



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LAS DIFERENCIAS ENTRE EL NIÑO ESCOLAR QUEMADO Y
NO QUEMADO: ACERCA DE LA MANERA EN COMO
EXPERIMENTAN SU "YO" EN RELACION CON SU MEDIO,
A TRAVES DE LA TECNICA DEL DIBUJO PROYECTIVO H.T.P.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
ROBERTO AUGUSTO HINOJOSA BALBUENA
SANDRA FLORES TAPIA

Ψ

DIRECTORA DE TESIS: MTRA GEORGINA MARTINEZ MONTES DE OCA

REVISORA DE TESIS: MTRA. CRISTINA HEREDIA ANCONA

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

México, D.F.

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



**EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.**



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.

Nuestro más sincero agradecimiento a:

La Universidad Nacional Autónoma de México por brindarnos la oportunidad de conseguir un elemento más para nuestro porvenir.

A la Maestra Georgina Martínez Montes de Oca por dirigir la realización del presente trabajo, por su apoyo y sobre todo por confiar en nosotros.

Al Jurado:

Maestra Cristina Heredia Ancona.
Maestra Alicia Migoni Rodríguez.
Licenciada María de Jesús Ortiz Heredia.
Licenciado Fabián Martínez Silva.

Por el tiempo dedicado y sus valiosas contribuciones.

A todos los **niños** que con su gran inocencia participaron en éste trabajo.
¡Mil gracias por ser auténticos!.

Al Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado I.A.P. y al **Profesor Miguel Ángel Venancio**, Director de la **Escuela Primaria "Wilfrido Massieu"**, por las facilidades otorgadas.

A la **Doctora Núñez** y al **Doctor Bello** del Hospital Pediátrico de Xochimilco por su gran amor hacia los niños.

A la **Tía Lupita**, por habernos respaldado, por todas sus palabras de aliento y muestras de amistad.

Sandra y Roberto.

DEDICO ESTE TRABAJO:

A MIS PADRES.

A ustedes que me concedieron la dicha de existir
y mostrarme un entorno entendido en el amor.

Gracias por su incondicional apoyo,
por alentarme a cumplir todos mis anhelos
y brindarme toda su confianza.

Papá, Mamá, los amo y los admiro.

A mis hermanos **Jacobo** y **Omar**, por todos esos alegres momentos infantiles que
compartimos y por ser parte esencial en mi vida.

A **Bere** por compartir conmigo tantos sueños e instantes inolvidables y
hacer lo posible porque alcance lo que anhelo. Por enseñarme que con esfuerzo y
pasión todas las metas se pueden alcanzar. Gracias a ti y a tu familia.

A **Misael** y **Hesael**, por toda esa inmensa alegría que transmiten
y me motiva para seguir siempre hacia adelante.

A **Beli**, gracias por formar parte de nosotros.

A mis **abuelitos**, a todos mis **tíos** y **primos** por su invaluable compañía a lo
largo de mi vida.

A **Sandra**, gracias por demostrarme el verdadero sentido de lo que es una
profunda amistad.

A **Del**, gracias por tu constante apoyo y compañía incondicional.

A todos mis amigos:

A **Larissa**, **Edith**, **Mónica**, **Sergio**, **Elizabeth** y a todos aquellos que en su
momento me regalaron su amistad.

ROBERTO

ESTE TRABAJO LO DEDICO A :

Dios por regalarme la existencia.

Mis padres **Arturo y Guadalupe** que con infinito amor me han cuidado y enseñado la forma de enfrentarme a la vida.

GRACIAS a ustedes he alcanzado esta meta.

LOS AMO!

Mis hermanas **Susa y Clau** por el cariño, comprensión apoyo y respeto que sólo las hermanas mayores saben dar. Sobretudo por enseñarme a pescar.
LAS QUIERO!

Andy, Fer, y Karen que con su existencia me recuerdan que fui niña y me han dado la felicidad de ser la "Tía Chango".

Julio y José Carlos gracias por formar parte de mi familia.

A mis tías y primas por estar tan cerca.

Paco por compartir durante todos estos años mis sueños e ilusiones y seguir cada uno de mis pasos con el amor que nos hace seguir juntos.

¡Gracias Mi amo!

Roberto que me acompañaste en TODOS los momentos en que un verdadero amigo puede estar. Gracias por compartir este logro, nunca dejes de estar cerca.

Erika por ser la mejor amiga, compañera, hermana, confidente y doctora que haya existido en mi vida. Te agradezco el impulsarme a hacer siempre lo que deseo.

Cesar, Estrella, Juan Carlos e Israel por escucharme, acompañarme y por ser parte de las personas que me han brindado una amistad incondicional.

Quienes estuvieron en el Colegio Mexicano de Estudios Psicocorporales durante mi formación. Gracias **Moni, Paty, Alicia, Almadea, Fer y Montse** por formarme como terapeuta y persona.

Mi grupo de trabajo terapéutico, las quiero.

Licenciado Fernando Castro, Doctora Sara Elena Izazola, Licenciada Gretel Argueta por permitir mi desarrollo profesional.

Todos los que me han regalado su confianza y amistad en toda mi vida.

SANDRA.

ÍNDICE.

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN.

CAPÍTULO I.

1. QUEMADURAS.	1
1.1. Definición.	1
1.2. Aspectos médicos.	3
1.2.1. Piel (normal).	3
1.2.2. Piel quemada.	4
1.2.2.1. Clasificación de las quemaduras.	4
1.2.2.2. Extensión (porcentaje).	4
1.2.2.3. Profundidad (grados de quemaduras).	6
1.2.2.4. Localización.	8
1.3. El niño quemado.	9
1.3.1. Fisiopatología.	9
1.3.2. Tratamiento inicial.	10
1.3.3. Tratamiento de la herida.	12
1.3.4. Rehabilitación física.	13
1.4. Control del dolor.	15
1.5. Aspectos psicológicos.	16

CAPÍTULO II.

2. DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO.	23
2.1. Desarrollo de la personalidad.	23
2.2. Teorías sobre el desarrollo.	26
2.3. Topografía del aparato psíquico.	28
2.3.1. El sistema inconsciente.	29
2.3.2. El sistema preconscious.	30
2.3.3. El sistema consciente.	31
2.3.4. Las instancias del aparato psíquico.	31
2.3.5. Etapas de evolución de la libido.	37
2.3.6. Mecanismos de defensa del yo.	44
2.4. Consideraciones teóricas de la psicología del yo.	46
2.5. Teoría de las relaciones objetales.	50
2.6. Construcción del sí y de la identidad.	57
2.7. Capacidad de maternaje.	59

CAPÍTULO III.

3. PRUEBAS PROYECTIVAS.	65
3.1. Fundamentos teóricos de las técnicas proyectivas.	67
3.2. Validez.	68
3.3. Características de las técnicas proyectivas.	69
3.4. Clasificación de las técnicas proyectivas.	70
3.5. Técnica de dibujo proyectivo casa-árbol-persona (H.T.P.).	71
3.5.1. Conceptos gráficos.	73
3.5.2. Descripción.	75
3.6. El dibujo infantil.	83
3.6.1. Etapas del dibujo.	84
3.6.2. El dibujo en la evaluación.	85

CAPÍTULO IV.

4. METODOLOGÍA.	87
4.1. Planteamiento y justificación del problema.	87
4.2. Hipótesis de trabajo.	87
4.3. Definición de variables.	88
4.4. Tipo de estudio.	92
4.5. Diseño de investigación.	92
4.6. Muestra.	93
4.7. Sujetos.	93
4.8. Escenario.	93
4.9. Instrumentos.	93
4.10. Material.	94
4.11. Procedimiento.	94
4.12. Análisis de datos.	97

CAPÍTULO V.

5. Resultados.	92
----------------	----

CAPÍTULO VI.

6. Análisis de resultados.	105
----------------------------	-----

CAPÍTULO VII.

7. Conclusiones y discusión.	116
------------------------------	-----

CAPÍTULO VIII.

8. Limitaciones y sugerencias.	119
--------------------------------	-----

Bibliografía.	120
---------------	-----

Anexos.

RESUMEN.

El presente estudio tuvo como finalidad conocer si existen diferencias entre el niño escolar quemado y el no quemado, acerca de la manera en como experimentan su "yo" en relación con su medio, a través de la técnica del dibujo proyectivo H.T.P. Se trabajó con un diseño de investigación de tipo cuasi-experimental, comparativo, transversal, de campo y que corresponde a un diseño de dos grupos independientes (uno con quemaduras y otro sin quemaduras). La muestra fue no probabilística, intencional, formada por 60 niños en edad escolar entre 7 y 12 años, de los cuales 30 sufrieron algún tipo de quemadura que requirió de estancia hospitalaria y 30 que no habían sufrido quemaduras. Se aplicó la Técnica proyectiva Casa-Árbol-Persona (H.T.P).

Para la descripción y el análisis de resultados se obtuvieron las frecuencias de los elementos de ejecución, por cada dibujo, en cada grupo, con base en la lista de conceptos para la interpretación de la prueba de acuerdo al manual de Buck, divididos de acuerdo a las áreas de funcionamiento del yo (área de contacto con el mundo exterior, área de control y modulación de los impulsos y área del mantenimiento de la estructura) propuestas por Bellak.

Concluyendo que: Existen diferencias entre el niño escolar quemado y el no quemado acerca de la manera en como experimentan su "yo" en relación con su medio, a través de la técnica del dibujo proyectivo H.T.P., aceptándose la hipótesis de trabajo de la presente investigación.

Se encontró que existen diferencias entre los niños quemados y no quemados con respecto al área de contacto con el mundo exterior y en el área de control y modulación de los impulsos. Sin embargo, no se encontraron diferencias en cuanto al área del mantenimiento de la estructura.

INTRODUCCIÓN.

El estudio de la población infantil en todos los ámbitos es de gran relevancia, ya que en ella pueden suceder eventos trascendentales para el desarrollo físico y psicológico que son determinantes para la formación de la personalidad del individuo.

Cuando se tienen niños en casa si no se toman las medidas de precaución o se descuidan, los pequeños están expuestos a sufrir graves accidentes que pueden ser fatales o marcarlos para el resto de su vida, tal es el caso de las quemaduras que afectan tanto física como psicológicamente al niño. Sin olvidar los tratamientos médicos a los que son sometidos donde, tanto las quemaduras como lo doloroso o agresivo que es el tratamiento, pueden alterar la vida cotidiana y la personalidad del niño. Provocando además una alteración en el desarrollo psíquico como lo es la estructura yoica que se va formando durante la niñez, siendo esta la instancia psíquica que satisface las necesidades del individuo, además de regular la forma en como se conduce éste dentro del medio en el que se encuentra.

La incidencia de estos casos lamentablemente existe y los profesionales de la salud no pueden pasarla por alto, puesto que los niños requieren de atención médica y psicológica integral para mejorar su calidad de vida y así lograr una mejor reincorporación a su medio. Debido a los fundamentos anteriores el presente estudio tuvo como finalidad conocer las diferencias entre el niño quemado y no quemado acerca de la manera en que experimenta su "yo" en relación con su medio, ya que con el conocimiento de las circunstancias por las que atraviesa un paciente con quemaduras, en un futuro se podría hacer una mejora en los procesos de rehabilitación y, por consecuencia, en la calidad de vida del niño víctima de una quemadura.

CAPÍTULO I.

ESTOY BIEN

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

1. QUEMADURAS.

1.1. DEFINICIÓN.

Los seres humanos cotidianamente se encuentran expuestos a una infinidad de accidentes en su medio ambiente. Los individuos más vulnerables son los que padecen enfermedades crónicas y los que se encuentran en los extremos de la vida, los ancianos y los niños. Una quemadura es posiblemente el traumatismo más severo y complejo a que puede ser sometido un individuo, no sólo por el daño corporal, si no por las secuelas físicas y psicológicas que pueden llegar a ser irreversibles.

Aparentemente es una lesión que se limita a la piel, sin embargo, de acuerdo a la extensión y profundidad de la quemadura, se pierde en primera instancia la barrera que aísla al organismo y por otro lado lo relaciona con el medio ambiente.

Las quemaduras se conceptualizan como una forma de lesión traumática causada por agentes térmicos, eléctricos, químicos o radiactivos. La lesión por inhalación y las complicaciones pulmonares concomitantes son un factor importante en la morbilidad y mortalidad por lesión por quemadura (Brunner, 1993, pag. 719).

La lesión por quemadura suele deberse a la transferencia de energía de una fuente de calor hacia el cuerpo. Debido a la masa y a la complejidad del organismo humano, diversos factores pueden alterar en forma importante la respuesta corporal a dicha transferencia. Si la absorción de calor supera la velocidad de disipación, la temperatura tisular aumentará hasta sobrepasar un límite en el cual se empieza a producir desintegración celular local (Bendlin, 1993, pag. 127).

Dicha lesión puede ocurrir por conducción directa o radiación electromagnética. La gravedad de la lesión guarda relación directa con la profundidad, la extensión (porcentaje de la superficie corporal quemada), la edad, partes corporales quemadas, antecedentes médicos, lesiones y enfermedades concomitantes y que haya lesión por inhalación. Las lesiones por quemaduras son bastante comunes, pero, aún así, son una de las más peligrosas, éstas comparten varias características de enfermedades crónicas y pueden resultar en problemas físicos y psicosociales a largo plazo (Brunner, 1993, pag. 719).

Dichos accidentes provocan largas estancias hospitalarias, graves deformaciones, invalidez, inactividad escolar prolongada, así como la muerte. Dentro del proceso hospitalario el paciente víctima de quemadura también es sometido a un ambiente agresivo debido a los procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en su rehabilitación. Es un proceso traumatizante e incómodo ya que durante el tiempo de estancia hospitalaria experimenta una serie de dolores intensos, cambios físicos y temores.

Se ha observado como factores de riesgo que el hogar es el sitio más frecuente en que ocurren lesiones por quemaduras. Los lactantes y niños que hacen "pininos" tienen especial tendencia a las escaldaduras. Los niños en edad escolar pueden sufrir quemaduras por fuego directo por jugar con cerillos y gasolina y en varones adolescentes hay una alta incidencia de lesiones eléctricas (Brunner, 1993, pag. 719).

De acuerdo con las estadísticas que se presentan la Secretaría de Seguridad Pública, la Dirección del Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas y la Dirección General de la Policía Metropolitana, durante el periodo que comprende del 1 de enero de 1996 al 30 de noviembre del 2000, se registraron en la capital del país un total de 26 mil 37 incendios, causantes de 96 fallecimientos. En la actualidad ha aumentado la morbi-mortalidad de los pacientes que sufren quemaduras. Este tipo de accidentes tiene lugar en el hogar, en la industria, en las escuelas, en oficinas y en el campo. La explosión demográfica, la negligencia, el descuido y los errores humanos son sólo algunas de las causas que originan estos percances (Chardí, 2001, pag. 6).

Según datos del Instituto para la atención integral del niño quemado, más del 50% de los accidentes por quemaduras ocurren del primero al cuarto año de vida, mientras que el otro 30% abarca a niños de 5 a 9 años. La primera causa de quemaduras en niños, un 76%, las provocan líquidos calientes, mientras que las otras fuentes son fuego directo, explosivos, electricidad y tormentas (Torres, 2000, pag. 1).

El número de quemaduras que suceden en los niños en México no es realmente conocido puesto que no existe a la fecha un registro nacional de quemaduras y muchos niños nunca son atendidos por la medicina científica y formal, sino que son manejados con toda clase de remedios caseros, originando esto la muerte de algunos pacientes o incapacidades funcionales y permanentes en otros (Escamilla, 1989, pag. 4).

El paciente quemado en edad pediátrica requiere de un plan de tratamiento cuidadosamente diseñado desde su admisión al hospital y durante toda su estancia. Los niños presentan una combinación única de factores fisiológicos y psicológicos que ejercen un efecto en el régimen de tratamiento en todo momento después de la lesión. Cada miembro del equipo debe estar consciente del impacto fisiológico y del a veces descuidado aspecto psicológico de la lesión por quemadura del paciente pediátrico, y debe estar preparado para compensarlo (Bendlin, 1993, pag. 274).

A todo niño quemado y a su familia debe proporcionarse apoyo psicológico y el cuidado del paciente incluirá la información adecuada a toda la familia sobre el plan de tratamiento. Son de esperarse reacciones emocionales como la depresión, el enojo, el aislamiento o la regresión y la manipulación por lo que se incorporarán al plan de manejo las intervenciones apropiadas. El dolor se controlará mediante el uso juicioso de analgésicos, psicotrópicos y otras medidas tales como la hipnosis, la terapia de relajación y la imaginación guiada.

1.2. ASPECTOS MÉDICOS.

1.2.1. PIEL (NORMAL).

La piel es un órgano binario compuesto por dos capas distintas, epidermis y dermis; su relación con el tejido adiposo subcutáneo es tan estrecha (hipodermis) que es muy difícil referirse a la piel y a algunos de sus problemas, en especial quemaduras sin pensar en la capa subcutánea.

La piel, el órgano más accesible y uno de los más extensos, cumple numerosas funciones especializadas (protección, sensación, termorregulación, metabolismo, etc.); tiene forma aplanada, espesor promedio de 2 mm (se toma como referencia una persona adulta de 1.70 m de estatura y 70 Kg. de peso), una superficie de 1.80 m², peso aproximado al 6% del peso corporal y un volumen cercano a los 3600 cc. Su capacidad de regeneración es notable; constituye un elemento fundamental en la curación de heridas y, en particular de quemaduras. La anatomía externa se caracteriza por la presencia de arrugas y surcos, excepto en zonas muy limitadas como las áreas periungueales, donde se ve lisa y brillante.

La epidermis, avascular, es la estructura más superficial y se compone a su vez de varias capas celulares de las cuales la más profunda es el estrato basal. La dermis es la fracción más grande de la piel, posee una estructura destinada a darle elasticidad y proteger los órganos internos de fuerzas externas. Se compone de dos capas no muy delimitadas: dermis papilar (superficial o externa) y dermis reticular (profunda o interna). La hipodermis o tejido celuloadiposo subcutáneo se compone de lóbulos de células adiposas enmarcados por tabiques fibroconectivos que se extienden desde la dermis reticular hasta la fascia subcutánea (Bendlin, 1993, pag. 116).

Además, la piel tiene receptores que forman una vasta red de sensores en todo el cuerpo que informan al sistema nervioso central acerca del medio ambiente, tanto dentro como fuera del cuerpo mismo. Estos receptores tienen funciones específicas que tienen que ver con la percepción del dolor, el tacto, presión y temperatura. Así mismo la piel tiene implicaciones psicológicas importantes ya que a partir del contacto físico con otras personas y el medio en general se pueden generar afectos y emociones en el individuo que le permiten experiencias ya sean agradables o desagradables a lo largo de su desarrollo.

1.2.2. PIEL QUEMADA.

Dentro de la patología médica, las quemaduras ocupan un lugar especial por los complejos mecanismos fisiopatológicos que desencadenan y por los difíciles problemas terapéuticos que originan (Chardí,2001,pag.6).

A todo paciente quemado que ingresa, se le evalúa rápidamente en forma completa. Luego de practicar un examen general rápido, y después de evaluar las vías respiratorias, para descartar o detectar algún edema, que puede surgir como consecuencia de la inhalación de humo, o bien una complicación pulmonar por los efectos tóxicos del mismo, el siguiente paso consiste en evaluar la profundidad de las lesiones: 1) quemadura parcial de piel (primero y segundo, superficial y profunda); 2) quemadura total de piel (tercero y cuarto grados). Inmediatamente después se calcula el porcentaje de la superficie corporal quemada (SCQ) (Bendlin,1993,pag.256).

La agresión cutánea causada por cualquier agente que origine una variación térmica local, producirá lesiones cuya gravedad variará con su extensión, profundidad y localización. Esto provocará alteraciones de orden general condicionadas por la edad, causa de la quemadura, presencia de lesiones relacionadas y ocurrencia de enfermedades preexistentes. Cuanto más extensa y profunda es una quemadura, mayor es su gravedad. De la misma manera, se consideran serias aquellas quemaduras de poca extensión pero que lesionan con profundidad áreas especiales como cara, manos, pies, articulaciones y genitales (Bendlin,1993,pag117).

1.2.2.1. CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS.

Las lesiones por quemadura son categorizadas como:

- Térmicas: fuego directo, escaldadura (líquido caliente),
- Por radiación,
- Químicas: ácidos, y
- Eléctricas.

Son típicamente descritas en términos de porcentaje de superficie corporal total (SCT) afectada y grado de la quemadura (Tarnowski,1995,pag.448).

1.2.2.2. EXTENSIÓN (porcentaje).

La medida de la superficie corporal es difícil de calcular en la práctica, por eso se han ideado fórmulas que se basan en medidas fáciles de obtener como la talla y el peso. Una de las más conocidas y aceptadas es la Du Bois y Du Bois. En su modelo se obtiene la superficie corporal, en centímetros cuadrados, al multiplicar una constante (71.84) por el peso en kilogramos elevado a la potencia 0.425, por talla en centímetros elevada a la potencia 0.725. La fórmula se basó en mediciones efectuadas en nueve individuos, seis varones y tres mujeres. Para facilitar los cálculos matemáticos se han hecho tablas y diagramas de uso muy

simple que se pueden consultar en la mayor parte de los libros sobre pediatría, metabolismo, nutrición y fisiología, entre otros. La extensión de la quemadura se calcula como porcentaje del área corporal total. Se utilizan diagramas que dividen al cuerpo en áreas de tamaño relativamente constante.

Una de las tablas de mayor uso, y tal vez la que más se acerca a la realidad, es la de Lund y Browde, que especifica porcentajes precisos al tomar como base la edad y el promedio de crecimiento y desarrollo del individuo (Fig.1). En la práctica se utiliza la llamada regla de los nueve, método fácil de recordar que divide áreas del cuerpo en nueve o múltiplos del mismo, la superficie total (Fig.1) (Bendlin,1993,pag.117).

La regla de los nueve brinda un porcentaje aproximado del área. En ésta fórmula se asigna a cada región anatómica un porcentaje múltiplo de 9. Cada uno de los miembros superiores representa 9%; cada uno de los miembros inferiores 18%; las caras anterior y posterior del tronco 18% cada una; cabeza y cuello 9%; y genitales y perineo 1% (Hernández,1996,pag.11).

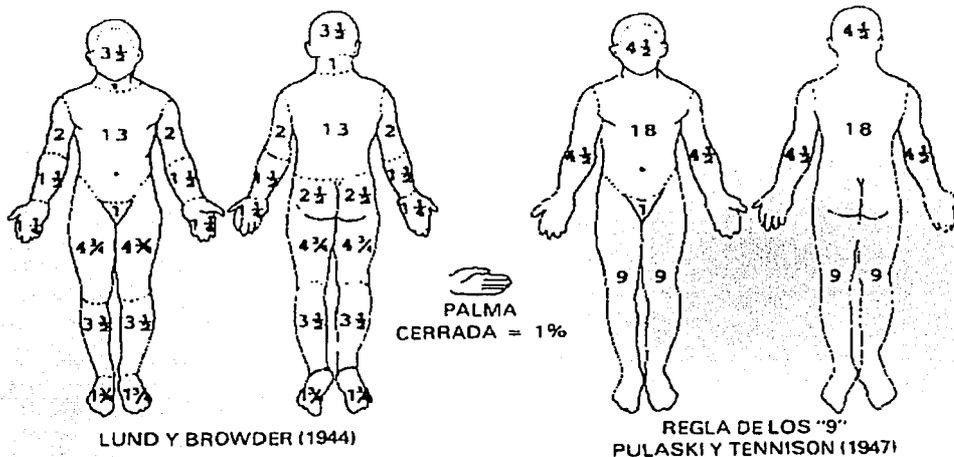


Figura 1. Porcentajes de áreas cutáneas y Regla de los nueve.

Para los niños existen tablas especiales (cuadro 1) debido a que la superficie de la cabeza es relativamente más grande y la de los miembros inferiores es más pequeña. Las áreas pequeñas se pueden calcular con facilidad usando la palma de la mano del paciente, que tiene alrededor del 1% de su superficie corporal. En quemaduras de mucha extensión por lo general es más práctico calcular la superficie no quemada y luego hacer el ajuste correspondiente. Es muy importante tener un cálculo correcto de la extensión de la quemadura, porque éste se utiliza para evaluar la cantidad necesaria de líquidos y así obtener una correcta reanimación, los requerimientos nutricionales, el pronóstico del paciente y la comparación con otros centros, en especial cuando hay necesidad de consultas o de traslado del enfermo (Bendlin,1993,pag.119).

Cuadro 1. Porcentaje de áreas corporales en niños (Lund y Browder).

	<i>Edad en años</i>										
	<i>0-1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10-14</i>	<i>15</i>
Cabeza	19		17				13			11	9
Cuello					2						
Pecho y abdomen					13						
Espalda					13						
Glúteo derecho					2.5						
Glúteo izquierdo					2.5						
Genitales					1						
Brazo derecho					4						
Brazo izquierdo					4						
Antebrazo derecho					3						
Antebrazo izquierdo					3						
Mano derecha					2.5						
Mano izquierda					2.5						
Muslo derecho	5.5		6.5				8			8.5	9
Muslo izquierdo	5.5		6.5				8			8.5	9
Pierna derecha		5					5.5			6	6.5
Pierna izquierda		5					5.5			6	6.5
Pie derecho					3.5						
Pie izquierdo					3.5						

1.2.2.3. PROFUNDIDAD (grados de quemaduras).

El diagnóstico sobre la profundidad de una quemadura presenta más dificultades que el cálculo de la extensión. Establecer el grado de profundidad es muy importante para el diagnóstico y tratamiento. Diagnosticar entre una quemadura superficial y una de espesor total es relativamente sencillo. El problema se presenta cuando hay que diferenciar entre quemaduras de espesor parcial profundo y de espesor total, ya que la evolución y el tratamiento son diferentes (Bendlin, 1993, pag. 119).

La profundidad de la lesión guarda relación directa con la temperatura del agente quemante y la duración del contacto con los tejidos corporales. Por debajo de 44°C no ocurre lesión local, a menos que la exposición dure mucho. Entre 44° y 51°C el ritmo de destrucción celular se duplica por cada aumento de un grado en la temperatura (Brunner, 1993, pag. 720).

De acuerdo con el espesor de la lesión, las quemaduras se clasifican en: parcial (primero y segundo grado, superficial y profunda) y total (tercer y cuarto grado).

- Quemaduras de primer grado.

La lesión interesa solamente la epidermis. El daño estructural es mínimo y las capas epidérmicas lesionadas se regeneran en muy pocos días. La piel se muestra eritematosa, de color rojo o rosado brillante (vasodilatación), seca y progresivamente pruriginosa. El blanqueo producido al hacer presión desaparece

con rapidez al descomprimir. La hiperalgesia se debe a que las terminaciones nerviosas están intactas y son estimuladas por la vasodilatación vecina (el clásico ejemplo es la quemadura de sol). El tratamiento es sintomático y por lo general el objetivo consiste en calmar el dolor. La extensión (puede llevar a hipovolemia) y la posibilidad de complicaciones relacionadas, determinan la gravedad de este tipo de quemadura; sana de manera espontánea sin cicatriz y puede dejar una ligera hiperpigmentación temporal.

El edema puede ser significativo y elevar la superficie cutánea, remite rápidamente. El dolor es también muy intenso y el prurito resulta desagradable y constante. El dolor puede durar hasta 48 horas, se alivia con enfriamiento (Bendlin, 1993, pag.257).

- Quemaduras de segundo grado.

Se dividen en superficiales y profundas.

1) Segundo grado superficial. La lesión incluye epidermis y dermis papilar (superficial). Se manifiesta con un color rojizo (vasodilatación), húmeda, suave y se caracteriza por la formación de ampollas (trasudación de plasma). Es muy dolorosa por las mismas razones que la quemadura epidérmica, como las terminaciones nerviosas no se destruyen, sino que están expuestas y muy irritadas, se presenta con un dolor más bien intenso, ya sea espontáneo o al limpiarlas, al aplicar vendajes y aún más cuando se cambian los mismos. El trasudado proviene del plexo vascular superficial y se deposita en el límite epidermodérmico, desprende y eleva la epidermis. En ciertos lugares donde ésta es más gruesa, la ampolla puede ser intraepidérmica. De manera excepcional, se puede formar ampolla en quemaduras de espesor total (tercer grado), como ocurre en algunas quemaduras eléctricas, en las que el calor liberado produce una vaporización instantánea con formaciones ampulares. Si se elimina la ampolla, el lecho visible se presenta húmedo y rojizo, cubriéndose con una progresiva capa blanquecina. Si no hay complicaciones (infección), la reepitelización y el retorno a la normalidad se producen en un periodo breve, alrededor de dos semanas. En general cicatriza normalmente.

2) Segundo grado profundo. La lesión llega a la dermis reticular con profundidad variable, pero deja intactas las faneras epidérmicas profundas. La superficie es de color rojizo moteado, no hay ampollas y es hipoalérgica, las terminaciones nerviosas resultan dañadas. Las áreas rojizas se tornan blancas con la presión y vuelven al color original con lentitud. Hay regeneración del epitelio a partir de las faneras cutáneas aún viables. Si la única fuente epitelial que queda, son las glándulas sudoríparas, la curación es todavía mucho más lenta. La cicatrización hipertrófica es casi un hecho común, Debido a infección o trombosis, las lesiones se pueden profundizar y convertir en quemaduras de espesor total (tercer grado). Estas heridas tomarían un mínimo de tres o cuatro semanas para cicatrizar en forma espontánea. Es por ello que muchos expertos aconsejan (sí es una quemadura con área limitada en cuanto a porcentaje y con suficiente zona dadora de piel) efectuar el autoinjerto lo antes posible. Así disminuye la posibilidad

de infección, se cierra la herida y disminuye el tiempo de incapacitación, con un resultado estético aceptable y cicatrización mínima (Bendlin,1993,pag.120).

- Quemaduras de tercer grado.

La lesión abarca todo el espesor de la piel. Es de color variable, blanquecino a amarillo pálido, marrón o negro (carbonización). En niños y ancianos el color puede ser rosado oscuro o rojo frambuesa. Muestran una superficie seca, una escara dura y rígida. El tejido tiene una consistencia acartonada y suele aparecer translúcido al grado que es posible ver los vasos trombosados como arborizaciones o líneas quebradas. Como la epitelización puede ocurrir sólo desde los bordes, toda lesión total que no pueda curar por contracción (más de 1 o 2 cm), requiere un injerto. Como las terminaciones nerviosas están destruidas, no hay sensación de dolor. La escara se puede oprimir con los dedos, clavar con una aguja y aun cortar con mínimo o ningún dolor (Bendlin,1993,pag.120).

- Quemaduras de cuarto grado.

Son aquellas quemaduras que exceden la profundidad de la piel. La destrucción del tejido abarca epitelio, grasa, músculos, tendones, huesos, cartílagos, etc. Las características generales son similares a las de espesor total. Se presenta en casos de incineración, o en quemaduras eléctricas de alto voltaje (de 1000 voltios o más). Ocurre destrucción masiva de tejidos en la zona afectada, se infectan con facilidad y las amputaciones no son raras (Bendlin,1993,pag.258).

1.2.2.4. LOCALIZACIÓN.

Hay áreas del cuerpo en que la gravedad de una quemadura la determina su profundidad y no su extensión. Por eso se consideran quemaduras graves, aunque el riesgo de muerte sea mínimo o inexistente, las que se ubican en zonas estéticas o tienen funciones especializadas como cara, cuello, axila, manos, pies, genitales (periné) y las articulaciones del codo, muñeca, rodilla y tobillo. Estas quemaduras requieren cuidado de especialistas y su tratamiento es prioritario (Bendlin,1993,pag.120).

El tratamiento de la lesión por quemadura incluye estabilización hemodinámica, sostén metabólico, desbridamiento de la herida, uso de antibacterianos tópicos y apósitos biológicos y cierre de la herida. Son también de gran importancia la prevención y tratamiento de las complicaciones, incluidas infección y lesión pulmonar, y la rehabilitación física y psicológica (Brunner,1993, pag.723).

1.3. EL NIÑO QUEMADO.

El tratamiento de la fase aguda de cualquier quemadura representa una serie de problemas relacionados entre sí que requieren la intervención conjunta de múltiples disciplinas. El cuidado y tratamiento de las quemaduras por un equipo es más importante en niños que en pacientes de otras edades.

Las características únicas anatómicas y fisiológicas del niño requieren que el médico tenga preparación no sólo en quemaduras sino específicamente en pediatría. Además, las características emocionales y psicológicas del paciente pediátrico son diferente según la etapa del desarrollo y es necesario un enfoque especializado, que debe ser proporcionado por el psicólogo, para cuidar y mantener el grado de desarrollo presente y las experiencias positivas que permitirán que el niño llegue adecuadamente a cada una de las etapas de desarrollo.

Incluso, cualquier hospitalización, por simple que sea el motivo, puede resultar traumática y aterradora para un niño. Y tratándose de una quemadura grave el impacto psicológico, puede ser aun mayor. El paciente quemado que ya ha pasado por una experiencia de miedo y de dolor, es apartado bruscamente de su familia y se le coloca en un ambiente lleno de espantosas máquinas ruidosas, está rodeado de extraños y se le somete a múltiples procedimientos dolorosos como la debridación, cambio de vendajes, toma de muestras de sangre y procedimientos quirúrgicos; con frecuencia sin aviso previo o con información inadecuada. A menudo el niño tiene que permanecer inmóvil en posiciones incómodas, y frecuentemente se le pide que ejercite partes del cuerpo afectadas por las quemaduras en momentos en los que cada uno de sus movimientos es excesivamente doloroso. Este cambio traumático y repentino para el cual el niño no posee ninguna destreza, desencadena en él regresión, ira, miedo, depresión y ansiedad.

Las demandas del tratamiento agudo de las quemaduras hacen que quienes las manejan olviden frecuentemente la situación única en la que está el paciente pediátrico, el cual, sin embargo, no es un "adulto pequeño". Por lo tanto, la consideración que sus necesidades merecen comenzar en el momento de la lesión. Un niño puede ser incapaz de expresar sus necesidades y deseos o expresarles de mala gana, por lo cual el equipo multidisciplinario debe ser sensible a sus sentimientos y demandas.

1.3.1. FISIOPATOLOGIA. Inmediatamente después de la quemadura, el cuidado de la herida no tiene la máxima prioridad (que debe darse a la reanimación); sin embargo, el que el paciente sobreviva depende en gran parte del éxito en el manejo de la herida. Muchos autores han planteado varios métodos para el tratamiento de la herida, que van desde los típicamente conservadores hasta los muy agresivos. Cada uno de los métodos presenta ventajas y desventajas específicas. Es necesaria la comprensión cuidadosa de la fisiopatología de las quemaduras para tomar las decisiones clínicas más apropiadas para cada paciente en particular. En términos generales la

fisiopatología de las heridas por quemadura en el paciente pediátrico, no difiere de la del adulto. Al aplicar calor a un tejido, el producto final es la desnaturalización de las proteínas, la destrucción de elementos celulares y la abolición del metabolismo celular. La intensidad de la fuente de calor y el tiempo de exposición al mismo determinan la extensión de la lesión, tanto en tamaño como en la profundidad.

La lesión térmica consiste en tres zonas concéntricas. La zona más interna o zona de coagulación, representa el área donde el contacto térmico fue más intenso. Si el área se extiende por debajo de los elementos epidérmicos de la dermis, se produce una lesión en todo el espesor de la piel; de no ser así, puede ocurrir el cierre espontáneo. El flujo sanguíneo se interrumpe allí de inmediato, y los vasos se vuelven permeables para líquidos, solutos y proteínas los cuales al escapar al área de lesión producen edema. Este incremento de la permeabilidad vascular se extiende también hacia las otras dos zonas y en quemaduras que afectan más del 30% del área corporal (AC), el edema se puede generalizar a todo el cuerpo. La zona de coagulación está rodeada por una zona de estasis (zona intermedia), la cual puede o no sobrevivir dependiendo generalmente del tratamiento realizado durante las primeras 48 hrs. Los vasos sanguíneos también están comprometidos en esta área la cual puede degenerar hacia la necrosis generalizada si la reanimación del paciente es inadecuada o si sufre un traumatismo local adicional. La zona externa se denomina zona de hiperemia; es un área de lesión limitada y se recupera en siete a diez días después de la quemadura. Con todo, estas tres zonas no son de naturaleza estática. La lesión inicial puede extenderse y profundizarse por traumatismo local, edema, hipoxia, desecación o invasión bacteriana (Bendlin, 1993, pag.263).

1.3.2. TRATAMIENTO INICIAL. El tratamiento inicial de la quemadura comienza en la escena del accidente al establecer una vía aérea adecuada, la cual tiene máxima prioridad, al igual que en toda lesión traumática grave. El oxígeno se administra mediante mascarilla y, ante la menor indicación de obstrucción inminente de la vía aérea debe procederse a la intubación para prevenir la asfixia. Esto es de gran importancia si hubo lesión por inhalación concomitante con las quemaduras cutáneas. Si se sospecha una lesión química se efectúa lavado copioso con agua. En quemaduras extensas se envuelve al paciente en una sábana limpia y seca. En lesiones pequeñas se pueden colocar compresas húmedas frías, no así en lesiones grandes ya que esto puede conducir a hipotermia. Al ingresar al lugar de tratamiento se efectúa de inmediato la valoración del sistema cardiopulmonar, se canaliza una vena, y se colocan una sonda nasogástrica y una sonda de Foley.

Se deben examinar las quemaduras y los pulsos distales, especialmente si hay lesiones circunferenciales. Las lesiones profundas producen una escara constrictiva, la cual condiciona incremento en la presión del tejido y obstruye la circulación. De ser así habrá cianosis en la extremidad con tiempo de llenado capilar anormal. Si esta situación continúa pueden obstruirse vasos arteriales. Cuando es obvia la disminución de la circulación capilar se efectúan

escarectomías. La ausencia completa de pulsos arteriales indica oclusión prolongada y las escarectomías pueden resultar insuficientes para liberar de presión a los tejidos. Si el compromiso vascular se prolonga, la circulación de retorno que condicionó la escarectomía provocará hiperemia reactiva y llevará a la formación de edema manifiesto. Como alternativa, puede resultar adecuada la escarectomía química con fármacos enzimáticos, siempre y cuando se inicie el tratamiento en las primeras 24 hrs. posquemadura. En esta técnica la compresión por la escara, es eliminada mediante la acción enzimática sobre el tejido necrótico. Se debe cambiar el vendaje a menudo para vigilar estrechamente la lesión y es indispensable mantener la superficie húmeda. Tal tratamiento debe continuar solamente hasta que se restablezca el llenado capilar, ya que el fármaco carece de propiedades antimicrobianas.

Se hospitaliza a todos los pacientes pediátricos con quemaduras que abarquen más del 10 a 15% del área corporal (AC) o que presenten lesiones en manos, cara, pies, periné o superficies articulares. Así mismo, si el paciente presenta quemaduras eléctricas en que se sospeche compromiso de tejidos profundos. Los lactantes con más del 10% de área corporal quemada (ACQ) y los preescolares con lesiones en más del 15% de área corporal deben ser reanimados con líquidos inmediatamente. En dichos pacientes puede aparecer rápidamente el choque hipovolémico, al igual que en pacientes con quemaduras más pequeñas si éstas comprometen todo el espesor cutáneo u ocurren en pacientes menores de un año. Los niños pequeños pueden presentar hipovolemia grave con pequeñas quemaduras, ya que su volumen circulatorio es proporcionalmente menor al del adulto, pero las pérdidas de volumen son similares en relación al área corporal. En lactantes y niños mayores la mortalidad es mayor que en adolescentes y adultos con quemaduras de igual dimensión. Los niños lograr mantener la presión arterial por cierto tiempo, pese a la taquicardia, pero se descompensan rápidamente y caen en hipotensión e hipoxia. A diferencia del paciente adulto, esta descompensación ocurre con rapidez y en forma casi inadvertida (Bendlin, 1993, pag.264).

La pérdida sanguínea debida a la lesión o a las complicaciones debe reemplazarse en el segundo a quinto días posteriores a la quemadura. Tanto como el 10% del volumen de eritrocitos circulantes puede destruirse o quedar atrapado en las áreas quemadas. El momento en que se administre dependerá de la severidad del trauma y de la cantidad real de pérdida.

Los líquidos deben manejarse con base en las necesidades del paciente para mantener parámetros clínicos adecuados, sin embargo se evitará la administración excesiva, ya que a diferencia del adulto, el paciente pediátrico tiene más tendencia a desarrollar edema. Así pues, se pondrá especial atención para evitar el edema cerebral y el edema pulmonar (Bendlin, 1993, pag.266).

DEMANDAS DE ENERGÍA. Como respuesta a un traumatismo mayor y a la infección el paciente presenta aumento del metabolismo, incremento en el flujo de glucosa y desgaste intenso de proteínas y grasas. Ninguna otra condición patológica produce un efecto tan grande sobre estos aspectos, como la lesión térmica. Sin un aporte nutricional exógeno, un adulto agotaría los depósitos

proteicos esenciales en tres o cuatro semanas después de la lesión. En el paciente pediátrico el aporte calórico es incluso más esencial, ya que cuenta con depósitos limitados.

Casi todas las actividades rutinarias en el cuidado de quemaduras provocan un incremento del metabolismo y liberación de catecolaminas a través del aumento del dolor y la ansiedad: la debridación, los ejercicios y los cambios de vendaje. La máxima utilización de sedantes narcóticos y las intervenciones de apoyo psicológico, ayudan a reducir dichos efectos. Además, no se debe descuidar la gran necesidad que tiene el paciente de intervalos ininterrumpidos de sueño (Bendlin, 1993, pag.267).

1.3.3. TRATAMIENTO DE LA HERIDA. Control de la infección. Una de las principales funciones de la piel sana es prevenir la infección bacteriana. La superficie de una quemadura constituye un medio de cultivo caliente, húmedo y rico en proteínas para los microorganismos. La colonización de la herida por bacterias y hongos genera un reservorio potencial de gérmenes y sus productos. Es irreal pretender mantener estéril la herida con técnicas ambientales ya que el paciente en sí posee su propia fuente de contaminación, ya sea a través de la superficie cutánea normal o de la flora intestinal endógena. Con todo, se puede controlar la flora microbiana de la herida al aplicar agentes tópicos en forma profiláctica. La sulfadiazina de plata (Silvadene) es tal vez el agente tópico más utilizado. Esta crema blanca es fácil de aplicar, no provoca dolor y abarca un amplio espectro.

En general se cambian las vendas al menos cada 24 hrs, en cada cambio se aseá y desbrida la herida con cuidado. Con objeto de mantener los medicamentos tópicos en íntimo contacto con la herida, se coloca una capa de gasa fina sobre el agente y se asegura mediante apósitos y vendaje elástico. Los cambios de vendaje se efectúan bajo condiciones de asepsia. El mantener las heridas en niveles bajos de contaminación disminuye el número y la duración de episodios sépticos provocados por la flora de la herida y de la unidad de quemados (Bendlin, 1993, pag.269).

APÓSITOS BIOLÓGICOS. Los apósitos biológicos como el injerto, se adhieren a la superficie de la herida, reducen las colonias bacterianas de la herida, limitan la pérdida de líquido y de proteína, disminuyen el dolor e incrementan la velocidad de epitelización. El éxito de esta técnica depende de la adherencia del injerto a la herida. Las áreas injertadas se protegerán del desgarro y se vigilarán con frecuencia para detectar la aparición de infección. Para heridas en espera de autoinjerto es más adecuado el aloinjerto (homoinjerto) de cadáver. Si no se dispone de un homoinjerto puede aplicarse un injerto porcino. Esta situación puede generar tanto en el paciente como en sus familiares estados de ansiedad debido a que este procedimiento requiere de intervención quirúrgica, propiciando temores por el hecho de que el paciente ingresa a quirófano, esto se puede controlar con una adecuada explicación de dicho procedimiento.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. La solución final a las alteraciones en todos los sistemas del organismo asociados con el paciente quemado es el cierre de la herida. Sin embargo, hay controversia respecto a quién, cuándo y cómo intervenir para cerrar la herida quirúrgicamente. Si el paciente presenta una condición adecuada, el tratamiento de elección es la excisión de todos los componentes profundos de la quemadura, ya sea una lesión que abarque el espesor cutáneo en su totalidad o en forma parcial; en este momento es primordial determinar la profundidad de la quemadura. Existen varias técnicas, pero ninguna resulta confiable y reproducible. Clínicamente pueden reconocerse con precisión las heridas superficiales que sanan en forma espontánea en un lapso menor de tres semanas. Es discutible que sea posible distinguir las similitudes de las consecuencias fisiológicas y funcionales entre una lesión que comprende todo el espesor cutáneo y una que es parcial. Una lesión de profundidad parcial profunda, si se le permite que cierre por migración epitelial y contractura de la herida, provocará la misma deformidad que una lesión que comprometa todo el espesor de la piel que debe pasar por el periodo de separación de la escara e injerto subsecuente. Tradicionalmente se permite que las heridas por quemadura se separen espontáneamente mediante la acción enzimática bacteriana en tres a cinco semanas, se fomenta el tejido de granulación y se coloca el injerto. Con todo, este método prolonga el periodo en que el paciente presenta riesgo de infección, desequilibrio hídrico y de electrolitos y de desnutrición.

La excisión quirúrgica de la mayor parte posible de la quemadura debe realizarse tan pronto como se pueda, en un paciente cuya condición hemodinámica sea estable y el riesgo quirúrgico no incrementa la mortalidad. No obstante, la decisión dependerá de que el paciente haya sufrido traumatismo concomitante, como lesiones por inhalación, de que se trate de un paciente muy pequeño, o de que presente patología previa que aumente los factores de riesgo quirúrgico (Bendlin, 1993, pag. 270).

1.3.4. REHABILITACIÓN FÍSICA. El éxito para alcanzar las metas de la rehabilitación depende de la participación del niño, o de quien efectúa el cuidado primario, en caso de pacientes pediátricos. En general, los niños responden bien ante una rutina organizada y consistente. Se deberá planear la atención del paciente con base a un horario cuidadoso para que los periodos de tratamiento médico, de rehabilitación y de relajamiento se sigan con intervalos regulares.

De acuerdo a la edad y al nivel de desarrollo del niño, se le explica el proceso de rehabilitación. El principal esfuerzo se dirige hacia la preparación del niño, con anticipación, en caso de que se efectúe algún cambio en el tratamiento o en el procedimiento quirúrgico a que le someterá.

Una parte importante de la rehabilitación durante el periodo agudo lo constituye la postura del cuerpo. Es usual mantener a los niños en reposo después de la aplicación de injertos o durante el periodo agudo de la enfermedad. El mantener la postura adecuada conserva a las articulaciones alineadas, disminuye la formación de contracturas y evita la presión excesiva sobre los

plexos de nervios periféricos. Se debe dar atención a la postura desde la admisión del paciente y durante toda su estancia hospitalaria.

Para inmovilizar una parte específica del cuerpo se usa la férula. Tiene gran importancia seguir las técnicas tempranas de inmovilización en especial en niños pequeños, ya que no pueden comprender en forma adecuada la importancia de la postura. Se emplean las férulas para mantener inmóvil una zona recién injertada, para mantener una postura funcional y para impedir la contractura de una mano o un pie quemados o de otra articulación comprometida.

La formación de una cicatriz hipertrófica es el resultado común de lesiones térmicas profundas. Por lo general, la formación de cicatrices hipertróficas se da en función del tiempo que se requiere para el cierre inicial de una herida por quemadura. Mientras más temprano se cierre, más improbable resultará la formación de una cicatrización anormal. Un alto número de lesiones que cierren después de 21 días de la quemadura, producirán cicatrización hipertrófica, mientras que en las que cierran en menos de 14 días la incidencia será mucho menor.

La presión constante y controlada es imprescindible para suprimir la formación de cicatrización hipertrófica. Se dispone de prendas elásticas hechas a la medida, sin embargo, las vendas elásticas pueden usarse con el mismo objetivo. Se aplica presión constante durante las 24 hrs. del día hasta que la cicatriz "madure". Esto sucede por lo general seis a ocho meses después de la lesión. Por lo regular los niños están más propensos que los adultos a formar cicatrices hipertróficas. Es probable que esto se deba a las mitosis celulares rápidas asociadas con el crecimiento, por lo que es esencial el aplicar presión, para disminuir la cicatrización hipertrófica y obtener un óptimo resultado cosmético y funcional.

Los cambios de posición, el ferulado y las prendas elásticas se usan junto con un programa específico de ejercicios, los cuales abarcarán actividades cotidianas. A menudo los niños responden en forma entusiasta a un programa de ejercicios diseñado en términos de juego. Las normas para tal programa se dan al paciente y a su familia al salir del hospital para que continúe realizándolo en casa (Bendlin, 1993, pag.272).

Los procedimientos reconstructivos se planean con bastante anticipación, y se llevan a cabo después de la maduración de la cicatriz. Sin embargo, deben efectuarse si el paciente necesita mayor motilidad en sus actividades diarias, teniendo presente que podrá necesitar revisiones. Al elaborar un plan reconstructivo se tomará en cuenta al niño en la toma de decisiones. Debe recordarse que los procedimientos que pueden ser prioritarios, desde el punto de vista del equipo tratante, pueden no serlo para el niño (Bendlin, 1993, pag.273).

La reanimación exitosa del niño quemado puede llevarse a cabo mediante fórmulas diseñadas en forma específica para reanimación y aporte de nutrientes. Es más crucial en niños que en adultos el manejo preciso de los líquidos, sobre todo en lactantes y preescolares. Es esencial la vigilancia cuidadosa y frecuente de los signos clínicos de descompensación inminente. El suplemento de

nutrimentos desde el periodo inicial después de la quemadura es de primera importancia en el niño en el que se está llevando a cabo no sólo un proceso de reparación sino también al crecimiento y al desarrollo.

En todos los pacientes pediátricos es conveniente la intervención quirúrgica temprana, con extracción del tejido necrótico y colocación del injerto. Desde la admisión hospitalaria se incorporan en el plan del cuidado, medidas para la posición y el entablillado, seguidas de aplicación continua de presión en forma constante luego de completada la curación (Bendlin,1993,pag.274).

1.4. CONTROL DEL DOLOR.

Una de las preocupaciones esenciales de los profesionales de la salud, ha sido siempre el averiguar cómo solucionar el dolor. Se trata de algo lógico y razonable, pues las más de las veces los pacientes se quejan precisamente de lo insoportable de las diversas dolencias que puede padecer. El dolor y los problemas asociados con eliminación o disminución, no solo han interesado desde antigüedad a médicos y senadores, sino también magos, brujos y sacerdotes (Germán,2000,pag.4).

La percepción del dolor en pacientes quemados es muy variable y en la mayor parte de los casos se caracteriza como agudo.

Controlar el dolor del quemado es una tarea muy complicada que depende del tipo y calidad de dolor. Ningún tratamiento es eficaz para todas las personas ni para el mismo paciente con el transcurso del tiempo. El método para control de dolor debe tomar en cuenta la fase o el tiempo transcurrido tras la lesión, la manera en que el paciente lo percibe y su respuesta a diversos tratamientos, con el fin de proporcionarle el mejor régimen de tratamiento (Bendlin,1993,pag.203).

El dolor y su control son los problemas más importantes en la unidad de quemaduras. De manera uniforme, el personal médico que trabaja con pacientes quemados subestima la cantidad de dolor que se asocia a la lesión, en comparación con lo que realmente siente el paciente. Los niños quemados tienden a mostrar dolor extremo durante los procedimientos del tratamiento, pero al parecer se recuperan más rápido que los adolescentes o los adultos. Se acepta por lo común que los niños pequeños, especialmente los lactantes, no perciben el dolor en la misma forma en que lo perciben niños más grandes o adultos. Pese a que nadie puede describir cómo experimentan el dolor los lactantes y los niños pequeños, es falso asumir que no sienten el dolor. Se ha comprobado que la hipnosis es eficaz para aliviar el dolor en pacientes pediátricos, aunque es menos exitosa que en los adultos.

Otras modalidades como la terapia por relajación, o la imaginación guiada también se han utilizado con éxito en pediatría. Los niños están más dispuestos a aceptar la terapia de imaginación guiada que los adultos, y se piensa que esto sea debido a una vida de fantasía más activa y menor temor asociado a la pérdida de control. Para que las técnicas de relajación y los métodos de imaginación guiada sean eficaces no se requiere que un psicólogo permanezca durante todo el

tiempo, ya que se puede enseñar a enfermeras y al personal paramédico. Sin embargo, la hipnosis requiere la intervención inicial de un profesional entrenado, pero, otros miembros del equipo pueden utilizar las técnicas, una vez que el paciente ya las haya dominado (Bendlin, 1993, pag.273).

La clave para un tratamiento eficaz del dolor es prevenirlo o mantenerlo dentro de los niveles controlables; la idea de prevenirlo en personas quemadas torna necesario declinar el método estándar para suministrar medicamentos según necesiten, y emplear otros métodos más modernos a fin de lograr mejores resultados. Los goteos endovenosos continuos, la analgesia controlada por el paciente, los "cocteles" para el dolor y los narcóticos de liberación lenta (morfina oral), son métodos que pueden ayudar a su prevención y dolor (Bendlin, 1993, pag.203).

A través de las diversas fases de control del dolor, existen métodos no farmacológicos que incluyen tratamientos físicos como aplicaciones calientes o frías, estimulación eléctrica transcutánea de los nervios, acupuntura, acupresión y ultrasonido y diversos métodos psicológicos como hipnosis, distracción, modificación de la conducta, técnicas de relajación, desensibilización y proyección de imágenes y modelos (Bendlin, 1993, pag.205).

Se dispone de varios enfoques terapéuticos para tratar a los pacientes a controlar el dolor. El uso de uno u otro depende de las fuentes subjetivas y objetivas del dolor, así como la edad del paciente. El dolor es un factor que constituye la reacción psicológica del paciente frente a la lesión y su tratamiento. El umbral doloroso del enfermo depende del significado psicológico del dolor y de los efectos relacionados con este; entre ellos figuran la ansiedad, la ira, la sumisión, el sentimiento de culpabilidad y la depresión (Germán, 2000, pag.4).

Finalmente, cabe mencionar que la infraestructura con la que cuentan las unidades médicas de salud pública no es el más adecuado para tratar a pacientes con estas características, principalmente por las carencias tecnológicas y materiales que padecen. A pesar de esto el recurso humano hace lo necesario dentro de estas posibilidades para brindar una buena atención al paciente, con la intención de ofrecer un adecuado proceso de recuperación.

1.5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

LAS REACCIONES EMOCIONALES DEL NIÑO QUEMADO.

Las lesiones por quemaduras generan diversas reacciones emocionales y en diferentes niveles, como angustia, depresión, ansiedad y agresión, entre otras, las cuales se acentúan cuando la víctima es un niño. Las reacciones emocionales de éstos son variadas. Pueden existir desde pequeñas manifestaciones regresivas hasta severos estados depresivos. Además, pueden aparecer conductas fóbicas, trastornos en hábitos ya adquiridos y conductas agresivas, todo lo anterior producto del ambiente hospitalario, la conducta de los padres y el impacto del accidente (Arévalo, 1998, pag.108).

Si alguien llega a un hospital por alguna enfermedad, cualquiera que esta sea, o es llevado con urgencia por lesiones traumáticas, causadas por quemaduras en diferentes partes del cuerpo, se encuentra que ha ingresado a un mundo diferente, máxime, si esta es de urgencia la cual no tuvo tiempo de elaborar ansiedades. Durante la parte inicial los quemados no solo experimentan dolor sino también ansiedad, y que puede a su vez producir miedo (Germán,2000, pag.1).

A partir de la experiencia clínica en los diferentes hospitales generales de urgencia, se ha percibido la naturaleza dramática de la medicina y sus demandas de conocimientos, destrezas, técnicas y, en ocasiones su mecanización, automatización y deshumanización; tienden a desviar la atención del médico de las reacciones emocionales del paciente. Las intervenciones quirúrgicas de las quemaduras son de gran trascendencia emocional para el enfermo (Germán,2000, pag.1).

La investigación sobre el efecto de la hospitalización en niños documenta en forma extensa las respuestas emocionales de ansiedad por separación, regresión, ira, miedo y depresión. La conducta de los niños quemados, aunque similar a la observada en otros niños hospitalizados, al parecer es más extrema. El trauma de la lesión, el alejar al niño de su ambiente familiar y la interrupción de su rutina diaria lo dejan confundido y emocionalmente agotado (Bendlin,1993, pag.273).

Cuando un niño se quema sufre repentinamente una terrible y dolorosa experiencia. Se encuentra separado bruscamente de su ambiente familiar y se ve él mismo colocado en un ambiente extraño y temible con reglas diferentes a las que estaba acostumbrado y donde extraños le causan dolor (Bendlin,1993, pag.650).

La respuesta ante la hospitalización, se relaciona con el estado de desarrollo del niño. Los lactantes y los preescolares reaccionan con ansiedad ante la separación, y durante la ausencia de los padres se muestran agitados, temerosos e introvertidos. Los escolares se enfadan más a menudo por la restricción de sus actividades, y se muestran agitados, enojados y manipuladores. A los adolescentes los afecta más la pérdida de su ambiente y del control personal, y con frecuencia se comportan en forma demandante, manipuladora y se enojan. Además, los pacientes escolares y los adolescentes están muy conscientes de su imagen corporal y se preocupan porque sus compañeros los acepten. Es probable que se depriman y se aparten, sobre todo a medida que se aproxima su salida del hospital (Bendlin,1993,pag.273).

Cualquier proceso doloroso o herida dentro del cuerpo, tales como la curación, el paciente lo interpreta desde su particular psiquismo, que sufre dolor maltrato, herido, castigado, perseguido o amenazado por la aniquilación. Los cuidados son dolorosos, penosos de dar y recibir (Germán,2000,pag.2).

Un órgano lesionado puede ser tan importante como para afectar el propio concepto del cuerpo de una manera profunda, ya que todas las partes del cuerpo son psicológicamente de gran valor para la personalidad y que puede provocar

grandes trastornos, aunque la lesión desde un punto de vista funcional no sea grave. Los defectos físicos invalidantes, como incapacidad para efectuar movimientos o que ponen al paciente en desventaja respecto a sus semejantes puede tener un profundo efecto sobre la salud emocional. En realidad, el quemado se siente feo, incluso repulsivo, hasta de huir de la compañía de otras personas, el sentimiento es de frialdad, distancia y vergüenza (Germán,2000, pag.3).

La regresión es un síntoma siempre presente entre los pacientes con quemaduras, en los niños, quienes con frecuencia se hacen más dependientes y demandantes, casi no es tan notable como en adolescentes y adultos.

Después de salir del hospital al concluir la etapa aguda es común la conducta de regresión acompañada de pesadillas, accesos de conducta atávica, ideas extrañas acerca de sufrir quemaduras, irritabilidad, dificultad para concentrarse, angustia extrema, trastornos del sueño y depresión. Esta constelación de síntomas se denomina desórdenes por estrés postraumático y por lo común dura de seis meses a un año después del alta, pero puede prolongarse por toda la vida.

Varios factores pueden explicar la respuesta psicológica relativamente extrema a las lesiones por quemadura: 1) la gravedad del trauma físico y del tratamiento requerido, 2) el dolor intenso, 3) larga hospitalización, 4) invalidez y desfiguramiento y 5) periodo de recuperación prolongado (Bendlin,1993,pag.644).

FASES DE ADAPTACION. Los estudios sobre respuesta psicológica a quemaduras han definido tres fases de respuesta y adaptación a la hospitalización: fase aguda, fase intermedia y fase de recuperación. Se puede añadir una fase adicional denominada fase de resocialización que incluye el proceso de ajuste después de salir del hospital.

Las primeras tres fases se relacionan con las preocupaciones del paciente durante la hospitalización:

- La fase aguda abarca el periodo inmediato posterior al accidente donde se produjeron las quemaduras y puede durar varias semanas. Es la fase médica crítica durante la cual la principal preocupación es la supervivencia. Los síntomas incluyen confusión, delirio, hiperactividad y trastornos del sueño. En general, el paciente está menos preocupado por las consecuencias a largo plazo de las lesiones en comparación a la supervivencia.

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

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

- La fase de resocialización empieza, en condiciones ideales, durante la última parte de la hospitalización. Esta fase reviste características más agudas en el primer año después del alta cuando el paciente debe usar ropas para ejercer presión, cabestrillos y arneses para evitar contracturas en articulaciones y desfiguramiento grave. Sin embargo, esta fase puede prolongarse por varios años y con frecuencia significa cirugía plástica reconstructiva para recuperar funciones y aspecto óptimos (Bendlin, 1993, pag.645).

La recuperación de una lesión grave por quemadura es un proceso prolongado y doloroso. En el tratamiento de las quemaduras es costumbre poner mayor énfasis en sus aspectos físicos, en la sobrevida y en conservar óptimo funcionamiento después de la quemadura. Los aspectos físicos de las lesiones son de importancia crucial, pero el impacto psicosocial de la quemadura también lo es. Ambos aspectos deben tomarse en cuenta durante el tratamiento para que el paciente retorne a la sociedad con todas las funciones de un ser humano. Habitualmente la lesión por quemadura es una experiencia que requiere nuevas habilidades para enfrentarla y vuelve emocionalmente vulnerables al paciente y a su familia.

Los miembros de la familia se encuentran bajo estrés emocional considerable; esto hace difícil para ellos prestar apoyo emocional óptimo al paciente quemado. Una de las principales causas de estrés emocional para miembros de la familia es la culpa por el accidente donde ocurrieron las quemaduras, sea que realmente hayan participado, o no. Casi por regla, los miembros de la familia atraviesan por un proceso en el cual, imaginan lo que hubieran hecho o dejado de hacer para prevenir el accidente. Miran a su ser querido en trance doloroso y se sienten impotentes para ayudarlo, además saben que quedará desfigurado y posiblemente inválido; todo esto se añade al sentimiento de culpa. Las pérdidas económicas también son importantes. El costo de la atención en un centro especializado puede ser sumamente alto (Bendlin, 1993, pag.644).

La información es uno de los principales paliativos para gran parte del estrés que experimentan durante la hospitalización. Poco a poco, y en forma clara y racional, se explican los procedimientos, el tipo de resultado que se espera y las complicaciones y problemas potenciales. Dichas explicaciones deberán darse al paciente y a la familia varias veces hasta que acepten e incorporen esta información (Bendlin, 1993, pag.273).

Durante la fase de recuperación, antes de abandonar el hospital el paciente y su familia se preocupa, principalmente, del retorno al mundo exterior. Les inquieta el aspecto del paciente y sus funciones físicas. También les interesa como deben explicar las cosas a sus parientes y el retorno al trabajo para mantener a la familia (Bendlin,1993,pag.647).

A partir del desfiguramiento, los extraños manifiestan curiosidad, excitación, horror y algo de crueldad hacia la víctima, los hermanos, si los hay, luchan contra los sentimientos de vergüenza que suscita el tener un pariente deforme de quien no pueden sentirse orgullosos. Muy rara vez se escucha de algún niño con desfiguración que pueda evadir el estigma, a causa de los sentimientos de vergüenza de su propia familia (Arévalo,1998,pag.108).

Los niños son miembros de un ambiente familiar y deberá tratarse al paciente y a su familia como unidad particular. Muchas de las emociones del paciente son imitadas entre los miembros de su familia. A lo largo de toda la estancia hospitalaria, tanto el paciente como su familia requieren apoyo emocional. La culpa, por ambas partes, el niño y la familia, es la principal fuente de estrés, por lo que se alentarán al niño y a su familia a exponer sus sentimientos respecto a este problema (Bendlin,1993,pag.273).

Es necesario asegurarles repetidamente a los niños que sus padres no están enojados con ellos por haberse quemado. A menudo los niños se queman haciendo las cosas que ellos saben estaban prohibidas tales como jugar con fósforos o con gasolina, y la intensidad de la necesidad de reasegurarles que sus padres aún los quieren, indica que los niños ven frecuentemente la lesión y su tratamiento como un castigo (Bendlin,1993,pag.650).

La mayor parte de las relaciones familiares son deficientes, cuando los niños necesitan sentirse amados, protegidos y apoyados. Pero los padres no saben cómo transmitir esa sensación de cariño, seguridad y confianza necesaria para favorecer la pronta recuperación de sus hijos y hacer menos agresiva su estancia en el hospital. Así, los pequeños no cuentan con las herramientas necesarias para enfrentar las secuelas biopsicosociales del accidente.

El tratamiento del área emocional puede durar meses y en algunos casos de desfiguración perdura por años, debido a las diferentes respuestas emocionales que suelen presentar los pacientes. Inevitablemente, después del accidente la gente busca explicarse la tragedia y sus consecuencias, por lo que tiende a buscar responsables de lo que ha pasado. Esta culpabilidad recorre a la mayoría de las personas presentes al ocurrir el accidente, en especial a los miembros de la familia, tengan o no bases razonables para sentirse culpables. Las madres de niños quemados presentan comúnmente un conflicto muy severo por luchar contra este sentimiento de culpa. Ellas comienzan a cuestionarse sobre su capacidad para supervisar a sus hijos y también sobre cosas tales como su ausencia del hogar.

Cuando las quemaduras han dejado en los niños huellas muy visibles, el sentimiento de culpa es aun más prevaeciente en ambos padres; otro factor intrínsecamente envuelto en las reacciones familiares ante la tragedia es la

vergüenza. Una vez que el desfiguramiento se hace evidente, emergen en la familia muchos sentimientos de vergüenza, tal como sucede en las familias con un miembro con discapacidad mental cuyo comportamiento no es disfrazado.

La presencia del niño con su defecto es una fuente constante de dolor narcisista en la madre y su pena no resucita se engrandece y manifiesta de muchas formas durante los años de crecimiento del niño. La madre tiende a reaccionar con una gran ansiedad. Este conflicto no resuelto de la madre, así como la devaluación de su autoestima y del niño, combinados con sus sentimientos positivos y su participación en el tratamiento y la rehabilitación del niño, crean una relación caracterizada por una marcada ambivalencia, que deriva en varios grados de sobreprotección al niño (Arévalo,1998,pag.108).

Hernández (1996,pag.1) afirma que las madres de los niños quemados son mujeres que tienen baja capacidad intelectual, son inestables emocionalmente, inseguras, con poca tolerancia a la frustración e impulsivas. La conducta observada en estas mujeres habla de que no están capacitadas para desarrollar el papel de madres, ya que no cuentan con la capacidad intelectual y emocional que les permita establecer un vínculo y apego satisfactorio, que le proporcione a sus hijos la seguridad y apoyo necesarios para desarrollarse adecuadamente, tanto intelectual como emocionalmente.

En los niños existe la idea de que si su madre hubiera sido más buena y lo hubiera querido más habría evitado el accidente, es una idea común en el niño durante la etapa de pensamiento mágico. En este periodo de su desarrollo nada sucede por casualidad y los adultos son vistos como todopoderosos. Generalmente las madres se sienten profundamente culpables y pierden su confianza en sí mismas como buenas madres. Los doctores y las enfermeras suelen atribuir el accidente a negligencias y la actitud crítica y la baja capacidad para identificarse con la familia contribuyen a reforzar los sentimientos paternos de culpabilidad e ineptitud (Wolff,1980,pag.71).

Otra reacción familiar muy común en los casos de deformación de alguno de los integrantes, es el duelo, el cual consiste en sentimientos de desesperación y depresión. Éste disminuye gradualmente después de la reconstrucción tanto de la imagen corporal como del autoconcepto del niño y de los otros miembros de la familia (Arévalo,1998,pag.108).

De acuerdo con Arévalo (1998,pag.114), quien emplea las técnicas gráficas proyectivas Test de la Figura Humana y Test Kinético de la Familia, los niños con secuelas de quemaduras poseen una imagen parental más devaluada que los niños sin quemaduras. Los primeros tienden a dibujar a los personajes de la familia en diferentes planos; son pocos los que dibujan a ambos padres y a sí mismos: la mayoría opta por excluirse del vínculo familiar, a través de la supresión de sí mismos en la representación gráfica.

A través de sus dibujos los niños con secuelas de quemaduras proyectan preocupación y temor ante la incapacidad para enfrentar al medio ambiente y adaptarse. Experimentan sentimientos de rechazo y aislamiento y perciben un ambiente intrafamiliar poco afectivo y gratificante. También, los niños con secuelas

de quemaduras proyectan una imagen corporal devaluada, al representar figuras humanas pequeñas, incompletas, primitivas y con omisiones principalmente de los rasgos faciales. Así manifiestan sentimientos de inseguridad, inadaptación y falta de confianza en sí mismos. Se caracterizan por poseer una autoestima baja y un pobre concepto de sí mismos. También en cuanto a su imagen corporal, perciben actitudes de rechazo por parte de su medio ambiente y se conciben a sí mismos incapaces de adaptarse a su medio externo.

Las secuelas físicas de accidentes por quemaduras producen efectos negativos sobre la imagen corporal y la imagen parental en los niños. Estos efectos se manifiestan a través de la desvalorización de los menores de sí mismos, mediante sentimientos de inadaptación, inseguridad, autoestima baja, sensación de rechazo del medio ambiente e insuficiencia manipuladora, así como por medio de la percepción de un ambiente intrafamiliar frío, hostil o sobreprotector que no favorece el contacto emocional y afectivo entre padres e hijos, por lo que los niños proyectan ansiedad y angustia al no sentirse aceptados y apoyados. Con un pobre concepto de sí mismos.

Herrera (1999,pag.4) refiere que existen diferencias considerables entre la función y contenido de las fantasías y percepción de la imagen corporal de los niños quemados y no quemados. Los niños quemados manifiestan fantasías de realización de deseos que le permiten enfrentar y aliviar la angustia provocada por una realidad atemorizante y desagradable. Pero sobre todo, esto permite que la fantasía de muerte no se haga real. Son niños que presentan sentimientos de inseguridad, culpa, miedo, regresiones y principalmente estados severos de depresión. Además, tienen problemas para establecer relaciones interpersonales, se muestran apáticos y egocéntricos. También, hay una alteración en su imagen corporal, ya que son niños que se viven feos y experimentan sentimientos de minusvalía y un autoconcepto devaluado. Además, presentan problemas en su atención, concentración, memoria, percepción y capacidad de análisis, debido a que han sido poco estimulados, además de que el impacto emocional del accidente los bloquea y su potencial no puede ser expresado adecuadamente. Por lo tanto los traumatismos por quemaduras alteran la estructura de personalidad del niño y la dinámica familiar.

Finalmente, Bendlin (1993,pag.653) considera que para lograr un ajuste positivo en los niños quemados hay varios elementos particularmente importantes:

- 1) Adiestrar a los padres y a los niños mayores para que el cuidado domiciliario durante la segunda parte de la fase recuperativa, tan importante para la prevención de severos desfiguramientos y contracturas, sea consistente y asegure los mejores resultados.

- 2) Educar a los padres respecto a la necesidad de tratar al niño quemado como a un niño normal y a no sobreprotegerlo y mimarlo.

- 3) Ayudar al niño quemado y a los miembros de su familia a aceptar lo que ha sucedido y a continuar con una vida que puede ser llena y productiva.

CAPÍTULO II.

Vivencias preñadas de afecto, son capaces de actualizarse
y teñirse con matices calcados de la historia individual.....

2. DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO.

2.1. DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

El objetivo final de toda evaluación psicológica es comprender al niño como una persona integrada. Esto es, considerar tanto las características propias de su individualidad como aquéllas que son dadas por la etapa del desarrollo por la que atraviesa y por el ambiente específico en que se desenvuelve. Aunque el estudio de la personalidad a través de técnicas psicológicas muchas veces segmenta al individuo en aspectos cognoscitivos, efectivos, y sociales; estas características no se manifiestan de manera aislada y son las que dan a la persona su carácter distintivo, es decir son la base de lo que se denomina **personalidad** (Esquivel, Heredia y Lucio, 1997, pag.99).

Definirla a sido un objetivo primordial dentro de la psicología puesto que es un rubro de mayor relevancia en nuestra área. Sin embargo no hay ninguna definición de personalidad que sea única o correcta, puesto que se ha definido a partir de diversos puntos de vista como son el filosófico, teológico, jurídico, sociológico, los cuales han desarrollada sus propias definiciones siendo completas y funcionales para su campo de trabajo.

Nosotros nos centramos en el ámbito psicológico. Para definir el término personalidad se debe retomar la palabra persona que proviene del latín. Este término era la denominación de la máscara teatral usada en un comienzo en el drama griego y adoptada alrededor de un siglo antes de Cristo por los actores romanos. La designación griega de la máscara era *prosopon*, palabra que tiene una vaga semejanza con persona (Allport, 1970). El uso de esta máscara indicaba al auditorio un conjunto particular de actitudes y conductas: las diversas personas acabaron por referirse no sólo a las máscaras sino a los papeles que implicaban (Burnham 1968, citado en Lierbert, 2000).

Ya en la época clásica, **persona** tiene el significado de un conjunto de cualidades individuales. En inglés alrededor del siglo XVII éste uso estaba firmemente establecido. Siendo esto lo que constituye la base de todas las definiciones biofísicas corrientes de la personalidad. Pese a la multiplicidad de definiciones, Allport (1970) cita que es posible clasificarlas en cinco clases básicas:

1.- **Definiciones aditivas:** Este tipo definiciones son aquellas que empiezan con la frase: "La personalidad es la suma de..." o palabras similares a "suma" como son "compuesto", "agregado", "conjunto", "cúmulo", o "constelación". Una de las definiciones más conocidas es la de Prince:

“La personalidad es la suma de todas las disposiciones, impulsos, tendencias, apetitos e instintos biológicos innatos del individuo más las disposiciones y tendencias adquiridas por la experiencia”.

Allport (1970) refiere que este tipo de definiciones son poco consistentes y descuidadas y que en el mejor de los casos sólo definen por enumeración.

2.- Definiciones integrativas configuracionales: Esta segunda clase acentúa la organización de los atributos personales. Una formulación simple de este tipo es la de Warren y Carmichael:

“La personalidad es la organización total del ser humano en cualquier estadio de su desarrollo”.

3.- Definiciones jerárquicas: Se caracterizan por la demarcación de varios niveles de integración u organización y habitualmente se sirven de la imagen de un coronamiento o yo íntimo que denomina la pirámide de la vida personal y es su centro. Esto se puede encontrar en la clásica teoría de James de los cuatro niveles del yo:

YO Material: que incluye el cuerpo, las posesiones y la familia del individuo, los amigos por los que tiene aprecio.

YO social: Determinado por el reconocimiento que el sujeto obtiene de los que lo rodean. De donde James postula que el hombre tiene tantos “yos” sociales como grupos de personas existan cuya opinión le interese.

YO espiritual: Que unifica hasta donde es posible las tendencias discordantes del hombre. Ciertos sistemas filosóficos requieren de un cuarto nivel, el yo puro (el conocedor, el yo de los yos), según James ese nivel no se puede distinguir del tercero. Con este esquema diversos autores han tratado la personalidad en forma similar, tal es el caso de MacDougall, Bridges, Heider, Mondel y Martín entre otros (citados en Allport, 1970). Todos ellos presentan su concepción en términos de: “niveles o estratos de disposiciones”, acompañados habitualmente por un principio unificador o integrador que ocupa la “cúspide”.

4.- Definiciones en términos de ajuste. Los biólogos y los conductistas se inclinan a ver a la personalidad como un fenómeno de la evolución, como un modo de supervivencia. Según ellos la personalidad es el “organismo total en acción”. Este punto de vista es desarrollado plenamente por Kempf, sostiene que: “La Personalidad es la integración de aquellos sistemas de hábitos que representan los ajustes al medio característicos de un individuo”.

5.- Definiciones basadas en la distintividad: Schoen (Allport 1970) afirma que “si todos los miembros de un grupo social actuaran igual, pensarán igual y sintieran igual, la personalidad no existiría”, y propone entonces la siguiente definición: “La personalidad es el sistema organizado, el todo en funcionamiento o la unidad de hábitos, disposiciones y sentimientos que caracterizan a un miembro de un grupo como diferente de cualquier otro miembro del mismo grupo”.

La realidad es que los psicólogos de la personalidad emplean muchas definiciones; la definición particular que eligen depende en parte de su orientación teórica. Aunque existen definiciones "clásicas" como son (Allport, 1970) :

CATTELL: La personalidad es lo que permite la predicción de lo que hará una persona en una situación determinada. Se relaciona con toda la conducta del individuo, tanto manifiesta como la que no sale de su piel.

EYSENCK: La personalidad es la organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única a su entorno.

SULLIVAN: La personalidad es el patrón relativamente perdurable de situaciones interpersonales que caracterizan a la vida humana.

Para el propósito de este estudio, hemos elegido la que postula Allport (1977):

"Personalidad es la organización dinámica en el interior del individuo de los sistemas psicofísicos, que determinan su conducta y su pensamiento característicos".

Donde Allport (1977) define:

Organización dinámica se refiere a que el problema central de la psicología es el de la organización mental (formación de configuraciones o jerarquías de ideas y hábitos que dirigen dinámicamente la actividad), la integración y otros procesos de organización deben adaptarse necesariamente para explicar el desarrollo y la estructura de la personalidad. Por consiguiente el concepto de *organización* debe aparecer en la definición. Este término implica también el proceso recíproco de desorganización, especialmente en las personalidades anómalas en las que se produce una progresiva desintegración.

Psicofísicos: Este término nos recuerda que la personalidad no es ni exclusivamente mental ni exclusivamente neural o física. Su organización requiere el funcionamiento de la mente y del cuerpo en una inextricable unidad.

Sistema: Todo sistema es un complejo de elementos de mutua interacción. Una costumbre es un sistema, como lo es también un sentimiento, un rasgo o característica, un concepto, un estilo de conducta. Estos sistemas existen en el organismo en estado latente incluso cuando no son activos. Los sistemas son nuestro potencial para la actividad.

Determinan: La personalidad es algo y hace algo. Los sistemas psicofísicos latentes, cuando son llamados a la acción, motivan o dirigen una actividad y un pensamiento específico. Todos los sistemas comprendidos en la personalidad han de considerarse como tendencias determinantes. Ejercen una influencia directriz sobre todos los actos adaptativos y expresivos mediante los cuales es conocida la personalidad.

Característicos: Toda conducta y todo pensamiento son característicos de la persona, son únicos, existentes solamente en un individuo. Incluso los actos y los conceptos que aparentemente compartimos con otros son en el fondo

individuales e ideosincrásicos que otros, pero no hay ninguno que no tenga un matiz personal. En cierto modo, podría decirse que la utilización de la palabra **característicos** en nuestra definición es redundante, pero no siempre es mala la redundancia, ya que puede servir para precisar una cuestión.

Conducta y pensamiento: Estos dos términos sirven como tabla rasa para designar todo lo que puede hacer. Lo que principalmente hace es adaptarse a su ambiente. Pero no sería acertado definir la personalidad únicamente en términos de adaptación. No solamente nos adaptamos al medio, sino que nos reflejamos en él. Tratamos de dominarlo y algunas veces lo conseguimos. La conducta y el pensamiento sirven para la supervivencia y el crecimiento del individuo. Son modos de adaptación al medio y de acción sobre el mismo originados por la situación ambiental en que se encuentra el individuo, modos elegidos y dirigidos por los sistemas psicofísicos comprendidos en nuestra personalidad.

Brazelton (citado en Esquivel, Heredia y Lucio, 1997, pag.99) concibe la formación de la personalidad como el producto de la convergencia de tres aspectos que actúan de manera global: factores constitucionales, los propios del desarrollo y factores situacionales o ambientales.

- Los factores **constitucionales** los forman la herencia, tanto de aspectos orgánicos (color de la piel, estatura, etcétera) como psicológicos (inteligencia, memoria, y capacidad de aprendizaje). Se heredan también comportamientos de muchos de los contenidos inconscientes que se dieron en generaciones anteriores y se actualizan en el sujeto.

- Los factores **del desarrollo** son aquellas conductas contenidas en la herencia pero que, requieren de determinado tiempo para su maduración. (Caminar, control de esfínteres, hablar). El retraso en el desarrollo de estas conductas determinan patología en ese sentido.

- Los **factores situacionales o ambientales** son todas las circunstancias que ocurren alrededor del niño y que influyen sobre su herencia o sobre su maduración de una manera determinante.

Tanto a la herencia como a los factores del desarrollo se les denomina **mundo interno**.

El **mundo externo** es el mundo real, lo que sucede alrededor del sujeto. También se denomina entorno o medio. Es a través del yo que el sujeto tiene que adaptarse a él. Existen adaptaciones normales y patológicas que son muchas veces el mejor esfuerzo de una persona por adaptarse a sus circunstancias con el medio interno que posee.

2.2. TEORIAS SOBRE EL DESARROLLO.

Durante el siglo veinte el desarrollo humano ha sido estudiado desde diferentes perspectivas teóricas, las cuales contienen supuestos implícitos o explícitos acerca de cómo se produce el desarrollo, su naturaleza y sus causas, que factores lo favorecen o dificultan cuál es la importancia de los factores

biológicos y ambientales, cuales son los aspectos del desarrollo que tienen mayor relevancia para ser estudiados, o cuales son las unidades de la conducta a las que hay que prestar atención. Todos estos aspectos son importantes sin embargo no todas las posiciones teóricas comparten las mismas ideas. A continuación se muestra una breve reseña de las teorías psicológicas de mayor importancia (Delval,2000):

TEORIA PSICOANALITICA: Esta se origina en los trabajos de Sigmund Freud el cual trata de elaborar un modelo de funcionamiento psicológico consciente, pero sostiene que los principales determinantes de la conducta son inconscientes y se interesa principalmente por estudiar la motivación que origina la actividad, que es atribuida a una energía interna del organismo que puede canalizarse de distintas maneras. El niño pasa por una serie de estadios relacionados con la forma en se establece la satisfacción de sus necesidades.

TEORIA CONDUCTISTA: Centra su interés en el estudio de la conducta manifiesta, en lo que el organismo hace. Se preocupa por estudiar las conductas con que nace el sujeto, que serían reflejos incondicionados, se van formando nuevas conductas por medio del condicionamiento. En ello consiste el aprendizaje, que es el proceso por el que se forman conductas nuevas. Los mecanismos de aprendizaje son comunes a todos los animales y a partir de conductas muy simples se constituyen conductas cada vez más complejas por asociación entre ellas. Esos mecanismos son también los mismos en los niños y en adultos y lo que entendemos por desarrollo puede reducirse a un proceso de incremento cuantitativo de conductas que cada vez se hacen más complejas. Al ser el crecimiento cuantitativo no puede decirse que existan propiamente estadios de desarrollo.

PSICOLOGIA DE LA GESTALT: Postula que para conocer el sujeto se sirve de estructuras que tienen una base física, y que se imponen por sus cualidades internas. Las estructuras son totalidades complejas y para los gestaltistas las unidades simples no son el punto de partida sino el producto de la descomposición de unidades complejas. Esas totalidades, o Gestalten, son comunes en todos los niveles de funcionamiento y por tanto no existe propiamente una génesis.

TEORIA DE PIAGET: Explica específicamente el proceso de desarrollo, referido principalmente a la formación de conocimientos. Piaget considera que desde el principio las conductas son complejas, y en esto se aproxima a la teoría de la Gestalt, pero también considera que las formas complejas se van construyendo y por tanto cambian a lo largo del desarrollo, en lo que se opone a los gestaltistas. El niño va pasando por una serie de estadios que se caracterizan

por la utilización de distintas estructuras. Para Piaget la psicología tiene que explicar los mecanismos internos que permiten al sujeto organizar su acción.

POSTURA DE VIGOTSKI: Presenta similitudes con Piaget, pero este se interesa principalmente por los determinantes sociales del desarrollo, manteniendo que el desarrollo del individuo es inseparable de la sociedad en la que vive, la cual le transmite formas de conducta y de organización del conocimiento que el sujeto tiene que interiorizar.

TEORIA COGNITIVA: Surge como una reacción contra el conductismo, trata de estudiar los procesos internos que tienen lugar en el sujeto. Este es considerado como un procesador o elaborador de información y construye representaciones internas del mundo y de su propia conducta, en lo que coincide con la posición de Piaget. Sin embargo muchos de los procesos que describe son asociativos, con lo cual se aproxima al conductismo.

Cabe destacar que las pruebas proyectivas como el Test Proyectivo H.T.P. se basan en los postulados de la **teoría psicoanalítica** propuesta por Freud y cuyos desarrollos posteriores desembocaron en las teorías del yo prevaletentes en Estados Unidos en la época en que estos instrumentos se crearon. Por lo que para interpretar una prueba proyectiva como los dibujos el cual es el objetivo de nuestro estudio, es necesario basarse en las teorías que las sustentan y en la historia personal de los individuos.

2.3. TOPOGRAFÍA DEL APARATO PSÍQUICO.

Freud estableció un modelo **topográfico** de la mente mediante la división de sus contenidos y operaciones, sobre la base de que fueran o no conscientes (Esquivel, Heredia y Lucio, 1997, pag. 100).

El psicoanálisis concibe la vida psíquica como evolución incesante de fuerzas elementales, antagónicas, compuestas o resultantes, con un concepto dinámico del psiquismo (Tallaferro, 1997, pag. 52).

El sistema metapsicológico teórico de Freud es una topografía hipotética del aparato psíquico, pero en este caso hipotético no quiere decir, ni siquiera, que se concibe la posibilidad de que la psiquis esté dividida en tres planos delimitados con mayor o menor rigurosidad. Se debe considerar que son fuerzas, cargas energéticas que se desplazan en cierta forma, que tienen un tipo de vibración que es específico y que todas van a estructurar los tres sistemas que Freud ha denominado y dividido topográficamente en **INCONSCIENTE, PRECONSCIENTE Y CONSCIENTE**, cada uno de ellos con características determinadas. Dentro de estos tres campos de límites imprecisos, se considera la existencia de tres instancias o localizaciones, que actúan en distintos planos y que adquieren las

características propias de ese nivel de la actividad psíquica son: el ello, el yo y el superyó. (Tallaferro, 1997. pag. 53).

El yo tiene una parte dentro del consciente, pero llega al preconscious y al inconsciente. El ello, en cambio, está totalmente situado en el inconsciente y regido por las leyes de ese sistema. En suma, son campos de límites esfumados que tienen zonas fronterizas comunes.

2.3.1. EL SISTEMA INCONSCIENTE.

En el sentido estrictamente freudiano, el inconsciente caracteriza a ciertos procesos dinámicos (no solo pensamientos latentes) que no llegan a la conciencia a pesar de su eficacia e intensidad y a los cuales ningún esfuerzo de la voluntad y ninguna acto de la memoria pueden traer a la experiencia consciente (Warren, 1970).

El concepto de inconsciente es, en su mayor parte, teórico, en el sentido de que nunca ha sido observado directamente. Pero al mismo tiempo es empírico, por el hecho de representar una inferencia imprescindible para explicar, de una manera lógica y sistemática, gran cantidad de observaciones. El estudio de los contenidos del inconsciente permite, por otra parte, explicar y demostrar que los actos mentales y sociales tienen una causa definida, siguen un propósito y son emocionalmente lógicos, aun cuando desde un punto de vista intelectual, aparentemente no sea así.

Mal se podrá dar una definición categórica de algo cuya naturaleza se desconoce íntimamente, y cuyo conocimiento sólo puede hacerse de un modo indirecto, mediante los datos que nos suministran los sueños, los actos fallidos, los tests proyectivos y sobre todo la historia de los síntomas neuróticos y psicóticos. Prácticamente se conoce el inconsciente en su expresión consciente (Tallaferro, 1997. pag. 54).

El inconsciente, para el psicoanálisis, es psíquicamente positivo, es un sistema en constante evolución y cargado de energía psíquica. Según el concepto de Freud, el inconsciente no es lo contrario de lo consciente. Por el contrario, es el grado preparatorio del consciente, y más exactamente aún: el verdadero, el real psiquismo (Tallaferro, 1997. pag. 55).

-Características del inconsciente.

El inconsciente tiene sus modos propios de actuar que constituyen en conjunto el proceso primario y son:

a) En el inconsciente la cronología no existe, como tampoco rige en los sueños. En la vivencia onírica pueden darse casos en que el tiempo y el espacio estén totalmente ausentes. Careciendo de sentido cronológico, el inconsciente no reconoce pasado ni futuro y tan sólo un presente.

b) Tampoco tiene un concepto definido de la contradicción. No opone reparo alguno a la coexistencia de sucesos antitéticos; sus elementos no están coordinados y las contradicciones se dan simultáneamente, manteniendo su plena

valencia, sin excluirse, aún cuando sean de signo contrario. Puede existir a la vez un sí y un no, un amor y un odio. Inconscientemente se pueden vivir en forma simultánea sentimientos de odio y amor, sin que uno de los dos desplace o anule al otro ni siquiera en parte (Tallaferro, 1997, pag.59).

c) Cuando el inconsciente tiene que decir, lo expresa en forma arcaica, utilizando símbolos.

d) La realidad interna en los psicóticos y neuróticos tiene tanto o más valor que la externa.

e) Predominio del Principio del placer. El hombre normal aprende a esperar y a acomodarse para conseguir la satisfacción instintiva; en cambio el neurótico y psicótico, que se encuentran dominados por el proceso primario, no pueden soportar el displacer, pues las tendencias del inconsciente buscan su satisfacción, sin preocuparse por las consecuencias que ésta pueda deparar. Tal imperativo constituye lo que se denomina predominio del principio del placer.

Dentro del sistema inconsciente es necesario tener en cuenta una porción, una parte del mismo, que se halla integrada por elementos de una naturaleza tal que si llegaran a ser conscientes presentarían notables diferencias con los demás. Estos elementos diferentes, que no tienen un acceso libre al sistema consciente, constituyen lo que se denomina inconsciente reprimido. De acuerdo con el sistema hipotético, el ello en su totalidad y parte del yo y del superyó se encuentran dentro del sistema inconsciente (Tallaferro, 1997.pag.61).

2.3.2. EL SISTEMA PRECONSCIENTE.

En la topografía hipotética del aparato psíquico, el sistema preconscious se halla ubicado entre el consciente y el inconsciente. Su contenido está integrado, en parte, por elementos procedentes del inconsciente, en paso hacia el consciente y también del consciente hacia el inconsciente, adoptando la forma de material preconscious. Existen además impresiones del mundo exterior, radicadas en él como representaciones fonéticas o verbales.

Las tendencias y representaciones objetivas inconscientes llegan a la conciencia a través del sistema preconscious, asociándose para ello con los conceptos que, en forma de representaciones verbales, han sido adquiridos de la realidad.

El preconscious está relacionado con la realidad externa y con el inconsciente, y ésta es la razón por la cual durante el trabajo onírico se usan sucesos reales, una idea concebida en estado de vigilia, para expresar un deseo inconsciente.

Así como el sistema inconsciente está regido por el proceso primario, el preconscious tiene leyes propias que constituyen el proceso secundario que comprende:

a) La elaboración de una sucesión cronológica en las representaciones;

- b) el hallazgo de una correlación lógica;
- c) la repleción de lagunas existentes entre ideas aisladas, y
- d) la introducción del factor causal, es decir, relación de coexistencia y sucesión entre los fenómenos: relación causa-efecto (Tallaferro,1997.pag.62).

2.3.3. EL SISTEMA CONSCIENTE.

El consciente es un órgano de percepción para las impresiones que nos absorben por el momento y debe ser considerado como un órgano sensorial situado en el límite de lo interno y lo externo con capacidad para percibir procesos de una u otra procedencia.

El hombre no reacciona siempre a todo estímulo y el sistema consciente da la impresión de contar con un dispositivo especial, capaz de protegerlo de ciertas excitaciones que podrían perturbar su equilibrio. Freud ha designado este dispositivo con el nombre de detector o amortiguador de estímulos.

El amortiguador de excitaciones es lo que capacita al hombre para regular su vida psíquica, mediante una distribución económica de las cargas energéticas, lo cual le permite conservar el reposo y mantener en equilibrio adecuado su tensión energética. En síntesis, el aparato protector recibe el estímulo del exterior, lo amortigua y lo transmite en una forma progresiva, evitando que se perturbe el equilibrio psíquico del organismo (Tallaferro,1997.pag.64).

2.3.4. LAS INSTANCIAS DEL APARATO PSÍQUICO.

- EL ELLO.

El ello está integrado por la totalidad de los impulsos instintivos. Tiene íntimas conexiones con lo biológico, de donde extrae las energías instintivas que por medio de esta instancia adquieren su exteriorización psíquica

Las tendencias del ello coexisten en forma independiente y no están regidas por ninguna organización unitaria. Todo lo que se desarrolla en el ello está sometido al proceso primario. Consecuentemente se rige por el principio del placer y es, en suma, el ser primitivo sin frenos.

Todos los sectores del ello son inconscientes y una gran porción del mismo está constituida por elementos arcaicos en parte de origen ontogénico y en parte de naturaleza filogenética, es decir, todo lo heredado, lo que ha traído consigo el individuo desde el nacimiento (Tallaferro,1997 pag.64).

Para Freud, instinto es un excitante interno continuo que produce, cuando es contestado en forma adecuada, un goce específico.

También se puede decir que los instintos son las fuerzas que suponemos causantes de las tensiones de necesidad.

Con respecto a la evolución del concepto sobre los instintos, Freud sostuvo en el año 1905 que había una oposición entre los instintos del yo o de

autoconservación y los instintos sexuales. Posteriormente, en el año 1914 (introducción al narcisismo) modificó este concepto, encontrando que había una oposición entre la libido objetal y la libido narcisística, y por último, en el año 1920, sostuvo el concepto de la oposición existente entre los instintos de vida y de muerte (Eros y Thanatus), que enunció en su obra Más allá del principio del placer (Tallaferro, 1997.pag.65).

Freud se limitó a tener en cuenta dos instintos primarios: de vida y de muerte. El primero –instinto de vida- tendería a la reunión, integración, fusión, conservación y creación de nuevas vidas. El otro es el que motiva el envejecimiento y la muerte. Su finalidad es la destrucción, la desintegración y el aniquilamiento, por cuyo motivo es desviado del propio organismo hacia el medio ambiente, mezclado con los instintos de Eros y se pone de manifiesto bajo la forma de sadismo.

Los instintos tienen características que les son propias y distintivas:

1) Fuente de origen. Es el proceso energético, físico-químico, que se desarrolla en un órgano somático, cuyo estímulo es representado en lo psíquico por un equivalente instintivo.

2) Impulso. La intensidad o el impulso dinámico de los instintos se mide en función de la magnitud de los obstáculos que es capaz de superar para lograr su satisfacción. El impulso de un instinto es un factor motor, el elemento dinámico, la cantidad de energía que representa. Tiene un carácter de perentoriedad que es la cualidad general de los instintos, la esencia de los mismos.

3) Objeto. El objeto de los instintos es algo que pertenece al mundo exterior, y tanto puede ser una persona o cosa, por la cual, y con la cual, el instinto alcanza su satisfacción al suprimir la excitación o estado de necesidad. La conexión entre el instinto y el objeto no es primordial, en el sentido de que sea el objeto el que dé origen al instinto. Por el contrario, éste es lo primitivo, existe antes que el objeto, y cuando se produce una adecuación instinto-objeto para el logro de la satisfacción, sólo entonces se da una vinculación entre ambos. Los instintos forman parte del ello, que está totalmente sumergido en el inconsciente, y por lo tanto se hayan regidos por las leyes de este sistema y en particular por el principio del placer.

4) Fin. Todo instinto tiende a llegar a un fin, que es restablecer un estado en el cual deja de subsistir una determinada tensión instintiva, que es displacentera, para llegar al equilibrio tensional, luego de haber obtenido un placer (Tallaferro, 1997.pag.70).

LIBIDO.

La traducción de la voz latina libido es: deseo, inclinación, voluntad, ansia, apetito o pasión. En psicoanálisis el término se emplea vinculado exclusivamente

con placer y deseo sexual. Por libido debe entenderse: Intensidad de la energía dinámica del instinto sexual; es decir, su elemento cuantitativo.

Libido significa en el psicoanálisis, primeramente, la energía (concebida como cuantitativamente variable y medible) de los instintos sexuales orientado hacia el objeto (Freud, 1924).

Todo ser humano dispone de una cantidad determinada de fuerza pulsiva sexual (libido) que podrá ser aumentada o disminuida por la acción de diversos factores que pueden ser divididos en intra y extrapsíquicos. Puede decirse que para el psicoanálisis en término sexual denota la función general de obtener placer. La separación de lo sexual y lo genital permite poner las actividades sexuales de los niños y de los perversos en el mismo terreno de los adultos normales (Tallaferro, 1997. pag.73).

- EL YO.

El Yo es una parte del Ello modificada por la influencia del mundo exterior, transmitida por el preconscious, o sea, en cierto modo, una continuación de la diferenciación de las superficies. El Yo se esfuerza en transmitir a su vez, al Ello, dicha influencia del mundo exterior, y aspira a sustituir el principio del placer, que reina sin restricciones en el Ello, por el principio de la realidad. La percepción es, para el Yo, lo que para el Ello el instinto. El Yo representa lo que pudiéramos llamar la razón o la reflexión, opuestamente al Ello, que contiene las pasiones (Freud, 1923).

El yo no es más que una parte del ello modificado por el impacto o la interacción de las pulsiones internas y de los estímulos externos. Desde el punto de vista psicológico, el yo está constituido por una modificación del propio ello.

El yo se encuentra ubicado entre el mundo interno y el externo, en una posición tal que se comporta como receptor de los impulsos que le llegan desde ambos campos. Por su situación entre lo interno y lo externo, coincide parcialmente con el sistema de percepción, en la hipotética topografía del aparato psíquico. Una parte del yo es, por consiguiente, inconsciente; otra, preconscious, y una tercera, consciente (Tallaferro, 1997 pag.76).

El principal papel del yo es coordinar funciones e impulsos internos y tratar que los mismos puedan expresarse en el mundo exterior sin conflictos. Por ello, la antigua oposición entre consciente e inconsciente ya no es válida, sino que, por el contrario, se considera que lo que tiene importancia y en realidad ocurre, desde el punto de vista económico-dinámico, es que una fuerza del yo —que fue tomada del ello— se opone a los impulsos instintivos que tratan de expresarse.

El yo dispone de una organización y es capaz de dirigir todas las tendencias del ello hacia una finalidad determinada.

El yo es la actividad integradora de la personalidad, un representante del mundo externo, que sirve al mismo tiempo a las inclinaciones del ello, el que, como representante genuino del mundo interno, es egoísta, pues se rige por el

principio del placer. Desde un cierto punto de vista, el yo tiene una estructura específicamente motora, y podría decirse que maneja la llave de la motilidad y es capaz, por lo tanto, de impedir que un impulso del ello pueda expresarse. Sin embargo, esto no ocurre siempre, pues en ciertos momentos el yo y el ello están muy unidos, especialmente en los períodos primarios de la evolución, cuando la separación entre ambas instancias aún no se ha hecho nítida. Es entonces cuando el yo cede a cualquier impulso que le llega desde el ello, situación que podría llamarse ideal y en la cual al yo se le da el nombre de yo ideal, que no es lo mismo que el ideal del yo. El yo ideal lo es para el ello, pues hace lo que éste quiere. El ideal del yo, en cambio, es una imagen externa idealizada, un objeto real modificado por un proceso que se denomina de idealización y al cual el yo toma como modelo y meta de su estructura (Tallaferro, 1997.pag.77).

DESARROLLO DEL YO.

En el transcurso de su evolución, a medida que pasa por la diferentes etapas de su conformación, el yo sufre transformaciones en lo que respecta a su modo de actuar.

En las primeras etapas de la vida de una criatura el yo es estructuralmente débil, pero se cree omnipotente por tener en sí mismo parte del mundo exterior, que previamente ha introyectado por vía oral. Se cree entonces poseedor del mundo y de allí nace su omnipotencia, a pesar de ser un yo sumamente pobre. Así es como tiene impulsos de actuación mágica y de omnipotencia, que nacen en el ello y aparecen como tales en el yo (Tallaferro, 1997.pag.79).

Ferenczi (citado en Tallaferro, 1997.pag.80) considera que el yo pasa, en el curso de su evolución, por cuatro fases de magia y de omnipotencia, que son las siguientes:

1) Fase de la omnipotencia incondicional, que correspondería a la del estado fetal. Esta es una fase totalmente hipotética.

2) Fase de las alucinaciones mágicas. Todo impulso en este estado de la evolución del yo es inmediatamente satisfecho por medio de alucinaciones. Así, cuando el lactante tiene hambre, se proporciona una satisfacción alucinando el pecho que desea. También en el adulto se percibe una situación semejante. En el período en que la regresión se produce durante el sueño, el yo actúa de la misma manera. El deseo se transforma inmediatamente en una representación alucinada.

3) Fase de la omnipotencia con el auxilio de gestos mágicos. La reacción del niño frente a una necesidad corporal se ve acompañada generalmente por un movimiento de brazos y piernas, llantos y gritos, todo lo cual hace que, ante estas muestras de malestar, aparezcan la madre o nodriza para resolver su situación. Esto lo va afirmando en la creencia de que son precisamente tales movimientos los que le producen la satisfacción y también en la convicción de que sus actitudes y gestos tienen un poder ilimitado.

4) Fase de la superioridad del pensamiento. Esta etapa parece iniciarse simultáneamente con el lenguaje, que durante los períodos anteriores sólo estaba

integrado por sonidos articulados a los cuales se les atribuía una significación mágica.

Estas fases mágicas del yo desaparecen casi por completo cuando son sustituidas por el sentido de realidad. Pero aún este sentido puede fracasar en las alucinaciones típicas.

Percibir, adaptarse a la realidad y actuar son las funciones más elevadas del yo, pero todo individuo en algún momento puede tener un pensamiento mágico.

El yo no sólo es capaz de actuar sobre el mundo exterior, modificarlo, sino que puede también actuar sobre el organismo, condicionando las reacciones de éste hasta tal punto que llega a simular la realización de un deseo.

Para que el hombre se adapte a las exigencias reales de la vida es necesario que abandone el principio del placer a fin de poder desenvolverse armónicamente con la realidad, que es la salud.

El yo tiene dos funciones muy importantes, que son el examen de la realidad y el trabajo de síntesis.

a) Examen y sentido de la realidad. Se ha dicho que todo impulso volitivo procede del ello, pero su acción depende por completo del yo, a punto tal que un impulso puede ser completamente neutralizado. Para actuar de ésta manera, el yo tiene la llave de la motilidad, que le permite al mismo tiempo comprobar la existencia real de los objetos. En la duda sobre la realidad de un objeto, lo primero que el sujeto trata de hacer es tocarlo. Esta tentativa de comprobación constituye el examen de realidad.

En las etapas más evolucionadas del yo tal examen ya no se realiza con el auxilio exclusivo de la motilidad: la inteligencia o las reminiscencias son suficientes para permitirle al sujeto comprobar si el elemento existe en el mundo exterior o si es sólo un producto de su fantasía.

El yo se vale de dos recursos: el examen de realidad por medio de la actividad motriz y luego el sentido de la realidad, en el que ya no hay necesidad de lo motor y mediante el cual se sabe si algo está realmente en el mundo exterior.

La tarea fundamental del yo es percibir y al mismo tiempo establecer si lo percibido se encuentra en el mundo interno o en el externo.

El reconocimiento de la realidad y la adaptación a ella no depende, desde un enfoque puramente psicológico, tan sólo de la estructura del yo preceptor actuante, sino también de una instancia del propio yo, la parte autoobservadora que analiza las vivencias antes de otorgarles el valor de una perfecta realidad, es decir, después de haber establecido si el estímulo es interno o externo, y si la respuesta no provocará conflictos posteriores.

b) La función sintética del yo. En el ello los impulsos son antagonicos y no están regidos por ninguna organización unitaria, y el yo, por su parte, tiene entre sus funciones la de compensar la oposición de esos impulsos unificándolos en forma de sentimientos, acciones o voliciones, pues no soporta la contradicción. Así

como armoniza los impulsos del ello, tiene luego que hacerlos concordar con las exigencias de la realidad y los requerimientos del superyó. Por lo tanto no es simplemente un unificador sino también un mediador entre el ello, la realidad y el superyó.

Se puede decir que la actividad correcta de un yo normal es una función homeostática, que consiste en recibir primero el impulso y diferenciar de donde llega. Luego realizar un proceso de síntesis entre los distintos elementos que llegan del ello, tratando que una cantidad determinada de energía pueda descargarse en un solo movimiento. Es un verdadero coordinador de los impulsos que le llegan del ello, de las normas que le dicta el superyó y las exigencias del mundo exterior.

En suma, la función homeostática del yo se realiza por medio de cuatro funciones:

- 1) La percepción interna de necesidades instintivas;
- 2) La percepción de las condiciones externas existentes, de las que depende la gratificación;
- 3) Facultad integrativa que permite al yo coordinar los impulsos e instintos entre sí y luego con la censura del superyó para adaptarlos finalmente a las condiciones ambientales. Y por último
- 4) La facultad ejecutiva, por la cual controla la conducta voluntaria (Tallaferro,1997.pag.83).

- EL SUPERYÓ.

La formación de un verdadero código de normas éticas es uno de los prerequisites indispensables para la adaptación social. A este estatuto para el bien vivir en relación, se le denomina conciencia o voz de la conciencia y es conocido en la nomenclatura psicoanalítica, desde la publicación de El ello y el yo (Freud,1923) como el superyó, tercera de las instancias de que consta el aparato psíquico en la hipotética topografía de Freud.

Este superyó es el resultado de la incorporación dentro del yo de los mandatos prohibitivos de los padres, es decir, la internalización de la compulsión externa.

En sus primeros estados el superyó pertenece al yo, pero gradualmente se va diferenciando de éste, sin que el sujeto normal lo perciba como un elemento definido (Tallaferro,1997.pag.117).

El castigo que inflige el superyó es el que se conoce por remordimiento o cargo de conciencia. En la constitución del superyó no sólo interviene un núcleo severo que corresponde, en general, al padre o a sustitutos (maestros, sacerdotes, etc.), sino también otro núcleo materno más tolerante. De ahí que la represión exigida de los impulsos y las tendencias sea aceptada, no sólo por temor sino también por amor, pues en compensación el yo recibe una satisfacción

narcisista al sentirse querido por la madre, o ya adulto, el considerarse una persona decente.

El superyó es la más reciente de las adquisiciones filogenéticas del aparato psíquico. Las imágenes parentales introyectadas sólo originan el núcleo del superyó. Sus elementos últimos provienen de la incorporación de exigencias impersonales y generales del ambiente social. Esta instancia así constituida toma sobre sí aquellas funciones de crítica de la conducta del yo, que transforma al ser de individual en social.

De acuerdo con los conceptos de Freud el superyó hace su aparición alrededor de los cinco años, cuando termina de elaborarse el complejo de Edipo, y por lo tanto sería el heredero de este último (Tallaferro, 1997. pag. 120).

Hasta esa edad el yo se rige en gran parte por el principio del placer, no pone trabas a los impulsos del ello y se comporta por lo tanto como un yo ideal. Tal como se ha dicho, existe una diferencia entre el yo ideal y el ideal del yo. El primero satisface los impulsos del ello, mientras que el ideal del yo representa el criterio por el cual el yo se mide a sí mismo. Constituye también la meta a la que se tiende y la incitación a lograr una perfección cada vez mayor. Este ideal del yo representa el precipitado de la admiración que en su temprana niñez se tuvo por la supuesta perfección de los padres idealizados.

Las funciones del superyó son: la autoobservación, la conciencia moral, la censura onírica, la influencia principal en la represión y el enaltecimiento de los ideales.

En virtud de ser la conciencia moral y ejercer la autoobservación, el superyó percibe claramente muchas tendencias del ello, que son desconocidas por el yo. Debido a esto es que, en ciertos casos, se suele originar un fuerte sentido de culpabilidad y una necesidad de castigo, que es una forma especial de la necesidad de absolución. El dolor del castigo es aceptado o aun provocado con la esperanza de que después del gran dolor y de la pena el sentimiento de culpa desaparecerá. Esta necesidad de castigo, aun cuando es inconsciente, resulta muchas veces ser la causa de actos patológicos que, por lo tanto, son injustificados desde el punto de vista consciente, como, por ejemplo, el fracaso e incluso los accidentes y actos criminales que tienen por fin conseguir en el mundo real el castigo ansiado (Tallaferro, 1997. pag. 122).

2.3.5. ETAPAS DE EVOLUCIÓN DE LA LIBIDO.

La forma de expresión de la libido está sometida a un proceso de evolución. Estando íntimamente relacionada con el instinto sexual, se hace necesario aclarar que, en psicoanálisis, se entiende por vinculación sexual la relación existente entre un sujeto que dirige una magnitud o carga de afecto y un ser o elemento que la recibe, el objeto, que puede ser el medio ambiente o el propio yo del sujeto.

Los primeros estados evolutivos de la libido se cumplen en la época fetal, y careciendo de objeto a que aplicarse, es necesario admitir que antes del nacimiento existe una unidad entre el yo y la libido.

Por lo tanto se puede aceptar que el ser humano llega al mundo con toda la libido fuertemente fijada a sus órganos y al propio yo, y de igual modo que de ser encapsulado pasa a sujeto que tiene amplias relaciones con el medio ambiente, así también se desarrolla su libido en el sentido que desde ese estado que se denomina período narcisístico primario tiende a transformarse en libido que recubre objetos, y a la cual, por esta razón, se le llama libido objetal (Tallaferro, 1997.pag.146).

Dinámicamente se distingue en psicoanálisis un narcisismo primario de un narcisismo secundario. El primero es el que corresponde al temprano estado, cuando todavía la libido no ha recubierto a los representantes internos de los objetos. El narcisismo secundario se produce cuando por algún motivo (generalmente frustración por parte del objeto real o desaparición o muerte del mismo) la libido objetal abandona los objetos y vuelve a tomar nuevamente al yo como único objeto.

Ya al nacer, los instintos parciales han entrado en actividad, pero sin absoluto dominio por igual. Una determinada región del cuerpo, como es la oral, la anal, la genital o cualquier otra del organismo, emite hacia la psique impulsos que la excitan sexualmente. A estos sectores del organismo, capaces de realizar tal función, se los denomina zonas erógenas. También pueden definirse como aquellas regiones del cuerpo en las que la estimulación condiciona la satisfacción libidinosa.

Observando las manifestaciones sexuales de los niños en sucesión temporal se nota que aparecen con un cierto orden. La actividad sexual que tiene lugar en una determinada zona erógena, es abandonada para desplazarse a otra región del cuerpo. La acentuación o predominio de cada una de estas zonas es lo que le da un matiz particular a cada etapa del desarrollo libidinoso y lo que permite reconocer durante los primeros cinco años o seis años de vida las etapas oral, anal y fálica-genital (Tallaferro, 1997.pag.148).

ETAPA ORAL.

Como primera manifestación de la sexualidad del niño, después del nacimiento, se observa un predominio de la obtención de placer por la zona de la boca.

La satisfacción sexual se realiza en forma simultánea con la actividad autoconservadora, que es la que relaciona al niño con el mundo exterior. Este es el concepto de la doble función, enunciado por Freud. Los órganos utilizados para la expresión y descarga de la sexualidad infantil son los mismos que intervienen en la ingestión de alimentos y la expulsión de excrementos, además de la musculatura que ejecuta las acciones en el mundo exterior, y de los sentidos, especialmente los ojos y la piel.

El instinto sexual se separa pronto del nutritivo y busca independientemente su satisfacción. El lactante practica el chupeteo aun cuando su hambre fisiológica esté calmada.

Durante la vida intrauterina, época en que el sujeto no tiene hambre, ya se succiona el dedo. Además, los lactantes succionan indiscriminadamente cualquier objeto no alimenticio, con una evidente sensación placentera. Más aún, tienden a llevarse a la boca todo aquello que recibe de su parte una carga de afecto, en su afán de eliminar de esa manera el estímulo excitante (Tallaferro, 1997. pag. 150).

Por las características que sucesivamente presenta, la etapa oral ha sido dividida en dos fases: la primera, de succión, cuya satisfacción está dada por el chupeteo y que se extiende hasta el sexto mes. En la segunda fase, la forma de placer cambia con la aparición de los dientes y substituye al chupeteo por el placer de masticar y devorar, razón por la cual esta fase ha sido denominada sádico-oral o canibalística, y se extiende desde los seis meses hasta alrededor de los dos años.

Si bien durante la primera fase oral el niño encuentra bastante satisfacción en su propio cuerpo, en la fase canibalística la actividad instintiva exige un objeto; ya no puede prescindir del mundo externo y de la relación psíquica con él. Es precisamente en esta época cuando comienzan a notarse marcadas relaciones con los objetos del medio externo. La conexión entre el niño, en esta fase, y los objetos que le proporcionan el placer de morder, debe ser considerada también como psíquica.

Durante la etapa oral se hace evidente la ambivalencia, término creado por Bleuler (citado en Tallaferro, 1997) para significar que una cosa es sentida, pensada y anhelada positiva y negativamente a la vez.

El desarrollo libidinoso hace que la primacía de una zona erógena ceda su lugar a otra. Sin embargo, esto no significa que toda la satisfacción ha de lograrse exclusivamente en la última etapa, pues queda siempre una cantidad de libido en las zonas anteriores, que posibilita algunas satisfacciones de tipo pre-genital, aun en los sujetos normales.

La fijación de la libido es la expresión de una tendencia a permanecer adherido a algo, un excesivo y persistente deseo por parte de un sujeto por un objeto infantil; una situación en la que el sujeto presenta rasgos de una fase evolutiva que normalmente ya debería haber superado o abandonado de acuerdo con su edad cronológica. Estas fijaciones pueden producirse por una acentuada y prolongada satisfacción o por una frustración temprana y brusca.

Si una persona sufre un desengaño en una relación amorosa u otra satisfacción libidinoso, puede volver a una fase de desarrollo ya superada. Regresa a la satisfacción instintiva de que ha gozado en un período específico de su evolución libidinoso y de la cual conserva recuerdos inconscientes. Retorna a las viejas satisfacciones y a los objetos de amor de esa etapa, realizando para ello un movimiento libidinoso en dirección opuesta a la evolución normal ya lograda. Este movimiento es el que recibe el nombre de regresión (Tallaferro, 1997. pag. 156).

ETAPA ANAL.

La etapa anal comienza con el nacimiento tornándose gradual y progresivamente más importante, alcanzando el máximo interés en la época del destete, y cuando comienzan a establecerse los hábitos de limpieza. Se admite que sus manifestaciones empiezan en el período comprendido entre los 6 y los 12 meses y que alcanzan su mayor intensidad entre los 18 y los 24 meses.

A lo largo de la etapa anal el recto es asiento de las más importantes sensaciones placenteras, y así como en la etapa oral el hedonismo bucal dirigía la organización libidinosa, en este período el recto y sus zonas adyacentes tienen la supremacía.

Las manifestaciones características de esta etapa son: el placer en la defecación, el agrado por los excrementos, y al mismo tiempo la tentativa de someter al control de la voluntad la actividad del esfínter.

Se desarrolla en el niño, a esta altura de la vida, un afán por retener los excrementos, con la finalidad, entre otras, de experimentar mayor placer en el momento de eliminación, que se une al que le provoca la distensión de la ampolla rectal.

El niño valoriza sus materias fecales con un deleite que suele ser extraño al pensamiento habitual de los adultos. Los excrementos son considerados en esta etapa como la primera producción creada personalmente y que puede brindarse al mundo exterior (Tallaferro, 1997 pag. 164).

Tal como sucede en la etapa oral, en la anal se consideran dos fases en las que se manifiestan dos tendencias placenteras contradictorias.

En la denominada fase anal primaria o expulsiva, el niño obtiene el máximo placer por el pasaje de las materias fecales a través del ano. Desde el punto de vista psíquico, esta expulsión significa la destrucción de las mismas, obedeciendo a un propósito placentero hostil. Los representantes endopsíquicos de los objetos queridos del mundo exterior son identificados por el sujeto, en esta fase, con los excrementos. Por esta razón un desengaño puede producir una diarrea cuyo significado inconsciente es desprenderse, expulsar al objeto malo, frustrador, y simultáneamente, es expresión de la agresión.

La fase anal secundaria o retentiva es aquella en la cual el placer principal ya no está determinado por la expulsión, sino, contrariamente, por la retención de materias fecales, lo cual produce una distensión de la ampolla rectal, agregándosele el valor psíquico de la retención y el control de los objetos internos.

Cada una de las dos fases en que se ha dividido la etapa anal tiene rasgos que la caracterizan. En la primera, o expulsiva, la tendencia sádica es destruir el objeto por la fuerza bruta, deseo muy similar al que se manifiesta en la etapa oral secundaria con la destrucción por la masticación. En esta fase las acciones sádicas consisten principalmente en pisotear o patear el objeto, aplastarlo, romperlo, etc.

La característica sádica de la segunda etapa, o retentiva, es la prescindencia de la destrucción brutal que caracteriza a la anterior; ésta, por el contrario, no conduce a la aniquilación del objeto y se expresa como una tendencia a retenerlo para atormentarlo moralmente, dominarlo, encerrarlo y limitar o restringir egoístamente su libertad. En esta actitud se advierte el paralelismo existente entre la retención placentera de la materia fecal y la retención del objeto (Tallaferro, 1997. pag. 168).

ETAPA FÁLICO-GENITAL.

Superada la etapa anal, el desarrollo normal del proceso evolutivo libidinoso alcanza la etapa genital o fálica, que se establece francamente cerca de los tres años, prolongándose hasta los cinco o seis años, edad en la que hace su aparición el período de latencia.

La excitabilidad de la zona erógena genital existe desde el comienzo de la evolución y los lactantes también se procuran sensaciones placenteras mediante el estímulo de su genital, lo que permite afirmar la existencia de masturbación en ellos. Pero sólo cuando las etapas anteriores han sido superadas, los genitales llegan a adquirir una situación preponderante, simultánea con la disminución de la excitabilidad de las otras zonas erógenas, aunque, tal como se ha señalado antes, conservan alguna capacidad en tal sentido.

Desde el punto de vista de la descarga libidinosa puede decirse que en el niño existe un orgasmo semejante al del adulto, diferenciándose tan sólo porque al faltar la producción de líquido seminal no existe eyaculación. Pero en algunos casos la micción nocturna involuntaria es un equivalente de la polución de los adultos. Esto se corrobora por el hecho de que en muchos enuréticos el síntoma desaparece al llegar a la pubertad en que lo suplantán las poluciones (Tallaferro, 1997 pag. 174).

En el varón la excitación de la zona genital se produce por el impulso interno reforzado por el frotamiento del pene y en particular del glande, y en las niñas por idénticos métodos aplicados al clítoris y a los labios vulvares. Las niñas provocan los estímulos por frotamiento manual o por un movimiento rítmico de los muslos y en los varones la atención se concentra sobre la posibilidad de obtener placer en esta zona erógena, por los cuidados higiénicos, por la secreción regional o por ambos factores en acción simultánea.

En los primeros tiempos de vida el niño varón no reconoce más órgano genital que el suyo, atribuyendo su existencia a los demás, incluso a las mujeres y a objetos inanimados. El descubrir que hay seres sin pene lo horroriza, pues llega a suponer que las niñas tuvieron pene alguna vez y lo perdieron como castigo por la masturbación. Esto lo angustia, pues teme que pueda ocurrirle lo mismo, temor que se manifiesta en diversas formas de síntomas neuróticos, psicóticos o psicósomáticos que sólo se comprenden si se tiene en cuenta el modo en que el niño sobrevalora esta región del organismo, a la que identifica con el yo.

El temor angustioso, consciente o inconsciente, a perder el falo, en la terminología psicoanalítica se le denomina complejo de castración. Al ocuparse de este tema Freud señaló que la denominación complejo de castración debía limitarse en sus alcances a los estímulos y afectos relacionados con el temor a la pérdida del pene, pero teniendo en cuenta el carácter castratorio con que el niño experimenta el destete, la pérdida de las materias fecales, y en primera instancia su nacimiento, que constituiría el modelo de toda castración o separación de algo, el término adquiere un nuevo sentido. Durante el período fetal existe una unidad integral madre-feto, criterio que luego aplica a sus materias fecales y cuerpo. Simultáneamente con la angustia de castración puede existir un deseo de perder los genitales, como acto expiatorio, lo cual permite distinguir una forma activa y otra pasiva del complejo de castración (Tallaferro, 1997.pag. 176).

COMPLEJO DE EDIPO.

El complejo de Edipo (el cual ha tomado su nombre de una leyenda griega cantada en un poema épico atribuido al poeta Cineton) se acompaña de temor a la castración. Implica la atracción romántica del niño hacia el progenitor del sexo opuesto. Al mismo tiempo, el progenitor del mismo sexo es temido y amado. Como consecuencia del miedo, el niño deja de lado su apego y competencia y en cambio se identifica con el progenitor del mismo sexo.

El complejo de Edipo se refiere a la atracción sexual que el niño pretende desarrollar por su madre durante la etapa fálica. Al mismo tiempo, el niño ve a su padre como un rival en el afecto de su madre. Existen actitudes mezcladas o ambivalentes hacia el padre, quien por un lado es temido porque puede remover el órgano ofensor, la fuente del temor a la castración, y por otro lado es respetado y venerado como modelo de hombría, superior al niño. Si el desarrollo es normal, el niño renuncia a los deseos amorosos respecto a su madre y en cambio se esfuerza en asumir el papel masculino imitando a su padre. Entonces el afecto del hijo hacia la madre pierde su aspecto sexual. Al aceptar la masculinidad del padre, el superyó del niño experimenta su desarrollo final y adopta un ideal del yo positivo. Pero si cualquiera de los progenitores crea en el niño demasiada frustración o una indulgencia excesiva al no proporcionarle un adiestramiento y conocimiento apropiados durante este período crucial, pueden ocurrir fijaciones graves, con consecuencias a largo plazo. Puede ocasionar la conservación de los conflictos y actitudes primitivas hacia otras personas significativas, un factor que dificulta el proceso de socialización.

El complejo sigue en la niña un curso distinto. La niña efectúa cambios de objeto; al igual que el varón, la niña tiene como objeto primero a la madre, luego pasa a fijarse en el padre. Al descubrir la falta de pene, lo vive como un castigo debido a su masturbación. La falta de pene provoca una reacción de odio hacia la madre, debido a que la culpa de la pérdida, tal situación moviliza en ella una regresión desde la etapa fálica a la anal secundaria retentiva. Al mismo tiempo, también ama a su madre y se produce un conflicto que, a diferencia del complejo de Edipo en el niño, nunca se resuelve completamente (Dicaprio, 1995.pag.53).

PERIODO DE LATENCIA.

Se denomina período de latencia porque el niño se desinteresa de las cuestiones de tipo sexual. Se produce a continuación del conflicto edípico. Si éste está mal resuelto, el niño no podrá aprovechar las adquisiciones fundamentales que esta época supone, todas las cuales pasan por la sublimación de los deseos sexuales edípicos. La energía sexual que tenía como objeto al progenitor se ve como liberada, desligada por la renuncia del niño. Mediante un mecanismo inconsciente, esa energía se dirigirá a otros objetivos (Liaudet,2000.pag.119).

Alrededor de los cinco o seis años, como consecuencia del complejo de castración, entra el niño en una época de calma sexual, durante la cual el ello se aplaca, el yo se refuerza y el superyó, heredero del complejo de Edipo, actúa con más severidad.

En realidad no existe una latencia absoluta, pues ésta se ve interrumpida esporádicamente por excitaciones. Por tal motivo no debe considerarse que la evolución sexual se interrumpe; sólo se halla en estado latente, está presente bajo la superficie, pero sin manifestaciones demasiado visibles. Lo que ocurre es que la libido únicamente pierde su objetivo genital inmediato, para dirigirse especialmente a perfeccionar las facultades de sublimación del sujeto, ya que las energías instintivas de los impulsos sexuales son aprovechadas durante esta época para la estructuración del yo, la expansión intelectual, el aumento de los conocimientos, preparándose la capacidad social futura en un círculo ambiental creciente. No es entonces arbitrario, sino que obedece a un profundo significado psicobiológico, que la escuela comience entre los cinco o seis años en la mayor parte de los países.

Durante el período de latencia se perfeccionan y organizan las estructuras que se han planteado básicamente los años anteriores, y su buena realización depende fundamentalmente de la armonía psicosexual entre los progenitores.

Para que durante esta etapa de evolución, las tendencias sexuales puedan ser inhibidas en su finalidad directa es indispensable que los estímulos externos que recibe el niño no sobrepasen un cierto nivel. Cuando la organización familiar está irregularmente establecida, el niño, como consecuencia directa, recibe una sobrecarga de estímulos afectivos. Esta situación es la que deben soportar especialmente los hijos únicos, mayores y menores; de ahí que la mayor parte de los trastornos mentales y psicossomáticos se asienten en tales sujetos y de ahí que sea comprensible la necesidad que existe de favorecer las descargas de tensiones en un medio extrafamiliar, descarga que el niño realiza a través del juego y el aprendizaje en una sociedad de individuos de su edad, sexo, y grupo social correspondiente (Tallaferro,1997 pag.192).

En el período de latencia el niño aprende a hacer amigos, a ser líder o seguir a los demás, a cooperar con los compañeros, maestros y otras autoridades y a desarrollar hábitos de estudio y trabajo (Friedman,1999.pag.73)

En esta etapa el superyó se encuentra lo suficientemente desarrollado, de manera que el niño ha internalizado las normas para interactuar con la sociedad y en cierto modo posee una estructura de personalidad que no va a variar

sensiblemente en etapas posteriores. Un niño que halla seguridad en esta relación continuada con los padres y que ha logrado una solución satisfactoria a sus conflictos emocionales en las etapas anteriores, está gradualmente en condiciones de incorporarse a un grupo. Los resultados que logra en la escuela están de acuerdo con sus dotes básicas y habilidades adquiridas. Está en condición de aceptar exigencias razonables por parte de los adultos con los cuales tiene contacto, y de aceptar las restricciones establecidas por la sociedad sobre sus impulsos (Esquivel, Heredia y Lucio,1997.pag.109).

El comienzo del período de latencia en el varón coincide, en un plano orgánico, con las modificaciones que experimenta en esa misma edad el testículo; estas modificaciones son de evidencia innegable y corresponden a la inhibición del desarrollo genital, expresado psicológicamente en las variaciones que experimenta la evolución libidinosa del niño, y por lo tanto hay elementos valederos como para admitir una simultaneidad de las variaciones somáticas y las características psicológicas observadas.

Freud (citado en Tallaferro,1997) sostuvo que el período de latencia sexual de los niños, entre la edad de cinco a doce años, es un fenómeno biológico. W. Reich (Tallaferro,1997) sostiene por el contrario que sus observaciones en niños de diferentes estrato sociales de la población le han mostrado que si tienen un desarrollo sin restricción de la sexualidad, no existe un periodo de latencia. Cuando aparece un periodo de latencia éste debe ser considerado como un producto artificial, no natural, de la cultura.

El período de latencia es, en gran parte, una consecuencia del ambiente o de la cultura en la cual se vive, y que si no existiese una represión sexual-social, este período de latencia no se produciría o no llegaría a ser tan nítido como se le observa en la sociedad actual (Tallaferro,1997. pag.195).

2.3.6. MECANISMOS DE DEFENSA DEL YO.

Situado entre el ello y el medio ambiente, y constantemente controlado por el superyó, se halla el yo en situación harto difícil, que a veces provoca en él angustia, siendo ésta la que moviliza el proceso defensivo. La angustia es motivada por el peligro de que la organización total del yo pueda ser destruida.

A tal efecto, el yo construye barreras que le permiten rechazar ciertos impulsos o solucionar los conflictos originados por la oposición de las exigencias de cada una de las instancias psíquicas. Estos mecanismos de defensa son utilizados por el yo en su lucha contra peligros intrapsíquicos y extrapsíquicos o ambientales (Tallaferro,1997.pag.98).

Anna Freud (en Esquivel, Heredia y Lucio,1997) señala que el término defensa aparece por primera vez en 1894 en el estudio de Freud sobre las neuropsicosis de defensa y lo emplea en éste y otros trabajos para describir las luchas del yo contra las ideas y afectos dolorosos e insoportables. Más tarde, Freud abandona el término y lo sustituye por el de represión. No es hasta 1926, en un apéndice complementario a su escrito "Inhibición, síntoma y angustia", que

Freud retoma el viejo concepto de defensa como designación general de todas las técnicas de que se sirve el yo en los conflictos que eventualmente pueden conducir a la neurosis, reservando el término de represión para uno de esos métodos de defensa.

Esta autora señala que Freud en sus diferentes trabajos introduce nueve métodos de defensa del yo, que son: represión, regresión, proyección, formación reactiva, aislamiento, anulación, introyección, vuelta contra sí mismo, y transformación en lo contrario, a los que se agrega un décimo que es la sublimación. Métodos que intervienen en los procesos de resistencia del yo y la formación de síntomas.

Anna Freud sostiene que estos mecanismos del yo son observables en el análisis a través de las resistencias y en las conductas psicopatológicas. A la lista de diez mecanismos agrega la negación y la identificación con el agresor.

Para esta autora los mecanismos de defensa sirven para la lucha del yo con su vida instintiva y se hallan motivados por tres principales tipos de angustia a los que está expuesto: la angustia instintiva, la angustia objetiva y la angustia de conciencia.

Como se mencionó, una de las funciones del yo es proteger del displacer de origen interno, ya que desde épocas tempranas de la vida el hombre aprende a conocer los peligros de estímulos instintivos internos, pero también desde esa misma época el yo aprende a experimentar el displacer originado en el mundo exterior del cual toma sus objetos amorosos, extrayéndolos de las impresiones que su percepción registra y que su inteligencia elabora. El trabajo del yo infantil para evitar el displacer mediante la resistencia directa de las impresiones del mundo externo pertenecen a la psicología normal, sus efectos no patógenos parecen ser significativos en la formación del yo y del carácter.

Los mecanismos de defensa del yo son procesos inconscientes que impiden que los pensamientos disruptivos y fuera de la conciencia se expresen de manera directa. (Liebert, R, Langenbach, L, 2000).

Para entender estos mecanismos de defensa a continuación se presenta una descripción de cada uno de ellos:

Represión: Implica excluir activa y totalmente los pensamientos amenazadores de la conciencia (Liebert, R, Langenbach, L, 2000).

Identificación: Proceso de asemejarse a alguien o a algo en cierto aspecto de la conducta, basado en la integración en el yo de la imagen del objeto exterior (Esquivel, Heredia y Lucio, 1997).

Introyección: Modo de adaptación a una pérdida, menos complejo y más primitivo que el característico del proceso de identificación. En la introyección el "objeto" es "incorporado", pero no integrado ni asimilado a la personalidad por el proceso de identificación (Esquivel, Heredia y Lucio, 1997).

Anulación: Consiste en hacer una retribución simbólica por algún impulso o acto inaceptable (Liebert, R, Langenbach, L, 2000).

Proyección: Operación por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en el otro (persona, cosa) cualidades, sentimientos, deseos e incluso "objeto" que no reconoce o que rechaza en sí mismo. Se trata de una defensa muy arcaica que se ve actuar particularmente en la paranoia, pero también en algunas formas de pensamiento normales, como la superstición (Esquivel, Heredia y Lucio, 1997).

Desplazamiento: Implica transferir el impulso provocado por un objeto amenazador inaceptable a un objeto menos amenazador y más aceptable (Liebert, R, Langenbach, L, 2000). Este mecanismo consiste en sustituir la salida disponible de la satisfacción de una necesidad por otra que esta bloqueada

Aislamiento: (Aislamiento de afecto): Proceso en el cual las experiencias, impresiones y recuerdos son separados de su significado emocional y experimentados sin sentimientos o afecto (Esquivel, Heredia y Lucio, 1997).

Formación reactiva: El motivo en conflicto con el ideal del yo o una orden de la conciencia resultan bloqueados por un motivo conciente de carácter opuesto. Los motivos y los sentimientos concientes son diametralmente opuestos a los motivos y sentimientos inconscientes (Dicaprio, 1995).

Regresión: Proceso por el cual la libido regresa a etapas anteriores en la que se obtuvo mayor satisfacción (Esquivel, Heredia y Lucio, 1997).

Sublimación: Modifica impulsos inaceptables y los canaliza por vías aceptables, incluso admiradas. La sublimación permite que un impulso se exprese en forma directa porque la expresión es socialmente aceptable y, por consiguiente no amenazadora (Liebert, R, Langenbach, L, 2000).

Negación: Proceso por el cual se excluyen de la conciencia aquellos aspectos que resultan displacenteros o dolorosos al yo (Esquivel, Heredia y Lucio, 1997).

Racionalización: Es la justificación de la propia conducta o de deseos. Si hay un conflicto entre un impulso y la conciencia se puede racionalizar la restricción de la conciencia o negar el impulso; por tanto, el conflicto es minimizado o eliminado completamente (Dicaprio, 1995).

Pedro Michaca (1987) señala que las funciones yoicas garantizan el mantenimiento de la estructura, es decir, son las que se encargan de realizar las transacciones necesarias para el equilibrio, la coherencia y la continuidad permitiendo que la estructura siga operando, frente a presiones que provengan del exterior (estímulos ambientales) o del interior (impulsos que buscan descarga).

2.4. CONSIDERACIONES TEÓRICAS DE LA PSICOLOGÍA DEL YO.

Teóricos psicoanalistas como Hartmann, Erikson y Rapaport (citados en Esquivel, Heredia y Lucio, 1997) que siguieron el pensamiento de Freud, desarrollaron una teoría con base en el yo, en donde a, partir de ella establecen una serie de técnicas de tratamiento y evaluación como son las pruebas proyectivas.

Hartmann 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 Hartmann 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 (Esquivel, Heredia y Lucio, 1997).

Hartmann considera que el yo constituye una subestructura de la personalidad que se define por sus funciones. En este sentido retorna a Freud (1932), quien destacó que las actividades más importantes del yo son las que se centran en torno a la relación con la realidad: "El yo organiza y controla la movilidad y la percepción del mundo exterior". Este autor señala que probablemente también controle la percepción del sí mismo aun cuando establece que la autocrítica basada en la autopercepción, constituye una función separada que se atribuye al superyó. Sin embargo, dice el autor, el yo sirve como barrera protectora contra los estímulos externos excesivos y, en un sentido diferente, contra los internos (Esquivel, Heredia y Lucio, 1997).

También como funciones del yo se señalan la acción, a diferencia de una simple descarga motora, y el pensamiento, en las que va implícito un elemento de inhibición y de demora de la descarga. En este sentido, el yo fomenta una forma de control, que evita una reacción inmediata al estímulo.

El yo tiene también una función sintética, esto es organizar las demás funciones, lo que representa un nivel de autorregulación mental en el hombre.

Otro aspecto importante que considera Rapaport (Esquivel, Heredia y Lucio, 1997) en esta teoría es la autonomía del yo con respecto al ello, esto es, que aunque el comportamiento del hombre está determinado por fuerzas impulsivas que se originan en él (ello), no está totalmente a su merced, ya que tiene una cierta independencia de ellas (yo).

La autonomía del yo, tiene que ver con la capacidad del individuo para responder y adaptarse a la realidad externa. El hombre puede no sólo interponer la demora y la reflexión entre el instinto y la acción, modificando y aun posponiendo indefinidamente la descarga del impulso, sino que puede asimismo modificar y posponer su reacción ante estímulos externos. Como el yo nunca es completamente independiente ni del ello, ni de la realidad exterior, siempre se habla de una autonomía relativa.

Rapaport (en Esquivel, Heredia y Lucio, 1997) menciona que el yo tiene una relativa independencia de la presión inmediata externa e interna, puede considerarse como una tendencia general en el desarrollo humano. Este autor considera que el yo y ello se originan a partir de una matriz común indiferenciado, que se va delimitando en el transcurso del desarrollo, en esta matriz se encuentran presentes los aparatos que van a servir al yo como instrumentos de orientación y tanteo de la realidad y de la acción a los que denomina aparatos de autonomía primaria. Dentro de estos aparatos considera a la memoria, la

motricidad, la percepción y los umbrales del impulso y la descarga afectiva, que se constituyen en mensajes adaptativos que garantizan la adaptabilidad del organismo a su ambiente.

Los aparatos de autonomía secundaria son aquellos que se forman a partir de las modalidades y vicisitudes del instinto, bien por desligarse éstos de sus orígenes instintivos, o por sufrir "cambios en la función" y volverse aparatos que sirven para la adaptación. Es decir, los aparatos de autonomía secundaria no son "innatos" sino que se forman por la experiencia, garantizan la autonomía del yo y también incluyen las relaciones con la realidad. Estos aparatos están constituidos por las crecientes organizaciones cognoscitivas, los intereses del yo, los valores, los ideales, la identidad y las influencias del superyó.

En el curso del desarrollo, la autonomía del yo con respecto al ello puede verse disminuida cuándo aumenta excesivamente su obligada dependencia del medio, o cuando el apoyo del medio decrece de manera considerable. También la autonomía del yo con respecto al medio puede resultar disminuida cuando se vuelve excesiva, ya sea por dependencia o independencia del ello.

Para este autor el desarrollo del yo puede verse como resultante de tres grupos de factores: a) características hereditarias del yo (y sus interacciones); b) influencias de las pasiones instintivas, y c) influencias de la realidad exterior.

El yo generalmente observable en el comportamiento y en el pensamiento, es la realidad simbólica que expresa el conocimiento que tiene el hombre de su funcionamiento consciente.

La adaptación desde el punto de vista de los psicoanalistas del yo está implícita en la proposición de Freud relativa a la coordinación entre impulso y objeto. Hartmann y Erikson sostienen que durante el desarrollo, los problemas relativos a la realidad exterior son resueltos por el yo. Esta suposición implica que el ser humano, al igual que cualquier otro organismo, puede entenderse sólo en relación con su entorno ecológico, para el cual está adaptado por la evolución y con el cual está en equilibrio o trata de estarlo (en Esquivel, Heredia y Lucio, 1997).

El término adaptación ha sido causa de numerosos ataques al psicoanálisis, ya que algunos lo entienden como aceptación de normas impuestas, acomodación social, o sometimiento, pero de hecho a lo que Hartmann se refiere es a dos acepciones de adaptación, ambas funcionan a niveles psicológicos: la adaptación en sentido amplio (broad sense), que se refiere a la posibilidad de supervivencia como organismo y a la adaptación en el sentido estrecho (narrow sense), que es una tendencia a mantener la integración e integridad del aparato psíquico, aunque esto implique la presencia de conductas atípicas, de sufrimiento, o aun de comportamientos calificados como psicóticos. Es éste el sentido que en general se adopta cuando se habla de que la conducta tiene un fin adaptativo, aun en el caso de síntomas graves (Michaca, 1987).

DOCE FUNCIONES DEL YO

Bellak (1993) señala que las tres áreas de funcionamiento yoico quedarían de la siguiente manera:

ÁREA DE CONTACTO CON EL MUNDO EXTERIOR

1) Prueba de realidad. 2) Sentido de realidad del sí mismo y del mundo. 3) Juicio de realidad. 4) Relaciones de objeto.

ÁREA DE CONTROL Y MODULACIÓN DE LOS IMPULSOS

5) Regulación y control de afectos e impulsos. 6) Funcionamiento defensivo
7) Regresión adaptativa al servicio del yo.

ÁREA DE MANTENIMIENTO DE LA ESTRUCTURA

8) Función sintética integrativa. 9) Funcionamiento autónomo. 10) Barrera de estímulos. 11) Dominio y competencia. 12) Pensamiento.

En el área de contacto con el mundo externo se encuentran cuatro funciones que pese a estar muy relacionadas entre sí, mantienen una cierta independencia, éstas son:

Prueba de la realidad, supone la capacidad del yo para distinguir entre el afuera y el adentro y la precisión con que opera el proceso perceptual. Su alteración, ya sea debida a inmadurez, interferencia o regresión, se manifiesta en pérdida de los límites de ubicación de la percepción, del pensamiento (como en el caso de la alucinación o el delirio), o de ambas.

Sentido de realidad del sí mismo y del mundo, es una función propuesta por Bellak en 1973, a partir de una experiencia clínica: la despersonalización y la desrealización, patologías en las que se alude claramente la pérdida de la continuidad del sí mismo, en su identidad, coherencia y en su capacidad de tolerar presiones externas o internas. Esta función incluye el desarrollo del mundo de las representaciones del sí mismo y de los objetos por un lado, y la posibilidad de diferenciar conflictos que afectan la dimensión externa o interna o la del sí mismo objeto, en su representación, o ambas.

Cuando el sentido de realidad del sí mismo y del mundo se encuentran alterados, se puede hablar de patologías psicóticas, si únicamente se encuentra alterada la capacidad de diferenciar conflictos internos y externos, se cae en el terreno de lo fronterizo o de lo narcisista. Como consecuencia inmediata de la alteración de estas dos funciones, se altera también el juicio de realidad, esto es la anticipación, la capacidad de prever la consecuencia de los propios actos, lo inapropiado de la conducta ante un contexto determinado, o ambos.

La función de relaciones de objeto opera en dos dimensiones específicas, sobre la forma y calidad de las relaciones del yo con los objetos externalizados o internalizados, mientras que la otra se relaciona con el grado de evolución intrapsíquica con que se dan las relaciones de objeto. La prueba de realidad dependerá en mayor o menor medida del funcionamiento de las áreas de autonomía primaria, y del sentido de realidad del sí mismo y del mundo, lo que

parece estar fuertemente condicionado por las vicisitudes de la relación de objeto temprana.

El área de control y modulación de los impulsos pertenece al terreno de la teoría estructural, con funciones derivadas del choque entre los deseos y pulsiones y la realidad frustrante. Posteriormente al internalizarse esto, se estructuran las defensas y los mecanismos de modulación de la descarga del instinto y el afecto. Las formas de defensa más estructuradas son las llamadas defensas neuróticas como la represión, formación reactiva, aislamiento de los afectos y denegación, entre otras; y las defensas menos estructuradas que son las que tienen que ver con la respuesta directa impulso-realidad como son la negación, escisión, proyección e introyección.

En el área de mantenimiento de la estructura se encuentran las funciones de autonomía primaria y secundaria, que proveen la independencia de la estructura y su tolerancia a la presión. Asimismo, se encuentra la función sintética integrativa, cuya tarea más importante consiste en reducir al máximo las incongruencias estructurales, reorganizando configuraciones que permitan al yo tener unidad como estructura, esto es la barrera contra los estímulos, el dominio y competencia que aseguran mayor grado de control sobre la conducta adaptativa y el pensamiento, que al ensayar con pequeñas descargas de la acción, permite una conducta más adaptativa y menos expuesta al fracaso (Michaca en Esquivel, Heredia y Lucio, 1997).

2.5. TEORÍA DE LAS RELACIONES OBJETALES.

Si como lo considera Bellak, las vicisitudes de la relación de objeto temprana van a condicionar en otras etapas de la vida, en mayor o menor medida, el funcionamiento de las áreas de autonomía primaria, y el sentido de realidad del sí mismo y del mundo, de las cuales depende la prueba de realidad, el estudio de cómo influyen las figuras parentales y otras figuras de relación en etapas tempranas de la vida; será indispensable no sólo para evaluar el desarrollo emocional del niño, sino también como base para diseñar intervenciones tanto a nivel preventivo de orientación como a nivel remediar de tratamiento. El término relación de objeto u objetal, lo definen Laplanche y Pontalis (Esquivel, Heredia y Lucio, 1997) como: Término utilizado con gran frecuencia en el psicoanálisis contemporáneo para designar el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es el resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprehensión más o menos fantasmática de los objetos y de los tipos de defensa predominantes.

Se habla de la relación de objeto de un determinado individuo, pero también de los tipos de relación de objeto, refiriéndose a las etapas evolutivas (relación de objeto oral, anal, fálico, genital). O bien en la psicopatología como la relación de objeto melancólica.

El sentido específico, **objeto** en psicoanálisis debe entenderse en expresiones tales como elección de objeto y amor objetal. Una persona es calificada de objeto, en la medida en que hacia ella apuntan las pasiones.

Laplanche y Pontalis consideran que la palabra relación debe tomarse en sentido pleno: se trata de hecho, de una interrelación, es decir, no sólo la manera como el sujeto construye sus objetos, sino también de la forma como éstos moldean su actividad (Esquivel, Heredia y Lucio, 1997).

La teoría de las relaciones de objeto se divide en dos posiciones una que se basa en autores representativos de la escuela inglesa y otra en la escuela estadounidense (citados en Cueli, Reidl, 2001). Dentro de la **escuela inglesa** destaca la postura de:

MELANIE KLEIN. Para Klein (citado en Cueli, Reidl, 2001), el concepto de instinto tiene un papel destacado en el desarrollo de sus teorías. Define las fantasías inconscientes como la expresión mental de los instintos, y señala su presencia desde el principio de la vida. La formación de las fantasías es una función del yo; es la expresión instintiva por medio del yo, lo que implica que éste es capaz de formar relaciones objetales primitivas impulsado por los instintos y por la ansiedad. Las fantasías inconscientes determinan, asimismo, la interpretación de la realidad, aunque esta influye secundariamente en ellas. La fantasía tiene también funciones defensivas, pues la gratificación derivada de las fantasías contrarresta la frustración del mundo externo.

Klein aborda el estudio de las relaciones objetales para lo cual distingue dos periodos durante el primer año de vida, a los que llamó:

Posición esquizoparanoide: La cual debe su nombre a las dos experiencias que, según Klein, aparecen al principio de la vida, desde su posición instintivista elabora su concepción de la psique a partir de la existencia de dos instintos fundamentales: eros y tanatos, los cuales en el principio se encuentran separados, es decir, tienen existencias independientes, y son vividos como dos fuerzas separadas con las que el yo debe lidiar mediante los mecanismos de proyección, introyección y escisión. Segal (citado en Cueli, Reidl, 2001) afirma que debemos ver los mecanismos de defensa utilizados en la posición esquizoparanoide como pasos graduales de desarrollo. En situaciones de ansiedad, la escisión, la proyección y la introyección se usan para mantener lo más alejado posible a los objetos buenos de los malos y para tener a ambos bajo control. Cuando la persecución es tan intensa que no puede ser elaborada, se le puede negar completamente. Otra manera en que se utiliza la negación omnipotente contra una persecución excesiva es idealizar al objeto perseguidor.

Lo más importante de esta fase, es que describe un estadio de la mente en el cual coexisten impulsos opuestos, que determinan un funcionamiento del yo fragmentado, escindido, con características paranoides, con el consecuente uso de defensas primitivas de proyección, introyección y negación, su alteración es un punto de fijación al que si se regresa se presentan fenómenos psicóticos.

Posición depresiva: Es la fase en la que el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con él. Desde el punto de vista de la teoría de los instintos, esto es posible porque la separación de los instintos deja su lugar a la fusión de los mismos, es decir que ambos instintos, de vida y de muerte, se orientan hacia el

mismo objeto, y se presenta, por consiguiente, la ambivalencia. En esta posición las ansiedades brotan de la ambivalencia y la principal es la ansiedad producto del temor del bebé de que sus impulsos destructivos aniquilen al objeto amado del que depende totalmente. El reconocimiento de sus impulsos destructivos ante su objeto amado le causan culpa y ésta, a su vez, depresión y un sentimiento de desesperación. Esta experiencia repetida le lleva a utilizar defensas de dos tipos: **reparación y defensas maniacas**. La reparación, que implica la posibilidad de elaborar el duelo, dolor por la pérdida, conduce a una mayor integración del yo. En cambio, en la defensa maniaca que surge cuando la culpa y la pérdida resultan intolerables, la relación con el objeto se caracteriza por el control, el triunfo y el desprecio. Lograr el control del objeto es una manera de negar la dependencia que se tiene de él, obligándolo a satisfacer, a la vez tal dependencia. Un objeto controlado es un objeto con el que se puede contar. En el triunfo, la sensación de éxito sirve para mantener a raya los sentimientos depresivos, como sentir nostalgia y anhelar al objeto. El desprecio, por consecuencia es una negación directa del valor del objeto y sirve para aminorar la culpa de su destrucción. "Un objeto despreciable no merece que se siente culpa por él, y el desprecio se convierte en justificación para seguir atacándolo" (Segal, citado en Cueli, Reidl, 2001).

DONALD W. WINNICOTT. Winnicott expone que la realidad que se le ofrece al niño y que las necesidades instintivas son las que llevan a este a fantasear con una realidad objetal, son dos fenómenos que se dan de manera simultánea. El bebé tiene necesidad de crear, de probar su omnipotencia, y ante una necesidad se apresta a crear el satisfactor correspondiente (la madre) (Cueli, Reidl, 2001).

Entre las contribuciones de este autor encontramos el concepto de *self* que es el eje de su teoría. Del cual dice que al principio no tiene relevancia hasta el advenimiento de la conciencia, cuando se vuelve apropiado para definir al ser humano como tal. Además del *self* también hace mención de la "realidad interna" la cual emana de la fantasía del infante que en principio, consiste en elaboraciones muy simples de imaginaciones, sentimientos y funciones corporales, tan primitivas que no tienen acceso a la conciencia. A partir de ahí y con la concurrencia de experiencias cada vez más amplias, junto con el desarrollo neurológico adecuado emerge lo que denomina mundo interno.

Posteriormente postula el hecho de la dependencia; en él menciona que la desvalidez física del bebé es tan grande que su crecimiento depende de un "ambiente facilitador", o "cuidado materno" el cual junto con el infante, forma una unidad. El potencial heredado que es el núcleo de la persona, no puede realizarse sin un ambiente adecuado. El estudio de la función materna es inseparable del estudio del proceso psíquico en la infancia.

Para Winnicott la dependencia pasa por tres estadios (Cueli, Reidl, 2001) :

1. Dependencia absoluta.
2. Dependencia relativa.
3. Hacia la independencia.

Para Winnicott la mitad de la teoría se refiere al cuidado materno donde existe una "preocupación materna primaria" que esta presente semanas antes y después del nacimiento y que da a la madre la habilidad para hacer las cosas correctas provocando que la madre intuya como se siente el bebé y lo que necesita. Esta capacidad de identificarse con su bebé le permite cumplir la función descrita por Winnicott como *Holding* (sostenimiento, abrazo y contención), que constituye la base de lo que gradualmente se convertiría en una experiencia del self. La función del holding es proveer apoyo al yo, en particular en el estadio de dependencia absoluta, antes del logro de la integración yoica. El establecimiento del desarrollo e integración de una relación sana del yo con los objetos, que lleve a una sensación de plenitud, descansa en un buen holding.

Un buen holding permite que el bebé tenga sus primeras experiencias objetales de tipo omnipotente sin embargo si en esta fase una madre "no buena" incapaz de ofrecer un buen holding puede llevar a su hijo a la violación y al trauma, definiendo a este último como una violación del medio y las reacciones individuales que ocurren antes de que el individuo desarrolle el mecanismo que hace a lo impredecible, predecible. En el principio de la vida, el trauma se relaciona con la amenaza de aniquilación. De aquí surgen lo que Winnicott llama las "agonías primitivas" o "ansiedades impensables": a) desintegrarse; b) Caer para siempre; c) no tener relación con el cuerpo; d) estar desorientado; e) aislamiento completo por no haber forma de comunicación.

El trauma ocurre cuando en este periodo de omnipotencia, en vez de ofrecer el apoyo al yo necesario, la madre, debido a sus propias ansiedades, no logra realizar su función de sensibilizarse a los requerimientos de omnipotencia de su bebé y por lo contrario, trata de que el bebé se someta a las necesidades de ella, convirtiéndolo así, en su objeto de deseo.

Por otro lado, en la **escuela norteamericana** se mencionan los autores más representativos de las teorías de las relaciones objetales:

RENE SPITZ. Spitz (1992) realizó estudios basándose en la observación controlada de recién nacidos en diversos medios y con diferentes condiciones socioeconómicas y culturales, añadiendo en ocasiones la manipulación de alguna variable para observar la respuesta de los bebés ante estimulaciones controladas.

Inicia su estudio con el análisis del instrumento con el cual el yo va a entrar en contacto con el mundo externo o sea, la percepción.

Establece la existencia de una "barrera de estímulos" primitiva de origen neutral, que protege al bebé de los excesos de la estimulación. Nos dice que es la región de la boca y aledaños la que se encuentra en mayor nivel de funcionamiento debido a su importancia para la sobrevivencia, aceptando únicamente sensaciones que provocan conductas reflejas, no intencionales. Al primer tipo de percepción que presenta el neonato le llama "percepción cinestética", la cual se encuentra en niveles de sensibilidad profunda, con experiencias en términos de totalidades y fundamentalmente de tipo visceral.

Spitz menciona que muchos de los intercambios entre madre e infante suceden en la situación alimenticia. Cuando el infante succiona el pecho de la madre, siente el pezón en la boca mientras ve la cara de su madre. Aquí la percepción de contacto se mezcla con la percepción distante, mientras en bebé atraviesa por el periodo de la percepción cinestética, no puede haber diferenciación mayor entre estados de placer o displacer, pues ambos provocan repuestas globalizadoras; en cuanto se establece la percepción diacrítica, es decir, la contigüidad entre una sensación placentera y el contacto visual con el rostro humano, se forma la condición para que surja el primer "organizador" que sirve para describir el logro de los nuevos niveles de integración en el proceso de desarrollo. Los organizadores, definidos como procesos psíquicos, se manifiestan mediante "indicadores", que son los signos externos que anuncian cambios internos. El primer organizador es la sonrisa del tercer mes, que se da como respuesta al rostro humano. Este fenómeno constituye un precursor vital de la relación objetal. Significa que un yo rudimentario se ha puesto en operación y que la función sintética es ya operativa. La barrera de estímulos primaria cede y el yo, ayudado por la madre, debe realizar la función de la barrera. Entre el tercer y el octavo mes de vida, el desarrollo continuo del yo llevará el establecimiento del objeto libidinal propiamente dicho.

El proceso de fusión implica la unión de los dos impulsos, libidinal y agresivo, bajo la dominación de la libido, lo cual ocurre cuando una madre suficientemente gratificante, y además capaz de frustración óptima para facilitar la diferenciación, lleva al niño a volverse consciente de su madre específica. Esto indica que se llegó al segundo organizador de la psique, la capacidad de reconocer cognitivamente el rostro de la madre, y su indicador "la angustia ante extraños". Alrededor de este indicador suceden otros fenómenos: la maduración de las áreas del yo libres de conflicto impulsan al niño hacia la locomoción, al mismo tiempo que experimenta angustia por el temor de perder al objeto por lo que realiza acciones limitadas a la vista de la madre. Si la angustia de separación es tolerable, el niño se desarrollará más, lo que aunado al placer del ejercicio le llevará a tener interés por el mundo. Un mecanismo más duradero para la evolución del niño consiste en empezar el proceso de internalización de los objetos y el uso extendido del lenguaje.

La primera abstracción que se forma es con frecuencia el "no", que es el indicador del tercer organizador que Spitz denomina "comunicación semántica", donde el uso de un signo semántico afirma la independencia del sujeto y al mismo tiempo, limita su acción impulsiva. El establecimiento de estos organizadores se

relaciona con la existencia de "periodos críticos" cuyo significado es la asincronía entre las necesidades del desarrollo y los conflictos del medio o físicos repercutirá en el proceso de maduración y en ocasiones, en el de supervivencia, como Spitz demostró en sus investigaciones de casos de depresión anaclítica.

MARGARET MAHLER. Su aportación más importante es haber comprobado que, el nacimiento biológico y el psicológico del infante humano no son simultáneos; que a partir del nacimiento biológico han de pasar casi cuatro años para que el niño pueda completar su evolución psíquica y se pueda considerara ajustado a la realidad y plenamente individualizado. En este sentido se habla de dos embarazos: uno biológico de nueve meses y el psicológico, que en su parte modular toma un tiempo semejante, en el que el niño en constante fusión con la madre, adquiere herramientas para iniciar su existencia como un ser independiente.

Mahler dividió el desarrollo psicológico del infante en cuatro fases, la tercera la subdivide en tres, Aunque se establecido edades límite para cada fase, cabe mencionar que hay una amplia variabilidad entre ellas (Cueli, Reidl,2001). Dichas fases son:

1.Fase autista normal (aobjetal), 0-1 mes: No hay una conexión con el mundo externo.

2.Fase simbiótica normal (preobjetal), 1-5 meses: Hay una vaga conciencia del objeto satisfactor, lo que le permite diferenciar el placer del displacer, funciona una unidad dual entre el self y el objeto. La capacidad perceptual aumenta y facilita la entrada de esta fase, las experiencias de contacto corporal familiarizan al bebé con la simbiosis. Esto coincide con el primer organizador de la psique. Madre e hijo son uno solo al predominar la omnipotencia. Una detención o regresión en esta fase da origen a la conducta psicótica.

3. Fase de separación e individuación (objetal), 10-36 meses, dividida en tres momentos:

a) Subfase de diferenciación, 5-10 meses: Se da la diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal. La sonrisa del bebé empieza a ser una respuesta específica y aumenta su atención hacia el mundo externo. Entre el séptimo y octavo mes surge el principio de diferenciación somatopsiquia: consiste en el fenómeno cognitivo y emotivo de comparar lo familiar de mamá con lo extraño de ella, coincidiendo con el segundo organizador de psique, el reconocimiento del objeto libidinal. El proceso de esta fase supone dos carriles, que se entretujan y completan: uno es la **individuación** que se refiere a la evolución de la autonomía intrapsíquica: percepción, memoria, cognición y prueba de realidad; y el otro, la **separación** que tiene que ver con la diferenciación, distanciamiento, establecimiento de límites y desvinculación con la madre. Estos procesos de estructuración culminarán eventualmente en representaciones del self internalizadas que se distinguirán de las representaciones internalizadas de los objetos.

b) Subfase de práctica, 10-15 meses, con un periodo temprano (cuadrúpedo), y otro práctico (bípedo): Se relaciona con la práctica o ejercitación locomotriz y tienen lugar tres pasos que contribuyen a la conciencia de la separación-individuación. El primero es la diferenciación corporal entre el niño y la madre; el segundo es el establecimiento de un vínculo específico con ella, y el tercero que es el desarrollo y funcionamiento de los aparatos de autonomía primaria del yo, los cuales, al contar con la cercanía de la madre hacen posible que se inicie la exploración motora del mundo. Al pasar de la locomoción cuadrúpeda a la bípeda el niño avanza rápidamente a la individuación ya que hay un crecimiento de las funciones autónomas del yo, esto se relaciona con la aparición del lenguaje y con la mayor tolerancia para separarse de la madre.

c) Subfase de reaproximación, 15 a 22 meses: Primero el niño ya es un ser separado de su madre y quisiera compartir todo con ella. Al mismo tiempo se da cuenta que no sólo mamá es otro ser sino que no siempre coinciden sus deseos con los de ella, lo cual es un golpe a su omnipotencia y a la unidad dual.

Al mismo tiempo al caminar ayuda a una mayor interacción social ya que hay juegos de escondidas y de imitación, también empieza a haber mayor conciencia de otros niños. Se empieza a incluir al padre y a otros adultos como figuras importantes. En esta etapa el niño tiene menos tolerancia a ser manipulado, vestido, cambiado, hace berrinches y se ven señales de vulnerabilidad, de rabia impotente y de desamparo. Existen angustia ante extraños pero con sensación de conflicto de lealtad con mamá.

Segundo. Los niños usan a mamá como extensión de sí mismos, se separan y se juntan con ella. También hay un principio de empatía hacia sentimientos de los demás y señales de identificación con papá y mamá.

Ante la separación de la madre existe tristeza e incapacidad para jugar y sustituye a la madre por otro adulto como objeto simbiótico u ocupa situaciones transicionales ante la ausencia de la madre, la silla de mamá, los cuentos etc.

Para los 21 meses debe haber una distancia óptima entre madre e hijo para así ejercitar la interacción social, además de un desarrollo del lenguaje y la capacidad de expresar deseos y fantasías a través de juegos simbólicos y el uso del juego para dominar la situación.

Tercero. La resolución de esta fase se determina por el desarrollo de la constancia objetal, el grado de ansiedad de castración, el Complejo de Edipo.

4. Fase del camino de lograr la constancia objetal (objeto internalizado) 22-36 meses: El niño obtiene una individuación definida y consigue la constancia objetal que no cambia por otro aunque deje de ser satisfactor o esté ausente. Ya cuando la constancia de objeto se ha empezado a establecer en el tercer año, se puede sustituir a la madre por su imagen internalizada.

De lo expuesto se hace evidente, que son en gran parte, el desarrollo del yo y las relaciones de objeto, sobre todo al principio de la vida, lo que condiciona la formación y el desarrollo de la personalidad, más aún si este desarrollo se ve

afectado por factores externos como son las quemaduras en niños escolares que se encuentran en el pleno desarrollo de su personalidad.

2.6. CONSTRUCCIÓN DEL SÍ Y DE LA IDENTIDAD.

Un aspecto significativo en el desarrollo del niño es cuando comienza balbuceando y posteriormente con claridad a reclamar un juguete o cualquier objeto con frases como "¡es mío!", "¡mío, mío!", etc. O incluso más pequeño reacciona con movimientos corporales ante la presencia de algún objeto que le agrada. Piaget ha descrito estos episodios con gran precisión y los interpreta como "reacciones circulares". Una acción accidental del niño da lugar a otra acción que le interesa y, rápidamente el niño repite la acción. Dos sucesos contingentes se asocian entre sí y, cuando el tiempo que transcurre entre los dos sucesos es muy breve, un aparato mental bastante elemental puede establecer una asociación entre ellos, como es en el caso de sus manos ante un objeto, el niño controla directamente ambas acciones; mirar el objeto del movimiento y mover el objeto (Emiliani y Carugati,1991). Esta es una distinción de sujeto y objeto que representa para el niño el inicio de la distinción entre "sí" y el "otro", creando un conocimiento de la existencia de las clases claras distintas de acontecimientos: los internos al sí (colocados "aquí") y los externos al sí (colocados "allá"). Además, esta actividad permite percibir al sí colocado en un lugar específico en el espacio, lo cual también se relaciona con la permanencia del objeto físicos. Esto también lo llevará a una diferenciación de personas familiares y desconocidas.

George Herbert Mead en 1934 (Emiliani y Carugati,1991) refiere que la experiencia de concebirse a sí mismo, se relaciona con el reconocimiento de que se poseen características, habilidades, valores (pero también límites, defectos, incapacidades); éste aspecto del conocimiento del sí ha sido llamado sí como "objeto", "sí categorial", a lo que se propone denominar como un complejo de características con el término de mí, donde posteriormente de distinguir entre sí mismo y el otro, el pasado y el futuro, el niño poco a poco se percibe como fundamentalmente la "misma persona" en el tiempo y el espacio lo que es denominado por la mayoría de los autores como identidad, acuñado principalmente por Erikson donde según él, la identidad se configura como un proceso a través del cual las expectativas y los valores personales se confrontan con las expectativas sociales en general.

Mead toma como punto de partida el comportamiento social, con el propósito de distinguir entre la dinámica del desarrollo de los procesos sociales que preceden al desarrollo de los individuos, de la mente y del sí. El acto social, como se realiza en el hombre va precedido, en el transcurso de la filogénesis, por la "conversación de los gestos", que se refiere a este tipo particular de comunicación. La compleja actividad de construir actos sociales mediante gestos que se vuelven significativos por su empleo en el trascurso de interacciones concretas recibe en Mead el nombre de "mente", la cual esta constituida por símbolos significativos que operan en el transcurso de las acciones. La mente es la interiorización en el individuo del proceso social de comunicación en que

aparecen los significados, surgiendo entonces la expresión de estas a través de un gesto vocal siendo este la fuente efectiva del lenguaje verbal y de todas las formas derivadas del simbolismo y, por consiguiente, de la mente, asumiendo en sí el acto social. Con esto Mead en la diada madre-hijo considera que el acto social tiene un aspecto exterior (los gestos) y otro interior (los significados atribuidos a los gestos) (Emiliani y Carugati, 1991).

Durante el desarrollo del sí surgen actividades en el niño en las cuales ya logró reconocerse con un sí y reconoce al otro como del mundo exterior y además es capaz del comunicarse por medio de gestos e insertarse al mundo social. Esto se ve más identificado cuando el niño juega y empieza a tomar roles externos como son la madre, la maestra, el policía etc. Asumiendo los comportamientos de estas figuras, donde al asumir la actitud del otro el individuo se convierte en miembro orgánico y consciente de la sociedad. De esta manera es como el proceso social o la comunidad se introduce como factor determinante en el modo de pensar del individuo. Y es a partir de esta fase como el sí se puede constituir como objeto dotado de unidad, no obstante de la variedad de roles que se interpretan en las diferentes ocasiones y en relación con los otros individuos o con grupos considerados como un todo.

Es así como el niño poco a poco va teniendo conciencia de sí y del mundo social que le rodea y su interacción con este, adquiriendo experiencias que lo hacen tener un Sí y una identidad más estructurada.

Como hemos venido observando para que el individuo desarrolle un sí se van conjuntando diversos factores que van desde movimientos motores involuntarios, control de estos, reconocer a la madre como un objeto interno hasta reconocer los roles de los individuos dentro del mundo social que de alguna manera va a estructurar la identidad del individuo.

Existen otros aspectos en las características del sí como es el aspecto sensomotor que esta presente desde el nacimiento siendo las sensaciones las únicas que experimenta el bebé durante los primeros meses de vida, las principales manifestaciones de estas sensaciones es la satisfacción de las necesidades básicas como son el hambre, sed, sueño, etc., que hacen que el niño en primera instancia haya un interacción entre la madre y el niño para satisfacer estas necesidades que tienen como principio la homeostasis en el individuo.

En esas rutinas pueden distinguirse comportamientos que manifiestan la búsqueda de producción de acciones eficaces entre estas citamos el ajuste que los bebés tratan de producir en el movimiento de sus manos cuando se les presentan objetos de diferentes dimensiones, esto es con la tentativa de asir los objetos lo cual se puede interpretar como la primera manifestación de una intencionalidad de aferrar los objetos siendo esto crucial para la aparición del sí puesto que el bebé empieza a tener aunque rudimentaria una manipulación del propio cuerpo. Además de esto el niño puede discernir de una manera más sofisticada las estimulaciones producidas en el ámbito táctil, visual, acústico y olfativo. De esta manera inicia el desarrollo del sí y el conocimiento del mundo de los objetos.

Otro elemento primordial es la coordinación ojo mano en la que el pequeño puede ir hacia los objetos y reconocer su cuerpo del de su madre o aquellos objetos significativos.

Así pues el niño va desarrollando un sí y una identidad que lo hacen reconocerse como un individuo diferenciándose de un todo, los objetos y a las personas que lo rodean de esta manera el niño se introduce a un mundo social.

Una vez que el niño logró una identidad y un desarrollo del sí existen otros aspectos en su crecimiento como son los modos e ideas de crianza de los padres y los maestros.

Es aquí donde nos encontramos que los padres sin ser expertos en psicología reconocen y exigen los alcances en desarrollo de sus pequeños, es decir, emplean una "psicología del sentido común", en las que utilizan franjas de desarrollo para que el niño realice determinadas actividades, si esto nos es así entonces generan en el niño una presión para que las realice, esto se relaciona con la forma en como ellos establecieron su identidad de sí y la relación madre-hijo, pero sobre todo a las informaciones que pueden recoger de la experiencia directa de ser padres viéndose influidas por nivel sociocultural, la edad y el sexo de los hijos.

Es entonces cuando el pequeño empieza a realizar representaciones sociales en las diferentes áreas en las que se desenvuelve y aprende comportamientos de acuerdo a las exigencias del ambiente en que se encuentra lo cual difiere del familiar y el escolar, el niño reconocerá como comportarse y las recompensas que reciban en cada una de ellas. Siendo determinante el estilo de crianza y educación para las representaciones sociales que el niño establezca.

2.7. CAPACIDAD DE MATERNAJE.

Para Benedek (1970, citado por Ramos,1997) todas las criaturas están dotadas de patrones innatos y procesos fisiológicos coordinados que, cuando son puestos en movimiento por el acto de la concepción, se desenvuelven para proteger el crecimiento y maduración del embrión, regular el parto y el cuidado de la cría hasta que sea capaz de manejarse por sí misma. De este modo, el cuidado materno es una función biológica y esta regulada por hormonas como la propia maternidad. La hembra humana posee dos diversos recursos para su cuidado materno: uno, como todas las criaturas, tiene su origen en la fisiología, el otro se desenvuelve como una expresión de su personalidad, que se ha desarrollado bajo influjos del ambiente capaces de modificar su cualidad maternal.

Así mismo, describe la cualidad maternal como una función del aparato psíquico humano que, por evolución, se ha desarrollado hasta volverse capaz de modificar patrones pulsionales, sobre todo por medio de la integración de huellas mnémicas en organizaciones de la personalidad y funciones yoicas.

El maternaje empieza en la temprana relación madre-infante en el primer período del desarrollo infantil. Esta temprana relación es básica por tres razones: La primera es que las bases psicológicas para la parentalidad aparecen desde esta etapa, la segunda razón es que los seres humanos abandonan esta etapa con plena memoria de que es algo que desean recrear, y por último, la temprana relación con la madre provee bases acerca de las expectativas que de la mujer se tiene como madre (Ramos,1997.pag.9).

El papel de la madre en el desarrollo psicológico del hijo es de gran importancia. La maternidad entendida como todas aquellas conductas,

sentimientos y fantasías de la madre hacia el hijo, es la actividad más comprometida y crítica que se le presenta a la mujer.

El desarrollo de la personalidad del infante sólo puede entenderse en términos de la interacción con su medio ambiente cuyo representante más cercano es la madre. Las actitudes maternas promueven la formación de estructuras psíquicas en el niño y dirigen la formación de su aparato psíquico.

Además, podemos añadir que el papel fundamental que la madre ejerce en la crianza de los hijos se debe, en gran parte, a la influencia que la sociedad ejerce sobre ésta, es decir, los instintos maternos han sido garantizados y fortificados por la sociedad, que en muchas de sus costumbres, reglas morales e ideales hacen de la madre la cuidadora del hijo, adquiriendo el rol maternal una significación ideológica y psicológica importante y, por tanto, el papel que define la vida de las mujeres.

Las actitudes de la madre hacia el hijo permitirán que el infante desarrolle la habilidad para manejar la ansiedad, dirigir sus impulsos y el medio ambiente que lo rodea.

Para que se adquiera la autonomía secundaria es requisito que haya existido un proceso de neutralización, mediante el cual tanto las energías libidinales, como agresivas, sean transformadas desde lo instintivo en una modalidad no instintiva. Tanto la autonomía secundaria, como la neutralización de la energía, van estrechamente ligadas al principio de realidad, y en todo este proceso de desarrollo el pequeño requiere de la interacción con su madre para poder lograrlo, y llegar además a tener una constancia interna del objeto (Ramos,1997.pag.10).

Ambos el instinto maternal y el amor maternal son componentes diferenciados del carácter de la maternidad como un todo. El instinto maternal tiene el origen químico-biológico más allá de la esfera psicológica, mientras que el amor maternal corresponde a la expresión afectiva directa de la relación positiva con el niño, cuya característica principal es la ternura.

Para Bowlby (1986, citado en Ramos,1997) el arte de ser una buena madre depende, en parte, de la habilidad para distinguir aquellas frustraciones que deben evitarse de las que son inevitables. Tarea nada fácil para algunas mujeres, ya que su propia patología e historia pueden impedir que se realice esto.

DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL MATERNAJE.

El sistema psicofisiológico de la cualidad maternal es parte de la organización, cuyo proceso de maduración empieza inmediatamente después del nacimiento. La aceptación que una mujer hace de su papel femenino y su cualidad maternal está influida en alto grado por el vector de un número infinito de experiencias mínimas y depende de esa resultante.

Ante la existencia de una disposición genética para la cualidad maternal, ésta se pone de manifiesto en una cualidad maternal primaria, sobre todo en la fase preedípica del desarrollo. Esto acaso indique que una cualidad maternal primaria es el resultado de una identificación positiva con la madre.

Las diversas fases del desarrollo psicosexual (oral, anal, fálica) determinan necesidades diferentes del infante conforme va creciendo. La madre satisface no solamente las necesidades específicas de la fase por la que atraviesa la niña, sino

que actúa como estimuladora prematura de zonas que más tarde, se convertirán en erógenas.

Así pues, en la fase oral existe una estimulación vaginal cuando la madre limpia las zonas anal y uretrogenital. En esta etapa la niña utiliza un objeto transicional para descargar sus tensiones genitales, siendo el amor hacia el objeto transicional un antecesor de los sentimientos maternos. Los objetos transicionales sirven así, no solo para mitigar la angustia de separación que el bebé experimenta cuando la madre está ausente, sino que sirven también para ayudar al bebé a hacerle frente a las tensiones provenientes tanto del exterior como del interior del cuerpo (Ramos, 1997.pag. 12).

Las actitudes maternas parten desde la niñez, desde la imagen corporal que la pequeña posee. En donde la vagina zona erógena, con sensibilidad de órgano, presupone una libido vaginal, una fuente de sentimientos maternos que se expresarán en una cualidad maternal primaria.

En la fase anal, la retención de las heces y de la orina por un largo periodo de tiempo es un juego comúnmente utilizado por las niñas. La plenitud del recto o de la vejiga se conserva hasta que comienza el dolor abdominal. Este sentimiento de plenitud, experimentado por la niña, parece anticipar el placer que más tarde le provocará la plenitud de la vagina. Después de la retención, las heces que se descargan producen la sensación de algo hecho por la niña. El concepto del bebé anal es algo común en las pequeñas que bautizan el producto como bebé, hermanito, etc. Así mismo, las heces representan por lo general, un producto del cual las niñas se separan con tristeza en la fase anal y que otorgan a su madre como si se tratara de un regalo (Ramos, 1997.pag.13).

Más adelante, cuando la niña de dos o tres años de edad juega con sus muñecas, toma el rol de madre. Identifica las muñecas consigo misma y las trata como quiere ser tratada por su progenitora, o bien, elabora en su juego aquellas actitudes de la madre que le resultan dolorosas, ejecutando activamente lo que sufre pasivamente. Así pues, la transición de lo real hacia lo irreal en los juegos de la madre a los dos años de edad, es un fenómeno revelador de la actuación del rol materno.

Cuando la niña tiene aproximadamente tres años de edad, debe renunciar a la fantasía de que tiene un bebé de verdad. Varios episodios en los que la irrealidad de la muñeca se hace aparente, como la mutilación de la misma que se relaciona con su muerte, contribuyen a que crezca su entendimiento de que solamente está jugando y que no tiene bebe. Entonces la pequeña pasa por una etapa de falta de productividad y depresión por la devaluación de la muñeca. Sin embargo, la reevaluación de la realidad permite el paso a la fase fálica del desarrollo.

En la etapa fálica, la niña no solamente explora sus genitales sino que también se masturba, descubriendo el clítoris como un órgano más sensitivo que los demás. Cuando la niña desea gratificación genital por parte del padre, sus tensiones de castración, se convierten en deseos de castración. El deseo de un bebé se revive, ya que sustituye al órgano castrado. Hacia el final de la etapa edípica alcanzando la etapa de latencia, los juegos con las muñecas son usados para expresar los deseos edípicos (Ramos, 1997.pag. 14).

La maternidad es una de las funciones de la mujer dentro de su evolución psicosexual, y se forma a través de las distintas etapas de desarrollo. La manera en que la niña resuelva los conflictos implícitos en cada fase va a determinar el matiz de sus funciones maternas en el momento de gestación, así como la interacción con ese hijo. Por lo tanto la maternidad como experiencia individual es la expresión no solo del proceso biológico, sino también de una unidad psicológica que resume numerosas experiencias individuales, deseos y temores que han precedido, por muchos años, a la experiencia real de la maternidad.

ASPECTOS PSICOBIOLOGICOS DEL MATERNAJE.

La necesidad biológica de la maternidad tiene un correlato psicológico y dinámico debido a la tendencia receptiva específica y a la tendencia centrada en sí misma. Es la maternidad una manifestación del instinto de supervivencia del niño que es el organizador primario de la pulsión sexual de la mujer, y por ello también de su personalidad. Los atributos específicos de la femineidad se originan entonces, en esa cualidad inherente a la psique de la mujer que es manifestación y resultado de la organización central de las tendencias receptivas y retentivas del impulso reproductor, el cual se convierte en la fuente de la cualidad maternal.

En los días posteriores a la ovulación, la alta producción hormonal (estrógenos y progestágenos) va acompañada de sueños y fantasías en las que se aprecia la tendencia o disposición a la maternidad. El útero y la psique se disponen de mutuo acuerdo a recibir el embarazo (Ramos, 1997. pag. 15).

En ésta época del ciclo se reinvierten huellas mnémicas introyectadas anteriormente, actúan entonces los recuerdos inconscientes y la realidad, permitiendo que las identificaciones se repitan, pero también se reediten los conflictos evolutivos con la madre. Confirmando esto el porqué algunas mujeres tienen problemas con el ciclo menstrual y con la maternidad. Es decir, existe un fracaso en la resolución de dichos conflictos, lo cual ocasionaría la aparición de síntomas de origen oral.

En la etapa reproductiva, con la repetición mensual del proceso, no solo la fisiología de éste prepara a la mujer para el parto, sino que permite la organización de su personalidad, y la posibilidad de sublimar las energías psíquicas y desarrollar la capacidad de maternaje.

El embarazo es un período biológicamente normal, pero a la vez excepcional en la vida de la mujer, esto debido a que es el inicio de una simbiosis biológica con el hijo, que lleva al cumplimiento del destino biológico. Esta simbiosis madre-hijo, se encuentra plena de sentimientos libidinosos. A medida que los procesos metabólicos y emocionales, llenan el cuerpo de la mujer embarazada va apareciendo la cualidad maternal, donde la fuente es el suministro del narcisismo primario; éste proceso que favorece la aceptación del hijo y torna placentera la maternidad, disminuye la ansiedad y favorece las fantasías (Ramos, 1997. pag. 16).

No todas las mujeres son capaces de llegar a esta cualidad maternal ante un embarazo, para ello se requiere de: 1) una resolución adecuada de los conflictos infantiles con la madre, 2) de los introyectos adecuados para la aceptación de la maternidad.

Cuando lo anterior ha llevado a una organización de la personalidad adecuada, puede gozar con gran calma el estado narcisista en que se encuentra y esto permite el adaptarse a las influencias hormonales más fácilmente, pudiendo de esta manera mejorar su sintomatología orgánica como somnolencia, náuseas, etc. Al ver incrementado el bienestar físico se incrementa también la capacidad de amar a su hijo, que a su vez lleva a una mejoría general del estado afectivo.

En mujeres neuróticas, puede ser que el embarazo las lleve a un estado de angustia muy exagerado o también que llegue a suceder que durante este período se observe una mejoría y alcance una estabilidad pasajera, que desaparecerá con el embarazo.

Las mujeres sanas en este período de tiempo presentan una gran capacidad integradora del yo. Sin embargo, no están exentas de revivir temores previos, o de que surjan nuevos. Si existen temores reales que dificultan la estabilidad de la pareja o de la mujer, la prueba de la maternidad es más difícil de superar (Ramos, 1997. pag. 17).

Sólo si la organización psicosexual de la mujer está abrumada por conflictos vinculados con la maternidad, pueden las condiciones reales activar conflictos más profundos y perturbar el equilibrio psicofisiológico del embarazo (Benedek, 1983, citado en Ramos, 1997).

Privaciones reales, frustraciones debidas a experiencias desagradables previas en donde el apoyo y compañía requeridos no fueron satisfechos, interfieren con este proceso. Cuando la necesidad es frustrada, la angustia interrumpe el bienestar de la simbiosis psicológica. La mujer se sentirá incapaz de mostrar su amor y la satisfacción ante el embarazo, lo cual a su vez incrementa la angustia. En este proceso rechaza no solo al hijo sino a su sí-mismo, lo cual influirá en la ulterior relación con ese hijo, y consigo misma (Ramos, 1997. pag. 18).

El resultado de la crisis del embarazo ya sea hacia pasos maduracionales con nuevas funciones o bien hacia soluciones neuróticas más o menos severas, tiene efectos profundos en la temprana relación madre-hijo (Bibring, 1981, citado en Ramos, 1997). La misma autora define el proceso del embarazo y la parentalidad como la relación de la mujer con su pareja sexual, con su self y con el niño, en términos de la libido objetal y de la libido narcisista. Una relación de objeto intensa con la pareja sexual conduce al evento de la gestación, a través de la cual una significativa representación del objeto de amor se convierte en parte del self. Aceptar esta intromisión e incorporarla exitosamente es la primera tarea de la mujer embarazada.

El balance libidinal de la madre hacia el hijo depende del significado inconsciente que represente este último, ya sea un aspecto que desee o niegue ella misma, un regalo de la pareja o una manifestación de castigo.

Durante el primer año de vida la relación de la madre y el pequeño básicamente es, a través de tres actividades principales; la alimentación, la comunicación preverbal y el contacto corporal, y dependiendo de la capacidad de relación que la madre posee se podrán dar de una manera más adecuada o no, con las consiguientes consecuencias en el desarrollo emocional del pequeño.

Una buena conducta maternal constituye una tarea muy difícil, ya que requiere tanto la continua y dedicada valoración de las necesidades y deseos

infantiles como el más extremo desprendimiento personal, lo que lleva a sacrificar otros intereses y actividades de la madre (Ramos,1997.pag.20).

Para Winnicott (en Ramos,1997) el buen cuidado materno no consiste únicamente en que la madre conozca y satisfaga las necesidades del niño, sino que experimente un gusto al satisfacerlas. Es a través de la satisfacción recibida en la relación, como el infante al igual que la madre lograrán tener una existencia personal. La madre presente, confiable y congruente es la que proporciona estabilidad en el niño, la cual lo hace sentir seguro y le ayuda a enfrentar el mundo interno y el externo.

Ahora bien las madres pueden ser dominadas por emociones, y estas motivar conductas incompatibles con aquel propósito y que llevan al fracaso, en particular respecto de las metas más lejanas del cuidado materno.

CAPÍTULO III.

Muéstrame lo que dibujas y te diré quien eres.....

3. PRUEBAS PROYECTIVAS.

Históricamente el ser humano como medio de expresión, comunicación y convivencia con los demás ha empleado los dibujos, así pues desde el hombre de las cavernas hasta el civilizado han expresado sus emociones, sentimientos, ideas religiosas y necesidades mediante el trabajo artístico, siendo la comunicación pictórica un lenguaje básico y elemental.

En la actualidad el ser humano emplea la comunicación gráfica desde una época muy temprana de su vida puesto que los niños primero dibujan y sólo después escriben. Por esto, los dibujos proyectivos así como en los sueños, los conflictos inconscientes emplean el lenguaje simbólico alcanzando con facilidad las capas primitivas del sujeto.

Dentro de la psicología surge la necesidad de evaluar rasgos de personalidad en los individuos por lo que se recurre a técnicas que permitan la evaluación de esta, como lo son las técnicas proyectivas en las cuales se enfatiza el establecimiento de una visión global de la personalidad, ideosincrática y un sustrato inconsciente en el que residen impulsos, tendencias, conflictos, necesidades, etc., todas ellas inferidas del comportamiento de los individuos humanos (Fernández, 1984).

El primero en utilizar el término propiamente dicho de técnicas proyectivas fue el psicólogo americano Lawrence K. Franck en 1939 (citado en Pichot, 1991, pag.86) precisando los límites de las técnicas proyectivas de la siguiente manera: "En su esencia, una técnica proyectiva es un método de estudio de la personalidad que confronta al sujeto con una situación a la cual responderá según el sentido que para él presenta esa situación y según lo que siente mientras contesta. El carácter esencial de una técnica proyectiva reside en que evoca del sujeto lo que es, en distintos modos, la expresión de su mundo personal y de los procesos de su personalidad".

Sin embargo el término Proyección en psicología, fue empleado en primer lugar por Freud en el año 1894 revisando el concepto varias veces. Utilizando la palabra proyección para dos designaciones (Cerdá, 1960):

- Mecanismo de defensa contra la angustia. En este sentido, la proyección consiste en atribuir las propias tendencias, deseos y sentimientos a otras personas o al mundo exterior, por un mecanismo de protección que permite al sujeto no tomar conciencia de la existencia en sí mismo de esos contenidos indeseables. Freud especialmente estudia la proyección en la paranoia y también en el origen de los sentimientos religiosos.

- Mecanismo más general; según el cual el recuerdo de nuestras percepciones anteriores tiende a influir en la percepción de los estímulos actuales. En tótem y Tabú (1912) escribe: "La proyección de las percepciones internas sobre el exterior es un mecanismo primitivo que, por ejemplo, influye también en nuestras percepciones sensoriales y representa así normalmente un papel capital en la construcción de nuestro mundo exterior. En circunstancias que hasta ahora no se determinaron bastante, aún las percepciones internas de procesos, idealizaciones o emociones se proyectan al exterior del mismo modo que las percepciones sensoriales, y se usan para modelar el mundo exterior, cuando en realidad deberían permanecer en el mundo interior" (Cerdá, 1960.pag.243).

Desde la perspectiva psicoanalítica la proyección implica tres elementos que son:

- a. Carácter de inconsciencia de las proyecciones,
- b. Función de defensa del yo,
- c. Reducción de la función psicológica.

Características que dentro del psicoanálisis las técnicas proyectivas no las cumplían, por lo que se propusieron otros términos para designar al grupo de los tests, buscando una definición más adecuada, por lo que autores como White en 1944 los denominaron "test de imaginación". Murray en una contribución considerable los nombró "test de apercepción", término que en 1950 Bellak volvió a emplear en sus trabajos consagrados a esas pruebas. Cattell prefirió denominarlos "tests dinámicos". Eysenck, expresando una opinión extrema estima que no se trata de test en el sentido habitual de la palabra, y que no apelan al mecanismo de proyección tal cual como lo describió Freud; los estudia bajo el nombre de "tests no estructurados" (citados en Hammer, 1992).

Dorcken en 1952 observa que "la evaluación psicológica del arte gráfico ha sido probablemente la única técnica proyectiva que se ha establecido". Por otro lado Max Simon, psiquiatra del siglo XIX fue uno de los primeros en clínicos que advirtió la presencia de la simbolización en los dibujos de sus pacientes "insanos" horrorizándose por semejantes "dibujos obscenos" ordenando que dichos pacientes dejaran de hacerlos. Posteriormente Florence Goodenough ideó de la escala de inteligencia basada principalmente en el número de detalles que el examinado ha incluido en el dibujo de un hombre, observó, junto con otros clínicos que su test no solo servía para medir la capacidad intelectual sino también servía para medir algunos factores de la personalidad (Hammer, 1992.pag.28).

L. Bender reporta sobre un estudio en el que pidió el dibujo de un hombre a un grupo de 450 escolares. En donde encontró que nueve de ellos realizaron dibujos con una o más de aquellas características: con reacciones verbalistas, individuales o con "fugas de ideas". Estos mismos niños fueron clasificados por sus maestros como afectados por sus compañeros: hipersensibilidad, propensión a la preocupación, tics musculares, poca concentración, distracción, timidez, inestabilidad. También L. Hanvik, a partir de un estudio experimental que dirigió,

llegó a la conclusión de que "los niños con perturbaciones emocionales no dibujan la figura humana en el nivel correspondiente a su inteligencia, medida por una escala estandarizada de C.I." (Hammer, 1992).

Tanto el test del dibujo de la casa-árbol-persona como el dibujo de la figura humana surgen como tests de personalidad a partir de las escalas de inteligencia de Binet y Wechsler.

Finalmente el término tests proyectivos ha sido empleado generalmente aunque se niegue su legitimidad. Siendo los tests proyectivos aquellos que presentan las siguientes características (Cerdá, 1960):

I. Su fin es revelar la personalidad total del examinado, o ciertos aspectos de la personalidad situados en su contexto global;

II. El estímulo que emplean puede dar lugar a una cantidad de respuestas tan grande como sea posible. Este carácter formal nos parece fundamental. El test de copia de dibujos de Lauretta Bender nos ofrece una ilustración de él.

3.1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS.

Las posturas teóricas que han influido en la elaboración y desarrollo actual de las técnicas proyectivas son, según Pichot (1991) las siguientes:

I. **El psicoanálisis:** Del cual surge el término proyección influyendo determinantemente en el desarrollo y modo de interpretación de un gran número de pruebas.

II. **Las escuelas holísticas de la psicología:** En donde autores como: Lewin, Allport, Murray, Maslow, que siguiendo a Goldstein y a W. Stern, acentúan el hecho de que el individuo es una unidad, un todo, que según la expresión de Allport, el objetivo del estudio de la personalidad es el de descubrir leyes "que no explican como se produce la originalidad del individuo".

III. **Tendencias científicas generales:** En donde se insiste en el paralelismo entre el desarrollo de las técnicas proyectivas y el del pensamiento científico moderno comparando el concepto de campo.

Posteriormente Bellak y Abt llegaron a la conclusión de que "La psicología proyectiva esta basada sobre conceptos científicos generales que se pueden expresar de la siguiente manera: el concepto de la doctrina científica de la causalidad está en vías de reformulación, y nuevas estructuras de la causalidad comienzan a emerger. Esto se manifiesta mediante el principio de que todas las formas y entidades legítimamente estudiadas por los hombres de ciencia deben ser consideradas en términos de "sistemas en continua evolución" (Cerdá, 1960. pag.246).

Bell (citado en Cerdá,1960) considera que las técnicas proyectivas se encuentran ligadas a los conceptos de personalidad que se presentan a continuación:

I. La personalidad no es un fenómeno estático sino un proceso dinámico, de donde se deriva la necesidad de utilizar para su exploración instrumentos capaces de reflejar este concepto.

II. La personalidad se puede explorar, a pesar de su naturaleza dinámica, porque está estructurada. Esta estructura es el resultado de una evolución integradora dependiente de influencias fisiológicas, psicológicas y socioculturales.

III. El comportamiento del individuo es el resultado de la interacción de la estructura de la personalidad y del medio; el comportamiento es pues una función adaptativa. Conociendo en segundo término –constituido por el test estímulo- y el comportamiento, se puede deducir el primer término, es decir la estructura de la personalidad. El problema fundamental radica en determinar cuales son los estímulos y cuales son los comportamientos más reveladores.

IV. La estructura de la personalidad es en gran parte inconsciente. Las técnicas proyectivas pueden explorar los componentes inconscientes, puesto que el comportamiento viene determinado por la estructura en su conjunto y es posible hacer averiguaciones acerca de la estructura y contenido latentes a partir de sus manifestaciones exteriores.

3.2. VALIDEZ.

La característica esencial de las técnicas proyectivas es que gran número de las respuestas posibles para un estímulo dado, da cuenta de las dificultades en la interpretación de los resultados. Esto quiere decir que si cada individuo es único, cada respuesta, reflejo del individuo, es también única y cualquier tentativa de clasificación y a fortiori de cuantificación, es ilusoria.

La validez de los tests proyectivos es muy discutida ya que por sí sola, su éxito no podría constituir una prueba. En realidad de donde provienen las dificultades son de dos causas: a) Como para todos los tests de personalidad, los criterios externos tienen una validez a menudo cuestionable. b) Por el hecho mismo de su carácter globalista, los resultados obtenidos por un individuo deben considerarse en su conjunto.

Los aspectos de la dinámica de la personalidad que surgen a partir de los dibujos proyectivos, se descubrieron mediante distintas vías de comprobación: información sobre el examinado, asociaciones libres, traducción de símbolos mediante el análisis funcional y comparaciones entre dibujos de una misma serie o entre dibujos e informaciones del Rorschach o del T.A.T.

Luego se integró esta información por medio del método de consistencia interna; relación de los reactivos con la calificación de la prueba total, en lugar de

un criterio externo mediante el índice de discriminación (Aiken,1996, pag.67), por lo que el campo de la interpretación de los dibujos proyectivos esta basado en aspectos fundamentales como son:

- El empleo de los significados simbólicos y folklore, derivados de los estudios que los clínicos han realizado sobre sueños, arte, mitos, fantasías y otras actividades impregnadas de determinismo inconsciente.
- La experiencia clínica con los mecanismos de desplazamiento y sustitución, así como con una amplia gama de fenómenos patológicos, en especial síntomas de conversión, obsesiones y compulsiones, fobias y estados psicóticos, los que sólo pueden comprenderse dentro del marco que ofrece el concepto de simbolismo.
- El desciframiento de la simbolización a través de las asociaciones del paciente.
- Las simbolizaciones evidentes que surgen del inconsciente de los pacientes psicóticos y no psicóticos que impregnan en la hoja de dibujos.
- La correlación entre los dibujos proyectivos realizados a intervalos durante el curso de una terapia y el cuadro clínico en los momentos en que se realizan los dibujos.
- La congruencia interna entre los datos de la historia del niño y los que refiere o se presentan en el dibujo.

Básicamente el sistema interpretativo de los dibujos proyectivos está basado en los estudios experimentales, que fundamentan su validez.

3.3. CARACTERÍSTICAS DE LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS.

Entre las características más importantes encontramos las siguientes (Cerdá,1960):

I. Su objetivo es revelar la personalidad total del sujeto examinado o ciertos aspectos de la personalidad vueltos a colocar en su contexto global.

II. Los estímulos que utilizan pueden dar lugar a un número extraordinariamente elevado y variado de respuestas, lo que acarrea una extrema dificultad en la valoración e interpretación de ellas.

III. Son pruebas que abordan fundamentalmente los aspectos no cognoscitivos de la personalidad, si bien, teniendo en cuenta la concepción "holística" en que se basan, es evidente que abordan conjuntamente el aspecto cognoscitivo e intelectual en la medida en que es inseparable del contexto global de cada sujeto.

IV. Los estímulos son débilmente estructurados, siendo esta característica una condición favorable pero no indispensable puesto que si hay pruebas, como el Rorschach que la cumplen, otros tests como el

T.A.T., en que los estímulos no están débilmente estructurados y otros como el Bender – en sus aspectos proyectivos –, en los que los estímulos están perfectamente estructurados.

V. Los tests proyectivos utilizan frecuentemente conceptos psicoanalíticos. Tampoco es ésta una característica básica, puesto que muchos creadores de estos métodos, no han hecho referencia alguna a principios de tipo psicoanalítico. Por el contrario, muchos creadores de técnicas proyectivas han sido psicoanalíticos.

3.4. CLASIFICACIÓN DE LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS.

Pichot (1991) menciona que se propusieron numerosas clasificaciones pero él considera dos importantes que sirven de guía:

Clasificaciones formales: En donde las pruebas se pueden clasificar según el tipo de estímulo que emplean, según el grado de estandarización del estímulo, según los principios de evaluación (predominio del análisis formal o de la interpretación simbólica) Las dos clasificaciones formales mejor elaboradas son las de Eysenck y Bell. Para Eysenck existen cuatro tipos de test proyectivos:

I. *Tests de completamiento.* El sujeto debe completar una cadena de asociaciones, una frase o historia cuyo principio constituye el estímulo.

II. *Tests interpretativos:* El sujeto debe interpretar, discutir o contar una historia a partir de un estímulo.

III. *Tests de producción.* Se le pide al sujeto que dibuje, pinte o, en una situación de juego, que realice o produzca una construcción destinada a interpretarse.

IV. *Tests de observación:* Se coloca al sujeto en una situación vagamente estructurada y se observa su comportamiento.

Mientras que las categorías de Bell (citado en Pichot,1991) son las siguientes:

- I. *Asociación de palabras y técnicas afines.*
- II. *Técnicas de estimulación visual.*
- III. *Movimiento expresivo y técnicas afines.*
- IV. *Juego, dramatización y técnicas afines.*

Clasificaciones funcionales: Aunque se han podido clasificar esas pruebas según el fin que perseguían (diagnóstico, investigación científica, terapéutica), la clasificación funcional más satisfactoria sigue siendo la de Franck (citado en Pichot,1991) en donde distingue:

I. *Técnicas constitutivas*: El sujeto debe aplicar una estructura y una organización a un material no estructurado y plástico.

II. *Técnicas constructivas*: Partiendo de un material definido el sujeto debe construir estructuras más amplias.

III. *Técnicas interpretativas*: El sujeto debe interpretar una experiencia o una constitución de significado afectivo;

IV. *Técnicas catárticas*: Bajo el efecto del estímulo el sujeto exterioriza una reacción emocional.

V. *Técnicas refractivas*: La personalidad del sujeto queda revelada por la distorsión a que somete un medio de comunicación convencional.

Es por lo anterior que las pruebas proyectivas se basan en la teoría psicoanalítica ya que sirven para hacer presente aspectos inconscientes del individuo. Esta postura logró que el público en general, así como el artista y el psicólogo clínico, tomarán cada vez mayor conciencia del hecho de que el inconsciente, así como el hallazgo del arte simbólico de las culturas prehistóricas y antiguas civilizaciones, ofrecieron una nueva perspectiva al significado y valor de los elementos inconscientes dentro de los aspectos simbólicos del dibujo.

3.5. TÉCNICA DE DIBUJO PROYECTIVO CASA-ÁRBOL-PERSONA (H.T.P.).

La técnica del dibujo proyectivo Casa-Árbol-Persona (H.T.P.) de Buck (1995) apareció como una derivación de una escala de inteligencia en la que este autor se encontraba trabajando hacia la época de Wechsler publicó su Escala de Inteligencia. Buck tuvo la misma experiencia al observar que los dibujos se saturaban de factores no intelectuales de la personalidad y, entre los diversos subtests que había elaborado para evaluar la inteligencia, se quedó con el del H.T.P. y le transforma en la prueba proyectiva basada en la corriente psicoanalítica del inconsciente siendo la casa, el árbol y la persona conceptos de gran valor simbólico que se saturan de las experiencias emocionales e ideaciones ligadas al desarrollo de la personalidad, las que luego se proyectan cuando esos conceptos son dibujados. Estos conceptos son simbólicamente muy fértiles en términos de significación inconsciente.

La elección de Buck de los ítems gráficos está basada en diversos estudios como es el de Griffiths, quien realizó un estudio en Inglaterra con dibujos libres de niños pequeños. En donde se afirma que tanto las casas, como los árboles y las personas constituyen los conceptos de mayor significación personal. Otra confirmación paralela es la que ofrecen los hallazgos de Eng "el tema primero y favorito que el niño dibuja son seres humanos, pero después, según mis observaciones, el que le sigue es la casa" (Hammer, 1992, pag. 116).

Emil Jucker descubrió en Europa que el dibujo libre del árbol ofrecía grandes posibilidades proyectivas. Convirtiendo al dibujo en un instrumento proyectivo, esto es a partir de maduras consideraciones y pacientes estudios

sobre la historia de las culturas y en especial de los mitos. Su alumno Charles Koch le dio un mayor desarrollo como instrumento proyectivo, con el fin de obtener para su intermedio una idea de la personalidad total desde las capas más profundas del ser (Hammer, 1992, pag.116).

Al estudiar el juego de construcción de casa que los niños realizan con bloques, Rivière descubrió que la casa podía simbolizar: a) el cuerpo del niño; b) el interior de la madre, c) el hogar parental. Los datos empíricos que se han podido obtener el H.T.P. confirman el primero y el último de estos significados simbólicos con mucha más frecuencia que el segundo, aunque los psicóticos deteriorados suelen dibujar casas muy semejantes a un útero (Hammer, 1992, pag.116).

Con respecto al primero de los significados simbólicos (la casa como representación de la imagen corporal), se ha observado que las personas con problemas en el área fálica, frecuentemente proyectan sus problemas en la chimenea de la casa, así como las que posee en una estructura de carácter oral suelen destacar el contorno de las ventanas (Buck, 1995).

Rosen en 1907 (citado en Hammer, 1992), señala que la casa, simbólicamente tan relacionada con la figura humana, juega un importante papel no solo en los dibujos infantiles, sino también en el arte primitivo. Esto se puede observar en los dibujos del hombre de las cavernas, y también en los primeros desarrollos culturales del hombre. Esta íntima relación entre la casa y el objeto más representativo, el cuerpo humano, aparece en el temprano Renacimiento del siglo XIII, en el siglo XIV es ya más raro y en siglo XV, cuando el arte pierde su carácter infantil, desaparece por completo.

El concepto gráfico persona es sin duda el que está más empapado de las experiencias emocionales ligadas al desarrollo del individuo.

Tanto Buck como Machover y Levy, y quizás en sus implicaciones teóricas más profundas Paul Schilder con su contribución al estudio de la imagen corporal observaron lo mismo, simultánea e independientemente. De todo lo dicho se desprende que existen sorprendentes confirmaciones independientes acerca del significado altamente personal de los tres conceptos. Buck eligió la casa, el árbol y la persona como herramienta para captar las áreas más profundas de la personalidad. Griffiths en Inglaterra, Pichot, Rivière en Sudamérica simultáneamente señalaron el intento potencial simbólico que posee la casa, cuyas raíces se encuentran en las experiencias básicas de la infancia y de la madurez. Lo mismo ha sucedido con respecto al dibujo del árbol cuya finalidad clínica fue observada no sólo por Buck, sino también por Jucker en Europa y por Koch en Suiza. y por último, el dibujo de una persona, cuyo valor fue descubierto independientemente por Machover, Levy, Schilder, y por Lauretta Bender que continuó con los estudios de este último (citados en Hammer, 1992).

Esta técnica ha sido la más utilizada por los clínicos desde hace más de 50 años con la finalidad de obtener información acerca de cómo la persona experimenta su yo en relación con su familia y los demás. Esta prueba facilita la proyección de elementos de la personalidad y áreas de conflicto en el entorno

terapéutico, permitiendo su identificación para valorarlas y compartirlas para así establecer una comunicación terapéutica efectiva.

3.5.1. CONCEPTOS GRÁFICOS.

Buck (1995), en relación con su elección de sus items (Casa-Árbol-Persona), afirma que:

- a) son items familiares a todos, hasta para el niño más pequeño;
- b) se observó que, como conceptos que debían ser dibujados por individuos de todas las edades, tenían mejor aceptación que otros, y
- C) estimulaban una verbalización más libre y espontánea que otros items.

"Esta técnica se basa en una serie de postulados que exponen su doctrina fundamental como un instrumento proyectivo ya que cada dibujo (La casa, el árbol, la persona) se debe considerar a la vez como un autorretrato y como un dibujo de tal objeto, puesto que los sujetos solo dibujan aquellas características del todo que consideran esenciales"(Buck 1995).

El sujeto puede indicar que un detalle determinado, una combinación de detalles, o el método de presentarlos, tiene especial importancia para él de dos maneras: positiva y negativamente:

Positivamente:

- A. Manifestando una franca emoción inmediatamente antes, durante, o después de dibujar tal detalle o combinación de detalles.
- B. Presentando el detalle, o el complejo de detalles, en un orden de secuencia que se aparta de lo normal.
- C. Mostrando una especial preocupación respecto a su presentación, bien borrado, bien insistiendo en él, a lo largo de todo el proceso de ejecución.
- D. Presentando el detalle o el complejo de detalles de una manera bizarra.
- E. Por perseveración.
- F. A través de sus manifestaciones acerca del todo o de cualquiera de sus partes.

Negativamente:

- G. Presentando incompleto el detalle o el complejo de detalles.
- H. Omitiendo uno o más de los detalles denominados esenciales.

I. Por sus comentarios evasivos, e incluso por su negación a hacer comentarios acerca del todo o sus partes.

La interpretación de estos detalles, complejos de detalles y los métodos de presentarlos significativos proporciona información respecto a las necesidades, temores, conflictos, afanes, etc., del individuo.

Es esencial ofrecer al sujeto la oportunidad de colaborar en la interpretación de sus producciones, porque se ha observado clínicamente que en determinadas configuraciones, el pretendido significado universal y absoluto de ciertos símbolos queda radicalmente alterado, sobre todo si el sujeto no tiene ocasión de expresarlo.

La interpretación de un punto determinado solo resulta adecuada si se tienen en cuenta sus relaciones con la configuración total.

La interpretación se debe realizar con gran circunspección y poniendo en juego todos los conocimientos posibles acerca del sujeto y su ambiente.

Buck (citado en Anderson y Anderson, 1978) propone el siguiente esquema para elaborar deducciones respecto a la personalidad total del sujeto y su interacción con su medio:

I. **Observaciones sobre la situación del examen:** 1) Cooperatividad; 2) síntomas de esfuerzo; 3) incapacidades físicas; 4) manierismos; 5) alcance de la atención; 6) empatía; 7) tiempo de reacción; 8) orientación 9) otros.

II. **Inteligencia:** En el C.I. derivado del H.T.P., el examinador observará la consistencia o disparidad de tales C.I. y en caso de que sean muy dispares tomará nota de ello; 2) nivel funcional actual estimado a partir del H.T.P. y nivel de inteligencia básico, según revela el análisis de los factores de construcción interna; 3) C.I. derivado del H.T.P. frente C.I. derivados de tests de inteligencia normales; 4) artefactos que puedan influir sobre los C.I. derivados del H.T.P. tales como incapacidad física, formación artística; 5) evidencia de pensamiento concreto.

III. **Afecto:** 1) tono; 2) intensidad; 3) idoneidad; 4) control; 5) consistencia.

IV. **Verbalizaciones:** 1) flujo; espontaneidad; 3) modulación; 4) contenido ideológico (perseverante, bizarro, inferior).

V. **Impulso:** 1) Nivel; 2) control; 3) consistencia.

VI. **Psicosexual:** 1) Niveles de satisfacción y predominio relativo; 2) conflictos y fuentes probables de los mismos.

VII. **Interambiental:** En este punto se incluyen una serie de comentarios respecto al comportamiento general del sujeto, desde los siguientes puntos de vista: 1) fuentes de satisfacción: a) realidad-fantasia; b) extratensivas-intratensivas, a qué estímulos tiende a responder el sujeto, a los externos (extra) o a los internos (intra); c) extracatexis-intracatexis,

son internas o externas las fuentes de satisfacción, que tipo de fuentes de satisfacción tiende a buscar el sujeto, externas o internas (un sujeto paranoide, por ejemplo, mostraría extratensión e intracatexis); d) alcance (quedan restringidas sus satisfacciones al nivel de la realidad, del hogar, etc.); 2) asequibilidad de los objetivos (realistas o ficticios) e intensidad (con qué avidez los persigue); 3) dominancia temporal (a tener en cuenta el papel relativo del pasado, presente y futuros psicológicos); 4) adaptabilidad (como se muestra el sujeto flexible o estereotipado y rígido); 5) accesibilidad (como se muestra el sujeto, relajado, cordial, sociable, o, por el contrario, tenso, hostil, retraído).

VIII. Relaciones interpersonales: 1) intrafamiliares: a) tono afectivo; b) intensidad; c) permanencia; d) flexibilidad; e) identificación; f) papel que se atribuye el sujeto (su propia concepción acerca de la posición que ocupa dentro de la familia, incluido el papel sexual); 2) Extrafamiliares: a) tono afectivo; b) intensidad; c) permanencia; d) flexibilidad; e) reacción de sustitución parental; f) papel que se atribuye el sujeto (la propia concepción acerca de la posición que ocupa dentro de la sociedad en general, incluido su papel sexual).

IX. Equilibrio intrapersonal: Su propia visión del equilibrio de los factores que conforman su personalidad, según se expresa en sus dibujos y en sus comentarios verbales.

X. Necesidades principales: como es satisfacción sexual, autonomía y realización, etc.

XI. Cualidades personales principales: Como inteligencia superior a la media, flexibilidad, accesibilidad, etc.).

XII. Impresiones: Se debe hacer una clasificación de psiconeurosis, tipo mixto, inteligencia media, etc.

3.5.2. DESCRIPCIÓN.

La técnica del dibujo proyectivo H.T.P. de Buck (1995) esta diseñada en dos momentos. El primero tiene como característica ser no verbal creativa y poco estructurada, en la que se le solicita al sujeto que dibuje libremente una casa, un árbol y una persona, (pidiendo como una alternativa opcional una persona del sexo opuesto a la que dibujo primero). El segundo paso es la aplicación de un interrogatorio posterior que es estructurado, que contiene una serie de preguntas acerca de las asociaciones del sujeto con respecto a cada dibujo. Como aspecto adicional el entrevistador con un tercer y cuarto paso, que consisten en pedirle al encuestado que dibuje los mismo elementos pero ahora con lápices de colores y como ultimo paso un interrogatorio posterior acerca de dichos dibujos. Para la finalidad de este estudio solo se emplearan los dos primeros pasos.

Finalmente se evalúan los dibujos buscando signos de una posible patología basándose en el contenido, las características del dibujo como el

tamaño, la ubicación y la presencia o ausencia de partes específicas y las respuestas del individuo al interrogatorio.

Usuarios.

Las personas que usen esta prueba deben recibir entrenamiento y tener experiencia supervisada con instrumentos clínicos de aplicación individual en niños y adultos. De no ser así se deberá trabajar con un clínico supervisor hasta llegar a un común acuerdo sobre el nivel de habilidad en la aplicación e interpretación.

Material.

- I. Se utilizan hojas blancas, tamaño carta, ofreciendo una hoja por cada dibujo,
- II. Lápiz del número 2 ó 2 y medio, goma.
- III. Formato de interrogatorio posterior (anexo 1).
- IV. Lista de conceptos para la interpretación (anexo 2)

Aplicación:

Su aplicación es de forma individual, donde el examinado debe estar sentado frente a una mesa en una posición cómoda para estudiar. El cuarto o área donde se realice la prueba deberá estar en silencio y libre de distracciones. Se requieren de 30 a 90 minutos aproximadamente para aplicar la prueba dependiendo del número de dibujos que pida el examinador.

Interpretación de la técnica de dibujo proyectivo H.T.P.

Una vez terminada la sesión de dibujo y el interrogatorio, se trabaja con la Lista de conceptos para la interpretación. En ella se encuentra una lista de características para cada dibujo. Primero se revisa la sección de rasgos normales y se encierran en un círculo con una "S" si se encuentran presentes en el dibujo. A continuación se anotan las pausas, los comentarios y otras conductas poco usuales que se hayan observado durante la sesión del dibujo. Posteriormente se revisarán los aspectos relacionados con la proporción, la perspectiva, los detalles que se encuentran en el dibujo y que puedan indicar la presencia de una patología. Cabe mencionar que la experiencia clínica del examinador, el conocimiento del manual del H.T.P. y el conocimiento de la literatura de dibujo proyectivo deben moderar la interpretación de los dibujos del H.T.P. y la presentación de los resultados de la prueba.

Evaluación del Dibujo.

Se debe revisar la ubicación, el tamaño, la orientación y calidad general del dibujo, así como las desviaciones en áreas generales incluidas en la lista de rasgos y que puedan tener alguna importancia clínica. Una vez evaluada la figura, se evalúan las respuestas del cuestionario, la consistencia en la calidad de una figura a otra, la historia del cliente y su edad; y los resultados disponibles de otras evaluaciones para así formular un análisis adecuado de la sesión de dibujo.

Características generales del dibujo.

Se revisa la actitud del individuo hacia la prueba, lo que permitirá saber que tanto rechaza una tarea nueva y probablemente difícil. La actitud usual es de aceptación pero esta puede variar por las características del sujeto.

Tiempo, Latencia, Pausas.

El tiempo que tarda el sujeto para completar los dibujos proporciona información valiosa acerca del significado de los objetos dibujados y de cada una de sus partes. En general, número de detalles y el método de presentación deben justificar el tiempo de producción del dibujo. Los dibujos del árbol generalmente toman entre 2 y 30 minutos para completarse. Si el sujeto dibuja con rapidez inusual, al parecer tratan de deshacerse de una tarea poco placentera. Aquellos que toman demasiado tiempo en cada dibujo pueden estar mostrando renuncia a producir algo o un intenso significado emocional relacionado en el simbolismo involucrado, o ambos. Los individuos maniacos tardan mucho tiempo debido a la gran cantidad de detalles irrelevantes que dibujan. Los obsesivos-compulsivos también toman mucho tiempo debido a su tendencia dibujar meticulosamente cada detalle relevante. Si un individuo no comienza a dibujar dentro de los primeros 30 segundos después de las instrucciones, el potencial de psicopatología se encuentra presente. Tal retraso sugiere conflicto; durante el interrogatorio posterior el examinador debe tratar de identificar los factores que producen conflicto.

Cuando un individuo hace una pausa por más de cinco segundos durante cada dibujo, implica la existencia de un conflicto. La parte del objeto que está siendo dibujada, que fue dibujada en ese momento o que se dibujaba inmediatamente después de la pausa, puede representar la fuente de conflicto. Por lo que se debe investigar esta área durante el interrogatorio posterior. También deben investigarse las pausas durante los comentarios o al responder las preguntas del interrogatorio.

Habilidad crítica y borrado.

La habilidad para observar objetivamente el propio trabajo, criticarlo y aprender de la crítica es una de las primeras funciones intelectuales que deben sobrellevarse en presencia de fuerte tensión emocional así como de procesos orgánicos. Los comentarios verbales acerca de la habilidad artística, tales como

"Nunca me enseñaron a dibujar" o "Esto está completamente desproporcionado" son comunes. Si estos son excesivos indican una posible patología, especialmente si no existe intento por corregir los errores identificados verbalmente. Los indicadores conductuales de autocrítica incluyen:

1. Abandono de la figura incompleta, reiniciando el dibujo en algún otro lugar de la hoja, sin borrar el primer dibujo.

2. Borrada sin intento de redibujar. Generalmente esto se limita a un solo detalle que en apariencia ha provocado un fuerte conflicto. El sujeto puede producir el detalle una vez, no dos.

3. Borrada y redibujado. Si al redibujar hay un incremento en la calidad, es un buen signo. Sin embargo, puede indicar patología si los intentos por corregir muestran hipermeticulosidad, un fútil intento por lograr la perfección o si la borrada está seguida por un deterioro en la calidad de la forma. Esto último indica una reacción emocional extremadamente fuerte hacia el objeto, hacia su simbólico, o la presencia de deterioro orgánico, o ambos.

El borrado y el redibujo persistente de cualquier parte del dibujo sugieren conflicto con el detalle o con lo que representa para el sujeto.

Comentarios.

Los comentarios escritos realizados por el sujeto durante la fase del dibujo indican una necesidad compulsiva de estructurar la situación tan completa como sea posible, puede ser también una necesidad de compulsiva de compensar una idea o sentimiento obsesivo activado por algo en el dibujo. Los comentarios superfluos como "le voy a poner corbata" al parecer ayuda al sujeto inseguro a estructurar la situación. Comentarios irrelevantes o extraños garantizan problemas.

Las verbalizaciones durante la fase de dibujo con frecuencia incluyen material que fue suprimido durante las entrevistas previas. Cualquier sujeto puede presentar síntomas de ansiedad hacia la prueba durante la situación de la entrevista. Sin embargo, la persistencia de la expresión emocional menor, mayor o aplanamiento de las emociones siempre indican desequilibrio en la personalidad, desajuste o deterioro orgánico.

Rasgos generales del dibujo.

La proporción, perspectiva y detalles en el dibujo son características generales que proveen de información acerca del funcionamiento del sujeto.

Proporción: Las relaciones de proporción expresadas por el sujeto en sus dibujos con frecuencia revelan los valores que el sujeto signa a los objetos, las situaciones y las personas. La proporción en los dibujos también suministra un índice general de la habilidad del individuo para asignar valores objetivos a los

elementos de la realidad y para elaborara juicios de manera fácil y flexible. Para la interpretación se considera la

Imagen dibujada y forma del dibujo: Si la figura es pequeña generalmente indica sentimientos de inadecuación, si ocupa toda la hoja y una parte del dibujo esta trozada indica sentimientos de frustración. Si los dibujos son grandes están indicando que el sujeto experimenta hostilidad hacia un ambiente restrictivo, además de tensión, irritabilidad con sentimiento de inmovilidad indefensa. En los dibujos grandes también podemos encontrar a personas egocéntricas.

Detalles en la imagen dibujada: Un detalle más grande que el tamaño promedio implica preocupación en relación con lo que el detalle simboliza para el sujeto. Un detalle de menor tamaño que el promedio generalmente implica rechazo o el deseo de rechazar lo que el detalle simboliza para el sujeto.

Perspectiva.

La delimitación de las relaciones espaciales en los dibujos indica la habilidad del sujeto para captar y reaccionar con éxito frente a los aspectos de la vida más amplios demandantes, abstractos y complejos. Por lo tanto la perspectiva puede considerarse como una medida del insight del sujeto.

Ubicación horizontal del dibujo: Cuando el dibujo se encuentra hacia la izquierda indica que el sujeto tiende a comportarse impulsivamente y a buscar satisfacción emocional inmediata a sus necesidades e impulsos. Cuanto más alejado esté el punto medio del dibujo hacia la derecha del punto central promedio de la hoja, el sujeto es más proclive a mostrar un comportamiento estable y rígidamente controlado; esta más dispuesto a retrasar la satisfacción de sus necesidades e impulsos inmediatos y prefiere las satisfacciones intelectuales a las emocionales.

Ubicación vertical del dibujo: Cuando el punto medio del dibujo se aleja hacia abajo del punto central promedio de la hoja es probable que este se sienta inseguro e inadecuado y que estos sentimientos provoquen una depresión en el estado de ánimo siendo mayor cuando la ubicación del dibujo es acentuada. Si el sujeto ve el dibujo como si extendiera más allá de la parte inferior de la página, indica sentimientos de limitación. Cuando el punto medio del dibujo se aleja hacia arriba del punto central promedio de la página, es probable que el sujeto sienta que está luchando por metas inalcanzables. La ubicación del dibujo más arriba del promedio puede indicar que el sujeto tiende a buscar satisfacción en la intelectualización o en la fantasía más que en la realidad.

Ubicación central del dibujo: Cuando los dibujos están en el punto medio de la página, indica que el sujeto presenta una conducta rígida para compensar su ansiedad e inseguridad.

Rotación de la hoja: Los sujetos con tendencias agresivas o negativistas pueden mostrar rechazo al rehusarse aceptar la hoja en la posición presentada. Por ejemplo puede sentir que es un signo de debilidad aceptar las instrucciones de

los otros por lo que prefiere rotar la hoja aunque esto implique mayor trabajo en la realización de la tarea. La rotación revela potencial para la psicopatología.

Cuadrantes de la página: El cuadrante superior izquierdo es el "cuadrante de la regresión". Rara vez se coloca un dibujo completo en el cuadrante inferior derecho siendo este "el cuadrante poco usual".

Bordes de la hoja: Mientras más se extienda el dibujo por debajo del borde inferior de la página, es más que el sujeto la emplee como estrategia para conservar su integridad, esto es común en personas con tendencia a reaccionar de manera agresiva. Si el dibujo esta hacia la izquierda connota una fijación hacia el pasado y temor al futuro, si es hacia la derecha indica el deseo de escapar hacia el futuro o en otros casos puede ser indicador de daño orgánico. Si el dibujo se apega al margen superior sugiere una fijación en el pensamiento y la fantasía como fuentes de satisfacción. El uso de los bordes laterales indica inseguridad y constricción; el uso del borde inferior indica depresión y una tendencia de comportarse de forma concreta y poco imaginativa.

Relación con respecto al observador: Puede variar de estar al mismo nivel del observador a la vista de ojo de pájaro (desde arriba) y la vista de ojo de gusano (desde abajo).

Distancia aparente del observador: Esta se sugiere por extrema pequeñez del dibujo o la ubicación del dibujo en un lugar alto o elevado, esta distancia implica la necesidad de mantener un yo distante e inaccesible.

Postura: la ausencia de esta sugiere un estilo rígido y poco comprometido que compensa los sentimientos de inadecuación e inseguridad, si el dibujo esta presentado de perfil sugiere fuertes tendencias oposicionistas y de alejamiento.

Si dibuja una línea base hacia abajo, la línea esta representando sentimientos de aislamiento, dependencia materna o exhibicionismo. Cuando se desliza hacia abajo y hacia la derecha, el individuo puede sentir que el futuro es incierto y tal vez peligroso.

Transparencias: Al realizar estas se incurre en un grave error en la prueba de realidad.

Movimiento: Este involucra la intensidad o la violencia del dibujo, lo placentero o displacentero del movimiento y el grado en que es voluntario.

Consistencia: Se espera que la calidad general de cada dibujo sea similar. Si se observa un deterioro progresivo en los dibujos usualmente es por fatiga o negativismo creciente. Si la progresión es opuesta, indica miedo inicial o dificultad para adaptarse a la situación.

Detalles.

El tipo y números de detalles utilizados, el método de presentarlos, el orden en que se dibujan y el énfasis que se hace en ellos, generalmente se considera como un índice del reconocimiento, la preocupación y la reacción del sujeto hacia los elementos de la vida diaria.

Detalles esenciales: La ausencia de un solo detalle esencial se considera grave: las implicaciones de patología son mayores cuando la ausencia de detalles esenciales es mayor y cuando están involucrados más dibujos.

Detalles no esenciales: El uso limitado de detalles no esenciales implica una buena prueba de realidad y una interacción sensata y probablemente bien equilibrada con el ambiente. Mientras que el uso excesivo de estos detalles sugiere una preocupación patológica por el ambiente.

Detalles irrelevantes: Cuando hay un uso ilimitado de estos implica en el sujeto una ligera inseguridad básica o la necesidad de estructurar la situación de manera más segura. Si estos los utiliza en exceso se sugiere la existencia de una "ansiedad libremente flotante".

Detalles extravagantes: La presencia de estos indica que la prueba de realidad del sujeto esta gravemente comprometida, así como la presencia de una psicopatología grave. Este tipo de detalles es poco usual.

Dimensionalidad de los detalles: Los detalles en una o dos dimensiones tienden a indicar una baja habilidad mental o daño cerebral. La excepción a esto es la "figura de palitos".

Sombreado de los detalles: La existencia de estos es saludable ya que implica abstracción y cierta sensibilidad hacia el ambiente. El sombreado que indica patología en forma de ansiedad y conflicto, se produce lentamente, con fuerza y atención excesivas o sin considerar el contorno.

Secuencia de detalles: El insistir en algún detalle puede ser indicador de área de conflicto.

Énfasis en los detalles: El insistir en estos implica ansiedad o conflicto acerca del detalle en cuestión.

Calidad de la línea: Los problemas en el control motriz sugieren desajuste funcional de la personalidad o daño en el sistema nervioso central. Las líneas oscuras dibujadas recargadamente sugieren tensión; cuando se emplean en todos los dibujos sugieren disfunción orgánica. Si el contorno del objeto del dibujo está formado por líneas pesadas, en tanto que otras líneas dentro del mismo dibujo no lo son tanto, el sujeto puede estar luchando por conservar integridad del yo y sentirse incómodo por tener conciencia de eso.

Si la línea base y las superiores están formadas por líneas recargadas, el individuo puede estar esforzando para mantener el contacto con la realidad y suprimir su tendencia a buscar satisfacción en la fantasía. Una línea base muy pesada, generalmente se interpreta como la representación de sentimientos de ansiedad acerca de las relaciones con lo demás. Las líneas demasiado débiles, utilizadas en todos los dibujos, indican sentimientos de inadecuación, indecisión y miedo al fracaso. Cuando se utilizan líneas quebradas con frecuencia indican indecisión, en tanto que las líneas rectas pueden asociarse con rigidez, interna. Las líneas interrumpidas que nunca se unen pueden significar desajuste incipiente en el funcionamiento del yo. Si la línea es garabateada existe la posibilidad de que exista daño orgánico.

Rasgos específicos del dibujo de figuras (Buck, 1995).

Casa.

Al parecer la casa genera una mezcla de asociaciones conscientes e inconscientes acerca del hogar y de las relaciones interpersonales íntimas. Para el niño la casa parece enfatizar la adaptación hacia los hermanos y los padres, en especial hacia la madre. Para el adulto, representa el ajuste a la situación doméstica en general y, más específicamente al cónyuge y los hijos. El dibujo de la casa proporciona un indicador acerca de la habilidad del sujeto para funcionar bajo las tensiones de las relaciones humanas íntimas y para analizar de manera crítica los problemas creados por situaciones dentro del hogar. Las áreas de interpretación de la casa también se refieren a la accesibilidad del sujeto, su nivel de contacto con la realidad y su grado de rigidez.

Árbol.

El árbol, que al parecer genera menos asociaciones conscientes y más asociaciones conscientes e inconscientes que los otros dos dibujos, es una expresión gráfica de la experiencia de equilibrio que siente el individuo y de su punto de vista acerca de los recursos de su personalidad para obtener satisfacción dentro y a partir del ambiente.

La calidad del dibujo del árbol parece reflejar la habilidad de un individuo para evaluar de manera crítica su relación con el ambiente. Las áreas de interpretación adicionales incluyen el cuadro subconsciente que tiene el sujeto acerca de su propio desarrollo, el contacto con la realidad, los sentimientos de equilibrio intrapersonal y (cuando el árbol representa a otra persona) las tensiones interpersonales.

Persona.

El dibujo de la persona genera más asociaciones conscientes que el de la casa o el del árbol, incluyendo la expresión directa de la imagen corporal. La calidad del dibujo refleja la habilidad del sujeto para funcionar en las relaciones y para someter al yo y a las relaciones interpersonales a una evaluación crítica y objetiva. Este dibujo hace surgir sentimientos tan intensos que los psicópatas y paranoicos pueden rehusarse a hacerlo. Las áreas adicionales para la interpretación del dibujo de la persona pueden referirse al concepto que tiene el sujeto acerca de su rol sexual y su actitud hacia las relaciones interpersonales específicas o relaciones interpersonales en general.

Además de considerar estos criterios de interpretación también se considera la proporción, la perspectiva y los detalles que se describieron anteriormente y se encuentran en el anexo 2.

3.6. EL DIBUJO INFANTIL.

Una de las formas a través de las cuales el niño empieza a ser capaz de representar la realidad es el dibujo, mediante el cual puede plasmar sus representaciones. En sus comienzos el dibujo surge de la actividad motora, como una prolongación de ella, y los primeros dibujos se limitan a reproducir movimientos de la mano que dejan una huella: movimientos en zigzag, movimientos de la mano. Con ello el niño imita movimientos y pronto imitará también a los objetos o personas que lo rodean, tratando de recoger las características que le resultan más llamativas. El dibujo es una forma de imitar a la realidad, siendo este para el niño precisamente su realismo.

El dibujo es una actividad placentera para el niño goza expresándose por medio de éste y experimentando con sus producciones, creándose una gran relación entre juego y dibujo.

Las relaciones con las imágenes mentales son también muy estrechas ya que estas son imitaciones interiorizadas, por lo que podríamos decir que el dibujo es una imitación no solo exteriorizada, sino realizada con elementos distintos del propio sujeto.

Las relaciones con el lenguaje son menos evidentes pero si tiene relación con la lengua escrita.

Para actividades psicológicas el dibujo implica o hace intervenir todos los aspectos y capacidades del individuo. El dibujo tiene como ya se mencionó un componente motor importante y puede considerarse como un momento adecuado para el desarrollo del control muscular.

Para reproducir la realidad que trata de plasmar en el dibujo, el niño necesita ser capaz de controlar sus movimientos y adquirir una capacidad motriz fina, que le permita llevar su mano por el camino que él quiere, impidiendo que en determinados momentos se le escape el trazo y se malogre su dibujo, mejorándose así la habilidad motora.

El dibujo también tiene un componente cognitivo que hace que refleje muy bien la comprensión que el pequeño tiene de la realidad, su representación espacial y la forma en como concibe las cosas. En el ámbito afectivo el dibujo es muy significativo ya que va a representar aquello que le interesa, preocupa o desea. Como en el juego simbólico, refleja en él sus intereses y conflictos, como pueden ser personas, cosas, animales, movimientos, es por eso que los psicólogos utilizan el dibujo como un vehículo para penetrar en la afectividad del niño.

El dibujo tiene como principal característica ser una producción material del niño ya que constituye una actividad fascinante para él ya que por medio de el puede expresarse y presentarse ante el medio que le rodea.

3.6.1. ETAPAS DEL DIBUJO.

Existen diversas maneras de estudiar los dibujos, de acuerdo con los temas, con la precisión de los detalles, con la realización técnica, perspectiva etc.

Entre estudiosos destaca la investigación de Luquet (citado en Delval,2000. pag.251), autor francés que en 1927 escribió un libro en el cual comienza a establecer que el dibujo infantil es realista y que ésta es su característica más esencial. Donde ningún concepto define mejor el dibujo infantil en conjunto que el concepto de realismo. Realista, en primer lugar por la naturaleza de sus temas y de los asuntos que trata. Pero lo es también por sus resultados; los niños se interesan sobre todo por las formas de vida más que por las bellas. Aunque el dibujo es realista en su conjunto, va pasando por una serie de fases y el realismo debe adjudicarse a diferentes fases donde hay un tipo especial de realismo:

Realismo Fortuito: Es la primera fase del dibujo, comienza siendo una prolongación de la actividad motora que queda plasmada sobre un soporte. Es una actividad de juego, primero de acción que pronto se transformará en simbólico por esa tendencia realista que le lleva a tratar de plasmar la realidad circundante (Delval,2000.pag.252).

En esta etapa los dibujos del niño consisten en lo que se ha denominado garabateos, que son líneas hechas sobre la hoja, que reproducen los movimientos que el niño está explorando, trazos rectos o curvos, que se repiten una y otra vez. La comprensión que tiene el niño de la realidad es muy *sincrética* reuniéndose en ella aspectos que en los adultos se hallan bien diferenciados. Sonidos, percepciones visuales, sabores u olores se relacionan muy estrechamente en la percepción infantil de las cosas plasmando todo eso en el dibujo.

Los garabatos son huella de los gestos que el niño realiza explorando los movimientos y pueden tener muchas formas. Siendo los garabatos ladrillos con los que van a construir luego dibujos figurativos.

Realismo frustrado: Se le denomina así porque el niño comienza con el intento de dibujar algo preciso pero esta intención se obstaculiza por diversos aspectos como es su control motor, ya que mientras no controle adecuadamente sus movimientos siempre habrá peligro de que las cosas no le salgan como él quiere. El niño solo reproduce algunos detalles del objeto que representa, no porque ignore los otros sino porque no se fija en ellos en ese momento y puede añadirlos si se le señala que faltan. Muchas veces solo incluyen aquellos elementos que le parecen más importantes pero que no lo son para el adulto. En esta etapa aparecen los cefalópodos o cabezudos, primera representación de la figura humana.

Realismo Intelectual: Una vez superada la incapacidad sintética nada impide ya al dibujo infantil ser completamente realista, pero el realismo del dibujo infantil no se transforma en el de un adulto. Mientras éste es un realismo de tipo visual, el realismo infantil es de tipo intelectual, lo cual significa que el dibujo reproduce todos los detalles del objeto y sobre todo los que se consideran importantes. El niño no dibuja lo que ve, sino que dibuja lo que sabe del modelo. Esta fase es la más representativa en los dibujos infantiles, además de ser la que

llama más la atención, realizando una representación de lo que sabe de múltiples maneras. Los procedimientos consisten en: separar detalles, las transparencias, la proyección del objeto sobre el suelo, el empleo de perfiles.

Durante esta etapa hay un exceso en la síntesis del pequeño ya que quiere mantener todos los puntos de vista posibles.

Realismo visual: Siendo esta la última etapa, la cual surge a partir de los 8 o 9 años, donde el niño empieza a tratar de representar la realidad tal como la esta viendo intentando respetar las reglas de la perspectiva y atenerse del modelo, suprime las partes no visibles, intenta adoptar enfoques únicos, mantiene las dimensiones del objeto, intentando acercarse más a la percepción visual. Cabe señalar que esta evolución no es lineal y que pueden presentarse adelantos y retrocesos en el niño.

Por lo anterior es importante señalar que el dibujo tiene un enorme valor pedagógico y para el niño es una forma de representación de la realidad que resulta más natural que la escritura, cuando el niño quiere expresarse lo hace generalmente por medio del dibujo ya que este tiene un carácter simbólico que aproxima el significante al significado. El dibujo constituye mucho del desarrollo del niño ya que al dibujar profundiza su conocimiento de la realidad y su capacidad de observación, además de mejorar su desarrollo motor fino.

3.6.2. EL DIBUJO EN LA EVALUACIÓN.

La expresión gráfica ha constituido una forma de expresión del ser humano, susceptible de analizarse ya que a través de esto la persona expresa aspectos íntimos de su ser. El dibujo es signo de la persona que lo realiza y signo del objeto (producción gráfica), dando testimonio de una persona, aun sin su presencia y su significación no puede escapar a la influencia de lo social, es decir, el contexto histórico-cultural en el que se realiza. Se considera que el dibujo debe contemplarse desde dos perspectivas: en la primera el dibujo da cuenta, a quien pueda comprenderlo, lo que alguna persona en particular es en un momento dado, integrando la historia personal. Desde otra perspectiva podemos decir que el dibujo es la imagen del objeto y constituye una de las modalidades de la función semiótica, dibujar es expresar con marcas, imágenes u otros signos, lo que a veces no se puede decir con palabras, por lo que el dibujo también tiene una función de comunicación. Es necesario estudiar no sólo el producto sino el comportamiento en conjunto del niño que dibuja, por lo que propone la utilización de hojas de observación de la actividad gráfica del pequeño, mismas que tendrán que ver con el estudio de las miradas, mímicas, movimientos del brazo y cuerpo, estudio de las palabras o de cualquier otro conjunto de conductas que permitan elucidar interrogantes a consecuencia de un dibujo y su significación (Esquivel, Heredia y Lucio, 1997.pag149).

A través del dibujo además del nivel intelectual se expresa la personalidad del niño, la forma en como percibe el mundo externo y lo integra a su vida afectiva, haciendo una imagen del yo y de lo que son los que lo rodean. Es también una conducción a los problemas que para el niño se plantea permitiendo conocer su

historia personal y las situaciones que vive. Es decir, cuando al niño se le pide que dibuje, obedece a una cadena de asociaciones intelectuales y afectivas que están en función de su experiencia personal.

No se debe olvidar que cuando se trabaja con niños, se hace también con sus padres o persona (s) encargadas de su cuidado, por lo que en la evaluación es fundamental considerar el ambiente familiar y social en el que el niño se desenvuelve y la etapa de desarrollo por la que atraviesa. En este sentido el psicólogo debe poseer sólidos conocimientos, para lograr una adecuada comprensión del problema y plantear alternativas de solución, no sólo sobre las técnicas, sino también sobre dinámica familiar, aspectos del desarrollo infantil y psicopatología. (Esquivel, Heredia y Lucio, 1997. pag149).

CAPÍTULO IV.

4. METODOLOGÍA.

4.1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Cuando un niño en edad escolar sufre una quemadura se ven afectadas áreas físicas, psicológicas, familiares y sociales que pueden ser determinantes en el desarrollo de su personalidad ya que esto puede generar una alteración en su estructura psíquica, puesto que, de manera abrupta cambian sus actividades diarias, al ser hospitalizado es alejado de su familia nuclear, parientes y amigos. Además de que durante el tratamiento médico el pequeño se ve sometido a una experiencia de fuerte angustia y dolor incesante, en un ambiente extraño e incomprensible; dependiente en lo absoluto de la atención de personas para él desconocidas, por lo que el niño experimenta diversas sensaciones que van desde el dolor físico, hasta sentir el abandono de su madre y familia completa, cimentando estos aspectos una alteración en la estructura psíquica que pueden llevarlo al desarrollo de una personalidad distinta al niño que no sufre ninguna quemadura durante su etapa escolar.

El propósito de las técnicas proyectivas es lograr entrar en la personalidad de cada sujeto, investigándola de manera global. Están basadas en la teoría psicoanalítica por lo que consideran los motivos de la conducta inconsciente permitiendo observar como el individuo estructura su mundo a partir de sus deseos y motivaciones internas. El H.T.P. es un test proyectivo que proporciona esta información, que relacionada con una historia clínica del pequeño pueden revelar sus conflictos y preocupaciones generales, así como los aspectos específicos del ambiente en que se encuentra.

Es por eso que en el presente estudio nos preguntamos ¿Existen diferencias entre el niño quemado y el no quemado acerca de la manera en que experimentan su "yo" en relación con su medio, a través de la técnica del dibujo proyectivo H.T.P.?

4.2. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.

- **Hipótesis de trabajo:** Existen diferencias entre el niño escolar quemado y el no quemado, acerca de la manera en como experimentan su "yo" en relación con su medio, a través de la técnica del dibujo proyectivo H.T.P.

- **Hipótesis nula:** No existen diferencias entre el niño escolar quemado y el no quemado, acerca de la manera en como experimentan su "yo" en relación con su medio, a través de la técnica del dibujo proyectivo H.T.P.

4.3. DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Variable Independiente:

Quemaduras de segundo y tercer grado, que requieren estancia hospitalaria.

Variable Dependiente:

El yo en sus tres áreas de funcionamiento (Bellak, 1993):

ÁREA DE CONTACTO CON EL MUNDO EXTERIOR

1) Prueba de realidad 2) Sentido de realidad del sí mismo y del mundo 3) Juicio de realidad 4) Relaciones de objeto.

ÁREA DE CONTROL Y MODULACIÓN DE LOS IMPULSOS

5) Regulación y control de afectos e impulsos 6) Funcionamiento defensivo 7) Regresión adaptativa al servicio del yo.

ÁREA DE MANTENIMIENTO DE LA ESTRUCTURA

8) Función sintética integrativa 9) Funcionamiento autónomo 10) Barrera de estímulos 11) Dominio y competencia 12) Pensamiento.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLE INDEPENDIENTE.

- Quemaduras: La quemadura es una agresión cutánea causada por cualquier agente que origine una variación térmica local (físico, químico, biológico), producirá lesiones cuya gravedad variará con su extensión, profundidad y localización. Esto provocará alteraciones de orden general condicionadas por la edad, causa de la quemadura, presencia de lesiones relacionadas y ocurrencia de enfermedades preexistentes. Cuanto más extensa y profunda es una quemadura, mayor es su gravedad. Las lesiones térmicas se deben a una transferencia de energía desde una fuente de calor hacia el organismo. Si la absorción de calor supera la velocidad de disipación, la temperatura tisular aumentará hasta sobrepasar un límite en el cual se empieza a producir desintegración celular local (Bendlin, 1993).

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLE INDEPENDIENTE.

- Quemaduras: Niños de entre 7 y 12 años de edad, que ingresan al hospital por diagnóstico de quemaduras de segundo y tercer grado, que requieren de estancia intrahospitalaria.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLE DEPENDIENTE.

El Yo es el intermediario entre la persona y el medio ambiente. Sus funciones adecuadas son los procesos secundarios del pensamiento y observar el principio de la realidad. El Yo es el administrador de la personalidad, lo que comúnmente se experimenta como el sujeto y el objeto de la acción – el “yo” o el sí mismo. Su función principal es encargarse de satisfacer necesidades. Todas las facultades psicológicas (como la percepción, la memoria el discernimiento, el razonamiento, la solución de problemas, la toma de decisiones) están a disposición del Yo. El Yo puede llegar a conocer y a aprender del mundo externo y, a diferencia del Ello, está en contacto constante con el medio exterior. El niño en desarrollo debe aprender a obedecer el principio de realidad y utilizar procesos secundarios del pensamiento (correctos y lógicos) (Dicaprio,1995).

Bellak (1993) señala que existen 12 funciones del yo las cuales se agrupan en tres áreas de funcionamiento:

ÁREA DE CONTACTO CON EL MUNDO EXTERIOR

1) Prueba de realidad 2) Sentido de realidad del sí mismo y del mundo 3) Juicio de realidad 4) Relaciones de objeto.

ÁREA DE CONTROL Y MODULACIÓN DE LOS IMPULSOS

5) Regulación y control de afectos e impulsos 6) Funcionamiento defensivo 7) Regresión adaptativa al servicio del yo.

ÁREA DE MANTENIMIENTO DE LA ESTRUCTURA

8) Función sintética integrativa 9) Funcionamiento autónomo 10) Barrera de estímulos 11) Dominio y competencia 12) Pensamiento.

En el área de contacto con el mundo externo se encuentran cuatro funciones que pese a estar muy relacionadas entre sí, mantienen una cierta independencia, éstas son:

Prueba de la realidad, supone la capacidad del yo para distinguir entre el afuera y el adentro y la precisión con que opera el proceso perceptual. Su alteración, ya sea debida a inmadurez, interferencia o regresión, se manifiesta en pérdida de los límites de ubicación de la percepción, del pensamiento (como en el caso de la alucinación o el delirio), o de ambas.

Sentido de realidad del sí mismo y del mundo, es una función propuesta por Bellak en 1973, a partir de una experiencia clínica: la despersonalización y la desrealización, patologías en las que se alude claramente la pérdida de la continuidad del sí mismo, en su identidad, coherencia y en su capacidad de tolerar presiones externas o internas. Esta función incluye el desarrollo del mundo de las representaciones del sí mismo y de los objetos por un lado, y la posibilidad de diferenciar conflictos que afectan la dimensión externa o interna o la del sí mismo objeto, en su representación, o ambas.

Cuando el sentido de realidad del sí mismo y del mundo se encuentran alterados, se puede hablar de patologías psicóticas. Si únicamente se encuentra

alterada la capacidad de diferenciar conflictos internos y externos, se cae en el terreno de lo fronterizo o de lo narcisista. Como consecuencia inmediata de la alteración de estas dos funciones, se altera también el juicio de realidad, esto es la anticipación, la capacidad de prever la consecuencia de los propios actos, lo inapropiado de la conducta ante un contexto determinado, o ambos.

La función de relaciones de objeto opera en dos dimensiones específicas, sobre la forma y calidad de las relaciones del yo con los objetos externalizados o internalizados, mientras que la otra se relaciona con el grado de evolución intrapsíquica con que se dan las relaciones de objeto. La prueba de realidad dependerá en mayor o menor medida del funcionamiento de las áreas de autonomía primaria, y del sentido de realidad del sí mismo y del mundo, lo que parece estar fuertemente condicionado por las vicisitudes de la relación de objeto temprana.

El área de control y modulación de los impulsos pertenece al terreno de la teoría estructural, con funciones derivadas del choque entre los deseos y pulsiones y la realidad frustrante. Posteriormente al internalizarse esto, se estructuran las defensas y los mecanismos de modulación de la descarga del instinto y el afecto. Las formas de defensa más estructuradas son las llamadas defensas neuróticas como la represión, formación reactiva, aislamiento de los afectos y denegación, entre otras; y las defensas menos estructuradas que son las que tienen que ver con la respuesta directa impulso-realidad como son la negación, escisión, proyección e introyección.

En el área de mantenimiento de la estructura se encuentran las funciones de autonomía primaria y secundaria, que proveen la independencia de la estructura y su tolerancia a la presión. Asimismo, se encuentra la función sintética integrativa, cuya tarea más importante consiste en reducir al máximo las incongruencias estructurales, reorganizando configuraciones que permitan al yo tener unidad como estructura, esto es la barrera contra los estímulos, el dominio y competencia que aseguran mayor grado de control sobre la conducta adaptativa y el pensamiento, que al ensayar con pequeñas descargas de la acción, permite una conducta más adaptativa y menos expuesta al fracaso.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLE DEPENDIENTE.

El Yo y sus áreas de funcionamiento (área de contacto con el mundo exterior, área de control y modulación de los impulsos y área de mantenimiento de la estructura), se definen operacionalmente a través de la ejecución del niño en la prueba, evaluándolo por medio de la lista de conceptos para la interpretación del H.T.P. (anexo 2).

El área de contacto con el mundo exterior se evalúa a partir de la presencia o ausencia de los elementos considerados en la lista de conceptos para la interpretación, tales como:

- Tamaño grande de la imagen
- Rotación

- Borde de papel: inferior, lateral, superior e impide se complete el dibujo
- Relación con el observador: visto desde arriba, desde abajo, a distancia y de espaldas
- Línea base
- Transparencias
- Detalles esenciales: puerta ausente, grande, pequeña, cerrada, abierta. Techo enfatizado, únicamente el techo, en una sola línea. Muros delgados, débiles, énfasis, ausencia o transparentes.
- Ventanas ausentes, énfasis, numerosas, abiertas, pequeñas.
- Ramas: excesivas, muy altas, rotas
- Copa en forma de nube o aplanada
- Árbol en forma de ojo de cerradura
- Árbol tipo frutal, movido por el viento
- Brazos: énfasis, como espagueti, omitidos muy pequeños o escondidos, en forma de alas.
- Cabeza: grande, pequeña, irregular o separada del cuerpo
- Detalles no esenciales: cortinas, contraventanas
- Raíces: omitidas, garras delgadas o transparentes
- Rasgos faciales: omitidos o débiles, énfasis, perfil
- Ojos: énfasis, pequeños, cerrados u omitidos, pupilas omitidas
- Orejas: énfasis
- Detalles irrelevantes: escalones y caminos largos o angostos
- Dimensionalidad de los detalles: casa dibujada como plano

El área de control y modulación de los impulsos se evalúa a través de la presencia o ausencia de los siguientes elementos del dibujo:

- Borraduras
- Tamaño pequeño de la imagen
- Perspectiva, ubicación en la página izquierda, derecha, central, superior, inferior
- Proporción
- Distorsión moderada
- Detalles excesivos
- Detalles esenciales: antropomórficos, omisiones
- Copa garabateada
- Tronco: base amplia, grande, cicatriz, base angosta
- Boca: énfasis, omisión, con dientes
- Piernas: omitidas, trozadas, juntas, flotando
- Senos
- Hombros cuadrados o enfatizados
- Detalles no esenciales: corteza enfatizada, meticulosidad, hojas desprendidas
- Genitales
- Pies: omitidos o trozados

- Cabello: enfatizado u omitido
- Manos y dedos: enguantadas, en forma de púas o pétalos
- Cuello: énfasis, como espagueti, omitido
- Detalles irrelevantes: nubes, sombras, montañas, bastones, espadas o armas
- Sombreado excesivo de los detalles
- Calidad de la línea: recargada, débil

El área de mantenimiento de la estructura se evalúa a través de la presencia o ausencia de los siguientes aspectos:

- Simetría excesiva
- Fragmentación
- Distorsiones obvias
- Detalles extravagantes.

Además de considerar los elementos de la lista de conceptos para la interpretación, se tomaron en cuenta los datos obtenidos a través del interrogatorio posterior y la historia clínica.

4.4. TIPO DE ESTUDIO.

Dicha investigación es de tipo cuasi-experimental que consiste en una indagación empírica y sistemática en la cual no se tiene control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido y no son manipulables (kerlinger,1990).

De campo porque esta dirigida a descubrir las relaciones e interacciones entre variables psicológicas, sociológicas y educativas en estructuras sociales reales, y que de manera sistemática busca la prueba de hipótesis en condiciones que no son experimentales y que se llevan a cabo en situaciones de la vida como escuelas e instituciones (kerlinger,1990).

Transversal porque se esta eligiendo una etapa determinada en el desarrollo del niño donde interesa el fenómeno en el presente (Pick, S, López, A, 1995).

4.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

El diseño de investigación corresponde a un diseño de dos grupos independientes con características diferentes, un grupo experimental con quemaduras y otro grupo control sin quemaduras. A los cuales se les aplicó la prueba de H.T.P. con la finalidad de ver si existen diferencias entre ellos (Pick, López,1995).

4.6. MUESTRA.

La presente investigación se llevó a cabo utilizando un muestreo no probabilístico, de tipo intencional para ambos grupos, ya que se establecieron criterios de inclusión por cuota, determinando el número de sujetos que participarían.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Edad escolar (de 7 a 12 años), para ambos grupos.
- ❖ Niños con quemaduras de primero y segundo grado que requirieron estancia hospitalaria, para el grupo experimental.
- ❖ Niños sin antecedentes de quemaduras, para el grupo control.

4.7. SUJETOS.

Grupo Experimental (Quemados): Se trabajó con 30 niños de ambos sexos, en edad escolar, que ingresaron al Hospital Pediátrico de Xochimilco por haber sufrido quemaduras de segundo y/o tercer grado, que requirió de estancia hospitalaria.

Grupo Control (No Quemados): 30 niños de ambos sexos, en edad escolar, sin antecedentes de lesiones por quemaduras de segundo y/o tercer grado, que asisten a la Escuela Primaria "Wilfrido Massieu" de la Delegación Coyoacán.

4.8. ESCENARIO.

La aplicación de la prueba para la población de niños no quemados, se llevó a cabo en un aula de 2 x 3 metros aproximadamente, dentro de las instalaciones de la escuela primaria Wilfrido Massieu.

La aplicación de la prueba en los niños quemados se llevó a cabo en un cubículo de 2 x 2 metros aproximadamente del Instituto Para la Atención Integral del niño Quemado, que se encuentra dentro de las instalaciones del Hospital Pediátrico de Xochimilco.

4.9. INSTRUMENTOS.

Para la realización de la investigación se utilizó el dibujo proyectivo Casa-Árbol-Persona H.T.P. (Buck, 1995). Es una prueba utilizada con la finalidad de obtener información acerca de cómo la persona experimenta su yo en relación con su familia y los demás. Esta prueba facilita la proyección de elementos de la personalidad y áreas de conflicto en el entorno terapéutico, permitiendo su identificación para valorarlas y compartirlas para así establecer una comunicación terapéutica efectiva.

Es una prueba de papel y lápiz, de ejecución típica, no estructurada y de aplicación individual.

Forma de aplicación:

- Solicitar al individuo que dibuje libremente una casa, un árbol y una persona.

Una vez que elaboró el dibujo se realiza un interrogatorio posterior al dibujo (anexo 1); donde se sugieren algunas preguntas estándar con espacio para anotar las respuestas del sujeto para la interpretación, con la finalidad de obtener mayor información acerca del contenido y contexto del dibujo.

Calificación e interpretación:

Finalmente para su calificación e interpretación se emplearon los parámetros establecidos por John. N. Buck (1995), que constan de una lista de conceptos para la interpretación (anexo 2).

Historia clínica de los sujetos: Se solicitó a los padres o tutores de los niños datos para explorar el desarrollo y dinámica familiar del niño y así tener elementos suficientes para calificar e interpretar adecuadamente la prueba (anexo 3).

Como todas las técnicas de este tipo, el H.T.P. facilitó la proyección de elementos de la personalidad y áreas de conflicto, que fueron complementados con datos que arroja la historia clínica.

4.10. MATERIAL.

- ❖ Hojas de papel blanco tamaño carta
- ❖ Lápices del No. 2 ó 2 ½.
- ❖ Goma
- ❖ Sacapuntas
- ❖ Cronómetro
- ❖ Formatos del interrogatorio posterior (anexo 1).
- ❖ Formatos de historia clínica (anexo 3)

4.11. PROCEDIMIENTO.

Inicialmente se ubicó la escuela y hospital de donde pudieran obtenerse los sujetos con las características necesarias para la muestra. Se explicaron los fines de la presente investigación y posteriormente se solicitó el permiso y cooperación de las autoridades de cada institución, así como de las madres o tutores y los niños. Se aplicó el instrumento de forma individual, a los sujetos que voluntariamente aceptaron participar en el estudio.

Grupo de niños no quemados

La aplicación de la prueba para la población de niños no quemados, se llevó a cabo en una aula de 2 x 3 metros aproximadamente, dentro de las instalaciones de la escuela primaria Wilfrido Massieu.

Una vez en el salón de clases se estableció rapport con el niño (a) se le proporcionó el material (hojas blancas tamaño carta, lápiz y goma) y se procedió a la aplicación individual del H.T.P.

Primero se le entregó una hoja en forma horizontal y se inició la aplicación dando la primera consigna:

"Quiero que hagas el dibujo de una casa. Puedes dibujar la casa que desees y hazlo lo mejor que puedas. Puedes borrar cuantas veces quieras. Toma el tiempo que necesites. Solo esmérate" (Buck, 1995).

Una vez que se le dio la indicación y el niño la entendió se procedió a tomar el tiempo de latencia para iniciar el dibujo y el tiempo total de ejecución del mismo, observando la ejecución.

Ya que terminó el dibujo de la casa se continuó con el segundo dibujo. Esta vez se entregó la hoja en forma vertical y se dio la siguiente consigna:

"Quiero que hagas el dibujo de un árbol. Puedes dibujar el árbol que desees y hazlo lo mejor que puedas. Puedes borrar cuantas veces quieras. Toma el tiempo que necesites. Solo esmérate" (Buck, 1995).

Se tomaron los tiempos de latencia y ejecución, observando la ejecución.

Para finalizar con la fase de aplicación se le entregó otra hoja en forma vertical y se le dio la siguiente consigna:

"Quiero que hagas el dibujo de una persona. Puedes dibujar la persona que desees y hazlo lo mejor que puedas. Puedes borrar cuantas veces quieras. Toma el tiempo que necesites. Solo esmérate" (Buck, 1995).

Y nuevamente se tomaron los tiempos de latencia y ejecución, observando la ejecución.

El tiempo promedio de aplicación fue de 30 a 40 minutos por cada niño.

Se solicitó al pequeño que anotara su nombre en cada dibujo y se procedió a la aplicación del interrogatorio posterior de Buck (anexo 1).

Al concluir con las preguntas de cada dibujo se recogió la prueba, se agradeció al niño (a) su participación y se le pidió que regresara a su salón de clases.

Posteriormente para obtener la información de la historia clínica se solicitó la asistencia de los padres de familia o tutores de cada niño, para que proporcionaran la información necesaria.

Grupo de niños quemados

La aplicación de la prueba en los niños quemados se llevó a cabo en un cubículo de 2 x 2 metros aproximadamente del Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, que se encuentra dentro de las instalaciones del Hospital Pediátrico de Xochimilco.

Una vez que se estableció rapport en el cubículo con el niño (a) se le proporcionó el material (hojas blancas tamaño carta, lápiz y goma) y se procedió a la aplicación individual del H.T.P.

Primero se le entregó una hoja en forma horizontal y se inició la aplicación dando la primera consigna:

"Quiero que hagas el dibujo de una casa. Puedes dibujar la casa que desees y hazlo lo mejor que puedas. Puedes borrar cuantas veces quieras. Toma el tiempo que necesites. Solo esmérate" (Buck, 1995).

Una vez que se le dio la indicación y el niño la entendió se procedió a tomar el tiempo de latencia para iniciar el dibujo y el tiempo total de ejecución del dibujo.

Ya que terminó el dibujo de la casa se continuó con el segundo dibujo. Esta vez se entregó la hoja en forma vertical y se dio la siguiente consigna:

"Quiero que hagas el dibujo de un árbol. Puedes dibujar el árbol que desees y hazlo lo mejor que puedas. Puedes borrar cuantas veces quieras. Toma el tiempo que necesites. Solo esmérate". (Buck, 1995).

Se tomaron los tiempos de latencia y ejecución, observando la ejecución.

Para finalizar con la fase de aplicación se le entregó otra hoja en forma vertical y se le dio la siguiente consigna:

"Quiero que hagas el dibujo de una persona. Puedes dibujar la persona que desees y hazlo lo mejor que puedas. Puedes borrar cuantas veces quieras. Toma el tiempo que necesites. Solo esmérate" (Buck, 1995).

Y nuevamente se tomaron los tiempos de latencia y ejecución, observando la ejecución.

El tiempo promedio de aplicación fue de 30 a 40 minutos.

Se solicitó al pequeño que anotara su nombre en cada dibujo y se procedió a la aplicación del interrogatorio posterior de Buck (anexo 1).

Al concluir con las preguntas de cada dibujo se recogió la prueba, se agradeció al niño (a) su participación y se le regresó a la sala de atención a niños quemados del hospital.

Se obtuvo información para la historia clínica por medio del familiar, o bien del expediente clínico.

Una vez obtenidos los dibujos y los datos en los interrogatorios, se procedió a la interpretación, para lo cual se consideraron datos relevantes de la historia clínica tales como antecedentes familiares, historia del desarrollo, historia sexual, historia de salud y escolar.

4.12. ANÁLISIS DE DATOS.

Debido a las características propias de la prueba y a que los datos no se distribuyen de manera normal de acuerdo a la prueba one-sample kolmogorov-Smimov fue necesario utilizar sólo un análisis de frecuencias de los elementos de ejecución en cada grupo y por cada una de las áreas del yo con base en la lista de conceptos para la interpretación (anexo 2). Lo anterior con la finalidad de aprovechar de mejor manera la información que arroja la prueba ya que esta tiene como característica principal el ser proyectiva por lo que para su calificación e interpretación se hace un análisis cualitativo de los resultados, los cuales se obtienen a través de los criterios establecidos por el autor así como del adecuado manejo que el profesional haga de los mismos.

Además se consideraron los datos obtenidos por medio del interrogatorio posterior (anexo 1) y la historia clínica (anexo 3), que también son de gran importancia para la obtención de los resultados de la presente investigación.

CAPÍTULO V.

5. RESULTADOS.

Para obtener los resultados se utilizó la estadística descriptiva considerando las frecuencias de los elementos de ejecución en cada grupo con base a la lista de conceptos para la interpretación.

La muestra esta constituida por 60 niños y niñas en edad escolar. De los cuales 30 sufrieron quemaduras de segundo o tercer grado y requirieron ser internados en el Hospital Pediátrico de Xochimilco y 30 sin antecedentes de quemaduras pertenecientes a la escuela primaria Wilfrido Massieu.

NIÑOS QUEMADOS

EDAD	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	TOTAL
FEMENINO	1	1	0	1	1	2	6
MASCULINO	1	4	6	7	3	3	24
TOTAL	2	5	6	8	4	5	30

NIÑOS NO QUEMADOS

EDAD	7 AÑOS	8 AÑOS	9 AÑOS	10 AÑOS	11 AÑOS	12 AÑOS	TOTAL
FEMENINO	0	0	1	8	2	4	15
MASCULINO	0	0	0	5	6	4	15
TOTAL	0	0	1	13	8	8	30

Las siguientes tablas presentan las frecuencias de cada uno de los indicadores obtenidos en cada dibujo en ambos grupos:

CASA	NO QUEMADOS	QUEMADOS
RASGOS NORMALES		
SIMETRÍA	24	27
LÍNEAS NO ESBOZADAS	24	27
DEFICIENCIAS ACEPTADAS	23	15
OBSERVACIONES GENERALES		
ACTITUD POSITIVA	29	28
ACTITUD NEGATIVA	1	2
HABILIDAD CRÍTICA	25	18
BORRADURAS	18	10
COMENTARIOS ESPONTÁNEOS	13	5
PROPORCIÓN		
TAMAÑO GRANDE	7	11
TAMAÑO PEQUEÑO	6	5
SIMETRÍA EXCESIVA	1	1
ASIMETRÍA	0	2
DISTORSIÓN OBIAS	2	1
DISTORSIÓN MODERADA	3	3
PERSPECTIVA		
UBICACIÓN IZQUIERDA	16	14
UBICACIÓN DERECHA	1	2
UBICACIÓN CENTRAL	1	4
UBICACIÓN SUPERIOR	3	2
UBICACIÓN SUPERIOR IZQUIERDA	3	2
UBICACIÓN INFERIOR	18	10
ROTACIÓN	0	1
BORDE INFERIOR	15	11
BORDE LATERAL	3	0
VISTO DESDE ARRIBA	0	1
VISTO A DISTANCIA	3	3
DE ESPALDAS	0	0
LÍNEA BASE	1	0
TRANSPARENCIAS	5	5
DETALLES		
EXCESIVOS	3	3
CARENCIA	6	5
EXTRAVAGANTES	2	0
DETALLES ESENCIALES		
muro, techo, puerta, ventana, chimenea	29	30
Antropomórfico	8	7
Chimenea	11	6
Chimenea énfasis	3	1
Chimenea omisión	19	23

Chimenea humo excesivo	4	2
Chimenea en ángulo	0	2
puerta ausencia	0	1
puerta grande	1	3
puerta pequeña	10	9
puerta cerrada atrancada	26	27
puerta abierta	2	0
techo énfasis	9	0
techo una sola línea	0	1
muros ausentes	1	0
muros doble perspectiva	5	7
muros transparentes	4	5
ventanas énfasis	4	0
ventanas ausentes	1	3
ventanas numerosas	1	2
ventanas abiertas	1	0
ventanas pequeñas	3	4
DETALLES NO ESENCIALES		
Cortinas enfatizadas	2	0
contraventanas cerradas	1	0
DETALLES IRRELEVANTES		
nubes, sombras	2	4
Caminos largos o angostos	2	2
Arbustos excesivos	1	4
CALIDAD DE LA LÍNEA		
Recargada	17	14
Débil	1	6
fragmentada, dificultad en ángulos	3	3

Tabla de frecuencias obtenidas en el dibujo de la casa, de acuerdo a la lista de conceptos para la interpretación.

ÁRBOL	NO QUEMADOS	QUEMADOS
RASGOS NORMALES		
SIMETRÍA	27	27
LÍNEAS NO ESBOZADAS	26	25
DEFICIENCIAS ACEPTADAS	15	16
OBSERVACIONES GENERALES		
ACTITUD POSITIVA	29	28
ACTITUD NEGATIVA	1	2
HABILIDAD CRÍTICA	17	18
BORRADURAS	10	5
COMENTARIOS ESPONTÁNEOS	6	12
LATENCIAS, PAUSAS	0	1
PROPORCIÓN		
TAMAÑO GRANDE	20	10
TAMAÑO PEQUEÑO	1	8
ASIMETRÍA	3	0
DISTORSIÓN OBIAS	0	1
DISTORSIÓN MODERADA	5	2
PERSPECTIVA		
UBICACIÓN IZQUIERDA	9	12
UBICACIÓN CENTRAL	3	5
UBICACIÓN SUPERIOR	3	8
UBICACIÓN INFERIOR	13	14
BORDE INFERIOR	18	8
VISTO A DISTANCIA	0	2
LÍNEA BASE	1	3
TRANSPARENCIAS	2	0
DETALLES		
EXCESIVOS	3	1
CARENCIA	7	10
EXTRAVAGANTES	1	1
DETALLES ESENCIALES		
Tronco y al menos una rama	30	29
ramas excesivas	3	0
ramas rotas o muertas	0	1
copa en forma de nube	13	17
copa garabateada	10	12
copa aplanada	2	3
en forma de ojo de cerradura	0	1
tronco, base amplia	3	3
tronco grande	10	5
Tronco cicatrices	2	2
tronco unidimensional	0	1
tronco, énfasis vertical	1	0
tronco, base angosta	3	1
tipo, frutales o de navidad	15	6
DETALLES NO ESENCIALES		

Corteza enfatizada	2	0
Meticulosidad	0	1
hojas grandes	0	1
raíces omitidas	24	29
raíces garras	1	0
raíces delgadas o muertas	3	1
Fruta	14	6
DETALLES IRRELEVANTES		
nubes, sombras	3	3
arbustos excesivos	3	0
Otro	7	2
DIMENSIONALIDAD EN LOS DETALLES		
Unidimensional	0	1
SOMBREADO DE LOS DETALLES		
Excesivo	1	0
CALIDAD DE LA LÍNEA		
Recargada	11	11
Débil	1	3
fragmentada, dificultad en ángulos	4	3

Tabla de frecuencias obtenidas en el dibujo del árbol, de acuerdo a la lista de conceptos para la interpretación.

PERSONA	NO QUEMADOS	QUEMADOS
RASGOS NORMALES		
SIMETRÍA	29	29
LÍNEAS NO ESBOZADAS	26	24
DEFICIENCIAS ACEPTADAS	17	15
OBSERVACIONES GENERALES		
ACTITUD POSITIVA	28	28
ACTITUD NEGATIVA	2	2
HABILIDAD CRÍTICA	15	16
BORRADURAS	21	12
COMENTARIOS ESPONTÁNEOS	6	11
PROPORCIÓN		
TAMAÑO GRANDE	3	5
TAMAÑO PEQUEÑO	6	12
DISTORSIÓN OBIAS	0	1
DISTORSIÓN MODERADA	4	5
PERSPECTIVA		
UBICACIÓN IZQUIERDA	12	13
UBICACIÓN DERECHA	0	1
UBICACIÓN CENTRAL	4	6
UBICACIÓN SUPERIOR	6	3
UBICACIÓN INFERIOR	12	16
ROTACIÓN	1	0
BORDE INFERIOR	1	2
BORDE IMPIDE COMPLETAR FIGURA	1	0
LÍNEA BASE	2	1
TRANSPARENCIAS	1	1
MOVIMIENTO	1	0
DETALLES		
EXCESIVOS	7	0
CARENCIA	1	6
DETALLES ESENCIALES		
Cabeza, tronco, brazos, piernas, rasgos faciales	30	30
Brazos énfasis	0	2
Brazos como espagueti	2	2
Brazos omitidos, muy pequeños, escondidos	8	4
Brazos en forma de alas	1	5
Cabeza grande	7	8
Cabeza pequeña	6	2
Cabeza dibujada al último	0	3
Rasgos faciales, omitidos o débiles	0	2
Rasgos faciales perfil	1	1
ojos pequeños, cerrados u omitidos	4	3
ojos, pupilas omitidas	10	9
Orejas énfasis	1	0
Boca énfasis	2	0

Boca omitida	0	1
Boca, dientes	4	0
Género, sexo opuesto dibujado primero	4	4
Piernas juntas	4	3
Piernas separadas	5	9
Torso y cuerpo inconclusos o fragmentados	0	1
Seno	1	0
Torso y cuerpo, línea media vertical	0	1
hombros cuadrados o enfatizados	5	2
Línea de la cintura enfatizada	6	6
DETALLES NO ESENCIALES		
Ropa, demasiada o poca	3	6
Botones énfasis	6	3
genitales dibujados	1	0
pies omitidos o trozados	3	0
Cabello enfatizado u omitido	6	3
Manos, dedos enguantadas	7	9
Manos, dedos en forma de púas	3	2
Manos, dedos forma de pétalos	4	5
cuello énfasis	5	1
cuello como espagueti	0	1
cuello omitido	6	4
SOMBREADO DE LOS DETALLES		
Excesivo	1	1
CALIDAD DE LA LÍNEA		
Recargada	22	19
Débil	0	2
Fragmentada, dificultad en ángulos	1	5

Tabla de frecuencias obtenidas en el dibujo de la persona, de acuerdo a la lista de conceptos para la interpretación.

CAPITULO VI.

6. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

La siguiente tablas presentan las medias del tiempo de ejecución y latencia de cada uno de los dibujos en ambos grupos:

<u>CASA</u>	NO QUEMADOS	QUEMADOS
TIEMPO PROMEDIO DE EJECUCIÓN	2 min. 26 seg.	3 min. 2 seg.
TIEMPO PROMEDIO DE LATENCIA	6 seg.	8 seg.

<u>ÁRBOL</u>	NO QUEMADOS	QUEMADOS
TIEMPO PROMEDIO DE EJECUCIÓN	1 min. 37 seg.	1 min. 25 seg.
TIEMPO PROMEDIO DE LATENCIA	6 seg.	5 seg.

<u>PERSONA</u>	NO QUEMADOS	QUEMADOS
TIEMPO PROMEDIO DE EJECUCIÓN	1 min. 56 seg.	2 min. 20 seg.
TIEMPO PROMEDIO DE LATENCIA	10 seg.	9 seg.

En cuanto al promedio de tiempo total y de latencia, no se encontraron diferencias entre los grupos ya que presentan registros muy similares y están dentro del rango normal esperado.

Las siguientes tablas presentan las frecuencias de cada uno de los indicadores obtenidos en cada dibujo, con respecto a las tres áreas de funcionamiento del Yo. Cabe mencionar que para los fines de esta investigación se consideran los indicadores donde existe mayor diferencia en cuanto al número de frecuencias en cada indicador y grupo:

Área de contacto con el mundo exterior.

CASA	NO QUEMADOS	QUEMADOS
techo énfasis	9	0
TAMAÑO GRANDE	7	11
BORDE INFERIOR	15	11
ventanas énfasis	4	0
BORDE LATERAL	3	0
Puerta grande	1	3
Puerta abierta	2	0
muros doble perspectiva	5	7
ventanas ausentes	1	3
Cortinas enfatizadas	2	0
ROTACIÓN	0	1
VISTO DESDE ARRIBA	0	1
LÍNEA BASE	1	0
Puerta ausencia	0	1
Puerta pequeña	10	9
Puerta cerrada	26	27
techo una sola línea	0	1
muros ausentes	1	0
muros transparentes	4	5
ventanas numerosas	1	2
ventanas abiertas	1	0
ventanas pequeñas	3	4
Contraventanas cerradas	1	0
VISTO A DISTANCIA	3	3
DE ESPALDAS	0	0
TRANSPARENCIAS	5	5
Caminos largos o angostos	2	2

El techo enfatizado es el indicador en el cual se observa una mayor diferencia de frecuencias entre los grupos, siendo el grupo de los niños no quemados quienes lo presentan más. Mientras que en los indicadores de borde inferior, ventanas enfatizadas y borde lateral solo se observa cierta discrepancia en cuanto a las frecuencias en el grupo de no quemados.

La frecuencia del indicador tamaño grande de la figura fue mayor en el grupo de niños quemados.

Por otro lado en el resto de los indicadores no se observaron diferencias considerables.

<u>ARBOL</u>	NO QUEMADOS	QUEMADOS
TAMAÑO GRANDE	20	10
BORDE INFERIOR	18	8
tipo, frutales o de navidad	15	6
Fruta	14	6
raíces omitidas	24	29
copa en forma de nube	13	17
ramas excesivas	3	0
VISTO A DISTANCIA	0	2
LÍNEA BASE	1	3
TRANSPARENCIAS	2	0
raíces delgadas o muertas	3	1
ramas rotas o muertas	0	1
copa aplanada	2	3
en forma de ojo de cerradura	0	1
raíces garras	1	0

De los indicadores esperados en este dibujo, se observa que en el tamaño grande del dibujo, borde inferior, tipo frutal y con fruta las diferencias entre los grupos son significativas. Tendiendo el mayor número de frecuencias hacia el grupo de no quemados.

Por otro lado, en los indicadores de raíces omitidas y copa en forma de nube, se observó cierta diferencia en las frecuencias, esta vez en el grupo de niños quemados.

En el resto de los indicadores se mantiene cierta similitud en el número de frecuencias.

PERSONA	NO QUEMADOS	QUEMADOS
Brazos omitidos, muy pequeños, escondidos	8	4
Brazos en forma de alas	1	5
Cabeza pequeña	6	2
Cabeza dibujada al último	0	3
TAMAÑO GRANDE	3	5
Brazos énfasis	0	2
Rasgos faciales, omitidos o débiles	0	2
ROTACIÓN	1	0
BORDE INFERIOR	1	2
BORDE IMPIDE COMPLETAR FIGURA	1	0
LÍNEA BASE	2	1
TRANSPARENCIAS	1	1
Cabeza grande	7	8
ojos pequeños, cerrados u omitidos	4	3
ojos, pupilas omitidas	10	9
Orejas énfasis	1	0
Brazos como espagueti	2	2
Rasgos faciales perfil	1	1

Se aprecian algunas diferencias en los indicadores: brazos omitidos, muy pequeños o escondidos y cabeza pequeña, los cuales son más frecuentes en el grupo de los niños no quemados.

De igual manera, se observa cierta diferencia de frecuencias en el indicador de brazos en forma de alas, siendo más alta su presencia en el grupo de quemados.

Los demás indicadores no muestran mayores discrepancias.

Área de control y modulación de los impulsos.

<u>CASA</u>	NO QUEMADOS	QUEMADOS
BORRADURAS	19	10
UBICACIÓN INFERIOR	18	10
Línea débil	1	6
UBICACIÓN CENTRAL	1	4
Arbustos excesivos	1	4
Línea recargada	17	14
UBICACIÓN IZQUIERDA	16	14
Nubes, sombras	2	4
TAMAÑO PEQUEÑO	6	5
UBICACIÓN DERECHA	1	2
UBICACIÓN SUPERIOR	3	2
UBICACIÓN SUPERIOR IZQUIERDA	3	2
Antropomórfico	8	7
DETALLES EXCESIVOS	3	3
Línea fragmentada, dificultad en ángulos	3	3

Los indicadores de borraduras y ubicación inferior presentan una marcada diferencia en las frecuencias en el grupo de niños no quemados.

Mientras que los niños quemados puntúan más alto en las frecuencias del indicador línea débil.

Los demás indicadores no muestran mayores diferencias.

<u>ARBOL</u>	NO QUEMADOS	QUEMADOS
TAMAÑO PEQUEÑO	1	8
BORRADURAS	10	5
UBICACIÓN SUPERIOR	3	8
Tronco grande	10	5
DISTORSIÓN MODERADA	5	2
UBICACIÓN IZQUIERDA	9	12
Arbustos excesivos	3	0
UBICACIÓN CENTRAL	3	5
DETALLES EXCESIVOS	3	1
copa garabateada	10	12
Tronco, base angosta	3	1
Corteza enfatizada	2	0
Línea débil	1	3
UBICACIÓN INFERIOR	13	14
Tronco unidimensional	0	1
Tronco, énfasis vertical	1	0
Meticulosidad	0	1
sombreado excesivo de los detalles	1	0
Línea fragmentada, dificultad en ángulos	4	3
Tronco, base amplia	3	3
Tronco cicatrices	2	2
Nubes, sombras	3	3
Línea recargada	11	11

Los indicadores con mayor diferencia en las frecuencias en el grupo de niños no quemados fueron borraduras y tronco grande.

Los indicadores con mayor discrepancia en las frecuencias, esta vez en los niños quemados, fueron tamaño pequeño y ubicación superior.

Los demás indicadores no muestran mayores discrepancias.

PERSONA	NO QUEMADOS	QUEMADOS
RASGOS NORMALES		
BORRADURAS	21	12
DETALLES EXCESIVOS	7	0
TAMAÑO PEQUEÑO	6	12
UBICACIÓN INFERIOR	12	16
Boca, dientes	4	0
Piernas separadas	5	9
cuello énfasis	5	1
Línea fragmentada, dificultad en ángulos	1	5
UBICACIÓN SUPERIOR	6	3
hombros cuadrados o enfatizados	5	2
Cabello enfatizado u omitido	6	3
pies omitidos o trozados	3	0
Línea recargada	22	19
UBICACIÓN CENTRAL	4	6
Boca énfasis	2	0
Manos, dedos enguantadas	7	9
cuello omitido	6	4
Línea débil	0	2
DISTORSIÓN MODERADA	4	5
UBICACIÓN IZQUIERDA	12	13
UBICACIÓN DERECHA	0	1
Boca omitida	0	1
Piernas juntas	4	3
Seno	1	0
genitales dibujados	1	0
Manos, dedos en forma de púas	3	2
Manos, dedos forma de pétalos	4	5
cuello como espagueti	0	1
sombreado excesivo de los detalles	1	1

Los indicadores de borraduras, detalles excesivos, boca con dientes y cuello énfasis son los que presentaron mayor diferencia de frecuencias en el grupo de niños no quemados.

Mientras que los indicadores de ubicación inferior, tamaño pequeño, piernas separadas y línea fragmentada tiene mayor diferencia de frecuencias en el grupo de niños quemados.

Los demás indicadores no muestran mayores discrepancias.

Área de mantenimiento de la estructura.

<u>CASA</u>	NO QUEMADOS	QUEMADOS
SIMETRÍA	24	27
SIMETRÍA EXCESIVA	1	1
ASIMETRÍA	0	2
DISTORSIÓN OBVIAS	2	1
DETALLES EXTRAVAGANTES	2	0

<u>ÁRBOL</u>	NO QUEMADOS	QUEMADOS
SIMETRÍA	27	27
ASIMETRÍA	3	0
DISTORSIÓN OBVIAS	0	1
DETALLES EXTRAVAGANTES	1	1

<u>PERSONA</u>	NO QUEMADOS	QUEMADOS
SIMETRÍA	29	29
DISTORSIÓN OBVIAS	0	1

En las tablas anteriores se presentan las frecuencias obtenidas de los indicadores en los tres dibujos (Casa-Árbol-Persona) en cada grupo. En donde se observa que en esta área no existen diferencias significativas entre los dos grupos.

INTERROGATORIO POSTERIOR.

Al realizar el interrogatorio posterior en cada dibujo el grupo de *niños quemados* refirió de manera general lo que a continuación se describe:

En el dibujo de la casa se observó que puede estar construida en la mayoría de los casos de cemento, solo algunos refirieron que de madera y lámina. La casa les recuerda a su familia, especialmente a la madre y hermanos con los que juegan, aunque uno refirió que la casa necesita una familia y otro pequeño dijo que lo más necesitaba era felicidad, el ambiente con el que perciben la casa es cálido la mayoría de las veces, otros con frío y calor y muy pocos refirieron que el ambiente es totalmente frío, pero la mayoría coincide en que lo que más necesita su dibujo es calor. Casi todos los pequeños perciben al dibujo de la casa cerca y por arriba de ellos, muy pocos refirieron que estaba lejos, por debajo ó al mismo nivel.

Algunos niños recuerdan el momento en que sufrieron la quemadura o refieren a la casa segura en la cual "no pasan accidentes y no se quema", otros refieren conflictos familiares ó les evoca recuerdos de sus abuelos.

Finalmente se observan necesidades tales como espacio, muebles, ropa, artículos de cocina, etc.

En el dibujo del árbol refieren que éste tiene poco tiempo de edad (uno, tres o cinco años), muy pocos refieren a un árbol de mayor edad, identificándolo con ellos mismos o en la mayoría de los casos con figuras significativas para ellos como son los abuelos, para algunos el árbol tiene frutas y esta solo o en un grupo de árboles, para la mayoría el árbol esta vivo y solo algunos perciben una parte muerta del árbol, el clima en el que se encuentra casi siempre lo refieren cálido aunque para algunos esta nublado y frío, el árbol es fuerte en casi todos los casos por que tiene raíces y tronco "fuertes", "sus hojas casi no se secan", lo que más necesita es agua.

La mayoría de los niños mencionó que han lastimado al árbol "le cortan sus ramas", "unos gusanos le pican mucho". Lo que más necesitan los árboles de este grupo de niños es agua, cuidado, fruta y tierra.

En el dibujo de la persona es claro que se identifican con su rol, dibujan niños de su misma edad o a alguna persona significativa para ellos (padre, madre, hermanos, tíos, etc.). En la mayoría de los casos están sanos refiriendo que siempre comen bien o les dan de comer.

En las actividades que están realizando casi todos se encuentran jugando con sus hermanos, primos o amigos.

Refieren a la persona como amistosa, que necesita cariño, ropa y compañía, pues algunas veces se sienten solos y tristes "porque las personas están lejos". Y algunos "los han golpeado y lastimado".

Por otro lado en los dibujos de los *niños no quemados* encontramos las siguientes características:

La casa, en la mayoría de los casos, está construida de concreto, sólo algunas son de adobe o madera. En la casa vive su familia, donde las figuras más representativas son: los padres, especialmente la madre, los abuelos y tías, perciben a la casa cerca, por arriba de ellos, alegre y amistosa. Entre lo que más necesita se observa que son árboles, plantas, flores, color en sus paredes, muebles, televisión, cuartos, refrigerador, etc.

El árbol en todos los casos es de tipo frutal y su edad coincide con la del niño a excepción de uno que comenta que tiene 50 años, algunos lo identifican con su rol de género y otros con el de su figura más representativa, ya sea la madre o el padre, el clima en la mayoría de los dibujos es cálido o en primavera. Casi todos los pequeños describen una árbol fuerte y sano "tienen raíces fuertes" "está duro con sus raíces", "ha aguantado huracanes" "me recuerda a un luchador". Algunos niños comentan que lo cuidan ya sea ellos mismos u otros, "es fuerte porque yo lo cuido", "no lo han lastimado por que yo estoy con él", "un perro lo cuida". Sin embargo otros refieren que lo han lastimado de muchas maneras: "los cortadores lo quieren tirar", "los niños enojados se desquitan con el pobre árbol", "nadie lo quiere por eso lo han lastimado", "le pegan con el balón". Entre las cosas que más necesita es cuidado, calor, agua, abono, sol, amor y paz.

En la persona se observa que los niños relacionan el dibujo de la persona con su género y edad, o con alguna persona que forma parte de su familia o entorno.

Algunos niños refieren actividades cotidianas y en grupo como es el juego, "va a ir al cine", "hace ejercicio". El clima es cálido en la mayoría de los casos.

Entre lo que más necesita la persona se encuentra el afecto, atención, seguridad y alimento, "no es sano por que no se alimenta, esta muy flaquito", "que no lo golpeen", "esta triste porque nadie lo quiere", "necesita apapacho", "necesita reírse", "necesita alegría".

Por otro lado, algunos niños describen que su entorno de alguna manera cubre sus demandas, "es feliz porque tiene muchos amigos", "lo quiere mucho su familia", "si le dan agua", "come bien".

En ambos grupos el sol representa a una persona muy significativa para los niños, esencialmente en cuanto a lo afectivo, en la mayoría de los interrogatorios refieren a esta figura como la madre, el padre o un familiar cercano.

HISTORIA CLÍNICA.

Los niños que han sufrido una lesión por quemadura generalmente pertenecen a familias desintegradas, donde la ausencia del padre se da por abandono, son disfuncionales ya que existen conflictos en la relación de los integrantes, sobre todo entre los padres, motivo principal de las separaciones, además de presentarse relaciones extramaritales.

Es común que en las historias de los niños quemados se refiera que son producto de un embarazo no planeado, existiendo poco interés por parte del padre y problemas de pareja durante el embarazo.

El nivel de educación de los padres es limitado, la escolaridad promedio es de primaria, por lo que generalmente obtienen bajos ingresos propiciando carencias significativas, con un nivel socioeconómico bajo donde las condiciones de vivienda y hacinamiento son un factor predisponente para que ocurran accidentes, en este caso por quemaduras. Ofreciendo un ambiente poco favorecedor para el óptimo desarrollo de los niños. Como en la mayoría de los casos el padre esta ausente, ya sea física o afectivamente, la madre se hace cargo de la familia, teniendo que cubrir todas las necesidades de ésta, lo que puede originar un cierto descuido hacia los hijos, incrementando las posibilidades de que sufran accidentes.

También cabe señalar que los niños quemados muestran cierta tendencia a cursar grados escolares menores a los correspondientes a su edad, de 1 a 3 años en promedio.

Los niños no quemados presentan con mayor frecuencia familias integradas y aparentemente más funcionales que las del grupo de quemados. Cabe destacar que el nivel de escolaridad de los padres es similar al del grupo de los niños

quemados, sin embargo el padre de alguna forma mantiene una actividad laboral constante que le permite cubrir de mejor manera las necesidades familiares.

Es más común en éstas familias que la madre esté más tiempo dedicada a las actividades del hogar, lo que podría resultar en una mayor atención hacia los hijos.

Se observó que en la mayoría de las historias de los niños no quemados, los hijos tienden a ser planeados, y procreados después del establecimiento de la pareja. Así mismo, son familias con un menor número de hijos (de 1 a 3) en comparación con las familias de los niños quemados, en las que el número de hijos está entre 4 y 5.

CAPÍTULO VII.

7. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.

A partir de los resultados anteriores, donde se describen las frecuencias obtenidas de los indicadores por cada una de las tres áreas del funcionamiento del Yo, en los dibujos realizados por los niños quemados y los no quemados, se concluye que: **“Existen diferencias entre el niño escolar quemado y el no quemado acerca de la manera en como experimentan su “yo” en relación con su medio, a través de la técnica del dibujo proyectivo H.T.P. ”.** Por lo tanto se acepta la hipótesis de trabajo de la presente investigación.

En el **área de contacto con el mundo exterior** se observaron las siguientes diferencias entre los grupos:

El grupo de los niños quemados presenta una mayor diferencia en las frecuencias de elementos tales como: tamaño grande de la figura en casa, raíces omitidas, copa en forma de nube y brazos en forma de alas. Los cuales son indicadores de un ambiente restrictivo, tensión, compensación, inseguridad, fantasía y rasgo esquizoide.

Los niños no quemados tuvieron mayor diferencia en cuanto a las frecuencias en los indicadores: techo enfatizado, borde inferior, borde lateral, ventanas enfatizadas, tamaño grande del dibujo en árbol, borde inferior, tipo frutal y con fruta, brazos omitidos, muy pequeños o escondidos y cabeza pequeña. Los cuales se relacionan con aspectos tales como: introversión, fantasía, necesidad de apoyo, ambivalencia social, sentimiento de constricción, ambiente restrictivo, tensión, compensación, inmadurez, dependencia, culpa e inadecuación.

En el **área de control y modulación de los impulsos** los grupos difieren en que:

Los niños quemados presentan una mayor frecuencia en los indicadores de línea débil, tamaño pequeño, ubicación superior, ubicación inferior, piernas separadas y línea fragmentada. Esto se relaciona con los siguientes aspectos: indecisión, miedo, inseguridad, yo débil, aislamiento, descontento, regresión, lucha no realista, fantasía, frustración, concreción, depresión, inadecuación y agresión.

Los niños no quemados obtuvieron frecuencias más altas en los indicadores de borraduras, ubicación inferior, tronco grande, detalles excesivos, boca con dientes y cuello enfatizado. Los cuales tienen que ver con incertidumbre, conflicto, indecisión, autocrítica, ansiedad, concreción, depresión, inseguridad, inadecuación, regresión, agresión y necesidad de control.

En el **área de mantenimiento de la estructura** cuyos indicadores son: Simetría excesiva, fragmentación, distorsiones obvias y detalles extravagantes, no existen diferencias considerables entre los grupos en cuanto a rigidez, fragmentación, psicosis u organicidad. Lo que hace suponer que los niños de

ambos grupos mantienen una estructura que les permite adaptarse y responder a las exigencias de su ambiente.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se encontró que:

Los niños quemados mantienen un adecuado contacto con la realidad. Sin embargo, pueden estar percibiendo una considerable presión ambiental. Los niños que ingresan al hospital por quemaduras, además del trauma y el dolor provocado por el accidente son separados de su familia y entorno por largos períodos de tiempo. El niño permanece en un medio altamente hostil, desconocido y limitante donde de alguna manera pierde su autonomía. Esto puede provocar en ellos sentimientos de abandono, aislamiento, tristeza, incertidumbre, indefensión, inseguridad y fuertes temores. Este entorno les resulta amenazante ante el cual pueden reaccionar irritables y poco accesibles. Sin embargo, su capacidad de adaptación no se ve totalmente deteriorada, son capaces de adaptarse y enfrentarse al medio en situaciones nuevas, por adversas que éstas sean.

Arévalo (1998) refiere que la mayor parte de las relaciones familiares son deficientes, cuando los niños necesitan sentirse amados, protegidos y apoyados, los padres no saben cómo transmitir esa sensación de cariño, seguridad y confianza necesaria para favorecer la pronta recuperación de sus hijos y hacer menos agresiva su estancia en el hospital.

Los niños, al ingresar al hospital, a pesar de sus deficiencias familiares y de percibir un ambiente familiar poco afectivo, tienen como vínculo más cercano y fuerte a la madre, volviéndose indispensable, ya que es la persona que puede de alguna manera proveerle de seguridad y afecto dentro de ese medio. Esto se ve reflejado en las respuestas que dan en el interrogatorio posterior, donde se observa esta necesidad de cercanía y calidez, mostrando en general una demanda de afecto.

Sin embargo, Hernández G. (1996) afirma que las madres de los niños quemados son mujeres que tienen baja capacidad intelectual, son inestables emocionalmente, inseguras, con poca tolerancia a la frustración e impulsivas. La conducta observada en estas mujeres habla de que no están capacitadas para desarrollar el papel de madres, ya que no cuentan con la capacidad intelectual y emocional que les permita establecer un vínculo y apego satisfactorio, que le proporcione a sus hijos la seguridad y apoyo necesarios para desarrollarse adecuadamente, tanto intelectual como emocionalmente.

Por otro lado, se observa que el grupo de niños no quemados también mantienen un adecuado contacto con la realidad. Sin embargo, estos niños presentan, posiblemente por las características de su ambiente familiar y escolar, una mayor inmadurez, dependencia y necesidad de apoyo, ya que pueden experimentar sentimientos de tensión ante las exigencias de su medio, lo cual puede sugerir que estos niños utilizan más los recursos externos, por ser accesibles para ellos, a diferencia de los quemados que por sus condiciones se

ven más restringidos a acceder a estos, por lo que tienden a emplear en mayor grado sus propios recursos.

De acuerdo a los resultados obtenidos, los niños quemados presentan una menor tolerancia a la frustración y emplean como principal mecanismo de defensa la regresión, pudiéndose tornar demandantes y con cierta dificultad para controlar sus impulsos. Además, se observa que experimentan altos niveles de angustia, tristeza, retraimiento, aislamiento, sentimientos de inseguridad, y falta de confianza en sí mismos.

Por otro lado, se observa que los niños no quemados, de manera similar a los niños quemados, expresan sentimientos de inseguridad e inadecuación a su medio y algunas carencias afectivas en su entorno familiar. Pero en cambio, los niños no quemados tienden más a la fantasía, muestran una mayor preocupación sexual y realizan un mayor esfuerzo por controlar sus impulsos. También se aprecia un comportamiento más franco y directo.

Además, se observó que tanto en los niños quemados como los no quemados, la estructura yoica permanece funcional, permitiendo la adaptación del niño a las circunstancias actuales que tiene que enfrentar, sin llegar a una desestructuración que conlleve a una psicopatología.

De todo lo anterior, es posible observar a través de los datos proporcionados en las historias clínicas que existen algunas diferencias en las características familiares de cada grupo. Se encontró que las familias de los niños quemados, a diferencia de los no quemados, tienden a ser familias numerosas, desintegradas, aparentemente disfuncionales. En donde los hijos generalmente no son planeados, además de existir poco interés por parte del padre hacia estos. La madre es quien se hace cargo de la familia, teniendo que cubrir todas las necesidades de ésta, en comparación a las madres de los no quemados que pasa más tiempo dedicadas a las actividades del hogar.

El nivel de educación de los padres es limitado, la escolaridad promedio es de primaria, con un nivel socioeconómico bajo donde las condiciones de vivienda y hacinamiento pueden ser un factor predisponente para que ocurran accidentes, en este caso por quemaduras.

Cabe destacar que en cuanto a la historia del desarrollo se observó que no existen diferencias significativas y que en ambos grupos se refiere un desarrollo normoevolutivo de los niños.

CAPÍTULO VIII.

8. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

En el presente estudio sólo se utilizó una prueba diagnóstica, lo que podría segmentar los resultados obtenidos, convendría elaborar un psicodiagnóstico completo para evaluar en su totalidad las áreas de los niños, para así corroborar y ampliar los datos.

Al determinar las diferencias entre los grupos, se hizo sólo a través del análisis de frecuencias, ya que, al intentar realizar un procedimiento estadístico de los indicadores establecidos por Buck, encontramos que éste no fue posible, debido a la estructura propia de la prueba, por lo que fue necesario considerar principalmente sus aspectos cualitativos. Por lo anterior, se sugiere que para futuros estudios en los que se pretendan encontrar criterios estadísticamente significativos se utilicen instrumentos estructurados que sean cuantificables.

Se encontró cierta dificultad para obtener la muestra de los pacientes quemados ya que la edad seleccionada para este estudio no comprende el mayor porcentaje de niños que sufren accidentes por quemaduras. Además, por ser pacientes de manejo delicado, por su estado grave de salud, se dificulta el acceso a ellos. Por estos motivos la muestra no pudo ser tan homogénea en cuanto al sexo y las edades de los sujetos.

La poca disposición de algunas de las madres, sobre todo de los niños no quemados, limitó la obtención de información acerca de la historia de desarrollo de los niños.

Una vez que los niños quemados son dados de alta por mejoría médica, en un porcentaje considerable ya no regresan al hospital, impidiendo que se haga un seguimiento adecuado de los casos.

Durante el presente trabajo se observó que en México existe poca investigación realizada con pacientes quemados, principalmente en lo que respecta al área de la psicología.

Se sugiere estudiar y profundizar acerca del medio familiar de los niños quemados, a través de entrevistas y pruebas que proporcionen mayor información al respecto.

También, se sugiere hacer investigaciones con pacientes jóvenes o adultos que hayan sufrido quemaduras en su infancia, para determinar las consecuencias a largo plazo.

BIBLIOGRAFIA.

- AIKEN L. (1996). Test psicológicos y evaluación. Editorial Hispanoamericana Prentice Hall. México.
- ALLPORT G. (1970). Psicología de la personalidad. Editorial Piados. Buenos Aires.
- ALLPORT G. (1977). La personalidad: su configuración y desarrollo. Editorial Herder. Barcelona.
- ANDERSON Y ANDERSON. (1978). Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico. Editorial Rialp, Madrid España.
- ARÉVALO O. (1998). La imagen corporal y la imagen parental en el niño quemado. Revista Psiquiatría, Época 2, Vol. 14, No. 3. México.
- BELLAK, L. GOLDSMITH, L. (1993). Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo. Editorial Manual Moderno. México.
- BENDLIN (1993). Tratado de quemaduras. Editorial McGraw-Hill. México.
- BRUNNER S. L. (1993). Manual de enfermería. Vol. 3. Editorial McGraw-Hill. México.
- BUCK J.N. (1995). Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo H.T.P. Editorial Manual moderno, México.
- CARVER C. (1997). Teorías de la personalidad. Editorial Prentice Hall Hispanoamericana. México.
- CERDÁ E. (1960). Psicología aplicada. Editorial Herder, Barcelona.
- CRAIG G.J. (1994). Desarrollo psicológico. Editorial Hispanoamericana Prentice-Hall. México.
- CUELI J., REIDL L. (2001). Teorías de la personalidad. Editorial Trillas. México.
- CHARDÍ C. A. (25/06/2001). <http://www.facmed.unam.mx>
- DELVAL J. (2000). El desarrollo humano. Editorial Siglo XXI. México.
- DICAPRIO N (1995). Teorías de la personalidad. Editorial McGraw-Hill. México.
- EMILIANI F., CAGURATI F. (1991). El mundo social de los niños. Editorial Grijalbo. México.
- ESCAMILLA O. (1985-1989). Informe estadístico del primer quinquenio. Instituto para la atención integral del niño quemado I.A.P.
- ESQUIVEL F., HEREDIA A. Y LUCIO, E. (1997). Psicodiagnóstico clínico del niño. Editorial Manual Moderno. México.
- FERNÁNDEZ B.R.(1984). Psicodiagnóstico, conceptos, metodología. Editorial Cincel. Madrid, España.
- FREUD S. (1923). El yo y el Ello. III.

- FREUD S. (1924). Esquema del psicoanálisis. IV.
- FREUD, A. (2000). El yo y los mecanismos de defensa. Editorial Paidós, México.
- FRIEDMAN H. (1999). Personality; Classic theories and modern research. Edit. Allyn and Bacon. USA.
- GERMAN R. J. (08/08/2000). <http://spin.com.mx/~inaq/doc1.html>
- HAMMER E.F. (1992). Test proyectivos gráficos. Editorial Paidós. México.
- HERNÁNDEZ G.M. (1996). Características de personalidad y actitud de las madres de los niños quemados. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- HERNÁNDEZ, S. R. FERNÁNDEZ C., BAPTISTA, L.P.(1999) Metodología de la investigación. Editorial McGrawHill, México.
- HERRERA E. (1999). Las fantasías con respecto a la imagen corporal de los niños quemados. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- JIMÉNEZ, A. (2000). Principales elementos gráficos que aparecen en el H.T.P. (House, Tree, Person) en niños. Facultad de Psicología, UNAM. México.
- KAPIT, W., ELSON, L. (2000). Anatomía Cromodinámica. Editorial Fernández Editores. México.
- KERLINGER, F. (1990). Investigación del comportamiento. Editorial Mc Graw-Hill. México.
- LIAUDET J. (2000). Dolto para padres. Editorial Plaza & Janés. España.
- LIEBERT R. (2000). Personalidad. Editorial Internacional Thompson. México.
- MICHACA, P. (1987). Desarrollo de la personalidad. Editorial Pax México, México.
- NEWMAN B. (1994). Manual de Psicología infantil moderna. Vol. 2. Editorial Limusa. México.
- PETRILLO M. (1975). Cuidado emocional del niño hospitalizado. Editorial Prensa Médica Mexicana. México.
- PICK, S. LOPEZ, A. (1995). Como investigar en ciencias sociales. Editorial Trillas. México.
- PICHOT P. (1991). Los tests mentales. Editorial Paidós. México.
- RAMOS A. M. (1997). Investigación de las dificultades del maternaje en pacientes fronterizos (Border line). Instituto de investigación en psicología clínica y social a.c. México.
- RAPAPORT, D.(1967). La estructura de la teoría psicoanalista. Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- RICE P. (1997). Desarrollo humano; estudio del ciclo vital. Editorial Hispanoamericana Prentice-Hall. México.

- SHAKOW, D. RAPAPORT, D.(1976). Psicoanálisis y psicología contemporánea Editorial Paidós, Buenos Aires Argentina.
- SPITZ, R. (1992). El primer año de vida del niño. Editorial Fondo de Cultura Económica, México.
- TALLAFERRO A. (1997). Curso básico de psicoanálisis. Editorial Paidós. México.
- TARNOWSKI (1995). Handbook of pediatric psychology. The Guilford Press. New York.
- TORRES I. E. (18/05/2000). <http://spin.com.mx/~ed/fmm/>
- WALPOL, R. (2000). Probabilidad y estadística. Editorial Mc. Graw-Hill, México.
- WARREN, H. (1970). Diccionario de psicología. Editorial Fondo de Cultura Económica. México.
- WOLFF S. (1980). Trastornos psíquicos del niño: causas y tratamiento. Editorial Siglo XXI. México.

ANEXO 1.

Casa-Arbol-Persona
TÉCNICA DE DIBUJO PROYECTIVO

H-T-P

Folleto para la Interpretación

Publicado por



WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
Publishers and Distributors
13011 Wilshire Boulevard
Los Angeles, California 90025-1231

Nombre: _____ Fecha: _____
 Sexo: Masculino / Femenino Edad: _____ Escolaridad: _____
 Fuente de referencia: _____
 Preguntas de referencia: _____
 Entrevistador: _____ Lápiz Color

OBSERVACIONES GENERALES

Casa: Tiempo en que comenzó a dibujar (latencia) _____
 Tiempo para completar el dibujo _____

Árbol: Tiempo en que comenzó a dibujar (latencia) _____
 Tiempo para completar el dibujo _____

Persona: Tiempo en que comenzó a dibujar (latencia) _____
 Tiempo para completar el dibujo _____

Copyright © 1992 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
 Not to be reproduced in whole or in part without written permission of Western Psychological Services.
 W-282 All rights reserved. 1-214-567-89 Printed in U.S.A.

Figura 1
Muestra del Folleto de Registro del H-T-P

INTERROGATORIO POSTERIOR

2

Para abreviar el interrogatorio en los dibujos a color, puede utilizar únicamente las preguntas marcadas con un asterisco (*)

CASA

- 1.* ¿Cuántos pisos tiene la casa? (¿Tiene escaleras la casa?) _____
2. ¿De qué está hecha la casa? _____
- 3.* ¿Es suya? ¿De quién es? _____
4. ¿En la casa de quién estaba pensando cuando la dibujaba? _____
5. ¿Le gustaría que fuera suya esa casa? ¿Por qué? _____

- 6.* Si fuera dueño(a) de esa casa y pudiera hacer lo que quisiera con ella, ¿qué cuarto escogería para usted? ¿Por qué? _____

- 7.* Quién le gustaría que viviera en esa casa con usted? ¿Por qué? _____

8. Cuando mira la casa, ¿le parece que se encuentra cerca o lejos? _____
9. Cuando mira la casa, ¿tiene la impresión de que se encuentra por arriba de usted, debajo de usted o al mismo nivel que usted? _____
10. ¿Qué le hace pensar o recordar la casa? _____
11. ¿Qué más? _____

12. ¿Es una casa feliz y amistosa? _____
13. ¿Qué hay en la casa que le da esa impresión? _____

14. ¿La mayoría de las casas son así? ¿Por qué piensa eso? _____

- 15.* ¿Cómo es el clima en este dibujo? (época del año y momento del día, cielo, temperatura) _____

16. ¿Qué tipo de clima le gusta? _____
17. ¿A quién le recuerda esa casa? ¿Por qué? _____
- 18.* ¿Qué es lo que más necesita la casa? ¿Por qué? _____

- 19.* Si esto fuera una persona en lugar de (cualquier objeto dibujado aparte de la casa), ¿quién sería? _____

20. ¿Hacia dónde lleva la chimenea en esta casa? _____
21. Interrogatorio acerca de la distribución. (Dibujo y designación, por ejemplo, ¿Qué cuarto está representado por cada ventana? ¿Quién se encuentra ahí generalmente?)

Figura 1 (continuación)
Muestra del Folleto de Registro del H-T-P

ARBOL

- 22.* ¿Qué clase de árbol es? _____
23. ¿Dónde se encuentra realmente ese árbol? _____
- 24.* ¿Aproximadamente qué edad tiene el árbol? _____
- 25.* ¿Está vivo el árbol? _____
26. ¿Qué hay en él que le dé la impresión de estar vivo? _____
27. ¿Qué causó su muerte? (si no está vivo) _____
28. ¿Volverá a estar vivo? _____
29. ¿Alguna parte del árbol está muerta? ¿Cuál? ¿Qué cree que ocasionó su muerte? ¿Por cuánto tiempo ha estado muerta? _____
- 30.* ¿A qué se parece más ese árbol, a un hombre o a una mujer? _____
31. ¿Qué hay en el árbol que le da esa impresión? _____
32. Si fuera una persona en lugar de un árbol, ¿hacia dónde estaría mirando? _____
33. ¿El árbol se encuentra solo o dentro de un grupo de árboles? _____
34. Cuando mira el árbol, ¿tiene la impresión de que se encuentra por encima de usted, debajo de usted o al mismo nivel que usted? _____
- 35.* ¿Cómo es el clima en este dibujo? (época del año y momento del día, cielo, temperatura) _____
- 36.* ¿Está soplando el viento en el dibujo? Muéstreme en qué dirección sopla ¿Qué clase de viento es? _____
37. ¿Qué le recuerda ese árbol? _____
38. ¿Qué más? _____
39. ¿Es un árbol sano? ¿Qué le da esa impresión? _____
40. ¿Es un árbol fuerte? ¿Qué le da esa impresión? _____
41. ¿A quién le recuerda el árbol? _____
- 42.* ¿Qué es lo que más necesita el árbol? ¿Por qué? _____
43. ¿Alguien ha lastimado alguna vez al árbol? ¿Por qué? _____
- 44.* Si esto fuera una persona en lugar de (cualquier objeto dibujado aparte del árbol), ¿quién sería? _____

Figura 1 (continuación)
Muestra del Folleto de Registro del H-T-P

PERSONA

- 45.* ¿Es este un hombre o una mujer (niño o niña)? _____
- 46.* ¿Qué edad tiene? _____
- 47.* ¿Quién es? _____
48. ¿Es un pariente, un amigo o qué? _____
49. ¿En quién estaba pensando cuando dibujaba? _____
- 50.* ¿Qué está haciendo? ¿Dónde lo está haciendo? _____
51. ¿En qué está pensando? _____
- 52.* ¿Cómo se siente? ¿Por qué? _____
- 53.* ¿Qué le hace pensar o qué le recuerda esa persona? _____
54. ¿Qué más? _____
55. ¿Está sana esa persona? _____
56. ¿Qué es lo que le da esa impresión? _____
57. ¿Es feliz esa persona? _____
58. ¿Qué le da esa impresión? _____
59. ¿Es así la mayoría de la gente? ¿Por qué? _____
60. ¿Cree que le agradaría esa persona? _____
61. ¿Por qué? _____
62. ¿Cómo es el clima en el dibujo? (época del año y momento del día, cielo, temperatura) _____
63. ¿A quién le recuerda esa persona? ¿Por qué? _____
- 64.* ¿Qué es lo que más necesita esa persona? ¿Por qué? _____
- 65.* ¿Alguien ha herido alguna vez a esa persona? ¿De qué manera? _____
- 66.* Si esto fuera una persona en lugar de (cualquier objeto dibujado aparte de la persona), ¿quién sería? _____
- 67.* ¿Qué tipo de ropa lleva puesta esta persona? _____
- ③ 68. (Pídale al sujeto que dibuje el sol y la línea base en cada dibujo)
Suponga que el sol fuera alguna persona que usted conoce, ¿quién sería? _____

Figura 1 (continuación)
Muestra del Folleto de Registro del H-T-P

ANEXO 2.

LISTA DE CONCEPTOS PARA LA INTERPRETACIÓN

Revise características poco usuales que puedan ser signos de patología o de potencial para la patología al considerarlos en combinación con la historia del paciente, el problema actual y las respuestas a otros instrumentos de evaluación. La lista de conceptos para la interpretación no es exhaustiva, son únicamente lineamientos generales. Las interpretaciones deben estar apoyadas por la experiencia clínica y el conocimiento del Manual del H-T-P así como de otro material publicado.

CASA	ARBOL	PERSONA
<p>Rango normal: Encuentra la S en un tamaño si se encuentra dentro del rango normal</p> <p>S/N Tiempo: 10-12 minutos latencia <30 segundos</p> <p>S/N Pocas borraduras</p> <p>S/N Simetría</p> <p>S/N Líneas no esbozadas ni sobrenaturalizadas</p> <p>S/N Deficiencias aceptadas con buen humor</p> <p>4</p>	<p>Rango normal: Encuentra la S en un tamaño si se encuentra dentro del rango normal</p> <p>S/N Tiempo: 10-12 minutos latencia <30 segundos</p> <p>S/N Pocas borraduras</p> <p>S/N Simetría</p> <p>S/N Líneas no esbozadas ni sobrenaturalizadas</p> <p>S/N Deficiencias aceptadas con buen humor</p>	<p>Rango normal: Encuentra la S en un tamaño si se encuentra dentro del rango normal</p> <p>S/N Tiempo: 10-12 minutos latencia <30 segundos</p> <p>S/N Pocas borraduras</p> <p>S/N Simetría</p> <p>S/N Líneas no esbozadas ni sobrenaturalizadas</p> <p>S/N Deficiencias aceptadas con buen humor</p> <p>S/N Se dibujó primero una persona del mismo sexo y fue más elaborado</p> <p>S/N Características sexuales secundarias no claras (adultos)</p> <p>S/N Pupilas dibujadas</p> <p>S/N Nariz sin orificios</p> <p>S/N Ropa y cinturón indicadores</p> <p>S/N Pies y orejas</p> <p>S/N Solamente omisiones menores</p>

Observaciones generales

(Véase la portada del Folleto y la sección del Interrogatorio posterior para las notas de la sesión)

- Actitud
- Habilidad crítica
- Borraduras (incertidumbre, conflicto, indecisión, autocrítica, ansiedad)
- Comentarios espontáneos
- Tiempo, latencia, pausas

Proporción

- Imagen/tamaño de la forma *Los niños normales muestran más variabilidad en el tamaño de sus dibujos que los adultos normales.*
grande: ambiente restrictivo, tensión, compensación
pequeña: inseguridad, aislamiento, descontento, regresión
- Detalles en la imagen/simetría
simetría excesiva: rigidez, fragmentación
distorsiones

Observaciones generales

(Véase la portada del Folleto y la sección del Interrogatorio posterior para las notas de la sesión)

- Actitud
- Habilidad crítica
- Borraduras (incertidumbre, conflicto, indecisión, autocrítica, ansiedad)
- Comentarios espontáneos
- Tiempo, latencia, pausas

Proporción

- Imagen/tamaño de la forma *Los niños normales muestran más variabilidad en el tamaño de sus dibujos que los adultos normales.*
grande: ambiente restrictivo, tensión, compensación
pequeña: inseguridad, aislamiento, descontento, regresión
- Detalles en la imagen/simetría
simetría excesiva: rigidez, fragmentación
distorsiones

Observaciones generales

(Véase la portada del Folleto y la sección del Interrogatorio posterior para las notas de la sesión)

- Actitud
- Habilidad crítica
- Borraduras (incertidumbre, conflicto, indecisión, autocrítica, ansiedad)
- Comentarios espontáneos
- Tiempo, latencia, pausas

Proporción

- Imagen/tamaño de la forma *Los niños normales muestran más variabilidad en el tamaño de sus dibujos que los adultos normales.*
grande: ambiente restrictivo, tensión, compensación
pequeña: inseguridad, aislamiento, descontento, regresión
- Detalles en la imagen/simetría
simetría excesiva: rigidez, fragmentación
asimetría: torpeza física, confusión de género
distorsiones

Figura 1 (continuación)
Muestra del Folleto de Registro del H-T-P

CASA	ÁRBOL	PERSONA
<p>Proporción (continuación) obvias: psicosis, orga- nicidad, <i>normal en</i> <i>niños bajo estrés</i> moderada: ansiedad</p> <p>— Otro _____</p>	<p>Proporción (continuación) obvias: psicosis, orga- nicidad, <i>normal en</i> <i>niños bajo estrés</i> moderada: ansiedad</p> <p>— Otro _____</p>	<p>Proporción (continuación) obvias: psicosis, orga- nicidad, <i>normal en</i> <i>niños bajo estrés</i> moderada: ansiedad</p> <p>— Otro _____</p>
<p>Perspectiva</p> <p>— Ubicación en la página izquierda: aislamiento, re- gresión, organicidad (hemis- ferio izquierdo) preocup- ación por sí mismo, ru- miación sobre el pasado, impulsividad, necesidad de gratificación inmediata. derecha: preocupación am- biental, anticipación del futuro, estabilidad/control, habilidad para retrasar la gratificación. ubicación central: rigidez <i>Común en niños pequeños</i> ubicación en la parte su- perior de la página: lucha no realista, fantaseo, frus- tración <i>ubicación en la porción su- perior izquierda: común en</i> <i>niños pequeños</i> ubicación en la porción in- ferior de la página: con- creción, depresión, inse- guridad, inadecuación</p> <p>— Rotación: oposición cayendo: aflicción extrema</p> <p>— Bordes del papel inferior: necesidad de apoyo lateral: sentimiento de constricción superior: miedo o evita- ción del ambiente los bordes impiden que se complete el dibujo: or- ganicidad</p> <p>— Relación con el observador visto desde arriba: rechazo, grandiosidad compensa- toria visto desde abajo: aisla- miento, inferioridad visto a distancia: inaccesi- bilidad, sentimientos de re- chazo, situación en el ho- gar fuera de control postura/presentación dibujo de espaldas: ais- lamiento, paranoia</p> <p>— Línea base: necesidad de seguridad, ansiedad</p> <p>— Transparencias: mala orien- tación en la realidad <i>Es común en niños pe- queños</i></p> <p>— Movimiento Otro _____</p>	<p>Perspectiva</p> <p>— Ubicación en la página izquierda: aislamiento, re- gresión, organicidad (he- misferio izquierdo), preo- cupación por sí mismo, ru- miación sobre el pasado, impulsividad, necesidad de gratificación inmediata derecha: preocupación ambiental, anticipación del futuro, estabilidad/control, habilidad para retrasar la gratificación ubicación central: rigidez <i>Común en niños pequeños</i> ubicación en la porción su- perior de la página: lucha no realista, fantaseo, frus- tración ubicación en la porción superior izquierda: <i>común</i> <i>en niños pequeños</i> ubicación en la porción inferior de la página: con- creción, depresión, inse- guridad, inadecuación</p> <p>— Rotación: oposición cayendo: aflicción extrema</p> <p>— Bordes del papel inferior: necesidad de apoyo lateral: sentimiento de constricción superior: miedo o evita- ción del ambiente los bordes impiden que se complete el dibujo: or- ganicidad</p> <p>— Relación con el observador visto desde arriba: re- chazo, grandiosidad com- pensatoria visto desde abajo: aisla- miento, inferioridad visto desde lejos: aisla- miento postura/presentación si no es frontal: aislamien- to, paranoia</p> <p>— Línea base: necesidad de seguridad, ansiedad</p> <p>— Transparencias: pobre orientación en la realidad. <i>Común en niños pequeños</i></p> <p>— Movimiento: presiones ambientales Otro _____</p>	<p>Perspectiva</p> <p>— Ubicación en la página izquierda: aislamiento, re- gresión, organicidad (he- misferio izquierdo), preo- cupación por sí mismo, ru- miación acerca del pasado, impulsividad, necesidad de gratificación inmediata derecha: preocupación ambiental, anticipación del futuro, estabilidad/control, habilidad para retra- sar la gratificación ubicación central: rigidez <i>Común en niños pequeños</i> ubicación en la porción superior de la página: lucha no realista, fantaseo, frus- tración ubicación en la porción su- perior izquierda: <i>común en</i> <i>niños pequeños</i> ubicación en la porción in- ferior de la página: con- creción, depresión, inse- guridad, inadecuación</p> <p>— Rotación: oposición cayendo: aflicción extrema</p> <p>— Bordes del papel inferior: necesidad de apo- yo lateral: sentimiento de constricción superior: miedo o evita- ción del ambiente los bordes impiden que se complete el dibujo: or- ganicidad</p> <p>— Relación con el observador visto desde arriba: rechazo, grandiosidad compensatoria visto desde abajo: aisla- miento, inferioridad a la distancia: aislamiento postura/presentación: completamente de perfil o de espaldas: aislamiento, paranoia postura grotesca: psico- patología grave mezcla de perfil con vis- ta de frente: organicidad, retraso, psicosis</p> <p>— Línea base: necesidad de seguridad, ansiedad</p> <p>— Transparencias: poco con- tacto con la realidad; psi- cosis si se muestran los órganos internos. <i>Común</i> <i>en niños pequeños</i></p> <p>— Movimiento Otro _____</p>

Figura 1 (continuación)
Muestra del Folleto de Registro del H-T-P

CASA	ÁRBOL	PERSONA
<p>Detalles</p> <ul style="list-style-type: none"> — Excesivos: obsesivo-compulsividad, ansiedad — Carencia: aislamiento, común en niños pequeños — Extravagantes: psicosis, Común en niños pequeños — Detalles esenciales: un muro, techo, puerta, ventana, chimenea, Comúnmente omitido por niños pequeños <ul style="list-style-type: none"> — Antropomórficos: regresión, organicidad. Común en niños — Chimenea <ul style="list-style-type: none"> énfasis: preocupación sexual omisión: falta de afecto en el hogar humo excesivo: tensión extrema en el hogar en ángulo: regresión, común en niños — Puerta <ul style="list-style-type: none"> ausencia: inaccesibilidad, aislamiento grande: dependencia pequeña: reticencia, inadecuación, indecisión cerrada/atracada: defensividad abierta: necesidad de afecto — Omisiones: conflicto con el objeto omitido — Techo <ul style="list-style-type: none"> énfasis: introversión, fantasía únicamente el techo: psicosis una sola línea: restricción aleros enfatizados: suspicacia — Muros <ul style="list-style-type: none"> delgados o débiles: límites del yo débiles énfasis: esforzado control del yo ausentes: poco contacto con la realidad doble perspectiva: regresión. Es común en niños pequeños transparentes: común en niños pequeños énfasis horizontal: presiones ambientales énfasis vertical: poco contacto con la realidad, preocupación sexual Común en niños pequeños 	<p>Detalles</p> <ul style="list-style-type: none"> — Excesivos: obsesivo-compulsividad, ansiedad — Carencia: aislamiento, común en niños pequeños — Extravagantes: psicosis, Común en niños pequeños — Detalles esenciales: el tronco y al menos una rama <ul style="list-style-type: none"> — Ramas <ul style="list-style-type: none"> excesivas: compensación, manía muy altas: esquizoide rotas/muertas: suicidio, impotencia como envueltas en algodón: culpa raíces en espejo: psicosis — Copa <ul style="list-style-type: none"> en forma de nube: fantasía garabateada: labilidad aplanada: presión ambiental, negación — Línea base <ul style="list-style-type: none"> árbol dibujado en una depresión de la línea base: inadecuación árbol dibujado en la cima de una colina: grandiosidad, aislamiento — En forma de "ojo de cerradura" o "de Nigg": oposición, hostilidad — Omisiones: conflicto en relación con la parte omitida — Desgarramientos: psicosis, organicidad — Tronco <ul style="list-style-type: none"> base amplia: dependencia grande: regresión, inadecuación cicatrices: trauma unidimensional: organicidad animales: regresión, común en niños pequeños énfasis vertical: poco contacto con la realidad, preocupación sexual, común en niños pequeños base angosta: pérdida de control 	<p>Detalles</p> <ul style="list-style-type: none"> — Excesivos: obsesivo-compulsividad, ansiedad — Carencia: aislamiento, común en niños pequeños — Extravagantes: psicosis, Común en niños pequeños — Detalles esenciales: cabeza, tronco, brazos, piernas, rasgos faciales. La omisión de partes del cuerpo es común en niños pequeños. <ul style="list-style-type: none"> — Brazos <ul style="list-style-type: none"> énfasis: fuerte necesidad de logro, agresión, castigo si la persona: dibujada no es él (ella) mismo(a) como espagueti: dependencia, organicidad omitidos, muy pequeños, escondidos: culpa, inadecuación, rechazo si la persona dibujada no es él (ella) mismo(a) en forma de alas: esquizoide — Cabeza <ul style="list-style-type: none"> grande: regresión, grandiosidad Común en niños pequeños pequeña: inadecuación irregular o separada del cuerpo: organicidad, psicosis solamente la parte trasera: paranoia dibujada al último: psicopatología grave — Rasgos faciales <ul style="list-style-type: none"> omitidos o débiles: aislamiento énfasis: dominio social compensatorio perfil: paranoia animales o extravagantes: psicosis sombreados, diferentes al color de la piel: psicopatología grave

Figura 1 (continuación)
Muestra del Folleto de Registro del H-T-P

CASA	ARBOL	PERSONA
<p>Detalles (continuación)</p> <p>— Ventanas énfasis: ambivalencia social ausentes: aislamiento numerosas: exhibicionismo abiertas: poco control del yo pequeñas: aislamiento sin cristales: hostilidad</p>	<p>Detalles (continuación)</p> <p>— Tipo frutales o de Navidad: dependencia, inmadurez <i>común en niños pequeños</i> muertos: perturbación grave árbol nuevo: regresión movidos por el viento: presiones ambientales</p>	<p>Detalles (continuación)</p> <p>— Ojos énfasis: paranoia pequeños, cerrados, omitidos: introversión, voyeurismo pupilas omitidas: poco contacto con la realidad. <i>Común en niños pequeños</i></p> <p>— Orejas énfasis excesivo: paranoia alucinaciones auditivas</p> <p>— Boca énfasis: dependencia. <i>Común en niños pequeños</i> omitida: agresión oral, depresión dientes: agresión</p> <p>— Nariz énfasis: preocupación sexual <i>Común en niños pequeños</i></p> <p>— Género Sexo opuesto dibujado primero: conflicto en la identificación del género</p> <p>— Piernas omitidas, encogidas o trozadas: desamparo, pérdida de la autonomía juntas: rigidez, tensión separadas: agresión flotando: inseguridad, dependencia</p> <p>— Omisiones: conflicto en relación con la parte omitida</p> <p>— Torsos y cuerpos inconclusos, fragmentados u omitidos: psicopatología grave, organicidad. <i>Común en niños pequeños</i> Seno: inmadurez línea media vertical: inferioridad, dependencia hombros/cuadrados o enfatizados: hostilidad línea de la cintura/enfatizada: conflicto sexual. <i>Común en niños pequeños</i> estrecha: explosividad</p>

Figura 1 (continuación)
Muestra del Folleto de Registro del H-T-P

CASA	ÁRBOL	PERSONA
<p>— Detalles no esenciales Cortinas/enfanzadas: aislamiento, evasión canaletas/enfanzadas: defensividad, suspicacia contraventanas/cerradas: aislamiento Otro _____</p>	<p>— Detalles no esenciales Corteza/enfanzada: ansiedad, depresión meticulosidad: obsesivo-compulsividad hojas/desprendidas: fallas en los mecanismos de defensa; grandes: compensación Raíces/omitidas: inseguridad; garras: paranoia; delgadas/transparentes/muertas: poco contacto con la realidad, organicidad enredaderas: pérdida de control fruta: dependencia, rechazo si está cayendo <i>Común en niños pequeños</i> Otro _____</p>	<p>— Detalles no esenciales — Ropa demasiada o poca: narcisismo, desadaptación sexual énfasis en los botones: inmadurez. <i>Común en niños pequeños</i> — Genitales dibujados: patología en cualquier edad excepto en niños muy pequeños. <i>Común en estudiantes de arte o adultos en psicoanálisis</i> — Pies omitidos o trozados: desamparo, pérdida de la autonomía, preocupación sexual dedos de los pies en una figura vestida: agresión — Cabello enfanzado u omitido: preocupación sexual — Manos/dedos enguantadas: agresión reprimida en forma de púas: <i>acting out</i> en forma de pétalos: inmadurez — Cuello énfasis: necesidad de control como espagueti: psicosis omitido: impulsividad — Otro _____</p>
<p>— Detalles irrelevantes nubes, sombras: ansiedad montañas: defensividad escalones y caminos largos o angostos: aislamiento arbustos/excesivos: inseguridad Otro _____ — Detalles extravagantes <i>Común en niños pequeños</i> — Dimensionalidad en los detalles casa dibujada como plano: conflicto grave, paranoia, organicidad — Sombreado de los detalles excesivo: ansiedad — Secuencia de los detalles: lo usual es el techo, los muros, la puerta y la ventana o la línea base, los muros y el techo</p>	<p>— Detalles irrelevantes Nubes, sombras: ansiedad Arbustos/excesivos: inseguridad Otro _____ — Detalles extravagantes <i>Común en niños pequeños</i> — Dimensionalidad en los detalles unidimensional: recursos inferiores para buscar satisfacción bidimensional sin cerrar: pérdida del control — Sombreado de los detalles excesivo: ansiedad — Secuencia de los detalles: usualmente el tronco, ramas, follaje; o la punta, las ramas y el tronco</p>	<p>— Detalles irrelevantes Bastones, espadas, armas: agresión, preocupación sexual Otro _____ — Detalles extravagantes <i>Común en niños pequeños</i> — Dimensionalidad en los detalles — Sombreado de los detalles excesivo: ansiedad — Secuencia de los detalles (la cabeza y la cara usualmente se dibujan primero)</p>

Figura 1 (continuación)
Muestra del Folleto de Registro del H-T-P

ANEXO 3.

ENTREVISTA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre del niño:

Edad: _____

Sexo: _____

Numero de hermanos: _____

Lugar que ocupa entre ellos: _____

Escolaridad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____

Nombre de la madre:

Edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Nombre del padre:

Edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Si uno de los padres o ambos fallecieron o están ausentes explicar porqué.

FORMACIÓN DE LA FAMILIA.

Historia del padre: _____

Historia de la madre: _____

Nacimiento: A los cuantos meses nació, peso al nacer, problemas respiratorios, lugar donde fue atendido, condiciones del niño, enfermedades o algún otro problema, parto normal o cesárea, llanto al nacer. Hasta que edad tomo pecho sino lo tomó, porqué razón, edad en que empezó a comer papillas como las acepto. Problemas actuales con su alimentación. _____

Desarrollo motor: ¿A qué edad sostuvo la cabeza, a que edad se sentó solo, a que edad gateó y dio sus primeros pasos, a que edad caminó bien, a que edad reconoce a la madre y a extraños, se viste solo, come solo, se abrocha los zapatos. A que edad dijo sus primeras palabras, a que edad habló bien, problemas de comunicación. _____

Control de esfínteres: A que edad aviso para ir al baño y dejó usar pañal. Actualmente ¿Se hace del baño en la cama? _____

Sueño: ¿Cómo es su sueño? Tranquilo, se despierta en la noche, pesadillas, terrores nocturnos, en que sitio duerme y con quien, resistencia al irse a la cama, insomnio, dificultad para levantarse. _____

HISTORIA SEXUAL.

Ha preguntado sobre la diferencia entre hombre y mujer, como nacen los niños, a que edad lo hizo y como manejan los padres esta situación. Eventos importantes relacionados con este tema. _____

HISTORIA DE SALUD.

Enfermedades que ha padecido, hospitalización fracturas, tratamientos médicos y psicológicos, alergias o algún otro tipo de problema. _____

HISTORIA ESCOLAR.

A qué edad entro a la escuela, actitud ante esta, rendimiento escolar, ha reprobado años y porqué, como lo reportan en la escuela sus maestros, cambios de escuela, como se relaciona con sus maestros y compañeros, problemas de conducta u otros. _____

Disciplina: ¿Quién la aplica y de qué forma y como responde el niño? _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN