



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA.**

**"LAS FANTASIAS CON RESPECTO A LA IMAGEN CORPORAL DE LOS NIÑOS QUEMADOS".**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA.

PRESENTA:

**ERIKA EMELIA HERRERA RUIZ**

DIRECTORA LIC YOLANDA OLGUÍN GARCÍA  
ASESOR METODOLOGICO, LIC. RAUL TENORIO

1999

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1999



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## **A DIOS.**

Que alumbró mi camino y el de mi familia, y al caminar juntos nos brinda el gozo de la alegría y la paz.

De corazón a los **niños** que participaron en este trabajo.

Es el momento de la esperanza y de la luz, y recordar que la vida siempre está llena de nuevos colores.

## **CON AMOR Y ADMIRACIÓN DEDICO ÉSTE TRABAJO A MIS PADRES.**

### ***Mamá, Papá.***

Con eterno agradecimiento, por regalarme lo mejor que tengo la vida y por ser para mí un ejemplo de amor y respeto. Por su inmenso amor, confianza y dedicación, les doy las gracias por enseñarme que la vida es bella y que con trabajo y esfuerzo se logran las metas.

### ***Los Amo.***

### ***Mary, Ara y Pepe:***

Gracias por ser quienes son en mi vida, por su entrega, su entusiasmo y sobretodo por su presencia en cada momento de mi vida

### **Los AMO.**

**A Yola:**

Con cariño y respeto, por su inapreciable ayuda en la realización de este trabajo, por brindarme su apoyo, tiempo, confianza y dedicación, por ser un ejemplo de profesionalismo y sobretodo por su amistad.

**Mil gracias.**

**Edith y Laura:**

Por lo que juntas aprendimos y compartimos, Gracias por su apoyo en los buenos y no tan buenos momentos y sobretodo por su amistad.

**Las quiero mucho.**

A ustedes con quienes he tenido la maravillosa oportunidad de compartir uno de los más bellos dones la **AMISTAD.**

**Carolina, Lety, Maru, Isela, Ana, Profra: Gris, Monica.**

**A VICTOR.** Por su valiosa colaboración.

**Gracias.**

**A MI JURADO,** por su tiempo y aportaciones a este trabajo, **MIL GRACIAS.**

Lic. Raúl Tenorio.

Lic. Guadalupe Santaella.

Lic. Yolanda Olguin.

LIC. Rosa Elena Mendoza.

Mtra. Georgina Martínez.

## **INDICE**

<b>RESUMEN</b>	<b>4</b>
<b>Introducción.</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo I.</b>	<b>8</b>
1.1 Definición.	8
1.2 Historia de las quemaduras.	8
1.3 Traumatología.	9
1.4 Valoración de las quemaduras.	10
1.5 Causa de las quemaduras.	11
1.6 Quemaduras en áreas especiales.	12
1.7 Profundidad de las quemaduras.	13
1.8 Fisiopatología de las quemaduras.	13
1.9 La piel.	15
1.10 El dolor y la vivencia del dolor.	16
1.11 Tratamiento del paciente quemado.	18
1.12 Complicaciones en quemados.	19
1.13 Quemaduras y sus reacciones emocionales.	22
<b>Capítulo II.</b>	<b>26</b>
2.1 Imagen corporal.	26
2.2 Teoría fisiológica.	26
2.3 Teoría epistemológica - genética.	29
2.4 Teoría fenomenológica.	31
2.5 Teoría psicoanalítica.	32
<b>Capítulo III.</b>	<b>39</b>
3.1 Enfoque psicoanalítico de la fantasía.	39
3.2 Sigmund Freud.	39
3.3 Melanie Klein.	44
3.4 Winnicott D.	48
3.5 Otras teorías.	55

<b>Capítulo IV. METODO</b>	<b>64</b>
4.1 Planteamiento y justificación del problema.	64
4.2 Hipótesis estadística.	65
4.3 Variables.	67
4.4 Definición conceptual de variables.	67
4.5 Definición Operacional.	68
4.6 Sujetos.	68
4.7 Muestreo.	68
4.8 Tipo de estudio.	69
4.9 Diseño	69
4.10 Escenario.	69
4.11 Instrumentos.	69
4.12 Procesamiento.	73
4.13 Análisis estadístico de datos.	74
<b>Resultados.</b>	<b>76</b>
<b>Discusión.</b>	<b>89</b>
<b>Conclusiones.</b>	<b>104</b>
<b>Limitaciones y sugerencias.</b>	<b>109</b>
<b>Referencias.</b>	<b>110</b>
<b>Anexo.</b>	<b>114</b>

FALTAN PAGINAS

1

De la:

3

A la:

## RESUMEN

El propósito de este estudio, fue investigar la función y contenido de la fantasía y la percepción de la imagen corporal en niños y niñas quemados.

Participaron en esta investigación 60 niños, treinta niños quemados internados en el Hospital Pediátrico de Xochimilco por quemaduras de segundo y tercer grado, así como treinta niños que nunca han sufrido algún tipo de traumatismo y que asisten regularmente a la escuela primaria "México Independiente; los niños seleccionados son de ambos sexos, sus edades oscilan entre los 4 y 8 años de edad y pertenecen a un nivel socioeconómico bajo.

Se les aplico el Cuestionario Desiderativo y el dibujo de la Figura Humana que permiten evaluar fantasías de deseo e Imagen Corporal. Para su calificación e interpretación se utilizaron los protocolos e interpretaciones de J. Bernstein y E. Kopitz respectivamente. También se utilizó la Historia Clínica para ampliar y conocer más sobre la dinámica del niño.

De este estudio se deduce que existe diferencia estadística entre la función y contenido de la fantasías y percepción de la Imagen Corporal de los niños quemados y no quemados.

Los niños quemados manifestaron fantasías de realización de deseos que les permitió enfrentar y aliviar la angustia provocada por una realidad atemorizante y desagradable. Pero sobretodo esto permitió que la fantasía de muerte no se hiciera real. Son niños que presentan sentimientos de inseguridad, culpa, miedo, regresiones y sobretodo estados severos de depresión. Además tienen problemas para relacionarse interpersonalmente son apáticos y egocéntricos, También hay una Perdida de su Imagen Corporal ya que son niños que se viven "feos", y experimentan sentimientos de minusvalía, pobreza, y un autoconcepto devaluado. A demás presentan problemas en su atención y concentración, memoria, percepción, capacidad de análisis debido a que son niños que no solo han sido poco estimulados, sino que el impacto emocional del accidente los bloqueo y sus potencialidades no se expresan con la riqueza que tienen. Por tanto los traumatismos por quemaduras alteran la estructura de la personalidad del niño y la dinámica familiar. Por lo que dependerá de ambos ( niño, familia) además de la sociedad, asimilar el daño y adaptarse lo mejor posible a su medio.

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de la presente investigación fue realizar un estudio de la imagen corporal y conocer el contenido de las fantasías de los niños quemados. La inquietud de estudiar esto se originó en el contacto diario con estos niños durante su tratamiento en el área de rehabilitación del Hospital Pediátrico de Xochimilco y con los problemas que implica todo cuestionamiento de su modo específico de vivirse a sí mismo, que no ha sido estudiado ampliamente por la psicología, ya que existen pocos estudios sobre el tema.

Las estadísticas del Hospital Pediátrico de Xochimilco y el Instituto Para la Atención Integral del Niño Quemado en 1985 reportan una alta incidencia de quemaduras de primero y segundo grado, en niños pequeños, siendo los agentes causantes de estos la corriente eléctrica, gasolina, alcohol y gas, pero, con mayor frecuencia líquidos calientes: agua, frijoles, té, caldo de pollo y aceite.

El tratamiento al que se ve sometido el niño quemado lo coloca ante una doble circunstancia, por un lado su cuerpo cambio pues ahora tiene la piel "plisada", por otro lado se enfrenta a la experiencia del dolor, al dolor provocado por el tratamiento médico y el efecto que este tiene a nivel emocional y, aún cuando el paso del tiempo puede sanar su cuerpo, su imagen es probable que no sea la misma. Sobretudo mientras más visibles sean las huellas de las quemaduras sufridas, aunque es importante considerar que no sólo esto se vera alterado sino también su dinámica familiar.

Durante el tratamiento, es sometido a curaciones muy dolorosas, el baño diario es una experiencia traumática que desencadena una actitud de rechazo por parte del niño por la remoción de los apósitos y el tallado de la piel. Además, el hacerlo en grupo favorece que todos se contagien de llanto, gritos y conductas como cogerse de los muebles, aventar objetos, aferrarse al personal que se encuentra cerca como psicólogas, trabajadoras sociales etc; agredir física y verbalmente a las enfermeras para impedir que los conduzcan al baño, así, para el personal de enfermería sobretudo se vuelve una tarea difícil lo mismo que para el niño pues la tarea no termina aquí ya que mañana se repetirá lo mismo.

Las reacciones emocionales de los niños son vanadas en intensidad y síntoma y esto se expresa desde conductas regresivas hasta severos estados depresivos

En el caso de niños con tratamientos prolongados se observa que la participación de la madre es superficial y poco a poco ésta desaparece. Si al principio la visita de la madre es frecuente, conforme paso el tiempo la madre desapareció y el niño quedó al servicio de la atención exclusiva del hospital.

Por tanto esto provocó que los niños buscaran madres sustitutas entre las estudiantes de trabajo social, enfermería y psicología, a quienes eligen por sus expresiones de ternura y calidez afectiva, estos niños tienden a solicitar algún objeto (relojes, cadenas, libros etc.), ya que el poseer un objeto podría impedir de alguna manera la partida de esta persona. Hubo casos verdaderamente dramáticos ya que los niños se aferraban a las personas e impedían que estas se fueran, sin embargo estas partían y le dejaban el objeto diciendo que mañana volverían. Pero estos mismos niños repetían el mismo cuadro con las personas del turno vespertino, las cuales eran elegidas de la misma manera.

Probablemente estos comportamientos originan estados de angustia del niño ante su sensación de abandono y estado de soledad debido a que ha sido atacado fuertemente en su sentido de pertenencia.

Los comportamientos más característicos observados en ellos, fueron la gran dificultad para interactuar, con problemas para formar parte de un grupo, aislamiento en un espacio elegido por ellos donde podrían permanecer largas horas. También se observó que cuando la madre se presentaba, después de un largo tiempo, el niño reaccionaba con indiferencia, no mostraba extrañeza ni gusto por verla, sino que lejos de esto su relación tendía a ser fría y superficial, tratando a esta como una extraña y el tiempo de interacción con ellas es tan corto que sólo se daban el saludo, siendo también la actitud de la madre carente de afecto y de apoyo.

La participación de otros miembros de la familia como padre y hermanos es nula dejando en el niño un mensaje de abandono y olvido más drástico y real.

En algunos casos en quienes requerían tratamiento con prendas de licra durante períodos prolongados, fue un motivo más "para que las madres se olvidaran de su hijo dejando al hospital el cubrir el costo de este tratamiento". (Informe estadístico del primer quinquenio 1985).

Esto también hace pensar que no sólo el bajo nivel socioeconómico y cultura de estas madres influye para no poder cubrir el pago solicitado por el hospital, sino lo más probable es que es una forma de enmascarar el rechazo hacia el hijo, y lo que este significa en la vida de la madre y la familia sea el principal determinante tanto del accidente del niño como del abandono del mismo en el hospital.

Por tanto se considero relevante destacar los aspectos y características fisiológicas de las quemaduras debido a que estas tienen secuelas físicas, orgánicas y emocionales, durante y después del accidente. Capítulo I. Todo esto repercute en su Imagen Corporal, ya que esta forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia a través de diferentes experiencias (Ajunaguerra 1997), Capítulo II.

Las fantasías son consideradas una forma de satisfacción de deseos ocultos o reprimidos, sino que además puede también se les considera ser expresión defensiva, ante hechos agresivos o violentos que reciben o perciben de su medio, de ahí que se aborde teóricamente este aspecto en el Capítulo III.

La muestra seleccionada para el presente estudio fueron treinta niños quemados de cuatro a ocho años de edad, que pertenecen a un nivel sociocultural bajo, que sufrieron quemaduras de primero, segundo y tercer grado profundas y superficiales, internados en el Hospital Pediátrico de Xochimilco y se compararon con treinta niños de la misma edad que nunca han sufrido traumatismo por quemaduras, que asisten regularmente a la escuela, para tal efecto se utilizó la prueba estadística de  $\chi^2$ , para determinar si existe diferencia entre ambas poblaciones. Los datos obtenidos fueron vaciados en gráficas y tablas para su mejor apreciación.

Los datos recabados permitirán conocer la dinámica de la personalidad del niño quemado además también pretende apoyar su tratamiento psicológico desde el marco hospitalario, prevenir el estado de abandono en el que el niño quemado se encuentra y trabajar más en la relación madre - hijo de manera que el niño pueda integrarse a su medio familiar y plantear las alternativas de apoyo y mejor manejo de estos niños por el personal de la institución y aportar recursos o ideas en el trato rutinario del hospital.

## CAPITULO I.

### 1.1 DEFINICIÓN.

Una quemadura es una lesión cutánea de causa térmica es decir, una lesión producida en los tejidos por el calor donde existe una destrucción de la piel ( epidermis y dermis) e incluso se llega a lesionar hueso.

Las lesiones por quemadura esta consideradas dentro de los eventos catastróficos ya que su inicio es súbito, con poco o ninguna advertencia de lo que sucederá, se considera a este tipo de accidente como traumatismo térmico que comprende todas las lesiones internas y externas, provocada por una violencia externa. En este estado el organismo esta afectado por una herida o contusión grave, este traumatismo físico grave origina dolor intenso, infecciones, alteraciones metabólicas, deformación e incapacidad física. (Romano. P. 1986).

Las estadísticas proporcionadas por el Hospital Pediatrico de Xochimilco, Instituto del Niño quemado, que brindan una atención integral a niños con quemaduras señalan que la mayor incidencia de accidentes por quemaduras en niños de 1 a 4 años se da en un 55%, donde el sexo masculino es el más propenso a sufrir quemaduras en un 65%.<sup>1</sup>

En relación a los agentes causantes que origina mayor quemaduras son líquidos hirviendo en un 69%; pasando a segundo termino, el fuego directo, explosivos electricidad y aceite. En cuanto al porcentaje más frecuente encontrado de Superficie Corporal Total Quemada (SCTQ) en niños atendidos es menor al 10%

La distribución de la quemadura en el cuerpo de los niños sigue una disposición bastante característica, la quemadura se sitúa en la zona media de la pierna hacia arriba con quemaduras profundas en la cara anterior del cuello y zona inferior de la cara y parte anterior del tronco, así como extremidades.

### 1.2 HISTORIA DE LAS QUEMADURAS.

En 1607, Wilhelm Fabrey de Hildon presentó la primera clasificación de las quemaduras en su libro "De Combustions", él se baso en la intensidad de las quemaduras superficiales valorado por su aspecto externo. En el siglo XVII, Heister, Dupoytren, Hunter y Kentis modificaron la clasificación de Febrey intentado establecer diversas profundidades de la lesión por el aspecto externo de la quemadura. En el siglo XIX, Boyer desarrollo tres grados para esta lesión, primero, segundo y tercer grado

<sup>1</sup> Informe estadístico del primer quinquenio. 1985-1989. IPAINQ

La descripción autorizada fue hecha en el siglo XX por Sonnenburg y Tachmarke, quienes diferenciaron entre las que cicatrizaban desde los bordes y las que sanaban a partir de los elementos dérmicos restantes. En 1942, el "National Research Council of Canadá" introdujo los términos "espesor parcial" que se caracterizaba por la pérdida parcial de la totalidad de la epidermis y parte de la dermis con crecimiento restante del tejido a partir de las glándulas sudoríferas y los folículos pilosos. La pérdida de piel de "espesor total" se caracterizaba por la destrucción completa de los elementos epidérmicos y dérmicos que originaban una cicatrización por migración a partir de los bordes de la herida

### 1.3 TRAUMATOLOGIA.

Las quemaduras cuando son profundas y/o extensas son consideradas como traumatismo grave que puede provocar un dolor intenso, infección, alteraciones metabólicas, deformaciones, incapacidad física o muerte.

Las quemaduras son heridas producidas por diversos agentes térmicos, eléctricos, radioactivos o químicos, por esta causa los primeros tejidos lesionados son aquellos que están en contacto directo con el medio (la piel).

La Organización Mundial de la Salud divide los traumatismos de acuerdo a la edad en:

- Traumatismos en niños de edad inferior a un año. Aquí, se consideran varias posibilidades, tales como asfixias por obstrucción con diferentes objetos, caídas de las camas, por tomar alimentos , etc.
- Traumatismos en niños de 1 a 4 años, o sea en edad preescolar, antes de que el niño inicie la escuela, la mayor parte de éstos accidentes son quemaduras por fuego o líquido en ebullición e intoxicaciones.
- Traumatismos en niños de 4 a 14 años (edad escolar), ocurren generalmente fuera del hogar.
- Traumatismos entre los 14 y 18 años (adolescencia). En esta edad, el deporte, bicicletas, motos y accidentes automovilísticos desempeñan el papel más importante.

Las quemaduras constituyen el prototipo para el estudio de todos los traumatismos y heridas mayores. Pueden ser causados por una amplia variedad de agentes incluyendo llamas, agua caliente, sustancias químicas, electricidad, calor, etc.

#### 1.4 VALORACIÓN DE LAS QUEMADURAS:

Valorar el grado de las quemaduras implica hablar de su ubicación y profundidad, de la edad del paciente y de las lesiones y las enfermedades concurrentes. También se valora una quemadura para estimar su causa y el estado del paciente. Es necesario la valoración inicial del quemado para elegir el mejor método del tratamiento, para contar con un guía para la reposición de líquidos y determinar los recursos (personal y equipo) disponible para su cuidado, pues la valoración influye en el pronóstico.

Se inicia con una valoración del "ABC"<sup>2</sup> de los cuidados (vías respiratorias y circulación), el proceso pretende reducir la morbilidad y mortalidad de quemaduras importantes que pueden ocurrir, de manera concomitante con otras lesiones. Se comienza con la observación de la escena del accidente.

El primer objetivo de la misma es prevenir lesiones en quienes rescatan a las víctimas, al tratar a pacientes con quemaduras por electricidad, quienes los atienden deben comprobar que se desconecta la electricidad de tal forma que las personas que laboran con la víctima no toquen los alambres con corriente.

Cuando se atienden pacientes con quemaduras por productos químicos, es necesario evitar el contacto con los mismos pacientes ya que podrían causar el mismo tipo de lesión a quienes los rescatan.

La valoración del sitio puede proporcionar un indicio sobre cualquier lesión asociada o el mejor plan de tratamiento. Por ejemplo una quemadura "guante" en un niño pequeño, indica abuso del menor; las quemaduras por producto químico es necesario conocer el tipo de sustancia; en quemaduras por electricidad son importantes el voltaje y amperaje, para calcular la profundidad y extensión de la quemadura.

Es esencial valorar el tamaño de la quemadura y determinar si hay quemaduras mayores o menores. Es muy útil la "regla de los nueves" (fig.1), que consiste en dividir el cuerpo en múltiplos de nueve; las quemaduras en cara, mano y piernas se consideran mayores aunque incluyen un porcentaje más pequeño de área corporal.

---

<sup>2</sup> Achaur B. Atención del paciente quemado, 1998

La extensión de las lesiones por quemaduras se expresa mejor en porcentaje de área de superficie corporal total (SCT) y la regla de los nueve. Este método debe modificarse para lactantes y niños menores de 10 años, ya que la cabeza tienen un porcentaje mayor que las piernas, de la superficie corporal total. Para mayor precisión es mejor el cuadro proporcionado por Lund y Browder (1944). Sin embargo, estas tablas son difícil de memorizar y con frecuencia no se dispone de ellas en el departamento de urgencias, por eso la "regla de nueves" es un método muy práctico para dicha valoración.

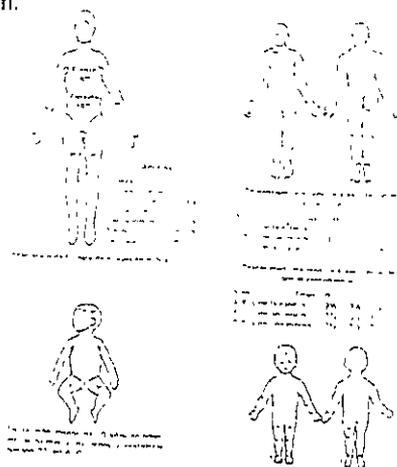


Fig. 1. Valoración de la extensión de quemaduras. A. Regla de Nueves (Cronado de Madero AB. The "nines" treatment of burns. Lancet. 1941; 201: 195). B. Cuadro de Lund y Browder (Cronado de Lund CC, Browder NC. The estimation of degree of burns. Surg. Gynecol. Obstet. 1944; 79: 352-1944).

## 1.5 CAUSA DE LAS QUEMADURAS.

### 1. Térmica.

- a) Húmedas, como agua hirviendo o vapor de agua
  - b) Secas, como una llama, un botellón de agua caliente, metales calientes, grasas calientes
2. Químicas: Ácidos fuertes, como el sulfúrico o nítrico, sosa cáustica; sustancias químicas fuertes como el fósforo, gas mostaza y otras sustancias.
  3. Eléctricas. Los efectos varían ampliamente con el tipo de voltaje y amperaje de la corriente. A menudo se producen quemaduras en los sitios de entrada y salida de la corriente. Además pueden producirse alteraciones respiratorias, circulatorias y del sistema nervioso central.
  4. Radiación: Las quemaduras por radiación pueden ser causadas por rayos ultravioletas, rayos X y radio. Las quemaduras de la luz solar y lámpara de rayos ultravioleta suelen ser superficiales y producen efectos de breve duración.

## 1.6 QUEMADURAS EN ÁREAS ESPECIALES.

Las quemaduras en estas áreas requieren de la reconstrucción. Sin embargo, el reconocimiento rápido de los problemas exclusivos, de estas áreas, acompañado de la atención decidida a los detalles más pequeños puede evitar muchas de las deformaciones que después son resistentes a la reconstrucción. La consideración de estas áreas debe iniciarse de inmediato para evitar daño irreversible.

**Cabeza:** Esta comprendida por el cuero cabelludo, pelo y a menudo son menos profundas de lo que se sospecha, al principio la rápida cicatrización es favorecida por la gran vascularización de la región, sin embargo las explosiones, las quemaduras por llamaradas y la escaldadura de los niños, realmente pueden ocasionar una pérdida significativa de la piel. La herida inicial esta cubierta de grasa, aceite, suciedad y otros restos que deben quitarse cuidadosamente. El cabello quemado debe rasurarse (excepto la ceja). Las ampollas tienden a romperse rápidamente por eso es preferible quitarlas quirúrgicamente.

**Cara y ojos:** En las quemaduras a este nivel, se utiliza la técnica abierta, esto es por necesidades fisiológicas (respiración, deglución).

Las quemaduras en los ojos son principalmente por líquidos, químicos, pero con frecuencia a expensas de los párpados. Las quemaduras en los párpados generalmente son de espesor total. Los injertos tempranos en los párpados son importantes para evitar la ulceración corneal por falta de protección.

**Cuello:** Es una área importante debido a que es propensa a sufrir una deformación por flexión, la cual es muy incapacitante. El cuello debe inmovilizarse en extensión completa y los injertos de la piel deben aplicarse pronto y en suficiente cantidad para evitar la deformidad.

**Pabellón auricular.** Expuesto principalmente a las lesiones térmicas; la piel es delgada y cuando se pierde se produce una disolución vascular del cartílago. Estas complicaciones representan un problema de reconstrucción sumamente difícil ya que el tejido circundante generalmente también es destruido. En todas las quemaduras de tercer grado deberán injertarse tempranamente para evitar contracturas incapacitantes.

**Órganos genitales:** No debe aplicarse vendajes por el peligro de contaminación por excreciones y debe lavarse con agua y jabón.

**Tracto respiratorio:** En las quemaduras de los segmentos altos del cuerpo (tronco, cara o cabeza), existe siempre la posibilidad de quemaduras de las vías respiratorias por inhalación o aire a temperatura elevada.

**Hueso:** Las quemaduras profundas pueden llegar hasta el hueso, en estos casos debe observarse la superficie del hueso. Si no tiene solución se hará perforación hasta llegar a médula y provocar la granulación. Es necesario esperar la producción de granulación que, una vez establecida firmemente, permitirá aplicar sobre ellas el injerto.

## 1.7 PROFUNDIDAD DE LAS QUEMADURAS.

En la investigación para determinar con más precisión la profundidad de una quemadura, es probable que el método más seguro y práctico sea aún la "sensación de pinchazo". Los pacientes con quemaduras de espesor parcial suelen tener terminaciones nerviosas intactas porque se encuentran en la unión dermoepidérmica y tendrá una sensación de pinchazo. Los enfermos con quemaduras de espesor total en la que la lesión se ha extendido a través de la totalidad de la dermis y epidermis tendrán destruidas estas terminaciones nerviosas y en consecuencia no sienten el pinchazo. Suele ser difícil estimar inmediatamente la profundidad de las quemaduras. En estos casos, la valoración sigue siendo un juicio clínico, y por ello la profundidad se valora en etapa ulterior.

La clasificación de las quemaduras por grado, es útil para descripción e identificación:

- Las quemaduras de primer grado no son graves, a menos que abarque zonas grandes del cuerpo, produciendo entema de la zona quemada.<sup>3</sup>
- Las quemaduras de segundo grado se acompañan de la formación de vesículas, en ellas se han destruido las capas superficiales de la piel, pero no las profundas. Los pacientes con grandes zonas de quemadura de segundo grado necesitan hospitalización. Cicatrizan por la actividad de las células profundas quedando viables.
- Las quemaduras de tercer grado entrañan destrucción de todo el espesor de la piel y a menudo la grasa y músculo subyacentes, incluso el hueso

Para estimar la profundidad de una quemadura es importante conocer lo siguiente:

- 1) El agente causal, que puede ser llama, líquido hirviendo u otros,
- 2) Duración de la exposición y
- 3) El grosor de la piel atacada.

## 1.8 FISIOPATOLOGIA DE LAS QUEMADURAS.

La fisiopatología de las quemaduras se divide en tres etapas:

1. Etapa de líquido. La pérdida de líquidos aminora el volumen sanguíneo y con ello la sangre se espesa, el volumen de los elementos figurados de la sangre aumenta en relación con el volumen de líquido de plasma (cambio que hace a la circulación más deficiente). La pérdida de volumen de líquido se refleja en la disminución de la presión arterial, y con ello la aparición de choque

---

<sup>3</sup> Artz c Tratado de quemaduras 1972

2. Etapa de infección del tejido que se ha quemado. En esta etapa de la quemadura el tejido quemado "escara" se desprende del tejido viable subyacente por un proceso de licuación llamado FORMACIÓN DE ESFACELO, que culmina con una gran herida abierta casi siempre infectada.

La infección se manifiesta por fiebre y taquicardia, la infección es casi siempre un factor importante en el tratamiento de la quemadura por lo que desde el comienzo se añade un antibiótico a la solución intravenosa.

3. Etapa de reparación o rehabilitación Se divide en dos:

- a) Reparación del área quemada. La reparación de la gran herida no comienza hasta que la zona este libre de esfacelo, si la quemadura ha destruido todo el espesor de la piel, la reparación debe comenzar con los bordes de la herida, lo que lleva gran tiempo en las quemaduras de gran magnitud y permite el crecimiento excesivo del tejido de granulación.
- b) Reparación general Incluye transfusión de sangre para corregir la anemia que siempre aparece en la etapa tardía de grandes quemaduras, una dieta rica en calorías y proteínas para reponer elementos nutricionales.

Los factores que determinan la expresión de la lesión son.

1. Intensidad del calor al cual se exponen la célula,
- 2 Duración de la exposición
3. Conductancia del tejido afectado

La intensidad del calor y la duración es una relación inversa entre la intensidad del calor y duración de la exposición necesano para producir un grado determinado de lesión. Esta relación no es lineal. Moritz y Henriques (1940) demostraron que ante temperaturas de superficie de 44 °C, no ocurre daño tisular local, a menos que el tiempo de exposición exceda de 6 horas. Entre 44° y 51°, el índice de necrosis epidérmica casi se duplica por cada grado de aumento de temperatura.

A 70° o más, el tiempo de exposición para causar necrosis epidérmica es menor a segundos. El tipo de fuente energético influye en el grado de lesión. Conductancia: el cuerpo humano tiene capacidad importante para regular la temperatura de la piel. Tanto el calor interno por el metabolismo como el externo del ambiente pueden disiparse por evaporación, conductividad térmica inherente, y el riego sistémico. Temperaturas centrales amba de 43° durante cualquier tiempo origina daño tisular.

Para valorar la profundidad de una quemadura, es importante el principio físico de la conductancia, que incluye la transferencia de calor de un objeto de temperatura alta a otro de temperatura más baja. La conducción o índice de absorción de la disipación del calor determina la temperatura final de los tejidos relacionados y depende de vanos factores que incluye circulación penfénca. La alteración de la velocidad del flujo de sangre a través de los tejidos expuestos al calor excesivo, es importante para determinar el grado de destrucción de la célula

## 1.9 LA PIEL.

Es por su tamaño y peso, el órgano más grande del cuerpo. La pérdida de una área considerable, sino es reemplazada por la propia piel del paciente, es incompatible con la vida. La piel tiene las funciones de protección del medio ambiente, sensibilidad, transpiración, regulación de la temperatura y es también la parte que presentamos a nuestro entorno.

La función vital de la piel, es la de proteger al cuerpo de los múltiples agentes externos, y a la vez mantener constante el medio interno. La piel es una barrera absoluta contra gérmenes. Su impermeabilidad defiende al organismo de una pérdida considerable de humedad. Es también importante el amparo que proporciona a las células internas contra la radiación ultravioleta nociva del sol, gracias a un pigmento que el mismo tegumento produce, la melanina.

La piel funciona así mismo como un mediador controlando termostáticamente las pérdidas corporales de calor. Se produce consistentemente, por los procesos celulares metabólicos y es distribuido por la corriente de sangre, es preciso que se pierda cierta cantidad para mantener invariable la temperatura orgánica, ya que el 90% de la pérdida de calor es a través de la piel. Si la temperatura es baja las terminaciones nerviosas muy sensibles de la piel, que funcionan como reguladores del calor, al estimularse hacen que las arterias se contraigan reflejamente, lo que produce una disminución de la corriente sanguínea en el tegumento y la reducción de la pérdida de calor.

La evaporación del sudor en la superficie de la piel, disminuye la temperatura corporal, al eliminar el organismo el calor necesario para convertir el sudor líquido en vapor de agua "debido a su poca dotación de receptores sensoriales dolorosos, táctiles y térmicos" la piel llega a ser la matriz del "YO CORPORAL" (Friedmson y Kaplan, 1981, citado en Achaur B. 1988).

La piel contiene varios receptores sensoriales para la sensación de presión, temperatura y dolor. En el espesor de la piel se alojan multitud de glándulas especializadas: uno o dos millones y medio de glándulas sudoríparas. Se calcula en función de toda la cubierta cutánea; desigualmente repartidas, pues son más numerosas en las palmas de las manos, planta de los pies, axila y frente, también se encuentran glándulas sebáceas, especialmente numerosas en cara y cuero cabelludo, encargadas de secretar una película aceitosa que conserva el pelo húmedo y flexible e impide que la piel se agriete y reseque. Las glándulas mamarias derivan también de la piel, con especialización de secreción de leche.

Estructura de la piel: Se caracteriza por epidermis, carente de vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas. La epidermis se compone de varias capas de diferentes tipos de células cuyo número varía en las diversas partes del cuerpo.

Las características de las porciones más externas de la piel se dispone en infinidad de surcos, que en su conjunto forman lo que se conoce como huellas dactilares, INVARIABLES Y PERSONALES. Puesto que se conservan toda la vida. La capa de la epidermis, está compuesta de células cilíndricas, cuya división es frecuente para proveer las capas superiores.

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

La dermis, más gruesa que la epidermis esta compuesta principalmente de células y fibras conectivas, debajo y en conexión con los músculos subcutáneos, se extiende una capa compuesta de muchas células adiposas y algunas fibras dispuestas en una red más holgada que la anterior, esta capa es uno de los principales depósitos de grasa de reserva con la finalidad múltiple de evitar excesiva pérdida de calor y de servir de almohadilla contra los daños mecánicos. Además de estar muy bien irrigada por la sangre y drenada por la linfa, provista de terminaciones nerviosas y sembrada de glándulas pilocebáceas.

El calor de la piel depende de tres factores

1. El matiz amarillento de las células epidérmicas.
2. La propiedad de las mismas, de ser traslúcidas lo que deja pasar el todo de la sangre que circula por los capilares.
3. El tipo y abundancia del pigmento (rojo, amarillo o pardo) contenido en la capa interna de la célula epidérmica. Toda la piel esta provista de innumerables folículos pilosebáceos, formados por depresión en forma de basal de las células internas de la epidermis; éstas células, por sus divisiones dan lugar a las del pelo

#### **1.10 EL DOLOR Y LA VIVENCIA DEL DOLOR.**

El dolor<sup>4</sup> es una sensación que cuando ocurre está asociada con lesión de tejidos. El dolor es un mecanismo protector del cuerpo y obliga al individuo a reaccionar de forma refleja para suprimir el estímulo doloroso. El dolor es indispensable y la supervivencia y la existencia resultan imposible sin él.

---

<sup>4</sup> Gonzalez U. Quemaduras humanas 1960

Se ha demostrado por varios medios que las terminaciones nerviosas sensibles a los estímulos dolorosos son fibras desnudas, ramificadas y sin cápsulas. Y estas abundan más en la piel. Las fibras nerviosas más pequeñas, principalmente las amielínicas, pero también las mielínicas de transmisión lenta, transmiten los estímulos dolorosos. Es probable que la primera información dolorosa sea transmitida por la conducción rápida, mientras que la segunda resulta de las fibras más pequeñas y de más lenta conducción; a esta última clase pertenece el dolor de la piel.

El dolor es un mecanismo protector del cuerpo; se produce siempre que un tejido es lesionado, obliga al individuo a actuar en forma refleja para suprimir el estímulo doloroso.

El dolor se ha clasificado en tres tipos diferentes:

1 - Dolor punzante: Se percibe cuando se pincha la piel con una aguja, o cuando es cortada con un cuchillo. También se percibe muchas veces cuando una zona amplia es irritada en forma difusa, pero intensa.

2.- Dolor quemante: Es el tipo de dolor que "hace sufrir más". Por consiguiente es importante ampliar la analgesia y frecuentemente se usan fármacos opiáceos (Sedol, Demorol), o analgésicos poderosos (Surpari, Demalgunil) que suprimen los dolores originados en el área de lesión.

3.- Dolor continuo: De ordinario no se percibe en la superficie del cuerpo; se trata de un dolor profundo que causa grados diversos de molestia. El dolor continuo, de poca intensidad, en zonas amplias puede sumarse constituyendo a veces una sensación muy desagradable.

Los receptores del dolor en la piel y en todos los demás tejidos son terminaciones nerviosas libres. Se hallan dispersas en las capas superficiales de la piel y también en algunos tejidos profundos, no están muy provistos de terminaciones dolorígenas sólo en forma dispersa. Sin embargo, cualquier lesión tisular amplia puede sumarse hasta el punto de causar dolor de tipo continuo en estas zonas.

El valor crítico medio de 45 °C en el cual la persona empieza a percibir dolor es también la temperatura en la cual los tejidos empiezan a ser lesionados por el calor, de hecho, acabara de ser totalmente destruido si la temperatura mantiene indefinidamente tal nivel. Por lo tanto, se comprende inmediatamente que el dolor resultante de calor, guarda estrecha relación con la capacidad del calor para lesionar los tejidos

La vivencia del dolor: Durante todos el tratamiento el paciente se halla sometido a una experiencia angustiosa y dolorosa; se vive en un ambiente extraño e incomprensible con limitación en la actividad física, dolor incesante, dependiente en lo absoluto de la atención y cuidado de un equipo de personas para él desconocidas

El hecho de conocer la ansiedad y angustia del paciente, así como la base de sus temores permite brindar un mejor apoyo en el desarrollo de un plan de prevención. Durante el proceso de pesadumbre y dolor, con frecuencia se enfrentan a un sentimiento de pérdida resultante de la desfiguración que lo agobia y de la posible muerte quizás de un familiar que participo en el accidente.

Los pacientes quemados sufren de una ansiedad que en términos Freudianos es " la ansiedad realizada" ya que es causada por las amenazas y peligros reales del medio ambiente. El dolor posee una cualidad particular, que se hace reconocer junto al displacer.

El dolor es el modo de como el niño carga con carencias y significación libidinal agresiva, determinados por acontecimientos somáticos.

Los niños tienden a interpretar instancias externas o internas, de cualquier proceso doloroso que ocurra en el cuerpo (heridas, accidentes, quemaduras, etc.) En lo que concierne a la propia interpretación, el niño que sufre dolor, es un niño: maltratado, herido, castigado, amenazado por la persecución

El dolor amenazado por la angustia da importancia a la vida del niño, y es recordado mucho después, este recuerdo se acompaña por defensas fóbicas, con la posible reparación del hecho

### **1.11 TRATAMIENTO DEL PACIENTE QUEMADO.**

El tratamiento del paciente quemado incluye:

- 1) Establecimiento de una vía intravenosa por catéter a permanencia, siempre que sea posible en una área no quemada.
- 2) Obtención de muestra sanguínea.
- 3) Inserción de una sonda a permanencia para vigilar cada hora el volumen y densidad de la orina.
- 4) Vigilancia de los signos vitales a intervalos frecuentes, sobre todo de temperatura a 38.3 °C o inferiores a 36.1 °C.

Es necesario prestar atención cuidadosa a la técnica aséptica. El personal debe usar mascarillas, gorros y cubre bocas. Cuando se manipula la zona quemada, se usan guantes estériles. La característica de la quemadura determina las propiedades en la asistencia.

Los factores de riesgo que aumentan la frecuencia y la gravedad de las complicaciones después de una lesión térmica son. la edad, enfermedades persistentes, lesión concurrente y mecanismos de la quemadura.

En niños pequeños son más comunes las infecciones y complicaciones respiratorias por la inmadurez de sus órganos.

Las complicaciones sistémicas por una quemadura se dividen en cuatro grupos:

a) Lesiones por quemadura, b) Tratamiento inadecuado, c) Sepsis, d) Maniobras terapéuticas.

### 1.12 COMPLICACIONES EN QUEMADOS

*Lesiones pulmonares* Las quemaduras circunferenciales en cuello, tórax y zona superior del abdomen, o cualquier material extraño en nariz, boca o faringe, puede originar OBSTRUCCIÓN extrínseca de vías aéreas. Resultado de inhalación de humo, vapor de agua, gases o material en combustión es un espacio cerrado, que causa lesión pulmonar.

La intoxicación consecutiva a la inhalación de humo depende de los productos químicos formados durante el proceso de combustión (particularmente compuestos orgánicos y plásticos).

La lesión pulmonar después de la quemadura incluye: 1) el dato que indique que la quemadura ocurrió en una zona cerrada, 2) quemadura de cuello, cara o región peribuca, 3) achicharramiento de las fibrinas ( pelo dentro de la nariz); 4) ronquera o cambios de voz. 5) respiración fatigosa quemaduras francas de lengua o cavidad bucal o mucosa faríngea

La temperatura inmediata se dirige a establecer una vía aérea posiblemente a través de aspiración bucofaríngea seguida de alimentación de oxígeno al 100%.

*Alteraciones de líquidos* Después de los problemas de respiración lo más urgente es reponer líquidos perdidos y evitar el choque irreversible. En las quemaduras extensas (que exceden de un 20% de SCTQ) ocurre una alteración sistemática grave en el equilibrio de líquidos. Los síntomas iniciales son la pérdida de líquidos al interior de los tejidos que rodean la zona quemada. Y la pérdida de líquidos por exudado y evaporación desde la superficie de la quemadura, que produce la pérdida de líquidos continua al interior de los tejidos incluso en las cuatro horas después de las quemaduras; la circulación es menos eficaz y disminuye la presión arterial.

Por la deshidratación celular generalizada, él paciente suele mostrar sed intensa, fácilmente entra en choque y su estado es de suma gravedad

*Reposición de líquidos:* No hay una forma conocida de detener la salida de líquidos, pero es posible retenerlos. Se calcula la necesidad prevista de líquidos para las primeras 24 horas por medio de la valoración de las quemaduras.

*Sepsis.* Es la complicación mayor del sistema inmunológico, la infección causa de manera directa o indirecta casi el 95% de las muertes por quemaduras.

El riesgo mayor después de una quemadura se debe en gran parte a la pérdida de la *barrera cutánea protectora* y a la *disfunción inmunológica subsecuente después de una lesión térmica*

Las fuentes de infección no se restringen a la quemadura en sí, pero es un foco importante. La insuficiencia de múltiple órganos es un problema común en quemados con sepsis y el tratamiento con éxito depende del control de la infección.

La infección siempre será la causa probable de cualquier deterioro de un paciente quemado, se anuncia o no por fiebre, o pruebas visuales de infección. El choque séptico tal vez requiera tratamiento compresores.

*Complicaciones cardiovasculares:* La más grave de este grupo son infarto agudo del miocardio y la crisis hipertensiva.

La disminución del riego sanguíneo puede provocar isquemia en infarto del miocardio en el periodo temprano de la quemadura.

La insuficiencia cardiaca hiperdinamica que se observa después del curso de una quemadura es más intensa en la infección (sepsis). Hay así mismo un síndrome de hipertensión aguda después de una quemadura en especial en niños que ocurre hasta en el 10% de quemaduras graves. Las secuelas más graves de esta complicación son convulsiones encefalopatía.

*Complicaciones respiratorias:* Son muy comunes después de una quemadura mayor, la complicación de estos órganos, en especial las que incluye infección, contribuyendo a la muerte. Los principales problemas son lesiones por inhalación, obstrucción de vías respiratorias, neumonías, edema pulmonar, Síndrome de Insuficiencia Respiratoria del adulto (SIRA). La lesión pulmonar se produce por respirar aire o vapor sobre calentado en un espacio cerrado o por inhalar sustancias químicas nocivas. La insuficiencia respiratoria suele desarrollarse 24 o 28 horas después de producirse la lesión. El tratamiento requiere apoyo con O<sub>2</sub> humidificado y con frecuencia la ventilación.

La insuficiencia respiratoria puede desarrollarse por incapacidad del O<sub>2</sub> para unirse a la hemoglobina suele relacionarse con una intoxicación por monóxido de carbono, la embolia pulmonar suele relacionarse con una intoxicación por monóxido de carbono, la embolia pulmonar es otra de las complicaciones, pero es menos frecuente.

*Complicaciones renales:* Las complicaciones del aparato renal son la insuficiencia renal y la acidosis metabólica (pérdida de bicarbonato por el riñón)

La insuficiencia renal en pacientes quemados es menos común por la atención cuidadosa a la reanimación con líquidos en las primeras 24 horas de la lesión. La diuresis es aun el mejor parámetro que permite vigilar el riesgo en el paciente quemado

*Complicaciones gastrointestinales:* Las complicaciones del aparato digestivo consecutivas a una lesión térmica grave ocurre con relativa frecuencia. Algunos de ellas son úlceras gastrointestinales, colecistitis acalculosa, anomalía de la función hepática y síndrome de arteria mesentérica superior (SAM)

Se han observado erosiones gástricas hasta en el 60% de pacientes con quemaduras graves, úlceras importantes en el 20%.

El principal problema clínico que provoca alteraciones es la hemorragia. Se ha comprobado bien la difusión hepática después de una lesión térmica. La mortalidad por insuficiencia hepática es importante casi en el 100% se ha descrito en quemaduras con obstrucción y síndrome de arteria mesentérica. La primera puede disminuirse reduciendo la dosis de opiáceos, con ambulación y aumento de la fibra en la dieta.

*Complicaciones de nutrición:* La dificultad para satisfacer es mayor por la alteración del metabolismo de carbohidratos, proteínas, grasas y minerales que se requiere más en el período inicial después de una quemadura y el paciente tiene sepsis. La desnutrición de proteínas y calorías originara mala cicatrización de la herida e insuficiencia de otros órganos. La alimentación temprana con dieta equilibrada y suplementos de proteínas son la forma de prevenir esta complicaciones y también de tratarla

*Complicaciones endocrinas:* En pacientes quemados no son comunes las complicaciones generales de aparato endocrino, sin embargo, las alteraciones hormonales después de una quemadura son importantes y tienen un efecto profundo en el resto del cuerpo.

Los efectos fisiológicos de las quemaduras y algunas de las complicaciones subsecuentes suelen manifestarse por alteraciones en la concentración y actividad de las hormonas suprenocorticales del sistema endocrino son relativamente raras, uno de estos problemas es la insuficiencia suprarrenal consecutiva a hemorragia y necrosis

*Complicaciones neurológicas.* La lesión directa de los nervios por quemadura térmica es rara. Pero es común en las eléctricas por que baja el tejido nervioso que conduce de manera preferencial la corriente

La encefalopatía por quemadura puede presentarse como un espectro que va desde la alteración del estado mental hasta las convulsiones y el coma.

*Complicaciones musculoesqueléticas:* Estas complicaciones se limitan a las extremidades ya que las estructuras asilares son muy raras. Las complicaciones incluyen pérdida de miembros por la lesión térmica e incapacidad por la cicatrización subsecuente.

Las complicaciones infecciosas tardías en los miembros resultan con frecuencia de la quemadura primaria, sin embargo la infección necrosante de tejidos blandos puede originar daño muscular y neurovascular excesivo o amputación.

*Complicaciones hematológicas:* Las complicaciones hematológicas pueden dividirse en coagulación y producción de eritrocitos. La anemia es una complicación común causada por muchos factores que incluyen hemorragia y carencia nutricional. Después de una quemadura, los pacientes se torna hipercuagulables. La plaqueta disminuye después de la lesión y durante episodios de infección.

Las complicaciones tardías de la coagulación puede deberse a sepsis o transfusiones masivas, en pacientes quemados con sepsis, se encuentran con frecuencia productos de degradación de la fibrina. El tratamiento es la aplicación de plaquetas y, en ocasiones, plasma fresco congelado.

### **1.13 QUEMADURAS EN NIÑOS Y SUS REACCIONES EMOCIONALES.**

Los accidentes son hechos trágicos que causan no solo lesión o muerte en la víctima, sino también alteraciones en la vida familiar y a menudo cambios permanentes para el futuro. El efecto psicológico en el niño por la separación de la madre durante su hospitalización, puede mostrar grandes cambios en su conducta, por ejemplo al principio aferramiento excesivo, hostilidad y retirada, a menudo aparece una indiscriminada frialdad que es frecuente en los niños pequeños. Frecuentemente es la hostilidad hacia los padres cuando llegan a visitar a su hijo. Los juguetes llevados por los padres pueden ser destruidos.

Otra manifestación del niño es mostrar una conducta regresiva, va a gatas, deja de hablar, puede mostrar preferencia de alimentos de lactante y por el biberón. Hábitos como el chuparse el dedo, mecerse y masturbarse. El estado de ánimo prevaleciente puede ser de depresión, ansiedad o excitación maníaca, con el interés vuelto hacia juguetes y materiales, en vez de hacia personas.

Generalmente, las respuestas negativas desaparecen después de algunas horas o días de ser substituidas por un acercamiento de la madre. El niño temiendo al abandonado de nuevo, se aferrara a la madre. Se muestra intensamente celosos de otros niños y reacciona violentamente cuando se siente frustrado.

La reacción de la madre a la separación de su hijo varía, generalmente, se muestra ansiosa pero puede usar la separación como una oportunidad de liberarse de los lazos de su hijo. Cuando la ausencia dura varios meses, los sentimientos maternos pueden atrofiarse y la familia puede trazarse un modo de vida que excluye al hijo ausente. Su retorno al hogar se considera entonces como una intrusión por un extraño indeseable. Además la madre puede dejar de comprender su fría y quizá hostilidad hacia el recién llegado y sentirse resentida.

El niño de edad escolar se muestra asediado por muchas preocupaciones. Está preocupado por la naturaleza y el resultado de su enfermedad, y a menudo cree que tiene, en cierto modo, culpa de ella. Otras consideraciones son un sentimiento de ser diferente de otros niños, la forzada inactividad física, preocupación por lo que sucede en su hogar, y un sentimiento de ser abandonado y rechazado.

El niño confinado en su cama sufre una gran desventaja porque es incapaz de liberar emociones reprimidas con la actividad física.

Las alteraciones emocionales de un niño, durante y después de la hospitalización dependen de tres factores: su edad, su personalidad y experiencias anteriores; y lo que realmente experimenta en el hospital.

a) Edad. Es la etapa del desarrollo que se encuentra el niño en el momento de la hospitalización, determinará el tipo de alteración durante y después de ésta.

Schaffer (1956)<sup>5</sup> ha señalado que los bebés de menos de 7 meses no se inquietan durante su hospitalización. Pero al volver a casa, estos niños se muestran al principio inquietos y callados. Lo cual se atribuye a la monotonía perceptual a la que están sometidos al hospital, y a la agudeza de las nuevas situaciones que cambian al modificar las circunstancias, a esto se le denomina "síndrome global".

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

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

---

<sup>5</sup> Citado en Barro M. La comprensión infantil de la enfermedad, un estudio evolutivo 1978

b) Efecto de la personalidad y experiencias anteriores: Se ha demostrado que los niños que han tenido experiencias traumáticas antes de su ingreso en el hospital, reaccionan más desdichadamente. Lo mismo sucede con niños que han tenido una mala integración de su personalidad y mala relación con sus padres. Por ejemplo la inseguridad de un niño rechazado reduce sus posibilidades de lograr una adaptación independiente lejos del hogar.

El niño no lleva consigo la sólida imagen interior de una madre amorosa que pueda tranquilizarlo está lejos de él. Steuart (1952), propuso que el hombre tiene un miedo fundamental a ser abandonado y que su necesidad de ser querido, de pertenecer y ser socialmente aceptado, se intensifica durante la enfermedad.

c) El impacto de las experiencias concretas durante la hospitalización: David Levy (1952) observó, que, muchos pequeños sufrían ansiedad, temor y pesadillas inmediatamente después de una operación, siendo, especialmente serios estos síntomas cuando la operación afectaba niños de entre tres y cuatro años de edad.

Durante la etapa genital del desarrollo emocional (entre el tercero y sexto año de vida) el niño está preocupado por su integridad corporal y fácilmente se le estimulan ansiedades de castración. Esta etapa coincide con la etapa intelectual de animismo, en la que el niño tiende a interpretar erróneamente la naturaleza de sus dolencias y del tratamiento que recibe. Las enfermedades son explicadas en términos moralistas; los métodos dolorosos son considerados castigos y provocan más sentimientos de culpabilidad y más ansiedades que en cualquier otra etapa de la vida.

La hospitalización aunque sea breve y no vaya acompañada de acontecimientos tan concretamente creadores de tensión pueden crear desequilibrio emocional de seis o más meses de duración, sobretodo en niños menores de cuatro años.

Otro de los aspectos que contribuyen al malestar psicológico en algunas enfermedades o tratamientos son:

Cambios en la apariencia física, lo cual hace que el niño se sienta diferente a los demás. Dimock (1960).

La incidencia de síntomas sofocantes. Forsyth (1934).

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

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

Chapman (1956), sugiere que los niños pequeños "no han acumulado el concepto de realidad" y que están sujetos a fantasías grotescas y distorsionadas de su realidad. El establece que la realidad objetiva no juega un rol importante en la vida de los niños durante los primeros años.

El niño interpreta la hospitalización como RECHAZO debido a que, interpreta los sucesos de acuerdo a su "dependencia egocéntrica"; la separación debida a la hospitalización es especialmente perturbadora, porque el niño se siente más desprotegido de lo usual. Ya que el niño inicia su vida protegido y dependiente, responde con temor ante situaciones que amenacen la pérdida de objeto, como la ausencia de la madre cuando está hambriento, su enojo y soledad.

La reacción del niño a ser atendido se compara con la del adulto. En el niño la pérdida de sus habilidades ya adquiridas, significa una pérdida equivalente al control Yoico, un sentirse llevado a niveles anteriores y más pasivos del desarrollo infantil. Algunos niños que han construido fuertes defensas contra su inclinación pasiva, se ponen al máximo a estas regresiones forzadas, convirtiéndose en pacientes difíciles e intratables, y otros retornan sin mayor oposición al estado de infancia desvalido del que había surgido tampoco tiempo antes. Los logros Yoicos , son los que más frecuentemente se pierden en estas condiciones.

## CAPITULO II.

### 2.1 IMAGEN CORPORAL.

Por definición la imagen corporal designa a la percepción que el YO tiene del cuerpo. El yo corporal contiene las percepciones y los efectos que se relacionan con el cuerpo. El concepto que el niño se forma de su propio cuerpo constituye una estructura nuclear en su personalidad posterior y determinará su capacidad de adaptarse a sus cambios físicos, enfermedades y traumatismos graves.<sup>1</sup>

El cuerpo como realidad física, que tiene su desarrollo, sus dimensiones y sus alcances después de los cuales no es posible realizar acciones, fuera de los que posibilitan al propio cuerpo.

La imagen del cuerpo es la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia a través de diferentes experiencias.

El cuerpo es el lugar donde se expresa la conducta aun más es el lugar donde todas las conductas son posibles, pero la conducta del ser humano tienen múltiples disfraces y se da simultáneamente en todas las manifestaciones de la que el ser humano es capaz. El cuerpo a través de los sentidos adquiere un potencial de conocimientos, se convierte en la posibilidad de aprendizaje que el hombre tiene de su propio cuerpo. Estas sensaciones son el disparador de la conducta. La sensación es la unidad de análisis que permite encontrar un hilo conductor en el pensamiento corporal.

Una sensación se corporiza, cuando la sensibilidad frente a esta sensación abre la puerta de la conducta total en todas las áreas y no deja aislada la sensación a una reacción sólo corporal, mental o social. Un trabajo corporal que facilita estar presente en la sensación permitirá un puente, las contradicciones ambigüedad y confusiones de áreas, la sensación de porque el pensamiento o los sentimientos serían en su expresión más reducida, a sensaciones corporales.

### 2.2 TEORÍA FISIOLÓGICA:

El cuerpo como entidad física, en el sentido matenal del término, con su superficie, peso y profundidad, cuya actividad propia evoluciona desde lo automático a lo voluntario, volviéndose más tarde a automatizar con una libertad de acción, para hacerse compatibles la fuerza y la habilidad, siendo capaz de adquirir incluso, por su capacidad expresiva, un valor de diálogo semiótico. El cuerpo que actúa, al principio "manejado" por la acción del otro, se convertirá en "actuante" y transformador ( Ajuriaguerra 1997).

<sup>1</sup> Ajuriaguerra Manual de psiquiatría infantil 1997

La actividad del cuerpo se desarrolla en el campo de sus transformaciones propias en los límites, en primer lugar de una actividad automática en el curso de la cual sufre la experiencia y es vivenciado.

El niño descubre su cuerpo por los desplazamientos que le son impuestos por la actividad automático - refleja, para adquirir luego, en el curso de la maduración, una capacidad para los movimientos disociados. Por hallazgos casuales o por imitación descubre los objetos exteriores y fragmentos de su cuerpo. En el curso de esta adquisición se hará receptor y efector de fenómenos emocionales que se convertirán ulteriormente en afectos. (Ajuriaguerra, 1997).

El cuerpo se halla situado en un espacio y en un tiempo. Al principio se halla fuera de una extensión definida y de un tiempo cronológico en el sentido clásico del término, hallándose en determinados límites espaciales debido a su relativa incapacidad de acción y en un tiempo cíclico que le es impuesto biológicamente. En esta época no se puede afirmar que viva en un tiempo mensurable ni en espacio métrico según las nociones clásicas.

Cuando el cuerpo adquiera libertad de movimiento, podrá conquistar su espacio y escapar del tiempo circadiano del sujeto. La dinámica del cuerpo en acción no puede realizarse sino en el espacio, y hasta cierto punto el espacio no representa nada sin un cuerpo que actué en él.

La acción no es sólo una actividad motriz sino que representa un círculo sensitivo - sensorio - motor, y en el transcurso de su realización una actividad dirigida hacia un fin. Desde una edad muy temprana, el niño vive inmerso en su espacio - tiempo - espacial. Empleado por las necesidades biológicas, el cuerpo, vive una cierta cronología de las necesidades de ausencia y presencia de hambre y espera, cuyo ritmo acabará por fijarse en función de las costumbres sociales. (Biswanger, citado en Ajuriaguerra, 1997).

La estimulación que llega a través del tacto de la sensación kinestésica, de la sensibilidad térmica y dolorosa y de la visión dará una información de conjunto de corteza cerebral sensorial, que permitirá al individuo tener una noción, un modelo, un esquema de cuerpo y de las posturas que adquirirá éste.

Por definición el cuerpo es una estructura biológica que ocupa un lugar en el espacio. Al principio del siglo XIX se llamó cenestesia al conjunto y suma de las sensaciones internas provenientes de todos los puntos del cuerpo y transmitidas permanentemente a los centros nerviosos superiores en gran parte a través de las vías vegetativas. Esta cenestesia es experimentada como un sentimiento de existencia y bienestar, pero la explicación de la experiencia corporal fue sustituida por el concepto más abstracto de "esquema" corporal. (Ajuriaguerra 1997).

El esquema corporal aparecerá como la proyección espacial de los estímulos periféricos en el córtex de la región parietal derecha. Ya que el lóbulo parietal asume la integración de todas las impresiones sensitivas. Sus funciones sensoriomotrices rigen las funciones estereognósicas (reconocimiento del tacto, de la forma y de la consistencia de los objetos)

Las conexiones corticales intra e interhemisféricas se confieren a este lóbulo un papel central en la integración sensorial somatosensitiva y vestibular, permitiendo la somatognosia (conciencia corporal).

A nivel instrumental neurológico, el lóbulo parietal interviene también en la elaboración de la percepción de la imagen corporal, estableciendo las actividades prácticas resultantes del cuerpo y dirigidas al cuerpo o hacia el espacio exterior.

En la Neurología más o menos mecanicista, tanto el sentimiento como el comportamiento del cuerpo están íntimamente ligados a la integración de un cierto número de aferencias y eferencias o a un circuito aeroferencial que da al cuerpo su unidad y le permite crear un modelo. Según la tendencia doctrinal, se pone sobre todo de manifiesto la propioceptividad o el sistema sensorial (visual en particular) o la motricidad. En esta teoría existe un mundo de sensaciones y emociones que se van a organizar en forma de sentimientos y que abren por operaciones múltiples, la vía al conocimiento del cuerpo y el mundo de los objetos. Este modo de concebir conduce a la valorización de los sistema anatomofisiológicos y confiere a ciertas regiones del cerebro netamente localizadas (en las que lesiones producen por lo demás desorganizaciones en la esfera corporal) el valor de centros de integración.

Henry Head (1962)<sup>2</sup>, describió el esquema corporal desde el punto de vista neurológico en donde las viseras, la sensación kinestésica, la sensibilidad táctil, térmica dolorosa y la visión darán una información a la corteza cerebral (sensorial), que permitirá al individuo tener una noción, un modelo, un esquema de su cuerpo y de las posturas que adquiera éste. Así la información recibida por la corteza sensorial era un patrón combinado de imágenes visuales y motrices, que se instalan en los cambios posturales, los cuales siempre ingresan a la conciencia al relacionarse con otros cambios y posturas ocurridas previamente.

Por lo general, se acepta que el lóbulo parietal tiene mayor participación en la formación del esquema del cuerpo como también esta indicado principalmente por la frecuencia de trastornos del esquema corporal en las lesiones parietales. De acuerdo con algunos autores, el lóbulo parietal derecho es más importante que el izquierdo.

<sup>2</sup> Citado en Ajuraguerra Manual de psiquiatría infantil 1997

Independientemente de donde se localiza el esquema corporal, se ha de conceder la importancia a esas partes del sistema nervioso que al dañarse, producen trastornos del esquema corporal. Tales parte del sistema nervioso son el sistema aferente somestésico, el tálamo y el lóbulo parietal. Una de las pruebas más convincentes de la existencia del esquema corporal es lo que se ha hecho llamar el miembro fantasma. Así la percepción continúa de un miembro amputado demuestra la permanente, aunque esquemática percepción del cuerpo.

### 2.3 TEORÍA EPISTEMOLOGICA- GENÉTICA.

J. Piaget (1952) por un lado y H. Wallón (1964) por otro, a partir de la sensomotricidad o la organización tónica del hombre, han establecido las bases de la teoría genética. La cual establece que la psicología genética no admite la existencia de una noción corporal preexistente. Sólo se le puede comprender en el cuadro de la dinámica del desarrollo, aunque la concepción de esta dinámica en la psicología genética es diferente en J. Piaget, en H. Wallón y en los psicoanalistas.

En 1952, Piaget estudió la problemática del desarrollo de la imagen corporal. En la cual habló de la acción como el objeto, tanto el cuerpo como el mundo externo están estrechamente interconectados, y las exploraciones de los niños en el espacio, no son sino la continuación de movimientos interrumpidos. El objeto puede ser sólo "sustentado" y adquirirá sentido de unidad y permanencia cuando el niño es capaz de buscarlo aunque no lo vea. Esta habilidad se puede desarrollar cuando se han adquirido los conceptos de tiempo y espacio, y las nociones prácticas de casualidad. Una vez que el objeto queda ubicado en el espacio y en el tiempo, su permanencia no dependerá más de las acciones exclusivas del niño, sino que determinadas leyes objetivas independientes del "Yo" El propio cuerpo es entonces concebido como un objeto entre otros objetos, la actividad cesa de ser la única fuente de información del mundo externo. Probablemente el más importante de los aspectos señalados por Piaget, sea su notación de que la experiencia externa e interna pueden distinguirse cuando el niño posee un sistema práctico de relaciones espaciales, temporales y causales.

J Piaget (1952)ha estudiado sobre todo las nociones cognoscitivas del cuerpo, muestra como para el lactante el mundo exterior esta compuesto solamente de una sucesión de cuadros que desaparecen en la nada para luego reaparecer, con los esquemas sensoriomotores, a los que alimentan y de los que no se diferencian. Acción y objeto, cuerpo y mundo exterior, no se hayan disociados, la búsqueda de este espacio que no es interno ni externo, no representa sino la prolongación de la acción interrumpida

Más tarde la acomodación de las actividades perceptivas a los cuadros percibidos (gracias a los movimientos oculares, a la aprehensión interrumpida) permite continuar la percepción y anticipar una nueva posición.

La coordinación de la permanencia visual y táctil, nace una permanencia práctica del objeto en un espacio práctico en la que la localización depende del esquema sensoriomotor. Se busca al objeto cuando desaparece, sin tener en cuenta sus desplazamientos visibles. El objeto no será "sustentado" ni adquirirá sus cualidades de unidad y de permanencia mientras el niño no lo busque, mientras en su desaparición no se tenga en cuenta sus desplazamientos visibles o invisibles.

Esto se logra gracias a la construcción práctica de la casualidad. El objeto situado prácticamente en el espacio y en el tiempo, se haya ya constituido, su permanencia no depende ya de la acción propia sino que obedece a leyes independientes del Yo. Simultáneamente el cuerpo propio pasa a ser concebido como un objeto entre los demás, la acción propia deja de ser la fuente del universo exterior para convertirse en un factor entre otros. El cuerpo propio es diferenciado del mundo exterior, y esta es probablemente la conclusión más importante del análisis de J. Piaget, en donde el objeto no es permanente ni la experiencia interior se diferencia de la exterior, hasta que el niño dispone de un sistema práctico de relación espaciotemporocausal.

Las relaciones operatorias de espacio, tiempo y casualidad estarán indiscutiblemente asociadas a la adquisición de las nociones de conservación de materia, de peso, longitud, superficie, volumen, etc. La noción del cuerpo o del Yo y sus representaciones se asocian a estas mismas reestructuraciones. Para Piaget la imagen como una imitación interiorizada, la elaboración de imágenes permanece estática y parca, antes del logro de las operaciones. La verdadera representación comienza en el momento de que ningún indicio percibido no exija la creencia en la permanencia, esto supone además de un sistema figurativo de símbolos, la posibilidad de ellos como soporte de un sistema de relaciones.

Según H. Wallón (1954-1963) las relaciones del niño en su propio cuerpo se establecen a través de ciertos estadios que coinciden con los del desarrollo estereoceptico. Tales reacciones no se presentan antes de la estructuración de las relaciones intersensoriales, conjuntamente con la mielinización de las neuronas propioceptivas y exteroceptivas. Con mucha frecuencia Wallón se encarga de resaltar la relación entre el cuerpo y el medio ambiente; señala que el niño establece relaciones con otras personas antes de actuar o relacionarse con las cosas, y que tal conducta encuentra sus primeras expresiones en reacciones tónicoemocionales

Este mismo autor manifiesta, que el conocimiento es el fruto y la consecuencia del sistema emocional y no se puede comprender sino a través de la relación con el otro. Haya sus primeras expresiones en las relaciones tonicoemocionales. En el campo de la afectividad se puede apreciar en tales reacciones el equivalente de los reflejos primitivos que sirven de base a los esquemas sensoriomotores de J. Piaget. Su repetición, su integración progresiva, permitirá una diferenciación progresiva entre el otro y el "uno mismo". Al igual que en el campo cognoscitivo la diferenciación del objeto y del cuerpo implica la construcción de relaciones de participación, de simpatía, de celos, de dominación y de subordinación. Pero a diferencia de las relaciones cognitivas fundadas en esquemas sensoriomotores, los esquemas afectivos se basan en mecanismos sensitivomotores y sensitivovicerales que deben ser actualizados continuamente.

Para Wallón la representación corporal puede desarrollarse sólo a través de actos de exteriorización, es decir, por una progresiva asimilación de las imágenes externas de los otros y los detalles del propio cuerpo. La relación entre actividad y conciencia corporal en sí (o de la personalidad), se sustenta en la fuerte interrelación entre la adaptabilidad muscular y la actividad mental.

## **2.4 TEORÍA FENOMENOLÓGICA.**

La fenomenología es una corriente de pensamiento que examina la vida psíquica del sujeto teniendo en cuenta esencialmente su Esquema Corporal, centrada en la relación del sujeto con el mundo en una intersubjetividad de las relaciones con el mundo; es decir con los demás, en esta perspectiva fenomenológica, centrada en la relación del sujeto con el mundo, el cuerpo viviente toma una posición particular; el esquema corporal es el mismo medio de relación con el mundo. El cuerpo es a la vez, objeto "yo tengo un cuerpo" y sujeto "yo soy un cuerpo" Lo que vuelve a revelar que el cuerpo está situado en el límite entre el yo y el mundo, ocupa por consiguiente, el lugar de la comunicación por excelencia entre el ser y el mundo. En una palabra un medio de lenguaje. Esta aproximación se completa a través del desarrollo que comparte en su relación con las nociones de tiempo y espacio

En la posición de los fenomenológicos, según Merleau-Ponty (1954), lo que se llama esquema corporal es un sistema de equivalencia, una invariante inmediatamente dada por lo cual las diferentes funciones motrices son automáticamente traspasables, es decir que "no solamente una experiencia de mi cuerpo, sino además una experiencia de mi cuerpo en el mundo y que es él quien da un sentido motor o una señal verbal". Este autor señala que "Yo no estoy ni en el espacio ni en el tiempo, yo no pienso ni en el espacio ni en el tiempo, yo soy del espacio y del tiempo".

Mi cuerpo se aplica a ellos y los abraza. Para los fenomenológicos el cuerpo-objeto y el mi-cuerpo son dos percepciones parciales del mismo fenómeno, la corporalidad toda entera pertenece inmediatamente a la apertura del hombre sobre el mundo. No es otra cosas que el dominio de esta apertura presentándose bajo la forma corporal.

Merleau-Ponty (1954) propone que la identidad de la cosa a través de la experiencia perceptiva no es sino otro aspecto de la identidad del propio cuerpo en el curso de movimientos de exploración. En tanto que el correlato del propio cuerpo, la cosa percibida no es en principio una significación para el entendimiento sino una estructura accesible en inspiración del cuerpo, y percibir es percibir con el cuerpo, también es instrumento general de mi comprensión, el agente e incluso el sujeto de la percepción y la sensación del propio cuerpo y el lugar que ocupa en el mundo que lo rodea, no puede colocarse solamente en un plano visual.

R. Spitz (1957) distingue en la experiencia del niño dos aspectos perceptivos: 1. La percepción mediatizada por el sistema sensorial, es la percepción del mundo exterior, la percepción de las cosas y de los sucesos. 2. El aspecto de la percepción del estado y la función interoceptiva. Ambos aspectos se asocian a una gratificación instintiva, afección, emoción que aporta a lo percibido, su valencia y la cualidad de una experiencia. El sistema del Yo comienza según R. Spitz, en cuanto a Yo-cuerpo, al final del primer trimestre de vida. Según este autor el sujeto es consciente de objetos precisos en el exterior, pero no de su Yo como entidad que siente y actúa. Si se pudiera demostrar que en este momento existe una conciencia del propio cuerpo, esto constituiría el propio cuerpo.

## 2.5 TEORÍA PSICOANALÍTICA

La noción del cuerpo la mayoría de las veces va a la par con el desenvolvimiento del YO. Freud (1923) ha dicho que el Yo es ante todo una entidad corporal y no solamente una entidad aparente, sino una entidad correspondiente a la proyección de la experiencia. Este autor habla de la importancia del Yo corporal, en el desarrollo del Yo, indicando la influencia de la imagen corporal, en la diferenciación del Yo del mundo de los objetos, pero también al hecho de que las funciones de esos órganos, que establece el contacto con el mundo externo viene a quedar bajo el control del Yo<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Citado en Kagan A. El yo y el sí mismo. 1982

Freud (1923) consideró al Yo como el principio de la realidad que se encuentra presente desde el principio de la vida, siendo primero un Yo que emana del sistema perceptor y comprende lo preconsciente inmediato de restos némicos (percepciones que vuelven a ser conscientes) y también una porción del inconsciente. El Yo en el esquema de Freud "es la parte superficial del Ello", su posición determina sus funciones: tener que mediar entre los sucesos internos y externos, esto significa que tiene que reconocer acontecimientos y objetos del mundo exterior y familiarizarse con ellos, o sea, percibirlos y juzgar si son o no adecuados para la satisfacción de las necesidades del Ello.

El papel del Yo en el reconocimiento y juicios extiende también a estas necesidades internas y a las órdenes y prohibiciones provenientes del Super Yo y también tiene que adecuarse en el mundo externo. El Yo no es sólo el agente de enlace entre el Ello, el SuperYo y el mundo exterior, es también el agente de mando de las operaciones que deberá llevar a cabo la actividad motora.

En el Yo la percepción juega el papel que en el Ello recae en el instinto. La percepción no es una experiencia pasiva del Yo; por el contrario, implica vanas actividades interrelacionadas, el Yo busca el mundo externo en busca de estímulos, como dice Freud se topa con ellos a mitad del camino. De este modo el Yo va reconociendo el mundo exterior y familiarizándose progresivamente con él. Así la percepción conduce a la conciencia y estas se incrementan mutuamente, dando así la diferenciación con el Ello por su capacidad de percepción del Yo.

El cuerpo, menciona Freud es una doble posición compara parte del mundo externo e interno desempeña un papel decisivo en el proceso del desarrollo del Yo, principalmente su superficie, pero también aquellos estímulos que llegan al aparato mental desde dentro del cuerpo, y de un modo específico del dolor, ya que es la forma en que adquirimos nuevos conocimientos de nuestros órganos y constituye el prototipo de la representación de nuestro propio cuerpo.

Freud afirma que el Yo proyecta, es decir "arroja fuera todo lo que dentro de él produce dolor" y señala a los mecanismos de introyección y proyección como las raíces del funcionamiento del Yo. Para Freud el Yo en un comienzo, es sólo un Yo corporal, vale decir que no está diferenciado como una estructura psíquica; según eso, el bebé no tiene conciencia de él. De ahí que los primeros meses, la vía casi exclusiva de descarga de tensiones se haga a través de manifestaciones somáticas.

Según Freud el Yo es "vivido" desde el nacimiento.

a) como fuente de pulsiones libidinales a partir de estimulaciones de las zonas erógenas, principalmente de la boca, del ano, del pene, del clitoris, pero también, b) como objetivo de las pulsiones libidinales: ver, poseer.

Existe siempre disparidad entre los placeres erógenos de tal o cual zona según los individuos, pues cada niño vive su cuerpo según su historia y su experiencia de satisfacción o de frustración de su libido, cargadas en las diferentes pulsiones parciales.

El niño vive su cuerpo fragmentado. Las mayores zonas erógenas están bien centradas en los orificios; el niño erotiza también sin importarle que parte de su cuerpo, deshace el cuerpo anatómico y fisiológico para hacer un cuerpo fantasma sobre el cual proyecta sus deseos sin límites. El niño vive su cuerpo como en un sueño permanente. Su cuerpo aumenta, se alarga, se encoge y se metamorfosea a voluntad en el sentido de sus deseos, sin embargo contenidos limitados ya por alguna intervención de la primera educación.

Para Fenichel (1957), la imagen del cuerpo constituye la idea del "Yo" y toma una importancia fundamental para la posterior formación del Yo. Así, los problemas de los límites de la imagen corporal están unidos a la diferenciación o a la distinción por el niño sujeto y del objeto.

Para el psicoanálisis el cuerpo es fantasma al principio, producido por los deseos inconscientes. La delimitación del cuerpo está unida, en el niño al de la diferenciación sujeto - objeto, dicho de otra manera, al de la diferenciación del cuerpo del niño con el de la madre, el lactante experimenta toda una serie de descargas, es decir de estímulos, de sensaciones por parte de su madre. Para Freud " el hecho de ser acariciado, abrazado y sosegado a través del contacto cutáneo, erotiza las distintas partes del cuerpo del niño, le ayuda a construir una imagen corporal y un Yo corporal sano, aumentando los asedios de la libido narcisista y, simultáneamente, favorece el desarrollo del amor objetal, consolidando los lazos de unión entre la madre y el niño".

El desarrollo del yo es una resultante de tres factores: a) Las características hereditarias del yo (y sus interacciones), b) Las influencias de los impulsos instintivos, c) Las influencias de la realidad exterior, es decir la interacción con el medio.

Con respecto al desarrollo y al crecimiento de las características autónomas del Yo podemos dar por supuesto, que se produjeron como resultado de las experiencias pero en parte también al proceso de maduración que intervino en el desarrollo de la libido o del impulso sexual, mismo que se inicia desde el nacimiento.

En la mente del niño no hay una imagen que pueda corresponder a la madre y menos una imagen de sí mismo como individuo, pues el niño pequeño apenas empieza a percatarse de los estímulos externos y de estos, los asociados con la experiencia de gratificación. Sin embargo, en esta etapa, como se mencionó anteriormente son la boca y toda la región oral del infante, así como su piel, los órganos primordiales son primeramente destinados por el niño en la exploración de su medio ambiente.

A través de estos mecanismos exploratorios y con la ayuda de la memoria, el infante será capaz de una gran hazaña dentro de su desarrollo. Esto consiste en el hecho de que empezará a poner límites en relación a su propio cuerpo, donde empieza y donde acaba.

En la formación de la personalidad y de la imagen corporal consecuentemente, aparecen dos tendencias importantes de acuerdo con Freud. La primera tendencia es la que intenta conseguir el objeto del placer y el placer mismo de la tendencia erótica mediante el órgano (boca, ano, genitales); tendencias instintivas y personales cuya característica principal es que no distingue entre el Yo y el mundo exterior. La segunda tendencia, opuesta a la primera, es la familiar y la social la que prohíbe, la que dice no a los impulsos libidinales, contrayendo su energía y su ámbito de acción, sometiendo la satisfacción a un principio de realidad, en el que entran principios de conducta sociales mediante tiempos y lugares apropiados, para satisfacer las necesidades instintivas. De esta manera, el cuerpo se ve forzado a delimitar su campo de acción y su tiempo mediante la educación familiar, que es reflejo de las concepciones sociales y culturales de la convivencia.

La satisfacción de los impulsos del niño en circunstancias espacio-temporales específicas. Lo conduce a delimitar su cuerpo como un cuerpo entre los demás.

La no satisfacción de los impulsos del niño por los padres primeramente y después por la sociedad mediante la educación pueden ser negativas en la formación de la imagen corporal o de la personalidad. Mientras las tendencias dicen "sí" a los objetos del placer y a la actividad placentera indiscriminada, la sociedad dice "no" mediante la educación ambiental, por tanto habrá zonas de la imagen corporal que se presentará como conflictos, mientras que otras serán transparentes y evidentes. Las prohibiciones de acuerdo con la teoría psicoanalítica, generan ansiedad y conflictos.

Cuando las prohibiciones señalan alguna área específica del cuerpo, se verán representadas mentalmente en forma conflictiva y generadora de angustia, llegando en ocasiones a desaparecer completamente del psiquismo consciente, y esto sobre todo en individuos que por diversas razones no logran superar los conflictos.

Freud habla del autoerotismo en el desarrollo del Yo. En donde la actividad autoerótica describe un tipo específico de gratificación y actividad sexual. Las actividades autoeróticas pueden ser observadas en el desarrollo temprano, en las zonas erógenas. Luego llegará el momento del narcisismo primario, que se describe como un tránsito del autoerotismo al amor del objeto. El sujeto comienza por tomarse a sí mismo, a su propio cuerpo, como objeto de amor.

A medida que la imagen corporal ha ido evolucionando, las tensiones placenteras que siguen al aliviarlas a través de una actividad autoerótica hacen que el cuerpo se convierta en una fuente de placer, lo cual contribuye a su vez, a que sea reconocido como " Yo ".

Al hablar de imagen corporal se hace referencia a la representación mental que se tienen del propio cuerpo y además de su característica primordial de que un fenómeno más inconsciente que consciente, que tiene zonas más cerca de la consciencia que otras, algunas oscuras otras transparentes, más cargadas de dolor, de placer, etc.

Schilder estudió durante mucho tiempo el fenómeno y lo define así "por imagen del cuerpo, entendemos aquellas representaciones que nos formamos de nuestro cuerpo tal cual es, y otra es la imagen que tenemos de él"

Cuando se habla de imagen corporal se habla del aspecto puramente mental, producto de nuestra experiencia vivida con él y que se transforma en imagen mental, no sobre el cuerpo tal cual es, sino sobre la vivencia del cuerpo. A la vivencia del cuerpo en relación con los demás

Hartman (1939) señaló que el aparato mental está cargado de la percepción, motilidad y otras funciones que sostienen al Yo y parece estar activo en el niño de pocos años, por las necesidades instintivas. Este autor afirma que el Yo tiene energía diferente a la de los impulsos y existen perturbaciones cuando la energía del Yo se acerca a los impulsos y la llama neutralización de la energía agresiva, en forma similar a Freud, menciona esto, como un proceso que lleva desde el placer (Ello) hasta el YO, como un desarrollo del principio de realidad y como proceso primitivo hasta las relaciones de objeto.

Melanie Klein (1962) seguía directrices análogas cuando destacaba la importancia de la formación del símbolo para el desarrollo del Yo hablando de un aspecto Yoico del desarrollo de las relaciones objétales, considerando la tendencia del Yo a integrarse como el instinto de la vida, transformándose el objeto en representación del Yo, expulsando el Yo al mundo externo lo que provoca dolor, implicando esto **fantasía**. En donde la fortaleza y la capacidad innata del Yo para tolerar las primeras situaciones de angustia, contribuirán en el desarrollo del Yo en su relación con su realidad. La integración del Yo temprano, y por tanto su creación, está presente en el trabajo de M. Klein desde sus inicios, y que lo patológico de la división mente-cuerpo está en la regresión posterior a estadios tempranos.

Klein (1962) consideró la fantasía como el vínculo activo entre el impulso del Ello y el mecanismo del Yo, siendo un fenómeno psíquico que tienen relación primaria con aspectos corporales, dolores y placeres dirigidos a objetos de algún tipo y teniendo efectos reales no sólo en el mundo interno de la mente sino también en el externo del desarrollo corporal, conducta y por lo tanto mentes y cuerpos de otras personas. Para Klein la fortaleza y capacidad innata del Yo para tolerar las primeras situaciones de angustia, contribuirán en el desarrollo del Yo y en su relación con su realidad

Lacan (1969) consideró la primera experiencia de localización del cuerpo como fase importante, en donde influye el uso del espejo en el desarrollo del yo de cada individuo llamándole "Estadio del Espejo", siendo esta una identificación, en la transformación producida en el sujeto cuando asume su imagen, utilizando el término e Imago.

Para el pensamiento psicoanalítico Imago son los elementos somáticos y emocionales implicados en la fantasía de incorporación. La función del "Estadio del Espejo" se revela como un caso particular de la función de la Imago, que es establecer una relación del organismo con su realidad y que el sujeto máquina las fantasías que sucederán desde su imagen fragmentada y a la armadura, por fin, asumida de una identidad enajenante, que va a marcar con su estado rígido todo su desarrollo mental.

Winnicott (1971) afirma que en el desarrollo emocional individual, el recurso del espejo es el rostro de la madre, quedando como espejo integrador del Yo temprano, la pregunta que surge es "¿Qué ve el bebé cuando mira el rostro de la madre?", se ve a sí mismo. Es decir, la madre lo mira y lo que en ella aparece se relaciona con lo que ve en él, refiriéndose al caso del bebé cuya madre refleja su propio estado de ánimo o, peor aún, la rigidez de sus propias defensas y considera que muchos bebés tienen una larga experiencia de no recibir de vuelta lo que le dan, o sea, mira y no se ve a sí mismo, lo cual tiene implicaciones en el desarrollo del Yo

Schilder (1968) señala como importante la interacción entre lo psíquico y lo somático uniéndose ambos en la imagen corporal, dice "la imagen del cuerpo humano significa la idea de nuestro cuerpo, que hemos formado en nuestra mente... la manera en la que el cuerpo aparece ante nosotros mismos". Esta imagen se percibe como una Gestalt en un estado constante de transformación y reorganización en el proceso de actuar en el medio

Señala Schilder que las "fijaciones tempranas de la libido, las actitudes respecto a los orificios naturales, excreciones y la ansiedad experimentada con respecto a las funciones corporales pudieran ser los principales determinantes". Esto par Fraizier (1969) implica un grado de claridad o distorsión en la percepción del cuerpo, satisfacción o descontento que se experimenta por el mismo, y la naturaleza de la relación entre la persona y su organismo como objeto.

Para Anderson (1976) el propio Yo, suele desarrollarse lentamente, es maleable y responde a la acción de enfermedades, traumas regresiones emocionales y tratamientos, y la imagen corporal queda alterada no sólo con lesiones, sino con tatuajes, cosméticos y vestimenta.

Para Vellak y Hselkom (1965)<sup>4</sup> hay pacientes para quienes el trauma de la enfermedad y su consecuente incapacidad traen consigo una organización patológica de ideación distorsionada al que no están dispuestos a renunciar fácilmente.

La emoción de separar las relaciones de objeto y el Yo se convierte en el centro de toda preocupación, esto representa la regresión a un nivel anterior a su desarrollo cuando siendo niño invirtió la mayoría de sus sentimientos en su propio cuerpo.

Para Kolb (1954) la enfermedad distorsiona la imagen del cuerpo. Un órgano afectado puede mostrarse tan importante como para afectar el propio cuerpo, de una manera importante, un órgano es de gran valor para la personalidad y puede representar grandes trastornos, aunque la enfermedad desde un punto de vista funcional no sea grave. También afirma que los defectos físicos invalidantes, como incapacidad para efectuar movimiento o que pone al paciente en desventaja respecto a sus semejantes puede tener un profundo efecto sobre la salud emocional.

<sup>4</sup> Citado en Kogan A. El yo y el si mismo 1982

## CAPITULO III

### 3.1 ENFOQUE PSICOANALITICO DE LA FANTASÍAS.

La fantasía se refiere a la escenificación imaginaria en las que se halla presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y en último término, de un deseo inconscientes.

La fantasía no sólo es una forma de satisfacción de deseos ocultos o reprimidos, sino que puede también ser expresión defensiva, ante hechos agresivos o violentos que recibe o percibe de su medio ambiente y específicamente de sus padres.

### 3.2 SIGMUN FREUD.

En los escritos de Sigmund Freud se ha encontrado el término fantasía en diferentes contextos y épocas, en los que se advierte que no dedicó un apartado especial, pero lo hizo a través del manejo de la simbólica en su libro "La interpretación de los sueños" (1900)

Freud descubre las fantasías en la etiología de las neurosis, en el periodo de 1906-1909, las fantasías son objeto de muchos estudios en sus trabajos, y en esa época Freud reconoce plenamente la actividad del inconsciente. Su punto de partida es la fantasía consciente o sueño diurno al que toma no solo como medio sino como fuente.

En las fantasías (phantasie) histéricas se pueden discernir importantes nexos para la causación de los síntomas neuróticos. Estas fuentes comunes y arquetipo normal de todas estas creaciones de las fantasías son los llamados sueños diurnos. Estas fantasías son cumplimientos de deseos engendrados por la privación y la añoranza y lleva el nombre de "sueños diurnos" pues proporciona la clave para entender los sueños nocturnos, el núcleo de cuya formación no es otro que estas fantasías diurnas y complicadas, desfiguradas y mal entendidas por la instancia psíquica conscientes (La interpretación de los sueños 1900).

**Fantasías conscientes:** Vienen a ser sinónimos de sueño diurno, representa una reacción a la realidad externa cuando esta es frustrante. Se produce en estado de vigilia, el individuo reconoce que son producto de su imaginación y que no está viendo (implicación alucinatoria) sino que está pensando.

El niño a través del juego sitúa poco a poco las cosas en su mundo en un orden nuevo, e invierte en esta actividad una gran cantidad de energía y afecto; la renuncia del juego en una vida adulta no llega a ser total, pues en lugar de jugar, la persona mayor fantasea; esta nueva actividad a diferencia del juego, ya no es observable y es experimentada como algo pueril, perteneciendo solo a la intimidad.

Freud afirmaba que el hombre feliz jamás fantasea y sí el insatisfecho. Las pulsiones insatisfechas son las fuerzas impulsoras de la fantasía, y a cada fantasía le corresponde una satisfacción de deseos, una rectificación de la realidad insatisfactoria. Los deseos impulsores son distintos, según el sexo, el carácter y las circunstancias de la persona que fantasea. Que se agrupan en dos grupos: deseos ambiciosos tendientes a la elevación de la personalidad o bien deseos eróticos.

La realización de un deseo divide a los sueños en dos grupos los que muestran francamente tal realización y otros en las que no es posible descubrirlos sino después de un minucioso análisis.

Hay tres procedencias del deseo: 1.- El que puede haber sido provocado durante el día y no haber hallado satisfacción a causa, de circunstancias exteriores y entonces perdurar por la noche un deseo reconocido e insatisfecho. 2.- El que puede haber surgido durante el día pero no haber sido rechazado y entonces perdura en el sujeto un deseo insatisfecho, pero reprimido. 3.- El que puede hallarse exento de toda relación con la vida diurna y pertenece algunos deseos que solo surge por la noche y emerge de lo reprimido

El esquema psíquico es un deseo de la primera clase y se encuentra en el sistema preconscious.

Un deseo de la segunda clase supone que ha sido obligado a retroceder desde el sistema preconscious al sistema inconsciente y que si se ha conservado en la tercera clase, son totalmente incapaces de salir del sistema inconsciente.

El deseo insatisfecho del día no basta para dar origen a un sueño imaginario que el deseo consciente que solo constituye en este estímulo del sueño cuando consigue despertar un deseo inconsciente de efecto paralelo con el que refuerza su energía

El deseo representado en el sueño tiene que ser un deseo infantil. En los adultos proviene del inconsciente. En los niños en los que no existe aún la separación y la censura entre el preconscious y el inconsciente en los que empieza a establecerse poco a poco el deseo; es un deseo insatisfecho pero no reprimido, de la vida despierta

Es también indudable dice Freud que los restos diurnos pueden tener el carácter de deseo del mismo modo que cualquier otro, la percepción es la relación de deseo y la carga psíquica de la percepción, por la excitación emanada de la necesidad, es el camino más corto para llegar a la realización.

El acto de pensar no es otra cosa que la sustitución del deseo alucinatorio. Resulta pues perfectamente lógico que el sueño sea una realización del deseo dado que sólo un deseo puede incitar al trabajo a nuestro aparato anímico.

El sueño expresa una realización de deseo del inconsciente y parece que el sistema dominante preconscious permite dicha realización, después de imponerle determinadas formaciones. El sueño puede darle expresión a un deseo del inconsciente después de haberle impuesto toda clase de deformaciones mientras que el sistema dominante se ha entregado "al deseo de reposar" y lo realiza por la creación de las modificaciones que le es posible introducir en la carga del aparato psíquico manteniendo realizado a través de toda la duración de reposo. (Freud 1900).

La relación de la fantasía con el tiempo, es en general muy importante. La fantasía flota en tres tiempos los tres factores temporales de nuestra actividad representativa. La labor anímica se enlaza a una impresión actual, a una ocasión del presente, susceptible de despertar uno de los grandes deseos del sujeto, a *prende regresivamente desde este punto*, el recuerdo de un suceso pretérito, casi siempre infantil el cual queda satisfecho con tal deseo, y crea entonces una situación referida al futuro y que presenta como satisfacción de dicho deseo el sueño diurno o fantasía el cual lleva entonces en sí las huellas de su procedencia y de la ocasión del recuerdo. Así pues el deseo utiliza una ocasión del presente para proyectar, conforme al modelo del pasado una imagen del provenir.

Los sueños diurnos tiene en común con los sueños nocturnos, los siguientes aspectos

- 1.- Representan la satisfacción de algún deseo; o más bien el intento de la satisfacción.
- 2.- Están basadas principalmente en impresiones de experiencias infantiles
- 3.- Dispone de cierta indulgencia del sistema censor.
- 4.- En su producción el deseo impulsor toma, combina y arregla el material hasta a acomodarlo en un nuevo conjunto.
- 5 - Una diferencia principal con respecto a los sueños, es que en las fantasías el funcionamiento de los procesos secundarios es evidente. Esto se refiere a que durante la fantasía consciente, el soñador se percató de su producción imaginaria y que no es realidad, sin que este conocimiento interfiera en el logro de la gratificación. Por otro lado el papel, preponderante que juega el proceso secundario en éstas, proporciona una mayor coherencia a las escenas, lo cual no ocurre con los sueños.

Existe un caso en que la labor de aplicación al sueño, una especie de fachada le resulta ahorrada casi totalmente por la, preexistencia en las ideas latentes de tal formación. Estas formaciones ya dadas de antemano en las ideas latentes son las que se conocen con el nombre de fantasías y equivalen a ellas otras del pensamiento despierto en las que califican de entonaciones o sueños diurnos. El estudio de las psiconeurosis conduce al sorprendente descubrimiento de que estas fantasías o sueños diurnos constituyen el escalón preliminar de los síntomas histéricos, por lo menos una serie de ellos.

Estos síntomas no dependen directamente de los recuerdos, sino de las fantasías edificadas sobre ellos, la frecuencia de las fantasías diurnas han facilitado el conocimiento de éstas, pero además, tales fantasías conscientes numerosísimas que por su contenido y procedencia del material reprimido tiene que permanecer inconsciente.

La elaboración secundaria intenta construir con el material dado algo como un sueño diurno, relacionado con las ideas latentes del nocturno, se apodera de él y tendrá al hacerlo, que ha permanecido quizás inconscientes. La fantasía es manejada como cualquier otro elemento de material latente pero muchas veces continua contribuyendo en el sueño una totalidad. Estas fantasías son acumuladas, condensadas y superpuestas, del mismo modo de que todos los demás elementos de las ideas latentes.

La identificación de la función psíquica; que lleva a cabo la elaboración secundaria del contenido manifiesto, con la labor de nuestro pensamiento despierto; resulta del siguiente procesos reflexivo: El pensamiento despierto (preconsciente) se conduce, ante cualquier material de la percepción del mismo modo que la función que ahora se trata con respecto al contenido manifiesto

Las fantasías conscientes diferencian de la satisfacción alucinatoria del deseo, en la posibilidad de la prueba de realidad.

**Fantasías inconscientes:** Lo inconsciente es totalmente legítimo, puesto que para hacerlo no se aparta un solo paso del modo habitual de pensamiento.

Un acto psíquico atraviesa por dos fases, entre las cuales opera como selector una suerte de examen (censura). En la primera fase es inconsciente y permanece en el sistema inconscientes, y sí a raíz del examen es rechazado por la censura se le deniega el paso a la segunda fase; entonces se llama reprimido y tiene que permanecer inconsciente. Pero si sale airoso entra a la segunda fase y pasa al segundo sistema Consciente.

La pulsión nunca puede pasar hacer objeto de la conciencia solo puede serlo la representación que es su representante. Ahora tampoco en el interior del inconsciente puede estar representada sino es por la representación. Si la pulsión no se adhiere a una representación ni saliera a la luz como un estado afectivo, no se podría saber nada. Entonces cada vez que pase esto se habla de una moción pulsional inconscientes o de una moción pulsional reprimida.

La represión puede llegar a inhibir la transposición de la moción pulsional en una exteriorización de afecto y nos muestra que el sistema consciente normalmente gobierna la afectividad. La represión es en lo esencial un proceso que cumple sobre la representación en la frontera de los sistemas inconsciente y preconscientes.

El proceso de la represión se puede describir en tres fases:

Una primera fase : consiste en que la angustia surge sin que se perciba un ataque. Cabe suponer que dentro del inconsciente existió una moción de amor que demandaba transponerse al sistema preconscious; pero la investidura volcada en ella desde ese sistema se le retiró como un intento de huida, y la investidura libidinal inconsciente de la representación así rechazada fue descargada como angustia.

La segunda fase: es la investidura preconscious fugada que se volcó a una representación substitutiva que a su vez, en una parte se entró por vía asociativa con la representación rechazada y, por la otra se sustrajo de la represión por su distanciamiento y permitió una racionalización del desarrollo de angustia todavía no inhibible.

La tercera fase: es el proceso de la represión todavía no concluido; tiene un contenido ulterior, inhibir el desarrollo de la angustia que parte del sustituto.

El núcleo del inconsciente agencia representante de pulsiones que quieren descargar su investidura; por tanto en moción de deseo. Dentro de este sistema no existe negación, esto es introducido solo por el trabajo de la censura en el inconsciente y en el preconscious. Prevalce en el sistema inconsciente una movilidad mucho mayor de intensidad de investidura. Por el proceso de desplazamiento, una representación puede entregar a otra el modo de su investidura y por el de la condensación puede tomar sobre sí la investidura íntegra de muchas otras. Freud propone a estos dos procesos como indicios del llamado proceso psíquico primario. Dentro del sistema preconscious rige el proceso secundario toda vez que el proceso primario es permitido jugar con elementos del sistema preconscious.

Los procesos del sistema inconsciente son atemporales, es decir no están ordenados con arreglo al tiempo, no se modifica por el transcurso de estos, en general, tiene relación alguna con él. No se conoce tampoco los procesos inconscientes un miramiento por la realidad. Están sometidos al principio del placer, su destino depende de la fuerza que poseen y de que cumplan los requisitos de la regulación de placer - displacer.

Se advierten diferentes orígenes de la fantasía según lo observado por Freud en "El inconsciente" (1915):

- 1.- Recuerdos y fantasías conscientes reprimidas.
- 2.- Fantasías sometidas a la elaboración del proceso primario en el sistema inconscientes.
- 3.- Fantasías conscientes derivadas por fantasías inconscientes que han llegado a la consciencia en una nueva forma y que han sido reprimidas una vez más.
- 4.- Fantasías inconscientes que ha sido elaboradas en el sistema preconscious y que han sido reprimidos antes de alcanzar la consciencia

Fantasías primates, en extenso grado de independencia. Freud consideró necesario postular este tipo de fantasías inconscientes para comprender la universalidad de las escenas imaginadas tales como las de espiar el coito de los padres etc. A diferencia de la fantasía consciente, las fantasías inconscientes y los recuerdos reprimidos en el inconsciente, tienen catexis de objetivo, y estas son las que se experimentan nuevamente en la transferencia de la situación analítica (1915).

### 3.3 MELANIE KLEIN

En su obra Melanie Klein amplió el concepto freudiano de fantasía inconsciente y le dio mayor importancia. Las fantasías inconscientes están siempre manifiestas y activas en todo individuo. Es decir su presencia no es índice de enfermedad ni falta de sentido de realidad. Lo que determina el estado psíquico del sujeto es la naturaleza de estas fantasías inconscientes y su relación con la realidad externa.

Para Klein (1974) la fantasía inconsciente es la expresión mental de los instintos y por consiguiente existe, como estos, desde el comienzo de la vida. Por definición los instintos son buscadores-de-objeto. En el aparato mental se experimenta al instinto vinculado con la fantasía de un objeto adecuado a él. De este modo para cada impulso instintivo hay una fantasía correspondiente. Por ejemplo al deseo de comer le corresponde una fantasía de algo comestible que satisficiera ese deseo: el pecho, que se basa según M. Klein en una fantasía inconsciente que acompaña y expresa al impulso instintivo.

Crear fantasía es una función del Yo. La concepción de fantasía como expresión mental de los instintos por mediación del Yo supone mayor grado de organización Yoica de la que suponía Freud. Supone que desde el nacimiento, el Yo es capaz de establecer y de hecho los instintos y la ansiedad lo impulsan a establecer relaciones objétales primitivas en la fantasía y en la realidad.

Desde el comienzo del nacimiento, el bebé se tiene que enfrentar con el impacto de la realidad que comienza con la experiencia del nacimiento mismo y prosigue con innumerables experiencias de gratificación y frustración de sus deseos.

Estas experiencias con la realidad influyen inmediatamente en la fantasía inconsciente que a su vez influye en ella. La fantasía no es tan solo una fuga de la realidad; es un concomitante constante e inevitable de las experiencias reales, en constante interacción con ella.

Si bien la fantasía inconsciente influye y altera constantemente la percepción o la interpretación de la realidad, lo inverso también es cierto: la realidad ejerce su impacto sobre la fantasía inconsciente.

El aspecto de la interrelación entre fantasía inconsciente y verdadera realidad externa debe tenerse muy en cuenta cuando se quiere evaluar la importancia del ambiente sobre el desarrollo del niño. El ambiente tiene, de hecho, importantísimos efectos sobre la infancia y la niñez, pero no es verdad que sin un ambiente malo no existiría ansiedades ni fantasías agresivas o persecutorias

Se ha hablado del papel de la fantasía como expresión de la privación. Más que eso: es también una defensa contra la realidad interna. Cuando el sujeto hace una fantasía de realización de deseo, no está solamente evitando la frustración y el reconocimiento de una realidad externa displacentera, también está ( lo que incluso es más importante) defendiéndose contra la realidad de su propia hambre y de su propia ira, ó sea, contra la realidad interna. Además unas fantasías pueden utilizarse como defensa de otras fantasías.

La utilización de la fantasía inconsciente como defensa, mantiene una relación con los mecanismos de defensa y la distinción reside en la diferencia entre el proceso real y su representación mental detallada, específica.

Cuando se considera la relación entre fantasía y los mecanismos de introyección y proyección se aclara en cierta medida la relación existente entre fantasía inconsciente, mecanismo y estructura mental.

Freud describió al Yo como un "precipitado de catexias de objeto abandonadas": Este precipitado está compuesto por objetos introyectados. El primero de dichos objetos descrito por Freud mismo, es el superyó. El análisis de tempranas relaciones objétales proyectivas e introyectivas ha revelado fantasías de objeto introyectados en el yo desde la más temprana infancia, comenzando por la introyección de los pechos ideal y persecutorio. Primero se introyectan objetos parciales: el pecho y luego el pene. Después se introyectan objetos totales: la madre, el padre y la pareja parental. Cuanto más temprana es la introyección, más fantásticos son los objetos introyectados, y más distorcionados están por lo que se han proyectado en ellos. A medida que prosigue el desarrollo y se acrecienta el sentido de realidad, los objetos internos se aproximan más a las personas reales del mundo exterior.

El Yo se identifica con algunos de estos objetos: identificación introyectiva. Estos objetos son asimilados por el Yo y contribuyen a su desarrollo y características. Otros permanecen como objetos internos y separados y el Yo mantiene la relación con ellos ( el super - Yo es uno de estos objetos).

También se siente a los objetos internos en relación mutua; por ejemplo, se siente que los perseguidores internos atacan al objeto ideal tanto como al Yo. De este modo se va construyendo un complejo mundo interno. La estructura de la personalidad está determinada en gran parte por las fantasías más permanentes del yo sobre sí mismo y los objetos que contiene

El hecho de que haya tan estrecha relación entre estructura y fantasía inconsciente es importantísimo: es esto lo que hace posible influir en la estructura del Yo y super-Yó mediante el análisis. Pues al analizar las relaciones del Yo con los objetos, internos y externos, y al modificar las fantasías sobre estos objetos, es que se puede influir esencialmente sobre la estructura más permanente del Yo.

El concepto de fantasía inconsciente tal como lo utiliza M. Klein implica mayor grado de organización Yoica de la que suponía Freud. Según Klein, hay suficiente Yo al nacer como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer primitivas relaciones objétales en la fantasía y en la realidad. Esta concepción no difiere con la de Freud. Algunos conceptos de Freud implican, al parecer, la existencia de un Yo temprano. También describe un mecanismo de defensa temprano, la deflexión del instinto de muerte, que ocurre al comienzo de la vida, y su concepto de realización alucinatoria de deseo implica un Yo capaz de establecer una relación objetal en la fantasía .

Al principio el Yo está desorganizado, pero de acuerdo con la orientación general del crecimiento fisiológico y psicológico tiene la tendencia a integrarse. A veces bajo el impacto del instinto de muerte y de una ansiedad intolerable, esta tendencia pierde toda efectividad y se produce una desintegración defensiva. Por lo tanto, en las primeras etapas del desarrollo el Yo es lábil, se halla en estado de constante fluencia, su grado de integración varía de día en día en día, hasta de un momento a otro.

El Yo inmaduro del bebé está expuesto desde el nacimiento a la ansiedad provocada por la innata polaridad de los instintos - el conflicto inmediato entre instinto de vida e instinto de muerte. Está también, inmediatamente expuesto al impacto de la realidad externa, que le produce situaciones de ansiedad. Cuando se ve enfrentado con la ansiedad que le produce el instinto de muerte, el Yo lo deflexiona. Esta deflexión del instinto de muerte, descrita por Freud, consiste según M. Klein, en parte en una proyección, en parte en la conversión del instinto de muerte en agresión.

El Yo se escinde y proyecta fuera su parte que contiene el instinto de muerte, poniéndola en el objeto externo original: el pecho. Es así como el pecho al que se siente conteniendo gran parte del instinto de muerte llega a experienciarse como malo y amenazador para el Yo, dando origen a un sentimiento de persecución. De este modo, el miedo original al instinto de muerte se transforma en miedo a un perseguidor. Parte del instinto de muerte que queda en el Yo se convierte en agresión y se dirige contra los perseguidores.

Al mismo tiempo se establece una relación con el objeto ideal. Así como se proyecta fuera el instinto de muerte, para evitar la ansiedad que surge de contenerlos, así también se proyecta la libido, a fin de crear un objeto que satisfaga el impulso instintivo del Yo a conservar la vida. Lo mismo que pasa con el instinto de muerte pasa con la libido. El Yo proyecta parte de ella fuera, y la restante la utiliza para establecer una relación libidinal con ese objeto ideal. De ese modo muy pronto el Yo tiene relación con dos objetos el objeto primario, el pecho, está en esta etapa disociándose en dos partes, el pecho ideal y el persecutorio. La fantasía del objeto ideal se fusiona con experiencias gratificadoras de ser amado y amamantado por la madre externa real, que a su vez confirma dicha fantasía. En forma similar la fantasía de persecución se fusiona con experiencias reales de privación y dolor, atribuidas por el bebé a los objetos persecutorios. Así, la gratificación, no sólo satisface la necesidad de bienestar, amor y nutrición; también se la necesita para mantener a raya la aterradora persecución. A su vez la privación se convierte no sólo en falta de gratificación sino también en amenaza de ser aniquilado por los perseguidores.

Contra la abrumadora ansiedad de ser aniquilado el Yo desarrolla una serie de mecanismos de defensa, siendo probablemente el primero de uso defensivo de la introyección y de la proyección. Como expresión de los instintos y a la vez como recurso defensivo, el Yo se esfuerza por proyectar lo bueno y proyectar lo malo, pero no es la única forma en que se utiliza, hay situaciones en las que se proyecta lo bueno, para mantenerlo a salvo de lo que se siente como abrumadora maldad interna, y situaciones en que se introyectan los perseguidores e incluso se hace una identificación con ellos, en un intento de controlarlos. El rasgo constante es que en situaciones de ansiedad aumenta la disociación y se utiliza la proyección e introyección para mantener a los objetos persecutorios tan alejados como sea posible de los objetos ideales, a la vez que se mantienen ambos bajo control.

La escisión se vincula con la creciente idealización del objeto ideal, cuyo propósito es mantenerlo bien alejado del objeto persecutorio y hacerlo invulnerable. Esta idealización extrema se vincula también con la negación mágica y se basa en la fantasía de total aniquilación de los perseguidores. Otra forma de utilizar la negación omnipotente como defensa de la persecución excesiva es idealizar al objeto perseguidor mismo y tratarlo como ideal. Y a veces el yo se identifica con este objeto seudo - ideal.

En la proyección original del instinto de muerte surge otro mecanismo de defensa: la identificación proyectiva, en la identificación proyectiva se escinde y apartan parte del Yo con diversos propósitos: se pueden proyectar partes malas del Yo tanto para liberarse de ellas como para atacar y destruir al objeto; se pueden proyectar partes buenas para evitar la separación o para mantenerse a salvo de la maldad interna, o para mejorar al objeto externo a través de una especie de primitiva reparación proyectiva.

La escisión es lo que permite al Yo emerger del caos y ordenar sus experiencias. Por excesivo y extremo que pueda ser al comienzo, este ordenamiento de la experiencia que acompaña al proceso de escindir al objeto en uno bueno y otro malo sirve, para ordenar el universo de las impresiones emocionales y sensoriales del niño y es una condición previa para la integración posterior. Es la base de lo que sería después la capacidad de discriminar, cuyo origen es la temprana diferenciación de lo bueno y lo malo.

La escisión es también la base de lo que más tarde llegará a ser la represión. Si la escisión temprana ha sido excesiva y rígida, la represión probablemente será la excesiva rigidez neurótica. Cuando la escisión temprana ha sido menos severa, la represión lesionará menos al sujeto, y el inconsciente estará en mejor comunicación con la mente consciente.

Cuando las experiencias buenas predominan sobre las malas, el Yo llega a creer que el objeto ideal prevalece sobre los objetos persecutorios, y que su propio instinto de vida predominan sobre su propio instinto de muerte.

Melanie Klein plantea: "no sólo el simbolismo debe ser considerado como la base de la fantasía inconsciente y de toda sublimación sino que, aun más, sobre el se construye la relación con el mundo exterior y la realidad".

#### **3.4 D. WINNICOTT**

Winnicott (1958) enunció la teoría del desarrollo emocional refiriéndola principalmente al propio ser en desarrollo. En el que el propio-ser, es el potencial heredado que experimenta una continuidad de existir, y que a su modo y a su ritmo adquiere una realidad psíquica y un esquema corporal personal.

Por mediación del Yo, los componentes de la constitución heredada son reunidos fragmento por fragmento en el propio ser naciente. A medida que esta conjugación se produce, sucesos sensoriales y motores pasan a ser experiencia personal y aprovechable. El yo va ligado íntimamente al desarrollo neurofisiológico, así como a la percepción y el desarrollo del intelecto, memoria y cognición, que se convierte en sus aliados para procurar la orientación de cada individuo en un mundo exterior al propio-ser.

Una función del Yo de importancia vital consiste en la trama de elaboración mental de sucesos sensoriales y motores para organizar lo que llega a ser "realidad psíquica personal". Y donde la realidad interior es considerada extensión de la "fantasía", y al comienzo de la vida consiste en una muy simple "elaboración imaginativa de partes somáticas, sentimientos y funciones"

Esta elaboración simple, parte esencial de cada individuo, y que nunca se pierde, es al comienzo tan primitiva que no llega a la conciencia. Winnicott, afirma que es una experiencia que se acrecienta, en el concurrente desarrollo neurológico, el mundo interior emerge. "de todo individuo que ha alcanzado el estado de ser una unidad con una membrana por límite, y un adentro y un afuera, se puede afirmar que tiene una realidad interior, un mundo interior que puede ser rico o pobre, que puede estar en paz o en guerra".

El propio ser - central, ó núcleo del propio ser, es un ser aislado es algo "que nunca entra en comunicación con el mundo de los objetos percibidos; además el individuo sabe que eso nunca tiene que entrar en comunicación con la realidad externa ni dejarse influir por ella. En consecuencia, en virtud de la realidad interna, el infante se vuelve reconocible en tanto individuo; y es bajo el influjo de esta realidad interna como el mundo cobra forma para el niño. En los casos en que se vuelve posible atribuir realidad interna al infante la expresión "propio ser genuino" llega a incluir esta misma realidad.

Para D. Winnicott el propio-ser, que no es el Yo, es la persona que soy, y que solo yo soy, que posee una totalidad basada en la operación de los procesos de maduración. Al mismo tiempo, el propio ser tiene partes y de hecho está constituido por ellas. Estas partes se aglutinan siguiendo una dirección interior - exterior en el curso de las operaciones del proceso de maduración, ayudadas, como es preciso que lo sean, por el ambiente que ampara y asiste corporalmente, y que de una manera activa lo facilita.

Son el propio - ser y la propia vida, únicamente, los que imparten sentido de acción o de vida desde el punto de vista del individuo que ha crecido y que continúa creciendo desde la dependencia y la madurez hasta la independencia.

Winnicott en 1958 confrontó la realidad externa a la realidad interna más bien que a la fantasía que forma parte de la propia defensa maníaca al no ser capaz de dar una plena significación de la realidad interna. La fantasía forma parte de esfuerzo realizado por un individuo para afrontar la realidad interna. Puede decirse que la fantasía y los sueños diurnos son manipulaciones omnipotentes de la realidad externa mediante fantasías omnipotentes elaboradas en el esfuerzo realizado para huir de la realidad interna.

El término "realidad psíquica" no implica ninguna ubicación de la fantasía; el término "realidad interna" presupone la existencia de un interior y un exterior y por consiguiente de una membrana por límite que pertenece a los que se llamaría psique - soma.

Existen tres procesos que marcan los comienzos de la realidad interna y que se inician muy temprano: La integración, la personalización; y después de estos procesos, la apreciación del tiempo y del espacio y otras propiedades de la realidad, la realización

La integración del Yo, tiene su base en la continuidad de la línea de vida. El propio - ser del bebé solo comienza cuando el Yo principia, y el comienzo y fundamento del propio - ser y de la identidad, es esta primera organización del Yo que trae por resultado la continuidad de existir.

El material que emerge de la integración son elementos motores y sensoriales, que son la tela del narcisismo primario. Este adquiriría una tendencia hacia el sentimiento de existir. Es preciso postular los rudimentos de una elaboración imaginativa del funcionamiento corporal puro para que podamos suponer que este nuevo ser humano ha empezado a ser y ha empezado a conjugar una experiencia que merece el título de "persona".

La continuidad de la línea de vida da origen a la totalidad, esta tiene principio en momentos en que se alcanza una condición unida YO-SOY. A fin de comprender este logro conviene considerar al bebé en el estado de no integración, donde la integración surge. en estado en que Winnicott define como "narcisismo primario", en el momento que la dependencia absoluta es un hecho.

Al comienzo el bebé no se siente separado del ambiente: en la medida en que es posible hablar de un propio ser y no existe diferencia entre lo que "yo" y lo que es "no - yo".

La psicología experimental ha mostrado que existen pautas de conductas establecidas antes del nacimiento que corresponde a ritmos en la alternancia de estados de vigilia y de sueño, de actividad y no actividad; sin duda que los sentimientos del bebé en algunos estados (sobretudo los activos) parecen aptos para proveer de materia a una elaboración mental primitiva: los comienzos de la fantasía. Y en efecto a su tiempo concurren, como al comienzo probablemente lo hacen las aceleraciones de la respiración y del ritmo cardiaco, a un sentimiento de continuidad de procesos, que es un factor integrador.

Pero al principio no existe suficiente fortaleza del Yo que pudiera hacer recorrer al bebé esos estados como un propio ser singular. "Creo que un infante no se puede percatar al comienzo de que sintiendo esto o aquello en su cuna o disfrutando de las sensaciones cutáneas, es el mismo que él mismo cuando llora en demanda de satisfacción inmediata, poseído de un afán de obtener y de destruir algo sino es satisfecho con leche y no necesariamente existe integración entre un niño dormido y un niño despierto. Esta integración sobreviene en el curso del tiempo".

Totalizarse, entonces supone la reunión de los componentes somáticos y psíquicos en un propio - ser uno. Los momentos de YOSOY están al comienzo, de manera particular, ligados a la experiencia emocionales o afectivas más definidas, como la ira o la excitación de una situación de amamantamiento. La integración llega a concluir una orientación en el espacio de tres dimensiones, a lo cual poco a poco se agrega una sensación de proceso y de tiempo finito.

La integración, en afecto, y aun la continuidad de la línea de vida, depende absolutamente del cuidado brindado por la madre lo bastante buena

Un aspecto particularmente importante de la integración fue llamado por Winnicott la "personalización" la cual la define como la adquisición de un esquema corporal personal, en la que la "psique habita en el soma".

La base para este habitar es un eslabonamiento de experiencia motora, sensorial y funcional. Con el ulterior desarrollo adviene a la existencia lo que se podría llamar membrana limitadora, que en cierta medida se asimila a la superficie de la piel y tiene una posición entre el "Yo" y su "no Yo" del infante.

Personalización significa no solo que la psique esta alojada en el cuerpo, si no que, por fin, cuando el control cortical se extiende, la totalidad del cuerpo se convierte en morada del propio ser

Lo mismo que el logro de "Yo soy", llega habitar el cuerpo, que depende de una provisión ambiental lo bastante buena. Winnicott lo ligó específicamente a la asistencia corporal del infante con la personalización.

La asistencia corporal, define la provisión ambiental que se corresponde aproximadamente con el establecimiento de una asociación psicomatica. Sin una asistencias corporal activa y adaptativa lo bastante buena la tarea desde adentro puede resultar difícil, y hasta puede ser imposible que se establezca de manera adecuada este desarrollo de la interrelación psicósomática.

Una asistencia corporal adaptativa supone que la persona que cuida al bebé y al cuerpo del bebé como si los dos fueran una unidad.

Winnicott en su descripción de la realidad psíquica interior, entiende que se trata de una organización personal de la fantasía del infante, una organización en que la elaboración imaginativa de partes somáticas de sentimientos y de funciones y en particular de experiencias instintuales (eróticas y agresivas) se entretajan con representaciones mentales cada vez más complejas del ambiente humano esencial. Lo que se aprecia bueno (lo que ocurre en apoyo del Yo) es conservado y lo que se aprecia malo (persecutorio) es eliminado y proyectado afuera.

La realidad psíquica interior es en buena medida inconsciente (aunque desde luego, no lo son los sentimientos a que da origen); es el lugar donde brota el sueño. Es la parte del propio - ser total que puede llamarse "psique"

La realidad psíquica interior se considera la base de lo que llega a ser la personalidad (realización) del individuo y se relaciona también con el carácter.

En el curso del tiempo, se llega a tomar responsabilidad por "la fantasía" total de lo que le corresponde al momento instintual y en el infante se desarrollan los comienzos de un sentido social o capacidad de sentir culpa.

Esta capacidad, modificada por las expectativas de los padres y personas significativas en la vida del niño, se vuelven integrantes del propio-ser. De esta manera se puede decir que el mundo interior es la sede no solo de la lucha y del equilibrio entre elementos benignos y persecutorios, sino entre impulso y control.

A juicio de Winnicott "El Yo inicia la relación de objeto" donde la relación de objeto denota el vínculo del infante con la madre, sobre la base de satisfacciones instintuales, gratificaciones, frustraciones, y no se trata de apartar satisfacciones sino dejar que descubra el objetos y se arregle con este

La acción se inicia en el infante y no en el ambiente, aunque es cierto que es vital el marco ambiental y la técnica aportada por la madre de un infante particular. Si la madre o sustituto obran demasiado ó no responde lo suficiente, el resultado puede ser una instrucción frente a la cual el bebé se ve llevado a reaccionar y esta reacción puede poner en peligro su continuidad de existir. Por otro lado, obrar o ser obrado, por parte del bebé, a causa de una necesidad, una sensación o un impulso que brota espontáneamente desde un estado no integrador, será sustituido por él como algo que proviene de él mismo.

Toda vez que sus necesidades son cubiertas según las va sintiendo por la conducta adaptativa de una madre lo bastante buena, una experiencia de "esto exactamente es lo que yo necesitaba" se convierte sobre la base de la repetición en la experiencia de "yo he creado". Aquí fantasía y realidad confluyen y el infante es el creador del mundo Este mundo creado, que consiste, en objetos subjetivos, es vivenciado por el como un mundo que el gobierna De este modo la madre le procura un breve periodo en que la omnipotencia es algo experimentado.

El mundo puede contener lo que se quiere y necesita, con el resultado de que el bebé tiene esperanza de que exista una viva conexión entre realidad interna y realidad externa, entre creatividad primaria innata y el mundo como tal, el mundo que es compartido por todos

Es la conjugación de la "creatividad primana innata" del infante manifiesta primeramente en la fantasía con las efectivas circunstancias del mundo como tal lo que se convierte en un aspecto decisivo para la vida de cada individuo y desemboca en todo "el abigarramiento de la actitud hacia la realidad externa".

Para Winnicott el concepto de omnipotencia en tanto constituye una experiencia efectiva para el bebé, en que fantasía y realidad se corresponden

Cuando se considera el trauma es conveniente considerar primeramente el contacto, en orden a la instrucción, el bebé y el ambiente.

Dentro del contexto del apoyo yoico, el bebé actúa sobre el ambiente movido por una necesidad o un impulso que expresa en un gesto o movimiento, la madre le responde sensitivamente. Este contacto con el mundo creado.

También en el contexto del apoyo Yoico, el ambiente actúa sobre el bebé de una manera que esta dentro de la competencia de este porque es predecible y porque la madre tiene al bebé en su mente como persona.

También se da por falta de apoyo Yoico o de protección, el ambiente hace instrucción en el bebé de manera que éste es obligado a reaccionar. La continuidad de existir se interrumpe y en los casos que el bebé no puede reposar y recuperarse dentro de un ambiente que una vez más se ha vuelto adaptativo en grado máximo, no es fácil que el hilo de la continuidad se recupere.

Una acumulación de instrucciones traumáticas en el estadio de la dependencia absoluta puede poner en peligro la estabilidad, (salud mental del individuo).

Winnicott define el trauma como una intrusión que proviene del ambiente y de la relación del individuo a este. Sobrevenida antes que el individuo desarrolle los mecanismos que hacen predecible lo impredecible.

El trauma al comienzo de la vida "atañe a las amenazas de aniquilación". Una instrucción se produce, sea evidentemente externa para el juicio del observador o tenga la naturaleza de una necesidad física o impulso avasallador generado en el infante tal que, en ausencia de apoyo Yoico, realice su competencia.

Existe una relación corporal (reflejo, química etc.) por una fracción de segundo se sufre una agonía, primitiva "de indescrptible intensidad" antes de que se puedan organizar defensas dentro del Yo.

Es una elaboración imaginativa (fantasía) de la reacción frente a la instrucción, donde estas fantasías más tarde o más temprano se pueden convertir en el material de angustia psicóticas

En los escritos de Winnicott se menciona de una u otra forma que "El compañero del soma en el vals de la vida es la mente, por otro lado, el desarrollo del compañero genuino la psique, depende del cerebro intacto y funcionamiento intelectual".

El intelecto, en consecuencia, desde el comienzo mismo es esencial en la organización de la experiencia y en virtud de esta función organizada se origina el pensamiento.

Winnicott descubrió este proceso con las propiedades del cuerpo Funcionamiento corporal, sensoriomotor, elaboración imaginativa del funcionamiento corporal (fantasías) la facultad de catalogar, de categorizar y de cotejar recuerdos no conscientes siempre inconscientes.

La función de cotejar desarrolla su vida propia y permite hacer predicciones. Esto se pone al servicio de la necesidad de preservar la omnipotencia paralelamente a la elaboración de la función de fantasía enriquecida por el recuerdo, se convierte en la imaginación creadora, el sueño y el juego El pensar nace como un aspecto de la imaginación creadora, contribuye a que sobreviva "La experiencia de omnipotencia". Es un ingrediente de integración.<sup>1</sup>

---

Citado en Khan M. Temas de psicoanálisis sobre Winnicott 1982

Al comienzo la madre, se tiene que adaptar casi exactamente a las necesidades del infante para que la personalidad de este se desarrolle sin distorsión. Pero le es posible fallar en su adaptación, y fallar cada vez más, porque la mente y los procesos intelectuales del infante son capaces de dar razón de esas deficiencias de adaptación y en consecuencia de tolerarlas.

Sí el ambiente lo bastante bueno ha cubierto las necesidades del infante en el período de dependencia absoluta, se produce una transición al estado de dependencia relativa. Entonces el intelecto en desarrollo permite una percatación cada vez mayor del cuidado materno y la necesidad misma que el bebé tiene de él. "El no Yo" se separa del "Yo" y se alcanza la objetividad lo que en definitiva lo llevo a vivir en un mundo en que los objetos tienen experimentada permanencia en tiempo y espacio, y son utilizados por lo mismo que están separados y son indestructibles.

El infante adquiere la capacidad de enfrentar la desilusión que es inherente al abandono de la omnipotencia continuamente vivida, y empieza a sentirse responsable de sus propias acciones. En este punto una graduada falla en la adaptación a sus necesidades llevo a ser un aspecto importante del cuidado materno .

Existe una área intermedia de vivencia, en la que concurre tanto la realidad interior como la exterior. La ilusión de la omnipotencia es decir, una adaptación máxima a las necesidades del bebé, dentro de un contexto de allegamiento yoico, le concede una breve vivencia de omnipotencia: esta es efectiva para él, pero es una ilusión desde el punto de vista del observador Winnicott menciona que sin ninguna cuota de esa experiencia "no es posible para el bebé iniciar el desarrollo de la capacidad de experimentar vínculos con la realidad exterior, o aun formarse una concepción de esta"

También hablo del desarrollo del propio ser, existe algo, alguna actividad o sensación, que se interpone entre el bebé y la madre (objeto subjetivo). En la condición de salud, es en esta área o en este espacio donde se encuentra fantasía y realidad, y se conjugan; y es ahí donde se vive la omnipotencia. Por medio de esta área el mundo interior y el mundo exterior se superpone, de suerte que el infante crea eso mismo que el va descubriendo en el mundo exterior en tanto pasa a ser algo "no - Yo".

Su contribución más original estuvo referida al área de la ilusión o espacio potencial. Advirtió que con mucha frecuencia la primera posesión no - Yo, rastreando su origen hasta formas muy primitivas de relación y juego

Tarde o temprano el desarrollo se abre paso para el bebé con una tendencia a entretener objetos otros que Yo en la pauta personal. En el caso de algunos infantes, el pulgar se introduce en la boca al mismo tiempo que los dedos acarician el rostro con movimientos de pronación y supinación del antebrazo. Entonces la boca se activa en relación con el pulgar pero no lo es en relación con los dedos.

Se puede suponer que una actividad de pensamiento o de fantasía va asociada a las experiencias funcionales.

Puede ocurrir que un objeto suave o de otro tipo de objeto haya sido descubierto por el bebé y lo emplee, y entonces esto se convierte en lo que llamo objeto transicional

El lugar teórico del objeto transicional es el área de la ilusión, no es "Yo" ni "no - Yo"

El objeto transicional aparece como un objeto concreto, situado en un período específico del desarrollo de la transición desde la función con el ambiente hasta la condición separada. Atraídos siempre por la relación recíproca del mundo interior y el mundo exterior, y por la naturaleza de la ilusión

En la base de todo su concepto del área de transición y de ilusión menciona que es la espontaneidad inherente a la capacidad creadora innata del infante lo que vuelve aceptable el compromiso entre realidad exterior e interior y que en este todo acatamiento es falso para el propio - ser

Además consideró que un paso más dentro de una secuencia de actividades del área de ilusión o del espacio potencial entre el propio ser - individual y el ambiente que hace madurar la capacidad de participar en la fecundidad cultural del mundo y contribuir a ella

### 3.5 OTRAS TEORÍAS.

Para **Susan Isaacs** (1948) el término fantasía se ha referido sólo a fantasías conscientes de la índole de los sueños diurnos. Pero los descubrimientos de Freud pronto condujeron a reconocer la existencia de fantasías inconscientes. Donde el término psicoanalítico fantasía significa en esencia contenido mental inconscientes, que puede hacerse consciente o no.

Un punto importante para la tesis de esta autora es que la fantasía inconsciente esta en plena actividad en la mente normal, no menos que en la neurótica, parece suponer a veces que la realidad psíquica (fantasía inconsciente) es de importancia primordial sólo en el "neurótico", y que las personas "normales" su significación se desvanece. La diferencia entre lo normal y lo anormal reside en la forma en como se tratan las fantasías inconscientes, los procesos mentales particulares por medio de los cuales son modificadas y elaboradas, y el grado de gratificación directa e indirecta en el mundo real y la adaptación al mismo, que esos mecanismos preferidos permiten

S. Isaacs da una importancia considerable a la fantasía y afirma que lo principalmente le interesa es definir fantasía; esto es, describir la serie de hechos que el empleo del término nos ayuda a identificar, a organizar y a relacionar con otros hechos significativos.

Su análisis lo define como sigue:

a) En sus conclusiones del análisis con niños pequeños, la condujo a pensar que las fantasías son el contenido primario de los procesos mentales inconscientes. Todos los procesos mentales se originan en el inconsciente y solo mediante ciertas condiciones se hacen conscientes.

Los primeros procesos mentales, los representantes psíquicos de los instintos libidinales y destructivos, deben ser considerados como el origen más primitivo de la fantasía; pero en el desarrollo mental del niño la fantasía no tarde en convertirse también en un medio de defensas contra ansiedades, un medio de inhibir y controlar las pulsiones instintivas y así mismo una expresión de deseo de reparación. En un sentido más amplio todos estos procesos mentales cuyo fin es disminuir la tensión instintiva, la ansiedad y la culpa, sirven también al fin de realización de deseo.

Una fantasía representa el contenido particular de las pulsiones o sentimientos (por ejemplo temores, ansiedades, triunfos, amor o pesar) que domina la mente en ese momento. En las primeras épocas de la vida existe en verdad un gran número de fantasías inconscientes, que adquieren forma específica juntamente con la catectización de zonas corporales particulares.

Las fantasías aparecen y desaparecen de acuerdo con los cambios en las pulsiones instintivas, provocadas por circunstancias externas, sino que también existen juntas, al mismo tiempo en la mente, aun cuando sean contradictorias; así como en un sueño pueden existir y expresarse al mismo tiempo deseos que se excluyen mutuamente.

Estos procesos mentales primitivos tienen un carácter omnipotente; bajo la presión de la tensión instintiva el niño en sus primeros días no solamente siente, sino que implícitamente *fantasea*.

b) Alucinación e introyección primaria

La alucinación no se detiene en la mera representación, sino que lo conduce a efectuar detalladamente, a lo que haría con el objeto deseado que imagina (*fantasea*) haber obtenido. Parece probable que la alucinación actúa mejor en los movimientos de tensión instintiva menos intensa, por ejemplo cuando el niño empieza a despertarse y a sentir hambre, pero permanece todavía quieto; a medida que la tensión aumenta se intensifica el hambre y el deseo de chupar el pecho y la alucinación está expuesta a desaparecer.

En el dolor de la frustración, existe entonces un deseo todavía más intenso, el deseo de tomar todo el pecho dentro de sí y guardarlo dentro como fuente de satisfacción, y esto a su vez se realizará omnipotentemente durante un tiempo en la creencia, en la alucinación. La incorporación del pecho esta ligada a las primeras formas de vida de fantasía.

Por la influencia del principio del placer se verifica un desarrollo ulterior. Los objetos en cuanto a su fuente de placer son absorbidos por el Yo dentro de sí, "introyectados", mientras que por otra parte, el yo expulsa al mundo externo todo lo que en su interior le provoca dolor; la introyección es un actividad de la fantasía inconsciente en la fase más temprana de la vida.

c) Dificultades en el desarrollo temprano originadas en la fantasía.

El dolor mental tiene un contenido, una significación e implica fantasía; S. Isaacs menciona "se comporta como si no fuera nunca más a ver a su madre", significa que el niño, fantasea que su madre ha sido destruida, por su propio odio o voracidad, y que la ha perdido totalmente. Su reconocimiento de la ausencia de la madre esta profundamente influido por sus sentimientos hacia ella, su anhelo de ella, su intolerancia a la frustración, su odio y ansiedades. Su mala comprensión de los hechos, esa misma interpretación subjetiva de su percepción de la ausencia, que es característica de la fantasía.

Cuando el niño experimenta la frustración acontecen en el no solo un suceso corporal sino también un proceso mental, es decir, una fantasía, la fantasía de tener una madre mala que le causa dolor y pérdida.

d) Fantasía y palabra.

Las fantasías primarias, representativa de los primeros deseos y agresividad, se expresan y manejan como procesos mentales muy alejados de las palabras y pensamientos conscientes, y están determinados por la lógica de la emoción. En el desarrollo ulterior puede en ciertas condiciones llegar a expresarse en palabras.

Existen pruebas que demuestran que las fantasías están activas en la mente mucho antes del desarrollo del lenguaje, y que aun en el adulto continúan actuando conjunta e independientemente de las palabras, los significados como los sentimientos son mucho más antiguos que el lenguaje, tanto en la experiencia de la raza como de la niñez.

Las palabras son un medio de referirse a la experiencia real o fantaseada, pero no son idénticas a ella la sustituye. Las palabras evocan sentimientos e imágenes, acciones y señalan situaciones, lo hacen porque son signos de la experiencia sin ser ellas mismas el material principal de éstas.

Las fantasías no dependen de la palabra, aunque pueden bajo ciertas condiciones, ser capaces de expresar con palabras, las palabras son una adquisición tardía en los medios de expresar el mundo interno de la fantasía.

e) Fantasía y experiencia sensorial.

La primera realización de deseo fantaseada, la primera alucinación esta ligada a la sensación, para que el niño sobreviva debe existir alguna sensación placentera (placer orgánico) muy temprano

Al principio todo el peso del deseo y de la fantasía esta sumido en la sensación y el afecto. El niño con hambre, anhelo o malestar, experiencia verdaderas sensaciones en su boca, sus miembros o sus viseras que significa para él que, le hace algo, siente como si se efectuara esto o aquello, por ejemplo tocar o chupar ó morder el pecho que en realidad esta fuera de su alcance, o siente como si se le privara a la fuerza y dolorosamente del pecho o como si el pecho lo mordiera a él

Las primeras fantasías por lo tanto, surgen de impulsos y están entrelazados con sensaciones corporales y afectos. Expresan primitivamente una realidad interna y subjetiva, aun cuando desde el comienzo se enlazan con una verdadera experiencia, por limitada y estrecha que sea, de la realidad objetiva.

Las primeras experiencias corporales empiezan a formar los recuerdos más primitivos y las realidades externas se entrelazan progresivamente en el tejido de la fantasía. Antes de que transcurra mucho tiempo las fantasías de los niños se dibujan sobre imágenes plásticas y sensaciones, imágenes visuales, auditivas, cenestésicas, táctiles, gustativas, olfativas etc. Y estas imágenes plásticas y representaciones dramáticas de la fantasía expresan sus deseos y pasiones usando sus impulsos, sensaciones y procesos corporales como un medio de expresión.

Estos y otros contenidos específicos de las primeras fantasías al igual con las modalidades con las que son vividos por el niño y sus modos de expresión, están de acuerdo con su desarrollo corporal y su capacidad para sentir y conocer en cualquier edad determinada. Constituye un parte del desarrollo y se expande y elaboran juntamente con sus capacidades corporales y mentales, influyendo y siendo influidas por su yo lentamente

f) Relación de las fantasías tempranas con el proceso primario.

Las fantasías más tempranas y rudimentarias, ligadas a la experiencia sensorial y siendo interpretaciones afectivas de sensaciones corporales, se caracterizan naturalmente por aquellas cualidades que Freud describió como pertenecientes al "proceso primario": falta de coordinación de impulsos, falta del sentido del tiempo, de contradicción y de negación, a demás a este nivel no existe discriminación de la realidad externa; la experiencia esta gobernada por respuestas de "todo o nada" y la ausencia de satisfacción es sentida como la existencia de un verdadero daño

No debe considerarse que el proceso primario rige la vida mental del niño durante un periodo determinado del desarrollo. Es verosímil que predomine durante los primeros días. Pero *no se debe olvidar que las primeras adaptaciones del niño al medio exterior y el hecho de que tanto la satisfacción como la frustración son experiencias desde el nacimiento, las progresivas alteraciones en las reacciones del niño durante las primeras semanas y más adelante, demuestran que desde el segundo mes existe un grado considerable de integración en la percepción y en la conducta, con signos de memoria y anticipación*

El juego es un método para adaptarse a la realidad y un medio activo de expresar la fantasía (una realización de deseo y una defensa contra sufrimiento y ansiedad).

En realidad el proceso primario es un concepto limite, Freud dice "no existe ningún aparato psíquico que se rija sólo por el proceso primario, que en este sentido es una ficción teórica" mas tarde la aparición tardía de los procesos secundarios, si se considera la aparición tardía a la que se refiere, no tanto a la aparición de estos proceso a los orígenes rudimentarios, sino mas bien a su completo desarrollo, en su adaptación a la realidad.

g) Instinto, fantasía y mecanismo.

La distinción entre fantasía de incorporación y mecanismo de introyección no ha sido observado claramente, en discusiones sobre fantasías orales específicas de devorar o de incorporar de otro modo un objeto concreto, se encuentra la expresión "objeto introyectado" o se habla del "pecho introyectado", mezclando nuevamente la fantasía concreta con el proceso mental general, estas dificultades parecen verse suscitado especialmente con respecto a los mecanismos de proyección e introyección, aunque el problema de la relación entre instinto, fantasía y mecanismo puede considerarse de manera más general respecto a todo tipo de mecanismo mental.

La introyección y proyección son términos abstractos. Se refieren a que el Yo se apropia frecuentemente de ideas, impresiones e influencias que llegan a formar parte del Yo, o al abandono de aspectos o cierta parte del mundo exterior. Estos mecanismos se relacionan íntimamente con ciertas fantasías muy extendidas.

Las fantasías de incorporar objetos amados y odiados, personas o partes de personas dentro de nosotros mismos, se encuentran entre las más tempranas y profundas fantasías inconscientes, fundamentalmente de carácter oral. Para comprender la relación entre fantasía y mecanismo se debe entender la relación entre ambos y los instintos. Por tanto la fantasía es el vínculo activo entre el instinto y mecanismos del Yo.

Se concibe al instinto como un procesos psicomaticos limitrofe. Tiene un fin corporal dirigido a objetos externos concretos. Tiene una representación mental que se llama fantasía de los que podría satisfacer necesidades instintivas podemos intentar realizarlas en la realidad externa.

Las fantasías, mismas son fenómenos psíquicos que se relacionan primeramente con fine corporales, dolores y placeres dirigidos a objetos de algún tipo Cuando se le compara con las realidades extenores y corporales, la fantasía, como otras actividades mentales, es una ficción ya que no puede ser tocada, manipulada o vista pero es real.

El proceso mental o fantasía inconsciente de incorporación, en términos abstractos se describe como proceso de introyección Aunque no se trata de un verdadero comer o tragar corporalmente, conduce no obstante a verdaderas alteraciones del yo. Estas "meras" creencias de objetos internos, tales como "tengo dentro de mi un pecho bueno o tal vez un pecho malo" conduce a efectos reales, emociones profundas, conducta real hacia los demás, profundos cambios en el yo, carácter, personalidad, síntomas inhibiciones y capacidades.

La fantasía es el equivalente mental de un instinto y al mismo tiempo el aspecto subjetivo del mecanismo de introyección ( o proyección).

La mejor manera de describir el procesos de introyección referido con la fantasía de incorporación se resuelve con frecuencia diciendo que lo que se introyecta es una imagen o "imago", sin duda esto es bastante correcto, pero es una formulación demasiado formal y mezquina de un fenómeno complejo que no hace justicia a los hechos. En primer lugar se describen solamente los procesos preconscientes, no lo inconsciente

Para comprender lo que ha tomado dentro realmente, su objeto interno, es una imagen no un objeto concreto y debe incluir las siguientes etapas.

- 1.- Las primeras fantasías se construyen principalmente sobre sus impulsos orales, ligados al gusto, olfato y tacto, sensación cenestesicas, viscerales y otras sensaciones somáticas, al principio vinculadas más íntimamente con la experiencia de "tomar cosas".
- 2.- Estas sensaciones e imágenes constituyen una expenencia corporal, al principio escasamente susceptible de relacionarse con un objeto externo, especial Dan a la fantasía una cualidad corporal concreta, una "yo-idad", experimentada en el cuerpo. En este nivel las imágenes se distinguen nula o escasamente de las sensaciones reales y las percepciones externas

3.-El elemento visual de la percepción aumenta lentamente llegando a fundirse con la experiencia táctil y diferenciados especialmente. Las primeras imágenes visuales siguen siendo en gran parte de cualidad "idéntica", probablemente desde los cuatro años de edad. A demás permanecen asociada estrechamente durante mucho tiempo a las respuestas somáticas vinculadas muy íntimamente con las emociones y tienden a la acción inmediata.

4 - En periodo evolutivo en que los elementos visuales de la percepción (de las imágenes correspondientes) comienzan a predominar sobre lo somático, a diferenciarse e integrarse espacialmente, aclarando así entre el mundo interno y el externo, los elementos corporales concretos de la experiencia total de percibir (y fantasea) sufren en gran parte una represión. Los elementos visuales referidos al exterior en las fantasías son especialmente privados de emoción, desexualizados, independizados en la conciencia de las ataduras corporales.

5.- Sin embargo estas imágenes afectan a la mente por estar en ella, es decir, que su influencia sobre los sentimientos, la conducta, el carácter y la personalidad sobre la mente en su totalidad, esta fundada sobre sus elementos somáticos asociados inconscientemente y reprimidos en el mundo inconsciente de deseos y fantasías, que forman el vinculo con el ello y que significa para la fantasía inconsciente que los objetos a los cuales se refiere se creen dentro del cuerpo incorporados

Al hablar de imago es diferente a la imagen. La distinción entre ambos términos podría resumirse de la siguiente manera a) Imago se refiere habitualmente a una persona y a los primero objetos, mientras que b) imagen puede referirse a cualquier objeto o situación , humanos o no, c)"imago" incluye todos los elementos somáticos y emocionales de la relación del sujeto con la persona imaginada, los vínculos corporales en las fantasías inconscientes, con el ello, la fantasía de incorporación que subyace al proceso de introyección. Mientras que la imagen y lo somático y muchos de los elementos emocionales están en gran parte reprimidos

h) Fantasías, imágenes mnémicas y realidad.

La fantasía es el lenguaje de estos impulsos instintivos primarios, puede suponerse que la fantasía interviene en el más temprano desarrollo del yo en su relación con la realidad y sustenta la prueba de realidad y el desarrollo del conocimiento del mundo exterior

Las primeras fantasías ligadas a sensaciones y afectos, y estas sensaciones, por más selectivamente acentuadas que estén bajo la presión del afecto, pone en contacto a la mente experienciadora con la realidad externa, con impulsos y deseos expresados; en realidad tanto la fantasía como en la prueba de realidad se encuentran presentes desde los primeros días.

Las percepciones externas comienzan a influir en los procesos mentales en un cierto punto Al principio la psique trata a la mayoría de los estímulos externos en la misma forma que lo hacen con los instintos, es decir por medio de los mecanismos primitivos de introyección y proyección

El pensar con fantasía y el pensar realista son procesos mentales distintos, diferentes modos de obtener satisfacción. El hecho de que tenga un carácter distinto cuando están completamente desarrolladas, no implica necesariamente que el pensar realista actúe independientemente de la fantasía inconsciente. Así por ejemplo, se continúa durante toda la vida "tomando cosas dentro" con los odios, "devorando" con los ojos, leyendo, advirtiendo, aprendiendo y dirigiendo internamente.

El niño no podría aprender, no podría adaptarse al mundo externo, sin cierto grado y tipo de control e inhibición, tanto como de satisfacción, de los impulsos instintivos, desarrollados progresivamente desde el nacimiento en adelante. Las funciones intelectuales derivan del interjuego de los impulsos instintivos primarios, a fin de comprender tanto la fantasía como la prueba de realidad.

### 3.6 HANNA SEGAL:

Habla de la relación entre la función de la fantasía y otros fenómenos psíquicos, la estructura y ciertos procesos psíquicos superiores como el pensamiento.

Segal H. (1964) expresó que la forma de que S. Isaacs utiliza el concepto de fantasía establece un puente entre las dos formas en que Freud vio el instinto; las ideas que representan el instinto serían las fantasías originales primitivas y bajo esta perspectiva la actividad de un instinto se expresa y representa en la vida mental con fantasías de satisfacción de ese instinto por un objeto apropiado. Como los instintos son activos desde el nacimiento, puede suponerse que desde ese momento existe una vida fantasmática rudimentaria; el hambre primera, los esfuerzos instintivos para satisfacer esa hambre, van acompañados de la fantasía de un objeto capaz de satisfacerla. Como la fantasía se deriva directamente de los instintos entre la frontera de la actividad somática y psíquica, estas fantasías originales son vividas tanto como fenómenos somáticos que como fenómenos mentales. En cuanto al principio de placer-displacer ejercen su poder, y las fantasías son todas poderosas y no hay diferencia entre fantasía y experiencia de la realidad. Los objetos fantaseados y la satisfacción de que de ellos se obtienen son vividos como acontecimientos físicos. Si se lleva al extremo esta concepción, que liga el origen del pensamiento con la fantasía Hanna Segal dice:

“Sabemos que el principio de la realidad no es más que una modificación del placer, modificaciones provocadas por la prueba de realidad; quisiera sugerir que el pensamiento es una modificación de la fantasía inconsciente, modificación provocada también, por la prueba de realidad. La riqueza, profundidad y la exactitud del pensamiento de una persona dependerán de la calidad y maleabilidad de su vida de fantasía inconsciente, de los mismo que su capacidad para someterse a la prueba de realidad”

La omnipotencia de la fantasía nunca es total. Desde el comienzo existe una interacción entre la fantasía y la realidad. La fantasía del pecho ideal se derrumba si la frustración es demasiado prolongada e intensa; análogamente, las fantasías persecutorias pueden aliviarse o superarse gracias a la realidad de una experiencia buena. No obstante al mismo tiempo el bebé percibe la realidad en función de su fantasía omnipotente, donde las experiencias buenas se confunden con las fantasías ideales, la frustración y la privación se vivencia como una persecución por parte de objetos malos.

La experiencia de la realidad al interactuar con la fantasía inconscientes, van alterando poco a poco el carácter de las fantasías, y así es como se incorpora al mundo de fantasía huellas nemicas de dicha experiencia. Las fantasía originales son de una naturaleza elemental y primitiva y están directamente vinculadas a la satisfacción de los instintos. A estas fantasías se las vivencia de una manera somática a la vez que psíquica, y como nuestros instintos están permanentemente activos, hay también actividad en todos nosotros una capa primitiva de fantasías primarias. A partir de este núcleo evoluciona la fantasía posteriores. Si modifica el contacto con la realidad, con los conflictos y el crecimiento madurativo; del mismo modo que los instintos dan lugar a retoños posteriores que pueden ser desplazados, simbolizados y perfeccionados, y a un penetrar en la conciencia como sueños diurnos, imaginaciones etcétera.

## CAPITULO IV.

### METODO.

#### 4.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Uno de los aspectos que contribuyen al malestar psicológico de los niños quemados son los cambios en su apariencia física, miedo a la desfiguración, a la muerte, molestias físicas duraderas, métodos quirúrgicos frecuentes; a estos problemas se suman otros; separación de la familia y reducción del contacto con su medio ambiente (no participa en actividades recreativas, escolares, familiares etc ), sensaciones de insuficiencia rechazos y conflictos engendrados por un estado de dependencia dadas por las circunstancias médicas.

Durante su tratamiento médico el paciente se halla sometido a una experiencia angustiosa y dolorosa se vive en un ambiente extraño e incomprensible; dolor incesante, dependiente en lo absoluto de la atención y cuidado de personas para él desconocidas. El traumatismo causado por las quemaduras modifica diversos aspectos de los niños ya sea como consecuencia directa ( por ejemplo la fiebre), o por su impacto, desorganizando la vida psíquica infantil y/o por el cambio en las relaciones familiares y en especial con la madre La reacción de la madre hacia la separación del hijo varía, generalmente se muestra ansiosa, pero puede usar la separación como una oportunidad de liberarse de los lazos de su hijo cuando existe una mala relación entre madre - hijo

La respuesta inicial de la familia suele ser de total desesperanza y las reacciones emocionales en uno o vanos miembros de la familia puede ser de culpa, negación de la realidad y somatizaciones, los padres con frecuencia tienen dificultad para comer

Las reacciones de los niños son vanadas en intensidad y sintoma, yendo desde pequeñas manifestaciones regresivas hasta estados depresivos.

El dolor físico en el niño empieza a disminuir cuando la piel empieza a epitelizar, sin embargo la secuela físicas acentúan en los niños alteraciones emocionales como los son trastornos en los hábitos ya adquiridos y en su conducta.

Por tanto esto lleva a preguntarse ¿Cuál es el contenido y función de las fantasías de los niños quemados, así como su percepción de la Imagen Corporal? Ya que con este conocimiento, se podrá orientar a médicos y familiares para un mejor manejo del traumatismos y sus consecuencias psicológicas.

## 4.2 HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS.

H<sub>0</sub>1 - No existen diferencias estadísticamente significativa entre las fantasías que presentan los niños quemados y los niños no quemados.

H<sub>1</sub>1.- Existen diferencias estadísticamente significativa entre las fantasías que presentan los niños quemados y los niños no quemados

H<sub>0</sub>2.- No existen diferencias estadísticamente significativa entre los Tiempos de Reacción que presentan los niños quemados y los niños no quemados.

H<sub>1</sub>2.- Existen diferencias estadísticamente significativa entre los Tiempos de Reacción que presentan los niños quemados y los niños no quemados.

H<sub>0</sub>3.- No existen diferencias estadísticamente significativa entre la Secuencia de Reinos que presentan los niños quemados y los niños no quemados.

H<sub>1</sub>3.- Existen diferencias estadísticamente significativa entre la Secuencia de Reinos que presentan los niños quemados y los niños no quemados.

H<sub>0</sub>4 - No existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto a la ansiedad entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>1</sub>4.- Existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto a la ansiedad entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>0</sub>5.- No existen diferencias estadísticamente significativa en la adaptación a la realidad entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>1</sub>5.- Existen diferencias estadísticamente significativa en la adaptación a la realidad entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>0</sub>6.- No existen diferencias estadísticamente significativa en la interpretación de la realidad entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>1</sub>6.- Existen diferencias estadísticamente significativa en la interpretación de la realidad ansiedad entre niños quemados y niños no quemados

H<sub>0</sub>7.- No existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto al sentido de realidad entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>1</sub>7 - Existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto al sentido de realidad entre niños quemados y niños no quemados

H<sub>0</sub>8.- No existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto al proceso de pensamiento entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>1</sub>8.- Existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto a la proceso de pensamiento entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>0</sub>9.- No existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto a las funciones autónomas entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>1</sub>9.- Existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto a las funciones autónomas entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>0</sub>10 - No existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto a la función sintetizadora entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>1</sub>10.- Existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto a la función sintetizadora entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>0</sub>11 - No existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto a la racionalización entre niños quemados y niños no quemados. .

H<sub>1</sub>11 - Existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto a la racionalización entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>0</sub>12.- No existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto a la disociación instrumental entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>1</sub>12.- Existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto a la disociación instrumental entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>0</sub>13 - No existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto a los mecanismos de defensa entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>1</sub>13.- Existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto a los mecanismos de defensa entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>0</sub>14.- No existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto al control de impulsos entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>1</sub>14.- Existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto al control de impulsos ansiedad entre niños quemados y niños no quemados

H<sub>0</sub>15 - No existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto al Ello entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>1</sub>15 - Existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto al Ello entre niños quemados y niños no quemados

H<sub>0</sub>16.- No existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto a la libido( desde el símbolo elegido, desde la racionalización y objetal) entre niños quemados y niños no quemados

H<sub>1</sub>16.- Existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto a la libido( desde el símbolo elegido, desde la racionalización y objetal) entre niños quemados y niños no quemados

H<sub>0</sub>17.- No existen diferencias estadísticamente significativa en la Imagen Corporal entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>1</sub>17.- Existen diferencias estadísticamente significativa en la Imagen Corporal entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>0</sub>18.- No existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto a la identidad sexual entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>1</sub>18 - Existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto a la identidad sexual entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>0</sub>19.- No existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto al super-Yo entre niños quemados y niños no quemados.

H<sub>1</sub>19.- Existen diferencias estadísticamente significativa en cuanto al super-Yo entre niños quemados y niños no quemados.

#### 4.3 VARIABLES

##### ***Variables independientes:***

- a) Quemaduras.

##### ***Variables dependientes:***

- a) Fantasías.
- b) Imagen Corporal.

Ambas se valoran con el Cuestionario Desiderativo y el dibujo de la Figura Humana

#### 4.4 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES.

Quemaduras: Las quemaduras se dividen por grados, primer grado abarcan grandes zonas del cuerpo, segundo grado es cuando se forman vesículas y donde se han destruido las capas superficiales de la piel y tercer grado presenta destrucción de todo el espesor de la piel y a menudo grasa y músculo subyacente, incluso se lesiona el hueso

Fantasía: Se refiere a la escenificación imaginaria en la que se halla presente el sujeto y lo que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos ( Freud S. 1906-1909)

Imagen Corporal: Designa la percepción que el Yo tienen del cuerpo. Es la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia a través de diferentes experiencias. (Ajuriaguerra 1997)

#### 4.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL.

*Niños no quemados:* Niños de ambos sexos de 4 a 8 años de edad, que nunca hayan sufrido traumatismo por quemadura y que pertenecen a un nivel socio cultural bajo.

*Niños quemados:* Niños de ambos sexos de 4 a 8 años de edad que ingresen al Hospital Pediátrico de Xochimilco por un diagnóstico de quemaduras de segundo y tercer grado superficial y profundo

*Fantasía:* Se evaluó con los indicadores de fracasos en las catexias positivas y negativas del Cuestionario Desiderativo.

*Imagen Corporal:* La presencia o ausencia de los indicadores emocionales del dibujo de la Figura Humana de Koppitz E. y los indicadores de Fracaso de las catexias positivas y negativas del Cuestionario Desiderativo.

#### 4.6 SUJETOS.

*Los sujetos tiene las siguientes características:*

##### ***Grupo Experimental:***

- a) 30 niños quemados de ambos sexos (15 niñas y 15 niños), del Hospital Pediátrico de Xochimilco al que ingresan por quemaduras de segundo y tercer grado.
- b) con una edad de 4 a 8 años.
- c) Pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo.

##### ***Grupo Control:***

- a) 30 niños (15 niñas y 15 niños) sin antecedentes de traumatismos por quemaduras que pertenecen a la "Escuela Preescolar y Primaria México Independiente" a la que asisten regularmente.
- b) con una edad de 4 a 8 años
- c) Pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo.

#### 4.7 MUESTREO.

Para ambas muestras fue no probabilístico intencional, intencional porque los niños cumplieron con las características ya antes mencionadas.

#### 4.8 TIPO DE ESTUDIO.

Es un estudio *ex post - facto* ya que es una búsqueda sistemática empírica en el cual el experimentador no tiene control directo sobre las variables independientes, además, de que los acontecimientos ya sucedieron.

#### 4.9 DISEÑO.

Es un estudio preexperimental de dos muestras independientes y una sola medición.

#### 4.10 ESCENARIO

La aplicación de las pruebas para la población del grupo experimental, se llevo a cabo en el área de traumatismo del Hospital Pediátrico de Xochimilco. Fueron aplicadas como parte de la valoración psicológica que se realiza por parte del "Instituto Para la Atención Integral del Niño Quemado", cabe mencionar que se aclaro a los padres de los niños que algunas pruebas se utilizaran como parte de una investigación.

En el caso de los niños no quemados la aplicación de los instrumentos se llevo acabo en un cubículo de 2x3m. dentro de la escuela " México Independiente".

#### 4.11 INSTRUMENTOS.

- a) **Historia clínica**: El formato utilizado es el mismo que se usa en el Instituto Para la Atención Integral del Niño Quemado. ( Anexo A)

Esta se elaboro con la madre del menor y del expediente clínico del Hospital se tomaron datos del accidente y de su evolución para comprobar la información de la misma.

- b) **Dibujo de la figura humana** Para niños, es una prueba de lápiz y papel, en la que se le pidió al niño dibujara una figura humana y relatara una historia de la misma que queda consignada al reverso de la hoja

Para su calificación e interpretación se emplearon los parámetros establecidos por Elizabeth Koppitz (1974):

A continuación se mencionan los criterios para evaluar la presencia o ausencia de los indicadores emocionales

*Autoconcepto Devaluado:* Presencia figuras grotescas, figuras pequeñas, sombreado de cara, sombreado de cuerpo

*Impulsividad:* Integración pobre de las partes de la figura, omisión de cuerpo o cuello, transparencias, gruesa asimetría de las extremidades.

*Angustia:* Sombreado de la cara, transparencias, omisión de nariz, líneas fragmentadas, borraduras.

*Culpa:* sombreado de brazos y manos. Manos seccionadas, ojos vacíos, ocultamiento de manos.

*Inseguridad:* Inclínación de la figura, líneas tenues, omisión de pies, omisión de piernas, líneas fragmentadas.

*Agresión:* Dientes, ojos bizcos, brazos largos, manos grandes, trazos fuertes, dedos en forma de garra, figuras incompletas, omisión de brazos

*Dificultad para relacionarse:* Brazos cortos, brazos pegados a los costados omisión de ojos, omisión de brazos, omisión de nariz, ojos vacíos, brazos sin manos ni dedos, omisión de boca figuras pequeñas.

*Inmadurez:* Cabeza grande, ausencia de cuello, tamaño grande o tamaño pequeño de la figura, transparencias.

*Actitud depresiva:* Emplazamiento del dibujo hacia abajo.

C) **Cuestionario desiderativo:** La versión del Cuestionario Desiderativo que se empleó en el presente trabajo es una modificación realizada por Jaime Bernstein, (1956, Argentina), del original de los psiquiatras Pigen y Córdoba, (1946 de Barcelona). Estos autores preguntaban al sujeto "¿Qué desearía ser usted, si tuviera que volver a este mundo no pudiendo ser persona? Puede usted ser lo que quiera. De todo lo que existe elija lo que desee ¿Qué le gustaría ser?" Sobre una idea del psicólogo Holandés Van Kreuelen, quien adapta el test para niños agregando la pregunta "¿Qué es lo que menos te gustaría ser?", Bernstein estructuró un cuestionario de seis preguntas destinadas a recoger tres elecciones cada una investigada por el reino animal, vegetal e inanimado (catexias positivas) y tres rechazos cada una investigada por el reino animal, vegetal e inanimado (catexias negativas). Esto debido a que el psicoanálisis encuentra que las figuras de animales sirven al inconsciente para expresar figuradamente y aunque en grado menor, también las figuras de los vegetales y de las cosas pueden servir para simbolizar aspectos de personalidad.

La consigna planteada fue "sí no pudieras ser persona ¿Qué es lo que más te gustaría ser? ¿Por qué?", Sino pudieras ser persona ni ... (elección 1) ¿Qué es lo que más te gustaría ser? ¿Por qué?, Sino pudieras ser persona ni ... (elección 1), ni (elección2) ¿Qué es lo que más te gustaría ser? ¿Por qué?.

¿Qué es lo que no te gustaría ser? ¿Por qué?, ¿Qué es lo que no te gustaría ser ni persona ni ... (elección 1)? ¿Por qué?, ¿Qué es lo que no te gustaría ser ni persona ni ... (elección 1) ni ... (elección 2)? ¿Por qué?, ¿Qué es lo que no te gustaría ser ni persona ni .. (elección 1), ni ... (elección 2)? ¿Por qué?

Este Cuestionario evoca fantasías de deseo del niño e informa acerca de las características de personalidad como aspectos valorados y desvalorados del sí mismo, auto - imagen, autoestima, imagen corporal; aspectos relevantes para la presente investigación, (citado en Celener, Guinzborg 1974).

Los criterios de interpretación del Cuestionario Desiderativo se dividen en dos: I.- La evaluación del funcionamiento Yoico, según los exponentes de debilidad o fortaleza del Yo. II.- Criterios de evaluación dinámica, estructural y genética de la personalidad global. (J. Berstein 1956).

A continuación se mencionan los indicadores de fracaso en cada uno de los aspectos valorados en el Cuestionario Desiderativo, de acuerdo a las respuestas obtenidas en las seis preguntas.

#### *Funciones del Yo.*

*Disociación Instrumental.* Es la coexistencia dentro del Yo de dos actitudes psíquicas respecto de la realidad exterior en cuanto ésta, es contraria a una exigencia pulsional; una de ellas tiene en cuenta la realidad y otra la niega. Los indicadores de fracaso es cuando el sujeto no puede responder o elegir un símbolo y dice "no puedo" "no sé" "nada" "no quiero ser nada" O cuando no puede responder a todas las catexias positivas o a todas las negativas, o da respuestas antropomórficas, en los niños se asocian personajes fantásticos ( superman, hadas) o se relacionan a actividades ( bombero, policía, etc.).

*Identificación Proyectiva.* Es el mecanismo por el cual el Yo deposita un aspecto de sí mismo ligado a un objeto con una fantasía especial, en un símbolo con el cual se identifica Presentan fracasos cuando no existe una relación entre el símbolo y el por qué de la elección de este, cuando en una sola catexia elige más de un símbolo, por perseveración en el reino, ya que una vez elegido el reino, le cuesta elegir algo nuevo y diferente.

**Racionalización:** Es un procedimiento por el cual se intenta dar una explicación coherente desde un punto de vista lógico o moral, existe fracasos cuando no puede justificar su elección adecuadamente ejemplo "Me gustaría ser vaca, porque es alegre", cuando reitera o agrega su justificación de la elección del símbolo pero no enriqueces la elección, y por ausencia es decir no puede justificar la elección contestando "no sé" "Porque me gusta".

**Ansiedad:** Es la capacidad de dominar o no activamente la situaciones de peligro (consigna), constituye uno de los indicadores del funcionamiento de la estructura del Yo. Esta se valora a lo largo de toda la prueba. Se da el fracaso cuando se le dificulta responder a las catexias y no se da un proceso de aprendizaje.

**Tiempos de reacción:** Es el lapso de tiempo que transcurre entre la consigna y subconsignas para cada reino y la aparición de la respuesta símbolo. El tiempo esperado es entre 10 y 30 segundos, se considera fracasos: cuando los tiempos se alargan más de 30 segundos o se acortan menos de 10 segundos.

**Secuencia de reinos:** Se relaciona con la estructura psíquica en la que predomina el instinto de conservación sobre los impulso de muerte y por lo tanto, frente a un ataque, el Yo rescatará sus aspectos vitales para preservar su integridad. Se consideran adecuados en catexias positiva animal, vegetal y objeto y en catexias negativas objeto, vegetal y animal. Se considera fracaso cuando la elección de los reinos es diferente a este orden.

**Punto de vista estructural.**

**Ello:** Son los impulso de vida y muerte. Existe fracasos cuando hay una marcada distancia en la elección de símbolos pasivos y agresivos, eligen símbolos con connotaciones agresivas

**Libido:** Presentan fracasos por elegir símbolos de frágil consistencia, cuando existe perseveración, en el reino, es decir eligen un mismo símbolo varias veces.

**Adaptación a la realidad:** Existe fracaso cuando hay confusión dan respuestas de "no entiendo, no se", sus tiempos de reacción son breves, dan respuestas antropomórficas ya que confunde el "ser" con el "hacer" y eligen a personajes fantásticos, y/o oficios, presentan reiteraciones en los reinos

**Interpretación de la realidad:** Es la capacidad para diferenciar estímulos externos de las sensaciones internas. Presentan fracasos porque hay bloqueo en sus respuestas, presentan respuestas antropomórficas, atribuyen características a los símbolos que no tienen.

**Sentido de la realidad:** Es la diferenciación del sí mismo con respecto al resto del mundo. Hay fracasos cuando los símbolos mantienen límites imprecisos, racionalizaciones autoreferenciales, respuestas antropomórficas, confusión de características del símbolo elegido.

*Control de impulsos:* Son los medios con los que el Yo cuenta para hacerles frente a las frustraciones. Existen fracasos cuando dan respuestas físicas de rechazo, confusiones, tiempos de reacción excesivamente breves o prolongados, símbolos sin connotación de vida, perseveración en los reinos. Verbalizaciones de descalificación a la tarea "no quiero hacerlo".

*Mecanismos de defensa:* Estos se evaluaron en cuanto al momento evolutivo del niño. Se considera entre los tres y cinco años la represión, el desplazamiento y la sublimación y entre los seis y once años se dan relaciones objetales del tipo de sublimación o inhibición. La valoración de estos mecanismos se dio con la elección de los símbolos en las catexias positivas.

*Recursos defensivos.* Se refiere al uso excesivo y rígido de una sola defensa. Presenta fracasos cuando de manera rígida solo rescata aspectos intelectuales en las tres catexias positivas o solo aspectos afectivos.

*Esquema corporal.* Es la representación que se forma mentalmente del propio cuerpo. Existe fracaso cuando los símbolos elegidos son discrepantes con el aspecto físico real del sujeto o cuando en catexias negativas los símbolos rechazados en tamaños e integridad concuerdan con el aspecto físico del sujeto.

*Identidad sexual:* Como parte del Esquema Corporal. Existe fracaso cuando el símbolo elegido tanto en catexias positivas como negativas rescata aspectos parciales de su propio sexo y cuando los símbolos elegidos no coinciden con el sexo.

*Funciones autónomas* se refiere a la percepción, inteligencia, pensamiento y lenguaje. Fracasos cuando algunos de estos aspectos no van de acuerdo a la etapa evolutiva del sujeto.

*Función Sintetizador:* Es la capacidad para unir, ligar, crear y mantener homeostasis somática. Presenta fracasos por que la elección del símbolo es confusa, las lecciones son múltiples.

*Superyó.* Es el ideal del Yo. Presentan un Superyó primitivo ya que hay fracasos por que eligen símbolos dotados de cualidades omnipotentes "superman", no existe una adecuada relación entre el símbolo y el porqué de su elección.

#### 4.12 PROCEDIMIENTO

Para el grupo de niños quemados se eligió el hospital pediátrico de Xochimilco ya que atiende a niños con quemaduras. Se tuvieron una serie de entrevistas con la directora médica del Instituto Para la Atención Integral del Niño Quemado para pedir la autorización y se le entregó el proyecto de tesis. El "rapport" con los niños hospitalizados se maneja desde el primer día de ingreso al hospital, en la mayoría de los casos desde su ingreso a la sala de urgencias médicas.

Se revisaron cada uno de los expedientes médicos de los niños para obtener los datos, una vez seleccionada la muestra se aplicaron las pruebas de la siguiente manera: Primeramente se aplico la Historia clínica a las madres de los menores y se les pidió su autorización para participar en la investigación, posteriormente los niños que se encontraban médicamente estables, se les aplico las pruebas en un cubiculo de manera individual durante dos sesiones de una hora.

Para el caso de los niños no quemados se eligió a la escuela " México Independiente" donde acuden niños desde edad preescolar de 4 a 11 años, que pertenece a un nivel socio - cultural bajo.

Se pidió la autorización a los directivos de la escuela y posteriormente los niños fueron seleccionados aleatoriamente de acuerdo a la lista escolar.

Primeramente se entrevisto a las madres de los niños y se les explico el objetivo de la investigación, se les realizo la historia clínica para corroborar datos y comprobar que los niños no hubiesen sufrido traumatismos.

Se entrevisto a los niños de manera individual, con la finalidad de establecer el "rapport" y posteriormente aplicar los instrumentos, con una duración de dos o tres sesiones de aproximadamente una hora

#### **4.13. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS**

Una vez obtenidos los datos en los protocolos, se procedió a la interpretación con base en los criterios establecidos por los autores de los instrumentos ya citados. Así también se tomaron datos relevantes de la historia clínica para la obtención de los datos demográficos.

El análisis estadísticos consistió en un análisis descriptivo así como inferencial, con el objetivo de aceptar o rechazar las hipótesis, es decir conocer si existe diferencia en las fantasías y la percepción de la Imagen Corporal entre los grupos experimental y control mediante la prueba de  $\chi^2$ .

Debido a que se pretendía probar si existe diferencia entre las variables, entre niños y niñas quemadas y niños y niñas no quemadas se utilizo la prueba estadística de  $\chi^2$  para dos muestras independientes.

La Hipótesis a conducir para la prueba de  $\chi^2$  :

$H_0$  No existe diferencia entre ambas poblaciones con respecto a la características

$H_1$  . Si existe diferencia entre ambas poblaciones con respecto a la característica de interés

**ESTADISTICA.**

Calculo para:  $\chi^2 = \sum (D_i - E_i)^2$

**E1**

Se utilizaron tablas de contigencia 2X2, ejemplo:

CULPA	FRECUENCIA DE FRACASOS	FRECUENCIA DE NO FRACASOS	FRECUENCIA ESPERADA
NIÑOS QUEMADOS	10	5	6.5
NIÑOS NO QUEMADOS	3	12	8.5

$$(10-6.5)^2 + (5-6.5)^2 + (3-8.5)^2 + (12-8.5)^2 = 7.21$$

DISTRIBUCIÓN:  $\chi^2$  = Cuando  $H_0$  es verdadera  $\chi^2$  sigue una distribución aproximada con  $(2-1)(2-1) = (1)(1) = 1$  gl.

**REGLA DE DECISION.**

En  $\chi^2$ . Se rechaza  $H_0$  si el valor calculado  $\chi^2$  es mayor o igual que 3.841

## RESULTADOS

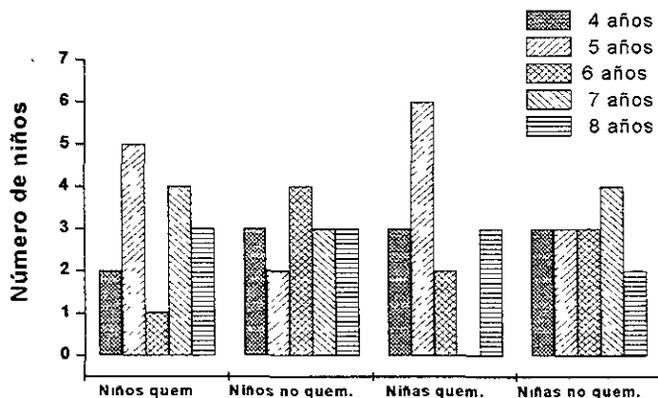
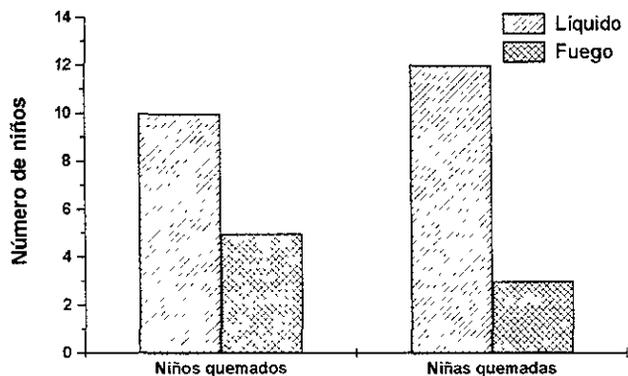


FIG. 1 Esta gráfica indica la frecuencia de edad en años de niños y niñas, durante el presente estudio.

EDAD	NIÑOS QUEMADOS	NIÑOS NO QUEMADOS	NIÑAS QUEMADAS	NIÑAS NO QUEMADAS
4	2	3	3	3
5	5	2	7	3
6	1	4	2	3
7	4	3	0	4
8	3	3	3	2

Tabla 1. Frecuencia de edad entre los niños de grupo experimental y control.

Tanto en esta gráfica como en la tabla se observa que los niños que más sufren traumatismos causados por las quemaduras son niños de 5 años de edad, mientras que en las niñas las más afectadas fueron las de 6 años.



**Fig.2.** Relación entre el número de niñas y niños quemados y el agente causal de la quemadura (fuego directo o líquido).

AGENTE	NIÑOS QUEMADOS	NIÑAS QUEMADAS
LIQUIDO	10	12
FUEGO	5	3

**Tabla 2.** Frecuencia del agente causal de las quemaduras en niños y niñas quemados. Aquí se puede observar que las principales causas de los accidentes que provocaron las quemaduras son líquidos en ebullición específicamente el agua hirviendo ( caldos, café, té) y en segundo lugar el fuego directo ( cohetes y llamas)

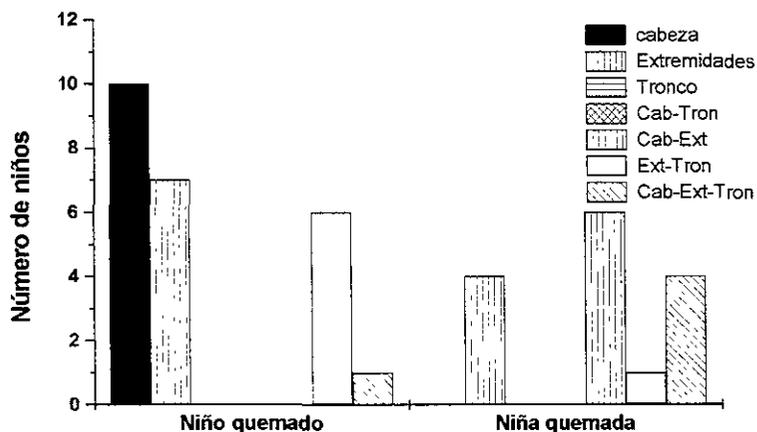


Fig.3. Este gráfico indica la proporción del área corporal quemada, tanto en niñas como en niños.

ÁREA QUEMADA	NIÑOS QUEMADOS	NIÑAS QUEMADAS
CABEZA	10	0
EXTREMIDADES	7	4
EXTREMIDADES Y TRONCO	6	1
CABEZA Y EXTREMIDADES	0	6
CABEZA, EXTREMIDADES Y TRONCO	1	4

**Tabla 3.** Frecuencia del área corporal quemada en niños y niñas quemadas

En la presente investigación se encontró que las áreas corporales más afectadas por las quemaduras fueron extremidades, brazos y piernas, cabe mencionar que en estos casos también abarcaron otras zonas del cuerpo como cabeza, cuello, tronco, genitales y áreas especiales como zonas de articulación

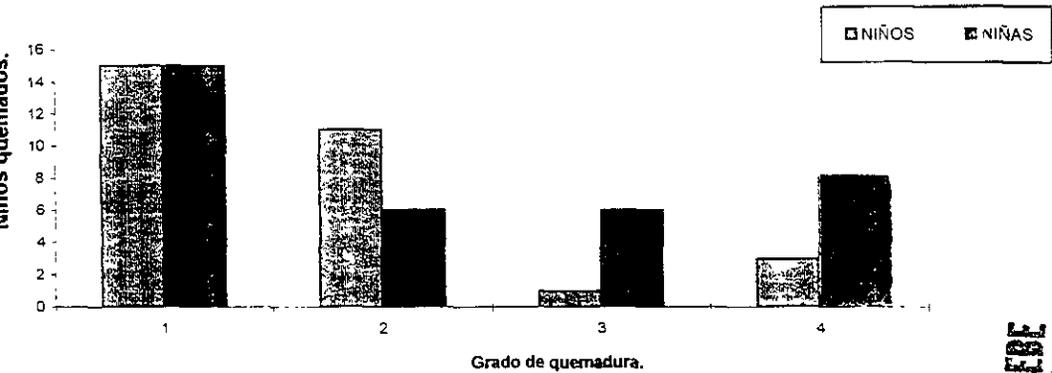


Fig. 4. Indica el grado de quemadura sufrida en niños y niñas quemados del presente estudio, donde se observa que todos se ven afectados por quemaduras de primer grado.

GRADOS DE QUEMADURAS	NIÑOS QUEMADOS	NIÑAS QUEMADAS
PRIMERE GRADO	15	15
SEGUNDO GRADO	11	6
TERCER GRADO	1	6
SEGUNDO Y TERCER GRADO	3	8

Tabla 4. Frecuencia del grado de quemadura en niños y niñas quemados.

En cuanto al porcentaje de la profundidad de las quemaduras en todos los casos estudiados se presentaron quemaduras de primer grado, las quemaduras de segundo grado fueron superficiales y profundas y de estos solo tres niños y ocho niñas manifestaron además quemaduras de tercer grado superficiales y profundas, en consecuencia en todos los casos fue necesario su ingreso hospitalario debido a que hubo destrucción superficial y total del espesor de la piel.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

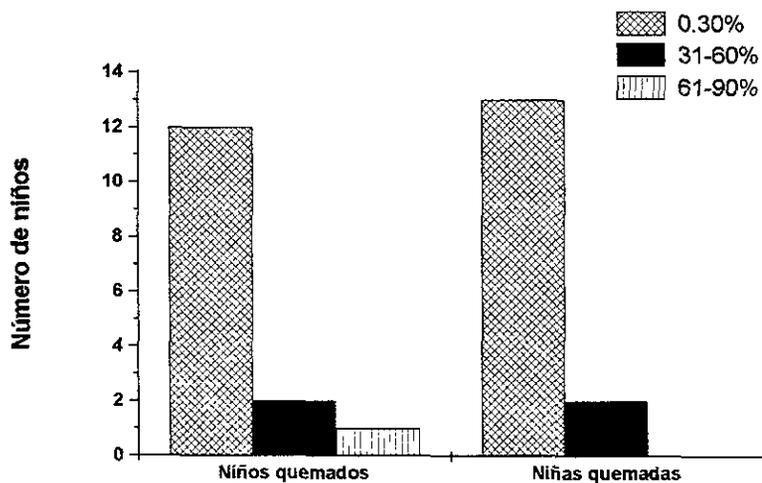
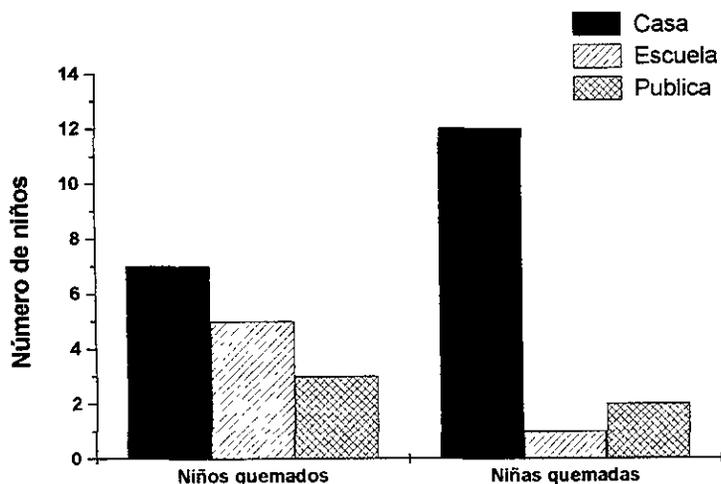


Fig. 5. Porcentaje de superficie corporal total quemada, en niñas y niños

PORCENTAJE %	NIÑOS QUEMADOS	NIÑAS QUEMADAS
0-30%	12	13
31-60%	2	2
61-90%	1	0

**Tabla 5.** Frecuencia del porcentaje de la Superficie Corporal Total Quemada en niños y niñas quemadas.

Referente al porcentaje de Superficie Total Quemada la mayoría de los casos presentaron hasta un 30% de SCTQ y solo un niño presentó quemaduras del más del 60% de SCTQ.



**Fig.6.** Este esquema muestra el sitio físico en donde los niños sufrieron el accidente. Se observa que la mayoría de los niños se quemaron en sus casas.

SITIO DEL ACCIDENTE	NIÑOS QUEMADOS	NIÑAS QUEMADAS
CASA	7	12
ESCUELA	5	1
VIA PUBLICA	3	2

**Tabla 6.** Frecuencia del lugar del lugar donde se sufrió el accidente de niños y niñas quemados.

Con referente al lugar del suceso del accidente siete niños y doce niñas se quemaron en casa, mientras que una niñas y cinco niños se quemaron en la escuela y dos niñas y tres niños se quemaron en la vía pública.

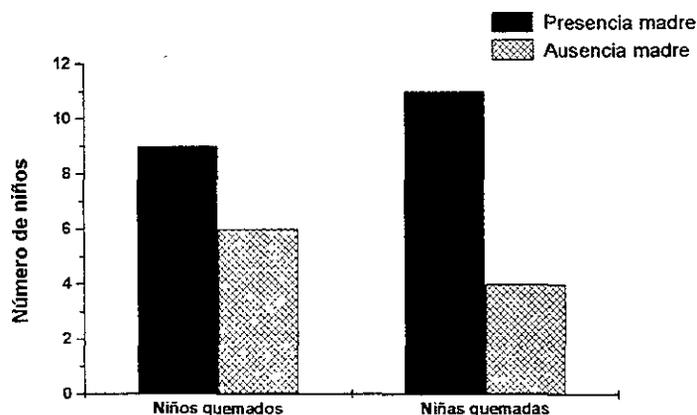


Fig. 7. En la mayor parte de los casos tanto en niñas como en niños, el accidente fue en presencia de la madre, como se observa en esta gráfica .

MADRE	NIÑOS QUEMADOS	NIÑAS QUEMADAS
PRESENCIA	9	11
AUSENCIA	6	4

Tabla 7. Frecuencia de la presencia o ausencia de la madre en el momento del accidente.

Se observa que sobretodo las niñas son las que se quemaron en presencia de la madre y sólo en nueve niños la madre estuvo presente en el momento del accidente.

Con respecto a la edad se encontró lo siguiente:

Se observa que las niñas de 4 años se quemaron en casa por fuego directo, en presencia de la madre, con un 30% SCTQ de segundo grado superficiales y profundas que afectaron directamente cabeza, cara cuello, brazos y piernas. Mientras que los varones se quemaron en la misma proporción en casa como en la vía pública, en presencia o ausencia de la madre con quemaduras de segundo y tercer grado superficiales y profundas que abarcaron hasta a el 30% SCTQ, se quemaron brazos, piernas, genitales, además se lesionaron áreas de articulación.

Además es importante señalar que los niños de cinco años se quemaron en casa, en presencia de la madre, con líquidos hirviendo, ocasionando lesiones en brazos y piernas, así como genitales y áreas de articulación, de segundo grado superficiales y profundas, con un porcentaje del 30% SCTQ.

Mientras que las niñas de esta edad se quemaron en ausencia de la madre, en casa con líquidos hirviendo, con quemaduras de segundo y tercer grado, con un porcentaje del 30% SCTQ, se quemaron cabeza, cara, cuello y/o brazos y piernas.

Los niños de 6 años se quemaron en casa, por fuego directo, en presencia de la madre, presentando quemaduras de segundo grado superficiales y profundas y con 30% SCTQ, las áreas corporales afectadas son brazos, piernas, tronco anterior y posterior.

Mientras que las niñas de 6 años son las que con mayor frecuencia se quemaron en casa, por líquidos hirviendo, en presencia de la madre, presentando quemaduras de tercer grado, que abarcaron hasta un 30% SCTQ, las áreas más afectadas en estas fueron cabeza, cara, brazos, piernas, tronco anterior y posterior.

Los niños de 7 años se quemaron en casa, por líquidos hirviendo, en presencia de la madre, con quemaduras de tercer grado superficiales y profundas, con un porcentaje del 30% SCTQ las áreas afectadas fueron brazos, piernas y/o tronco anterior y posterior. Mientras que no se presentó ningún caso de niñas quemadas a los 7 años de edad.

Los niños de 8 años de edad fueron los más afectados por el grado de quemadura con un tercer grado y hasta de un 60% SCTQ, estos niños sufrieron el accidente fuera del hogar, vía pública y escuela, en ausencia de la madre, por líquidos hirviendo, donde sus áreas más afectadas fueron brazos, piernas cabeza y cara.

Las niñas quemadas a los 8 años de edad sufrieron el accidente tanto en casa como en la vía pública, por líquido hirviendo, con quemaduras de tercer grado profundas y hasta de un 30% SCTQ y se quemaron sobretodos cabeza, cara, brazos y/o piernas.

### 1.- CUESTIONARIO DESIDERATIVO.

ÍTEMS	QUEMADOS		NO QUEMADOS	
	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
ANIMALES	10	12	11	5
VEGETALES	0	1	0	8
OBJETO	0	0	0	1
NO ELIGE	2	2	4	1

**Cuadro 8.** Respuestas obtenidas en las catexias positivas en la primera elección del Cuestionario Desiderativo a la pregunta ¿Qué es lo que más te gustaría ser? Tanto en el grupo experimental como en el grupo control.

ÍTEMS	QUEMADOS		NO QUEMADOS	
	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
ANIMALES	1	0	2	7
VEGETALES	9	9	10	4
OBJETO	1	3	2	3
NO ELIGE	4	3	1	1

**Cuadro 9.** Respuestas obtenidas en las catexias positivas en la segunda elección del cuestionario Desiderativo en el grupo experimental y el grupo control.

ÍTEMS	QUEMADOS		NO QUEMADOS	
	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
ANIMALES	1	1	0	0
VEGETALES	1	1	4	4
OBJETO	10	11	11	11
NO ELIGE	3	2	0	0

**Cuadro 10.** Respuestas obtenidas en las catexias positivas en la tercera elección del Cuestionario Desiderativo en el grupo experimental y el grupo control.

ÍTEMS	QUEMADOS		NO QUEMADOS	
	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
ANIMALES	8	9	10	11
VEGETALES	1	1	2	3
OBJETO	2	1	3	1
NO ELIGE	2	4	0	0

**Cuadro 11.** Respuestas obtenidas en las catexias negativas en la primera elección del Cuestionario Desiderativo a la pregunta ¿Qué es lo que menos te gustaría ser? en el grupo experimental y el grupo control.

ÍTEMS	QUEMADOS		NO QUEMADOS	
	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
ANIMALES	2	1	6	5
VEGETALES	5	7	8	6
OBJETO	4	3	1	4
NO ELIGE	4	4	0	0

**Cuadro 12.** Respuestas obtenidas en las catexias negativas en la segunda elección del Cuestionario Desiderativo en el grupo experimental y el grupo control

ÍTEMS	QUEMADOS		NO QUEMADOS	
	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
ANIMALES	0	0	1	0
VEGETALES	4	3	3	5
OBJETO	7	9	11	10
NO ELIGE	4	3	0	0

**Cuadro 13.** Respuestas obtenidas en las catexias negativas en la tercera elección del Cuestionario Desiderativo en el grupo experimental y el grupo control.

$\chi^2$	F QX	F NO QX	NF QX	NF NO QX	NIVEL DE SIGNIFICANCIA $\geq 3.841$	EXISTE DIFERENCIA EN AMBAS MUESTRAS
TIEMPOS DE REACCIÓN	18	19	12	11	3.31	NO
SECUENCIA DE REINOS	17	15	13	15	6.95	NO
ANSIEDAD	19	11	11	21	11.2	SI
ADAPTACIÓN A LA REALIDAD	16	13	14	17	3.82	NO
INTERPRETACIÓN DE LA REALIDAD	27	9	3	21	20.3	SI
SENTIDO DE REALIDAD	25	5	5	25	26.4	SI
PROCESO DE PENSAMIENTO	18	5	12	25	12.3	SI
FUNCIÓN AUTÓNOMA	15	20	15	10	4.71	SI
FUNCIÓN SINTETIZADORA	13	12	17	18	3.37	NO
RACIONALIZACIÓN	21	16	9	14	7.43	SI
DISOCIACIÓN INSTRUMENTAL	22	17	8	13	9.42	SI
INTERFERENCIA EN LAS DEFENSAS	14	10	16	20	6.59	SI
CONTROL DE IMPULSOS	22	11	8	9	8.90	SI
ELLO	21	10	9	20	8.14	SI
LIBIDO DESDE EL SÍMBOLO	19	14	11	6	2.68	NO
LIBIDO DESDE LA RACIONALIZACIÓN	16	10	14	20	4.17	SI
LIBIDO OBJETAL	17	14	13	16	7.20	NO
ESQUEMA CORPORAL	21	12	9	18	6.28	SI
IDENTIDAD SEXUAL	12	10	18	20	1.00	NO
SUPER-YO	13	10	17	20	6.84	SI

**Cuadro 14.** Resultados obtenidos en la prueba estadística de  $\chi^2$  entre el grupo experimental y el grupo control en relación a los indicadores de fracaso del Cuestionario Desiderativo. Fracaso en quemados (F QX) Fracasos en no quemados (F.NO QX), no fracaso en quemados (N F. QX) Y no fracaso en no quemados (N F. NO QX)

$\chi^2$	F QX	F NO QX	N F QX	NF NO QX	NIVEL DE SIGNIFICANCIA $\geq 3.841$	EXISTE DIFERENCIA EN AMBAS MUESTRAS
TIEMPOS DE REACCIÓN	10	9	5	6	5.8	SI
SECUENCIA DE REINOS	7	5	8	10	2.721	NO
ANSIEDAD	9	5	6	10	2.339	NO
ADAPTACIÓN A LA REALIDAD	7	5	8	10	2.721	NO
INTERPRETACIÓN DE LA REALIDAD	14	5	1	10	8.45	SI
SENTIDO DE REALIDAD	15	5	0	10	8	SI
PROCESO DE PENSAMIENTO	8	2	7	13	9.9	SI
FUNCIÓN AUTÓNOMA	8	10	7	5	2.25	NO
FUNCIÓN SINTETIZADORA	7	7	8	8	.267	NO
RACIONALIZACIÓN	10	7	5	8	2.08	NO
DISOCIACIÓN INSTRUMENTAL	11	9	4	6	7.1	SI
INTERFERENCIA EN LAS DEFENSAS	5	7	10	8	3.15	NO
CONTROL DE IMPULSOS	12	7	3	8	6.86	NO
ELLO	10	5	10	5	3.33	NO
LIBIDO DESDE EL SÍMBOLO	10	10	5	5	7.5	NO
LIBIDO DESDE LA RACIONALIZACIÓN	10	6	5	9	2.27	NO
LIBIDO OBJETAL	11	7	4	8	4.04	SI
ESQUEMA CORPORAL	11	9	4	6	7.1	SI
IDENTIDAD SEXUAL	7	4	8	11	1.46	NO
SUPER-YO	8	7	7	8	1.32	NO

**Cuadro 15.** Resultados obtenidos en la prueba estadística de  $\chi^2$  entre los niños quemados y niños no quemados en relación a los indicadores de fracaso del Cuestionario Desiderativo.

$\chi^2$	F QX	F NO QX	NF QX	NF NO QX	NIVEL DE SIGNIFICANCIA $\geq 3.841$	EXISTE DIFERENCIA EN AMBAS MUESTRAS
TIEMPOS DE REACCIÓN	9	9	6	6	2.5	NO
SECUENCIA DE REINOS	10	10	5	5	10	NO
ANSIEDAD	10	6	5	11	3.25	NO
ADAPTACIÓN A LA REALIDAD	9	8	6	7	11.142	SI
INTERPRETACIÓN DE LA REALIDAD	13	4	2	11	11.49	SI
SENTIDO DE REALIDAD	10	0	5	15	7.5	SI
PROCESO DE PENSAMIENTO	10	3	5	12	7.13	SI
FUNCIÓN AUTÓNOMA	7	10	8	5	2.52	NO
FUNCIÓN SINTETIZADORA	6	5	9	10	4.42	SI
RACIONALIZACIÓN	11	9	4	6	7.1	SI
DISOCIACIÓN INSTRUMENTAL	11	8	4	7	6.9	SI
INTERFERENCIA EN LAS DEFENSAS	7	5	8	10	3.38	NO
CONTROL DE IMPULSOS	10	4	5	11	4.97	SI
ELLO	11	5	4	10	4.97	SI
LIBIDO DESDE EL SÍMBOLO	9	4	6	11	4.11	SI
LIBIDO DESDE LA RACIONALIZACIÓN	6	4	9	11	7.1	SI
LIBIDO OBJETAL	7	6	8	9	1.35	NO
ESQUEMA CORPORAL	10	3	5	12	7.08	SI
IDENTIDAD SEXUAL	6	5	9	10	1.71	NO
SUPER-YO	5	3	10	12	15.1	SI

**Cuadro 16.** Resultados obtenidos en la prueba estadística de  $\chi^2$  entre las niñas quemados y niñas no quemadas en relación a los indicadores de fracaso en el Cuestionario Desiderativo

$\chi^2$	F QX	F NO QX	NF QX	NF NO QX	NIVEL DE SIGNIFICANCIA $\geq 3.841$	EXISTE DIFERENCIA EN AMBAS MUESTRAS
AUTOCONCEPTO	17	15	8	20	4.56	SI
IMPULSIVIDAD	20	18	10	12	8.80	SI
ANGUSTIA	15	7	15	23	11.24	SI
CULPA	21	5	9	25	18.2	SI
INSEGURIDAD	18	11	12	19	3.36	NO
AGRESIÓN	19	11	11	19	4.24	SI
PROBLEMAS PARA RELACIONARSE	27	13	3	17	26.08	SI
DEPRESIÓN	23	8	7	22	10.9	SI
INMADUREZ	17	16	13	14	1.23	NO

**Cuadro 17** Resultados obtenidos en la prueba estadística de  $\chi^2$  entre el grupo control y grupo experimental en los indicadores emocionales del dibujo de la Figura Humana

$\chi^2$	F QX	F NO QX	NF QX	NF NO QX	NIVEL DE SIGNIFICANCIA $\geq 3.841$	EXISTE DIFERENCIA EN AMBAS MUESTRAS
AUTOCONCEPTO	12	5	3	10	7.21	SI
IMPULSIVIDAD	10	9	5	6	2.76	NO
ANGUSTIA	9	2	6	13	9.44	SI
CULPA	10	3	5	12	7.21	SI
INSEGURIDAD	9	4	6	11	4.11	SI
AGRESIÓN	9	5	6	10	2.08	NO
PROBLEMAS PARA RELACIONARSE	14	6	1	9	13.9	SI
DEPRESIÓN	13	5	2	10	9.93	SI
INMADUREZ	10	9	5	6	2.67	NO

**Cuadro 18** Resultados obtenidos en la prueba estadística de  $\chi^2$  entre niños quemados y niños no quemados en relación a los indicadores emocionales del dibujo de la Figura Humana.

$\chi^2$	F QX	F NO QX	NF QX	NF NO QX	NIVEL DE SIGNIFICANCIA $\geq 3.841$	EXISTE DIFERENCIA EN AMBAS MUESTRAS
AUTOCONCEPTO	5	10	5	10	3.33	NO
IMPULSIVIDAD	10	9	5	6	3.57	NO
ANGUSTIA	6	5	9	10	4.42	SI
CULPA	11	2	4	13	11.35	SI
INSEGURIDAD	9	7	6	8	1.76	NO
AGRESIÓN	10	6	5	9	2.33	NO
PROBLEMAS PARA RELACIONARSE	13	7	2	8	9.9	SI
DEPRESIÓN	10	3	5	12	7.21	SI
INMADUREZ	7	7	8	8	5.34	NO

**Cuadro 19** Resultados obtenidos en la prueba estadística de  $\chi^2$  entre niñas quemadas y niñas no quemadas en relación a los indicadores emocionales del dibujo de la Figura Humana.

## DISCUSIÓN

Mediante el análisis estadístico donde se empleo la prueba de  $\chi^2$  y descripción por porcentaje si se encontró diferencia estadística en el contenido y función de la fantasía de deseos entre niños del grupo control y del grupo experimental.

Así también se observo diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la percepción del Esquema Corporal entre niños quemados y niños no quemados.

### CUESTIONARIO DESIDERATIVO.

De acuerdo con los criterios establecidos por la evaluación del Cuestionario Desiderativo se encontró.

#### *Catexias positivas:*

Los niños y niñas de ambos grupos, en el rubro de catexias positivas eligieron en primera instancia animales, justificando, que esto es porque los quieren y cuidan, esto implica que los niños de ambos grupos muestran estabilidad Yoica en la medida que los símbolos elegidos se encuentran más cercanos a la preservación de los impulsos de vida ligados a la autoconservación y a los vínculos tanto amorosos como agresivos.

Los niños y niñas quemados logran apelar y utilizar la fantasía de deseo para preservar así su autonconservación y defender a su Yo de este hecho violento. (Cuadro 8, 9, 10).

#### *Catexias negativas.*

En catexias negativas los niños quemados eligen no ser objeto, esto indica que ante la situación de peligro, los niños utilizan la fantasía de deseo, rechazando objetos carentes de vida para preservar así su autoconservación, tratando de omitir de alguna manera su realidad, en la medida que es una satisfacción substitutiva, ya que la fantasía les ayuda a contener los conflictos y a detener el incremento de angustia generado por la quemadura y el tratamiento médico, evitando así el debilitamiento de su Yo; tendiendo a una actitud participativa que les permite adaptarse y conservar sus impulsos de vida.

En tanto los niños no quemados eligen primeramente no ser animales debido a que estos no viven un situación de amenaza que ponga en riesgo su integndad y por tanto no tienen la necesidad de apelar a mecanismos para protegerse y preservar la integndad de su Yo, esto permite indicar, que son capaces de hacer referencia de manera más consciente al instinto de muerte.(cuadro 11,12, 13).

Las niñas de ambos grupos son capaces de utilizar la fantasía de deseo como un proceso adaptativo como lo menciona Kolb (1971), y evitar así la frustración provocada por su entorno, permitiéndoles mantener contacto con su realidad y conservar así sus impulsos de vida sobre sus impulsos de muerte. Las niñas quemadas que se vieron seriamente afectadas por la angustia, lograron mediante la fantasía satisfacer sus deseos inconscientes y adaptarse así a una realidad displacentera, manteniendo a salvo su integridad y estabilidad de su Yo.

### ***Tiempos de reacción.***

Se observa que no existe diferencia estadística significativa, por lo que se rechaza  $H_2$ , en la comparación por grupo, donde se advierte que a los niños quemados se les dificultó mantener estables sus tiempos de reacción entre 10 y 30 segundos en la consigna y/o subconsignas, que puede deberse a la ansiedad generada por la vivencia de abatimiento y desesperanza, provocado por las quemaduras, que dio como resultado una lentificación en su pensamiento por estados depresivos. ( cuadro 14)

En relación a niños quemados y no quemados también se observa una diferencia estadística, ya que los niños quemados se muestran más ansiosos y esto quizás origina una lentificación en su pensamiento. ( cuadro 15).

En las niñas de ambos grupos no existió diferencia estadística, sin embargo se advierte que en niñas quemadas presentaron acortamientos en sus tiempos de reacción, ya que respondieron en forma inmediata, esto para tratar de evitar reflexionar y ponerse en contacto con la angustia lo cual probablemente les permitió adaptarse y superar la sensación de abatimiento y de abandono que viven durante la hospitalización. ( cuadro 16).

### ***Secuencia de los reinos.***

Se rechaza la  $H_3$ , ya que los resultados indican que no existe diferencias estadísticas en niños del grupo control y experimental así como en relación al sexo, los niños de ambas muestras, presentaron en general un orden adecuado en la elección de los reinos, eligiendo primeramente el reino animal, posteriormente el reino vegetal y por último el reino inanimado por la necesidad de conservar sus impulsos de vida sobre sus impulsos de muerte.

En el caso de las niñas, se dio un empobrecimiento en su pensamiento, debido a que su Yo se sintió amenazado, sin embargo lograron mediante la fantasía de deseo defenderse de la situación de amenaza y restablecer contacto con su realidad, logrando conservar sus impulsos de vida y sobre sus impulsos de muerte. ( cuadro 14,15 y 16)

### **Ansiedad.**

Se rechaza la  $H_04$ , debido a que los resultados indican que si existe una diferencia estadística entre el grupo control y el experimental, ya que los niños quemados a diferencia de los no quemados presentan estados intensos de ansiedad, ocasionado probablemente por la quemadura y la hospitalización, este ambiente hostil provoca tensión emocional que hace que la experiencia sea más atemorizante. Ya que los principales conceptos que los niños quemados se forman de la hospitalización y la enfermedad son referentes al *castigo*, *mutilación*, *muerte* y *abandono*, esto origina estados intensos de ansiedad acompañada de sentimientos de soledad, desamparo y temor. (cuadro 14)

Con respecto al sexo no se encontró diferencia estadística significativa en la presencia de ansiedad, debido a que ambos grupos presentaron estados moderado de ansiedad, sin embargo las niñas y niños quemados viven situaciones de frustración y privación, por tanto se ven más vulnerados por la ansiedad. (Cuadro 15 y 16).

Los niños y niñas quemados manifiestan la misma proporción de ansiedad cuando se queman por líquido o por fuego así cuando se queman las extremidades, brazos y/o piernas, cabeza, tronco anterior o posterior.

En los niños quemados cuando la madre estuvo presente en el accidente, sus estados de ansiedad se intensifican debido a que la ansiedad y actitudes de la madre viene a ser parte del medio ambiente al que responde el niño, lo que sugiere que la ansiedad del niño es producida por "contagio", el niño observa la inquietud y ansiedad de la madre atemorizada

## **FUNCIONES DEL YO**

### **Adaptación a la realidad.**

No se encontró diferencia estadística entre el grupo control y experimental, así como en la comparación de niños y niñas, por lo que se rechaza  $H_15$  y, donde se observa que los niños quemados aceptaron explicaciones como la de que su estancia en el hospital les ayudara a restablecerse físicamente y por tanto esto les permitió mantener un equilibrio interno.

Mientras que en la comparación entre niñas quemadas y no quemadas si hubo diferencia estadística significativa ya que las niñas quemadas manifestaron dificultades para adaptarse a la realidad, por problemas de comprensión, atención y concentración, y confusiones por estados depresivos.

Es decir se le dificulta entender el por que es sometido a tratamientos tan doloroso, dando interpretaciones distorsionadas de los hechos, para mantener relativamente el equilibrio interno, recurre a la fantasías de deseo, para rectificar una realidad que le causa dolor. Estas fantasía e ideas distorsionadas, que se forman los niños pueden servir como *defensas*, aún si éstas están distorsionadas o cargadas emocionalmente, pueden causar menor malestar que su realidad externa (cuadro 15 y 16)

### ***Interpretación de la realidad.***

Los resultados indican que si existe una diferencia estadística significativa entre los grupos control y experimental en relación a la interpretación de la realidad. Por lo que se rechaza  $H_06$ ,(cuadro 14)

Así como con respecto al sexo en niños y niñas si existe diferencia estadística, ya que el niño quemado tienen una percepción distorsionada de esta, originado por un proceso intenso de ansiedad que bloquea su pensamiento por tanto su capacidad de comprensión de los sucedido se ve afectada, dando explicaciones distorsionadas del mismo y de la hospitalización, lo que contribuyo a su malestar emocional, son niños que se muestran inquietos y temerosos, lo que bloquea su pensamiento y la percepción de los hechos. (cuadro 15 y 16).

### ***Sentido de la realidad.***

Con respecto a este rubro se rechaza la  $H_07$  ya que si existe diferencia estadística significativa entre el grupo control y experimental. Tanto niños como niñas quemados manifestaron un inadecuado sentido de su realidad, debido a que el accidente es asociado frecuentemente a sentimientos de culpa y castigo, interpretándolo erróneamente, explicando que esto, se debió a que eran malos y están recibiendo el castigo por esto.

A demás la sensación de ser abandonado y de ser rechazado, se intensifica durante la enfermedad, todo esto genera en los niños inseguridad lo que reduce las posibilidades de lograr disminuir la tensión emocional.(cuadro 14, 15 Y 16).

El impacto de las experiencias concretas durante la hospitalización generan ansiedad y temor, sobretodo en los pequeños de 4 y 5 años de edad, ya que estos están más preocupados por su integridad corporal, y no pueden adecuar, interpretar, adaptarse y darle sentido a lo que esta viviendo.

### ***Proceso de pensamiento.***

Si existe diferencia estadística significativa, entre el grupo control y experimental, por lo que se rechaza  $H_08$  debido a que los niños quemados se les dificulta realizar una selección selectiva de los símbolos, debido a que se contaminaron con impulsos inapropiados, por fallas en la memoria y concentración (cuadro 14).

Tanto en niños como niñas de ambos grupos si existe diferencia estadística, donde el niño y niña quemados dan explicaciones animista del accidente; estas explicaciones e interpretaciones erróneas reduce la ansiedad que la enfermedad causa en los niños durante esta etapa de la vida. Es decir a través de la fantasía el niño reduce las alteraciones emocionales que se dan durante la hospitalización.(cuadro 15 y 16).

### ***Funciones Autónomas.***

En ambas poblaciones si se encontró diferencia estadística significativa, por lo que se rechaza  $H_09$  ya que los niños quemados se ven afectados por la angustia, lo que origino problemas en su capacidad de pensamiento, con fallas en su razonamiento y juicio lógico, además se advierten fallas de atención, concentración, percepción, lenguaje e inteligencia, mientras que los no quemados presentaron funciones autónomas acordes a sus etapas evolutivas.( cuadro 14)

En niños y niñas y de ambas grupos no se encontró diferencias estadísticas, ya que ambos presentaron problemas en su capacidad de concentración y expresión de su lenguaje (cuadro 15 y16)

### ***Función sintetizadora.***

Este rubro se refiere a la capacidad de los niños para mantener un equilibrio interno y externo, su capacidad para unir, organizar, ligar y crear ideas acordes a su realidad. Tanto en niños quemados como en no quemados si se encontró diferencia estadística, por lo que se rechaza la  $H_010$  ya que los niños quemados se ven afectados por la angustia y esto evita que puedan mantener su equilibrio interno.( cuadro 14)

Entre niños quemados y no quemados no se encontró diferencia ya que en ambas poblaciones presentaron adecuación en esta función de acuerdo a la etapa psicoevolutiva en la que se encuentran (cuadro 15).

Con respecto a las niñas si existe diferencia estadística en ambos grupos, ya que en las niñas quemadas manifiestan sensaciones de abandono, temor y amenaza de muerte que provoca en ellas estados disociados, que les impide aceptar su realidad externa.(cuadro 16).

### ***Racionalización .***

En la comparación de niños del grupo control y del grupo experimental si se encontró diferencia estadística significativa. Por tanto se rechaza la  $H_0$ 11 (cuadro 14)

Con respecto a los niños quemados y no quemados no se presentan diferencias estadísticas, mientras que en niñas quemadas y no quemadas si existe diferencia estadística, ya que los quemados tienen problemas para dar explicaciones coherentes desde un punto de vista lógico sobre los hechos ocurridos, ya que tienden a dar explicaciones erróneas, atribuyendo actos, ideas o sentimientos que no corresponde con lo sucedido. Esto genera en ellos una gran ansiedad, lo que bloqueo su capacidad de comprensión, a demás presentan problemas para separar aspectos afectivos, contaminándose con sentimientos de temor, desesperanza, que provoco distorsión sobre la percepción de lo sucedido.(cuadro 15 y 16).

### ***Disociación Instrumental.***

Se refiere a la capacidad del sujeto a instrumentar defensas como la represión, disociación, identificación proyectiva y racionalización Se denominan "instrumentales" porque son operaciones mentales que debe efectuar el sujeto para poder responder a la consigna.

Dentro del test esto, también se refiere a la capacidad de reconocer aspectos valorados y desvalorizados y/o conflictivos de sí mismos.

Entre niños quemados y no quemados se encontró diferencia estadística, es decir se rechaza la  $H_0$ 12 ya que los niños quemados se les dificulta reconocer aspectos valorado de sí mismos.(cuadro 14)

Los niños quemados y no quemados presentaron diferencia estadística, donde se observa que los niños quemados eligen símbolos antropomórficos, que se dan por el no desprendimiento de aspectos humanos de la identidad y que están ligados a aspectos evolutivos y psicosexuales, sin embargo esta falla no es considerada patológica en tanto su fantasía todavía forma parte de su realidad psíquica, ya que en ellos no se ha instaurado la represión ni el principio de realidad.( cuadro 15)

La comparación entre niñas quemadas y niñas no quemadas presentan diferencias estadística, donde se observo que las quemados a diferencia de las no quemadas se les dificulta diferenciar aspectos valorados y rechazados de sí mismos. Ya que trataron de idealizar los símbolos elegidos, a través de esto tratan de sobrecompensar sentimientos de minusvalía, impotencia y debilidad (cuadro 16).

A los cinco años las niñas y niños quemados presentan fallos para reconocer aspectos valorados de sí mismo a diferencia de las niñas y niños no quemados, además tienen problemas para discriminar, controlar y resolver y aceptar esta situación que les genera ansiedad.

### ***Mecanismos de defensa.***

Las defensas se evaluaron en cuanto a su adecuación, de acuerdo al momento evolutivo del niño.

Las fantasías en un reflejo de la vida interna que se profundizan más cuando el niño es agredido, física o emocionalmente; por tanto la fantasía como defensa es considerada ser elemento constitutivo y principal de estas, y a demás que con ello demuestra un carácter adaptativo, pues alivia de manera relativa la agustina que vive el niño ante cualquier hecho desagradable

En el grupo control y experimental existen diferencia estadística, por lo que se rechaza  $H_0$ 13 donde el niño quemado utiliza la fantasía de deseo como una defensa para afrontar su realidad que en estos momento le es displacentera. (cuadro 14).

En niños quemados y no quemados y niñas quemadas y no quemadas no existe diferencia estadística.(cuadro 15 y 16).

En el presente estudios se observaron los siguientes mecanismos en los niños:

### **Identificación proyectiva.**

Los niños y niñas de ambos grupos, depositaron aspectos de sí mismos ligados a un objeto o fantasía especial, en un símbolo con el cual se identifica, aunque presentaron algunos problemas en la utilización de las representaciones verbales para expresar sus ideas o sentimientos.

La proyección es utilizado como un mecanismo en el que predominan la necesidad de afecto y aprobación. La psique responde a la realidad en sus experiencias, interpretándolas en un forma subjetiva de la experiencia que se lleva a cabo por medio de la proyección, denominado por Freud como "alucinación" que forma la base de lo que se entiende por fantasía. La vida de fantasía es en sí la forma en que sus sensaciones y percepciones externas e internas son representadas e interpretadas en su mente bajo la influencia del principio, del placer - dolor.

Las niñas y niños quemados de ambos grupos, presentaron fallas en la identificación proyectiva, ya que no pueden identificarse con un solo símbolo y eligen más de uno, esto alude a una gran necesidad de tener y abarcar todo y a la falta de discriminación para elegir un aspecto valioso de sí mismos o de los demás y quedárselo.

Las niñas y niños quemados a diferencia de los no quemados, utilizaron la identificación proyectiva a través de símbolos disgregados, que no tienen ni estructura ni consistencia, debido a la dificultad para discriminar entre el sí mismo y el exterior.

La represión: Fue utilizada por niños quemados de 5 y 8 años de edad, para tratar de evitar contaminarse de impulsos inapropiados y poder así sustituirlos por la realización de un deseo mediante una fantasía, que aminora las sensaciones de angustia y dolor, permitiéndoles una adaptación a su medio.

Negación: Los niños quemados utilizan más la negación para evitar enfrentarse una realidad displacentera

En las niñas quemadas y niñas no quemadas no existe diferencia estadísticamente significativa ya que en ambas poblaciones utilizan la negación como la represión, para adaptarse a su entorno.

### **Control de impulsos.**

Con respecto a la comparación por grupos se rechaza  $H_0$ 14 ya que si se encontró diferencia estadística significativa, donde se observa que tanto niños como niñas quemados tienen un pobre control de impulsos, manifiestan respuestas de rechazo y de descalificación de sí mismos, son niños sensibles, temerosos, con poco tolerantes a la frustración y a la ansiedad.(cuadro 14). Esto mismo se encontró en la comparación por sexos, donde los niños quemados realizan verbalizaciones de descalificación, confusiones ya que se sienten atacados, lo que origina un bloqueo en su pensamiento.(cuadro 15 y 16)

**Elo.**

Se refiere a los impulsos de vida y muerte, impulsos libidinales.

En este rubro se rechaza la  $H_0$ 15 ya que en niños del grupo control y experimenta, así como entre niñas quemadas y no quemadas, si se encontro diferencia estadística,mente significativa, debido a que no son capaces de diferenciar entre simbolos activos-pasivos, bondadosos-angustiosos, ya que la situación de amenaza en la que viven, mantienen impulsos agresivos y de muerte, lo que origina una disociación y problemas para preservar sus impulsos de vida sobre sus impulso de muerte, pero a través de mecanismos como la fantasía logran disminuir y aliviar la ansiedad, permitiéndoles conservar ante todo sus impulsos de vida. (Cuadro 14 y 16). Mientras que entre niños quemados y niños no quemados no existe diferencia estadística.( cuadro 15).

Los impulsos agresivos y de muerte se acentúan en niñas quemados, pero también son observados en los niños no quemados pero en menor grado.

**Libido.**

*Desde el símbolo elegido:* Tanto en la comparación por grupo como entre niños quemados y no quemados no se encontró diferencia estadística, por lo que se rechaza la  $H_1$ 16 debido a que presentan la misma proporción en la libido defectuosa a consecuencia de una proyección con un alto monto de impulsos inapropiados respecto a la agresividad, y en niñas quemadas y no quemadas si se encontró diferencia.(cuadro 14, 15)

En comparación de niñas quemadas y no quemadas si se encontro diferencia estatísticamente significativa, ya que las niñas quemadas presentan libido defectuosa por una exagerada catectización de los objetos que afecta directamente a su narcisismo. (cuadro 16)

*Libido desde la racionalización:* Se encontró una diferencia estadística entre el grupo control y experimental, así como en la comparación por sexo, por lo que se rechaza la  $H_0$ 16, donde se advierte que los niños quemados acentuaron aspectos negativos de si mismos, ser malos, ser feos, ser inútiles, ser poco inteligentes, ser temerosos etc, que involucran un visión con muy escasa valorización de si mismo; por vivencia de vacío y pobreza, minusvalia e incapacidad para controlar y adaptarse a su realidad. (cuadro 14, 15 y 16).

*En la libido objetal:* En la comparación por grupos y entre niñas quemadas y no quemadas no se obtuvo diferencia, por lo que se rechaza  $H_{16}$ , mientras que en la comparación de niños quemados y niños no quemados si se encontró diferencia estadística, por lo que se rechaza la  $H_{016}$  donde los niños quemados presentan una libido defectuosa en sus racionalizaciones se les dificulta aludir explícitamente a la presencia y afecto del otro ya que son niños con una personalidad depresiva, son egocéntricos, el contenido de sus racionalizaciones están asociadas al rechazo de aspectos de sí mismos, se sienten devaluados y minimizados.

### ***Esquema corporal.***

Se considera al "esquema corporal" a la representación que se forma mentalmente del propio cuerpo.

Tanto en la comparación de grupos como de sexos se observa diferencia estadística, por lo que se rechaza la  $H_{017}$ , donde los niños y niñas quemadas del presente estudio, presentan un Esquema Corporal devaluado y debilitado, ocasionado por el rechazo, reprobación y conflicto con alguna parte física de su cuerpo, lo que origina una mala percepción de su Imagen Corporal. Son niños que se sienten "feos", al ver su piel quemada y cicatrizada. Mientras que en los no quemados a los 4 años se da una devaluación, debido a que en esta etapa de la vida todavía no existe una conceptualización completa de su imagen corporal. (cuadro 14,15,16)

### ***Identidad sexual.***

Se rechaza la  $H_{18}$ , ya que no existe diferencia estadísticamente significativa entre niño quemados y no quemados, ambos grupos presentaron una identidad sexual acorde con su propio sexo.

En las niñas a todas la edades presentaron una adecuada concordancia con su propio sexo, pero en niños quemados no fueron acorde a los 4 años por la identificación afectiva que tienen con la madre. (cuadro 14,15 y 16)

### ***Super-Yo.***

En niños pequeños es esperable que se exprese con fuertes características polares, primitivas: fantasías, exigencias abrumadoras, e identificaciones con un alto monto de idealización.

En este rubro si se encontró diferencia estadística significativa entre el grupo control y el experimental, por lo que se rechaza  $H_0$  (cuadro 14). Así como entre niñas quemadas y no quemadas, con un Super-yo inmaduro, por desvalorización de su autoimagen, con ideas distorsiones de sí mismos.(cuadro16). Esto se acentúa en niños quemados a los 5 y 8 años, en no quemados es a los 4 años y en niñas quemadas y no quemadas es a los 5 años.

Entre niños quemados y no quemados no se encontró diferencias estadísticas, por lo que se rechaza la  $H_1$  (cuadro 15)

## **TEST DE LA FIGURA HUMANA.**

En el test de la figura humana se observo que tanto niños y niñas quemados y no quemados, fueron capaces de representar gráficamente una figura humana, donde están presentes ítems evolutivos como cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo, brazos y piernas, además se observan que las figuras se ven enriquecidas conforme el niño va creciendo, ya que en niños de 6, 7 y 8 años de edad, aparecen pies, dedos, cabello; y son capaces de agregar una o más prendas de vestir.

En cuanto a los indicadores emocionales del test de la figura humana se encontró lo siguiente:

### ***Autoconcepto.***

En relación al autoconcepto entre el grupo control y experimental si se encontró diferencia estadística donde tanto niños como niñas quemadas presentan sentimientos devaluados de sí mismos, su cuerpo se encuentra herido, cicatrizado, vendado y expuesto a diversos tratamientos doloroso, lo que provoca una percepción devaluada de sí mismo, ya que, como lo menciona Kolb en 1954, la enfermedad distorsiona la percepción de su propia imagen, lo que provoca en los niños sentimientos de minusvalía, pérdida, se sienten feos, devaluados, cicatrizados y esto da como resultado problemas para relacionarse, ya que temen a todo tipo de contacto físico o verbal a diferencia de los no quemados.(ver cuadro 17)

En la comparación por sexos entre niños quemados y no quemados si se encontró diferencia estadística, y en niñas quemadas y no quemadas no se encontró diferencia estadística ( cuadro 18 y 19)

Cuando los niños y niñas quemados, sufren traumatismo por líquido o fuego , presentan igualmente una devaluación de la percepción de su autoimagen

También se observa que tanto niños como niñas quemados, cuando se queman alguna parte del cuerpo: cabeza, extremidades y tronco, también manifiestan sentimientos devaluados de sí mismo, con sensaciones de pobreza, minusvalía y soledad con reprobación de sí mismos, ya que se viven feos y cicatrizados, temerosos, y ansioso ante lo sucedido.

### ***Impulsividad.***

Estadísticamente si se encontró diferencia en la comparación por grupo, debido a que probablemente, en algunos casos su agresión y su enojo puede ser en algunos casos interno y expresarse en forma de depresión, desesperanza y abatimiento o también, expresarse con rabia dirigida hacia sí mismos y/o a las personas que los atienden y cuidan, como las enfermeras y médicos e incluso con algunos miembros de la familia, sobretodo si participo en el accidente. Es decir el niño proyecta en los demás sus miedos y enojos como una forma de tratar de evitar el dolor, la aflicción y desesperación que la situación del accidente le provoco.

Además esto se asocia con la hospitalización que es agresivo y de amenaza constante, lo que genera sentimientos de ansiedad, depresión, desaliento y decepción, lo que provoca tensión emocional y afectan directamente a sus relaciones interpersonales. (cuadro 17).

En la comparación por sexos no se encontró diferencia, ya que tanto niños como niñas manifiestan la misma tensión (cuadro 18 y 19).

### ***Angustia.***

Estadísticamente si se encontró diferencia estadística entre niños del grupo control y del experimental, así como entre niños quemados y niños no quemados, asociado por la tensión emocional que viven durante su hospitalización que les provoca estados intensos de angustia que se manifiesta a través del temor acompañado de sentimientos de pérdida, sensibilidad extrema, se aíslan y se les dificulta relacionarse, se vuelven pasivos introvertidos y desconfiados. ( cuadro 17 y 18)

En relación a las niñas, de ambos grupos no se encontró diferencia significativa en los estados de angustia, sin embargo se advierte que son más intensos en las niñas quemadas ya que las quemaduras hace que estas durante su hospitalización se vuelvan retraídas, su comportamiento se ve perturbado por frecuentes accesos de pánico, estallidos de cólera y llanto cuando son sometidas a las curaciones o cuando los padres tienen que abandonar el hospital, tienden a deprimirse, a manifestar sentimientos de soledad y desaliento, además de alteraciones en la comida y el sueño (Cuadro 19).

**Culpa.**

Los sentimientos de culpa tanto en la comparación por grupo como por sexo si se encontró diferencia estadística, estos contribuyen al malestar psicológico en traumatismos como las quemaduras, los sentimientos de culpa y negativismo fueron observados en los niños del presente estudio lo cual coincide con los estudios realizados por Walker en 1980 (citado en Muñoz B 1988) .

Los niños y niñas quemados presentan culpa, ya que piensan que se portaron mal y están recibiendo el castigo por esto, y a través del pensamiento mágico, el niño se culpa de este hecho trágico y se anticipa al castigo, ya que como menciona D. Bloch el niño para sentirse seguro recurre habitualmente al autoengaño y a la fantasía como medida defensiva. Por tanto el terror y la rabia que sienten son desplazados hacia otras figuras como moustros, personal que lo cuida o hacia sí mismos, preservando así la creencia indispensable de que los padres son amorosos y cariñosos.

La etapa del desarrollo en la que se encuentran los niños quemados coincide con la etapa intelectual del animismo, en la que el niño tiende a interpretar erróneamente la naturaleza de sus dolencias y del tratamiento que recibe. Las enfermedades son explicadas en términos moralistas, los métodos doloroso son considerados castigos y provocan más sentimientos de culpa, ansiedad y se siente más desprotegido de lo usual, lo que aumenta su temor, enojo, soledad y una amenaza real de pérdida de objeto ( como la ausencia de la madre, pérdida de habilidades adquiridas que son equivalentes de su control Yoico). (cuadro 17, 18 y 19)

**Inseguridad:**

En la comparación por grupos y entre niñas quemadas y no quemadas no se encontró diferencia estadística en cuanto a la inseguridad. Sin embargo entre niños quemados y no quemados si presentaron diferencias estadística, se advierte que en quemados por lo general, la enfermedad entraña meterse a la cama y ser atendidos por otras personas, esto sugiere la regresión a una situación de dependencia, por tanto los niños se vuelven inseguros, difíciles e irritables, son tímidos y retraídos; además son niños con un gran miedo a ser abandonados y por tanto su necesidad de ser queridos, de pertenecer y ser socialmente aceptado se intensifica durante la enfermedad pero esta necesidad de aceptación también es palpable en niños no quemados.(ver cuadro 17, 18 y 19).

Tanto los niños quemados como las niñas quemadas presentan la misma proporción a la inseguridad cuando se queman tanto por líquido como por fuego. Así mismo cuando se afectan cualquier área corporal como extremidades, cabeza y cuerpo.

Pero cuando la madre esta presente en el momento del accidente las niñas tienden a presentar mayor grado de inseguridad que los niños quemados, ya que estas viven una sensación de "no ser queridas por sus madres" se siente rechazadas, lo que reduce su logro de adaptación de manera independiente.

### ***Agresión.***

Con referente a la agresión si existe diferencia estadística tanto en la comparación por grupos, manifestaron agresión intensa durante su hospitalización, debido a la poca tolerancia a la frustración y fallos en su capacidad de los niños para comprender el cuidado médico durante la hospitalización, el dolor, las cirugías y la separación de la familia, origina pensamientos e ideas distorsionadas de su enfermedad, ya que interpretan estos cuidados como un castigo, mutilación, abandono se sienten rechazados, desprotegidos, dependientes, y responde con temor, hostilidad, rabia y cólera ante las personas que los cuidan, se dirigen a ellas con palabras antisonantes, e incluso llegan agredirlas físicamente, rechazando cualquier tipo de contacto afectivo, ya que piensan que se les trata mal y que no se les quiere, sobretodo en los primeros días de estancia hospitalaria. Mientras que en la comparación por sexos no existe diferencia estadística. ( cuadro 17,18 y19).

Cuando la madre se encuentra presente en el momento del accidente la agresión en niños quemados disminuye, debido a que desplazan los sentimientos de culpa hacia ella; pero cuando esta ausente, su agresión se intensifica ocasionado por el temor y la ansiedad.

### ***Problemas para relacionarse.***

Se observa que en la comparación por grupos y sexos si se encontró diferencia estadística, que indican que niños y niñas quemados presentan mayores problemas para relacionarse que los no quemados, debido a que la enfermedad provoca sensaciones de soledad y aislamiento, se vuelven retraídos y egocéntricos.

El trauma de la quemadura provoca, además, ansiedad de separación debido a la estrecha unión del niño con la madre, viven sensaciones de pérdida, abandono, desesperación, depresión y sobretodo temor al contacto, que afecta directamente en sus relaciones interpersonales, no son capaces de comunicarse verbalmente, no mantienen un contacto visual sobretodo durante los primeros días de hospitalización

Tanto niños quemados como niñas quemadas presenta igualmente problemas para interactuar y comunicarse con los demás cuando se queman tanto por líquido o por fuego. (ver cuadro 17,18 y 19).

### ***Depresión.***

Si existe diferencia estadísticamente significativa tanto en la comparación de grupos como de sexos ya que tanto niños como niñas quemadas tienden a manifestar más depresión que los niños y niñas no quemadas por la vivencia del traumatismo. (ver cuadro 17, 18 y 19).

Los niños quemados durante su hospitalización sufren de alteraciones emocionales causadas por el tratamiento al que es sometido, a cirugías frecuentes para la aplicación de injertos, la ingesta de medicamentos, los baños y curaciones, el uso de prendas compresoras y la aplicación de terapia físicas para tratar de evitar secuelas incapacitante , provocando en los niños un desequilibrio emocional, debido a que, esta preocupado por su integridad física, que estimula fácilmente ansiedades, sentimientos de tristeza, abatimiento, desesperanza, y provoca estados profundos de depresión y culpa .Esto coincide con lo encontrado por Reduote 1986 ( citado en Muñoz B 1988).

### ***Inmadurez.***

En la comparación por grupos no se encontró diferencia estadística ya que ambos grupos manifiestan el mismo grado de inmadurez. La hospitalización provoca en los niños quemados el regreso a estados anteriores, se vuelven dependientes de la atención de las personas que están a su cuidado, para aliviar relativamente sus temores sintiéndose a la vez seguros (cuadro 17).

En relación a la comparación por sexos no se encontró diferencia estadística entre niños quemados y los no quemados así como entre niñas quemadas y no quemadas los cuatro grupos manifestaron el mismo grado de inmadurez debido a los estados psicoevolutivo en el que se encuentran (cuadro 18 y 19).

En relación a la edad, los niños y niñas a los 4 años presentan mayor grado de inmadurez por la estrecho vínculo afectivo que mantienen con la madre

## CONCLUSIONES.

- Los hallazgos de éste estudio, confirman que las *fantasías* están presentes tanto en niños y niñas quemados como en no quemados (cuadro 14). Estas fantasías son parte importante de la estructura psíquica de todo individuo. Donde la fantasía como procesos psíquico implica no sólo la expresión de deseos ocultos o reprimidos en el inconsciente, sino es también la confrontación de su realidad.

El accidente por quemaduras originó en los niños y niñas, sentimientos de ansiedad, depresión, tristeza y desaliento, por tanto recurren a la fantasía para combatir la angustia y contrarrestar la frustración y desesperanza de su realidad. Entendiendo que la fantasía no sólo es una forma de satisfacción de deseos ocultos o reprimidos, sino que también es una expresión defensiva, ante éste hecho agresivo y violento.

La fantasía como recurso defensivo, fue capaz de mantener a salvo la estructura Yoica de los niños y demostró tener un carácter adaptativo, pues alivia la angustia y el temor originado por la enfermedad y el tratamiento medico, además las fantasías les permitió sustituir su realidad, y satisfacer deseos inconscientes.

En la presente investigación, la fantasía es una expresión defensiva contra la situación de estrés causado por el accidente, pero además satisface impulsos instintivos prescindiendo de su realidad externa, se puede decir que la gratificación que proviene de las fantasías, es una defensa contra esta realidad externa y también contra la interna, ya que cuando los niños tienen una fantasía de realización de deseo no solamente está evitando la frustración y el reconocimiento de una realidad externa displacentera, también esta defendiendo a su Yo, de su propio malestar interno.( como lo cita Freud en 1915).

En los resultados aquí presentados, predominaron fantasías, que están en contacto directo con personas, cuyo vínculo es el acercamiento al otro y demostrar que su Yo sólo tienen amor y bondad, estas fantasías son dirigidas a objetos pasivo - receptivo, que connotan en sí lo bueno, no agresivo y no dañino, donde se rescatan y aprovechan aspectos valiosos de sí mismos. Es decir a través de la fantasía el objeto es idealizado y a su vez se fusiona con experiencias gratificadoras de ser amado y amamentado por la madre externa real que a su vez confirma dicha fantasía. Así mediante esta fantasía se desempeña simultáneamente el papel de un buen hijo y de una buena madre.

Esta gratificación no sólo satisface la necesidad de bienestar, amor y nutrición, también se le necesita para mantener a raya la aterradora persecución (instinto de muerte), logrando así conservar los impulsos de vida sobre los impulsos de muerte. ( M. Klein, citados en Segal 1974).

- Además de la fantasía, los niños quemados utilizan como mecanismos de defensa: la proyección, la represión y la negación.

Primeramente, la proyección en la que los niños quemados depositaron aspectos de sí mismos ligados a una fantasía con la cual se identifican. Donde su yo se esfuerza por proyectar lo bueno y lo malo, para protegerse de la abrumadora ansiedad de ser aniquilado por el instinto de muerte. Estos niños depositaron sobretodo en el personal que los atiende características de bondad y afecto, responden a las manifestaciones amistosas de quienes les rodean, desarrollando sentimientos de amor hacia ellas. Además tienen la capacidad de identificarse con ellas, llegando anteponer sus sentimientos e intereses por los deseos de los demás por la gran necesidad de afecto y aprobación, atribuyendo a los demás pensamientos y sentimientos inconscientes que son indesables y dolorosos para ellos, esto para mantener a los objetos persecutorios tan alejados como sea posible de los objetos ideales, a la vez los mantienen ambos bajo control.

También, el mecanismo de la represión les permitió inhibir la angustia originada por la vivencia de dolor, pero más que nada porque se saben olvidados por la madre por tanto este mecanismo les permite reprimir su agresión hacia la figura materna, donde sus pensamientos y sentimientos son desterrados o mantenidos fuera de la conciencia y los sustituyen por una fantasía de realización de deseo. De esta manera los niños reprimen sus pensamientos y sentimientos en el inconsciente.

Por último, la negación mediante la cual, los niños quemados rechazan la existencia de esta realidad agobiante y desagradable, evitando así la angustia que provoca la vivencia de muerte durante su enfermedad, son niños que se sienten destrozados y torturados a demás, de la separación de sus padres por tanto, la negación le permite aniquilar a los objetos malos y al mismo tiempo sustituir al objeto real ausente y controlarlo mágicamente. A demás de destruir a los objetos malos, los sustituye por una gratificación mediante la fantasía, cuyo recuerdo persiste en la memoria.

Los niños y niñas quemados establecen relaciones afectivas con el equipo de médicos, psicólogos, enfermeras, personal administrativo. El contenido de esta interacción mostró actitudes afectivas con gran calidad y que les permitió adaptarse y mantener el contacto con su medio.

También hubo niños y niñas quemados con problemas para relacionarse interpersonalmente, esto niños se mostraron egocéntricos y apáticos. Presentan un lenguaje pobre, se comunican con señas, o con tono de voz bajo; temen sobretodo al contacto físico por miedo a ser lastimados, y se irritan con facilidad. Aunado a esto los niños quemados manifestaron cuadros importantes de depresión, son niños tristes, abatidos, sumisos, ansiosos, decaídos, quejumbrosos, apáticos, pasivos y sobretodo sensibles al contacto.

Esto se debe a que los niños quemados tienen que enfrentarse también a la separación de su familia y de sus actividades cotidianas que suscitan reacciones de miedo y provocan sentimientos de soledad y abandono.

Durante su tratamiento las niñas y niños quemados, se vive constantemente a agredidos por ello experimentan sentimientos de inseguridad, culpa y miedo, que dirigen hacia sí mismo y/o a las personas que los atienden. Además, el accidente y los tratamientos médicos son considerados agresiones intensas, que los niños interpretan como un acercamiento real a la pérdida de vida y fantasean esto, como una castración a su integridad como persona y por ende a la autodestrucción de su Yo, por tanto sus principales temores son: a la muerte y a la destrucción.

- Otro de las características encontradas en los niños quemados son los sentimientos de culpa; en su fantasía los niños quemados dicen estar recibiendo el "castigo" ante su "mal comportamiento", ya que se siente culpables por el accidente.

También los niños y niñas quemados presentaron regresiones, es decir la pérdida de habilidades ya antes adquiridas, que equivalen a la pérdida de su control Yoico. Un sentirse llevado a niveles anteriores, que se manifiesta en sus conductas de agresión, negativismo, retraimiento, pasividad, miedo e inseguridad, con problemas de enuresis, desordenes alimenticios y del sueño, con actitudes de dependencia hacia la madre.

- Con respecto a las funciones autónomas, como lo es la atención, concentración, memoria, percepción y abstracción. Aunado a que sus procesos de pensamiento se ven afectados por impulsos inapropiados y por un bajo nivel socio-cultural, Sin embargo, son capaces de utilizar su pensamiento animista para satisfacer y controlar las demandas de su realidad tanto interna como externa

Los hallazgos de este estudio también indican, que las quemaduras por líquido hirviendo y fuego, afectan directamente la percepción de la Imagen Corporal, los niños y niñas tienden a evaluarse de manera distorsionada. Esta alteración de la Imagen Corporal provoca, sentimientos y actitudes negativas con respecto a su cuerpo, son niños que temen al abandono a consecuencia de los cambios en su apariencia física. En su fantasías, la distorsión de su Imagen Corporal, se da porque se sienten diferentes, "feos", cicatrizados, esto los asusta. El niño se ha vivido hasta antes del accidente como un niño que se aprecia así mismo o que se gusta lo cual, les hace pensar que serán rechazados por los demás y temen a las actitudes reprobatorias de quienes los rodean. Esto los lleva a experimentar sentimientos de minusvalía baja autoestima rechazo hacia el área quemada de su cuerpo. Por consiguiente aparece una excesiva preocupación por la apariencia física con verbalizaciones de descalificación hacia sí mismo

La reestructuración de la Imagen Corporal, colocan al niño en una sensación de pérdida ya que su realidad no corresponde con su Yo vivido hasta antes del accidente. Por tanto, el poder asimilar esta nueva situación lo enfrenta a sentimientos donde la depresión, el aislamiento, el aplanamiento afectivo lo colocan frente a una pérdida de sí mismo y lo acerca a la falta de motivación para la vida así experimenta aplanamiento afectivo, aislamiento hostilidad y gran resistencia a los tratamientos médicos.

Esta preocupación por la Imagen Corporal en los niños quemados se hace más palpable cuando casi ha sanado la herida. Su Imagen Corporal cambia porque vive su piel extraña al ver que ésta lesionada con huellas irreversibles que aun con el tiempo persistirán. Por tanto siente su cuerpo fragmentado y extraño de modo de que hay una lucha entre el Yo y el no YO. Pero que de su "adecuada solución " corresponderá su capacidad para adaptarse o no al mundo

- En relación a la madre, se observó que en este estudio la madre presencio accidente, y el hecho de que la madre se dedique al hogar, no supone que ellas cuiden a sus hijos, ya que posiblemente están preocupadas por otros factores interno o externos que, no proporcionan a sus hijos la protección y herramientas necesarias que los preserve de los accidentes. Las familias de estos niños pertenecen a niveles socioeconomicos bajos, son familias desintegradas, donde existe ausencia parcial o total del padre, debido a problemas de alcoholismo y abandono.( datos obtenidos en la entrevista).

En la medida que la mayoría de los accidentes sufridos por el niño fueron en presencia de la madre, nos permite extrapolar con todo lo ya mencionado que el niño hace real mucha de la agresión de la madre donde el se significa como hijo de rechazo y no como hijo de amor.

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

- El presente estudio sólo investiga las fantasías con respecto a la Imagen Corporal de niños y niñas quemados de 4 a 8 años de edad, con niños y niñas que no han sufrido ningún tipo de traumatismo. Sería útil además de interesante considerar otros aspectos de la personalidad del niño, además se sugiere la utilización de otros instrumentos para darle mayor validez estadística, tomando en cuenta otras variables independientes, como la edad, escolaridad, nivel socioeconómico y determinar el tiempo de la elección de la muestra, entre otras.

- Sería interesante comparar a los niños quemados con otro grupo control, como niños con otro tipo de lesión ( niños con malformaciones congénitas, por ejemplo) y/ o con niños que han sufrido quemaduras, pero que han recibido apoyo psicoterapéutico.

- También sería importante conocer la personalidad y los impulsos inconscientes de la madres ya que generalmente son estas las que están al cuidado de los menores, así como conocer el desarrollo de la dinámica familiar del niño quemado e investigar las familias de origen de las madres.

La ignorancia e incredulidad que rodean a los accidentes ocasionados sobre todo por líquidos calientes, refiere que socialmente se desconocen, apareciendo como sorprendentes, y es por lo mismo no se le da la importancia que requiere más aun cuando sucede con frecuencia en casa de modo que se pudieran prevenir

Se piensa que se debe empezar a actuar dando a conocer a la población que este tipo de accidentes se dan y son posibles, enseñando conjuntamente a prevenirlos.

Así mismo es importante conocer la dinámica y estructura psíquica de los niños quemados, para que el personal multidisciplinario que trabaja con estos pacientes, tenga una mejor orientación y de un tratamiento más adecuado al niño, durante y después de la hospitalización

Lo más importante de señalar aquí es que el niño quemado requiere de tratamiento psicoterapéutico, por lo que el psicólogo que labora en Instituciones para la rehabilitación de estos niños, deberá capacitarse mejor en esta problemática y así contribuir a un tratamiento más preciso para estos niños.

## REFERENCIAS.

- Achaur B.(1988) Atención del paciente quemado. Editorial: Manual Moderno. México.
- Ajuriaguerra.(1997) Manual de psiquiatría infantil. Editorial Toray-masson. Barcelona, España..
- Ajuriaguerra. (1949) Trastornos del esquema corporal. Editoral. Orbe Tomo II. Habana, Cuba
- Artz Curts, M. J (1972) Tratado de quemaduras. Editorial Interamericana. México.
- Bakan D.(1978) Enfermedad, dolor y sacrificio.Editorial Fondo de Cultura Económico. México.
- Bell J E. (1992) Técnicas proyectivas (exploración de la dinámica de la personalidad). Editoral: Paidós, México
- Barro M. R. (1990) La comprensión infantil de la enfermedad, un estudio evolutivo. Editorial: Del hombre, Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Bloch D (1986) Para que la bruja no me coma. Editorial Siglo XX, México
- Celener y Gunzbourg (1990). El cuestionario Desiderativo Buenos Aires, Argentina.
- Cortia P. (1972) Tratado de quemadura Editorial Interamericana. México.
- Dolto F. (1983) Psicoanálisis y pediatría. Editorial: Siglo XXI México.
- Dolto F (1987). El trabajo psicoterapéutico. Editorial Gedisa. España.
- Freud S.(1900) Interpretación de los sueños. Editorial Amorrout Buenos Aires, Argentina Vol 4

- Freud S.(1908) La fantasías Histéricas y su relación la bisexualidad. Editorial Amorrout. Buenos Aires, Argentina Vol. 9.
- Freud S (1914). Introducción al narcisismo. Editorial Amorrout. Buenos Aires, Argentina. Vol. 14.
- Freud S. (1915) El inconsciente. Editorial Amorrout. Buenos Aires, Argentina. Vol.14.
- Freud S. (1920) Más allá del principio del placer. Editorial: Amorrout Buenos Aires Argentina. Vol. 18.
- Freud A. 1977 El psicoanálisis infantil y la clínica. Editorial: Amorrout Buenos Aires Argentina.
- García A M. (1989) Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnostico. Editorial. Nueva visión, México
- Gear,M. (1988) Hacia el cumplimiento del deseo, más allá del melodrama. Editorial Paidos. Buenos aires, México.
- Gonzales-Ulloa M.(1960) Quemaduras humanas. Editorial interamericana México.
- Hammer 1984 Tests proyectivos gráficos. Editoral: Paidos Buenos Aires, Argentina.
- Heiman P. 1974 Algunas funciones de la introyección y de la proyección en la temprana infancia. "Obras completas Melanie Klein" CAP. IV PAG, 117-151 Buenos Aires, Argentina.
- Koppitz E. 1984 El dibujo de la Figura Humana. Editoral: Guadalupe, Buenos Aires, Argentina.
- Klein M. (1982) Primeros descubrimientos( desarrollo del niño). Editorial Paidos. México.
- Klien M. (1974)Obras completas. Desarrollo en psicoanálisis. Editorial Paidos Buenos Aires, Argentina Tomo III Capitulo IV.

- Klein M. 1974 *Principios de análisis infantil.* Editorial: Home Buenos Aires Argentina.
- Klein M. (1945) *Psicoanálisis del desarrollo temprano.* Editorial Paidós Buenos Aires, Argentina.
- Khan M.( 1979) *Temas de psicoanálisis sobre Winnicott* .Editorial Ecos Buenos Aires, Argentina.
- Kogan A.(1982) *El yo y el sí mismo.* Editorial Amorrout Buenos Aires, Argentina.
- Kolb.(1971) *Psiquiatría clínica moderna.* Editorial Prensa medica mexicana , México .
- Laing R D. (1964) *EL Yo dividido.* Editorial: Fondo de Cultura económica segunda reimpresión México.
- Liang 1978 *El Yo y los otros.* Editorial Fondo de cultura económica D.F. México.
- Laplanche J 1986) *Fantasías originarias, fantasías de los orígenes, orígenes de las fantasías* Editorial Gedisa. México
- Lawrence 1971 *Psiquiatría Clínica moderna.* Editorial Prensa medica mexicana D.F. México.
- Méndez R. (1997). *El protocolo de investigación.* Editorial trillas, México 1997.
- Muñoz B. (1985) *La fantasía infantil como defensa ante la agresión.* UNAM 1988
- Oldling. 1985 *Truamatología, traducción* Editorial Pensa medica mexicana cpat. 1 y 3 D F. México
- Paget. 1952 *La construcción de lo real en el niño* Editorial: Prometeo Buenos Aires Argentina.
- Piaget 1981 *La psicología del niño.* Editorial Morata. Madrid, España
- Pick S (1990) *Cómo investigar en ciencias sociales* Editorial: Trillas México.

-Plank E.(1990) *El cuidado psicológico del niño enfermo en el Hospital.* Editorial Paidos Capitulo. 2 Buenos Aires, Argentina

-Salisbury y otros.(1986) *Manual de tratamiento de las quemaduras.* Editorial Salvat México.

-Schlider P 1985 *Imagen, apariencia del cuerpo humano.* Editorial Paidos. Buenos Aires, Argentina

-Segal H. (1989) *Introducción a la obra de Melanie Klein.* Editorial Paidos Buenos Aires, Argentina.

-Segal H.(1974) *La naturaleza y función de la fantasía.* Editorial Paidos "Obras completas Melanie Klein" Buenos Aires Argentina.

-Segal H.(1989) *La obra de Hanna Segal un enfoque Kleniano de la práctica clínica.* Editorial Paidos, Biblioteca de psicología profunda, Buenos Aires, México.

-Sinney S. (1990) *Estadística no paramétrica.* Editorial. Trillas. México

-Spitz R.(1968-1976) *La formación del Yo, una teoría genética de campo.* Editorial Centro Editor América Latina. Argentina.

-Spitz 1960 *Una teoría genética de campo sobre la formación del yo (sus implicaciones en la patología).* Editorial Fondo de cultura económica, México.

-Winnicott D.(1971) *Realidad y juego.* Editorial Gedisa, España.

-Winnicot. (1980) *Clínica psicoanalítica infantil.* Editorial Horme. Buenos Aires, Argentina.

-William (1985) *Traumatología.* Editorial Interamericana, México

-Informe estadístico del primer quinquenio 1985-1989, IPAINQ

Agente: Líquido en ebullición \_\_\_\_\_  
 (Describe de que tipo Agua, leche, etc.)

Objeto Caliente \_\_\_\_\_  
 (Plancha eléctrica, conal, etc.)

Fuego Directo \_\_\_\_\_  
 (Incendio, Explosión, Sustancias Flamasles etc.)

Abrasiva \_\_\_\_\_  
 (Especifique)

Eléctrica; Uso Domestico \_\_\_\_\_ Industrial \_\_\_\_\_

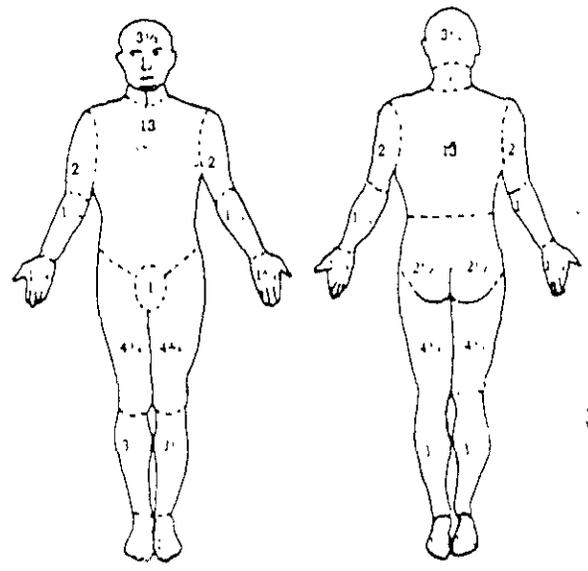
Sustancias Químicas \_\_\_\_\_  
 (Especificar).

Por radiación \_\_\_\_\_  
 (Especificar).

Por frio: Exposición Externa \_\_\_\_\_ Inmersión \_\_\_\_\_

Biológicas \_\_\_\_\_  
 Especificar \_\_\_\_\_

ESQUEMA DE LUND & BROWDER :



Código de color  
 Rojo: tercer grado  
 Azul: segundo o primer grado  
 Verde: zonas conantes disponibles

**HISTORIA CLÍNICA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS. \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AREAS CORPORALES AFECTADAS.**

CABEZA \_\_\_\_\_ CUELLO \_\_\_\_\_ TRONCO ANTERIOR \_\_\_\_\_ TRONCO POSTERIOS

\_\_\_\_\_ EXTREMIDADES SUPERIORES \_\_\_\_\_ EXTREMIDADES INFERIORES \_\_\_\_\_

IMPIDE FUNCIÓN ARTICULADORA \_\_\_\_\_ GENITALES \_\_\_\_\_ PERINE \_\_\_\_\_

**LUGAR DEL SUCESO DEL ACCIDENTE.**

DOMICILIO COCINA \_\_\_\_\_ BAÑO \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

ESCUELA SALÓN \_\_\_\_\_ PATIO \_\_\_\_\_ BAÑO \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

VIA PUBLICA MERCADO \_\_\_\_\_ CALLE \_\_\_\_\_ PARQUE \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

**FUENTE DE REFERENCIA.**

MADRE:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

PADRE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

( SI FALLECIERON O ESTAN AUSENTES EXPLICAR PORQUE)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PADECIMIENTO ACTUAL.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HISTORIA DEL DESARROLLO.**

EMBARAZO: SITUACIÓN DE LOS PADRES CUANDO SUCEDE EL EMBARAZO. PLANEADO O ACCIDENTAL. USABA ANTICONCEPTIVOS. PREFERENCIA POR ALGÚN SEXO MOLESTIAS FÍSICAS DURANTE EL EMBARAZO. ENFERMEDADES. IDEAS O ACCIONES PARA INTERRUMPIRLO. ACTITUD DEL PADRE ANTE EL EMBARAZO. ACTITUD DE LA MADRE.

---

---

---

---

---

---

**NACIMIENTO:** A LOS CUANTOS MESES. PESO AL NACER, PROBLEMAS RESPIRATORIOS. USO DE FORCEPS. ANESTESIA O ALGUN OTRO PROBLEMA. LUGAR DONDE FUE ATENDIDO EL PARTO. CONDICIONES DE ESTE. NEONATO: COMO OCURRIO. ENFERMEDAD O ALGUN OTRO PROBLEMA.

---

---

---

---

---

---

**ALIMENTACIÓN** MATERNA O ARTIFICIAL. PORQUE MOTIVOS. POR CUANTO TIEMPO. COMO LO ACEPTO. ABLACTACIÓN A QUE EDAD. CON QUE ALIMENTOS. COMO LO ACEPTA. PREFERENCIAS O RECHAZO A ALGUNOS ALIMENTOS. PROBLEMAS ACTUALES EN ESTA AREA.

---

---

---

---

---

---

**SUEÑO:** TRANQUILO. SE DESPIERTA EN LA NOCHE. PESADILLAS. TERRORES NOCTURNOS. EN QUE SITIO DUERME Y CON QUIEN. RESISTENCIA A IRSE A LA CAMA. DIFICULTAD PARA LEVANTARSE. INSOMIO

---

---

---

---

---

---

**ENTRENAMIENTO DE ESFINTERES:** A QUE EDAD COMENZO Y COMO, A QUE EDAD SE LOGRO Y COMO, ENURESIS, ECOPRESIS

---

---

---

---

---

---

---

---

**DESARROLLO MOTOR:** A QUE EDAD SOSTUVO LA CABEZA, A QUE EDAD SE SENTO, A QUE EDAD DIO SUS PRIMEROS PASOS, A QUE EDAD CAMINO, A QUE EDAD SE ABROCHA LOS ZAPATOS, A QUE EDAD SE VISTE SOLO, COMO SOLO, A QUE EDAD SONRIE A LA MADRE, A QUE EDAD RECONOCE EXTRAÑOS

---

---

---

---

---

---

---

---

**LENGUAJE:** A QUE EDAD BALBUCEA, PRIMERAS PALABRAS, A QUE EDAD HABLO BIEN, PROBLEMAS DE PRONUINCIACIÓN, MANEJO DE LOS PADRES,

---

---

---

---

---

---

---

---

**HISTORIA ESCOLAR:** A QUE EDAD INICIO, ACTITUD ANTE LA ESCUELA, RENDIMIENTO ESCOLAR, HA REPROBADO, PORQUE, INFORME DEL PROFESOR SOBRE EL DESEMPEÑO DEL NIÑO, CAMBIO DE ESCUELA Y RESPUESTA A ESTOS, RELACIÓN CON MAESTROS Y COMPAÑEROS

---

---

---

---

---

---

---

---

**HISTORIA DE SALUD:** ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO, HOSPITALIZACIONES, FRACTURAS, TRAUMATISMOS CRANEENCEFALICOS, TRATAMEINTOS, ALERGIAS

---

---

---

---

---

---

---

---

**HISTORIA SEXUAL:** A QUE EDAD PREGUNTO SOBRE LA DIFERENCIA ENNTRE LOS SEXOS Y COMO NACEN LOS NIÑOS, MASTURBACIÓN, JUEGOS SEXUALES, COMO MANEJA ESTOS LOS PADRES. EVENTIS IMPORTANTES RELACION CON ESTOS

---

---

---

---

---

**PERSONALIDAD PREVIA AL ACCIDENTE** AMIGABLE, AJUSLADO, RASGOS DE PERSONALIDAD, RELACIÓN CON NIÑSO DE SU EDAD. CON MÁS GRANDES O MÁS CHICOS. COMO SE RELACIONA CON ADULTOS. JUEGOS PREDILECTOS, IRRITABLE, TRISTE. ANTE QUE SITUACIONES.

---

---

---

---

---

**DISCIPLINA:** QUIEN APLICA Y DE QUE FORMA. COMO RESPONDE EL NIÑO

---

---

---

---

---

**EVENTOS ESPECIALES:** SEPARACIONES. CAMBIOS DE CASA O CIUDAD. MUERTE EN L FAMILIA. CUANDO Y COMO AFECTO ESTO AL NIÑOS.

---

---

---

---

---

**PERSONAS QUE VIVEN EN CASA:** CASA PADRES, HERMANOS. ABUELOS. TIOS. SIRVIENTES. AMIGOS OTROS RELACIÓN DEL NIÑO CON ESTOS

---

---

---

---

---

**HISTORIA DE LOS PADRES.**

PADRE:

---

---

---

---

---

MADRE

---

---

---

---

---

**FORMACIÓN DE LA FAMILIA:**

---

---

---

---

---