



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**INDICADORES EMOCIONALES EN LOS NIÑOS  
CON VIH/SIDA..**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
MARTINEZ CAMPOS IVONNE

DIRECTORA MTRA CRISTINA HEREDIA ANCONA



MEXICO, D.F.

2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **Dedicatorias**

**Con infinito amor a mis padres**

## **Agradecimientos**

**• A la Universidad Nacional Autónoma de México**

**A la Facultad de Psicología y al programa de becas para Tesis de Licenciatura en proyectos de investigación, por el apoyo otorgado para llevar a cabo este proyecto**

**• A la maestra Cristina Heredia Ancona, por sus valiosos comentarios, su paciencia y su apoyo.**

**• Al honorable jurado.**

**• A la psicóloga Patricia Tovar Larrea, por su ánimo y su risa, al equipo de la Clínica Para Niños con Inmunodeficiencias.**

**• A Cesar, Domingo, M<sup>a</sup> de la Luz y Dolores, mis hermanos por ser personas únicas y muy importantes en mi vida a mis primas Brenda y Magali y a mis sobrinitos.**

**• Con especial afecto a mi tía Hortencia y a mi tío Luis F., así como a mis abuelas, por ser un gran ejemplo en mi vida.**

**• A Jorge por estar apoyándome en todo momento para no claudicar, por su amor y sobre todo por impulsarme siempre a dar lo mejor de mí.**

**• Por último a cada uno de mis amigos por su apoyo y aprecio.**

## RESUMEN

El presente estudio es una investigación de tipo exploratorio, de campo, con diseño no experimental; tuvo como objetivo determinar las características de personalidad comunes en los niños con VIH/SIDA. Estos fueron determinados a través de dos pruebas proyectivas, el Dibujo de la Figura Humana (DFH) y el Dibujo de la Familia. La primera prueba se calificó de acuerdo a los 30 indicadores emocionales de Koppitz, mientras que la segunda se calificó de acuerdo a los aspectos más relevantes de la prueba según Corman. La muestra de la investigación se conformo por 17 niños con diagnóstico de VIH/SIDA, de los cuales 11 son niñas y 6 niños, con edades comprendidas de los 6 a los trece años, de recursos socioeconómicos bajos, y que vivían tanto en el DF como en el interior de la República. Los datos obtenidos de las pruebas fueron sometidos a un análisis de frecuencias y porcentajes, así como a una evaluación cualitativa. Los resultados indican que los niños presentan características como inestabilidad, inseguridad, tendencia al retraimiento, bajo autoconcepto, desvalorización de si mismos, angustia y depresión.

Centro de Bibliotecas  
Sistema electrónico e impreso  
Trabajo excepcional  
Martes Carr. Torre  
21 de febrero/02  
*[Signature]*

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPITULO 1</b> <b>EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA</b>	
1.1 Antecedentes .....	3
1.2 Definición de VIH/SIDA .....	6
1.3 Medios de transmisión .....	7
1.4 Las etapas evolutivas de la infección .....	9
1.5 Tratamientos .....	10
1.6 Epidemiología en México .....	12
1.7 Aspectos psicosociales .....	14
<b>CAPITULO 2</b> <b>LA FAMILIA Y EL NIÑO INFECTADO</b>	
2.1 Definición y tipos de familia .....	22
2.2 La familia frente a la enfermedad .....	25
2.3 La familia con VIH/SIDA .....	28
2.4 El niño con VIH SIDA .....	33
<b>CAPITULO 3</b> <b>LA PERSONALIDAD Y EL DIBUJO COMO PRUEBA PROYECTIVA</b>	
3.1 La personalidad y las técnicas proyectivas .....	40
3.2 Las técnicas proyectivas .....	42
3.3 El dibujo como técnica proyectiva .....	48
3.4 El dibujo de la figura humana y el dibujo de la Familia .....	51
3.5 Los dibujos de los niños con VIH .....	57

<b>CAPITULO 4</b>	
<b>METODOLOGÍA</b>	
4.1 Planteamiento del problema .....	58
4.2 Justificación .....	58
4.3 Objetivo .....	59
4.4 Hipótesis .....	59
4.5 Variables .....	59
4.6 Tipo de estudio .....	62
4.7 Diseño .....	62
4.8 Muestra .....	62
4.9 Sujetos .....	62
4.10 Escenario .....	63
4.11 Instrumentos .....	63
4.12 Materiales .....	64
4.13 Procedimiento .....	64
4.14 Análisis .....	65
<b>CAPITULO 5</b>	
<b>RESULTADOS</b> .....	67
<b>CAPITULO 6</b>	
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b> .....	77
<b>CAPITULO 7</b>	
<b>LIMITACIONES Y SUGERENCIAS</b> .....	88
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	90
<b>ANEXOS</b> .....	93

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de su historia la humanidad ha atravesado por numerosas enfermedades, algunas devastadoras en su momento y que posteriormente desaparecieron, surgiendo otras enfermedades, algunas de ellas hasta la fecha no han sido erradicadas pero de alguna manera gracias al avance científico se han logrado prevenir.

Sin embargo en pleno siglo XXI cuando la humanidad pensaba haber erradicado o controlado las enfermedades aparece una que no se conocía hasta la fecha. Devastadora, sexualmente transmisible y que ataca exactamente al sistema de nuestro cuerpo encargado de detectar y atacar a los agentes patógenos, de esta manera hace su entrada el VIH/SIDA en la sociedad actual, teniendo a la fecha múltiples repercusiones médicas, psicológicas y sociales.

Se desconoce con exactitud el origen del VIH, lo cierto es que se le dio esta denominación en 1983 cuando fue descubierto por Luc Montagnier como el virus responsable de este trastorno. Desde su aparición el VIH ha pasado de ser una enfermedad considerada de homosexuales, prostitutas o toxicomaniacos a ser una enfermedad que puede atacar a cualquier persona expuesta a factores de riesgo.

Hoy se sabe que se puede infectar a un infante por vía perinatal, si la madre se encuentra infectada, llegando de esta forma a ser un problema de salud complejo, que ataca en muchas ocasiones no solo a un individuo sino que llega a devastar a familias enteras. Por todo ello se ha generado una ardua investigación en torno al VIH en diversos campos.

En el ámbito psicológico se han realizado numerosas investigaciones, sobre las múltiples implicaciones psicológicas individuales y sociales que el VIH genera, llegando de esta manera a conocerse que este tipo de pacientes atraviesan generalmente por las etapas de duelo que menciona la doctora Kübler Ross, además de percibirse estigmatizados y por tanto rechazados socialmente generando por lo tanto estrés e incapacidad para afrontar sus problemas diarios, junto con una decreciente esperanza en el futuro.

Sin embargo, aún falta mucho por conocer respecto a las implicaciones emocionales que el VIH/SIDA trae consigo sobretodo debido a que las investigaciones se han centrado en población adulta en sus múltiples sectores.

Descuidando la población infantil, que es un sector de la población también afectado, tan solo para el 2º trimestre del año 2000 esta población representaba el 1.4 % de los casos totales de SIDA.

Este trastorno en la vida de un niño tiene múltiples repercusiones, afecta en primera instancia a los padres que son el núcleo más cercano a cualquier niño y por ello puede y deja muchas veces completamente desprotegido al niño no solo física sino social y emocionalmente.

En vista de las repercusiones psicológicas que esta enfermedad debe de tener para cada niño es que debe de investigarse este sector de la población afectado por el virus. Dado que las investigaciones que se reportan al respecto son muy escasas y sobre todo han sido realizadas en el extranjero, p.e Lori S. Winer y Vicente Figueroa en una investigación hecha en EEUU, reportan que estos niños presentan angustia y depresión así como algunas veces llegan a presentar preocupación, enfado o culpa hacia sus padres (Pizzo, 1999).

Por ello es que se debe de investigar el sector de la población infantil afectada aquí en México, ya que es mejor conocer a la población afectada que suponer ( lo que puede conducir a errores), y después porque es este conocimiento lo que nos permite intervenir. De ahí deriva el interés e importancia del presente estudio.

Ante tales circunstancias el objetivo de la investigación es conocer si se presentan características comunes de personalidad en los niños con VIH/SIDA.

En este trabajo se exponen en principio los antecedentes y las definiciones de VIH y SIDA así como las etapas y tratamientos de este. Posteriormente se habla de las familias y del niño con VIH. Se presenta también un capítulo sobre pruebas proyectivas y personalidad.

Más adelante se presentan los resultados y la discusión de estos, estableciéndose finalmente las principales conclusiones.

## CAPITULO 1

### EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

En los últimos años se ha progresado considerablemente en el conocimiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el que desde su aparición se ha convertido en un problema de salud publica complejo con múltiples repercusiones medicas, psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas. El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), es un trastorno cuya causa es la acción de un virus identificado en Francia en 1983 por Luc Montagnier, y que desde 1986 se ha convenido denominarlo VIH (siglas del virus de inmodeficiencia humana) (García Huete, 1993).

#### *1.1 Antecedentes*

Hasta ahora se desconoce con exactitud el origen del VIH, se han planteado diferentes teorías al respecto, pero ninguna es definitiva.

La teoría más conocida es que el virus procede de África y fue transmitida al ser humano por el mono verde, ya que estos se infectan por un virus (SIV) semejante al del hombre. Este virus es endémico entre los monos africanos. Se ha propuesto que debido a la caza y al consumo de estos animales, así como a posibles accidentes (mordidas) entre cazadores y niños en contacto con los simios, el virus pasa al humano, sufriendo mutaciones, originando virus intermedios y luego el VIH (Sepúlveda, Bronfman M, Ruiz Palacios G, Stanislawsky E, Valdespino J. 1989).

Según el doctor Gallo, la transmisión inespecifica del virus habria podido ser facilitada por el consumo de cerebro crudo, habitual entre ciertas poblaciones del Zaire. Sin embargo es necesario considerar al respecto, con cierta malicia, la posibilidad de relaciones sexuales zoolias (Fuentes Arias,1995).

Otra teoría relaciona la contaminación de un precursor del VIH en las vacunas de Sabin y Salk, contra la Poliomielitosis. Al cultivarse virus vivos atenuados en los riñones de los monos, podrían haberse filtrado cepas similares al VIH. Aunque no aplicada en mayor escala, una vacuna antipolio desarrollada por Hilary Koprowski, de Filadelfia fue probada en adultos y niños del Zaire, Ruanda, Burundi y Polonia.

Pero, desde el punto de vista genético, la cepa del Virus de Inmunodeficiencia Simiario (SIV), parece muy diferente como para haber evolucionado en el corto tiempo que medió entre los ensayos clínicos y la primera aparición del virus humano en el África. Tampoco coincidiría que de los dos tipos de VIH, el que se asemeja al SIV es el tipo 2, mientras el VIH-1 no parece tener semejanza. Por otro lado, en lo que dependa del tipo de administración de la vacuna -oral-, el VIH no parecería sobrevivir en intestino. La manera definitiva de probarlo sería volver a analizar los stocks originales de la vacuna contra la polio. Pero muchos investigadores se oponen (Billiet, 1995).

Otra teoría, también relacionada con monos, se refiere a una práctica sexual que se supone hubo y en la cual hombres y mujeres de las tribus que habitan en las orillas de los grandes lagos de África central, se colocaban sangre de mono en sus genitales y muslos (Medios Púb., Clarín, 1992: citado en Billiet, 1995).

Lo cierto es que el virus se descubrió a principios de la década de los ochenta, cuando los médicos observaron que es una enfermedad diferente a las que se conocían. Hoy se sabe que no es algo totalmente nuevo y que se inició en la humanidad hace por lo menos cuarenta años, ya que se han encontrado informes anteriores a la década de los ochenta de individuos que murieron con un cuadro similar aunque sin un diagnóstico preciso, por ejemplo:

-1959: En Zaire, se reportó un suero positivo a la prueba de anticuerpos contra el VIH, con confirmación de la misma, que se mantenía congelado desde finales de los cincuenta (Sepúlveda y cols., 1989).

-1969: Un adolescente de 15 años murió en San Luis Missouri, con un Sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas (op. cit.).

-Se reporta también la muerte de una familia noruega en 1976, una niña y sus padres, varias muestras extraídas del suero de los tres pacientes entre 1971 y 1973 se conservaron congeladas, confirmando los test de ELISA y Western Blot la presencia de anticuerpos anti VIH 1 en los tres miembros de la familia.(Ohta et al, 1989, Citado en González Sosa, 1996)

El primer anuncio oficial fue publicado por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Georgia en un boletín de Morbidity and Mortality Weekly Report describiendo cinco casos graves de neumonía entre 1980 y 1981, todos los enfermos eran hombres entre 29 y 36 años (edad en la que practicaban sexo con otros hombres) atribuyendo su neumonía al *Pneumocistis Carinii* (Grmek, 1992).

Por lo cual, sé tenía la fuerte sospecha de que la causa de la inmunodeficiencia adquirida era un virus transmitido mediante relaciones homosexuales. Posteriormente se notificaron casos similares en drogadictos intravenosos, lo común es que tenían afectado el sistema inmunológico de manera importante, por lo que se comenzaron a identificar y estigmatizar los dos grupos anteriores como "de riesgo". Para 1983 había ya otros afectados hombres bisexuales, personas originarias de ciertas regiones del orbe, receptores de transfusiones sanguíneas, hemofílicos, las parejas sexuales de los pacientes y algunos de sus hijos, por lo que se hacía evidente que existía otros grupos afectados (Sepúlveda y cols. 1989).

"Con una predilección exquisita por el humor negro, los epidemiólogos norteamericanos llamaron a los grupos particularmente expuestos al SIDA el club de las 4H: homosexuales, heroinómanos, haitianos y hemofílicos, algunos ponían en quinto lugar a las hookers (prostitutas)" (Grmek, 1992 p.63)

Para mayo de 1983, en el Instituto Pasteur de Paris, el grupo de Luc Montagnier logró aislar el agente de SIDA, identificándolo como virus asociado a linfadenopatía (LAV, siglas en inglés). En mayo de 1984, en el Instituto de Cáncer de los Estados Unidos, el doctor Gallo y colaboradores aislaron de pacientes con SIDA un virus al que denominaron HTLV-II. Previamente este grupo había aislado otros dos retrovirus humanos (García Huete, 1993).

En 1986 un comité de taxónomos de la Organización Mundial de la salud (OMS) propuso utilizar una sola denominación para el virus causante del SIDA: virus de inmunodeficiencia humana, cuyas siglas en español son VIH. Este nombre sustituyó a los anteriores.

Fue relativamente tarde, que se demostró la posibilidad de la transmisión del SIDA por relaciones heterosexuales. Desde 1984 se reconoció la importancia del papel de la prostitución femenina en la propagación

explosiva del SIDA en África ecuatorial. Entre 1981 y 1984, la proporción de mujeres enfermas pasó en Estados Unidos de 3 al 6.5%, en su mayoría eran toxicomaniacas por vía intravenosa. Pero la categoría de las mujeres infectadas por una relación heterosexual aumentaba constantemente (Grmek, 1992).

En 1985 se reportó el primer caso femenino en México, y en 1986 la relación de hombres y mujeres infectados era de 30 a 1. No obstante el impacto del SIDA en la población femenina mundial, las mujeres fueron ignoradas hasta hace muy poco en los estudios clínicos y las investigaciones epidemiológicas relacionados con ese pandemia. En 1986, los Centros para el Control de enfermedades de Estados Unidos establecieron los criterios clínicos que se usan internacionalmente para diagnosticar el SIDA. EN 1987 fueron actualizados y cinco años después se realizó la revisión más reciente.

Las mujeres infectadas desempeñan un papel epidemiológico capital al transmitir el SIDA a bebés. En 1982 se comprueba la aparición del SIDA en 4 niñas entre 2 meses y 4 años de edad (op cit)

### *1.2. Definición del VIH/SIDA*

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que produce el SIDA, pertenece al grupo considerado "lentivirus", por lo que necesita encontrarse dentro de una célula para poder multiplicarse. Tiene como ácido nucleico ARN, en lugar de ADN, así que para poder penetrar a las células que infecta necesita un mecanismo que transcriba al lenguaje ADN su carga expresada en términos ARN, esta tarea implica ir con la información en un sentido inverso en contraste con lo que es normal. Tal transcripción se encuentra a cargo de una enzima que posee el VIH la cual se denomina transcriptasa reversa.

Este virus disminuye y en ocasiones destruye el sistema inmunológico de la persona, por lo que pierde la capacidad de combatir enfermedades que se encuentran comúnmente en el medio ambiente y que no representan ningún peligro para los individuos sanos.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es la etapa final de la enfermedad provocado por el VIH, alude a un conjunto de 25/30 patologías, todas conocidas, que aprovechan la oportunidad de mayor inmunodeficiencia, para atacar al organismo.

El Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta en Georgia (CDC) ha sido el centro de referencia para los países desarrollados en cuanto a la definición operativa de caso de SIDA. En enero de 1993 ha redefinido el SIDA en adultos en los siguientes términos:

Cuando una persona seropositiva tiene menos de 200 linfocitos T CD4+ por centímetro cúbico (la cantidad de CD4+ está relacionada con el sistema inmune: cuando menor es su número, mayor es el daño de las defensas del organismo). El CDC añade en esta fecha a una lista de 23 indicadores la tuberculosis pulmonar, la neumonía bacteriana recurrente y el cáncer cervical invasivo (García Huete, 1993).

Con fines de vigilancia epidemiológica, el CDC determina que el caso de sida estará definido por la presencia de anticuerpos VIH+, menos de 200 CD4+ y al menos uno de los indicadores de la enfermedad (García Huete, 1993)

### *1.3. Medios de Transmisión*

El VIH es un virus poco resistente fuera del organismo humano, se encuentra principalmente en la sangre, el semen, el líquido preeyaculatorio, en los fluidos vaginales y en el líquido cefalorraquídeo.

Para que exista la posibilidad de contagio no solo es imprescindible la presencia de un virus; además es necesario que exista una vía de entrada al organismo, ya que por la piel intacta no se ha descrito ningún caso de transmisión aunque haya habido un contacto con el virus.

El VIH puede penetrar al organismo principalmente por tres vías (Hein, 1991: citado en Gonzalez, 1996):

#### *1. Por vía sanguínea*

La vía sanguínea es una de los factores de transmisión del VIH importante, que ha afectado a dos grandes colectivos de la población: a los receptores de sangre y homoderivados, así como a los usuarios de drogas por vía intravenosa que han compartido jeringuillas con personas infectadas por el VIH. En esta categoría se encuentran aquellas personas que se accidenten con material punzo cortante contaminado.

El trasplante de un órgano tomado de un infectado es una posibilidad similar a la de la transfusión.

## 2. Por vía sexual

Por medio de relaciones sexuales con una persona infectada, si las relaciones son heterosexuales (pene-vagina) la infección se adquiere por medio de la eyaculación del semen contaminado a través de lesiones o úlceras de la vagina o directamente penetrando en las células que recubren las paredes de la vagina. Asimismo la mujer infectada puede contaminar a un hombre a través de las secreciones de la vagina o cuando entra en contacto con el pene, también en el transcurso de la relación sexual a través de lesiones o cortadas en el pene o por medio de la uretra.

A través del coito anal, ya sean relaciones heterosexuales u homosexuales cuando el pene del varón penetra el recto de su pareja, cabe aclarar que ésta es una de las prácticas sexuales de mayor riesgo debido a que la mucosa rectal suele desgarrarse levemente y los vasos sanguíneos quedan expuestos a las células infectadas del semen. El VIH penetra con más facilidad a las células del intestino grueso que a las células de la vagina y pene debido a que el tejido que recubre el intestino grueso es muy delgado y se rompe con facilidad.

En cuanto a las relaciones sexuales orales, fellatio y cunnilingus, sean realizadas entre personas del mismo sexo o de diferente sexo se consideran como factores de riesgo menor que las anteriores. Se puede transmitir si uno de los miembros de la pareja tiene una herida abierta (p.e. herpes en los labios) y/o encías fácilmente sangrantes, por lo que se debe evitar que la sangre o el semen del otro se ponga en contacto con la herida.

## 3. Por vía perinatal

Los datos actuales demuestran que la probabilidad de transmisión del VIH de una madre infectada al feto, bien durante el embarazo o durante el alumbramiento es de aproximadamente un 25-30 por ciento. Porcentaje que se reduce hasta el 8.3% cuando la mujer embarazada recibe tratamiento (Torres García, 1999). De igual forma dependiendo de ciertas condiciones, las probabilidades pueden ser mayores; existen factores a tener en cuenta, como el tiempo que lleva la madre infectada, el estado inmunológico y de salud general de la madre, así como las posibles infecciones. La leche materna tiene el 20% aprox. de probabilidad de transmitir el virus (García Huete, 1993).

#### **1.4. Las Etapas Evolutivas de la Infección**

Una vez dentro del cuerpo el virus pasa a la sangre y entra a los macrófagos y a los linfocitos; entonces, los linfocitos B producen anticuerpos contra el VIH, y estos son los que se detectan cuando se hacen pruebas de laboratorio para saber si se está infectado. El tiempo en que tardan en aparecer estos anticuerpos varía pero, en promedio es de 8 semanas. Lo cual quiere decir que a partir del día en que entró el virus al cuerpo tardará ocho semanas para que el resultado de una prueba de positivo. Esta infección pasa por varias etapas (Sepúlveda y cols, 1989):

##### **Etapas 1. Infección aguda o Seroconversion.**

Cuando el virus entra al cuerpo se habla de infección aguda, pocas personas presentan esta etapa, que se caracteriza por la presencia de fiebre, malestar general, dolores musculares y/o crecimiento de ganglios. Se puede confundir con cualquier otra infección viral como la gripa y unas semanas después desaparecen todas las molestias. A partir de esta fase ya se pueden infectar a otras personas.

En otros casos, la infección por VIH no se hace manifiesta más que por el hecho de que los exámenes para detección de anticuerpos se vuelven positivos. Se denomina seroconversión al momento en que el paciente previamente negativo se torna positivo.

##### **Etapas 2. Infección Asintomática o de Latencia.**

Es la etapa en que se conoce al paciente como portador asintomático o seropositivo, no tienen ninguna manifestación clínica, y en ellos la infección es únicamente detectable por medio de pruebas serológica que detecten los anticuerpos contra el VIH. En esta fase el virus puede estar "dormido" o poco activo. El tiempo que dura esta etapa es muy variable, por lo que el portador puede estar aparentemente sano durante años.

##### **Etapas 3. Linfadenopatía Generalizada persistente relacionada con el VIH.**

El término linfadenopatía se refiere a enfermedad en los ganglios linfáticos, que habitualmente se manifiesta por crecimiento, dolor y cambios en la consistencia de los mismos al tacto.

Esta etapa puede ser seguida de una nueva infección asintomática o latencia, puede también superponerse al final con otras manifestaciones de la infección, en este caso se entra al periodo que sigue.

#### Etapa 4. Otras enfermedades relacionadas con el VIH/ SIDA.

En el grupo IV de la clasificación de los CDC se incluye a aquellos pacientes que tienen evidencia de inmunodeficiencia grave y persistente. La clasificación de los CDC permite establecer las diferentes manifestaciones del SIDA de acuerdo al proceso que las causa. Sin embargo, los pacientes no tienen una sola manifestación, y por ello podrían ser incluidos en más de un grupo.

Subgrupo A. Enfermedad constitucional (síndrome de desgaste).

Subgrupo B. Enfermedad neurológica

Subgrupo C. Infecciones secundarias

C1 Infecciones clásicas del SIDA

### ***1.5 Tratamientos***

Siendo esta una enfermedad nueva, los científicos se han dado a la ardua tarea de formular tratamientos efectivos contra este virus, el cual representa uno de los retos más grandes de la terapéutica moderna.

Actualmente no hay ningún tratamiento, ni tradicional ni alternativo que cure el SIDA. El virus sufre mutaciones frecuentes, lo que limita el éxito de las vacunas en estudio. Por esta razón, las estrategias terapéuticas actuales se dirigen a retrasar la progresión de la enfermedad en los pacientes infectados y a alterar o impedir el ciclo vital del virus y, así mejorar la supervivencia y la calidad de vida.

De esta forma y hasta el día de hoy se han usado como tratamiento los antiretrovirales e inhibidores de proteasa de manera efectiva, los cuales de manera óptima deben de ser combinados con una alimentación balanceada que provea al cuerpo de los nutrientes necesarios para combatir de manera natural al virus fortaleciendo el sistema inmune.

El tratamiento se basa en:

a. Evitar que el virus se multiplique, y con ello detener o retrasar la enfermedad

b. Mejorar las defensas que detienen la multiplicación del virus

c. Evitar otras afecciones por gérmenes oportunistas que se presentan al bajar las defensas.

Los medicamentos actualmente disponibles en nuestro medio que retardan la aparición de la enfermedad son:

Zidovudina AZT  
ddi (Videx)  
ddc (Hivid)  
3TC (Epivir)  
d4T (Zerit)  
Indinavir (Crixivan)  
Ritonavir (Norvir)  
Saquinavir (Invirase)  
Interferon (Intrón-A)

#### Retrovirales

La azidotimidina es un nucleótico que fue diseñado en los años sesenta por el doctor J:P. Horwitz para ser utilizado como tratamiento contra el cáncer. Sin embargo, este medicamento nunca pasó las fases experimentales in vitro. Ostertag en 1980 demostró su actividad inhibitoria del retrovirus denominado FL.LHV (del inglés "Friend lymphatic leukemia helper virus") (Sepúlveda y cols., 1989).

Así el AZT fue el primer análogo de los nucleósidos que se investigó en los pacientes con infección por VIH. Los ensayos iniciales revelaron que la ZDV reducía la incidencia de infecciones oportunistas y neoplasias en los pacientes con SIDA o complejo relacionado con el SIDA, mejorando la supervivencia y calidad de vida del enfermo. Sin embargo este medicamento no suprime por completo la replicación del virus, por lo que la enfermedad acaba progresando a pesar de él tratamiento continuado.

La zalcitabina (didesoxicitidina, ddc), es otro análogo a los nucleósidos con propiedades inhibitorias frente a la transcriptasa inversa. Por igual la didesoxiinosina (ddi) es otro análogo en el tratamiento.

La infección por VIH sigue un curso indefinido, por lo que un requisito indispensable en cualquier tratamiento que pretenda suprimir la replicación vírica es su administración crónica.

Parece razonable admitir que la combinación de ciertos fármacos puede resultar más eficaz en el tratamiento de la infección por VIH que la monoterapia. Para que el tratamiento de combinación resulte eficaz, debe de reunir ciertos criterios: que los fármacos no muestren resistencia cruzada, que muestren un efecto sinérgico o por lo menos aditivo y en ningún caso antagonista.

## **Inhibidores de proteasa**

Los inhibidores de proteasa forman parte de una nueva clase de fármacos diseñados para el tratamiento de la enfermedad del VIH. Los inhibidores de proteasa son más eficaces que los fármacos antivirales previamente aprobados, otra ventaja es que en general carecen de toxicidades serias.

Los inhibidores de proteasa inhiben la acción de una de las enzimas que el VIH utiliza para reproducirse, la enzima proteasa se analiza únicamente en las células infectadas por el VIH. El empleo de los inhibidores de proteasa resulta en la formación del virus defectuoso incapaz de infectar a otras células.

### **La resistencia al tratamiento:**

La resistencia se refiere a la capacidad de un organismo como el VIH para superar los efectos supresores de un fármaco que anteriormente impedía la propagación y replicación patogénica. El VIH desarrolla la resistencia a los fármacos a través de mutaciones de áreas específicas de su materia genética. La resistencia opuesta ocurre cuando la resistencia viral a un fármaco confiere la resistencia a otro fármaco, aun si no se ha empleado el segundo fármaco.

## ***1.6 Epidemiología en México***

El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983, en extranjeros residentes en este país, sin embargo, mediante las técnicas de interrogatorio y análisis retrospectivo, se ha documentado que el inicio del padecimiento fue en realidad en 1981 (SIDA ETS, CONASIDA 1998).

En 1986 se creó en México el Comité Nacional de Prevención del SIDA, CONASIDA, con el objeto de evaluar la situación nacional en lo concerniente al SIDA y a la infección por VIH, así como de establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control; y coordinar la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control apropiadas, teniendo en cuenta otros problemas prioritarios y los recursos de salud del país. (Sepúlveda y cols.1989)

Para 1987, el SIDA se convierte en nuestro país en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica, la notificación de casos adquiere un carácter obligatorio e inmediato, un año después se modifica la ley de salud estableciéndose obligatoria la prueba de VIH en toda sangre que se transfundía.

De este modo desde el inicio de la epidemia y hasta el 10 de enero de 1999, se han registrado de manera acumulada 38,390 casos en nuestro país, sin embargo esta cifra constituye sólo una aproximación a la magnitud real de la epidemia, debido a los fenómenos conocidos como retraso en la notificación y subdiagnóstico. El primero se refiere a los casos de SIDA ocurridos en un año determinado, que son notificados después de varios meses de ser diagnosticados; mientras que el segundo caso está determinado por el número de casos que no son objeto de reporte epidemiológico. (Torres García, 1999).

La forma y las características de la epidemia actual son resultado de diferentes epidemias que ocurren en la población mexicana. Existen varios patrones de transmisión y sub epidemias en cada región del país, que se dan de forma distinta, dependiendo de la cultura, valores condiciones sociales, dinámica sexual y situación socioeconómica de los involucrados. (SIDA ETS, CONASIDA 1998)

En México se han registrado 38,390 casos hasta enero de 1999, para este año nuestro país ocupaba el tercer lugar en América y el Onceavo a nivel mundial en el número de casos de SIDA informados, existiendo un caso femenino por cada seis casos masculinos, cerca del 70% de las mujeres infectadas se encuentra entre los 15 y 44 años de edad. Esta situación establece que la posibilidad de embarazo en las mujeres seropositivas sea alto (Torres García, 1999).

En los hombres, la principal vía de transmisión es la vía sexual y en menor medida la transmisión sanguínea; en las mujeres, en un inicio la transmisión fue sanguínea y ahora heterosexual; y en los menores de 15 años, grupo en el que inicialmente la transmisión también fue sanguínea, ahora es perinatal y en mucho menor medida la sexual. (SIDA-ETS, CONASIDA 1999)

Para el 2º trimestre del año 2000, el número de casos pediátricos en nuestro país (menores de 15 años), representaba el 1.4 % del total de casos de SIDA (SIDA, ETS, 2º trimestre/2000), de los cuales 50% lo adquirió por vía perinatal. Este tipo de transmisión tiene su origen en la madre embarazada

infectada que transmite el virus al producto por nacer. Los estudios centinela realizados en embarazadas de la población general que acuden a cuidados prenatales revelan que la prevalencia se ha incrementado en los últimos años.

“Un importante factor a considerar es que los casos de SIDA clínico son tan solo una fracción del total de la población infectada por el VIH, encontrándose una gran proporción de estas mujeres en edad reproductiva. Ello implica en consecuencia, importantes repercusiones de esta infección en los resultados perinatales” (Torres García., 1999, p.2)

Ahora bien, en México la transmisión de SIDA ha aumentado en estratos sociales menos favorecidos económicamente y se ha adentrado en las comunidades rurales, en donde la ignorancia y el analfabetismo entre otros problemas sociales de estas comunidades agravan el problema.

### *1.7 Aspectos Psicosociales*

Es útil reflexionar sobre la trascendencia de decir que una persona es portadora del VIH o que tiene SIDA, y que esto es "infeccioso", ya que dentro de este contexto se aísla a las personas y se fomenta la marginación, por miedo a la infección e ignorancia, por ser una enfermedad que expone a los ojos del mundo la intimidad de los individuos, por exponer la sexualidad.

Por ello se debe comenzar comprendiendo lo que tantas veces se ha dicho el VIH/SIDA es un problema que atañe a todos, involucra no sólo a un individuo, trasciende más allá a su pareja, a los hijos, a sus padres, hermanos, familiares, amigos, vecinos y más aun a profesionales de la salud. En resumen trasciende a todos, y comienza la mayoría de las veces por la unidad básica de una sociedad: la familia.

Desde el momento en que se le informa a una persona que se encuentra infectada, esta experimenta diversas reacciones psicológicas, ahora se confrontará con aspectos importantes que determinaran en mucho el curso de su vida, entre ellos se encuentra la sexualidad, el contagio y la muerte.

Los factores que explican las alteraciones pueden concretarse en dos categorías, consecuencias psicosociales y consecuencias psicológicas individuales.

#### *1. Consecuencias Psicosociales*

Desde que nacemos nos encontramos inmersos en la sociedad y en ella, históricamente las enfermedades siempre han causado temor, aun mayor cuando se desconoce sobre éstas, ya que no se sabe como enfrentarlas, protegerse de ellas o curarlas.

En la antigüedad este temor se presentó sobre todo en las epidemias, así sucedió con la viruela, el cólera, la lepra y la fiebre amarilla enfermedades a las que se les llamaba, de manera genérica "pestes".

Por miedo al contagio muchas personas que sufrían enfermedades eran tratadas mal y se les hacía sentir culpables de su enfermedad ya que se les relacionaba a los malos espíritus, la posesión del demonio y el castigo divino por un mal comportamiento se les torturaba, y rechazaba.

Ahora el VIH nos recordó nuevamente nuestra vulnerabilidad y al igual que anteriormente se ha estigmatizado causando connotaciones negativas. Por otra parte colgarle la etiqueta de "contagioso" implica un gran contenido emocional que quiere decir rechazo, estigmatización, culpa y disminución de apoyos.

El paciente con VIH tiene que enfrentarse con diversos aspectos pertenecientes al marco de lo social, los cuales desencadenan reacciones psicológicas en torno a la ansiedad y la depresión (Sepúlveda y cols. 1989).

Dentro del nivel social se encuentran los alejamientos de personas del entorno, posible rechazo de pareja, así como discriminaciones laborales, esto va a influir en la génesis y mantenimiento de los procesos emocionales. La interacción del paciente con su medio tanto laboral como familiar queda circunscrito a la capacidad de todos para convivir sin miedo y sin culpa ante las posibilidades de infección.

La evaluación del contexto social ayuda a determinar los desencadenantes de la ansiedad y a plantear medidas terapéuticas acordes con esta situación; no son lo mismo la duración ni la intensidad de una reacción de ajuste ansioso en pacientes con adecuado o inadecuado soporte social. Con relación a lo anterior, se ha hecho manifiesta una actitud negativa adaptativa que permite al paciente mantener una situación social tolerable. Las emociones o sentimientos como la ira, el rechazo, la culpa, el miedo, la desesperanza y el abandono van a influir en el desarrollo de síntomas psicológicos en el paciente, que imposibilitarán su proceso de adaptación. Aquellos pacientes que tienen un soporte social y familiar adecuado presentan menos negación.

"Es importante señalar que las reacciones emocionales secundarias a los factores sociales en un inicio son vividas como carencias reales, independientemente de que exista y esté presente el soporte psicosocial mencionado, ya que ante el impacto de la enfermedad se produce en la mente del paciente una situación catastrófica que facilita el caos y la desintegración,

expresados por pensamiento mágico e ideas delirantes con relación a la enfermedad." (op cit p.194).

El posible rechazo o el rechazo real al que se ven sometidos facilita la aparición de conductas de ocultamiento, ya que además de la enfermedad en si se pueden producir pérdidas importantes para la vida de la persona.

El entorno familiar es una de las mayores fuentes de apoyo para la persona infectada y por supuesto, dependiendo del estilo de relaciones previo a la infección, surgen una serie de temores ante la idea de dar la noticia, que se resume en dos aspectos básicos 1)Temor a causar dolor o angustia en sus familiares. 2)Temor a no encontrar una respuesta de apoyo, o miedo en la relación por miedo infundados de posibles infecciones Si la persona tiene pareja estable y desconoce que el sujeto es seropositivo, se pueden producir los mismos temores mencionados, añadiendo la posibilidad de contagio, si no se toman medidas de prevención

"La evaluación del marco social puede ayudar a determinar el fondo a partir del cual se pueden desarrollar ciertos síntomas psicológicos en los pacientes infectados por VIH de tal manera que se pueda tomar una actitud terapéutica adecuada que ayude a subsanar las fallas ejercidas por la sociedad en estos pacientes. Lo anterior toma una importancia central en la población infantil, ya que la imposibilidad del cuidado paternal obliga a dar sustento sociofamiliar a este grupo pediátrico "(Sepúlveda y cols 1989 p 195)

La existencia de apoyos sociales es un factor relevante en la infección por VIH, la pérdida de estos apoyos puede llegar a convertirse en un cofactor para el desarrollo de la enfermedad. No se puede descontextualizar a los individuos de su medio ambiente social ya que tanto aquellos que pertenecen a grupos con practicas de riesgo como los que se encuentran en grupos con menor probabilidad de contraer el SIDA son seres humanos que viven en una sociedad históricamente determinada y forman parte de un grupo social específico. Las características socioculturales del grupo al que pertenecen puede facilitar o dificultar la comunicación entre los miembros de la familia (Sepúlveda y cols 1989)

## 2. Consecuencias Psicológicas individuales:

Al presentarse una enfermedad en la vida de un individuo llámese esta SIDA, cáncer u otras se presenta un gran reto para la integridad psicológica del individuo, normalmente se presentarán situaciones de crisis ante la pérdida de la salud, que encara directamente al paciente con la muerte.

En este caso el diagnóstico de seropositividad provocará una situación de estrés y ansiedad en el paciente, de tal forma que en ocasiones cuando la persona recibe el resultado positivo puede quedar en un estado ansioso que puede durar minutos o toda la sesión de consejería, la persona por lo tanto muchas veces no podrá absorber más información.

Una vez pasada esta etapa inicial, la persona se sentirá emocionalmente abrumada y pueden llegar a tener la sensación de pérdida del control, seguida por una sucesión de pensamientos y preguntas.

Miller en 1989 reporta diferentes reacciones psicológicas por las que atraviesa una persona seropositiva al VIH o con SIDA, estas son las siguientes:

\*Ansiedad y estrés siempre serán experimentados por una persona que padece VIH/SIDA y que se debe a varios factores como son:

- El riesgo de infección que ellos implican para otros y que otros representan para ellos
- Ser abandonado y quedarse sólo en su dolor
- Hostilidad, rechazo social, profesional, doméstico y sexual.
- Incapacidad para modificar su condición
- Incertidumbre de la mejor salud física posible en el futuro.
- Posible aparición de infecciones nuevas o repetidas
- La incapacidad de quienes ama para afrontar sus problemas
- Resultado final de su infección a corto y largo plazo
- Disponibilidad del tratamiento médico y dental
- Ser identificado como homosexual o toxicómano
- Posible pérdida de privacidad y confiabilidad
- Decreciente capacidad para enfrentar el futuro
- La pérdida de la independencia física y económica

“Con tantas preocupaciones que surgen por el diagnóstico o un resultado de anticuerpos positivos, no sorprende que en ocasiones haya reacciones físicas y emocionales abrumadoras. El hecho importante sobre las reacciones de ansiedad es que puede ser que quienes la sufren piensen erróneamente que están empeorando mucho más físicamente por la infección, cuando en realidad es la ansiedad la que origina las complicaciones” (Miller, 1989, p.69)

\*Depresión, es una de las reacciones más comunes en seropositivos VIH, en especial al periodo siguiente al descubrimiento a la infección, pero algunas de las razones más comunes descritas por pacientes incluyen:

-La "inevitabilidad" aparente de la declinación física y la futura mala salud.

-La falta de una curación, que origina un sentimiento de desesperanza.

-Las limitaciones que la infección, la enfermedad o ambas pueden causar en el estilo de vida de una persona.

-Rechazo social, profesional, emocional, sexual, actual o anticipado.

Además el paciente puede sentirse víctima del destino, en estas circunstancias con frecuencia surge la pregunta ¿por qué a mí?. El enojo también es un sentimiento frecuente cuando se sienten incapaces de hacer todo lo que hacían y por ver que ahora dependen de otros.

Se pueden presentar también otras reacciones de duelo que viven comúnmente los pacientes que enfrentan una enfermedad terminal.

La doctora Kubler Ross, 1985 diferenció cinco fases por las que pasa el paciente terminal, estas son negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Todas estas fases tienen un carácter adaptativo y se desarrollan indistintamente, sin seguir un orden.

En la negación, el paciente anula de su conciencia la realidad dolorosa, no cree la información y se resiste a aceptar su condición. Por ejemplo aquellas personas que forman parte del grupo de alto riesgo por sus actividades sexuales, y que no saben que están infectados por el virus, están inmersos en una negación que facilita que sigan desarrollando sus actividades cotidianas de una manera aparentemente normal.

La ira supone la reacción de sentimientos de culpa, demandas fuera del alcance del paciente, rupturas agresivas con la gente, sean estos familiares o médicos. La contención que reciba ayuda a disminuir estos sentimientos, en esta etapa el paciente debe tener la seguridad de que cuenta con un soporte.

La negociación es una forma de adaptación que trata de subsanar las culpas, con el fin de alimentar las esperanzas. En esta fase se hacen intentos por recuperar la salud mediante el pacto con fuerzas superiores que concedan el bienestar del individuo.

La fase depresiva supone la evidencia por parte del paciente de su realidad, implica la disminución de la negación y permite un trabajo terapéutico que de opciones reales al paciente, de tal manera que se pueda llegar a la aceptación de la enfermedad. La adaptación de los pacientes va a depender en mucho del soporte social.

Otro punto de vista en las etapas del proceso de morir pero desde el punto de vista tanatológico lo presenta el Doctor Alfonso Reyes Zubiria que basándose en su experiencia en la coordinación de un Departamento del Hospital de Tanatología describe las emociones que el mexicano vive en su proceso de morir, partiendo de que estas son diferentes de las que sufre el sajón considerando dos factores: el sentido de familia que tiene el mexicano y su sentido de religiosidad. De esta forma considera que se presentan cinco emociones:

Angustia, Frustración, Culpabilidad, Depresión y finalmente Aceptación.

### 1. Angustia:

La define como miedo al futuro, en cual se encuentra presente en el enfermo terminal, lo mismo que en sus familiares desde que conocen su enfermedad, hasta casi el final.

Esta angustia es miedo al futuro, miedo al dolor, miedo a los tratamientos, miedo a las reacciones secundarias, miedo a la situación económica, miedo a hacer sufrir a los que ama, miedo a la muerte, miedo a todo. Y con el miedo al futuro aparecerá la autocompasión

Por la angustia el paciente vivirá una regresión, buscando la protección de su mamá como si fuera niño de nuevo. La madre siempre tiene un lugar muy especial en el sentimiento del enfermo terminal. El doctor Reyes piensa que quizá tenga esto que ver con el concepto de familia y de madre que tiene el mexicano

### 2. Frustración

Esta emoción significa un sentimiento mayor, aparece cada vez que se es consciente de la presencia de la muerte, en uno mismo y en el ser querido más aun si se acepta que ya no hay tiempo, y sobre todo, cuando se siente la impotencia. Y, ante la muerte todos nos sentimos impotentes

La frustración se manifiesta de dos maneras: rabia y tristeza. A veces la rabia va dirigida contra dios, sin embargo el doctor Reyes considera que el mexicano más que rabia manifiesta tristeza. Y la tristeza es un dolor, no físico sino mental, mientras uno espera que suceda algo desfavorable vive en estado de ansiedad. Cuando el daño ya esta hecho se experimenta la tristeza. Los pensamientos dolorosos buscan nuevas ideas como si quisieran ser reemplazados. Muchos no quieren platicar o compartir su alegría por un temor supersticioso de que termine (Reyes, 1991)

### 3. Culpabilidad:

Esta emoción es más dolorosa y persistente que las anteriores, cuando se vive la angustia causada por la enfermedad terminal que padece uno mismo. En este caso podríamos hablar de la culpa de haberse infectado en el caso de haber podido evitarlo.

### 4. Depresión:

Tanatólicamente hablando hay más de tres tipos

La reactiva: respuesta a las pérdidas sufridas.

La depresión anticipatoria

La depresión ansiosa: En las familias mexicanas, esta depresión es muy común significa una guerra total, interior como si la persona sufriera la presencia de dos yos contradictorios, una que quiere morir (depresión) y otro que anhela vivir (ansiedad). Cuando aparece esta depresión brotan necesariamente todas las emociones ya trabajadas anteriormente, pero con mayor fuerza.

### 5. Aceptación

Aceptación es la última de esta cadena de emociones "La aceptación es verdadera cuando, para decirlo con palabras religiosas, el enfermo es capaz de decir un si a la voluntad de Dios." (Reyes Zubina, 1991 p 96).

La aceptación es activa, la resignación es pasiva, "y estamos de acuerdo en que la muerte es el acto más trascendental en la vida del ser humano, entonces debe de llegar a ella no con la pasividad de la resignación, sino con el compromiso activo de la aceptación" (op. cit, 1991 p 97)

Las etapas o emociones descritas aquí se encuentran en orden, pero no necesariamente se viven de esa manera, además el paciente puede pasar varias veces por una etapa ya vivida

Por último, aunque el impacto inicial de la noticia de un resultado positivo de la prueba inevitablemente coloca a la persona en una situación de crisis, está es normal y generalmente desaparece después de cierto tiempo. El poner en contacto a una persona con VIH con otras personas infectadas que tienen una actitud positiva constituye una manera útil de demostrarle al paciente que la crisis inicial pasara y que se puede adoptar una actitud constructiva en el proceso de enfrentarse con las realidades de la enfermedad.

Por todo lo anterior es necesario conocer más respecto al VIH en términos psicológicos, conocer para ayudar y prevenir, sobretudo por que las investigaciones se han centrado básicamente en la población adulta, dejando a un lado a los niños que son un sector muy importante afectado por el VIH

En el caso de los niños casi se desconoce como viven el proceso de saberse infectados y todo lo que conlleva este problema, como son entre otros el abandono y orfandad en familias que en muchas ocasiones previamente presentaban ya disfunciones familiares.

Aunque es cierto que se pueden extrapolar algunas investigaciones realizadas con niños que padecen enfermedades terminales, también es cierto que es mejor conocer e investigar a la población afectada para no caer en errores de supuestos. Sin embargo, para investigar y estudiar a los niños debemos hacerlo sin olvidar el contexto social en que estos viven, en primera instancia su familia ya que esta forma el núcleo más cercano del niño y contribuye en mucho en la manera en que este afrontara sus problemas, y en el caso del VIH la familia o al menos los padres serán los responsables directos (en el caso de transmisión perinatal) del padecimiento de su hijo.

## CAPITULO 2

### LA FAMILIA Y EL NIÑO INFECTADO

#### *2.1 Definición y Tipos De Familia.*

La familia es un fenómeno histórico que puede considerarse un fenómeno social, en general podemos referirnos a ella como un sistema abierto donde las interacciones entre sus miembros tienden a mantener patrones estables de comportamiento que varían para adaptarse a los cambios en el entorno y a los cambios de los miembros que la componen

Podemos referirnos a ella como una unidad de personas en interacción cada una de las cuales ocupa una posición dentro de la familia definida por un determinado número de roles percibiendo el individuo las normas y expectativas de roles de los miembros del grupo familiar y a través de éste, el sistema social entero incluyendo expectativas de los roles de los otros miembros de la familia, las disposiciones subjetivas, las definiciones de las situaciones y los mecanismos de mantenimiento del sistema, es decir, todos los elementos que actúan como mediadores para transformar la estructura familiar en un comportamiento abierto (Michel, 1991, Citado en González Sosa, 1996)

Ackerman (1971), menciona que la familia es el producto de la evolución y la define de la siguiente manera " Es una unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde dentro como desde fuera. En sus relaciones externas debe adaptarse a las costumbres y normas morales prevalecientes y debe de hacer conexiones amplias y viables con fuerzas raciales, religiosas sociales y económicas. La familia debe de aceptar dentro de ella las condiciones de las ligaduras biológicas básicas de hombre y mujer y de madre e hijo " (p. 37)

De esta forma la familia es una especie de unidad de intercambio, los valores que se intercambian como son el amor y bienes materiales. Para Ackerman la familia posee una historia natural propia de su vida, germina, nace, crece y se desarrolla, posee una capacidad para adaptarse al cambio y a las crisis, atraviesa por una lenta declinación para posteriormente disolverse la familia vieja dando paso a la nueva. En todo este desarrollo hay periodos críticos en los que el vínculo de la familia misma puede fortalecerse o debilitarse

Minuchin (1977) por su parte considera a la familia como un grupo social natural que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y exterior. Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia.

Según este autor las funciones de la familia sirven para dos objetivos distintos. Uno es interno, la protección psicosocial de sus miembros; el otro externo, la acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura.

Otra importante labor de la familia es imprimir a sus miembros un sentido de identidad, el cual se encuentra influido por su sentido de pertenencia a una familia específica, pero también se encuentra influido por su sentido de pertenencia a diferentes grupos.

Algo que toma importancia en una familia es su estructura la cual se define como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan las formas en que los miembros de la familia interactúan. Para Minuchin los subsistemas principales son el matrimonial, el parental y el fraternal. En una enfermedad como el SIDA, los tres subsistemas se dañaran y tendrán que readaptarse a las exigencias de este padecimiento, aunque es importante agregar que muchas de estas familias eran disfuncionales desde antes de que el VIH/SIDA apareciera en sus vidas.

En cuanto a los tipos de familia Schlesinger, 1979 (citado en González Sosa, 1996) define los siguientes tipos de familia

- La familia nuclear que consiste de esposo, esposa e hijos
- La pareja sin hijos que consiste de esposo y esposa
- Familias con solo padre o solo madre.
- Familias con hijos adoptados, consiste de esposa y esposo con hijos adoptados
- Familias reconstituidas, consiste de segundos matrimonios o familias mezcladas
- Familias comunales consisten de un grupo de familias con hijos y adultos solteros

En este caso el VIH no respeta el tipo de familia al cual pertenecen los infectados, ya que se presenta por igual en familias nucleares, en parejas sin hijos, en familias con un solo padre, en familias reconstruidas, e igualmente en

familias con hijos adoptados, en estas últimas el niño contrajo el VIH por la madre biológica, manifestándose hasta que el pequeño ya había sido adoptado o bien, ser adoptado sabiendo de antemano el padecimiento del niño aunque esto último son casos excepcionales que se presentan pocas veces.

También existen otros dos tipos de familia que son la nuclear y la extensa. La familia nuclear la constituye el padre, la madre y los hijos; la familia extensa se encuentra comprendida por los familiares del padre y de la madre, esta familia suele brindar en la mayoría de los casos apoyo a la familia nuclear en los momentos de crisis.

Es importante mencionar a la familia extensa ya que en México ésta cobra mucho más relevancia en los siguientes casos:

- Muerte de uno de los integrantes de la familia nuclear
- Abandono y/o ausencia de uno de los padres
- Enfermedad crónica o terminal.
- Muerte de ambos integrantes de la familia nuclear

Este último ejemplo es el caso del VIH/SIDA, que es considerada como una enfermedad crónica terminal, y ante la cual generalmente se recurre a la familia de origen

En la mayoría de los casos después del momento de crisis posterior a la noticia las familias extensas, (sino ambas por lo menos una) termina siendo una gran fuente de apoyo, generalmente la familia nuclear regresa con una de las familias de origen, y son estas las que en última instancia terminan como responsables de los niños al fallecimiento de los padres biológicos o cuando estos se encuentran en fase terminal.

Debido a que generalmente los abuelos de los niños infectados, por su edad o momento de vida (entendiendo por este que esperan que los hijos emigren y no que regresen), muchas veces no pueden hacerse cargo de los niños son los tíos quienes se harán responsables de los pequeños. Otro caso que puede presentarse si existen varios niños que han quedado huérfanos de padres es que algún familiar se quede con los que no presentan la infección y otro con el que si la presenta o que tiene altas probabilidades de presentarla.

En el caso de orfandad si no existe quien se haga responsable de los niños sea por la edad de los abuelos o por que nadie quiera o pueda hacerlo se contemplara que los niños vayan a una casa hogar con niños en circunstancias similares y en donde se proporcionara el cuidado sino, adecuado por lo menos el necesario

Los eventos que se mencionan van a generar dentro del sistema familiar un cambio tanto interno como externo. El cambio interno se dará principalmente por el sufrimiento y la angustia constantes así como por la posible limitación de las capacidades del enfermo que tendrá que ser atendido y provocará por tanto toda una nueva adaptación familiar.

El cambio alrededor se dará en parte por la incorporación del equipo médico o del sistema hospitalario, pero, también se modificará dependiendo de las actitudes de los otros hacia la familia, entendiéndose como otros a la sociedad en la que nos encontramos inmersos en la vida cotidiana.

Es importante mencionar que los cambios que se producen en el interior de la familia dependerán en gran medida de las características propias de éstas.

## ***2.2. La familia Frente a la Enfermedad.***

La aparición de una enfermedad crónica en la familia va a traer consigo un desequilibrio en la homeostasis familiar, ya que en la mayoría de los casos es repentina y atemorizaste tanto para el paciente como para la familia.

Los integrantes de la familia tenderán a sufrir ansiedad y desamparo, sobre todo considerando que el diagnóstico de una enfermedad terminal y la subsecuente muerte inminente generan un gran impacto psicológico, por lo cual la familia en muchas ocasiones tenderá a enfocarse en los problemas subsecuentes a la enfermedad como una necesidad para sobrevivir y funcionar en la vida cotidiana.

Por otra parte, el diagnóstico y tratamiento va a afectar a los familiares de manera diferente dependiendo del miembro que sea el enfermo crónico o terminal.

En el caso de un niño habrá puestos sobre él toda una serie de expectativas y sueños respecto al futuro; los padres la mayoría de las veces desean que sus hijos realicen todo lo que ellos no pudieron lograr, y ven en sus hijos una prolongación de su propia existencia, misma que en este caso se verá truncada. Por tanto los padres perciben frustradas sus capacidades de proteger y criar a su hijo por una enfermedad sobre la cual no tienen control. En general se puede decir que el sufrimiento de un niño es algo que nos enfrenta a nuestra propia muerte, a la impotencia ante la enfermedad y a la poca oportunidad de haber vivido.

Los hermanos de un niño enfermo también se verán afectados, en su caso será principalmente por dos aspectos el primero es la posibilidad de perder a su hermano y el segundo, que puede darse simultáneamente es la reducción importante de la atención de sus padres, o inversamente, que la mayor parte de la atención se vuelque en él y no en su hermano enfermo. Esto se puede deber a que los padres pondrán en el niño sano todas las expectativas que su hermano no podrá lograr, o bien que quieran brindarle al enfermo todo lo que no podrá disfrutar como una manera por así decirlo de recompensarlo (Kübler Ross, 1985).

Cuando son uno o ambos padres los enfermos las implicaciones serán también graves, ya que esto implica contemplar la posibilidad de que sus hijos queden desamparados, y por supuesto de que su proyecto de vida tendrá que reajustarse total o parcialmente de acuerdo a la enfermedad.

En el caso del VIH/SIDA las implicaciones afectan a cada uno de los miembros de la familia, a las madres, esposos y niños, así como en la familia extensa, por ejemplo la madre infectada por el VIH debe de enfrentarse a su propia muerte, a la de su bebé y a la de su pareja quien en la mayoría de las ocasiones se encuentra también infectado, quizá tendrá sentimientos de culpa al saberse responsable de la infección de su bebé, y por otra parte muy probablemente experimente sentimientos ambivalentes hacia su pareja que irán desde la frustración y enojo hasta el deseo de protegerlo, esto también puede ocurrir inversamente en el caso de que la mujer sea la primera persona infectada.

Están también los hermanos del niño que en poco tiempo quedarán en la orfandad e irán a una casa hogar, en el caso de que no exista nadie que se haga responsable de ellos, sea porque no lo deseen o porque debido a cierta circunstancia no puedan, esta circunstancia en algunos casos es la edad avanzada de los abuelos, o bien la economía de estos.

Por otra parte se encuentra la familia extensa, que se convertirá en refugio, en algunas ocasiones, para quienes vengán de un hogar devastado por el SIDA.

De esta forma la aparición de una enfermedad provocará que la familia se repliegue en sí misma para socializar con la enfermedad. (Robles de Fabre, Eustace J, Fernández de Cerruti, 1992).

Los cambios adaptativos de la estructura familiar están determinados tanto por su organización interna como por su posición externa en la comunidad. Un ambiente social que impone peligros puede hacer que una familia se desintegre. (Ackerman, 1971)

Si la enfermedad se presenta de manera progresiva la familia dispone de cierto tiempo para reajustar sus estructuras, su distribución de papeles y para echar a andar sus mecanismos de solución de problemas, frente a la realidad de un miembro con una enfermedad terminal.

No sucede así con las familias en las que la enfermedad aparece en forma aguda, ya que en este caso las familias tienen que lograr el ajuste en un tiempo más corto y por lo mismo con mayor tensión.

Por otra parte si la enfermedad llegará a provocar una incapacidad progresiva del paciente se requerirá un ajuste más en la estructura familiar, que incluirá la reubicación de papeles entre los miembros. Esto muchas veces traerá como consecuencia que un miembro de la familia se sobrecarge de trabajo, lo que llega a provocar depresión en el paciente, que se percibirá como una carga para la familia.

"También se dará el caso de familias que presentan etapas de normalidad y crisis periódicas o intermitentes, requieren de flexibilidad suficiente para cambiar una estructura y organización de familia en crisis y viceversa" (Rolland, 1984: citado en Robles de Fabre, Eustace J. y Fernández de Cerruti: 1992 p. 58).

Tucker, 1984 (Citado en González Sosa, 1996), menciona tres reacciones muy comunes en la familia con enfermedad crónica:

- La familia se sobrecoge y se convierte en una familia incapaz.
- La familia niega la realidad.
- La familia encuentra un equilibrio.

Miller, 1989 sugiere que las tareas por las cuales una persona tiene que pasar para encarar una enfermedad crónica se llevan a cabo mediante el logro de cinco retos:

- 1) Reducir las condiciones ambientales dañinas y fomentar los prospectos de recuperación, seguir los regímenes prescritos, teniendo la información y herramienta para el cuidado, haciendo ajustes en el estilo de vida.

2) Tolerar o adaptarse a eventos negativos y realidades negativas (negociando con el estigma, confrontando la inevitabilidad de la muerte, manejando la incomodidad física y asimilar ciertas pérdidas)

3) Para mantener una imagen autopositiva (mantener un sentido de normalidad, mantener un autoconcepto positivo y técnico de control).

4) Para mantener un equilibrio emocional (mantener la esperanza).

Continuar teniendo relaciones satisfactorias con otras personas (ajustarse a relaciones sociales alteradas)

En el caso de las familias con VIH/SIDA se tendrán que enfrentar todos los anteriores retos, incluyendo uno más, que será el reto de encarar el hecho real de que varios miembros de la familia nuclear se encuentren infectados, por lo que encaran su propia enfermedad incluyendo la de varios miembros de su familia, ante los que quizá se sientan culpables por su responsabilidad en su padecimiento.

### *2.3 La Familia con VIH/SIDA*

Anteriormente se ha referido la familia con enfermedad crónica, ahora me enfocaré en la familia con VIH/SIDA, ya que cuando se refiere a estas familias se habla en muchas ocasiones no solo de un paciente sino, inclusive de todos los miembros de la familia nuclear, esto nos remite a pensar en lo complejo de este problema.

Lo cierto es que una vez que llega esta noticia a casa nada será igual, la noticia puede llegar de diferentes maneras como puede ser la enfermedad de uno de los miembros de la pareja y con ello el subsecuente diagnóstico o quizá al fallecimiento de esta. Otro caso que se llega a presentar frecuentemente es que se diagnostica primero a un niño, y posteriormente a los padres

De cualquier forma el impacto del diagnóstico en la familia será enorme, para algunos significa contemplar la pérdida de su hijo y para los hijos prepararse a constantes pérdidas, y en ambos casos enfrentar la propia muerte. De esta forma la enfermedad confrontará a la persona que la padece a múltiples cambios adaptativos. Las personas aprenden que son vulnerables a una enfermedad cuyo tratamiento será a lo largo de su vida, infecciosa, sexualmente transmisible, progresivamente debilitante, estigmatizadora y que tiene un curso incierto

Después de que ha llegado la noticia a casa será importante que quien o quienes lo sepan consideren como y a quien será oportuno informarle. De hecho esto es uno de los aspectos que generan mucha ansiedad en las personas que padecen esta infección, por lo cual es conveniente tomar cierto tiempo después del impacto de la notificación para pensar como y qué se va a decir, y sobre todo por que deberán prepararse para toda una serie de reacciones, que pueden ir desde el apoyo hasta el rechazo. Decírselo a la misma familia puede ser difícil.

En esos momentos la información acerca de la enfermedad que se reciba será muy importante para que está sea comprendida y ayude a no desarrollar ansiedad o vergüenza. Dentro de la información es conveniente mencionar que los adultos infectados por el VIH o SIDA viven esta condición o pueden llegar a vivirla en un promedio de 10 años, aunque esto varía según el paciente y los cuidados que este tenga, como son la alimentación, el apoyo psicológico, el tratamiento médico y muy importante evitar las reinfecciones.

En general, las cuatro etapas de la enfermedad pueden llegar a ocurrir durante 12 años o más después de la infección, con medicamentos para ésta infección se puede prolongar más el tiempo de vida es por ello que ahora es considerada como una enfermedad crónica.

En los niños infectados se estima una sobrevivida promedio de 130 meses, con tratamiento, aunque esto es variable.

En las familias en las que existe un conocimiento del diagnóstico generalmente no se presenta rechazo hacia el miembro infectado, aunque esto es variable ya que también es cierto que se presentan sentimientos ambivalentes hacia sus familiares infectados. "Una madre puede tener el deseo genuino de cuidar a su hijo que se esta muriendo de SIDA en el hogar pero a la vez puede estar aterrada de poner en peligro a otros por esta decisión. Por otra parte los miembros de la familia planean proveer un ambiente agradable para el enfermo pero temen hacerlo" (O'donel y Bernier, 1990, citados en González Sosa, 1996, p. 57).

"La familia típicamente provee apoyo durante enfermedades crónicas a pesar de las alteraciones causadas en la continuidad familiar sin embargo el estigma que precede la infección por VIH crea barreras para otorgar el apoyo familiar debido a que el rechazo de la familia puede estar vinculado cercanamente a una historia de rechazo" (Delgado Añorve y Solis Zamudio, 2000 p.55).

Ante la noticia de la enfermedad se presentarán toda clase de sentimientos y emociones, que pueden ir desde la comprensión, amor o cariño hasta el coraje, frustración, resentimiento y odio. Las actitudes que se presentan en los familiares o amigos pueden ser:

-Negación: no querer hablar lo que está sucediendo o no querer hablar del asunto.

-Fatalismo: sentir que el mundo se termina o que su tiempo está contado y que no hay nada que hacer.

-Indiferencia: No le importa lo que pasa.

-Rechazo: evitar el acercamiento de familiares y amigos.

-Miedo: de exponerse a riesgos.

CONASIDA, en la Guía para atención Domiciliaria, 1998, refiere que las respuestas que más frecuentemente se presentan tanto en el paciente como en su familia son:

-Angustia: Será la respuesta más común, se manifestará por nerviosismo, palpitaciones, dolor abdominal, falta de aire, dolor de cabeza, sudoración en manos, insomnio y sobreprotección al paciente.

-Depresión: Se manifestará como tristeza, sentir que uno no vale nada, ideas suicidas, insomnio, pérdida del apetito, apatía e irritabilidad. Como la depresión disminuye la capacidad de respuesta de nuestro sistema inmune, entonces su tratamiento resulta de particular importancia, no sólo para aminorar el sufrimiento del enfermo, sino, para retrasar el progreso de la enfermedad.

-Negación: A menudo los individuos afectados niegan su enfermedad y quieren vivir plenamente lo que les queda de vida. Alteran sus hábitos de sueño, alimentación y pueden reiniciar e inclusive aumentar sus actividades de riesgo, lo cual acelera la aparición de la enfermedad. Negarse a recibir afecto no significa que realmente no lo quieran.

-Miedo: Es posible que cuando el paciente pasa de una etapa en la que no era evidente la enfermedad a otra en la que sí lo es, se alarme y vea los síntomas como anuncio de un final inevitable. Parte del miedo no es morir, sino, el sufrimiento que esto implica. El miedo a la muerte puede ser un sentimiento constante.

-Enojo: Con frecuencia se sienten víctimas del destino, si a esto se añade el rechazo de quienes lo rodean, entonces se origina una intensa ira que le dificulta comprender y asimilar la situación por la que está pasando. El enojo se presenta también cuando se siente incapaz de realizar sus anteriores actividades y por ver que depende de otros.

-Sentimientos de Culpa. El equilibrio mental de sus seres cercanos también se altera y aparecen sentimientos contradictorios, como sobreprotección y rechazo al mismo tiempo. Cuando se recibe el diagnóstico se experimentará una gran tristeza e impotencia que a menudo expresa por

temor a afectar aún más al ser querido. Por otro lado, los sentimientos hostiles dan lugar a intensos sentimientos de culpa.

-Sentimiento de Pérdida de Familiares: Posiblemente el paciente quiera hablar de su muerte; esto causa angustia en la familia por el dolor que representa la pérdida. Hablar sobre este tema es válido, siempre y cuando sea él o ella quien lo proponga.

También surgirán otros conflictos ante la enfermedad como pueden ser:

-Económicos por gastos que no estaban contemplados hasta esos momentos, como es el tratamiento médico.

-División de los miembros de la familia, sea por el rechazo de unos o por el apoyo de otros.

-Comunicación inadecuada, porque algunos saben y otros no.

-Dar menos atención a otros miembros de la familia por dedicarle más tiempo al familiar afectado a bien dedicarle más tiempo a los otros rechazando al enfermo.

-Buscar culpables

-Agresiones verbales y/o físicas por tensiones y ansiedades no controladas.

-Problemas de salud en otros integrantes de la familia.

-Sobre carga de trabajo para quien lo cuida.

-Impotencia por falta de información.

“Por otro lado la familia debe de enfrentarse diariamente a la tensión relacionada a las demandas psicosociales y médicas de vivir con una enfermedad que amenaza la vida, mientras la persona infectada manifiesta baja autoestima, temor a la muerte y temor a infectar a otros” (-Frierson y Lippman, 1993, citados por González Sosa, 1996 p.58)

Cuando las familias se confrontan con una enfermedad terminal de uno o más de sus miembros las creencias espirituales juegan un gran papel en los términos de la vida y la muerte, y determinaran en mucho la aceptación de la última. Cuidar a una persona enferma es muy estresante, ya que la enfermedad tiene efectos Psicológicos similares en la familia. De esta forma los cuidadores familiares reportan angustia, depresión y pensamientos repetidos de muerte (Delgado Añorve y Solís Zamudio, 2000).

Por toda la gamma de emociones y sentimientos que los familiares y pacientes llegan a padecer así como para una mejor adaptación a su situación es necesario que tanto los pacientes como los familiares y/o encargados de ellos cuenten con un espacio abierto en el que se sienten escuchados. Lo ideal

será que reciban apoyo psicológico, el cual en ocasiones es proporcionado por la institución en la que se atienden.

CONASIDA contempla modelos grupales de intervención que han sido probados en estos mismos centros.

“La fundamentación de la intervención grupal obedece a factores de diversa índole:

El primero se refiere al objetivo de optimizar el servicio a fin de llegar a un mayor número de personas en menos tiempo

El segundo se motiva en los aspectos psicosociales y de conocimiento psicológico; un individuo está en mejores condiciones de superar el temor, el menosprecio al compartir con otros como él dificultades similares y comprender que no está solo. En un grupo se desarrollan sentimientos de solidaridad e identificación entre sus miembros” (CONASIDA, 1998, p.54 ).

Para los padres será necesario el apoyo emocional y social sobretodo porque ellos tendrán que enfrentarse en particular con las recaídas frecuentes de cualquiera de ellos y del niño (os), con la discriminación en la comunidad, con la expectativa de vida del niño y la propia, y finalmente algo que es sumamente importante, con el aumento del riesgo de que sus hijos infectados o no lleguen a ser huérfanos

El apoyo familiar puede contribuir al ajuste de los individuos seropositivos, ya que la comunicación que permita la libre expresión de las preocupaciones acerca del SIDA contribuirá a la satisfacción del apoyo particularmente cuando las relaciones familiares permiten una comunicación abierta entre los integrantes (Turnes y cols 1993, citados en Delgado Añorve y Solís Zamudio)

En Madrid, Arranz y Carrillo de Albormoz en 1994, identificaron según sus experiencias de grupo las mayores preocupaciones de los padres de los niños con VIH SIDA, estas fueron las siguientes

Temor a ser rechazados, a que sus hijos infecten a otros, al aislamiento, a la indefensión del hijo, a su reacción cuando se entere de su situación clínica; al manejo de la incertidumbre constante referida en términos de salud, a la presencia del deterioro físico, a hablar de sexualidad y muerte, a no poder soportar la ausencia física de su hijo, al sufrimiento moral si les dice adiós, a la agresividad secundaria, al vacío por la falta del hijo, a verle sufrir en el caso hipotético que se encontrara en fase terminal, al manejo de su falta de expectativa en el futuro y, en definitiva, al sufrimiento global que conlleva la adaptación diaria a una enfermedad con estas características

Sin embargo en los siguientes estudios realizados se encontraron diferentes resultados en cuanto a las preocupaciones diarias de los padres

\*En un estudio británico sobre las familias infectadas el autor refiere "Ha sido interesante notar que para muchos padres, su infección y la de sus hijos no ha sido el problema más urgente. Los problemas diarios para estos padres en su desordenado modo de vida son muy fuertes, por ejemplo muchos padres tienen mala salud, existen relaciones inestables entre los padres; inexperiencia e inmadurez. La desunión familiar en estas circunstancias no es sorprendente, estas dificultades, falta de trabajo bajos ingresos, ayuda limitada están emparejadas con el miedo y el estigma del VIH" (J. Crosgrove, 1991, Citado en Quijada Gómez. 1999, p. 112).

\*En México, se realizó una investigación en 1998 por Tovar Larrea en la Clínica para Niños con Inmunodeficiencia, UNAM, sobre los aspectos psicosociales del niño con VIH/SIDA y su familia. Encontrándose que de 59 familias estudiadas más del 95% de los casos son: de medio socioeconómico bajo, la mayoría de ellos con hogares disfuncionales, pobres relaciones paterno filiales y una pobre salud mental materna, lo anterior aún antes del diagnóstico. Lo cual nos indica que sus preocupaciones pueden ser de tipo más mediato.

Esto último se encuentra relacionado con el hecho de que en México el SIDA ha aumentado en los estratos sociales menos favorecidos económicamente y se ha adentrado en las comunidades rurales, y en ambos grupos se presentan subsecuentes a la pobreza, desnutrición, infecciones crónicas, alcoholismo y drogadicción, inmigración, homosexualidad o bisexualidad y analfabetismo, factores que agravan el problema.

#### 2.4. EL NIÑO CON VIH/SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana, no sólo ha dañado a la población adulta, sino, que ha afectado también a la población pediátrica en el mundo entero. En nuestro país hasta el 1º de enero de 1999, el número de casos pediátricos representaba el 1.4% del total de casos de SIDA, de los cuales el 50% lo adquirió por vía perinatal.

Los niños pueden adquirir el VIH/SIDA por vía perinatal bajo dos circunstancias diferentes. La primera se encuentra ligada al hecho de que los padres (o al menos la madre), ignoraban encontrarse infectados, y conocen su diagnóstico cuando ya han procreado a su (s) hijo (s).

El otro caso es que aun sabiéndose infectados se embarazaron. Esto último, puede darse por irresponsabilidad de los padres o quizá por una profunda negación de la realidad, ya sea de la pareja o de la persona, de tal forma que quieran vivir plenamente lo que les queda de vida, reiniciando e inclusive aumentando sus actividades de riesgo. O bien, puede deberse a una negación a la muerte, viendo en los hijos una posibilidad de continuar su existencia. Sin prever que pasara con sus hijos si ellos (los padres) mueren prontamente, o si el niño nace infectado, que calidad de vida tendrá en un futuro.

Es importante recordar aquí que las madres tienen una probabilidad de 25% al 30% de infectar a su bebé, y que esta se reduce hasta el 8.3 %, si la madre recibe tratamiento contra el VIH. Sin embargo, poca o mucha el caso es que la posibilidad existe.

El Dr. Torres García, 1999 refiere que la evolución de los hijos de mujeres seropositivas puede ser:

1. No infectarse, lo que sucede en aprox. 65% a 75 % de los casos, sin tratamiento y en más del 90% de los casos tratados durante el embarazo, parto y periodo neonatal.
2. Infectarse, lo cual sucede por tres vías: transplacentaria, transnatal (a través de la contaminación con sangre y secreciones genitales de la madre), y la postnatal (por alimentar al bebé con seno materno). La transmisión perinatal del VIH puede darse durante el embarazo o la lactancia aunque en más del 50 % de los casos ocurre durante el trabajo de parto.
3. Mantenerse asintomático, serologicamente positivo, con crecimiento y desarrollo normal por periodos prolongados, manifestándose el síndrome después de siete a nueve años de vida normal o manteniendo su aparente estado de salud más tiempo y cuyo seguimiento hasta hoy no ha demostrado cambios con la infección, la razón de esta libre evolución de enfermedad aun esta por ser dilucidada.

Es importante mencionar que los niños que tengan atención médica se encontraran sujetos a medicamentos para combatir el SIDA toda su vida, asi como a periódicas revisiones médicas, la mayoría de las veces mensuales o antes si se presenta una emergencia.

Lo cierto es que una vez en este mundo, estos pequeños se encontrarán sujetos a amenazas constantes de serias enfermedades oportunistas y debilitantes, y transcurrirá su vida entre periódicas visitas al médico y diarias

dosis de medicamentos. Incluyendo que el niño además de sufrir las consecuencias del deterioro físico y todo lo que conlleva estar enfermo, está expuesto a confrontar su propia muerte, la pérdida de sus padres y el miedo constante al abandono.

En los niños la ansiedad y el miedo pueden deberse a múltiples causas. Si están muy unidos a sus padres, a los niños de corta edad les causa angustia el hecho de que sus padres puedan abandonarlos o dejarlos de amar. La negación del amor constituye una amenaza para el niño y le produce ansiedad.

Elizabeth Kübler Ross (1985), menciona en su libro *Una Luz Que se apaga*, que los niños no tienen miedo de morir, si no de ser abandonados. Muchos de los niños pequeños se encuentran ansiosos por la muerte porque perciben que es un hecho que los separa de su familia, de sus amigos y de los que ama. Esta ansiedad de separación puede ser disminuida por la creencia antes y después de la vida, en la cual se reúne con otros, aunque esto depende de sus familiares y de la religión que profesen.

En los niños como en los adultos, padecer una enfermedad crónica terminal provocará diferentes reacciones psicológicas, en el caso de los niños con cáncer se presentarán reacciones como depresión, ansiedad, angustia de separación, ira, culpabilidad, vergüenza, temor al abandono, sensación de pérdida de control, falta de cooperación y confusión.

En el caso de los niños con VIH además de las anteriores reacciones, podemos agregar el miedo al rechazo y a la estigmatización, y que antes de confrontar la muerte tendrán la constante preocupación, con los aspectos más mediatos, como ser humillados si su enfermedad se hace conocida públicamente, circunstancias que a menudo generan ansiedad y vergüenza. Con el fin de evitar lo anterior, los niños con VIH en muchas ocasiones son destinados a ocultar su enfermedad como un terrible secreto, convirtiéndose esto en un gran peso que tienen que soportar especialmente a esta temprana edad.

Sobre la estigmatización en los niños, esta puede ocurrir con frecuencia en el ambiente escolar, en el cual, si se llega a saber su diagnóstico, (por falta de información) se les aparta del resto de los niños, y se les prohíben ciertas actividades regulares escolares. Esto aumenta la ansiedad de los niños ya que tienen constantes recordatorios de que son diferentes a sus semejantes agregando que ellos tendrán que padecer tratamientos prolongados y agresivos. Inclusive se han presentado casos en los que son las maestras o educadoras las que les "recomiendan" a los demás niños que no hagan amistad con los infectados, lo cual refleja la deficiente información y prejuicios que

tristemente se llegan a presentar en quienes tienen la responsabilidad de educar.

El artículo *Pediatrics: The emerging Psychosocial Challenges of the AIDS Epidemic*, reporta que los problemas de atención, hiperactividad y otros actos motores sin modulación, tales como tics, pueden ser fácilmente la expresión de una crónica e ininterrumpida tensión, que estos niños están experimentando.

Agregando también que algunos niños exhiben periodos de tristeza y depresión, exageración en subrayar tendencias conductuales externalizadas e internalizadas de reacción al estrés, así como preocupante necesidad por su desarrollo individual, por lo que tanto la familia como la sociedad necesitarán de toda su creatividad en el acercamiento a estos niños.

Lori S. Winer y Vicente Figueroa reportan que los niños con VIH frecuentemente se preocupan acerca de la salud de sus padres infectados por lo que se encuentran muy enfocados en la muerte de sus padres. Como resultado los niños se preocupan acerca de sus padres y sienten culpa y enfado y algún día pueden sentirse ofendidos (Pizzo, 1999, cap.41)

Probablemente estos niños además de presentar angustia y depresión también se encuentren enojados. Enojados por su enfermedad, por los tratamientos, por la falta de sensibilidad que en muchas ocasiones presentan sus familiares, por comprobar su debilidad e impotencia, por no crecer, y en general por la falta de oportunidad de realizar actividades cotidianas para otros niños.

También podemos agregar la falta de expectativas futuras no solo a largo plazo sino, a corto plazo, muchas veces coartada por sus mismos familiares.

Lorraine Sherr, en 1989, refiere que el primer paso es revisar con el niño la necesidad actual, aquellos niños que necesitan saber requieren explicaciones simples y sinceras en un lenguaje que sea apropiado a su estado intelectual y emocional. Dicha información necesita ser proporcionada tempranamente en el tratamiento dado que estos niños están propensos a adaptarse con más éxito.

Los niños nos hablan de sus enfermedades, temores, muerte y agonía, utilizan un lenguaje simple pero también sus juegos y dibujos nos ayudan a comprender lo que esto significa para ellos y lo que sienten (op. cit).

A este respecto los investigadores convergen en que se debe de brindar una gran cantidad de apoyo emocional, infundir esperanza es parte del cuidado aunque desde un principio, se esté consciente del resultado fatal. La atención terapéutica no es para la muerte es para los niños que viven con el VIH.

“El apoyo emocional hace referencia a la disponibilidad de alguien con quien hablar, e incluye aquellas conductas que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo y que provocan que el sujeto se sienta querido, amado, respetado y que crea que tiene personas a su disposición que pueden proporcionarle cariño y seguridad. Se trata de expresiones o demostraciones de amor, afecto, cariño, simpatía, empatía, estima y/o pertenencia a grupos. También promueve sentimientos de auto valía y de pertenencia” (Cohen y Willis, 1985 en Kalichman, 1995, citados en Delgado Añorve y Solís Zamudio, 2000p.56).

Arranz y Carrillo de Albornoz, en 1994, mencionan que la atención a los niños debe de incluir:

- Dar información clara, apropiada para su edad y en pequeñas dosis para que pueda entender lo que está pasando y porqué
- Es útil prepararles o anticiparles determinadas situaciones médicas.
- Fomentar la comunicación real con los padres, ya que se tiende a evitar o negar aquello que produce angustia.
- Ayudar al niño a que identifique: en quien o quienes puede confiar.
- Detectar las fuentes que les produce estrés y ayudarlo a aquellas actividades que le generen motivación, le produzcan ilusión y le mantengan activo tratando de evitar la hiperprotección.

La Organización Panamericana de la Salud, en 1994, en las pautas para la atención clínica del niño infectado por el VIH menciona: “Si el niño tiene edad suficiente para entender, debe participar en discusiones sobre los asuntos relacionados con estos episodios de enfermedad, así como las reacciones de otros niños y de la comunidad. Si el niño no tiene edad para entender, el trabajador de la salud debe de usar lenguaje corporal y contacto visual para brindar bienestar y calor humano al niño”(Cap.11 p.3).

Ante todas estas emociones que se presentan en un niño con enfermedad crónica cabe preguntarse que piensan los niños acerca de la enfermedad.

En un estudio realizado por Simeonsson, Buckley y Monson, en 1979 (citados en Del Barrio, 1990) a 60 niños hospitalizados de 3 a 9 años de edad

~~El propósito de este estudio es determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia sobre la enfermedad de la gripe y su prevención en el niño.~~

~~El estudio se realizó en un hospital de la ciudad de Bogotá, durante el mes de agosto de 1998.~~

~~El estudio se realizó en un hospital de la ciudad de Bogotá, durante el mes de agosto de 1998.~~

~~El estudio se realizó en un hospital de la ciudad de Bogotá, durante el mes de agosto de 1998.~~

~~El estudio se realizó en un hospital de la ciudad de Bogotá, durante el mes de agosto de 1998.~~

~~El estudio se realizó en un hospital de la ciudad de Bogotá, durante el mes de agosto de 1998.~~

En cuanto a las conclusiones que se desprenden de este estudio se puede afirmar que los padres de familia tienen un nivel de conocimiento sobre la enfermedad de la gripe y su prevención en el niño que es bajo. Esto se debe a que los padres de familia no conocen y valoran la importancia de seguir las recomendaciones que el pediatra les da para la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

- A) Fomenta la empatía
- B) Facilita la explicación de la enfermedad y los procedimientos por parte del pediatra.
- C) Contribuye a la educación relativa a la salud

“Langford (1948), examina el significado de la enfermedad y la convalecencia, desde la perspectiva de las distintas reacciones emocionales y sus posibles causas. Entre estas conductas observa en los niños hospitalizados regresiones a etapas emocionales anteriores p. Ej. la necesidad de afecto individualizado, la insistencia caprichosa de ciertos alimentos o la aparición de síntomas infantiles como chuparse el pulgar, dificultad en el habla y enuresis. Señala la mala preparación psicológica en los niños al acudir al médico o al hospital” (citado en Del Barrio Martínez, 1990: p.66).

Por último la habilidad de estos niños de “arreglárselas” está en función de sus capacidades adaptativas, de su familia y del sistema comunitario de ayuda, así como de los recursos médicos y psicológicos disponibles.

Sin embargo, los niños son un grupo que muestra extraordinaria resistencia, aparentemente muchos de ellos llevan su vida de manera extraordinaria, cuando asisten a la escuela, juegan con amigos, y buscan hobbies y actividades que son propias para su edad.

“Definitivamente no podemos proteger a los niños del hecho de la muerte, lo único que debemos de elegir es cómo prepararlos. En sus juegos los niños suelen representar a la muerte, desde luego es un juego y nada más, pero jugando con toda la seriedad que acostumbran los niños en sus fantasías” (Reyes Zubiria, 1991. p. 116).

Al respecto del juego, sabemos que este es un medio natural de expresión que utiliza el niño, y por ello este es terapéutico, este medio, se utiliza como herramienta con los niños con VIH. La terapia de juego como se mencionó arriba se basa en el hecho de que el juego es un medio de autoexpresión que utiliza el niño, es una oportunidad que se le da para que exprese sus sentimientos y problemas por medio del juego al igual que lo hace normalmente en sus dibujos.

## CAPITULO 3

### LA PERSONALIDAD, Y EL DIBUJO COMO PRUEBA PROYECTIVA

#### *3.1 La Personalidad*

Desde la antigüedad hasta nuestros días la personalidad ha sido tema de estudio de diversas disciplinas, que han buscado una mejor comprensión del hombre.

Personalidad proviene del latín clásico *persona*, que significa máscara. Allport W. Gordon (1986) refiere que esta definición tiene una base externa, pero que *persona* también posee una definición interna, un sentido más profundo es decir, un conjunto de cualidades internas personales que oculta el actor detrás de la máscara.

De esta manera han sido numerosas las definiciones que posteriormente se han dado de *persona*, pero, "la definición que de *persona* dio Boecio en el siglo VI es quizá la más famosa: *persona est substantia individua rationalis naturae* (*persona es una sustancia individual de naturaleza racional*)" (op. cit. 1986, p.44).

Wilhem Stern, filósofo y psicólogo definían la personalidad como una unidad dinámica multifórme, pensaba que aunque nadie alcanza la unidad perfecta siempre se persigue ese objetivo (citado en Allport W. Gordon, 1986)

Posteriormente Freud estableció un modelo topográfico de la mente mediante la división de sus contenidos y operaciones, los cuales se expondrán brevemente mas adelante.

"De estos conceptos Freudianos sobre la formación del yo se deduce que la personalidad es desde un principio el resultado de un desarrollo dinámico y modificable y no un hecho estático, producto exclusivo de la herencia" (Mandolini, 1969: p.188).

Más adelante Harry Stack Sullivan (1948), psiquiatra perteneciente a la corriente culturalista, considera al hombre como el producto de una interacción con los demás, y por lo tanto que la personalidad surge de la

influencia de fuerzas personales y sociales que actúan sobre él desde que nace.

Este autor señala que en la evolución total de la personalidad existen seis etapas: la infancia, la niñez, la juventud, la preadolescencia, la adolescencia temprana y la adolescencia postrera. (op. cit)

Para Allport W. Gordon (1986), la personalidad es definida como la organización dinámica en el interior del individuo de aquellos sistemas biológicos, psicológicos y sociales que marcan y determinan las características de la conducta. La personalidad es única e incomparable. Esta definición de personalidad será la que se retome en la presente investigación.

De esta manera se puede decir que la personalidad conjunta tres aspectos que actúan en forma global y que son: los factores constitucionales, los propios del desarrollo y los factores ambientales.

Los primeros hacen referencia a la herencia, de aspectos tanto orgánicos como psicológicos (inteligencia, memoria, y capacidad de aprendizaje). Los segundos vienen siendo todas las conductas que requieren un determinado tiempo para su maduración (caminar o hablar). Los últimos, los factores ambientales son todas las circunstancias que ocurren alrededor del niño y que influyen sobre su herencia y maduración de forma determinante. Los factores constitucionales y los propios del desarrollo constituyen lo que denominamos mundo interno. En tanto que los factores ambientales son el mundo real o externo.

Incluso los pequeños poseen alguna comprensión del yo. "A medida que los niños descubren lo que son y empiezan a evaluarse como factores activos de su mundo, empiezan a elaborar una teoría cognoscitiva sobre su personalidad y está les ayuda a integrar su comportamiento. El ser humano es bastante congruente, actúa en formas sistemáticas y trata de que su comportamiento se ajuste a sus convicciones y actitudes. El factor más influyente de su autoimagen incipiente suelen ser sus padres, ya que dan el niño modelos de conducta y las evaluaciones de sus acciones en que funda sus propias ideas" (Craig, 1992 p.311).

Para La Rosa y Diaz- Loving (1988) el autoconcepto se define de la siguiente manera "la percepción que una persona tiene de sí misma, la cual comprende varias dimensiones: sentimientos interindividuales, sociabilidad afiliativa, sociabilidad expresiva, estados de ánimo, salud emocional,

ocupacional y ética, el autoconcepto depende de los medios social y cultural en los que el individuo se desenvuelve" (citados en Villagran Vázquez 2001).

En la niñez el desarrollo estará dado por como descubrir su "yo" con una cantidad de adjetivos que van a formar al autoconcepto. Se va a dar un apogeo del interés por el status social y por el lugar que ocupa entre sus compañeros. Se abrirán o cerrarán las posibilidades de acción, percepción, motricidad, crecimiento físico así como nuevas habilidades de pensamiento. Conforme el niño crece el desarrollo de su crecimiento social le permite formarse una imagen más exacta y compleja de sus propias características, se puede comparar con otros y sacar sus conclusiones.

La autoimagen y la autoestima constituyen una parte de nuestra personalidad; el desarrollo de nuestra autoestima es un proceso circular el niño tiende a estar bien, si confía en sus propias capacidades; sus éxitos le llevan a incrementar más su autoestima, e inversamente en los niños que carecen de una autoestima adecuada quizá por abusos psicológicos sus éxitos o fracasos bajo algunas situaciones pueden conducirlos a que se consideren así mismos como perdedores o tontos. "Autoimagen significa verse a uno mismo como individuo con ciertas características. Autoestima significa verse a uno mismo con características positivas". (Craig, 1994, p.382).

En resumen la estructura de personalidad se desarrolla según la influencia bio-psico-social que se conjuntan para modelarla, refleja la relación integral entre las demandas del si mismo y las demandas de la situación.

La personalidad de un individuo por lo tanto es compleja, y es desde hace mucho objeto de estudio del psicólogo el que a través del tiempo a buscado diversos métodos para estudiarla, entre estos métodos se encuentran las técnicas proyectivas.

### ***3.2 Las Técnicas Proyectivas***

Las técnicas proyectivas son un método de estudio de la personalidad. Estas técnicas ponen al sujeto frente a una situación a la cual contestará según el sentido que para él presenta y según el cómo se siente mientras contesta, su fin es revelar la personalidad total del examinado o ciertos aspectos de su personalidad.

Las técnicas proyectivas recibieron su denominación en 1948, su nombre deriva del término proyección el cual es tomado de la teoría psicoanalítica, la primer persona que utilizó el término en sentido psicológico fue Freud, quien formuló una de sus definiciones así (citado en Bastida flores y Moreno Mendoza 1995):

“La proyección de las percepciones interiores al exterior es un mecanismo primitivo. Este mecanismo influye así mismo sobre nuestras percepciones sensoriales, de tal modo que normalmente desempeña el principal papel en la configuración del mundo exterior. En condiciones que no han sido suficientemente establecidas, constantemente las percepciones interiores de los procesos ideacionales y emocionales son proyectadas al exterior como percepciones sensoriales y son usadas para determinar el mundo exterior, aunque ellas pertenecen en el rigor al mundo interior”.

Bell en 1978, define el termino proyección según su raíz latina “lanzar adelante”, expresando que el sujeto en esta técnica manifiesta su personalidad lanzándola afuera, es decir, exteriorizando la conducta del individuo. Las técnicas solo producen la reacción. “Se entiende por método proyectivo, la exploración de la personalidad que procede a una investigación de conjunto de esta misma como una totalidad en la evolución cuyos elementos constitutivos están en interacción” (Wildlocher, 1998 p.27)

Las técnicas proyectivas tienen como propósito penetrar en la personalidad individual; entre sus características comunes se encuentran:

-La presencia de un estímulo que no manifiesta el verdadero propósito de la prueba al referir una respuesta, y por lo tanto se reduce el control conciente del sujeto sobre su conducta y origina respuestas de su propia individualidad. Esta interpretación que el sujeto hace ante la situación y consigna ofrece el primer reflejo de su personalidad, ya que organizara los sucesos en función de sus propias motivaciones, percepciones, actividades, ideas y emociones así como de todos los aspectos de su personalidad.

-Proporcionan una muestra de la conducta suficientemente, expresiva en un lapso breve para poder ser clínicamente analizable y lo bastante estimulante como para provocar respuesta. La mejor técnica es la que controla un mayor repertorio de respuestas en el menor tiempo posible.

-La tercera característica es considerar la conducta registrada, tanto como la personalidad que la produce como una totalidad organizada, esto hace que un análisis cuantitativo en este tipo de pruebas sea difícil, por la complejidad de los datos que son manejados.

Por todo lo que implica la personalidad, su estudio y conocimiento es básico para los psicólogos ya que estas técnicas penetran en la personalidad del individuo, es necesario partir de una teoría de la personalidad para su interpretación y comprensión.

“Las pruebas proyectivas se basan en los postulados de la teoría psicoanalítica propuesta por Freud y cuyos desarrollos posteriores desembocan en las teoría del yo prevalecientes en los Estados Unidos en la época en que estos instrumentos se crearon” (Esquivel, Heredia, y Lucio, 1994, p.100). Por lo cual se expondrán brevemente sus postulados.

Freud distinguió tres sistemas mentales que denominó inconsciente, preconscious y consciente. En toda manifestación conductual se encuentran presentes un contenido manifiesto y un contenido latente, el primero es consciente, el segundo es inconsciente. El contenido manifiesto se encuentra organizado básicamente desde las huellas mnémicas del sujeto son los elementos explícitos; el contenido latente incluye una serie de aspectos más internos o profundos que movilizan al sujeto para efectuar esa manifestación. Son los elementos implícitos (Mandolini, 1969).

Posteriormente Freud expuso su teoría de la división de la personalidad en tres instancias: el ello o id, el ego o yo y el super ego o superyo.

Al nacer, la personalidad es rudimentaria y está constituida en su mayor parte por impulsos instintivos que exigen ser satisfechos. A la parte de la personalidad que contiene los impulsos instintivos la llamó ello, este es pues inconsciente, no tiene conciencia rectora, es irracional. Es el gran depósito de la libido y de la agresión y la fuente dinámica de la personalidad (op. cit)

Sin embargo, pronto el niño comprende que frente a los impulsos hay un mundo real, al cual debe de adaptarse. Así nacerá el Yo región del ello modificada por la influencia del mundo exterior, en la configuración del Yo intervienen las distintas identificaciones que el ser experimenta. El Yo primero es preconscious y luego consciente.

El Yo es la organización coherente de todos los procesos psíquicos, representa a la razón, e integra la conciencia. El Yo se desarrolla para actuar como mediador entre el ello y el superyo .

En el desarrollo de la personalidad finalmente se constituye una tercera instancia al separarse una parte del yo. El superyo es la instancia psíquica desglorada del yo que autoobserva y critica las acciones de la persona y presenta una imagen ideal a la que deberá parecerse. Representa las exigencias de la moralidad y de la sociedad (op. cit).

Otro aspecto importante de la concepción psicoanalítica son los mecanismos de defensa, los cuales fueron ampliados por Anna Freud siendo

esto y la extensión del psicoanálisis al tratamiento de trastornos infantiles dos de sus grandes contribuciones.

Freud creyó que solamente el yo experimentaba angustia ante los avances de lo instintivo. Su hija demostró que también aquél puede sentir angustia por situaciones exteriores y que, contra la angustia que éstas provocan, se desarrollan así mismo mecanismos defensivos. Los mecanismos de defensa son empleados por el yo contra las ideas y afectos dolorosos e insoportables.

Para Anna Freud los mecanismos de defensa sirven para la lucha del yo con su vida instintiva y se hallan motivados por tres tipos de angustia: la instintiva, la objetiva y la angustia de conciencia. El solo hecho de conflicto originado entre la lucha del impulso contradictorio basta para movilizar los mecanismos de defensa.

Los mecanismos poseen dos características en común:

1) Niegan, falsean o distorsionan la realidad.

2) Actúan inconscientemente, de modo que no se advierte lo que está aconteciendo a su alrededor.

Algunos de los mecanismos de defensa más importantes son los siguientes:

-Represión: Consiste en excluir de la conciencia todo aquello que resulta doloroso o amenazante para el yo.

-Identificación: Consiste en hacer propio, o integrar al yo ciertos aspectos de los objetos exteriores.

-Proyección: Este es uno de los mecanismos de defensa más primitivos, consiste en poner fuera o en el exterior todo aquello que niega o rechaza de sí mismo para después identificarlo en el exterior, en el otro, adjudicándole esas características.

-Desplazamiento: Proceso por el cual se transfiere inconscientemente un sentimiento o emoción de la fuente original o un objeto sustituto más aceptable.

-Aislamiento: Este mecanismo de defensa consiste en separar las emociones o afectos de la experiencia, siendo está vivida sin significado emocional.

-Regresión: En este proceso el yo retorna a otras etapas anteriores en la que obtuvo mayor satisfacción.

-Negación: Proceso por el cual se excluyen de la conciencia aquellos aspectos que resultan displacenteros o dolorosos al yo.

-Formación Reactiva: Consiste en reemplazar en la conciencia el impulso o sentimiento que genera ansiedad por su contrario.

-Limitación del yo: Es el abandono por parte del yo de una actividad que le resulta displacentera. Por ejemplo en el caso de un niño que no quiere dibujar por que se considera inferior a otros.

Otra teoría importante es la de Jung quien prosiguió el estudio del inconsciente, revisando los aspectos culturales, religiosos, míticos y mitológicos, así llegó a postular la existencia de un inconsciente colectivo, arquetípico, que esté presente en la humanidad. Los arquetipos son símbolos universales que aparecen en las distintas culturas. El inconsciente colectivo es la base de la personalidad o psique, incluye todas las experiencias acumuladas del hombre desde su existencia, siempre que éstas hayan sido lo suficientemente repetidas para dejar huellas mnémicas (citado en Bastida Flores y Moreno Mendoza, 1995).

“El inconsciente personal opera como el almacén de las experiencias a lo largo de su vida, diferente a otros individuos, además puede guardar material que se quiera olvidar o porque era de naturaleza subliminal, de esto no se percata cuando sucedió, también puede ser suprimido deliberadamente por un recuerdo doloroso o molesto de una experiencia pasada. El ser humano se beneficia del material del inconsciente personal para ayudarse en los problemas cotidianos”. (op. cit: p.10-11).

Existen una gran variedad de los aspectos humanos que pueden ser utilizados a nivel simbólico como son los dibujos, palabras, sueños, música, expresiones artísticas, etc. Para Jung los símbolos son representaciones de la psique representan la sabiduría humana, pero, también, los niveles de desarrollo que permitan trascender al hombre.

“La intensidad psíquica de un símbolo es siempre mayor que el valor de la causa que la produce, se puede decir que detrás de la creación de cada símbolo hay una fuerza impulsora alimentada de energía instintiva y una fuerza atractiva provista por los fines trascendentales: ninguna de ellas satisface por sí solo, para crear un símbolo” (op. cit: p.13). De esta manera los símbolos son determinantes en la relación con las técnicas proyectivas.

Otros teóricos psicoanalistas prosiguieron el estudio del yo, y desarrollaron una teoría con base a este. “Hartman introdujo el concepto de adaptación como tema central en el pensamiento psicoanalítico, Erikson,

propuso una teoría psicosocial concreta que agregó a la epigénesis de la libido una teoría del yo y la epigénesis social. Rapaport generalizó las consideraciones de Hartman sobre la relación del yo con el ello y las conclusiones de Erikson acerca de la relación entre el yo y el ambiente, y formuló una teoría sobre la relativa autonomía del yo, tanto en lo que se refiere al ello como al medio y al engranaje que liga a "estas dos autonomías" (Gill, 1962: citado en Esquivel, Heredia y Lucio, en 1994: p.101).

Como ya se ha mencionado las funciones más importantes del yo son las que se centran en torno a la relación con la realidad, dentro de estas funciones se han encontrado las siguientes:

- Sentido de realidad
- Prueba de realidad
- Juicio de realidad
- Mecanismos de defensa
- Relaciones de objeto
- Control de impulsos y afectos
- Barrera vs estímulos
- Regresión al servicio del yo
- Funciones autónomas
- Pensamiento
- Función sintética integrativa
- Domino competencia

Otra de las hipótesis de la teoría psicoanalítica es la adaptativa que refiere que la explicación de todo fenómeno psicológico debe de incluir proposiciones relativas a las relaciones con el medio ambiente y postula

- 1) Existen procesos de adaptación en cualquier momento de la vida
- 2) Los procesos de adaptación se mantienen, reconstruyen y mejoran
- 3) El hombre se adapta a su sociedad tanto al medio físico como al humano
- 4) Las relaciones de adaptación son mutuas el hombre y su medio se adaptan el uno al otro (adaptación aloplástica y autoplástica)

Respecto al término adaptación "Hartman se refiere a dos acepciones de adaptación, ambas funcionan en el ámbito psicológico. La adaptación en sentido amplio, se refiere a la posibilidad de supervivencia como organismo y a la adaptación en sentido estrecho, que es una tendencia a mantener la integración e integridad del aparato psíquico, aunque esto implique la presencia de conductas atípicas, de sufrimiento, o de comportamientos calificados como psicóticos" (Esquivel, Heredia y Lucio, 1994 p 103)

### ***3.3 El Dibujo Como Prueba Proyectiva***

Históricamente el dibujo ha sido una forma de expresión y comunicación que han utilizado desde el hombre primitivo hasta el moderno, esta forma de expresión del ser humano es susceptible de analizarse, ya que tiene la función de comunicación. Por lo anterior, es que el dibujo ha llegado a constituir una técnica proyectiva de gran valor.

Corman (1967) refiere que la primera que tuvo la idea de valerse de los dibujos espontáneos de los niños para psicoanalizarlos fue, Sophie Morgenstern en 1928. Koppitz (1974), mencionó que en 1885 apareció en Inglaterra un artículo de Ebenezer Cooke en el que describía los estadios evolutivos del dibujo infantil.

El primero en explorar en este continente la técnica del dibujo proyectivo fue Schilder (1923), quien comenzó a estudiar el dibujo de la figura humana.

Destacó fundamentalmente lo relativo entre el concepto de sí mismo, la proyección que plasma en el dibujo y la potencia que posee este último como instrumento para velar la dinámica interior del individuo. (Bastida Flores y Moreno Mendoza, 1995)

Desde esa fecha hasta la actualidad han sido numerosas las investigaciones sobre la producción gráfica en adultos adolescentes y niños, p.e., Goodenough y Harris (1950); Johnson y Gloye, (1958); Jones y Thomas, (1961) y Harris (1963). (op. cit 1995).

Widlöcher (1965), afirma que el dibujo es signo de la persona que lo realiza y signo de objeto (producción gráfica). Ann Cambier, 1990 añade que el dibujo es un objeto particular porque puede dar testimonio de una persona aun sin su presencia y considera que su significación no puede escapar a la influencia de lo social. (citada en Esquivel, Heredia y Lucio, 1994).

Los dibujos permiten explorar factores importantes de la personalidad y desarrollo, ya que los dibujos captan en una hoja de papel la forma de expresión, revelando sus riquezas a quien sabe valorarlo.

Lanz (1983) menciona: que el artista no ve las cosas como son, sino como es él. Por lo cual el psicólogo cuenta con un material bruto y a partir de esto puede realizar un instrumento clínico. (citado por Bastida Flores y Moreno Mendoza, 1995)

En el caso de los niños, el dibujo es en general una tarea gratificante y lúdica que realiza habitualmente ya que si se le da la oportunidad los niños

producirán espontáneamente dibujos de lo más variado, según les permita tanto su imaginación como su desarrollo, aunque lo que más les agrada dibujar, la mayoría de las veces son las figuras humanas.

Por ello es que cuando se trabaja con niños el dibujo es de las técnicas más agradables que se pueden seleccionar, el simple dibujo con lápiz y papel, es sencillo, económico y lo más importante es una interesante forma de lenguaje simbólico.

“La interpretación simbólica del dibujo permite observar la esencia que conduce al mismo núcleo del problema de la interpretación psicoanalítica y de las relaciones entre el dibujo y el inconsciente”. (op. cit: 1995, p.28).

En el dibujo, el niño no solo revela ciertas aptitudes prácticas, sino sobre todo, indicadores de su personalidad, que expresan sus reacciones emocionales del momento, sus actitudes afectivas en situaciones específicas.

Entre los representantes del dibujo como prueba proyectiva se encuentran: Machover (1949, 1953), Levy y Hammer (1958), Jolles (1952), Koppitz (1974), todos ellos interesados en el Dibujo de la Figura Humana. Buck al proponer en 1948-49 su test House-Tree-Pearson; Maurice Porot (1952) y Louis Corman (1961) con el Test del Dibujo de la Familia, estos son sólo algunos de los muchos autores que se han interesado en estas pruebas (op. cit).

Una vez realizado el dibujo, se prosigue al análisis proyectivo a través de este, para lo cual es importante considerar el gesto gráfico y el contenido del dibujo.

El primero se refiere a la manera en que el niño trata la superficie blanca, se le llama fase estructural o expresiva del dibujo, esta abarca:

1. Posición de la hoja
2. Colocación de la figura en la hoja
3. Tamaño de la figura
4. Secuencia del dibujo
5. Proporción y simetría
6. Calidad de la línea
  - a) Calidad del trazo
  - b) Presión del trazo
7. Figuras en movimiento
8. Perspectivas y/o varias dimensiones
9. Sombreado
10. Borraduras
11. Elaboraciones

12. Omisiones
13. Transparencias
14. Distorsión o rompimiento de la Gestalt

Estos elementos son los que de alguna manera permiten sistematizar las observaciones, están presentes en todas las técnicas grafo perceptivas y constituyen los aspectos básicos de la prueba.

En cambio para el análisis del contenido, se debe tener en cuenta la postura de las figuras, la expresión facial y la importancia que se da a diferentes detalles, los elementos del contenido son las partes constituyentes del dibujo. Vienen siendo el estilo general del mundo del niño revela algunas disposiciones fundamentales y constituye el valor proyectivo propiamente dicho.

También se puede hablar de un valor narrativo del dibujo, ya que el niño al dar a conocer los productos de su imaginación, revela también sus centros de interés, preocupaciones y gustos.

Estas tres modalidades de expresión conciernen a las dimensiones de su personalidad que no le son conocidas, sino que ignora como ignora los mecanismos que ponen en movimiento la mano con la cual dibuja.

Gesell (1940), describe la evolución del dibujo en el niño en la siguiente forma:

“A los 15 meses: el niño garabatea espontáneamente.

A los 18 meses: Trata de imitar una raya

A los 24 meses: Los trazos tienden a ser circulares o verticales. A esta edad se comienza a advertir indicios de un dibujo representativo incipiente.

A los 30 meses: Dibuja dos o más rayas e imita la cruz sin lograrlo.

A los 36 meses: Los garabateos reciben en general un nombre; copia bien el círculo y la cruz.

A los 4 años los niños raramente garabatean. Sus dibujos tienen ya un sentido, aunque solo representan un detalle del objeto.

El dibujo de un niño de 5 años es fácilmente reconocible, correspondiendo con la designación que el niño le adjudica; ya es capaz de dibujar un cuadrado.

A los seis años el niño es completamente realista en lo que dibuja, dibuja el doble de detalles que a los cinco y puede dibujar ya un triángulo.

A los siete años es capaz, de dibujar un rombo y diferenciar claramente el sexo por la ropa.

De los ocho años en adelante los detalles son cada vez más numerosos y mejora la construcción del dibujo” (p.191).

Uno de los temas que el niño prefiere dibujar es la figura humana; el 30% de los niños de tres años expresan que sus garabateos corresponden a "un hombre", "un niño", "una señora", o cualquier otro personaje (op. cit).

### ***3.4 El Dibujo de la Figura Humana y el Dibujo de la Familia***

La exploración de la personalidad constituye uno de los aspectos más delicados en la práctica de la psicología. Está se vale de numerosas pruebas para su estudio, sin embargo, la técnica del dibujo es una de las más difundidas ya que requieren de un mínimo de tiempo y material y se encuentran dentro de las actividades espontáneas del niño, la que significa que para él son gratificantes, ya que las considera como parte de sus juegos.

Dentro de estas técnicas proyectivas de dibujo destacan el Dibujo de la Figura Humana y el Dibujo de la Familia, las cuales en conjunto pueden proporcionar datos muy valiosos del niño, viéndolo como un ente separado pero, a la vez no olvidando que es un ser social al que no se le puede comprender del todo si se le aísla de su medio social; el cual en el caso del niño constituye en primera instancia su familia.

#### **A) El Dibujo de la Figura Humana (DFH)**

Como ya se ha mencionado el dibujo forma parte de las actividades lúdicas de los niños, quienes a menudo suelen dibujar espontáneamente, representan un sin fin de objetos, paisajes, etc., pero, muchas veces prefieren dibujar personas, es por ello que el Dibujo de la Figura Humana constituye una de las pruebas más valiosas ya que, como lo menciona el Dr. Aldo Calanea (1998) en su artículo Dibújame un monigote, representa el punto de intersección entre la expresión motora y los componentes somáticos, intelectuales y afectivos de la personalidad.

El dibujo de la Figura Humana ha sido estudiada desde diferentes enfoques demostrándose su valor proyectivo y su utilidad para evaluar el desarrollo del niño.

Kellog (1959) (citado en Koppitz en 1974), observó que la estructura del dibujo del niño pequeño está determinada por su edad y nivel de maduración, mientras que el estilo del dibujo refleja sus actitudes y aquellas preocupaciones que son más importantes para él en ese momento.

El valor proyectivo del dibujo se da partiendo de que éste, proyecta el psiquismo del dibujante, ofreciendo un campo propicio para el estudio y la

comprensión de la vida afectiva. El niño revelará en él sus conflictos internos, sus problemas de relación con los otros, lo que siente de sí mismo, sus ansiedades y sus mecanismos de defensa.

El niño puede representarse tal como es, como él se percibe, o representarse como él quisiera ser, por compensación.

Los autores más destacados en el enfoque proyectivo son: Machover, (1959, 1953, 1960), Levy, y Hammer (1958) y Jolles, (1952), (citados por Bastida Flores y Moreno Mendoza, 1995), estos autores estudiaron el Dibujo de La Figura Humana, en especial en adolescentes y adultos, limitándose en niños. Machover basándose en su experiencia clínica con adolescentes y adultos, y extendió sus resultados a los niños.

Mientras que los representantes más notables del enfoque evolutivo son Goodenough (1926), y Harris (1963), quienes trabajaron para establecer una escala de medición para las etapas del desarrollo.

De este modo se ha podido establecer que, después de los garabateos de la primera infancia, vemos aparecer en el tercer año de edad el monigote cabezudo representado por un círculo más o menos regular del que parten como unos bastoncitos que son las extremidades inferiores. A los cinco años es cuando la imagen del cuerpo dibujado aparece completa por primera vez (cabeza, tronco y extremidades). La evolución continúa en una creciente complejidad cada vez más lenta. La diferenciación de los sexos, aparece a los siete años, lo mismo que los miembros de doble contorno. El grafismo llega a su etapa óptima a los once o doce años, periodo en que se adquiere el pensar abstracto. Se debe de hacer la aclaración de que estas etapas pueden sufrir variaciones dependiendo de la inteligencia o entrenamiento en el dibujo.

Koppitz (1974) basándose en su experiencia e interés por los dibujos de los niños realizó numerosas investigaciones en relación con el DFH en niños de 5 a 12 años, proponiendo finalmente una clasificación tanto evolutiva como proyectiva.

Así obtuvo dos tipos de signos: A) los indicadores evolutivos de maduración y B) los indicadores emocionales. Diseñó y estandarizó un sistema de puntuación para ambos enfoques del DFH, seleccionó y definió una lista de 30 ítem de naturaleza evolutiva de los cuales están relacionados con la edad y la maduración del niño. Los indicadores se dividieron de la evaluación y experiencias propias de Goodenough y Harris así como de Koppitz.

Los indicadores evolutivos se consideran el conjunto de signos, que están relacionados con la edad y el nivel de maduración del niño. Koppitz llamó indicadores evolutivos al que se da en pocos DFH de niños ubicados en

nivel de edad menor, y que luego aumenta en frecuencia de ocurrencia ha medida que aumenta la edad de los niños, hasta convertirse en una característica regular de lo mucho o de la mayoría de los DFH en un nivel dado. Los indicadores se dividen en esperados y excepcionales y pueden ser utilizados para evaluar el nivel general de maduración.

Los esperados son aquellos que están presentes del 86 a 100 por ciento de los DFH de un nivel de edad. La ausencia de estos indicadores es más significativa que su presencia de ahí que la hipótesis subyacente es "la omisión de cualquier indicador evolutivo incluido en la categoría esperada indica inmadurez excesiva, retraso o la presencia de regresión debida a problemas emocionales." (Koppitz, 1974)

Como indicador excepcional se considera aquel que aparece en el 15% o menos de los DFH, y se consideran inusuales. La hipótesis subyacente es "los ítem evolutivos excepcionales se encuentran solo en los protocolos de niños con madurez mental superior al promedio." (op. cit)

Los indicadores emocionales, por otra parte son aquellos signos que manifiestan ansiedad, conflictos preocupaciones y actitudes del niño que pueden ser expresados en el DFH.

La obtención de los indicadores emocionales se tomaron del trabajo de Machover y Hammer y de la propia experiencia de Koppitz y se seleccionaron 38 ítem los cuales comprenden tres diferentes tipos de ítem, el primero comprende calidad del dibujo; el segundo se refiere a detalles y el tercero comprende omisiones de ítem los cuales eran expresados en ciertas edades. De los 38 ítem elegidos sólo 30 quedaron como indicadores emocionales.

En cuanto a la consigna que se utiliza para esta prueba, Goodenough indicaba que dibujaran "un hombre", Machover pide a sus pacientes que dibujen "una persona" y luego otra del sexo opuesto. Harris en cambio, pide el dibujo de un hombre, una mujer y un autorretrato. Hammer obtiene dibujos de un hombre y una mujer tanto a lápiz como con crayón. Koppitz pide al niño que dibuje "a una persona entera", en su presencia. "Esto es importante ya que un DFH debería ser siempre el producto de una relación interpersonal. El DFH representa una forma gráfica de comunicación entre un niño y el psicólogo y en cuanto a tal, difiere del dibujo espontáneo que los niños pueden realizar cuando están solos o con amigos." (op. cit p.21). Con esta consigna queda libre para el niño elegir la edad y el sexo de la figura que reproducirá.

Las instrucciones que se le proporcionan al niño son significativas ya que pueden influir en los resultados obtenidos.

En cuanto a la evolución gráfica, Lowenfeld (1947), propuso diferentes estadios . Los estadios se definen de acuerdo con la manera en que el sujeto aprende la realidad. Los periodos que este autor señala son: garabateo y pintarrajeo, que constituyen un presquematismo (4 a 6 años), esquematismo (7 a 9 años), realismo (9 a 11 años), seudorealismo (11 a 13 años) y la diversificación en tipo háptico o visual propia de la adolescencia . Osthereiht (1976), define cuatro niveles en la evolución gráfica: garabateo, esquematismo, realismo convencional y diferenciación de las evoluciones individuales en la adolescencia (citados en Esquivel, Heredia y Lucio, 1984).

Cambier (1990), considera que el dibujo de personajes es de extraordinaria riqueza en el estudio del niño porque el dibujante no sólo conoce algo del ser humano, si no que se vive cotidianamente como una persona, dibujar un monigote es representar lo que se es, es una imagen del yo y de lo que son los demás. (op. cit)

Barocio y de la Teja, (1980)(Citados en Bastida Flores y Moreno Mendoza, 1995), realizaron una investigación para comparar los resultados obtenidos por Koppitz en niños americanos y niños mexicanos de nivel escolar, y se encontraron diferencias significativas en los ítem evolutivos y se observó que como aumentaba la edad, aumentaban las diferencias. Los indicadores emocionales en niños mexicanos reflejaron timidez, retraimiento, pasividad, sentimientos de inadecuación y probable depresión.

## B) El Dibujo de la Familia:

Cuando se evalúa a un niño, se debe también considerar a su familia pues ella constituye la influencia más constante en su vida y por lo tanto el contexto en el que se debe de explorar las causas de los trastornos del niño.

La personalidad se encuentra influenciada por las primeras relaciones que se establezcan con los familiares más cercanos del niño, y por ello es que está tiene una importancia decisiva en toda su vida. El niño aprende dentro de está como relacionarse. Por ello es que el dibujo de la Familia, es un instrumento clínico importante cuando se estudia a los niños.

La historia del dibujo de la familia se inicia con K:F Appel en 1931, cuando lo propone como un test adecuado a la clínica psiquiátrica infantil (Korman, 1984)

Esta prueba se ha desarrollado dentro de la tradición clínica en Francia y otros países de Europa, sin embargo, la prueba de la familia en la actualidad se utiliza en diversos países incluyendo el nuestro.

Trude Traube fue la primera en sugerir el interés de un estudio sistemático del Dibujo de la Familia, esta idea fue recogida por Francoise Minkowska que veía en el dibujo de la Familia un modo excepcional de expresión de los conflictos familiares. (citado en Wdlöcher, 1998). Es Maurice Porot (1952), quien obtuvo el mérito de haber tratado de codificar las situaciones del examen.

Este autor considera que decirle al niño que dibuje a su familia, permite conocerla tal como él la representa, lo cual es más importante que saber cómo es en realidad. A pesar de la aparente limitación de la consigna al decirle al niño que dibuje a su familia, la proyección siempre actúa para deformar la realidad en el sentido de las preocupaciones afectivas del sujeto (citado en Esquivel, Heredia y Lucio, 1994).

M. Porot menciona que la simple observación y un estudio detallado del dibujo permiten conocer, sin que el niño lo advierta, los sentimientos reales que experimenta hacia los suyos y la situación en que se coloca a sí mismo dentro de la familia; en una palabra, conocer a la familia del niño tal como él lo representa, lo que es más importante que saber cómo es realmente. (citado por Corman, 1967)

Louis Corman (1967) ha aportado a la técnica algunas modificaciones en la consigna, esta no es ya "dibuja tu familia", sino "Dibújame una familia", o "Imagina una familia de tu invención y dibújala", esta modificación la hace en base al carácter limitativo de la indicación precedente, que impone al niño dibujar a su familia, por lo que este autor mencionó: " Hemos pensado que la proyección de los sentimientos subjetivos se facilitaría si se diese al niño una indicación más vaga "Dibuja una familia, una familia que tú imagines" Entre los que nos han precedido sólo André Berge, que sepamos, formuló así las indicaciones del test."

Esta indicación proporciona una mayor libertad para las tendencias inconscientes, pues podrá apartarse de lo real si él lo desea.

En México en 1984, Rosa Korman, menciona que en la práctica clínica con los niños pequeños se encontró que la consigna más adecuada es "Dibuja a tu familia". Lo cual se fundamenta en el supuesto de que el niño es un sujeto en formación en el que la represión es menor, no se defiende como los adultos, y por lo tanto se proyecta abiertamente.

La técnica de este test es simple. Se instala al niño ante una mesa adecuada, se le proporciona hojas de papel blancas y un lápiz del 2 21/2. La indicación es "Dibújame una familia" o bien "Imagina una familia que tú inventes y dibújala".

Cuando se le pide al niño que dibuje una familia imaginaria se puede explorar con más precisión los sentimientos que proyecta sobre ella. Acabado el dibujo se le hacen una serie de preguntas al niño. No se trata de algo rígido, sino, de que manifieste quienes son, cuales son su preferencias de los unos con los otros etc

Cuatro cuestiones ilustran el boceto de esta parte de la conversación: ¿Quién es el más simpático de todos?, ¿Quién es el más antipático?, ¿Cuál es el más feliz?, ¿Cuál es el menos feliz?, Después de cada respuesta se le pide al niño que de sus razones. La conversación prosigue interrogando al pequeño sobre el personaje que prefiere. Finalmente se le pide que designe al personaje que sería si él formase parte de ella

La interpretación según Cornman opera en tres niveles:

- El nivel gráfico
- El nivel de las estructuras formales.
- El del contenido

El nivel gráfico tiene en cuenta el rasgo, su amplitud, su fuerza, la repartición del dibujo sobre la página

En el nivel de las estructuras formales se toma en cuenta el grado de madurez del dibujo, el estilo de representación del personaje humano.

En el plano del contenido el test del dibujo de la familia cobra valor bajo la teoría psicoanalítica, observando en que personaje se proyectan, a quien valorizan y a quien desvalorizan. Como se sitúa frente a las imágenes parentales, rivalidad fraterna, etc

Estas interpretaciones, como se ve, son de tipo clínico.

Di Leo (1978) citado en Kornman, (1984), afirma que el dibujo de la familia es más revelador entre los 6 y 10 años cuando las expresiones del niño están libres de presiones culturales que las podría tomar en exposiciones conformistas y poco individuales

Por todo lo anterior es que en la presente investigación se utilizan ambas pruebas, teniendo presente en todo momento que un niño es un ser social al que no se le puede comprender del todo si se le aísla de su medio social, y sobre todo que para hacer una evaluación psicológica significativa de un niño se tiene que conocer no solo su ambiente, si no también, como se ve el niño a si mismo, a su familia y al lugar que ocupa dentro de esta

De esta manera, las anteriores pruebas se han elegido para conocer y evaluar clínicamente a los niños con infección por VIH/SIDA, apoyando lo

que menciona Sherr, 1989, Los niños nos hablan de sus enfermedades, temores, muerte y agonía, utilizan un lenguaje simple pero también sus juegos y sus dibujos nos ayudan a comprender lo que esto significa para ellos y lo que sienten.

### *3.5 Los Dibujos de los Niños con VIH*

Debido a que el dibujo es una forma creativa de expresión de los niños este ha sido utilizado ya como una herramienta de trabajo con los niños con VIH por Lori S. Winer y Vicente Figueroa (Pizzo, 1999, Cap.41) así como también han utilizado las frases incompletas.

A través de los dibujos muchos de los niños expresan como se sienten por vivir con VIH, ya que esto mismo es difícil hacerlo con palabras. Una de las formas de trabajar es que los niños ilustren la pregunta "si el virus tuviera rostro que o como verías su cara" ilústralo.

Otra de las preguntas que suelen hacer los investigadores mencionados es "A que se parece el VIH en el interior de tu cuerpo?" ilústralo.

En el presente trabajo también se utilizó el dibujo como una herramienta de trabajo y de expresión de los niños sin embargo, los dibujos no podrían ilustrar el caso anterior ya que algunos de los niños de la población no conocen su diagnóstico, por lo que se utilizan el DFH y el Dibujo de la Familia que son materiales muy ricos en contenido sin tener que hablarles directamente del virus.

## CAPITULO 4 METODOLOGIA

### *Planteamiento del Problema*

El virus de inmunodeficiencia humana fue identificado por Luc Montagnier en 1983 (García Huete, 1993). Desde su aparición ha sido en general uno de los desafíos más grandes para la humanidad, convirtiéndose en un reto que concierne a todos, y cuya importancia médica, psicológica y social por lo tanto, es innegable.

El índice de seroprevalencia en las mujeres mexicanas ha llegado a estimarse en 5,323 casos hasta el 1° de enero de 1999 (Torres García 1999) lo cual implica que hay un caso femenino por cada seis casos masculinos. El grupo de edad más afectado es de los 15 a los 44 años esto indica que el grupo mayormente afectado se encuentra en edad reproductiva, lo que respectivamente nos conduce a pensar que el número de niños y niñas que viven con VIH también crece en un porcentaje considerable cada año

Estos niños viven con un gran número de tensiones asociados al hecho de tener VIH o SIDA, y por lo tanto experimentan efectos psicológicos que pueden incluir miedos, ansiedades, reacciones emocionales y de comportamiento los cuales se cree que varían de acuerdo a la edad, redes de apoyo y de las circunstancias específicas de la vida

Sin embargo, a pesar de lo anterior, la investigación psicológica en niños infectados con VIH/SIDA en el mundo y específicamente en América Latina es escasa, además de que en ocasiones los resultados obtenidos en otras partes del mundo no son aplicables en nuestro país. Aunque es cierto que se pueden extrapolar algunas investigaciones realizadas con niños con enfermedades terminales, también es cierto que es mejor conocer e investigar la población afectada

La presente investigación pretende contribuir sobre este tema tratando de conocer si se presentan características de personalidad comunes en estos niños, tomando en cuenta para este objetivo la adaptación familiar de los pequeños, ya que la familia contribuye a la formación y comprensión de la personalidad

Entre las pruebas que evalúan personalidad el dibujo la hace de manera global considerando el valor proyectivo del dibujo basándose en la teoría psicoanalítica, que considera los motivos de la conducta como básicamente inconscientes.

El dibujo es una técnica agradable para los niños sencilla, económica no requiere de escolaridad previa para realizarlos, ya que forman parte de los juegos de los niños.

La utilidad del presente trabajo reside en presentar información sobre las características de personalidad de esta población que permita a los profesionales involucrados en esta área poder plantear alternativas de tratamiento partiendo de la evaluación de la población. De la misma forma y al ser un estudio exploratorio será un antecedente para futuras líneas de investigación que exploren con mayor profundidad esta problemática.

### ***Objetivo General***

\* Explorar y determinar las características de personalidad en los niños con VIH y/o SIDA valorados a través de dos pruebas proyectivas: Dibujo de la Figura Humana y Dibujo de la Familia

### ***Objetivos Específicos***

- \* Determinar características de personalidad en el DFH
- \* Determinar características de personalidad en el DF

### ***Hipótesis de trabajo:***

Las experiencias que tienen los niños con VIH/SIDA influyen en el desarrollo de su personalidad, presentándose de esta manera características de personalidad comunes en estos niños

### ***Variables***

Variable Independiente:

**Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**

**Variable Dependiente:**

**Personalidad**

***Definición Conceptual:***

**Variable Independiente**

**-Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA):** Infección producida por el virus de la inmunodeficiencia humana. El SIDA estará definido por la presencia de anticuerpos VIH+, menos de 200 CD4+ y al menos uno de los indicadores de la enfermedad. (CDC, 1993).

**Variable dependiente:**

**Personalidad** es definida por Allport-Gordon (1963), como la organización dinámica en el interior del individuo de aquellos sistemas biológicos, psicológicos y sociales que determinan las características de la conducta. y pensamiento.

***Definición operacional***

**Variable independiente**

**Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA):**

Diagnóstico confirmado en el niño, por la clínica para Niños con Inmunodeficiencia, UNAM.

## **Variable Dependiente:**

### **Personalidad:**

Determinada a través de un análisis cualitativo, de las pruebas ya que estas pruebas se evalúan mejor de esta manera, así como de frecuencia y porcentaje de los 30 indicadores emocionales que Koppitz reportan como significativos en el DFH, y las características más comunes en el caso del DF.

### **Indicadores emocionales en el DFH:**

- Integración pobre de las partes
- Sombreado de la cara
- Sombreado de cuerpo o extremidades
- Sombreado de las manos o cuello
- Asimetría burda de las extremidades
- Figura inclinada
- Figura pequeña
- Figura grande
- Transparencias
- Cabeza pequeña
- Ojos bizcos o desviados
- Dientes
- Brazos Cortos
- Brazos largos
- Brazos pegados al cuerpo
- Manos grandes
- Manos omitidas
- Piernas juntas
- Genitales
- Figura grotesca/monstruo
- Dibujo espontáneo de tres o más figuras
- Nubes
- Omisión de los ojos
- Omisión de la nariz
- Omisión de la boca
- Omisión del cuerpo
- Omisión de los brazos
- Omisión de las piernas
- Omisión de los pies
- Omisión del cuello

### **Características en el DF:**

- Tipo de trazo
- Presencia del niño
- Presencia de los padres
- A quien dibujo primero
- Que tipo de Familia dibuja
- Con quien se identifica el niño
- Ubicación del dibujo
- Figura valorada

### ***Tipo de Estudio:***

Se llevo a cabo un tipo de estudio exploratorio ya que la información que se encuentro al respecto fue escasa. Fue un estudio de campo, ex-post-facto ya que el evento ya había sucedido y finalmente transversal, ya que se midió en un solo momento. (Pick y López, 1995)

### ***Diseño***

No experimental – transversal.  
Fue un diseño de una sola muestra, y una sola aplicación.

### ***Muestra***

Fue un muestreo no probabilístico, ya que se seleccionaron a los sujetos dentro de una muestra y no fueron tomados al azar, propositivo y por tiempo, y se establecieron criterios de inclusión:

Niños que fueron registrados de enero de 1997 a enero de 1999.  
Con un rango de edad de 5 a 13 años  
Que tuvieran diagnóstico de infección por VIH/SIDA  
Los padres o tutores no tuvieron inconvenientes en participar.

De esta forma los sujetos que conformaron dicha muestra fueron 17 niños con diagnóstico de SIDA, de ambos sexos.

### ***Sujetos***

Los sujetos fueron 17 niños con diagnóstico de SIDA, siendo su distribución por edades la siguiente: 3 niños de 6 años, 3 niños de 7 años, 5 niños de 8 años, 2 niños de 9 años, 1 niño de 10 años y 3 niños de 13 años.

De estos 17 niños 6 fueron de sexo masculino y 11 de sexo femenino.  
Los 17 niños fueron de recursos socioeconómicos bajos.

### ***Escenario:***

Cubículo perteneciente al área de psicología dentro de la Clínica Para Niños Con Inmunodeficiencia, UNAM, dentro del Hospital General de México.

### ***Instrumentos***

Para la realización de la investigación se utilizaron dos pruebas proyectivas: la prueba de la figura humana (DFH) según los indicadores emocionales de Koppitz y la prueba del dibujo de la Familia bajo los criterios de Corman, ya que el mundo del niño es su familia y las relaciones que con ella mantiene contribuyendo a la formación de la personalidad. Estas pruebas proyectivas investigan la dinámica de la personalidad de manera global.

También y de forma complementaria se utilizaron datos sociodemográficos como son edad, sexo, con quien vivía el pequeño, los cuales formaron parte de su expediente. Lo anterior para un mejor análisis e interpretación de los dibujos, tomando así en cuenta su contexto sociocultural.

Dibujo de la Figura Humana: "Refleja primordialmente el nivel de desarrollo del niño y sus actitudes interpersonales (hacia sí mismo y hacia las personas significativas en su vida); las actitudes del niño hacia las tensiones y exigencias de la vida y su modo de enfrentarlas" (Koppitz, 1974, p.18)

Dibujo de la Familia: Con ella se pueden conocer las dificultades de adaptación al medio familiar, los conflictos familiares desde la perspectiva del pequeño y la rivalidad fraterna. M. Porot menciona "un estudio detallado del dibujo permite conocer sin que el niño lo advierta, los sentimientos reales que experimenta hacia los suyos y la situación en que se coloca así mismo dentro de su familia, en una palabra conocer a la familia del niño tal como él se la representa, lo que es más importante que saber cómo es realmente" (citado en Corman, 1967 p.17)

- ***Materiales***

Hojas blancas tamaño carta

Lápices del 2½ con goma

Manual para la interpretación del Dibujo de la Figura Humana

Manual para la interpretación del Dibujo de la Familia

- ***Procedimiento***

Se realizó la petición a las autoridades pertinentes para llevar a cabo la presente investigación.

Una vez conseguido el consentimiento, el paso siguiente fué revisar el calendario de citas de los pacientes y de esta manera llevar a cabo las aplicaciones de las pruebas a los niños, si era posible el mismo día o con una cita posterior al área de psicología.

Para la aplicación de las pruebas:

La aplicación fué llevada a cabo de manera individual, en el mismo lugar para todos los niños y ambas pruebas en una sola sesión.

Primero se estableció rapport con los pequeños, posteriormente se les explico de la siguiente manera "hoy quiero que me ayudes a hacer unos dibujos, para que se queden aquí, yo te voy a decir que es lo que quiero que dibujes, cuando acabemos podemos hacer otro u otros para que te los llesves o si tu quieres se queden en el pizarrón como tu dibujo de esta semana".

Prosiguiendo con la siguiente indicación para el Dibujo de la Figura Humana: "Quiero que me dibujes una persona completa. Puede ser cualquier clase de persona que quieras dibujar, siempre que sea una persona completa y no una caricatura o una figura hecha de palitos".

En el caso de los niños pequeños se agregó: "puedes dibujar un hombre o una mujer, o un niño o una niña, lo que te guste dibujar"

Terminada la tarea se les dijo: "ahora imagina un cuento de esa persona y platicámelo".

La anterior consigna fué pensando en los niños que no saben escribir ya que algunos tienen una escolaridad nula.

El siguiente paso fué dar la siguiente consigna: "dibuja una familia".

Por último se realizó un interrogatorio sobre el dibujo. Estas preguntas con el fin de que facilitaran el proceso de interpretación y de la comprensión del niño.

Previamente se habían investigado las siguientes características sociodemográficas de los niños:

Edad del niño

Con quien o quienes vivían

Orfandad,

Conocimiento del niño de su diagnóstico

Estos datos con el fin de una mejor interpretación y comprensión de las pruebas.

Una vez terminadas las aplicaciones se procedió a la interpretación de las mismas tanto cualitativa como cuantitativamente, para proceder con el análisis de los datos encontrados.

### *Manejo de los datos*

Para la calificación de el Dibujo de la Figura Humana se tomaron en cuenta los treinta indicadores emocionales que Koppitz reporta como significativos, calificando de esta manera presente o ausente según el caso, es importante mencionar que se tomaron en cuenta las edades a partir de las cuales estos indicadores son significativos según Koppitz. Para el Dibujo de la familia se tomaron en cuenta los aspectos más importantes que reporta Corman.

Dado que la prueba es proyectiva se trabaja bajo una escala nominal, por lo cual para la calificación de las pruebas solo se tomaron en cuenta frecuencias y porcentajes en la muestra, esto ya que estas pruebas solo se califican presente o ausente. También cabe mencionar que por el tipo de pruebas utilizadas el análisis estadístico fue imposible ya que no se cumplen los criterios para aplicar un análisis estadístico.

Por ello se tomaron en cuenta las frecuencias y los porcentajes y se realizó un análisis cualitativo que permitió determinar las características de personalidad de manera general en la muestra, sin que se dispersaran los datos difíciles de cuantificar.

## RESULTADOS

El SIDA es un problema de salud complejo, que ataca a diversos sectores de la población, entre estos sectores se encuentran los niños, quienes enfrentan a lo largo de su vida tensiones, sentimientos, emociones y actitudes ligadas al hecho de tener SIDA, de esta forma las tensiones y esfuerzos que realizan estos niños por adaptarse a la vida diaria muchas veces ya difícil dependerá de muchos factores, pero sobre todo, de las actitudes y emociones de los propios niños, del como se sientan ellos con ellos mismos y con su entorno.

De esta forma después de realizar esta pequeña investigación que conformaron un grupo de 17 niños se presentan una serie de resultados producto de la aplicación, calificación y análisis de dos pruebas grafo proyectivas ( DFH, Dibujo de la Familia), para ello y también dentro de estos resultados se encuentran primeramente algunos datos sociodemográficos de los niños que tuvieron suma importancia para la integración de los resultados, como son edad, sexo distribución por orfandad, con quien o quienes vivían, y el hecho de si conocían o ignoraban su diagnóstico.

Finalmente y aprovechando la riqueza de los datos se presentan los resultados del análisis cualitativo de las pruebas, que muchas veces se pierde en un análisis cuantitativo.

De esta forma los resultados son las siguientes:

*Tabla 1*

Sexo Masculino	%	Sexo Femenino	%
6 niños	35.3%	11 niñas	64.7 %

*Tabla 2*

Edad	Frecuencia	Porcentaje %
6 años	3 niños	17.6%
7 años	3 niños	17.6%
8 años	5 niños	29.4%
9 años	2 niños	11.8%
10 años	1 niño	5.9%
13 años	3 niños	17.6%

**Tabla 3**

<b>Huérfanos de Padre</b>	<b>Huérfanos de ambos Padres</b>	<b>De ninguno</b>
<b>Frecuencia y %</b>	<b>Frecuencia y %</b>	<b>Frecuencia y %</b>
-4 niños (23.5%)	-12 niños (70.6%)	-1 caso (5.9%)

**Tabla 4**

<b>Con quien vive:</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Familia de origen	4 niños	23.5 %
Otros familiares	10 niños	58.8%
Casa Hogar	3 casos	17.6%

**Tabla 5**

<b>Conocen su diagnóstico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	10 casos	58.8%
No	7 casos	41.2 %

*Dibujo de la Figura Humana:*

**Tabla 6**

Indicador	Ausencia		Presencia	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<i>1. Integración pobre de las partes</i>	9 casos	52.9	8 casos	47.1
<i>2. Sombreado de la cara</i>	17 casos	100	Ningún caso	0
<i>3. Sombreado de cuerpo o extremidades</i>	14 casos	82.4	3 casos	17.6
<i>4. Sombreado de las manos o cuello</i>	15 casos	88.2	2 casos	11.8
<i>5. Asimetría burda de las extremidades</i>	14 casos	82.4	3 casos	17.6
<i>6. Figura inclinada</i>	14 casos	82.4	3 casos	17.6
<i>7. Figura pequeña</i>	14 casos	82.4	3 casos	17.6
<i>8. Figura grande</i>	17 casos	100	Ningún caso	0
<i>9. Transparencias</i>	17 casos	100	Ningún caso	0
<i>10. Cabeza pequeña</i>	16 casos	94.1	1 caso	5.9
<i>11. Ojos bizcos o desviados</i>	17 casos	100	Ningún caso	0
<i>12. Dientes</i>	17 casos	17	Ningún caso	0
<i>13. Brazos cortos</i>	8 casos	47.1	9 casos	52.9
<i>14. Brazos largos</i>	14 casos	82.4	3 casos	17.6
<i>15. Brazos pegados al cuerpo</i>	16 casos	94.1	1 caso	5.9
<i>16. Manos grandes</i>	13 casos	76.5	4 casos	23.5
<i>17. Manos omitidas</i>	7 casos	41.2	10 casos	58.8
<i>18. Piernas juntas</i>	14 casos	82.4	3 casos	17.6
<i>19. Genitales</i>	17 casos	100	Ningún caso	0
<i>20. Figura grotesca monstruo</i>	12 casos	70.6	5 casos	29.4
<i>21. Dibujo espontáneo de tres o más figuras</i>	14 casos	82.4	3 casos	17.6
<i>22. Nubes</i>	14 casos	82.4	3 casos	17.6
<i>23. Omisión de los ojos</i>	16 casos	94.1	1 caso	5.9
<i>24. Omisión de la nariz</i>	16 casos	94.1	1 caso	5.9
<i>25. Omisión de la boca</i>	16 casos	94.1	1 caso	5.9
<i>26. Omisión del cuerpo</i>	17 casos	100	Ningún caso	0
<i>27. Omisión de los brazos</i>	16 casos	94.1	1 caso	5.9
<i>28. Omisión de las piernas</i>	17 casos	100	Ningún caso	0
<i>29. Omisión de los pies</i>	11 casos	64.7	6 casos	35.3
<i>30. Omisión del cuello</i>	10 casos	58.8	7 casos	41.2

Los anteriores resultados se presentan de acuerdo a los 30 Indicadores Emocionales que Koppitz refiere para el DFH, se tomaron en cuenta las

edades a las cuales refiere que pueden puntuarse como indicadores emocionales, calificando de esta manera presente o ausente según el caso, de acuerdo a estos datos se pudieron resaltar las alteraciones emocionales que los niños con VIH presentan frecuentemente.

Dentro de la calificación del DFH, se incluyó también el tipo de trazo, calificándolo dentro de tres categorías que fueron trazo débil, normal o marcado, encontrándose lo siguiente:

**Tabla 7**

	<b>Trazo débil</b>	<b>Trazo Normal</b>	<b>Trazo marcado</b>
<b>Frecuencia</b>	5 casos	2 casos	10 casos
<b>Porcentaje</b>	29.4 %	11.8 %	58.8 %

\* Según Anderson y Anderson (1976), la presión del trazo su grosor, fluidez, constancia, longitud, dirección aportan datos respecto a la confianza, autoafirmación, retraimiento estabilidad y grado de conflicto de la persona. El trazo marcado generalmente se asocia a rasgos de agresividad en la persona, por otra parte el trazo débil es asociado con retraimiento, poca energía o rasgos depresivos.

Se incluyó también la ubicación del dibujo en la hoja, ya que también tiene una significación gráfica. Se encontraron los siguientes resultados:

**Tabla 8**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sector medio</b>	13 casos	76.5 %
<b>Sec. Superior derecho</b>	1 caso	5.9 %
<b>Sec. Superior Izquierdo</b>	1 caso	5.9 %
<b>Sec. Inferior Izquierdo</b>	1 caso	5.9%
<b>Sec. Inferior derecho</b>	1 caso	5.9 %

\*El sector inferior corresponde a los instintos primordiales de conservación de la vida. El sector superior es el de la expansión imaginativa, región de los

soñadores e idealistas. El sector de la izquierda es el del pasado, el de los sujetos que regresan a su infancia. El sector de la derecha es el del porvenir.

### ***Dibujo de la Familia:***

Antes del análisis de resultados del Dibujo de la Familia cabe mencionar que en la aplicación de las pruebas se presentó el caso de un niño que se negó rotundamente a hacer el dibujo, mencionando que este no tenía familia (en ese momento su familia tomaba la decisión de trasladarlo a un albergue), este acto refleja su enojo y frustración en contra de su familia extensa, quien desde la muerte de sus padres se hacía cargo de él. Sin embargo, si se tomó en cuenta dentro de la muestra, por lo cual dentro de los aspectos que se calificaron del Dibujo de la Familia faltará un 5.9% (que representa este pequeño) para completar el 100% del porcentaje total de la muestra.

En el caso del Dibujo de la Familia, se tomaron en cuenta 10 aspectos generales que son los siguientes:

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. - Tipo de trazo                   | 7. - Ubicación del dibujo                      |
| 2. - Presencia del niño              | 8. - Figura Valorada                           |
| 3. - Presencia de los padres         | 9. - Figura desvalorizada                      |
| 4. - A quien dibuja primero          | 10. Otros elementos que aparezcan en el dibujo |
| 5. - Familia Real o sustituta        |  |
| 6. - Con quien se identifica el niño |  |

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

***Tabla 9***

**- Tipo de trazo:**

	<b>Trazo débil</b>	<b>Trazo normal</b>	<b>Trazo fuerte</b>
<b>Frecuencia</b>	3 casos	1 caso	12 casos
<b>Porcentaje</b>	17.6 %	5.9 %	70.6 %

\* Según Corman (1967), un trazo fuerte indica fuertes pulsiones y/o liberación instintiva.

**Tabla 10**

**- Presencia del niño:**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Presente</b>	9 casos	52.9 %
<b>Ausente</b>	8 casos	47.1 %

El dibujo sin niño es considerado una reacción agresiva indirecta, puede representar el propio pensamiento del niño de no estar, sea por que lo piensa él u otros, también puede ser considerada una reacción depresiva si es que hay una total eliminación de si mismo esto quiere decir que no se identifique con otro personaje.

**Tabla 11**

**- Presencia de los Padres:**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Solo el padre</b>	1 caso	5.9 %
<b>Solo la madre</b>	2 casos	11.8 %
<b>Ambos padres</b>	5 casos	29.4 %
<b>Ninguno</b>	7 casos	41.2%

\* Los dibujos sin padres pueden quizá representar la realidad de estos niños, o probablemente representar también un signo de depresión.

**Tabla 12**

**-A quien dibujo primero**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Padre</b>	1 caso	5.9 %
<b>Madre</b>	5 casos	29.4 %
<b>Sí mismo</b>	3 casos	17.6 %
<b>Hermano</b>	2 casos	11.8 %
<b>Otra persona</b>	5 casos	29.4 %

\*Es el personaje en el que el niño piensa primero y al que presta mayor atención.

**-Que tipo de familia dibuja**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Familia Real</b>	4 casos	23.5%
<b>Familia sustituta</b>	1 caso	5.9 %
<b>Familia ideal</b>	5 casos	29.4 %
<b>Solo el niño sin adultos</b>	3 casos	17.6 %
<b>Otros adultos</b>	3 casos	17.6 %

*Tabla 14*

**Con quien se identifica el niño**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Padre</b>	1 caso	5.9 %
<b>Madre</b>	1 caso	5.9 %
<b>Con un Hermano (a)</b>	2 casos	11.8
<b>Consigo mismos</b>	8 casos	47.1 %
<b>Otras personas</b>	4 casos	23.5 %

*Tabla 15*

**Ubicación del Dibujo:**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sector medio</b>	6 casos	35.3 %
<b>Sector superior derecho</b>	6 casos	35.3 %
<b>Sector inferior derecho</b>	2 casos	11.8 %
<b>Sector inferior izquierdo</b>	2 casos	11.8%

\* La colocación del dibujo sobre el papel corresponde a la porción que el sujeto se atribuye en su circunstancia. La derecha se interpreta como orientación en el ambiente, la izquierda como orientación hacia sí mismos. (Anderson y Anderson, 1976, p. 414) De lo anterior que se deduce que el sector medio es el sector del presente, que el sujeto se encuentra bien ubicado en el espacio.

*Tabla 16*

**Figura Valorada**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Madre</b>	6 casos	35.3 %
<b>Hermano</b>	2 casos	11.8 %
<b>El mismo</b>	3 casos	17.6 %
<b>Otro personaje</b>	5 casos	29.4 %

- El personaje valorado es al cual en niño considera más importante, ya sea porque admira, envidia o teme.

*Tabla 17*

**Figura desvalorizada:**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Padre</b>	2 casos	11.8 %
<b>Hermano</b>	4 casos	23.5 %
<b>El mismo</b>	10 casos	58.8 %

\* La desvalorización es considerada una reacción agresiva, es una reacción adaptativa a la realidad a la cual no puede adaptarse.

*Tabla 18*

**Otros elementos (animales, muñecos, sol, nubes, casas, etc.)**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Presente</b>	7 casos	41.2 %
<b>Ausente</b>	9 casos	52.9 %

### **RESULTADOS CUALITATIVOS**

Considerando la totalidad del dibujo, bajo un análisis clínico, se considera que los niños con VIH presentan la mayoría de las veces por lo menos una de las siguientes características:

- Inestabilidad
- Inseguridad y desvalimiento
- Tendencia al retraimiento y/o a encerrarse dentro de si mismos
- Bajo autoconcepto
- Desvalorización, desprecio u hostilidad hacia si mismos
- Angustia
- Depresión
- Finalmente algunos niños muestran rasgos de agresión manifiestos, mientras la mayoría tienen rasgos de agresión o enojo encubiertos (ya que en ambas pruebas se presenta un trazo remarcado).

Los anteriores datos no se presentan todos en un solo niño, sin embargo, si la presenta la generalidad de los niños, esto si consideramos ambas pruebas.

Dentro de esta evaluación cualitativa, se realizó la comparación de los resultados de las pruebas de los niños que conocen su diagnóstico y los que lo ignoran, en general se puede decir que los niños que no conocen su diagnóstico presentan, menos rasgos emocionales en comparación con los que sí lo conocen, sin embargo esto puede tener relación con la edad de los niños y por lo tanto la concepción que ellos tienen de enfermedad, ya que como se vio en el marco teórico esta concepción de enfermedad y de los procedimientos médicos cambia con la maduración del niño.

**Los niños que conocen su diagnóstico presentan:**

- \*Devaluación**
- \*Ansiedad**
- \*Rasgos de depresión**

**Mientras que de los niños que no conocen su diagnóstico sólo uno de los siete presenta estos rasgos.**

## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### Y CONCLUSIONES

Con base en los resultados mencionados se realizan las siguientes consideraciones, comenzando con los datos demográficos, prosiguiendo con los indicadores emocionales del Dibujo de la Figura Humana y por último con el Dibujo de la Familia.

La mayoría de los niños de la población estudiada son de sexo femenino, las edades de los niños van de los 6 a los 13 años de edad, encontrándose casi una cuarta parte de la muestra en los 8 años de edad, lo que nos dice que son niños con sobre vida, ya que el tiempo de vida estimado con tratamiento y un progreso lento de la enfermedad es de aproximadamente 7 años de vida.

El 70.6 % de estos niños son huérfanos de ambos padres y viven con otros de sus familiares quienes se hacen cargo de los pequeños, lo que nos habla de que en la mayoría de estos casos la familia extensa de estos pequeños si es un apoyo en situaciones de crisis. ( aunque se ignora la calidad de vida que les proporcionan)

En tres casos los niños viven en casa hogar por decisión de sus familiares quienes no se pueden hacer cargo de ellos, por los cuidados que implica atender a un niño con VIH, y por otro lado como ya se vio en la revisión bibliográfica por la etapa de vida en que se encuentran sus abuelos aunado esto a sus condiciones socioeconómicas.

En 10 casos los niños se encontraban enterados de su diagnóstico, estos niños son los de mayor edad en la muestra, lo cual quizá pueda explicarse si se considera que por su edad requieren y piden mayores explicaciones de lo que les esta pasando, esto se relaciona con lo que menciona Lorreine Sher (1989), sobre proporcionar la información a los niños adecuado sobre lo que ellos necesitan saber acerca de su enfermedad. Incluso es algo que la Organización Panamericana de la Salud, en 1994, recomienda.

En cuanto a los indicadores emocionales que los niños presentan, de acuerdo a las frecuencias y porcentajes sólo se detectaron 3 indicadores en el DFH de los niños con VIH que integraron la muestra, estos indicadores se determinaron a partir de las frecuencias (7 casos) y mayores porcentajes, dicho de otra manera que un poco menos de la mitad de la muestra presentara este indicador.

El primer indicador que se encontró fue la Integración pobre de las partes se presentó en 8 casos que representan un 47.1% de la muestra lo que quiere decir que casi en la mitad de los casos se presenta este indicador, mismo que se encuentra asociado con inestabilidad en la vida del niño. De la misma forma parece indicar inmadurez, esto puede ser resultado básicamente de cualquiera de tres factores o a la conjunción de ellos: 1) retraso evolutivo, 2) deterioro neurológico y 3) regresión debida a perturbaciones emocionales.

Este indicador refleja la inestabilidad que cualquier enfermedad crónica trae consigo a la homeostasis familiar, de la misma forma puede reflejar la falta de estabilidad general en la vida del niño, entendiendo dentro de esto sus ingresos y visitas consecutivas al hospital y la falta de un hogar estable. Como se menciona en los estudios citados en la p.33 el primero británico y el segundo realizado aquí en México (con las familias de esta población), los cuales convergen en que la problemática diaria para estas familias es más urgente que la misma infección, por lo cual la mayoría de estos niños han vivido la mayor parte de su vida en hogares disfuncionales, con bajos ingresos, problemas de drogadicción, alcoholismo y promiscuidad.

La falta de estabilidad también puede encontrarse ligada al hecho de que estos pequeños no han conocido un hogar estable, primero porque la mayoría de ellos llegó a su hogar cuando éste estaba siendo ya devastado por la infección, por lo cual vivieron poco tiempo con sus padres (al menos con ambos), en un momento ya de crisis, y posteriormente pasan a otro hogar al que les será difícil adaptarse en muchas ocasiones, a pesar de que son sus familiares.

Aunado a esto a veces cambiarán los familiares responsables de los abuelos a los tíos o viceversa, y en otros casos pasarán quizá después a algún albergue.

También se mencionó que este indicador puede así mismo indicar inmadurez, por tres factores, en este caso hablamos de la conjunción de estos factores que son: 1) a retraso evolutivo debida a un ambiente pobre en estimulación 2) así como al mismo virus y 3) regresión debida a perturbaciones emocionales.

Un indicador que esperaba encontrarse con más frecuencia fue el sombreado, que se encuentra considerado por Koppitz como una manifestación clara de angustia, y que se encuentra en niños y adultos con enfermedades crónicas. La angustia según el artículo Pediatrics: The emerging Psychosocial challenges of the AIDS epidemic es generada por la misma enfermedad y debido a la estigmatización si es que se sabe su diagnóstico.

Sin embargo, en el presente estudio el sombreado no es una característica común en la muestra, pero si es una característica que se presenta en algunos casos de manera marcada ( se presentó en el 17.6 % de la muestra).

Por otra parte los resultados demuestran que los niños con VIH, no son niños que presenten impulsividad, hostilidad o agresión dirigidas al exterior, ya que los indicadores que se asocian con estas características (transparencias, ojos bizcos o desviados, dientes o genitales) se encuentran ausentes en esta muestra.

El segundo indicador fue brazos cortos, el cual se encontró presente en un 52.9 %, en 9 casos. Lo anterior se relaciona con el marco social de los pacientes con VIH, ya que los brazos cortos indican retraimiento, dicho de otra manera que estos niños suele encerrarse dentro de sí inhibiendo sus impulsos.

Koppitz (1974) menciona que este indicador se presenta en niños con enfermedades psicósomáticas, y que refleja la dificultad del niño para conectarse con el mundo circundante y con las otras personas.

Estos niños pueden presentar problemas para conectarse con el mundo que les rodea sobre todo por el posible rechazo o el rechazo real al que se ven sometidos, lo que también los lleva a conductas de ocultamiento de su enfermedad, que en última instancia también los separa del grupo al considerarse diferentes a los demás.

También se puede considerar que muchos de ellos no se relacionan más que con su familia, siendo la comunicación con estos también deficiente, si se considera que la mayoría de ellos son huérfanos de uno o ambos padres y que quizá el apoyo por parte de los otros familiares no incluye el contacto emocional adecuado.

Otro factor es que muchos de estos niños no asisten a la escuela, perdiendo esta oportunidad para socializar con niños de su edad, o bien los que asisten tienen que guardar cierta distancia del grupo al percibirse diferentes a ellos, o en el peor de los casos es el grupo quien los margina al conocer su diagnóstico.

Los brazos largos se presentaron sólo en tres casos y reflejan una inclusión agresiva en el ambiente, o necesidades agresivas dirigidas hacia fuera.

Las manos omitidas fue otro de los indicadores que se presentó en poco más de la mitad de los casos (58.8%) Este signo se presenta en niños tímidos, y se relaciona con sentimientos de inadecuación o de culpa por no lograr actuar correctamente, o por la incapacidad para actuar. En los niños con VIH puede deberse básicamente con los sentimientos de inadecuación y por la incapacidad para actuar.

En cuanto a las manos grandes, se presentaron en cuatro casos. Este indicador se encuentra asociado con conductas agresivas y actuadoras en las que están implicadas las manos.

Sin embargo cabe mencionar que en los resultados del estudio que realizó Barocio y de la Teja (1980: citados por Bastida Flores y Moreno), se reporta que los niños mexicanos tienden a presentar timidez, retraimiento, pasividad, sentimientos de inadecuación y probable depresión por lo que no se puede determinar si estos indicadores se presentan en la muestra estudiada en este caso determinados por la variable independiente.

Si se relacionan los anteriores indicadores se puede percatar de las deficiencias que tienen los niños con VIH para relacionarse con el entorno, sea por que son niños inhibidos o por que hacen una inclusión agresiva en el ambiente, finalmente son niños que no tienen habilidades para relacionarse, problema que se puede ver también en algunos adultos que tienden a aislarse después de conocer su diagnóstico, sólo que en este caso cabría pensar si son los niños los que se aíslan o es la misma sociedad la que los rechaza.

La omisión de los pies fue otro de los indicadores que se presentó con frecuencia. (en una tercera parte de la muestra, 35.3%) Lo que indica que una tercera parte de la muestra de los niños con VIH/SIDA presentan un sentido general de inseguridad y desvalimiento.

Otro indicador importante de mencionar es la Figura Grotesca o monstruo, que se presentó en una tercera parte de la muestra e indica que los niños que presentaron este indicador reflejan desprecio y hostilidad hacia si mismos.

La omisión del cuello se encontró presente en siete casos, sin embargo, no se considera como un indicador válido en las edades en que se presentaron las omisiones.

En cuanto al tipo de trazo se encontró que un 62.7% de la muestra utilizó un trazo fuerte, lo que indica impulsividad y enojo, este enojo parece manifestarse de manera muy encubierta, quizá esto se deba a que socialmente se aprende que no se debe de manifestar enojo manifiesto contra los progenitores. Los 5 niños restantes trazaron débilmente lo que indica poca energía y depresión.

Por el sector en que se ubico el dibujo se puede decir que el 76.5% de los niños se encuentran ubicados en el presente, aquí y ahora. Lo que puede encontrarse relacionado con su enfermedad, que les lleva a vivir día con día, tal vez estar bien ubicados en la realidad es lo que les ha llevado a sobrellevar la enfermedad, y solo me refiero a enfermedad, ya que algunos desconocen su diagnostico pero si saben que están enfermos de "algo".

Considerando la totalidad del dibujo, bajo un análisis clinico se encontraron características representativas de la muestra como son las siguientes:

***\*Inestabilidad***

***\*Inseguridad y desvalimiento***

***\*Tendencia al retraimiento y/o a encerrarse dentro de sí mismos***

***\*Bajo autoconcepto***

***\*Desvalorización, desprecio u hostilidad hacia sí mismos***

***\*Angustia***

***\*Depresión***

***\*Algunos niños muestran rasgos de agresión***

Aunque las tres primeras características si se encuentran en las frecuencias y porcentajes, las siguientes se dispersan al cuantificar y sólo se pueden considerar en un análisis cualitativo de la muestra, para lo cual se incluyen 5 casos considerados representativos de la muestra (ver anexos), es valioso retomar estos datos ya que de primera instancia parecería que los niños no

presentan rasgos emocionales significativos, lo que refiere al problema de la cuantificación en las pruebas proyectivas ya que los rasgos mencionados en el análisis cualitativo se identifican considerando la totalidad del dibujo en ambas pruebas. La depresión y la ansiedad no se encuentran en todas los casos, sin embargo, en los casos que se presentan lo hacen de manera marcada (1<sup>a</sup>, 1b,6<sup>a</sup>, 6b) por ello es que se considero importante mencionarlo como rasgos en la muestra.

De los datos anteriores se concluye que los niños con VIH, al igual que los adultos sufren de ansiedad, depresión, y desamparo entre otras reacciones psicológicas individuales que son también comunes en personas con enfermedades crónico terminales, entre estos los niños con cáncer.

La desvalorización, el desprecio y hostilidad hacia sí mismos así como el bajo autoconcepto, son rasgos representativos de esta muestra esto quiere decir que se presenta en todos los niños, en algunos de manera encubierta. Estas características son datos muy importantes, ya que en la niñez el niño esta interesado en descubrir su yo con una cantidad de adjetivos que formaran su autoestima y su autoconcepto, y en este caso los niños parecen percibirse así mismos con una cantidad de adjetivos negativos, teniendo problemas por el lugar que ocupa entre los demás y con su estatus social.

Esto cobra importancia en los niños que crecen y desarrollan en un ambiente social que ayuda a conformar esta autoestima y este autoconcepto, lo que en última instancia nos conduce a su tratamiento.

Realizando la comparación de los resultados de las pruebas de los niños que conocen su diagnóstico y los que lo ignoran, se puede decir que los niños que no conocen su diagnóstico presentan menos rasgos emocionales en comparación con los niños que si lo conocen, este es dato muy importante ya que de acuerdo a las investigaciones que dan sustento a esta tesis la duda es mas angustiante que saber que es lo que pasa, sin embargo estos datos no apoyan esta hipótesis ya que los que conocen su diagnóstico presentan de manera mas significativa rasgos de depresión, ansiedad y devaluación.

Quizá se deba al origen de la enfermedad, a su estigmatización, y al como ellos y la gente más cercana a los niños perciben esta enfermedad, y la propia concepción de enfermedad que cada uno de ellos le da por lo cual seria importante revisar su concepto del VIH/SIDA y la forma en como se enteran de su diagnóstico.

Es importante señalar como lo hace Sepúlveda y cols., 1989, que estas reacciones emocionales pueden ser secundarias a los factores sociales y que son vividas como carencias reales, ya que el impacto de la enfermedad produce una situación catastrófica que facilita el caos emocional.

En el Dibujo de la Familia como en el DFH, se encontró que la mayoría de los niños utiliza un trazo fuerte que indica fuertes pulsiones, violencia o bien liberación instintiva, lo cual quizá represente el enojo encubierto de los pequeños hacia sus familiares, ya que en nuestra sociedad, los niños generalmente protegen y defienden a sus padres se lo merezcan o no. por lo tanto para los pequeños admitir conscientemente el enojo hacia sus padres es perturbador. Mientras que una minoría de los niños hace un trazo débil que indica con mucha frecuencia timidez dentro de este ámbito social.

La mayoría de los niños dibuja una familia imaginaria o ideal, lo que puede representar una manera de compensar la realidad dolorosa, mientras que el otro gran porcentaje dibuja a su familia real como se encontraba hasta ese momento.

En cuanto a la inclusión o exclusión del niño en el Dibujo de la Familia encontramos casi el mismo porcentaje, la mitad de los niños se incluyen mientras la otra mitad se excluyen.

Lo anterior parece indicar que los niños que no se encuentran presentes reflejan de manera proyectiva su deseo de ser otros, que consideran más buenos o más agradados. La otra parte los que si se dibujan se desvalorizan a si mismos en los dibujos (ver anexos), ya que aunque se encuentren presentes, son los personajes que menos atributos tienen.

Otros personajes que se desvalorizan, en el orden de frecuencia son los hermanos (as), y el padre, pero, en ningún caso se desvalorizó a la madre, sino al contrario, en cuanto a frecuencia ocupa el primer lugar siendo la figura más valorada, lo que se relaciona con nuestro contexto social y con lo que menciona Alfonso Reyes Zubiria, al respecto de que los mexicanos somos muy apegados a la madre, a la cual culturalmente se le debe siempre respeto.

Prosiguiendo con los personajes valorizados en orden de frecuencia continúan otros personajes (tíos, animales, señoras, etc.) casi con la misma frecuencia en que valorizan a la madre.

La colocación del dibujo y las edades de los niños nos habla de que estos pequeños se encuentran centrados en sí mismos, y bien ubicados en el espacio esto quiere decir viven el aquí y el ahora.

Finalmente podemos decir que son niños a los que les hace falta la seguridad y estabilidad que generalmente proporciona una familia, ya que al parecer las familias sustitutas no han logrado de manera efectiva integrar al niño dentro de este sistema, proporcionarles alimento y albergue no es suficiente para un niño, al que también se les debe de procurar seguridad y un sostén emocional y social que lo lleve así mismo a verse como alguien valioso, a él a su familia y al lugar que ocupa dentro de esta.

Resulta importante mencionar que las pruebas proyectivas utilizadas proporcionan una información rica en datos dentro de esta población, cubriendo de esta manera su objetivo de evaluación de la personalidad de los niños que conformaron esta muestra, por lo cual se puede decir que el dibujo como prueba proyectiva puede ser utilizado en la población de niños infectados con el virus de inmunodeficiencia ya que es una herramienta de fácil acceso y ejecución para estos niños, que proporciona una global expresión de la personalidad del ejecutante, de manera que los dibujos cubren el objetivo para el que fueron diseñados, dentro de este tipo de población.

Se concluye que los niños con VIH/SIDA que se encontraban dentro de la muestra se encuentran ubicados en el tiempo y espacio, por lo que viven en el presente y en la realidad.

Son niños que se encuentran centrados en sí mismos, que no tienen características agresivas u hostiles manifiestas, si no mas bien contenidas, lo que se puede deducir del tipo de trazo que utilizan.

De acuerdo a las frecuencias y porcentajes esta población presenta 3 rasgos característicos: integración pobre de las partes, brazos cortos y manos omitidas lo cual indica que estos niños presentan un sentido general de inseguridad y desvalimiento teniendo problemas para socializar. Reflejan dificultades para conectarse con el mundo circundante y con las otras personas. Tienden la mayoría de las veces al retraimiento, por lo mismo se encierran dentro de sí inhibiendo sus impulsos. Mientras una pequeña parte de la muestra tienden a hacer una inclusión agresiva en el ambiente.

Esto nos refiere a una evaluación del contexto social en el que viven los niños y que dado los resultados parece ser pobre o deficiente, ya que son representativos de la muestra los problemas para socializar, por lo que se deduce que no tienen un soporte ni social ni familiar adecuado.

Lo anterior también puede explicarse como una reacción natural de las personas con VIH, ya que como se menciona en el marco teórico los adultos pueden llegar a aislarse ya sea por ellos mismos o que socialmente se les rechace en el caso de conocerse su diagnóstico, ya que el VIH trae consigo la etiqueta de contagioso y por lo tanto rechazo, estigmatización y culpa.

Las personas con enfermedades crónicas, presentan reacciones como las siguientes, angustia, depresión, ira, culpabilidad, vergüenza, temor al abandono, así como confusión, algunas de estas características como son la angustia, depresión coinciden con este estudio, sin embargo dentro de este estudio se encontraron particularidades en la población, ya que estos niños más bien tienden a desvalorizarse, es un dato que ambas pruebas aportan y que según Corman (1967) puede indicar en el fondo una reacción depresiva.

Esto nos lleva a pensar que la estigmatización y rechazo que mucho gente manifiesta hacia las personas con este virus alcanzado también a los niños, haciéndolos sentir carentes de valor, incluyendo a los que desconocen su diagnóstico ya que lo desconocen ellos pero su núcleo más cercano de amigos y familiares conoce su diagnóstico y de acuerdo a los datos encontrados les ofrece un soporte social deficiente.

Por otra parte también se puede concluir que son niños con bajo autoconcepto, lo que en última instancia también puede ser considerado un precedente para que estos niños sean retraídos y con pocas habilidades sociales.

Por lo cual se puede decir que se encontraron algunas de las características que presentan los niños con enfermedades crónicas, encontrándose también particularidades en esta muestra como la inestabilidad, y los problemas para socializar, los que son importantes para la evaluación del marco social. El marco social cobra importancia cuando puede ayudar a determinar el fondo a partir del cual se puede desarrollar una actitud terapéutica adecuada ayudando a subsanar de esta manera las fallas ejercidas por la sociedad, como lo menciona Sepúlveda y cols (1989).

Prosiguiendo los niños no presentan una buena adaptación al sistema familiar en el sentido en que no se consideran dignos de ser valorados dentro de este, y en casi la mitad de los casos ni si quiera se incluyen en este sistema, lo que quizá refleje una idea anticipada de los pequeños a no estar dentro de poco dentro de este.

El hecho de no encontrar una característica emocional común en todos los niños de este estudio se puede explicar por las edades de estos, ya que pasan por diferentes etapas del desarrollo físico y de la enfermedad (algunos han pasado ya por recaídas mientras otros no), por lo tanto su concepto de enfermedad cambia con la edad o con las experiencias cotidianas que la enfermedad trae consigo al niño y a la familia o ámbito que lo rodea.

Otra de las razones es que las etapas de duelo por pérdida de la salud no se dan en un orden específico.

Estos resultados nos llevan a pensar en la importancia del sistema familiar dentro de nuestra sociedad. La familia tiene por objetivo procurar social y emocionalmente a sus integrantes, pero en casos como estos la familia muchas veces falla en este objetivo por lo cual será importante reintegrar al niño a otro marco social en el que se le puedan procurar los cuidados necesarios, quizá no como los que procuraría la familia, pero siempre de la manera más adecuada posible.

También nos recuerda nuestra implicación social y profesional dentro de estos problemas, recordando que este problema requiere un enfoque multidisciplinario que abarque desde la prevención primaria oportuna para tratar en la medida de lo posible de que estos casos no ocurran, pero de ser así como es el caso recurrir a atención secundaria y terciaria, para favorecer la readaptación funcional y social de estas personas y niños, de manera que verdaderamente se logre una reintegración no solo social sino en todos los ámbitos.

En resumen, es importante mejorar la calidad de vida de estos pacientes, para lo cual deben de trabajar los familiares y profesionistas de la salud, ayudando a desarrollar actividades gratificantes para los niños que les generen motivación e ilusión y los hagan sentir con capacidades positivas, así como fomentar la comunicación real con sus familiares sean estos padres, tíos o abuelos, así como proporcionarles información apropiada para su edad, ya que a veces las fantasías pueden ser más dolorosas que la realidad.

## LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

\*Una de las principales limitaciones que se encontró en esta investigación fueron las pocas investigaciones que preceden este estudio, ya que, aunque la información sobre el VIH/SIDA es amplia básicamente refiere estudios médicos y psicológicos con adultos, siendo la investigación en los pequeños con este mismo problema escaso, sobre todo en México.

\*Otra limitación ligada a la anterior es que no hay aun estudios con el DFH o DF, en niños con VIH.

\*Es importante también mencionar dentro de las limitantes que en ocasiones los niños no asistían a las citas previamente establecidas, teniendo que cambiar el día de la evaluación, en algunos casos recurrentemente, alargándose con ello el tiempo de evaluación.

\* En ocasiones muy repetidas los niños no deseaban cooperar con el dibujo de la familia, mostrando cierta renuencia a hacerlo, incluso en muchas ocasiones se les notaba cierta mueca de enojo en su semblante, aunque finalmente lo realizaban al repetir la instrucción, excepto en un caso, en el que el niño mostró total renuencia a hacerlo, alegando que él no tenía familia y que por lo tanto no lo haría.

\*Otra limitante fue la calificación estadística, ya que por el tipo de pruebas empleadas y por el número de sujetos participantes fue imposible llegar a un análisis estadístico mas allá de solo frecuencias y porcentajes.

\*Se sugiere contemplar para estudios futuros con niños con VIH/SIDA otras pruebas sean de tipo proyectivo o semiestructurado.

\*De la misma manera se sugiere se realicen estudios futuros longitudinales, en los cuales se pueda evaluar por así decirlo las características emocionales que presentan los niños con VIH/ SIDA en diferentes momentos.

**\* Así mismo se sugiere trabajar con las personas que conviven cotidianamente con estos niños, como son sus hermanos o personas responsables.**

**\* Otro estudio que sería conveniente realizar es sobre el cómo o en qué condiciones viven estos niños (refiriéndose a la calidad de vida) con las personas que sustituyen a sus padres, sean estos familiares o casas hogares.**

**\* Se sugiere realizar un estudio sobre el cómo conceptualizan los niños con VIH/SIDA, el virus de inmunodeficiencia humana o cómo conceptualizan la enfermedad.**

## Referencias Bibliográficas

- Ackerman N. W (1971) Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. 3ª edición, Argentina. Editorial Paidós.
- Allport-Gordon W. (1986) La Personalidad 8ª edición. España. Editorial. Herder.
- Anastassi (1998) Test Psicológicos. 7ª edición  
México. Editorial. Prentice Hall.
- Anderson B. y Anderson B. (1976) Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico. 3ª ed. Madrid. Editorial. Rialp, S.A.
- Arciniega Fuentes, Berzunza del Rio (1996). Incidencia de Síntomas de Depresión en un grupo de niños con Síndrome de Maltrato. Tesis de Licenciatura inédita, México, UNAM, Facultad de Psicología.
- Arranz y Carrillo de Albornoz (1994). Intervención Psicológica En Niños y Adultos Afectados de SIDA. Revista de Psicología General y Aplicada, 47 (2), p.p 183-191
- Bastida Flores B. y Moreno Mendoza M. (1995). Rasgos de personalidad extraídos del dibujo de la Figura Humana. Tesis de Licenciatura inédita México, UNAM, Facultad de Psicología.
- Barrera Torres G. (1998). El Dibujo De La Familia  
Revista Psicología No. 27 p.p. 2-9  
México, D.F.
- Bayés B. (1994). SIDA Y Psicología: Realidad Y Perspectivas.  
Revista de Psicología Gral. Y Aplicada, 47 (2), 125-127
- Bell, J (1978) Técnicas Proyectivas  
Buenos Aires. Editorial. Paidós.

- Billiet, E. (1995). H.I.V. SIDA. La época de Inmunodeficiencia Adquirida. Editorial. Nueva Visión
- Calanea Aldo (1998) Dibujame un monigote. Revista Psicología No. 27 p.p.10-15 México, D:F.
- Corman L. (1967) El Test del Dibujo de la Familia en la Práctica Médico-Pedagógica Buenos Aires: Edit. Kapelusz
- CONASIDA, (1998). "Guía para la atención domiciliaria" México, D.F: CONASIDA, Secretaria de Salud.
- CONASIDA, (1998). "Guía para la atención psicológica" México, D.F: CONASIDA, Secretaria de Salud.
- CONASIDA (1998) SIDA, ETS No. 4, Vol, 4 Octubre-diciembre México: CONASIDA, Secretaria de Salud.
- Craig J. (1994) Desarrollo Psicológico 6ª edición. México. Editorial. Prentice Hall.
- "Children whith AIDS" Newsletter, Jan.-Feb., 1993.  
<http://nac.adopt/hiv/article 9.html>
- Del Barrio C. (1990). La Comprensión Infantil De La Enfermedad España. Editorial. Anthropos.
- Delgado Añorve K. Y Solis Zamudio M. (2000) Apoyo social en hombres homosexuales con SIDA tesis para Licenciatura en Psicología, no publicada, México, UNAM.
- Esquivel F., Heredia C., y Lucio E. (1994). Psicodiagnóstico Clínico México. Editorial Manual Moderno.
- Foy Di Geronimo Theresa. (1989). SIDA:Verdades en lugar de miedo, una guía para jóvenes. México. Editorial Promexa.

- Fuentes Arias G. (1995). La discriminación y sus consecuencias Psico-sociales en el enfermo de SIDA. Tesis para la Licenciatura en Derecho, no publicada. México: UNAM. Facultad de Derecho.
- García Huete E. (1993). SIDA, Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral Madrid, España. Editorial. Eudema.
- Gesell A. (1940). El Desarrollo Psicológico del Niño. Argentina. Editorial. Paidós.
- González Sosa R. (1996). Apoyo familiar y depresión en personas Seropositivas al VIH. Tesis para el grado de Master of arts in Family Counseling and therapy. inédita México D.F: Universidad de las Américas.
- Grmek D. Mirko (1992). Historia del SIDA 1ª ed. en español México. Editorial Siglo XXI.
- Hammer, E. (1989) Test Proyectivos Gráficos Barcelona-Argentina. Editorial Paidós.
- Kiefer R. (1992) El SIDA y La Infección Pediátrica: EL Problema De la Madre Infectada Y De Su Recien Nacido. Revista Latinoamericana de Psicología, No. 1-2, Vol 24, p.p 157-167.
- Koppitz, E. (1974) El Dibujo de la Figura Humana en los Niños. Buenos Aires. Editorial Guadalupe.
- Korman Chjetaite, R (1984) El Dibujo de la Figura Humana Tesis para obtener el grado de maestría, inédita. México: UNAM Facultad de Psicología.
- Kübler-Ross E. (1985). "Una luz que se apaga" 1ª. edición en español México, D.F. Editorial. Pax-México.
- Levin J. (1979) Fundamentos de Estadística en la Investigación Social 2ª edición México. Editorial Harla.

- Mandolini Guardo (1969) Historia general Del Psicoanálisis de Freud a Fromm 6ª edición Argentina. Editorial. Harla
- Magis Rodríguez, Bravo García, Anaya López, Uribe Zuñiga  
La Situación del SIDA en México a finales de 1998.  
SIDA, ETS Vol. 3(143-155), Nov.-Dic., 1997.
- Miller D. (1989). Viviendo con SIDA y VIH.  
México D.F. Editorial. Manual Moderno.
- Minuchin S. (1977) Familia y Terapia Familiar, Barcelona/España. Editorial.  
Granica
- Odile Dot (1988) Agresividad y Violencia en el niño y el Adolescente  
México. Editorial Grijalbo.
- Organización Panamericana para la Salud (1994) Pautas para la Atención del  
niño infectado. Programa Regional SIDA y ETS. Julio.
- Papalia, Sally Wendkos Olds, (1992). Desarrollo Humano 4ª ed.  
México. Editorial Mc Graw-Hill.
- Pérez Tamayo R. (1985). Enfermedades viejas y enfermedades nuevas  
México D.F. Editorial. Siglo Veintiuno.
- Pick S. y López A. (1995) Como se investiga en las Ciencias Sociales 2a  
reimpresión. México. Editorial Harla
- Pizzo P. A. (1999) Pediatrics AIDS the challeng os HIV in infantes children  
and adolescent 3ª edición Cap 41., USA. Editorial Mc GrawHill
- Puyuelo R. (1984). La ansiedad infantil  
Barcelona. Editorial. Herder.
- Quijada Gómez (1999) El Manejo Psicológico de los niños que viven con VIH  
o SIDA: Una propuesta de Intervención. Tesis de Licenciatura en  
Psicología, inédita. México, D.F: Universidad Iberoamericana.

- Reyes Zubiría A. (1991). Acercamiento tanatológico al enfermo terminal y su familia. México D.F, Editorial UNAM
- Robles de Fabre, Eustace Jenkins y Fernández de Cerruti (1992) El Enfermo Crónico y su Familia. México, D.F: Colección Constructores
- Septimus A (1989). Psycho-Social Aspects of Caring For Families of Infants Infected With Human Immunodeficiency Virus. Seminars in Perinatology Vol. 13, February. p.p 49-54
- Sepulveda A. Bronfman M. , Ruiz Palacios g., Stanislawsky E. Valdespino J. (1989). SIDA, Ciencia y Sociedad en México. 2ª reimpresión . México, Editorial. Fondo de cultura Económica.
- Serrano Pintado I. (1996). "Agresividad Infantil"  
España Editorial. Pirámide
- Sher L. (1989). Agonía, muerte y duelo  
México Editorial. Manual Moderno.
- SIDA, ETS abril- junio 2000  
<http://www.ssa.gob.mx.conasida/estadis/2000/trim-2/0006-04.html>
- Torres Garcia J. (1999) . SIDA y embarazo. México, IMSS.  
[http://www.obgin.net/sp/articulos/Diciembre99/Sida\\_mexico.ntin](http://www.obgin.net/sp/articulos/Diciembre99/Sida_mexico.ntin)
- Tovar Larrea P. (1998). Aspectos Psicosociales del niño con SIDA/VIH  
VII Congreso Mexicano de Psicología, Facultad de Psicología  
15, 16 y 17 de Octubre.
- Villagran Vázquez G. (2001) El Individuo y la Familia Frente al VIH/SIDA  
Tesis para obtener el grado de Doctora, inédita. México: UNAM,  
Facultad de Psicología.
- Winer Lori S. (1991). Women and Human Immunodeficiency Virus: A Historical and personal Psychosocial Perspective. Social Work No.5  
Vol-36. September



# ANEXOS

## EVALUACION PSICOLOGICA

### FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre: C.  
Edad: 8 años  
Dx. SIDA  
Transmisión: Perinatal

### ANTECEDENTES

Ambos padres fallecidos, actualmente vive con su abuela. El niño ignora su diagnóstico.

### COMPORTAMIENTO DURANTE LA APLICACIÓN.

El niño se muestra dispuesto a cooperar en el DFH, inmediatamente realiza la tarea, sin embargo, para el dibujo de la familia se muestra renuente, primero hace una mueca de desagrado, cuando se repite la instrucción comienza la tarea.

### INTERPRETACIONES:

#### DIBUJO DE LA PERSONA (DFH)

En cuanto a los indicadores de desarrollo, encontramos uno ausente (piernas bidimensionales) y se encuentra un indicador excepcional (dos labios), por lo que se obtiene una puntuación total de 5, que lo sitúa en un nivel normal de desarrollo.

En cuanto a los indicadores emocionales, se encuentran los siguientes:  
Sombreado del cuerpo y extremidades.

Figura pequeña  
Brazos largos  
Manos grandes  
Figura grotesca  
Nubes

Por lo anterior, podemos decir que es un niño con baja autoestima, inseguro y retraído, se ve así mismo como payaso, lo cual nos habla de sentimientos de devaluación y de que se percibe diferente a los otros. Presenta rasgos de depresión y una gran ansiedad relacionada con su cuerpo, lo cual indica la preocupación que siente por este.

Es un niño que parece demandar afecto, aunque lo hace de manera hostil y agresiva y puede ser que en ocasiones no respete los límites con los otros.

Por último, da la impresión de inseguridad, y se encuentra en una postura incómoda, sus elaboraciones podrían estar relacionadas con presiones en su ambiente, y con trastornos psicossomáticos.

#### DIBUJO DE LA FAMILIA:

Esta es una familia de tipo imaginativo, en la que se puede apreciar gran violencia y liberación instintiva (por la amplitud y fuerza del trazo). Es una familia de tipo racional, en la que la espontaneidad parece inhibida.

Representa a la familia con la que ahora vive, su abuela y él, los otros niños podrían ser sus primos. Lo primero que dibuja es el túnel y al cocodrilo con el que parece identificarse, el túnel puede representar lo estrecho y aprisionado que se siente, el cocodrilo representa su propia agresividad que dirige al exterior la que necesita cubrir ya que en algún momento cree no podrá contener, ya que explica que el cocodrilo puede salir y morder a la señora.

El que se represente como cocodrilo también puede hablar de desvalorización, ya que además de ser animal se dibuja lejos y por debajo de los demás. En cuanto a la señora la dibuja grotescamente, lo que nos habla también de hostilidad, sin embargo, parece ser el personaje más valorado ya que es la figura más grande, y con mayores accesorios, se podría hablar de sentimientos ambivalentes hacia su abuela.

## RELATO Y ENCUESTA

### DIBUJO DE LA PERSONA (DFH):

Explica su dibujo de la siguiente manera:

Es de noche y es de día, los dos al mismo tiempo.

Ahora es de noche.

El palo tiene globos, es un payaso y tiene 10 años.

Se cambia, sale corriendo

--Por qué?

Por que la gente va a querer los globos.

### DIBUJO DE LA FAMILIA:

Cuando se da la consigna, se muestra enojado y renuente a hacer el dibujo, se le repite la consigna y comienza a dibujar.

Dice:

Estos son unos tubos, en ellos hay agua, y vive un cocodrilo.

Dibuja al cocodrilo.

Después dibuja una segunda figura y agrega es una señora.

A continuación, dibuja una alcantarilla, y dice:

Por allí sale el cocodrilo a morder a la señora, (rie, nervioso)

"Ya termine"

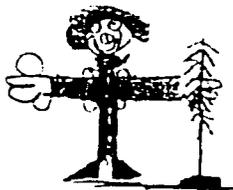
-Me puedes explicar tu dibujo de la familia

Hace una mueca y vuelve a tomar la hoja

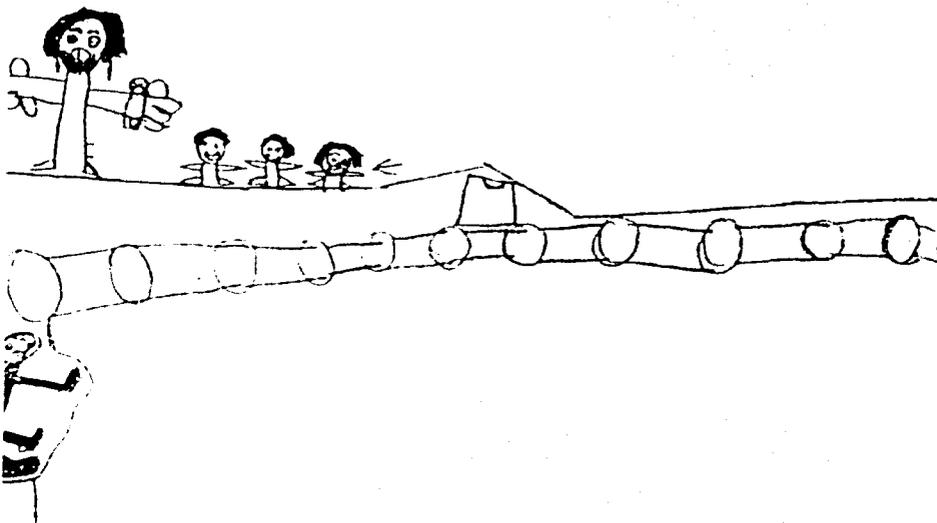
Agrega tres figuras mas

A continuación me dice las edades,

Es un niño y tiene 5 años, el segundo es una niña y tiene 5 años, el tercero es niña y tiene 8, porque tiene una cabezota. Dibuja una flecha.



la  
Dibujo de la figura humana de  
un niño de ocho años.



1b  
Dibujo de la familia de un niño de ocho años

## EVALUACION PSICOLOGICA

### FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre: A  
Edad: 8 años  
Fecha de Nac. 14 de julio de 1991  
Dx.: SIDA  
Transmisión: Perinatal

### ANTECEDENTES:

A es miembro de una familia desintegrada, ambos padres fallecieron, actualmente vive con sus abuelos y primos, sin embargo, en el momento de la aplicación se contemplaba por parte de los abuelos trasladarlo a una casa hogar, ya que ellos por su edad no pueden tenerlo mas a su cargo. El niño se encuentra enterado de esta situación.

### COMPORTAMIENTO DURANTE LA APLICACIÓN:

El niño se muestra dispuesto a cooperar en el DFH, sin embargo es importante recalcar que usa una moneda para hacer la cabeza a pesar de que se le dice que no la puede utilizar. Para realizar el Dibujo de la Familia, muestra total renuencia, se muestra enojado y finalmente se niega rotundamente a realizarlo, diciendo que él no tiene familia.

### INTERPRETACION:

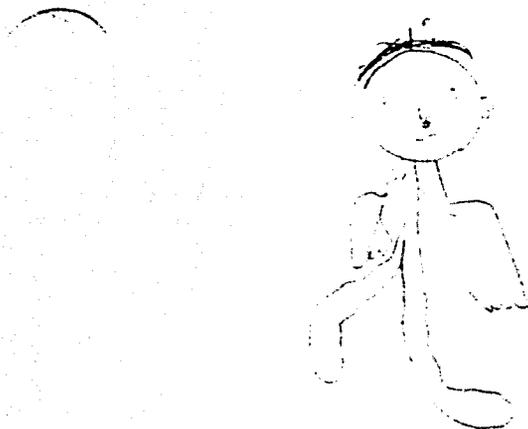
#### DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

A es un niño con un pobre concepto de sí mismo que parece no sentirse merecedor si quiera de representarse a sí mismo, representando de esta manera a su primo que es quizá con quien se identifica.

Podemos agregar que A es un niño con agresión contenida y dirigida hacia sí mismo, que en este momento parece percibirse como zombi, se mantiene alerta a lo que puede escuchar que se dice de él, sus pasos parecen inestables y es este momento parece encaminado hacia lo social.

Esta representación como zombi puede indicar un sentimiento de indefensión y de vulnerabilidad al no poder dirigir su propia vida. Las manos grandes por otra parte, nos indican necesidad de afecto por parte de este pequeño.

Se encuentra como indicador emocional importante según Koppitz, las manos grandes, que se encuentran relacionadas como ya se mencionó con necesidad de afecto así como con conductas agresivas y actuaciones.



**2a**  
**Dibujo de la figura humana de un**  
**niño de ocho años**

## EVALUACION PSICOLOGICA

### FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE E

SEXO Masculino

EDAD 7 años

FECHA DE NAC. 8 de marzo de 1992

ESCOLARIDAD Primer grado de primaria.

DIAGNOSTICO SIDA

TRANSMISION Perinatal

### ANTECEDENTES

E conoce su diagnostico en marzo de 1996. Su madre falleció hace 3 años de VIH/SIDA, el padre vive pero se desconoce su estado de salud; Edgar tiene un hermano mayor de 8 años 7 meses portador del VIH, con diagnóstico de SIDA

E ha presentado cuadro de infección de vías respiratorias y diarrea crónica. No ha ameritado internamientos previamente

Actualmente vive con su abuela materna, quien es responsable de él y su hermano. Se desconocen mayores datos ya que la abuela ignora la mayor parte de la historia de sus nietos

### COMPORTAMIENTO DURANTE LA APLICACION

E se muestra renuente a cooperar al principio, posteriormente inicia la tarea dedicadamente, volviendo a presentar renuencia en el interrogatorio de el dibujo de la familia negándose a contestar

### INTERPRETACIONES

#### DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

E es un niño con un pobre auto concepto, presenta sentimientos de inadecuación ya que se siente diferente a los demás niños. Se percibe inestable y aun parece tener una personalidad pobremente integrada, es impulsivo y presenta contención emocional. Muestra rasgos de agresión, misma que auto dirige en mayor grado de la que dirige al exterior

Otro dato importante es que E parece sentirse seccionado, rígido como robotizado, lo que puede encontrarse relacionado, con el pobre control que puede ejercer sobre su vida. El rostro del dibujo por otra parte parece indicar esfuerzo, y su cuerpo se muestra muy

separado de la cabeza lo que puede decirnos que intenta hacer una división entre sus pulsiones y sus ideas.

Se encuentran los siguientes indicadores emocionales de importancia según Koppitz:

Integración Pobre de las partes.

Figura Grotesca.

#### DIBUJO DE LA FAMILIA.

Este es un dibujo que nos muestra un niño solo, sin más miembros de la familia sea esta nuclear o extensa.

De acuerdo a este dibujo se puede decir que es un niño solo que se siente devaluado con poca satisfacción de sus necesidades primarias de afecto así como sin familia, esto refleja por una parte la falta de los padres biológicos y por otra una pobre adaptación a la familia extensa. También es importante la omisión de su hermano al que puede ser que perciba como rival o bien puede mostrar la poca cercanía afectiva con este.

Es una figura inestable, muy pendiente de lo que sucede a su alrededor y de lo que pueda decirse de él, que suele ser opositorista y hasta un poco rebelde solo que esto lo manifiesta de manera pasiva

En el relato dice estar haciendo su puño lo que nos indica su enojo hacia los demás.

#### RELATO Y ENCUESTA

##### DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA:

Es un niño de 7 años.

Oscar.

Juega, acarrea agua, juega balón.....

Vive en esta casita.....

##### DIBUJO DE LA FAMILIA

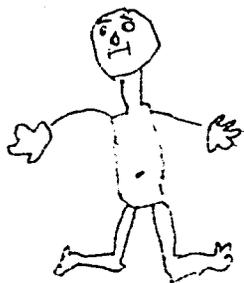
-Al otro no le hice sus orejas

-Esta haciendo su puño

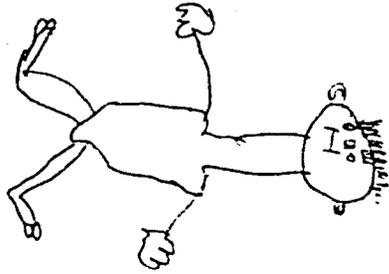
-Esta abriendo las piernas, por que tiene short, esta trapeando

Es Martín. Tiene 11

Nota: En la encuesta de la familia se negó rotundamente a contestar. Pues dijo que ya había terminado.



**3a**  
**dibujo de la figura humana de un**  
**niño de siete años**



3b  
dibujo de la familia de un niño de  
siete años

## EVALUACION PSICOLOGICA

### FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE: J

EDAD: 8 años

FECHA DE NAC.: 4 de febrero de 1991

LUGAR DE NAC.: Edo. de México

ESCOLARIDAD: Nula

DIAGNOSTICO: SIDA

TRANSMISION: Vertical.

### ANTECEDENTES:

J vive en una fundación desde mayo de 1997 en donde fue presentada por su madrina quien mencionó que la niña vivía con su abuela de 82 años que por su condición no podía hacerse cargo de la niña, tiene un hermano ayudante de albañil quien entonces contaba con 18 años de edad y tampoco se hacia responsable de la niña, mencionó también que ambos padres murieron por infección de VIH.

### COMPORTAMIENTO DURANTE LA APLICACIÓN:

La niña se muestra dispuesta a cooperar durante la aplicación de ambas pruebas.

### DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA:

J es una niña muy ansiosa, ansiedad que se encuentra relacionada con su cuerpo. Por la calidad de la línea se puede decir que suele ser agresiva, esta agresión se dirige tanto interna como externamente, se muestra muy defensiva hacia el lado de lo familiar mientras de el lado de lo social se muestra más bien como mutilada, parece presentar dificultades para relacionarse con los demás.

La asimetría marcada de las partes nos indica dificultades en la coordinación viso motriz lo cual puede deberse a impulsividad o a daño neurológico, aunque esto último tendría que confirmarse.

Por otra parte muestra un bajo auto concepto y parece percibirse diferente a los demás, lo que la lleva a tener sentimientos de inadecuación así como de devaluación ya que no se dibuja así misma.

La omisión de las piernas se relaciona con intensa angustia e inseguridad, por lo cual parece encontrarse siempre a la expectativa, hostil y agresiva, lo anterior parece utilizarlo como mecanismo de defensa.

Se encuentran los siguientes indicadores emocionales de importancia según Koppitz:

Sombreado del cuerpo  
Asimetría burda de las extremidades  
Figura Grotesca  
Omisión de las piernas.

En cuanto a los indicadores de desarrollo esperados, se encuentran dos omitidos, y no se encuentra ningún excepcional, por lo que obtiene una puntuación de 3 que la sitúa en un nivel bajo de desarrollo.

#### DIBUJO DE LA FAMILIA:

Está es una familia desintegrada, solo dibuja a la madre y omite a los demás integrantes de la familia, aunque estos si aparecen en el relato, lo anterior se puede considerar como negación de la realidad penosa que es el proceso de defensa más primitivo que el niño suele utilizar con mucha frecuencia.

Es un dibujo de tipo racional, que encierra fuertes pulsiones, parece indicar poca energía depresión y apatía así como tendencias regresivas (por el sector de la hoja).

Se percibe a la madre como el elemento más importante de la familia, es el personaje con el que se identifica y al que parece admirar, sin embargo es un personaje que al no poseer manos no puede proporcionar mucho contacto, ni los mimos físicos que usualmente se esperan de la madre, se puede agregar también que es un dibujo sin energía, ni vida, de primera instancia se podría decir que parece un personaje momificado

Por otra parte se encuentran los personajes omitidos (papá, hermano y ella), a los que desvalorizó, como mecanismo de defensa negando la realidad a la cual no puede adaptarse.

Es importante la omisión de si misma que puede indicar que no se ubica dentro de ninguna familia, lo que le causa tristeza, otro factor es que no encuentra con los padres.

#### RELATO Y ENCUESTA

##### DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

Es un hombre de 8 años

Trabaja en un coche

Es un niño que esta volando..... ya.

##### DIBUJO DE LA FAMILIA

Es la mamá los demás se fueron .....

-¿A donde?

no se

-¿Quienes se fueron?

el papá y los hijos

La mamá se quedaba a hacer la comida, se iba el papá y la hija a nadar.

¿Quién es el más feliz?

El papá era el más feliz.

¿Quién es el menos feliz?

los hijos, por que el papá no tiene a los ojos

¿Quien es el más bueno?

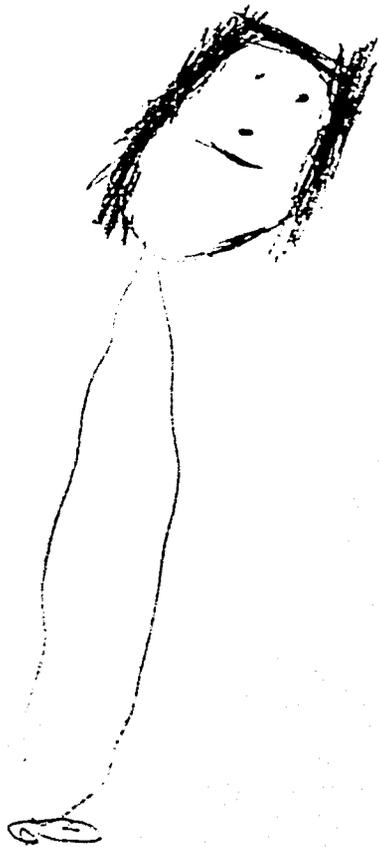
el papá

¿Quien es el menos bueno?

no se.



4a  
Dibujo de la figura humana de  
una niña de ocho años



4b  
dibujo de la familia de una  
niña de ocho años

## EVALUACION PSICOLOGICA

### FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: F  
Edad: 13 años  
Fecha de Nac: 26 de febrero de 1986.  
Fecha de Aplic: Marzo de 1999  
Dx: SIDA  
Transmisión: Perinatal

### ANTECEDENTES

F cuenta con trece años de edad, con diagnóstico de SIDA de transmisión perinatal. Madre fallecida hace 10 años con diagnóstico de SIDA. Padre fallecido hace cuatro años con este mismo diagnóstico.

Desde entonces a vivido con una ex-pareja de su padre quien es tutora del niño.

### COMPORTAMIENTO DURANTE LA APLICACION

Se muestra totalmente dispuesto a cooperar, sin embargo, durante la aplicación del dibujo de la familia muestra mueca de enojo, pero realiza el dibujo sin mayor problema.

### INTERPRETACIONES

#### DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA (DFH)

F es un niño impulsivo y agresivo, agresión que dirige tanto interna como externamente. Presenta ansiedad relacionada con su cuerpo, específicamente con sus piernas que parece ser el área que más le genera angustia en este momento, y lo cual puede significar un llamado de ayuda del niño por incapacidad de expresar con palabras sus ansiedades.

Tiende a ser fantasioso y mirar hacia el futuro, tal vez por ello y de manera compensatoria represente a una persona adulta expresando su deseo de llegar a esta edad.

Es importante mencionar que es un niño con un pobre concepto de sí mismo, que tiende a percibirse distinto a los demás, se percibe mutilado, seccionado con poco contacto social. Con su estabilidad y equilibrio comprometidos.

Entre los indicadores emocionales de importancia según Koppitz se encuentran los sig:  
Sombreado del cuerpo  
Transparencias

## DIBUJO DE LA FAMILIA

Esta es una representación poco usual de lo que llamamos comúnmente familia, más bien dan la impresión de ser amigos en la misma condición de desaliño, pobre salud y ambos con una estabilidad comprometida.

Representa fuertes pulsiones agresivas dirigidas interna y externamente, nos muestra como F. utiliza como mecanismo de defensa identificación con el agresor, lo anterior ligándolo con su historia personal, y que en este caso sería claramente el padre.

Otro dato importante es que muestra una desvalorización de sí mismo ya que el se muestra más mutilado y en una condición inferior, lo que nos muestra mucha agresión, pero en última instancia revela datos quizá de una reacción depresiva.

## RELATO Y ENCUESTA

### DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

Es un hombre de 25 años, es electricista.

Aquí lleva sus instrumentos:

Aquí lleva sus pinzas

Aquí lleva sus llaves

(Señala el dibujo).

### DIBUJO DE LA FAMILIA.

-Primero dibuja a la figura que posteriormente identifica como el padre, se encuentra en el lado derecho de la página.

Posteriormente dibuja al hijo

-Papá, tiene 40 años

-Hijo tiene 17 años

-¿Qué están haciendo?

-Está levantando la mano, saludando.

-¿Quién es el mas bueno?

-Los dos son buenos

-Porqué

.....No se

-Quién es el menos bueno?

-los dos son malos

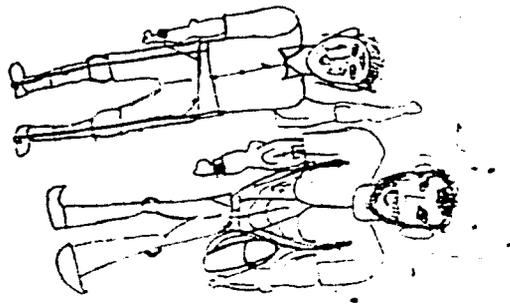
-Porqué

-..... No se.

**Nota: Es importante señalar que al final comienza a ponerle pecas al hijo (esto el lo señala). Posteriormente le pone en las piernas aparatos, y le dibuja los cabellos más parados.**



5a  
Dibujo de la figura humana de un niño de  
trece años.



5b  
Dibujo de la familia de un niño de trece años.

## EVALUACION PSICOLOGICA

### FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre: A  
Sexo: Femenino  
Fecha de nacimiento:  
Edad: 8 años  
Religión: Testigo de Jehová  
Dx.: SIDA  
Transmisión: Perinatal.

### ANTECEDENTES:

Madre fallecida a los treinta años (en 1996), con diagnóstico de SIDA, se dedicaba a la prostitución. Se ignoran datos del padre.

A vive actualmente con sus tíos (Hermano de la madre y su esposa), a presentado algunos problemas para adaptarse a su nueva casa.

### COMPORTAMIENTO DURANTE LA APLICACIÓN:

Coopera muy bien en la realización de las pruebas, solo se muestra un poco tímida al inicio.

### INTERPRETACIONES:

#### DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA (DFH).

A es una niña con un bajo auto concepto, y una pobre identidad, es insegura y presenta rasgos de depresión. Sumamente fantasiosa, parece encontrarse en una situación muy inestable así como presionada por su ambiente lo que le genera bastante ansiedad.

Tiende a refugiarse en la fantasía, la que utiliza para no querer ver la realidad que percibe frustrante y dolorosa. la omisión de la boca puede en ocasiones reflejar resistencia pasiva al ambiente, pues el niño simbólicamente no quiere recibir nada de los demás.

Entre los indicadores emocionales importantes según Koppitz, se encuentran los sig.:

Figura pequeña  
Nubes  
Omision de los ojos  
Omision de la nariz  
Omision de la boca.

## DIBUJO DE LA FAMILIA

Esta es una representación de la familia de sus tíos en donde ella se integra. Es un dibujo que se ubica en el sector de la fantasía y el pasado, muestra rasgos de depresión, hay energía pero contenida.

El personaje más valorizado parece ser su primo, personaje junto al cual se ubica ella y con el cual da la impresión de guardar un nexo, aparentemente no con mucho agrado de este, un dato significativo es que en la encuesta este es el personaje que indica ser el menos feliz, lo cual probablemente indique una tendencia de A malquererse sentir que los lazos son forzados y desagradables para los demás, lo que puede llegar hasta un verdadero estado depresivo.

Por otra parte la tía es la primera figura que aparece, sin embargo, es una figura inestable y a quien ubica un poco más alejada de la familia, como si hubiera el deseo de que esta estuviera fuera.

## RELATO Y ENCUESTA

### DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

Se llama A, tiene 8 años.

escribe, hace dibujos, va a la escuela, se baña se peina se arregla, se pinta.  
Se pone sus zapatos, se duerme se despierta y por último come.

### DIBUJO DE LA FAMILIA.

Le pongo nombre?

-Como tu quieras

no mejor no...

son.

Florencia, Miguel, Jony,

(Dibuja una cuarta figura), A, Edgar, Rene.

-¿Qué están haciendo?

tomándose una foto, peinándose arreglándose.

Mis tíos se están pintando van a su trabajo.

Mis primos van a la escuela, yo voy a la escuela, se bañan, comen.

-Si tú pertenecieras a esta familia, ¿Quién te gustaría ser?

A

-Porque

porque estoy flaquita y delgadita.

¿Quién es el mas bueno?

mi tía, mi tío, mis primos

-por que

porque me quieren mucho, me ayudan a conseguir el medicamento, y ya.

-¿Quién es el menos bueno?

mi tío

Por qué

Por que me quiere mucho

¿Quien es el más feliz?

Mi tía y mis primos

Por qué

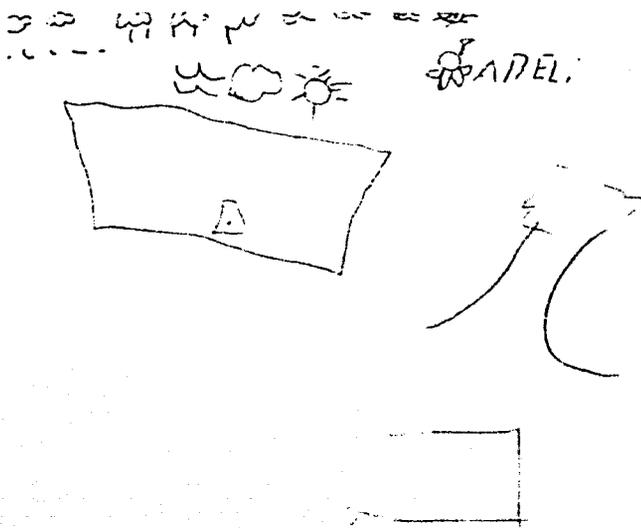
No se

-El menos feliz?

mi primo

Por que

No se.



6a  
Dibujo de la figura humana de una niña  
de ocho años.

3 2 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

60  
Dibujo de la familia de una niña de once  
años