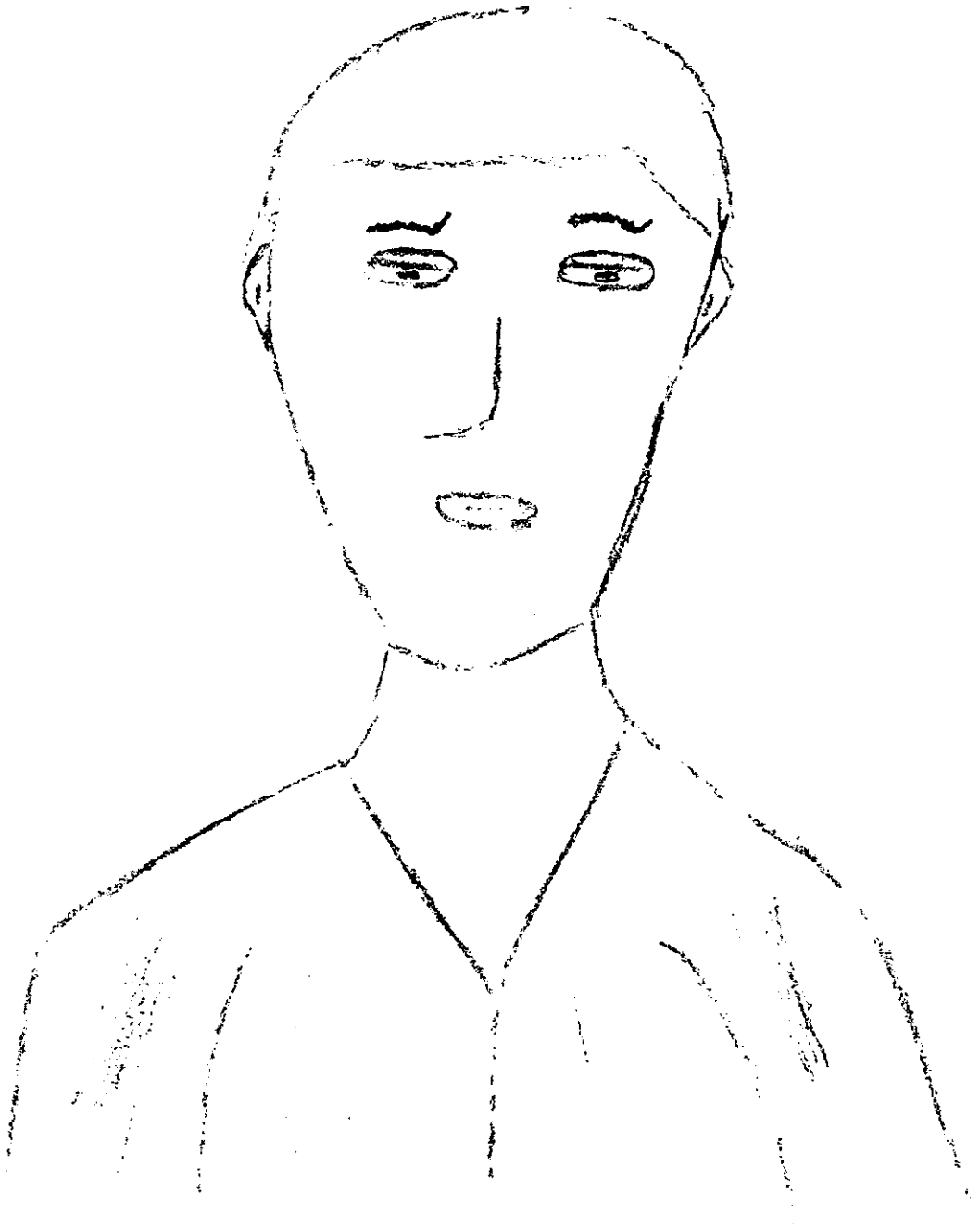


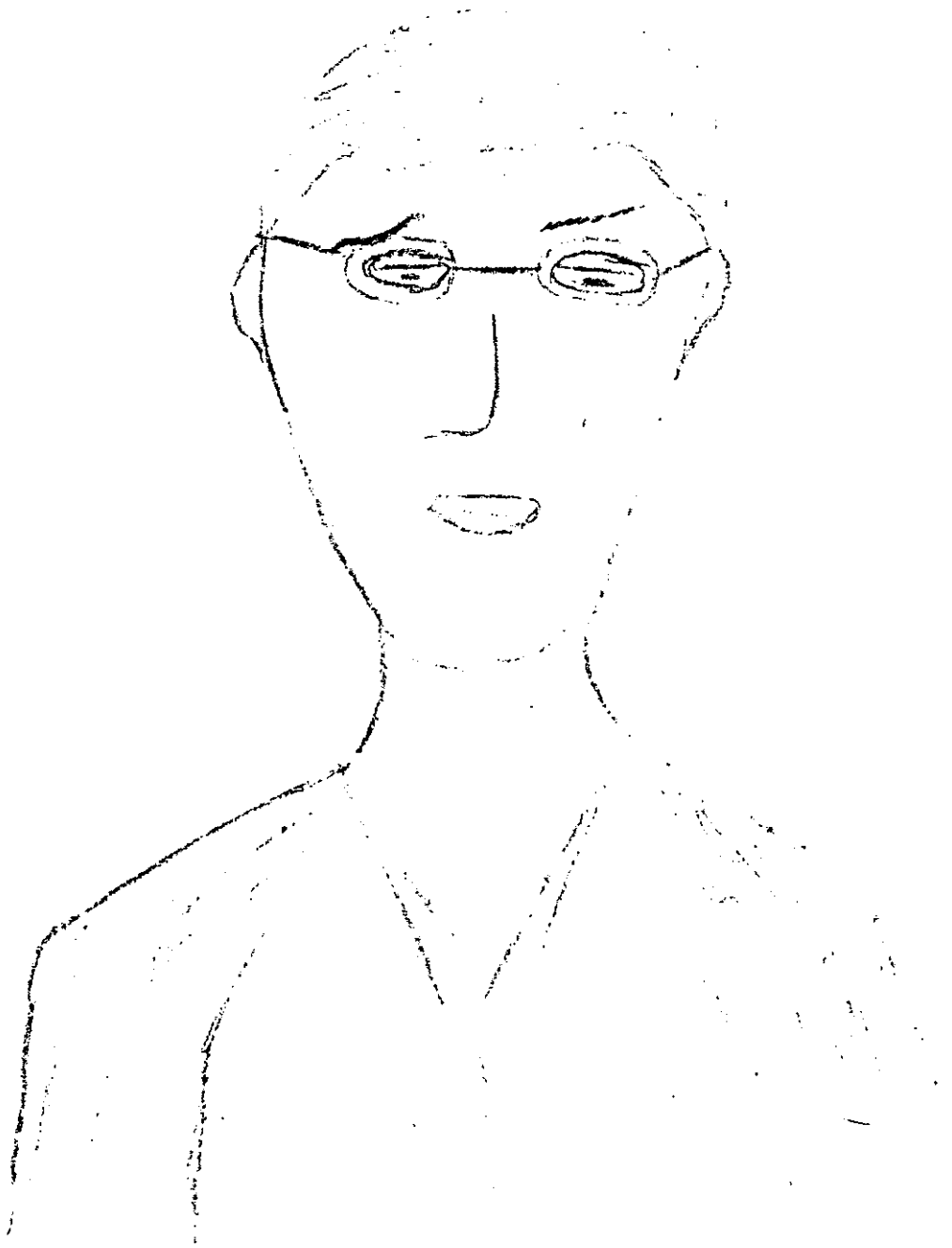


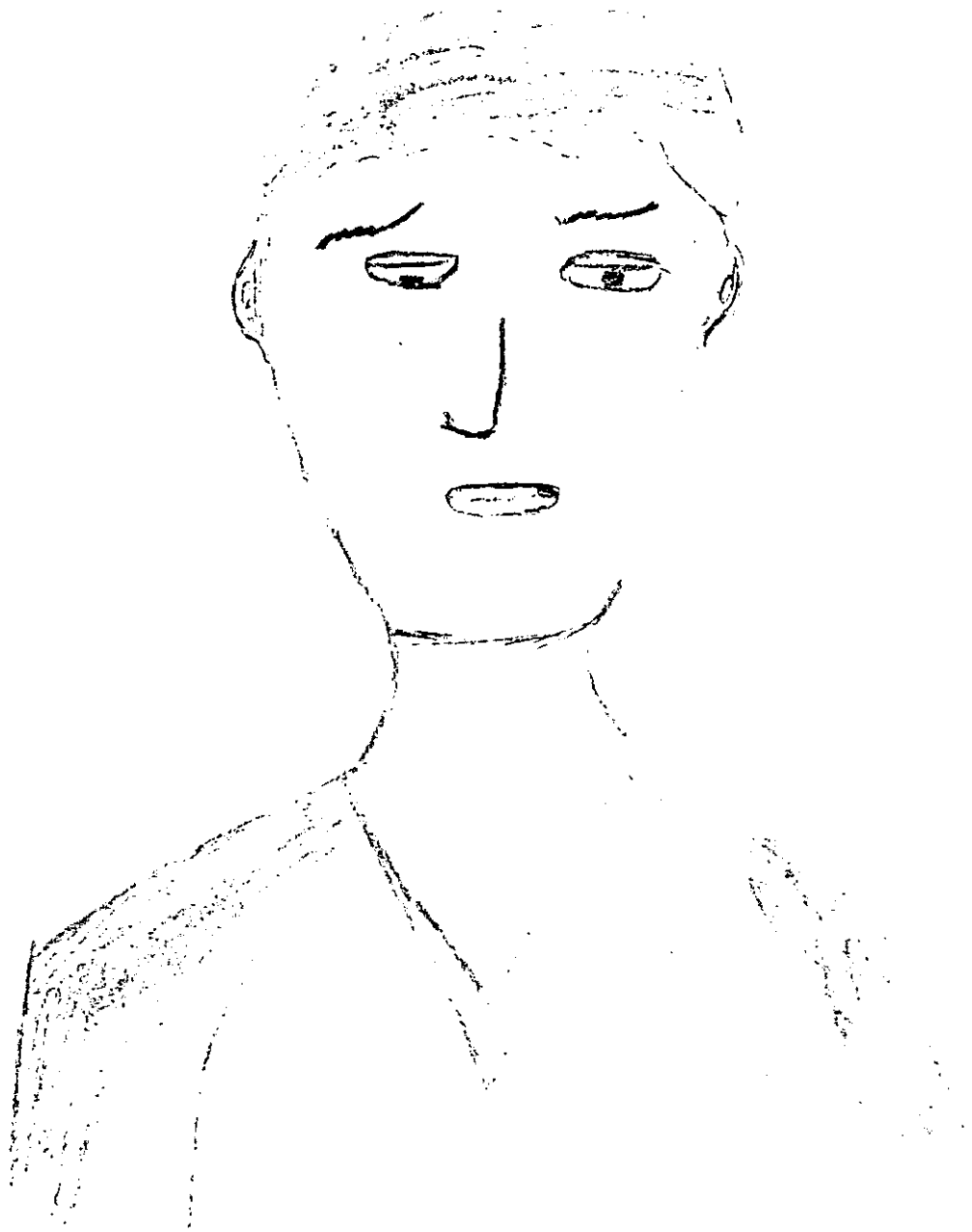


**8. G.C.R.**



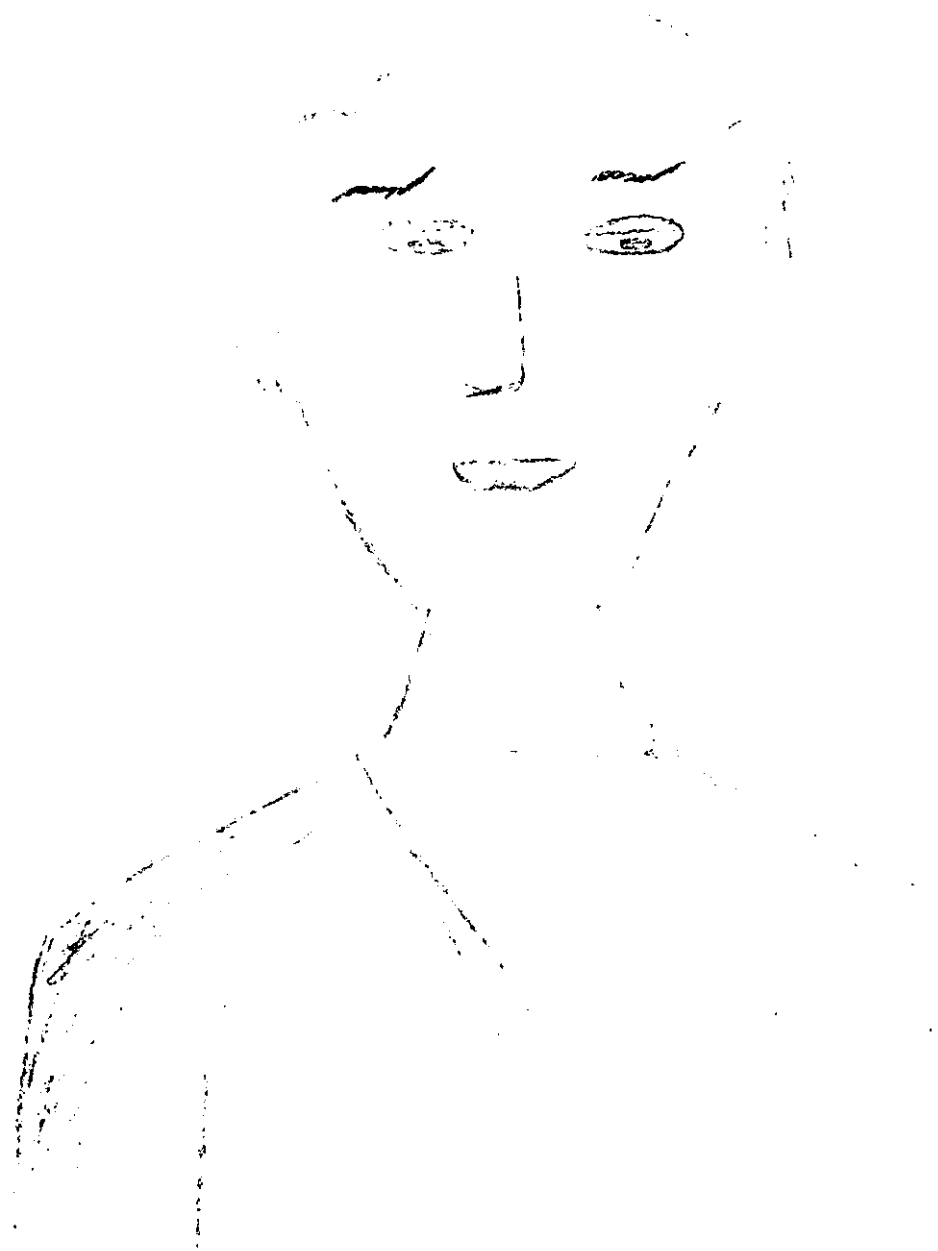


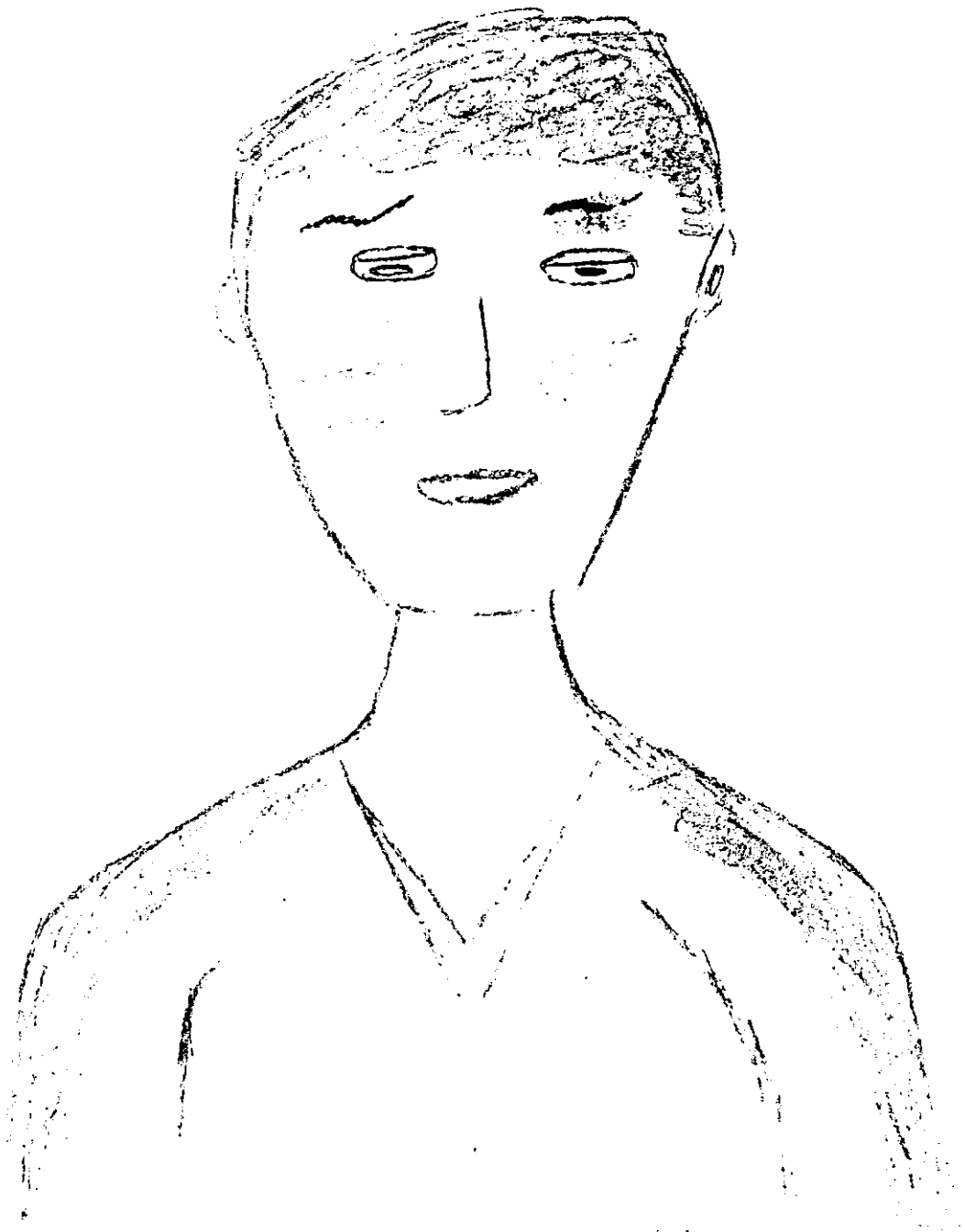


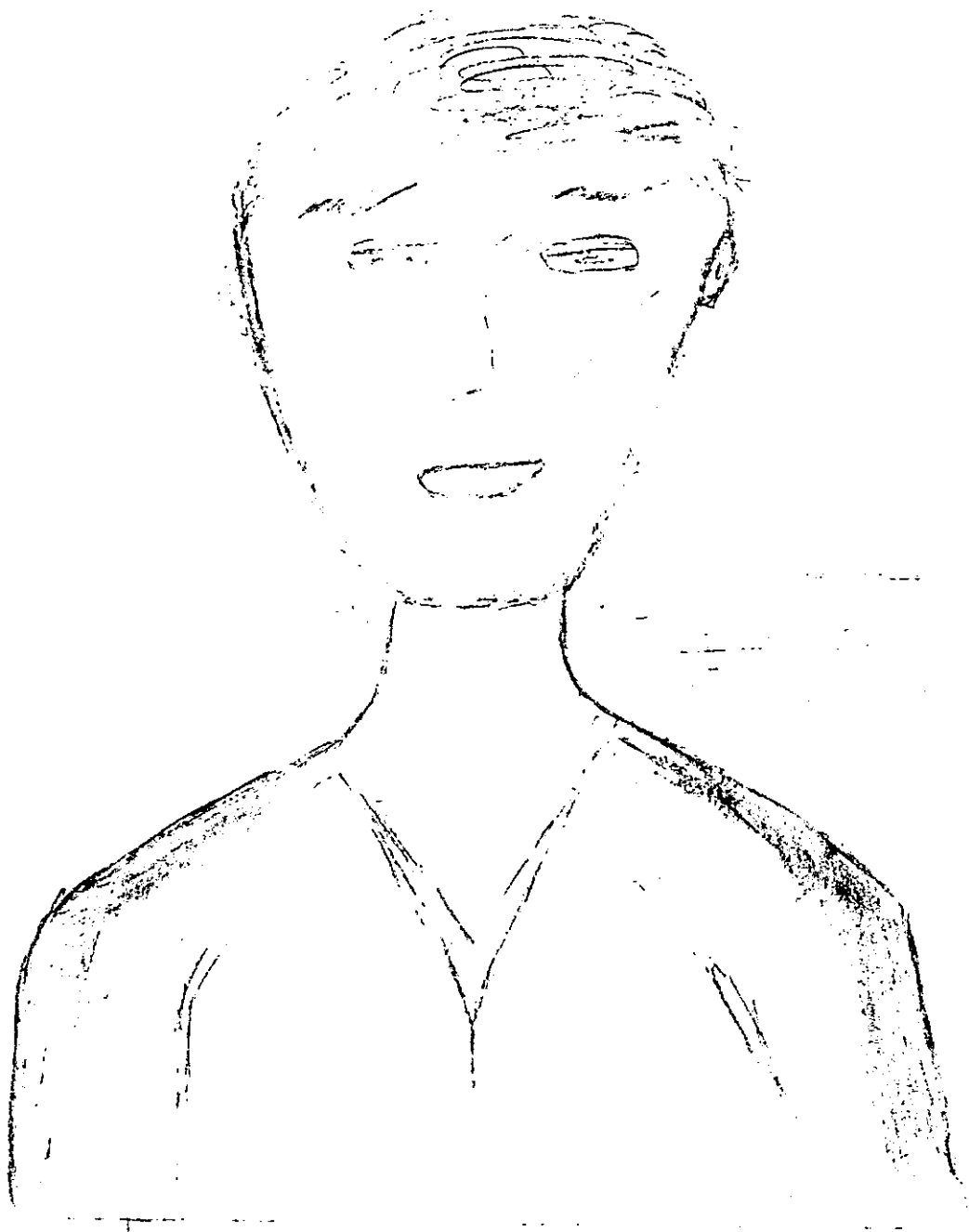












## REFERENCIAS

Aberastury, A. (1979) Teoría y técnica del psicoanálisis de niños. Edit. Paidós. Buenos Aires.

Abdullah, A., Blakeney, P. (1994) Visible scars and self-esteem in pediatric patients with burns. *Journal of burn care & Rehabilitation*. 15 (2):164-8 Mar-Apr.

Abt, L. y Bellak, L. (1967) Psicología proyectiva. Edit. Paidós. Buenos Aires.

Anderson y Anderson (1966) Técnicas Proyectivas del diagnóstico psicológico. Ediciones Rialp. Madrid.

Amhoff, F y Damianopoulos, E. (1962) Self body recognition: an empirical approach to the body image. *Merrill-Palmer Quarterly*, 8:143-148.

Beard, SA., Herndon, DN., Desai, M. (1989) Adaptation of self-image in burn-disfigured children. *Journal of burn care & Rehabilitation*. 10(6):550-4 Nov-Dec.

Bedlin, Linares, Benaim (1993) Tratado de Quemaduras Edit. Interamericana Mc Graw Hill. (263-274 y 644-653).

Bell, J. (1978) Técnicas proyectivas. Edit. Paidós. Buenos Aires,

Bellak, L. (1957) Freud y las técnicas proyectivas. *Rev. de psicología general aplicada*. Madrid, vol. 12, 293-304.

Bernstein, J. (1955) Tests proyectivos gráficos. Edit. Paidós. Buenos Aires.

Bernstein Norman, R. (1976) Emotional care of the facially burned and disfigured. Little, Brown Company. Boston.

Bernstein, NR., O'Connell, K., Chekedel, D. (1992) Patterns of burn adjustment. *Journal of burn care & Rehabilitation*. 13(1):4-12 Jan-Feb.

Berscheid, E., Walster, E. y Bohrnstedt, G. (1973) The happy American body, a survey report. *Psychology Today*. 7(6), 119-131.

Bleger, J. (1976) *Psicología de la conducta*. Biblioteca de Psicología general. Edit. Paidós, Buenos Aires.

Brain, W.R. (1951) *Mind, Perception and Science*. Edit. Blackwel, Oxford.

Bowden, M. L. Feller I. (1982) *Progress in burn rehabilitation: a report of three studies*. Ann Arbor. National institute for burn medicine. Mich.

Broverman, D., Broverman, I. Vogel, W., Palmer, R. y Klaiber, E. (1964) Physique and growth in adolescence. *Child development*. 35:1343-1359.

Buntain-Rickeys, Joanne-J. (1994) Punishments: What predicts adult approval. *Journal Child-Abuse-and Neglect*; Nov Vol 18(11) 945-955.

Burke, J., Bondoc, C. (1993) The management and evaluation of the thermally injured patient. En: *Dermatology in General Medicine*, 4<sup>th</sup> ed. Ed. Fitzpatrick TB et al.. Pub. McGraw-Hill Inc., New York, Chapt. 23, 1592-1598.

Cabot, P. S. (1938) "The relationship between characteristics of personality and physique in adolescents". *Genetic Psychology Monographs*. 20:3-120.

Caligor Leopoldo (1957) *A new approach to figure drawing based upon an interrelated series of drawings*. Published by Charles C. Thomas.

Campbell, D. y Stanley, J. (1991) *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

Cleveland, S. y Fisher, S. (1955) *Body-image boundaries in various psychosomatic illnesses*. APA Convention, California.

Cobb, S. (1976) Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*, 38:314

Conger J. (1980) Adolescencia: Generación presionada. Edit Harla. 17-18

Constable, J.D., Bernstein, N.R., Sheehy, E. (1979) Unreasonable expectations of reconstructive patients affecting rehabilitation. *Scandinavian Journal of plastic & Reconstructive surgery*. 13(1):177-9.

Cooper, M. K. (1987) Psychosocial care of severely burned child. En Carvajal H. y Parks D.H. (eds.) *Burns in children: pediatric burn management*, pp. 702-751. Chicago. Year book medical publishers.

Coopersmith, S. (1967) *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W. H. Freeman.

Cortes, J. y Gatti, F. (1966) Physique and motivation. *Journal of Consulting Psychology*. 30:408-414.

Dion, K., Berscheid, E. & Walster, E. (1972) What is beautiful is good. *Journal of Personality and Social Psychology*. 24:285-290.

Dorfmueller, M. (1995) Psychological management and after-care of severely burned patients. *Unfallchirurg*. 98 (4):213-17.

Dorfen, H. (1952) The reliability and validity of spontaneous fingerpaintings. *Journal Projective Tech.*, 18:169-182.

Evans, E. B., Larson D. L. & Yates S. (1968) Preservation and restoration of joint function in patients with severe burns. *JAMA*, 204:843-896.

Faust, M. (1960) Developmental maturity as a determinant in prestige of adolescent girls. *Child development*, 31:173-184.

Ferenczi, S. (1959) *Sexo y Psicoanálisis*. Edit. Paidós, Buenos Aires.

Fernández-Guardiola, A (1992) "Las alteraciones del esquema corporal: herramientas para una teoría de la percepción sensorial", en Pérez-Rincón, H., *Imágenes del cuerpo*, Edit. Fondo de Cultura Económica, México.

Fiorentini Cañedo A. (1993) Implementación de un programa de atención psicológica con niños quemados y sus familiares. Depto. de Psicología de Posgrado de la IBERO 8-9.

Frazier, A. y Lisonbee, L. (1950) Adolescent concerns with physique. *School review*, 58, 397-405.

Freud, S. (1938) *Basic writings of Sigmund Freud*. Ed. por A. A. Brill.

Freud, S. (1973) *El Yo y el Ello. Obras completas*. Edit. Biblioteca nueva. Madrid. 2701-2728.

Goffman, I. (1963) *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

González Nuñez, J. (1978 noviembre) *La imagen corporal en la mujer: Un punto de vista psicoanalítico*. Trabajo presentado en el Primer encuentro Iberoamericano de psicología clínica y Segundo congreso Mexicano de psicología clínica.

Goodenough, F. (1942) *The use of free association in the objective measurement of personality*. McNemar, Q. Merrill (eds.) *Studies in personality* New York: McGraw Hill.

Grassano de P. (1980) *Indicadores psicopatológicos en pruebas proyectivas*. Edit. Nueva Visión. Buenos Aires.

Grinder, R. (1976) *Adolescencia*. Edit. Limusa. México.

Hammer, E. (1984) *Tests proyectivos gráficos*. Edit. Paidós. Buenos Aires.

Hanley, C. (1951) *Physique and reputation of junior high schools boys*. *Child Development*. 22:247-260.

Healy, W., Bronner, A. y Browsers, A. (1930) *The structure and meaning of psychoanalysis*. New York: Knopf.

Hood, A. (1963) A study of the relationship between physique and personality variables measured by the MMPI. *Journal of Personality*. 31:97-107.

Huazo Velázquez Ma. (1983) "Imagen corporal en el niño urémico". Tesis de Licenciatura, UNAM.

Jessee, PO., Strickland, MP., Leeper, JD. (1992) Perception of body image in children with burns, five years after burn injury. *Journal of burn care & Rehabilitation*. 13(1):33-8 Jan-Feb.

Knudson-Cooper, M.S. (1980) Antecedents and consequences of childhood burn injuries. *Advances in developmental and behavioral pediatrics*. Eds. Wolraich, M. & Routh D.. Vol. 3 Greenwich, Conn: JAI Press.

Knudson-Cooper, M.S. (1981) Biofeedback and relaxation therapy in the treatment of severely burned children. *Journal Burn Care Rehabil*, 2:102-110.

Knudson-Cooper, M.S. (1981) Adjustment to visible stigma: The case of severely burned. *Soc. Sci Med*. ISB: 31-44.

Knudson-Cooper, M.S. and col. Recovery curves for adult burn victims. *Journal Burn Care Rehabil*. En prensa.

Knudson-Cooper, M.S. & Bee D. Predictors of psychosocial adjustment and self-esteem in young adults burned in childhood. *Journal Ped Psychosol*. En prensa.

Kolb, L.C. (1959) "Disturbances of the body-image", en Arieti, S., *The American HandBook of Psychiatry*, vol. 1, Basic Books, Nueva York.

Konigova, R., Pondelicek, I. (1987) Psychological aspects of burns. *Scandinavian Journal of plastic & Reconstructive surgery & Hand surgery*. 21(3):311-4.

Koupernik, C. y Dailly, R. (1981) *Desarrollo neuropsíquico del lactante*. Edit. Planeta, Barcelona.

Kubler-Ross, E. (1969) *On death and dying*. New York: Mcmillan Publishing.



Kurtz, M. (1969) Sex differences and variation in body attitudes. *Journal of consulting and clinical psychology*. 33:625-629.

Le Boulch, J. (1992) *Hacia una ciencia del movimiento humano. Introducción a la psicokinética*. Edit. Paidós, España.

Lefkowitz, M. y Cannon, J. (1966) Physique and obstreperous behavior. *Journal of Clinical Psychology*. 22:172-174.

Lemay, M., (1983) *L'éclosion psychique de l'être humain*, Fleurs, Paris.

Lerner, R. y Karabenick S. (1974) Physical attractiveness, body attitudes, and self-concept in late adolescents. *Journal of youth and adolescence*. 3, 307-316.

Lewis, N (1940) Personality factors in alcoholic addiction. *Quart Journal Stud. Alcohol*. 1:21-44

Machover, K. (1949) *Personality projection in the drawing of the human figure*. Springfield, Charles C. Thomas.

Macías-Valadez Tamayo Guido (1994) *Introducción al desarrollo infantil: Génesis y estructura de las funciones mentales*. Edit. Trillas.

Macías-Valadez Tamayo Guido (1996) *Desarrollo Infantil 1: Estructuración de la realidad en el niño* Edit. Trillas.

Macías-Valadez Tamayo Guido (1997) *Desarrollo Infantil 2: Estructura de la fantasía en el niño* Edit. Trillas.

Marcelli, D. (1993) *Psychopatologie de l'efant*, Edit. Masson, París.

McGregor, F.C. (1974) *Transformation and identity: The face and plastic surgey*. Quadrangle Books. New York.

McKinney J., Fitzgerald H. y Strommen E. (1982) *Psicología del desarrollo: edad adolescente*. Edit. Manual Moderno. 41-45

McLoughlin, E., Healer C. & Crawford J.D. (1979) Burn education intervention: A controlled study. *Burns* 6:26-29.

Meyer, W.J. 3<sup>rd</sup>; Blakeney, P.E.; LeDoux, J. (1995) Diminished adaptive behaviors among pediatric survivors of burns. *Journal, Burn, Care, Rehabil.* Sep-Oct; 16(5):511-18.

Meyer, W.J., 3<sup>rd</sup>; Blakeney, P.E. (1995) Inconsistencies in psychosocial assesment of children after severe burns. *Journal, Burn, Care, Rehabil.* Sep-Oct; 16(5):559-68.

Meyer, B., Brown, F. y Levine, A. (1955) Observations on the House-Tree-Person drawing test before and after surgery. *Psychosom, Med.* 17:428-454.

Mussen, P. y Bouterline-Young, H (1964) Relationships between rate of physical maturing and personality among boys of italian descent. *Vita Humana.* 7:186:200.

Naumburg, M. (1955) Art as symbolic speech. *Journal of Aesthetics and art Criticism.* 13:435-450.

Orr, DA., Reznikoff, M., Smith, GM. (1989) Body image, self-steem, depression in burn-injured adolescents and young adults. *Journal of burn care & Rehabilitation.* 10(5):454-61 Sep-Oct.

Padrón Solomon E, (1994) El papel de la paidopsiquiatría en el tratamiento de niños con quemaduras severas. *Psiquiatría.* Vol. 10 No. 3: 80-83.

Papalia D. y Olds S. (1992) *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia.* Edit. McGraw Hill, quinta Edición. 513-515

Parks, D.H., Evans E.B. & Larson D.L. (1978) Preservation and correction of deformity after severe burns. *Surg Clin North Am,* 58 (6).

Parkes, C.M. (1975) Psychosocial transitions: Comparison between reactions to loss of a limb and loss of a spouse. *Br Journal Psychiatry,* 127:201-210.

Pérez Tejada H. E. (1987) Estadística para ciencias del comportamiento. Edit. Harla

Piaget, J. e Inhelder. B. (1991) L'image mentale chez l'enfant. Presses Universitaires de France. París.

Piotrowski, Z. (1952) Sexual crime, alcohol and the Rorschach Test. Psychiat. Quart. (supl.) 26:248-260.

Powel Marvin (1994) La psicología de la adolescencia Edit. Fondo de Cultura Económica.

Rascovsky, A. (1960) El psiquismo fetal. Edit Paidós, Buenos Aires.

Román, M. F.; Reyes C. D. (1996) Primeros auxilios esenciales: PAES. Impreso por Grupo Star Grafics. México.

Rosenstein. DL. (1987) A school reentry program for burned children. Part I: Development and implementation of a school reentry program. Journal of burn care & Rehabilitation. 8(4):319-22 Jul-Aug.

Rutter, M. (1985) Fundamentos científicos de psiquiatría. Edit Salvat, Barcelona

Salisbury, R. E.; Marville, N; Dingeldein, G. (1986) Manual de tratamiento en las quemaduras: un planteamiento interdisciplinario. Edit. Salvat.

Sanchez Ascencio Ma. (1985) "Imagen Corporal del paciente quemado". Tesis de Licenciatura, UNAM.

Sartre, J. P. (1966) El ser y la nada Edit. Losada, Buenos Aires.

Siegel, O. (1982) Personality development in adolescence. In B. B. Wolman (Ed.), Handbook of developmental psychology. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.

Siegel, S. (1980) Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. Edit. Trillas.

Schilder, Paul (1935) The image and appearance of the human body. Psyche Monographs Num. 4 London Kegan, Paul Trench, Trubner & company, Ltd.

Schilder, Paul (1950) Imagen y apariencia del cuerpo humano. Edit. Paidós.

Schonfeld, W.(1962) Gynecomastia in adolescence : Effect on body image and personality adaptation. Psychosomatic medicine. 24:379-389.

Schonfeld, W. (1963) Body-image in adolescents: a psychiatric concept for the pediatrician. Pediatrics. 31:845-855.

Schonfeld, W.(1966) Body image Disturbances in Adolescents. IV. Influence of family attitudes and psychopathology. Archives of general Psychiatry 15:16-21.

Schonfeld, W. (1980) El cuerpo y la imagen corporal en los adolescentes en El desarrollo del adolescente. Edit. Horme. Argentina. 57-101.

Stoddard, F.J., Norman, DK. (1989) Psychiatric outcome of burned children and adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 28(4):589-95 Jul.

Stolz, H.R. y Stolz, L.M. (1944) Adolescent problems related to somatic variations in adolescence. Forty-third Yearbook, National Society for the Study of Education, Part 1. University of Chicago Press. Chicago.

Wallace, E. (1993) Nursing a teenager with burns. British Journal of Nursing. 2(5):278-81 Mar 10-24

Ward, C. (1967) Own weight, sex and liking in the judgment of the heights of others. Journal of Personality. 35:381-401.

Willis-Helmich, JJ. (1992) Reclaiming body image: the hidden burn. Journal of Burn Care & Rehabilitation. 13(1):64-7 Jan-Feb.

Weatherley, D. (1964) Self-perceived rate of physical maturation and personality in late adolescence. Child Development. 35:1197-1210.