



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**REPRESENTACIONES SIMBÓLICAS DE LA
IMAGEN CORPORAL DEL NIÑO AMPUTADO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A N:

**VIRIDIANA CONTRERAS MENDOZA
SUSANA ISAURA GÓMEZ ARANDA**

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: MTRA. ALMA LÍDIA MARTÍNEZ OLIVERA

COMITÉ: DR. ÁLVARO VIRGILIO BUENROSTRO AVILÉS

MTRA. MARÍA FELICITAS DOMÍNGUEZ ABOYTE

MTRA. ALEJANDRA LUNA GARCÍA

MTRA. LORENA IRAZUMA GARCÍA MIRANDA




**FES
ZARAGOZA**

MÉXICO, D.F. MARZO 2015



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.

Agradecimientos



Esta tesis se la agradezco y dedico con todo mi cariño y amor:

Primeramente a ti mi Dios, que sin ti simplemente no lo hubiera logrado. Gracias por darme la oportunidad de vivir esta experiencia, por darme la fortaleza y paz cuanto más lo necesitaba, por reafirmarme los significados de familia, hermandad, amistad, confianza y compañerismo, asimismo por mostrarme que tan fuerte puedo ser ante una pérdida; por todo esto te doy las infinitas gracias.

Agradezco a mi familia que me han apoyado en este trayecto y han estado conmigo en todo momento. Principalmente a mis padres por darme esta carrera que amo con toda mi alma, por creer en mí, por ayudarme a crecer de manera personal y profesional, por darme su cariño, amor, comprensión y apoyo aún en momentos tan difíciles que juntos hemos vivido, por llevarme en cada momento en sus oraciones y darme una palabra de aliento cuando sentía desánimo y tristeza; por eso los amo y les doy las gracias. A mis hermanas por estar conmigo y apoyarme siempre, las quiero.

Una especial agradecimiento y dedicatoria a tí Irazú Contreras Mendoza, mi hermanita querida que desde el cielo y cerquita de Dios sé que estás muy orgullosa de mí. Gracias por acompañarme en tantas noches de desvelo durante la carrera, por decirme que soy una guerrera y apostar por mi futuro, por apoyarme económicamente, por dedicar tus oraciones para que salieran bien mis planes, por compartir tantos sueños, por ser mi cómplice, por ser mi hermana y mi mejor amiga.

A Susana Isaura por ser mi amiga y compañera de tesis, gracias por estar hasta el final conmigo, por confiar en que era un buen proyecto, por compartir tantos momentos conmigo, llenos de risas, tristezas, llantos, enojos, frustraciones, noches de desvelo y cansancio, desayunos y comidas rodeadas de sueños, metas y proyectos a futuro, pero sobre todo por tu amistad y confianza, que Dios te bendiga siempre.

A mi tutora y sinodales, que invirtieron su valioso tiempo en la revisión de esta tesis, por su guía y su confianza en nosotras, les doy las gracias.

Agradezco a mis amigas y amigos, por ser parte de mi vida, por su compañía en aventuras, risas, tristezas, enojos, etcétera; por siempre tener las palabras exactas cuando más la necesito, por demostrarme que puedo contar con alguien tan leal como ustedes, por el cariño y amor que me han brindado, simplemente por regalarme su valiosa amistad, los quiero mucho.

A mis amigas y compañeras del trabajo por apoyarme en todo momento, por su tolerancia, comprensión, ayuda, compañía, y palabras de aliento, gracias por presentarse en mi camino, las quiero.

A todos ustedes les agradezco con toda mi alma el haber llegado a mi vida y compartir tantos momentos juntos, este es uno de los mejores logros de mi vida que con orgullo les puedo dedicar.



A mi madre y hermanos, que junto a mis sobrinos, forman el eje de mi existencia, pues gracias a que me enseñan cada día su extraordinaria forma de ver la vida; soy quien soy y estoy donde estoy.

A mis dos padres porque aún sin notarlo, con sus acciones contribuyeron para hacer mi carácter más fuerte.

A vity; porque entendió cada cambio en mi vida y sin importar cuanto dolor y locura hubiera, decidió tomarme de la mano para seguir caminando conmigo, luego me ayudó a tomar impulso y hoy me deja volar...

A mi abuela, que aunque hoy no está físicamente conmigo, por meses me acompañó noche tras noche a leer y escribir y aún hoy, baja del cielo para no permitir que duerma sola...

A Dios, porque estos últimos años de vida; se llevó todo lo que debía irse y me enseñó que su tiempo es simplemente perfecto.

A todos los que se fueron...

A los que a pesar de todo, se quedaron...

A todos los que en algún momento me preguntaron: ¿Cuándo terminas?, los que me presionaron, corrigieron, enseñaron y confiaron en mí...

Y a mí guerrera, que es el único ser que siempre olvidó mencionar y que me ha ayudado en cada segundo de mi existencia, pidiendo como pago solo amor incondicional para mí misma.



INFINITAMENTE GRACIAS...SUSAN.

ÍNDICE

	pág.
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. DESARROLLO EN LA INFANCIA	5
1.1. Teorías del desarrollo del niño	7
1.1.1. Teorías Psicoanalíticas	7
1.1.2. Teorías Cognitivas	14
1.1.3. Teoría Ecológico	20
1.2. Desarrollo psicomotor y crecimiento del niño: aspectos generales	21
CAPÍTULO II. EL ESQUEMA CORPORAL DEL NIÑO	25
2.1. Desarrollo de la imagen corporal del niño y el adolescente	25
2.2 Diferencia entre esquema corporal e imagen corporal	28
2.2.1. Imagen base, funcional y dinámica	30
2.3. Relación entre el apego y la constitución de la imagen corporal	32
2.4. Imagen inconsciente patológica	35
CAPÍTULO III. LAS AMPUTACIONES EN NIÑOS	39
3.1. Definición de amputación	39
3.2. Clasificación de las amputaciones	40
3.3. Etiología: Amputación de extremidades en población infantil	42
3.4. Prevalencia de amputaciones en niños Mexicanos	46
3.5. Rehabilitación médica y física	48
3.5.1. Tratamiento post-operatorio	49
3.5.2. Proceso de protetización y reconstrucción compleja	51
3.6. Adaptación al medio hospitalario	54
CAPÍTULO IV. AMPUTACIONES; DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN SOCIAL Y ESCOLAR	58
4.1. Definición Internacional de la discapacidad	58
4.2. Implicaciones sociales de la discapacidad	62
4.2.1. Inclusión social y escolar	65
4.2.2. Género y adaptación del niño discapacitado	69
4.3. El niño discapacitado y su familia	71
CAPÍTULO V. FACTORES PSICOLÓGICOS A ENFRENTAR EN LAS AMPUTACIONES	74
5.1. Tipos de pérdida	75
5.2. El niño y la pérdida	77
5.3. El dolor físico y su influencia en una rehabilitación exitosa	78
5.3.1. Tipos de dolor; agudo, crónico y neuropático	80
5.4. Aparición del miembro fantasma	81
5.5. Las amputaciones y su impacto en la imagen inconsciente del cuerpo	83
5.6. El duelo infantil	83
CAPÍTULO VI. TÉCNICAS PROYECTIVAS	92
6.1. El símbolo y su relación con el dibujo	92
6.2. ¿Qué son las técnicas proyectivas?	94

6.3. El dibujo y las técnicas proyectivas en niños	99
6.4. El test de 8 hojas de Leopoldo Caligor (TD8H)	107
6.5. La entrevista sobre el desarrollo del niño	108
CAPITULO VII. METODOLOGÍA	109
7.1. Planteamiento del problema	109
7.2. Objetivo general	109
7.3. Objetivos específicos	109
7.4. Diseño	110
7.5. Muestreo	110
7.6. Participantes	110
7.7. Escenario	111
7.8. Instrumentos	112
7.9. Procedimiento	112
7.9.1. Definición de categorías	113
7.9.2. Nomenclatura de categoría	116
CAPÍTULO VIII. RESULTADOS	135
8.1. Historias del desarrollo	135
8.1.1. Participante A	135
8.1.2. Participante B	139
8.1.3. Participante C. A	141
8.1.4. Participante C. I	144
8.1.5. Participante I	147
8.2. Interpretación de contenido secuenciado por dibujo	150
8.2.1. Participante A, dibujos 1 al 8	150
8.2.2. Participante B, dibujos 1 al 8	153
8.2.3. Participante C. A, dibujos 1 al 8	155
8.2.4. Participante C. I, dibujos 1 al 8	157
8.2.5. Participante I, dibujos 1 al 8	160
8.3. Interpretación de las categorías	162
CAPÍTULO IX. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	167
REFERENCIAS	174
APÉNDICES	182
Apéndice 1. Petición oficial de autorización	182
Apéndice 2. Estudio socioeconómico	183
Apéndice 3. Historia del desarrollo	186
Apéndice 4. Dibujos de los participantes	202
Apéndice 5. Cuadros del tratamiento categórico de los datos 1 al 18	212

Resumen

En la historia de vida de un niño, surgen situaciones inesperadas como las pérdidas en donde se presentan muchas veces cambios que trascienden en él mismo y en sus vínculos con los demás. Aunque lo anterior le permite al niño desarrollar la habilidad de adaptarse a su entorno y a las nuevas situaciones, en ocasiones estos cambios suelen ser dolorosos y poco expresados verbalmente. Por lo cual, en la siguiente investigación se pretende identificar la integración de los rasgos estructurales y el contenido gráfico de la aplicación de la prueba proyectiva Test de 8 hojas (TD8H) de Leopoldo Caligor, para la obtención de datos que permitan la integración y construcción de la personalidad de niños amputados de extremidades inferiores. La muestra fue conformada por 5 niños en un rango de edad entre 6 a 12 años, los cuales fueron atendidos en el programa médico de rehabilitación dentro del Centro de Atención Rehabilitación e Integración Social. A. C. (CARIS). Los resultados obtenidos se presentan en dos momentos, primero la historia de desarrollo de cada uno de los participantes y en un segundo momento la interpretación y análisis de las categorías. Obteniendo los significados de pérdida y los mecanismos de defensa utilizados por los niños con una amputación de miembro inferior.

Introducción

El hombre es un ser en constante desarrollo, evolución y transformación, si cualquiera de estos aspectos se ve alterado; su estado de equilibrio y supervivencia, amenazan su entorno familiar, personal y social. Por ello, ante una eventualidad como es una amputación, ocurren no sólo cambios en los aspectos físicos, sino también psicológicos y sociales que impactan su desempeño en los diversos escenarios donde se desenvuelve el individuo (Ocampo, Henao y Vásquez, 2010).

Por lo que es importante vislumbrar que día a día los niños se enfrentan a una serie de situaciones nuevas que implican ciertas dificultades; donde se requiere que ellos afronten de la mejor forma posible estos acontecimientos significativos, haciendo uso de sus recursos internos y de su gran capacidad de adaptación a situaciones nuevas.

Por tal motivo es conveniente abordar las amputaciones en el sentido de un nuevo proceso, que implica cambios en el estilo de vida de los individuos; asimismo es necesario contar con una clara definición sobre el término amputación, por lo que retomamos la definición de Cabrera y Llobera (2008) que sostienen que “una amputación es una condición adquirida cuyo resultado es la pérdida de una extremidad y cuya causa suele ser una lesión,

traumatismo, una enfermedad o una operación quirúrgica, ya sea por prevención o enfermedad” (p.85).

De igual manera es necesario tener en consideración lo que Sánchez y Bolarín (2000) proponen como factor fundamental conocer, que es cómo el niño utiliza el cuerpo, descubre su eficiencia motriz y postura, cómo se relaciona con el mundo de los objetos y cómo se relaciona con el mundo de los demás; cuyo fin es comprender las estructuras que favorecen la construcción del pensamiento conceptual y simbólico, además de la génesis de la imagen corporal. Entendiendo la imagen corporal como la percepción que el niño crea de sí mismo resultado de la relación con sus padres, en especial su madre siendo ésta básica para el desarrollo de la personalidad del individuo, lo que le resultará influyente en la resolución posterior de las adversidades, si un niño desarrolla una imagen del cuerpo sana y estable, éste será un adulto estable capaz de resolver sus conflictos y capaz de restablecer su esquema corporal y su imagen corporal de acuerdo a la situación que la vida le presente, la importancia de la imagen corporal es básica puesto que es la determinante en la percepción de vivencias de un individuo (Dolto, 1997).

Muchas personas tienden a pensar que la imagen corporal y el esquema corporal es lo mismo, sin embargo, la diferencia es bastante grande, la imagen corporal es subjetiva, por el contrario el esquema corporal es algo objetivo, es decir, la imagen corporal se encuentra en un nivel psíquico o mental y responde a las necesidades psicológicas del individuo, mientras que el esquema corporal está en un nivel físico y responde a las necesidades biológicas del mismo, tanto la una como la otra son de vital importancia en la conformación total de una persona puesto que necesitan estar en una constante relación dinámica, siendo el esquema corporal el medio por el cual la imagen corporal se interrelaciona con las demás personas (Artaza, 2000).

Dolto (1997) manifiesta que el esquema corporal (es lo que conforma al ser humano físicamente, es decir, su cuerpo como tal, su cabeza y sus extremidades, lo que es palpable y visible) esté va a ser siempre el mediador entre el entorno del sujeto y su imagen inconsciente del cuerpo, va a ser a través del cual se explique la relación madre-hijo, así como también será un medio de expresión de las vivencias, sentimientos, emociones, etcétera (p. 21).

Por tal razón se considera significativo el estudio de la imagen corporal en niños que han sufrido lesiones traumáticas que desembocan en amputaciones, ya que dependiendo del

grado y región de la amputación posiblemente se modificará la forma en que el niño se percibe, así mismo, al trabajar con los niños antes de que ellos utilicen una prótesis es posible observar el impacto directo que la pérdida y la ausencia de la extremidad causa en ellos, el proceso de protetización implica un trabajo multidisciplinario, orientado a la adaptación del paciente; que incluye intervenciones médicas, rehabilitación física y una evaluación psicológica, mediante pruebas proyectivas (Álvarez, 2009).

Las pruebas proyectivas tienen una función interpretativa, pues permiten acceder al estado subjetivo del individuo, con el doble fin de: a) obtener la máxima información sobre las distintas dimensiones de la percepción del dolor (intensidad, localización, duración, frecuencia); y b) valorar sus cogniciones y reacciones emocionales ante la experiencia dolorosa (Quiles y Quiles, 2004).

Debido a su forma interpretativa, el dibujo ha sido un vehículo por medio del cual, el individuo podía expresar su fuero interno. Esto mediante las características de los dibujos, como densidad de las líneas, número y tipo de figuras, inclusión de partes del cuerpo (dientes, ojos, miembros, cabeza y genitales) y/o lesiones en las zonas representadas pueden ser un reflejo del estado anímico del niño. Por ejemplo; Schilder (Como se citó en Caligor, 1960) en su libro *The imagen and Appearance of the Human Body*, impreso en 1935, usó la expresión de imagen del cuerpo y la describió como "...la figura del cuerpo que se forma o genera en la mente" (p.15). Consideró a esta como un concepto más dinámico que estático, ya que el individuo percibe la imagen de su cuerpo como una gestalt que se encuentra en un estado constante de transformación y reorganización, en el proceso de actuar y reaccionar en su medio ambiente.

Estos cambios y transformaciones se reconceptualizan de forma distinta en cada individuo, iniciando con una reacción a la pérdida de un miembro y siguiendo con un proceso de duelo que lo acompaña, se conducen ciertas actitudes, como las alteraciones de la motivación y las reacciones emocionales que se ubican en el primer lugar de las manifestaciones o síntomas del desajuste del individuo (Ocampo, et al., 2010). Kroen (2002) considera que en ese sentido, aparecen mecanismos que ejercen un impacto, que le permiten al niño superar o complicar el proceso por el que atraviesa.

Machover (1949 /2001 versión) considera que los niños pueden transmitir todas estas vivencias y sentimientos que muchas veces su lenguaje no les permite manifestar; a través

del dibujo de la figura humana, pues la personalidad proyecta toda una gama de rasgos significativos.

La experiencia de Caligor (1960) con dibujos de figuras humanas, condujo a pensar que la riqueza del material inducido sería mucho más valiosa, si se pudiera descifrar progresivamente. Como resultado de muchos experimentos llegó al método de obtener una serie de dibujos, este método quedó convertido en el protocolo del Test de ocho hojas de Caligor TD8H cuya interpretación es un reflejo de cómo el individuo encara las situaciones vitales. En su manera de usar la serie del TD8H, el individuo expresa su respuesta inicial características hacia una nueva situación, su habilidad para modificarla, los mecanismos que utilizan en el proceso y lo adecuado que le resultan. Las ocho veces que se le presenta al sujeto una hoja transparente en blanco, que le permite ver el dibujo ejecutado previamente, le proporciona una oportunidad para demostrar un esquema amplio de su comportamiento funcional total.

Por todo lo anterior, es conveniente comprender que el niño con una amputación adquirida no es un adulto en miniatura, sus necesidades son diferentes y las áreas en las que se desarrollará son ilimitadas. Lo que hace que la complejidad de la pérdida no sólo constituya con el paso del tiempo la aceptación del hecho si no la creación de una nueva identidad y una nueva forma de proyectarlo.

Capítulo I. Desarrollo en la infancia

El desarrollo es un proceso complejo que generalmente se divide en cuatro dimensiones básicas: físico, cognitivo, emocional y social. Aunque cada dimensión subraya un aspecto particular del desarrollo hay también una interdependencia considerable entre dimensiones. Por ejemplo; las capacidades cognitivas pueden depender de la salud física y emocional, así como de la experiencia social (Rice, 1999).

Hoffman, París y Hall (1995) proponen considerar “el desarrollo” a través del planteamiento de varias características, tales como que es:

- Continuo: lo que significa que los cambios suceden con el paso de las horas, meses y los años.
- Acumulativo: en donde las respuestas de los niños y adultos, así como su capacidad de aprender dependen en parte de sus experiencias previas en situaciones semejantes. Por ejemplo, los bebés nacen sin noción del bien y del mal, el desarrollo moral ocurre gradualmente, irá surgiendo en la experiencia que el niño tenga en su hogar, escuela, con las personas que interactúa y de sus propias reacciones emocionales ante estas experiencias.
- Direccional: esto significa que avanza hacia una mayor complejidad. Es decir, un bebé alcanza una pelota con la mano abierta, sin ninguna coordinación, pues a medida que los músculos, nervios y huesos crecen, el niño se va haciendo más hábil en tomar y lanzar la pelota, adquiriendo poco a poco mayor velocidad y coordinación requerida para la competición.
- Organizado: lo que supone que las habilidades se van integrando parcialmente.
- Holístico: lo que significa que los logros nunca están aislados. Todo aspecto del desarrollo; ya sea físico, emocional, cognitivo o social depende de todos los demás y todo desarrollo es resultado de la interacción de estos.
- Refleja diferencias individuales: se presenta dividido en etapas. Sin embargo, estas etapas hay que entenderlas como momentos secuenciados por los que atraviesan las personas, sin tener que coincidir por ello en edad, tasa de desarrollo, capacidad, etc.
- Refleja diferencias culturales: Cada individuo se desarrolla en una cultura determinada y cada cultura posee unas características propias e identificables. Las diferencias transculturales son un factor incluso más determinante en el desarrollo que la propia edad cronológica (Neugarten y Neugarten, 1987).

- Las influencias son recíprocas: se reconoce la importancia que el contexto tiene para el desarrollo de las personas; esto es, el entorno determina en gran medida el desarrollo de un individuo pero a la vez, el individuo ejerce también una gran influencia en su entorno.

Staudinger y Lindenberger (2003) sugieren que para el estudio del desarrollo (el cual, abarca la totalidad de la vida) se requieren sólo de cinco características primordiales para la comprensión de este, entre las cuales se encuentran que es: (como se citó en Berger, 2007)

1. **Multidireccional:** El cambio se produce en todas direcciones, no siempre es lineal. Ganancias y pérdidas, crecimiento predecible y transformaciones inesperadas son parte de la experiencia humana que se manifiestan a cualquier edad y en todas las formas.
2. **Multicontextual:** La vida humana está incluida en numerosos contextos, entre los que se incluyen las condiciones históricas, las limitaciones económicas y las tradiciones culturales.
3. **Multicultural:** La ciencia del desarrollo reconoce diferentes culturas, no sólo en el nivel internacional; sino también dentro de cada nación cada una con un conjunto distintivo de valores, tradiciones, herramientas para sustituir.
4. **Multidisciplinario:** Numerosas disciplinas académicas especialmente la psicología, la biología, la medicina, la genética, la neurociencia, la educación, la sociología, etcétera- aportan hallazgos a la ciencia del desarrollo.
5. **Plasticidad:** Cada individuo y cada rasgo individual se pueden alterar en cualquier momento de la experiencia. El cambio es continuo, aunque no se produce al azar ni es fácil.

De lo anterior se entiende que el desarrollo psicológico humano parece estar en constante interacción de múltiples factores. A su vez el desarrollo del individuo es el producto de muchas causas en interacción, por lo que cualquier explicación requiere de una interpretación integrada de varios factores (Deval, 2008).

A partir de esta idea es que surgen distintas investigaciones y teorías que dan explicaciones sobre cómo se produce el desarrollo. Para fines de esta investigación sólo se retomaran algunas de las teorías que explican el desarrollo del niño en la infancia.

1.1.- Teorías del desarrollo del niño

En la primera mitad del siglo XX, surgen dos corrientes opuestas –el conductismo (también denominado “teoría del aprendizaje” y el psicoanálisis ambas comenzaron como teorías generales o globales de la psicología y luego se aplicaron específicamente al desarrollo infantil. Subsiguientemente a mediados del siglo, surge la teoría cognitiva, que gradualmente llegó a ser el semillero más importante de las hipótesis de investigaciones actuales.

1.1.1.- Teorías psicoanalíticas

En cuanto a las teorías psicoanalíticas se puede mencionar que su interés primordial es estudiar la motivación que origina la actividad psíquica, la cual es atribuida a una energía interna del organismo, esta puede canalizarse de distintas maneras (Deval, 2008).

Freud (1856-1939) médico neurólogo, austriaco, fue el creador de esta teoría. Para Freud el desarrollo en los primeros seis años se producen en tres etapas, cada una caracterizada por el interés y el placer sexual centrados en una zona particular del cuerpo (como se citó en Berger, 2007). Esquivel, Heredia y Lucio (1999) en su libro *Psicodiagnóstico clínico del niño* describen cada una de estas etapas de la siguiente manera:

- La primera etapa es la denominada *oral*: Se caracteriza como la fase de organización libidinal, en donde predomina como zona erógena (boca). Esto se debe a que el seno materno cumple la función de satisfacción, siendo así, la madre el primer contacto afectivo que conduce al niño a que logre una diferenciación entre el *yo* y el *no yo* (es decir, entre la madre y él).
- La etapa *anal* ocurre aproximadamente del primer año a los tres años de vida; aquí el niño atraviesa por una etapa del control de esfínteres, además de que alcanza un desarrollo neuromuscular satisfactorio lo que le da posibilidad de moverse e imitar al adulto no solamente en sus palabras, sino en todos sus gestos, convirtiéndose a su vez en niño activo, pues comienza a explorar el mundo.
- La etapa *fálica* se presenta alrededor de los tres años de vida y se caracteriza por la fijación de la libido en los órganos genitales en el texto *Tres ensayos de la teoría sexual*, en una sección agregada en 1915, Freud define la libido como una “fuerza susceptible de variaciones cuantitativas, que podría medir procesos y transposiciones en el ámbito de la excitación sexual” (p.182). En esta etapa se incrementa la curiosidad sexual; esta etapa es de suma importancia debido a que aparece el complejo edípico, en donde se presenta la

preferencia del niño o niña por el progenitor del sexo opuesto, convirtiéndose el progenitor del mismo sexo en su rival de amor. Finalmente, cuando el niño logra liberar el conflicto su libido puede desviarse hacia otras actividades competitivas, de este modo pasa a preocuparse así como de ocuparse por temas sobre sí mismo y el sexo; de la misma forma por su aprendizaje en general.

- La etapa final es la *latencia*, en la cual el súper yo se encuentra lo suficientemente desarrollado de tal 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 en etapas posteriores. Aquí el niño halla seguridad en esta relación continua con sus padres, además ha logrado una solución satisfactoria a sus conflictos emocionales en las etapas anteriores, además, se encuentra gradualmente en condiciones de incorporarse a un grupo, pues ya acepta exigencias razonables por parte de los adultos con quienes tiene contacto y de aceptar las restricciones establecidas por la sociedad sobre sus impulsos.

Por otro lado, Sptiz en 1965, intenta demostrar la importancia que tiene el entorno en los niños sobre todo en etapas tempranas de la vida. Su interés primordial es el estudio de las relaciones recíprocas madre-hijo, menciona que el infante desde los pocos días presenta una relación que es caracterizada por el autor como “indiferenciada, o bien como no diferenciada”; rechazando la hipótesis de Freud sobre la presencia de procesos intrapsíquicos en el niño desde el nacimiento. Esto quiere decir que él recién nacido aún no sabe distinguir una cosa de otra siendo también incapaz de distinguir algo externo de su propio cuerpo, ni al medio que lo rodea como algo separado de sí mismo. Considerando así que no existe pensamiento a la hora de nacer; tampoco existe ni la percepción ni la voluntad. El bebé es un organismo psicológicamente indiferenciado. Es así como intentó demostrar que el crecimiento y desarrollo psicológico, dependerá del establecimiento y despliegue progresivo de relaciones del objeto cada vez más significativas. Supone que en el desarrollo psíquico existen organizadores equivalentes, es decir, estructuras de funcionamiento psíquico que resultan directrices en la integración incipiente, y que él denomina organizadores de la psique. Durante los períodos críticos, las corrientes del desarrollo que operan en los diferentes sectores de la personalidad se integran unas con otras, formando una nueva estructura psíquica sobre un nivel de complejidad más elevado (como se citó en Ramírez, 2010).

A diferencia de Spitz, Klein (1940/1999 versión) postula la existencia de un yo desde el nacimiento capaz de percibir la angustia, desarrollar los primeros mecanismos de defensa y establecer relaciones de objeto desde el comienzo de la vida misma.

En donde considera que el estado psíquico del sujeto es la naturaleza de las fantasías inconscientes y su relación con la realidad externa. Para dicha autora la fantasía inconsciente es la expresión mental de los instintos y por consiguiente existe, como éstos, desde el comienzo de la vida, en donde los instintos son buscadores de objetos. Si la fantasía inconsciente influye, se altera constantemente la percepción o la interpretación de la realidad. Este aspecto de la interrelación entre fantasía inconsciente y verdadera realidad externa debe tenerse muy en cuenta cuando se quiere evaluar la importancia del ambiente sobre el desarrollo del niño. Consideraba que el objetivo de la fantasía es satisfacer impulsos instintivos prescindiendo de la realidad externa, se puede considerar que la gratificación proveniente de la fantasía es una defensa contra la realidad externa de la privación. Sin embargo, es más que eso: es también una defensa contra la realidad interna. Cuando el sujeto hace una fantasía de realización de deseos, no está evitando solamente la frustración y el reconocimiento de una realidad externa displacentera; sino también está defendiéndose contra la realidad de su propia ira, o sea, contra la realidad interna. El concepto de fantasía inconsciente tal como lo utiliza Klein implica mayor grado de organización yoica del que suponía Freud. Según la autora hay suficiente yo al nacer como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa, establecer primitivas relaciones objétales en la fantasía y en la realidad. Al principio el yo está muy desorganizado, pero de acuerdo con la orientación general del crecimiento fisiológico y psicológico tiene desde el nacimiento la tendencia de integrarse (Segal, 2009).

Segal (2009) menciona las posiciones centrales de Klein para explicar el desarrollo del niño. La primera de ellas es la posición esquizo-paranoide en donde son importante describir las ansiedades y defensas vinculadas con ella. No sin antes puntualizar que el bebé normal no pasa la mayor parte del tiempo en estado de ansiedad, por el contrario, en circunstancias favorables pasa la mayor parte del tiempo durmiendo, mamando, disfrutando de placeres reales o alucinados, y de este modo asimilando gradualmente su objeto ideal e integrando su yo. Sin embargo, todos los bebés tienen periodos de ansiedad; pues las ansiedades y defensas que constituyen el núcleo de la posición esquizo-paranoide son parte normal del desarrollo humano.

Al describir la posición esquizoparanoide se muestra como el manejo exitoso de las ansiedades de los primeros meses del desarrollo lleva al bebé a organizar gradualmente su

universo. A medida que los procesos de escisión, proyección e introyección le ayudan a ordenar sus percepciones, emociones y a separar lo bueno de lo malo, el bebé se encuentra ante dos objetos: un objeto ideal y un objeto malo. Ante el objeto ideal trata de adueñarse de él, de conservarlo, y de identificarse con él. En el objeto malo ha proyectado sus impulsos agresivos y lo siente como una amenaza para sí mismo. Si el desarrollo se efectúa en condiciones favorables, el bebé siente cada vez más que su objeto ideal y sus propios impulsos libidinales son más fuertes que el objeto malo y los impulsos agresivos; logrando identificarse cada vez más con su objeto ideal, gracias a su crecimiento y desarrollo fisiológico del yo, siente que éste se va fortificando, así como, capacitando para defenderse a sí mismo y al objeto ideal.

Posteriormente surge la posición depresiva como la fase del desarrollo en el que el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto. Este es un momento crucial del desarrollo infantil, que el ego advierte claramente. Todos los que rodean al bebé perciben en él un cambio y lo consideran un progreso enorme –advierten y comentan que ahora el bebé reconoce a la madre. Enseguida comienza a reconocer también a otras personas de su ambiente, generalmente primero al padre. Reconocer a la madre como persona total significa también reconocerla como individuo con una vida propia y con sus propias relaciones con otras personas. Este cambio en la percepción del objeto se acompaña de un cambio fundamental en el yo, pues a medida que la madre se convierte en el objeto total, el yo del bebé se convierte en un yo total, escindiéndose cada vez menos en sus componentes buenos y malos. La integración del yo y del objeto prosigue simultáneamente. Al disminuir los procesos proyectivos e integrarse más, el yo distorsiona menos la percepción de los objetos, de modo que el objeto malo y el objeto bueno se aproximan el uno al otro (Segal, 2009).

En la posición esquizo-paranoide, el motivo principal de la ansiedad es que el objeto u objetos malos lleguen a destruir al yo. En la posición depresiva, las ansiedades brotan de la ambivalencia, y el motivo principal de la ansiedad del bebé es que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado de quien depende totalmente.

El bebé bien integrado, que puede evocar y conservar su amor por el objeto bueno, incluso mientras lo odia, está expuesto a sentimientos nuevos poco conocidos durante la posición esquizo-paranoide: el duelo y la nostalgia por el objeto bueno que siente perdido y destruido, además de la culpa, una experiencia depresiva típica, provocada por el

sentimiento de que perdió a su objeto bueno por su propia destructividad. En la cúspide de la ambivalencia puede sobrevenirle la desesperación depresiva (Segal, 2009)

La experiencia de depresión moviliza en el bebé el deseo de reparar a su objeto u objetos destruidos. Anhela compensar los daños que les ocasionó en sus fantasías omnipotentes, restaurar y recuperar sus objetos de amor perdidos, y devolverles la vida y la integridad. La posición depresiva marca un proceso crucial en el desarrollo, y durante su elaboración el bebé cambia radicalmente su concepción de la realidad. Al integrarse más a su yo, al disminuir sus procesos de proyección, al empezar a percibir su dependencia de un objeto externo y la ambivalencia de sus propios instintos, asimismo sus fines; el bebé descubre su propia realidad psíquica. Adquiere sus propios impulsos y fantasía, empieza a distinguir entre fantasía y realidad externa. El desarrollo del sentido de la realidad psíquica está inseparablemente ligado al creciente sentido de la realidad externa, y el bebé comienza a diferenciar ambas realidades; es decir, descubre gradualmente tanto los límites de su odio como los de su amor, a medida que su yo crece y se desarrolla, encuentra cada vez más recursos para influir realmente sobre la realidad externa.

A medida que el bebé pasa por repetidas experiencias de duelo y reparación, de pérdida y recuperación, su yo se enriquece con los objetos que ha debido recrear en su interior y que ahora se hacen parte de él. Aumenta su confianza en su propia capacidad de conservar, recuperar objetos buenos, así como, su creencia en su propio amor y posibilidades. Por lo tanto, la posición depresiva nunca se elabora completamente, siempre se tienen ansiedades relacionadas con la ambivalencia y la culpa, además de situaciones de pérdida que reviven experiencias depresivas. Los objetos externos buenos de la vida adulta siempre simbolizan y contienen aspectos del primer objeto bueno, interno y externo, de modo que cualquier pérdida de la vida posterior reaviva la ansiedad de perder el objeto interno bueno y con ella todas las ansiedades sentidas originalmente durante la posición depresiva. Si durante la posición depresiva el bebé ha podido establecer un objeto interno bueno suficientemente afianzado, las situaciones anteriores de ansiedad depresiva no le conducirán a la enfermedad sino a una elaboración fructífera, cuyas consecuencias son mayor enriquecimiento y creatividad.

Las experiencias de repetida depresión e incluso de desesperación que acometen al niño; cuando siente que ha arruinado completa e irreparablemente a la madre y su pecho se le hacen intolerantes, el yo utiliza todas las defensas disponibles para evitarlas. Estas defensas

pertenecen a dos categorías: reparación y defensas maníacas. Las defensas maníacas desempeñan un papel importante y positivo en el desarrollo. La resolución mediante la reparación es un proceso lento y al yo le lleva mucho tiempo adquirir fuerza suficiente como para confiar en sus capacidades para repararse. Generalmente sólo se puede superar el dolor mediante defensas maníacas, que protegen al yo de la desesperación total; cuando el dolor y la amenaza disminuyen, las defensas maníacas pueden ceder gradualmente su lugar a la reparación. Pero cuando dichas defensas son excesivamente fuertes, se establecen círculos viciosos y se forman puntos de fijación que interfieren con el desarrollo futuro.

La organización de las defensas maníacas durante la posición depresiva incluye mecanismos que ya se manifestaron durante la posición esquizo-paranoide: escisión, idealización, identificación proyectiva, negación, etcétera. La utilización de defensas durante la posición depresiva tiene características especiales. Ahora están mucho más organizadas, de acuerdo con la mayor integración del yo, y dirigidas específicamente a impedir la vivencia de ansiedad depresiva y de culpa. Esta última vivencia se debe al hecho de que el yo ha adquirido una nueva relación con la realidad. El bebé descubre su dependencia de la madre y el valor que ella tiene para él; junto con esta dependencia, descubre su ambivalencia y en su relación con su objeto externo e interno, experiencias y sentimientos muy intensos: miedo a la pérdida, duelo, nostalgia y culpa; en donde, la organización defensiva maníaca tiene por objeto impedir que se experimente todo esto.

Cuando se pueden manejar estas ansiedades y defensas maníacas mediante la movilización de deseos reparatorios, conducen a un mayor desarrollo del yo; en el cual, las actividades creadoras basan en el deseo del bebé de restaurar y recrear su felicidad perdida, sus objetos internos perdidos y la armonía de su mundo interno.

Posteriormente, surge un grupo de investigadores que utilizaron métodos de observaciones más sistémicos y precisos, uno de ellos fue Bowlby en el año de 1969 aproximadamente, propuso un modelo de desarrollo y funcionamiento de la personalidad centrada en los afectos e inspirado por la etiología comparada y la teoría de la evolución biológica. Para Bowlby no hay un instinto solo hay diferentes conductas instintivas. Considera el apego “...como una conducta instintiva primaria distinta a la sexual y alimentaria. El comportamiento instintivo de apego (pautas, potenciales, o esquemas de comportamiento) se desarrolla a partir de la interacción con el ambiente temprano. Éste comportamiento de

vinculación es resultado tanto de una necesidad innata como de adquisición que tiene doble función: 1. protección física y seguridad emocional proporcionada por un adulto capaz de defender al niño vulnerable de todo peligro y 2. Una función de socialización, produciéndose así un apego sereno (o seguro) que es el resultado del desarrollo y mantenimiento de la confianza ilimitada en la accesibilidad, así como del apoyo que pueden brindar las figuras de apego afectivo, es necesario tanto para el desarrollo de la confianza en sí mismo y en otros, como para el desarrollo armonioso de la personalidad. Cuando se perturba el apego sereno el vínculo afectivo se transforma en un apego ansioso o inseguro” (Bowlby, 1993, p. 163).

Otra aportación teórica significativa dentro de las teorías psicoanalíticas de desarrollo, es la que realizó Erik Erickson pues modificó notablemente la teoría de Freud; convirtiéndola en la elaborada teoría de las etapas en donde describe el desarrollo emocional a lo largo de la vida. En la teoría psicosocial de Erickson considera que la personalidad se desarrolla a través de la resolución progresiva de los conflictos entre las necesidades y las demandas sociales. Los conflictos han de resolverse; al menos parcialmente, en cada una de las ocho etapas para poder progresar hacia el siguiente grupo de problemas. La meta no es eliminar de la personalidad la cualidad superada (como la confianza o desesperanza), sino decantar el peso de la balanza para que la cualidad más beneficiosa (como la confianza o la integrada) prevalezca. Un fracaso en resolver los conflictos en alguna de las etapas puede conducir a desórdenes psicológicos que afectarán durante el resto de la vida (Hoffman, et al., 1995).

Santrock (2004) describe las etapas que plantea Erickson; en donde cada etapa consiste de una tarea del desarrollo, que confronta a los individuos con una crisis. Según Erickson una crisis “no es una catástrofe sino un momento de cambio, de mayor vulnerabilidad e intenso potencial. Mientras más éxito tenga el individuo al resolver la crisis, más sano será su desarrollo” (p. 76). Por lo tanto las etapas que menciona Erickson son:

- Confianza versus desconfianza: es la primera etapa psicosocial de Erickson, que experimenta durante el primer año de vida.
- Autonomía versus vergüenza y duda: es la etapa del desarrollo, la cual se presenta desde finales de la infancia hasta los 3 años de edad.

- Iniciativa versus culpa: es la tercera etapa, se presenta durante los años de educación preescolar. A medida que los niños enfrentan un mundo social, ahora se les pide asumir la responsabilidad de su cuerpo, su conducta, sus juguetes y sus mascotas.
- Productividad versus inferioridad: transcurre aproximadamente en los primeros años de la escuela primaria. La iniciativa de los niños los pone en contacto con una gran variedad de experiencias nuevas. A medida que pasa la niñez intermedia dirige su energía hacia el dominio de los conocimientos y habilidades intelectuales. En ningún otro momento el niño tiene tanto entusiasmo por aprender que a finales del periodo de la niñez temprana, caracterizado por una gran imaginación. El peligro durante los años de la escuela primaria es que el niño puede desarrollar un sentimiento de inferioridad, sintiéndose impotente o improductivo.
- Identidad versus confusión del rol: se experimenta durante la adolescencia. En esta época, los individuos deben descubrir quiénes son, que desean hacer y a donde se dirigen en la vida.
- Intimidad versus aislamiento: esta surge en la adultez temprana. Erikson describe la intimidad como encontrarse a sí mismo y al mismo tiempo perderse en el otro.
- Productividad versus estancamiento: se presenta durante la adultez intermedia.
- Integridad versus desesperación: Se presenta en la adultez tardía. En esta etapa, una persona reflexiona acerca del pasado y obtiene una revisión positiva o concluye que no vivió bien la vida.

1.1.2.- Teorías Cognitivas

En lo que se refiere a las teorías cognitivistas estas se centran principalmente en el desarrollo y el funcionamiento de la mente. Los teóricos cognoscitivos ven el proceso de aprendizaje como la adquisición o reorganización de las estructuras cognitivas, a través de las cuales las personas procesan y almacenan información. (Mergel, 1998)

Uno de los personajes más representativos de esta teoría es Piaget (1986- 1996) quién creó una teoría con base a etapas del desarrollo en las que el niño constituye activamente su conocimiento del mundo. A medida que el niño se va desarrollando, la mente atraviesa una serie de fases de reorganización, cada una asciende a un nivel superior de funcionamientos psicológicos. Esta teoría concibe la “cognición” como un proceso biológico espontáneo, así como las funciones y características del pensamiento son como la digestión y la respiración ya que el funcionamiento del intelecto humano al igual en que en el funcionamiento biológico, tiene dos procesos invariables: la adaptación y la organización;

Piaget dio a este enfoque el nombre de epistemología genética (Hoffman, et al., 1995). Es propio de la naturaleza del hombre, dice Piaget, organizar sus experiencias de diferentes sentidos y la adaptación en su nivel más básico, es simplemente el proceso de ajuste al ambiente. Sin embargo, el proceso de adaptación está dividido según el autor, en dos aspectos adicionales importantes del funcionamiento, que llama asimilación y acomodación. La asimilación es el proceso de tomar, de incorporar sucesos y experiencia en estrategias, además de sistemas ya existentes. La acomodación tiene un proceso doble, el de adaptar para que se moldee. Es difícil describir lo que un niño está asimilando, pero es a través del esquema (Shaffer, 2000). El infante empieza con un conjunto de esquemas reflejos como la succión, la mirada y la audición, las experiencias son asimiladas a esos esquemas y estos cambian (se acomodan) como resultado de esas experiencias. En el caso del infante, como no existe una representación interna, todos los esquemas son acciones, como: prensar, empujar, succionar, mirar, gatear, etc., estos cambian, se integran y se clasifican pero son aún acciones. Posteriormente, cuando empieza cierta clase de representación interna, los esquemas del niño pueden ser representaciones de acciones o conceptos, pero las nuevas experiencias son asimiladas también y estas se acomodan como resultado de las experiencias. En el niño de siete años aproximadamente se desarrolla toda una serie de esquemas complejos, como sumar, substraer, clasificar, ordenar, etcétera. (Bee, 1978/ 1995 versión).

Lo que conlleva a mencionar que Piaget consideraba que el ser humano pasa por cuatro etapas en la comprensión del mundo. Por lo tanto, lo que distingue a una etapa más avanzada de otra menos avanzada, es la forma diferente de entender el mundo. Es su libro *Psicología del niño*, Piaget e Inhelderen (1920/ 2000 versión); abarcan de manera detallada las características de cada una de estas etapas, en donde:

- La primera etapa es la sensorio-motora: Se caracteriza porque se presenta de manera continua; dividida en seis estadios. El primer estadio (se da entre 1-3 meses) aquí se presentan los primeros esquemas de movimiento, así como también los reflejos de succión o el de palpar; representan una importancia en particular para la adquisición de esquemas. El estadio II se presenta entre los 2-3 meses, adquiere los esquemas de reconocimiento esto es por medio de movimientos al azar. En el estadio III el niño toma y manipula todo lo que ve. En el estadio IV, se vuelve notable la presencia de la búsqueda y el hecho de alcanzar los objetos. En el estadio V aparecen actos más complejos de inteligencia práctica, tendrá un objetivo previo y buscará los medios para

llegar a él. En el estadio VI es la transición a la siguiente etapa; en donde el niño es capaz de encontrar medios nuevos por combinaciones interiorizadas que dan como resultado una comprensión repentina o insight.

- Etapa pre-operacional: Se identifica porque va de los 2 a los 7 años, en esta etapa el niño por medio del significante (Piaget plantea como significante la imitación diferida, el juego simbólico, el dibujo, imagen mental, gesto simbólico y al lenguaje) adquiere el poder de representar algo o la adquisición de un significado (como un objeto, acontecimiento, esquema conceptual). El primer significante que nos menciona es la imitación diferida, surge a partir del contexto del niño; es decir, la imitación de su realidad y de las personas de su convivencia. En el juego simbólico el niño juega, platica y representa simbólicamente las situaciones que le han impresionado y al representarlas enriquece su experiencia y su conocimiento. Más tarde el niño adquiere como significante el dibujo, pues nota similitud casi precisa entre un dibujo y un objeto real que es cuando lo considera como representación de un objeto determinado. El proceso de adquisición del dibujo Piaget lo dividió en tres etapas la primera de ellas es el “realismo fortuito” que consiste en los primeros garabatos en donde los niños exploran a través de trazos rectos o curvas que repiten una y otra vez. Después se presenta el “realismo frustrado” comienzan a realizar dibujos más precisos sin embargo la ropa o la posición de la ropa la sitúan muy por encima del cuerpo del muñeco que se está dibujando, por ejemplo. Por último; se presenta el “realismo intelectual” en el cual el dibujo está constituido por figuras más identificables y formas más definidas de lo que el niño quiere representar en el dibujo. Por otro lado Piaget también plantea que existen en esta etapa dos tipos de imágenes mentales, la imagen reproductora que sólo evoca percepciones o acontecimientos ya conocidos anteriormente y las imágenes anticipadoras las cuales son imágenes de movimientos o transformaciones, pero sin haberse presentado anteriormente. Uno de los significantes más representativos en esta etapa es lenguaje para Piaget es la manifestación de cómo el ser humano puede usar símbolos(palabras) en lugar de objetos, persona, acciones sentimientos y pensamientos. En esta teoría el lenguaje tiene una función simbólica y en gran parte se adquiere en forma de actividades lúdicas (juegos simbólicos). Es decir surge el lenguaje egocéntrico, ya que el niño en la actividad del juego habla para sí mismo y recrea su realidad a través de este. En esta etapa lo niños preguntan “¿Por qué?” de algo que es nuevo para ellos debido a que están adquiriendo conocimiento de su contexto.

- En la etapa concreta; los procesos de razonamiento se vuelven lógicos y pueden aplicarse a problemas concretos o reales. Esta etapa se presenta en una edad aproximada de los 7 años a los 11 años. Aquí aparecen los esquemas lógicos de seriación, ordenamiento mental de conjuntos y clasificación de los conceptos de causalidad, espacio, tiempo y velocidad. Además de que en esta etapa se desarrolla principalmente el respeto y la voluntad. El respeto en tanto inicia un sentimiento de justicia y la voluntad, surge como reguladora de la energía tomando en cuenta cierta jerarquía de valores. “La voluntad es pues el verdadero equivalente afectivo de las operaciones de la razón”. Estos dos elementos repercuten en las relaciones sociales del niño. Se interesan por la existencia de reglas que definan sus actividades, las respeta y hace respetar, si alguien viola una ley, está cometiendo una injusticia y por lo tanto se merece una sanción. El niño ya no se queda limitado en su propio punto de vista, sino es capaz de considerar otros puntos de vista, coordinados y sacar las consecuencias. Las operaciones del pensamiento son concretas en el sentido de que sólo alcanzan la realidad susceptible de ser manipulada, aun no puede razonar fundándose en hipótesis.
- En la cuarta etapa se encuentran las operaciones formales: que se presentan en una edad aproximadamente entre once-doce a catorce-quince años. En esta etapa aparece el pensamiento formal, que tiene como característica la capacidad de prescindir del contenido concreto y situar lo real. Con la adquisición de las operaciones formales el adolescente puede formular hipótesis, tiene en cuenta el mundo de lo posible. Con este tipo de pensamiento es común que confronte todas las posiciones intelectuales y culturales que su contexto le ha proporcionado y que él ha asimilado; aquí tiende a buscar dentro de sí respuestas, lo que permite pasar a deducir sus propias decisiones.

Vielma, E. y Salas, M. (2000) consideran que la postura de Piaget debe comprenderse por su preferencia hacia una investigación focalizada en el desarrollo humano, sólo entendible como síntesis producida por la confluencia de la maduración orgánica y la historia individual. Comienza como un ser individual, progresivamente se convierte en social, su énfasis se centra en el micro nivel, es decir, el contacto con otras personas de su entorno.

Sin embargo; en la interacción niño-adulto, el adulto es el que desempeña un papel fundamental no sólo para satisfacer las necesidades fisiológicas del pequeño, sino también desempeña el papel de organizador y transmisor de las pautas culturales, instruyendo y proporcionando al pequeño las experiencias necesarias (Shum y Conde, 1993).

Bajo esta idea es que surge la teoría de Vygotski, el cual se encontraba interesado en el estudio de las características del contexto social y en explicar el origen, evolución y desarrollo de las funciones psicológicas superiores, estudiadas mediante las transformaciones observables puramente cualitativas. Estaba convencido que la internalización de los sistemas de signos culturalmente elaborados acarrea transformaciones en la conciencia y en la conducta, además de que creaban un vínculo entre las formas tempranas y tardías del desarrollo del individuo (Vygotski, 1979/ 2000 versión).

En su libro *El Desarrollo de los Procesos Psicológicos Superiores* le da importancia a los instrumentos de mediación, los cuales son: la internalización de funciones psicológicas, la importancia del juego y las transformaciones del lenguaje a lo largo del desarrollo del niño hacia los procesos más complejos y la inteligencia. Vygotski defiende la idea de que la evolución y el desarrollo se producen a través de un equilibrio con el entorno, así también de que están determinados por el dominio de los instrumentos psicológicos y culturales creados por la humanidad a través de su desarrollo histórico, entendiendo así que ser parte de la sociedad implica ver la realidad organizada. Por lo que, entre el mundo y el hombre se encuentra el medio social, este medio refleja y dirige todo lo que parte del hombre hacia el mundo y viceversa, es así como se expresa su paradigma; **Inter-Psíquico** (Subjetivo social) **Intra-Psíquico** (Subjetivo individual) **Inter-Psíquico** (Subjetivo social) es decir, el individuo se constituye en la vida social pero al mismo tiempo la cultura se apropia de él en la medida que lo constituye, hace que el resultado sea una prolongada serie de sucesos evolutivos, esto es, que la potencialización del conocimiento depende de la cultura (Vygotski, 1979/ 2000 versión).

Por lo tanto, propone una percepción de tipo social, dándole el primer lugar al aprendizaje y el segundo al desarrollo, mediados o determinados por la “zona de desarrollo próximo”, que no es otra cosa que la distancia entre el nivel real de desarrollo establecido por la capacidad de resolver independientemente un problema y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz.” Aquí la cultura tiene un impacto sobre el desarrollo proporcionando contextos a los que el niño accede en zona de desarrollo próximo. Vygotski señala al menos cuatro factores de acuerdo con los cuales la cultura condiciona el desarrollo del niño: 1) la cultura; organiza la presencia o ausencia de entornos problemáticos básicos, a los que el niño ha de enfrentarse y están incorporados a

las prácticas culturales; 2) la frecuencia con la que los niños realizan actividades, que se consideran básicas en un grupo social, está culturalmente organizada; 3) la cultura determina también las pautas de acuerdo con las cuales ciertos sucesos se presentan conjuntamente 4) la cultura regula el nivel de dificultad de las tareas que ha de realizarse en un determinado contexto (Lacasa y Herranz, 1989).

Debido a que los niños se convierten en sujetos de naturaleza social, sus motivaciones cambian por necesidades, finalidades y metas, la voluntad no es biológica, la interacción con la sociedad es lo que lleva a tener voluntad y la voluntad no es otra cosa que tomar decisiones con conocimiento y conciencia (Vielma y Salas, 2000).

Uno de los autores que estaba en acuerdo con las concepciones de Vygotski es Bruner, quién aportó *el constructivismo simbólico* y la importancia de una enseñanza sistémica orientada al desarrollo de los procesos mentales de los niños en periodo de formación. Propone que el sujeto codifica y clasifica los datos que llegan del entorno a través de las categorías de las que dispone para comprenderlo, pues refiere que el hombre tiene una gran capacidad de discriminación y su sentido potencial de la alteridad (Bruner, 2001). Bruner, Woodnow y Austin (1978) consideran que estos procesos intermedios entre los estímulos y las conductas dependen de las necesidades, las experiencias, las expectativas y los valores del sujeto (como se citó en Guilar, 2009).

Bruner sustenta un paradigma que mantiene preferencia por la investigación focalizada en el desarrollo humano, visto éste desde la perspectiva *intelectual- cognitiva*, este paradigma focaliza la mente como el funcionamiento cualitativo del cerebro, el cual sirve como medio para la construcción de los modelos mentales sobre la base de los datos que recibe, del proceso de almacenamiento de los mismos y de las inferencias extraídas por parte de quien aprende. Ésta codificación es fundamental para comprender la relación entre las cosas del mundo y sus respectivas representaciones dentro del modelo mental abstracto. Su posición sobre el proceso de desarrollo humano es que este se da en diferentes modos, y cada uno de ellos se caracteriza por la construcción de las representaciones mentales por parte del sujeto de sí mismo y del mundo que lo rodea (Vielma y Salas, 2000).

Vielma y Salas (2000) mencionan que para que la construcción del conocimiento sea posible, se requiere de la mediación del lenguaje, que acaba por ser no sólo el recurso de intercambio, sino el instrumento que luego puede utilizar el hombre para poner en orden el medio. Éste proceso es determinado por las funciones del lenguaje y de otros sistemas

simbólicos además de códigos de representación cultural; aunado a estos conceptos está la propuesta de inseparabilidad de la cultura.

Siendo así el contexto social, el lugar en donde el niño interioriza las prescripciones normativas y culturales (reglas, conocimientos, normas y tradiciones), además de permitir la construcción, tanto de los modos de imaginar hasta la forma de compartir la realidad. Es decir, en el contexto se va construyendo su identidad, su personalidad, y su autoestima, así como va descubriendo los instrumentos que le permitan manejarse y operar en el mundo real. El artefacto cognitivo y cultural a la vez, para que todo ello sea posible, según Bruner (2008) es la “narración”, que es el modo más humano y eficaz para construir, negociar y compartir nuevas experiencias, intenciones, pensamientos, informaciones y deseos. Y no solamente eso, sino es el instrumento que permite entender la realidad (como se citó en Guilar, 2009).

1.1.3. Teoría ecológica

La teoría ecológica surge a partir de la idea de Bronfenbrenner en la que el desarrollo se ve afectado por cinco sistemas ambientales que van desde los contextos más finos de interacción directa con la gente, hasta los contextos más generales de la cultura. Tales sistemas de acuerdo a Santrock (2004) son:

- El microsistema es el ambiente en el que vive el individuo, incluye a la familia, los pares, la escuela y el barrio de la persona. En el microsistema ocurren las interacciones más directas con los agentes sociales, con los padres, pares y maestros, por citar algunos.
- El mesosistema incluye las relaciones entre microsistemas, conexiones entre contextos. Algunos ejemplos son la relación de las experiencias familiares con las experiencias escolares, las experiencias escolares con las experiencias religiosas y las experiencias familiares con las experiencias con los pares.
- El exosistema se involucra cuando las experiencias en otro ambiente social, en el que el individuo no tiene un papel activo, influyen en lo que el individuo experimenta en un contexto inmediato. Por ejemplo, las experiencias laborales pueden afectar la relación de una mujer con su esposo y sus hijos. La madre podría recibir un ascenso que la obliga a viajar más, lo que podría incrementar el conflicto matrimonial y cambiar los patrones de relación madre-hijo.

- El macrosistema incluye la cultura en la que viven los individuos. La cultura se refiere a los patrones de conducta, creencias y a todos los demás productos de un grupo de personas, que se transmiten de una generación a otra.
- El cronosistema se refiere al tipo de eventos y transiciones ambientales que se presentan en el transcurso de la vida. Por ejemplo, los efectos negativos del divorcio en los niños suelen llegar a su nivel máximo a un año del divorcio.

1.2.- Desarrollo psicomotor y crecimiento del niño: aspectos generales

Una vez comprendiendo el desarrollo del niño a través de la explicación de diferentes teorías, es conveniente puntualizar para fines de esta investigación el papel fundamental que implica el desarrollo del niño de manera fisiológica específicamente a nivel psicomotor. Arnáiz y Bolarín (2000) consideran que es importante conocer cómo el niño utiliza el cuerpo, descubre su eficiencia motriz y postura, cómo se relaciona con el mundo de los objetos y cómo se relaciona con el mundo de los demás; cuyo fin es comprender las estructuras que favorecen la construcción del pensamiento conceptual y simbólico, la génesis del esquema corporal (que más adelante se retomará con mayor énfasis), partiendo de las manifestaciones del cuerpo en reposo y en movimiento.

Cabe destacar que la proporción del cuerpo cambia gradualmente. El crecimiento no es aleatorio, es así que el desarrollo psicomotor, de acuerdo a Santrock (2004) sigue dos leyes:

- Ley céfalo-caudal que es la secuencia en la que el crecimiento se produce más rápido, está siempre ocurre en la parte superior que es la cabeza. El aumento físico, de tamaño, peso y diferenciación ocurre gradualmente de arriba hacia abajo; por ejemplo, del cuello a los hombros después al tronco, así sucesivamente. El desarrollo sensorial y motor también suele presentarse de acuerdo al patrón cefalocaudal, pues los bebés ven los objetos antes de poder controlar su torso además pueden utilizar sus manos mucho antes de gatear y caminar.
- La ley proximodistal es la secuencia de crecimiento que inicia en el centro del cuerpo y continúa hacia las extremidades. Por ejemplo, el control muscular del tronco y los brazos, maduran antes que el control de las manos y los dedos, ya que los bebés utilizan toda la mano como unidad antes de poder controlar los dedos.

También Santrock (2004) menciona que a partir de los 6 años a los 12 años el desarrollo motor de los niños se vuelve más uniforme y más coordinado; al correr, trepar, saltar la cuerda, nadar, andar en bicicleta y en patineta son sólo algunas de las muchas habilidades físicas que pueden dominar los niños que acuden a la escuela primaria. Además, una vez que dominan estas habilidades motoras gruesas requieren la actividad de músculos grandes, en donde, los niños suelen superar a las niñas. A través de los años de la escuela primaria, los niños requieren mayor control sobre su cuerpo pues pueden sentarse y poner atención durante períodos largos. Sin embargo, los niños acuden a la escuela primaria aún no están físicamente maduros y necesitan permanecer activos. Estos niños se cansan más de estar sentados mucho tiempo que de correr, saltar y andar en bicicleta. La actividad física es esencial para que ellos afinen las habilidades que están desarrollando, como batear la pelota, saltar una cuerda o mantener el equilibrio en una viga.

Por otro lado, el incremento de la mielinización del sistema nervioso central, se refleja en la mejoría de las habilidades motoras finas durante esta etapa, pues aquí los niños pueden usar sus manos como herramientas, con gran habilidad. Los niños de seis años pueden martillar, pegar, amarrarse los zapatos y abrochar prendas de ropa. A los 7 años de edad, las manos de los niños son más estables. A esta edad los niños prefieren un lápiz que una crayola para escribir, y es poco común que en esta etapa inviertan letras. La letra se vuelve más pequeña. Entre los 8 y los 10 años de edad los niños pueden utilizar sus manos de manera independiente con mayor facilidad y precisión; ahora pueden escribir más que dibujar letras. El tamaño de la letra se vuelva aún más pequeño. Entre los 10 y 12 años de edad, los niños empiezan a mostrar habilidades de manipulación similares a los adultos; ya que pueden realizar movimientos complejos, intrincados y rápidos, necesarios para hacer trabajos manuales de buena calidad o para tocar una pieza difícil en un instrumento musical. Por lo general las niñas superan a los niños en sus habilidades motoras finas (Santrock, 2004).

Por lo tanto; el niño en proceso de maduración percibe su cuerpo como vehículo de rendimiento físico. En consecuencia, parte sus percepciones acerca de sí mismo y de su cuerpo se relaciona con la calidad del rendimiento que su cuerpo le permite alcanzar (Cratty, 1982).

Por otro lado; en consideración de Bee (1978/ 1995 versión) es importante enfatizar el desarrollo del niño ante aspectos de crecimiento en su totalidad con base en sus edades cronológicas; en donde considera que:

- De los cinco a los siete años: El niño ha consolidado toda una serie de logros y está en el umbral de todo un conjunto de nuevos descubrimientos. El niño domina las nuevas capacidades de clasificación y comprende la reversibilidad. Las operaciones básicas, como la suma, la resta, y la multiplicación son entendidas en una forma preliminar: los conceptos del niño están ordenados en sistemas y se hace posible un análisis más profundo. En esta etapa el lenguaje parece desempeñar un nuevo papel, pues el niño de cinco a siete años empieza a emplear el lenguaje en el pensamiento. En las relaciones interpersonales suceden varios cambios importantes: primero el niño generalmente empieza la escuela a esta edad, lo que automáticamente significa un aumento considerable de tiempo empleado con compañeros, así como un enfoque de aprendizaje normal; también a esta edad se forman los grupos de compañeros de estructura unisexual. Los cambios cognitivos son básicos en este caso, el niño ha descubierto toda una serie de nuevas habilidades y destrezas estando en condiciones de resolver una gran número de problemas así como a comprender ciertos principios importantes sobre la manera de cómo está organizado el mundo inanimado (Por ejemplo; el principio de conservación). El comienzo de la escuela ocurre en esta época justamente porque el niño ha logrado las mayores realizaciones cognoscitivas. Aquí se centra al niño como la edad de la adquisición de las abstracciones particularmente a través de la lectura; siendo así la escuela un lugar donde el niño lleva a cabo el relato en vez de la objetividad de las cosas. La importancia del relato (ya sea en voz alta o a través de la lectura) ayuda a fomentar un enfoque más abstracto del mundo, puesto que las palabras por sí mismas son abstracciones.
- De los siete a los doce años: Freud lo llamaba periodo de latencia porque la sexualidad parece estar sumergida o reprimida. Piaget lo denomina etapa de las operaciones concretas acentuando los cambios graduales que tienen lugar. Sin embargo, estos cambios son en su mayoría prolongaciones o consolidaciones de los nuevos entendimientos importantes que el niño realizó a los seis o siete años. Las habilidades de clasificación se vuelven más complejas y el niño es capaz de captar la clasificación múltiple. El razonamiento inductivo es también más eficiente. En cuanto al desarrollo físico el niño continúa creciendo, pero el ritmo de crecimiento de los siete a los doce

es más lento que años anteriores. Las relaciones con los compañeros continúan centradas en grupos de un solo sexo y hay poco cambio en todo ese período. Las capacidades perceptuales no evolucionan en una forma considerable.

El desarrollo del Esquema Corporal pasa por procesos de maduración neurológica, y también de las experiencias del niño llegando a una plenitud a los 11 o 12 años.

Por lo tanto; se podría concluir que la estructuración de la personalidad consiste en la vinculación entre el cuerpo, la emoción, la actividad cognitiva y la interacción con el contexto social. Aspectos que se interrelacionan de manera diferente entre áreas. Esta idea nos lleva a profundizar sobre la formación de la imagen corporal y su posterior representación a través del esquema, las diferencias entre conceptos, la capacidad para expresarlo y las posibilidades de una patología en esa área. Situaciones descritas en el siguiente apartado.

Capítulo II. El esquema corporal del niño

2.1.- Desarrollo de la imagen corporal en el niño y el adolescente

El conocimiento del esquema e imagen corporal es un proceso paulatino que el niño va adquiriendo desde el nacimiento e implica procesos complejos de organización cerebral. El resultado es el conocimiento del propio cuerpo y del entorno en el que el niño se desenvuelve, siendo capaz de organizar e integrar las sensaciones relativas al propio cuerpo respecto a los datos del mundo exterior, justificando el neurodesarrollo del bebé y el niño de acuerdo con el autoconocimiento (Artaza, 2000). Otros expertos (Arnaíz y Bolarín, 2000) llegan a explicar este proceso como el resultado de la relación entre el individuo y su medio, con el espacio y objetos que rodean al bebé y con la toma de conciencia del cuerpo, de sus posibilidades y sus limitaciones, ello, mediante la toma de conciencia del cuerpo, a través de la percepción, conocimiento y funcionalidad de cada parte del mismo.

Entonces, la experiencia corporal, o la percepción de las diferentes características físicas, así como la vivencia corporal, entendida como la conciencia de sí mismo, resultan elementos básicos, necesarios para el continuo desarrollo psicológico, emocional, afectivo y de la personalidad de cada individuo. Sin embargo, ello requiere de la integración de múltiples aspectos, componentes y matices distintos que requieren ser explicados.

El desarrollo de la imagen corporal inicia en la infancia e implica, por lo tanto, múltiples redes neuronales que tendrían una participación imprescindible de estructuras de origen subcortical, como la amígdala, la ínsula, que se encarga del reconocimiento emocional; el córtex orbitofrontal, que integra los procesos cognitivos con los emocionales, entre otros. Para los adolescentes, el circuito cerebral implicado en la imagen corporal se ampliaría a la corteza somato-sensorial. Esto se explica, ya que se da una superposición de diferentes procesos de información y percepción que se entremezclan e interactúan con otros más globales y que podrían justificar la gran extensión de las redes neuronales implicadas en la conciencia y experiencia de la imagen corporal (Ortíz, 2009).

Si bien, la formación de la imagen corporal tiene componentes biológicos, estos no son los únicos que participan en dicho proceso, tanto para el niño como para el adolescente, consiste en el conocimiento y la representación simbólica global del propio cuerpo, explicado de otra manera; es la representación mental que cada individuo tiene de su

propio cuerpo, e incluye tres componentes más, el perceptual, el conductual y el cognitivo, que serán retomados más adelante (Pruzinsky y Cash, 1990).

No se dispone de una definición rotunda de imagen corporal y para poder avanzar en la precisión del término, se plantea como un constructo teórico multidimensional, y que sólo haciendo referencia a varios factores implicados, es como se esclarece la ambigüedad del término. Analizando las aportaciones de diversos autores Pruzinsky y Cash (1990) proponen que realmente existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

Una imagen perceptual. Se referiría a los aspectos perceptivos con respecto al cuerpo, y podría parecerse al concepto de esquema corporal mental, incluiría información sobre tamaño y forma del todo como de sus partes.

Una imagen cognitiva. Que incluye pensamientos, auto-mensajes y creencias.

Una imagen emocional. Que se refiere a los sentimientos y el grado de satisfacción con la figura y con las experiencias proporcionadas por el cuerpo. Para estos autores la imagen corporal que cada individuo tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva, y manifiestan que no tiene por qué haber un buen correlato con la realidad.

En el mismo orden de ideas para Pruzinsky y Cash (1990) un concepto amplio de imagen corporal, tiene las siguientes características:

- 1.- Es un concepto multifacético.
- 2.- La imagen corporal está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia: “Cómo se percibe y se experimenta al mundo, se relaciona significativamente con la autopercepción” (p.47).
- 3.- La imagen corporal está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la autopercepción del cuerpo.
- 4.- La imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.
- 5.- La imagen corporal influye en el comportamiento, y no sólo la imagen corporal consciente, sino también la preconscious y la inconsciente (Palacios, 1999).

Thompson (1990) amplía el término de imagen corporal, además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, ya mencionados antes, incluiría un componente conductual que se fundamentaría en qué conductas tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él. Por ejemplo evitar situaciones donde se vea el cuerpo desnudo o comprar ropas que simulen ciertas partes del cuerpo. Otros autores como Slade (1994), centran su explicación más en una representación mental, la cual se origina y modifica por diversos factores psicológicos individuales y sociales, la define así: "...la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo" (p. 52).

La profesora Raich de la Universidad Autónoma de Barcelona, probablemente, será la investigadora que más ha trabajado en España en Imagen Corporal y en un libro específico que dedicó a este tema, propone una definición integradora de imagen corporal: "...es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que la persona tiene de todo su cuerpo y de cada una de sus partes, así como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que la persona hace y siente y el modo en que se comporta derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimenta" (Raich, 2000, p. 28). Y más resumidamente, "la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación a su propio cuerpo" (Raich, Torras y Figueras, 1996, p. 67).

La teoría de la imagen inconsciente del cuerpo creada por Dolto (1986 /1997 versión) inspirada en el trabajo con niños muy regresivos, logra encontrar la respuesta adecuada a este comportamiento en la relación con su familia, especialmente con su madre o cuidador primario, determina como base para un adecuado desarrollo de la imagen del cuerpo la palabra, el hablar con los niños con amor es básico para la constitución de ésta imagen sana y adecuada, así como también el darle palabras a sus deseos en cada estadio o etapa de desarrollo.

La imagen del cuerpo es la percepción que el niño crea de sí mismo resultado de la relación con sus padres, en especial, su madre, siendo ésta básica para el desarrollo de la personalidad del sujeto, lo que le resultará influyente en la resolución posterior de las adversidades, si un niño desarrolla una imagen del cuerpo sana y estable, éste será un adulto estable capaz de resolver sus conflictos y capaz de reestablecer su esquema corporal

y su imagen del cuerpo de acuerdo a la situación que la vida le presente, la importancia de la imagen del cuerpo es básica puesto que es la determinante en la percepción de vivencias de un sujeto (Berger, 2007).

2.2.- Diferencia entre esquema psicocorporal e imagen inconsciente del cuerpo

La diferenciación entre éstos dos términos es importante, puesto que va a ayudar a comprender de mejor forma el comportamiento del ser humano y su funcionalidad en el mundo, sus interrelaciones, su forma de afrontar la realidad y en general, su forma de vivir; para empezar a teorizar la imagen inconsciente del cuerpo, es importante diferenciar entre el esquema corporal y la imagen inconsciente del cuerpo, puesto que pueden ser objeto de confusión cada uno de estos importantes componentes del ser humano (Blanco y Diaz, 2004).

Existe una diferencia bastante grande, entre imagen y esquema corporal, esta es que la imagen del cuerpo es subjetiva, mientras que el esquema corporal es algo objetivo, es decir que, la imagen del cuerpo se encuentra en un nivel psíquico o mental y responde a las necesidades psicológicas del sujeto, mientras que el esquema corporal está en un nivel físico y responde a las necesidades biológicas del sujeto, tanto la una como la otra son de vital importancia en la conformación total de una persona puesto que necesitan estar en una constante relación dinámica, siendo el esquema corporal el medio por el cual la imagen del cuerpo se interrelaciona con las demás personas (Artaza, 2000).

Se debe entender entonces que el esquema corporal es lo que conforma al ser humano físicamente, es su cuerpo como tal, su cabeza y sus extremidades, lo que es palpable y visible, su físico, su masa corporal, misma que al estar sujeta a la percepción visual, táctil e incluso olfativa, se convierte en un esquema corporal que está en nuestro consciente, y sólo en parte en nuestro inconsciente y preconscious, lo que deja claro que el esquema corporal es el que permite diferenciarse de las demás especies y por supuesto diferenciarse entre sí según el género, la edad e incluso las culturas o etnias.

Dolto además se refiere al esquema corporal como: "...el intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo, en el sentido de que permite la objetivación de una intersubjetividad, de una relación libidinal fundada en el lenguaje, relación con los otros y que, sin él, sin el soporte que él representa, sería, para siempre, un fantasma no comunicable" (Dolto, 1986 /1997 versión, p. 21) es decir, que el esquema corporal va a ser siempre el mediador entre

el entorno del sujeto y su imagen inconsciente del cuerpo, va a ser a través del cual se explique la relación madre-hijo, así como también será un medio de expresión de las vivencias, sentimientos, emociones, etcétera.

La *imagen inconsciente* del cuerpo es por otro lado, aquello que se va configurando o constituyendo a través de las relaciones del ser humano, en primera instancia, de la relación con su madre y con base en esta primera experiencia de la relación con los demás, lo que deja entrever que la imagen inconsciente del cuerpo es propia de cada individuo, de su historia relacional, de sus deseos, de sus experiencias y de sus percepciones. Dolto la define como: “La imagen inconsciente del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales” (Dolto, 1986 /1997 versión, p. 45).

Pero no solo de los deseos del sujeto es que se va configurando la imagen del cuerpo, también los deseos de la madre van a formar parte de esta configuración de la imagen del cuerpo, puesto que a través de la relación madre-hijo es como la madre (y el padre) transmite sus deseos al niño, sus frustraciones, sus miedos, sus alegrías, su estabilidad y todo cuanto siente y desea, es por eso que el hecho de ser un hijo deseado o no deseado influye en la imagen del cuerpo del niño, así como también quizá la aceptación o no de un niño enfermo o el deseo extremo de que el niño no nazca con deficiencias o diferencias de los niños llamados “normales”, es decir el deseo grande del hijo sea completo, de que tenga sus ojos, sus extremidades, sus dedos, etc. todo esto será de gran influencia en la configuración de la imagen del cuerpo e incluso en los procesos posteriores (de darse el caso) de superación de una pérdida, ya sea de un miembro del cuerpo o de un objeto amado diferente. La imagen inconsciente del cuerpo se constituye entonces desde las relaciones primarias madre-hijo, donde el niño es un sujeto deseante y su madre cumple sus deseos o no, es importante entonces que en estas relaciones primarias, la madre sea capaz de entender las necesidades de su hijo y suplirlas, que sea capaz de acariciar a su hijo de mirarlo con ternura y cariño, de hacerlo sentir amado, deseado y protegido, para que él además de sentirlo, sea capaz de representarlo en sus relaciones; todo esto guardando siempre un equilibrio que le permita al niño sentir la falta para que establezca diferencias y límites, a esta expresión de sentimientos hacia el niño, Dolto la llama “Humanización” la cual solo puede ser introyectada en el niño a través del lenguaje o relación simbólica, lo que además es lo que nos diferencia claramente de las demás especies (Dolto, 1986 /1997 versión, p. 48).

2.2.1.- Imagen base, funcional y dinámica

La imagen base del cuerpo se estructura desde el nacimiento del niño y a lo largo de su vida, por tanto está en constante modificación, aunque su estructura se mantiene distinguiéndose siempre tres propiedades, las cuales van unidas entre sí por la imagen dinámica, por tanto, se vuelve importante en este punto dar una referencia general de imagen, para tener más claro porque se llaman imágenes las que se explicitarán más adelante.

Imagen

Concepto.- [...]”Se llama imagen a una representación gráfica plasmada en una superficie y que es -copia- de otra -original- localizada a menudo distante de la imagen a una cierta distancia pero sin ser esta copia necesariamente de iguales dimensiones ni idéntica orientación que el original” (Dolto, 1986 /1997 versión, p. 49).

Si se recurre a un diccionario, éste presentará varias opciones: (Diccionario de la Real Academia de la Lengua, 2007).

1.-Forma dibujada, pintada o esculpida, que representa una cosa.

Sinónimos: representación, retrato, dibujo, pintura.

2.- Figura que representa un santo o dios.

Sinónimos: icono, figura, efigie, retrato.

3.- Forma reflejada por los rayos luminosos en un espejo.

4.- Representación mental de un objeto, figura o incluso de algo abstracto.

Sinónimos: idea, representación, concepto.

5.- Persona que se parece a otra.

Sinónimo: retrato.

6.- Aspecto de una persona.

Sinónimo: look (anglicismo).

7.- Efecto que una persona produce en los demás.

Sinónimo: impresión.

8.- Representación por medio del lenguaje escrito de sensaciones y conceptos.

La imagen funcional constituye el segundo componente de la imagen del cuerpo, es al contrario de la anterior, la imagen funcional es la que va en busca de la satisfacción del deseo, Dolto afirma que gracias a esta imagen las pulsiones de vida pueden manifestarse para obtener placer, la imagen funcional es la que permite la interrelación con el otro para la obtención del placer, ésta, al igual que la anterior va adquiriendo distintas representaciones según el estadio y además sublima el placer hacia otras formas de expresión del mismo, Dolto lo ejemplifica con la etapa anal del niño de la siguiente manera: “ la imagen funcional anal del cuerpo de un niño es primeramente una imagen de emisión expulsiva, en su origen relacionada con la necesidad defecatoria que él padece, que él experimenta pasivamente y que cobra o no sentido de lenguaje con la madre; luego en segundo término, cobra la forma de una imagen que expresa la expulsión esténica agradable de un objeto parcial sutil del cuerpo propio (Dolto, 1986 /1997 versión, p. 45).

La imagen dinámica es una importante componente de la imagen del cuerpo puesto que, es la que permite ligar a la imagen de base con la funcional, ésta, no tiene una representación propia, pero es la que le permite al sujeto ir en busca de la satisfacción de su deseo, es la imagen que gracias al deseo (imagen base) y a la funcionalidad del cuerpo para poder cumplirlo (imagen funcional) en cuanto a la relación con el otro (imagen erógena), va o encamina la búsqueda de la satisfacción, es decir, se activa con las tres componentes anteriores, su representación única sería el deseo, deseo de cumplir con el cometido de llegar a la satisfacción, es como el trasmisor entre las tres imágenes, el cual permite ligar el deseo con las funciones corporales que permiten la expresión de éste y su satisfacción.

Es importante saber cómo el sujeto se constituye en sus representaciones y deseos a través de éstas cuatro imágenes y la explicación es la siguiente: el sujeto durante toda su vida tendrá estas imágenes, las mismas que serán en el caso de la imagen funcional y erógena sublimadas a través de la introyección del lenguaje y de la norma, ahora bien se puede ver cómo funcionan en el sujeto claramente en el diario vivir, la imagen de base es la imagen que permite al sujeto la sobrevivencia, sin esta imagen el sujeto dejaría de respirar, de digerir, de bombear sangre en todo el cuerpo, en fin, de vivir, por tanto sus representaciones son todos los órganos de cuerpo principalmente aquellos imprescindibles para la vida, la imagen funcional es algo que se adquiere, al ser todos los seres humanos

seres sociales se torna básica en la interrelación social, al ser parte de las necesidades del sujeto es la que busca la satisfacción del deseo a través de la relación con los otros, está claro que ésta imagen es la que permite la interrelación y la satisfacción del deseo ya sublimado, la imagen erógena es la que nos permite la satisfacción del deseo sexual, en el caso de que ya no sea un niño sino un joven o un adulto, teniendo satisfacción a través de la imagen dinámica, ésta es el impulso o el camino a la satisfacción del deseo, las tres primeras imágenes mencionadas son el deseo mismo, pero la imagen dinámica es la que materializa este deseo en la satisfacción del mismo, por tanto un sujeto no podría vivir sin alguna de éstas imágenes, o por lo menos no podría vivir a cabalidad sin la imagen funcional y la erógena por ejemplo, ya que la imagen de base y la dinámica se tornan imprescindibles para la vida, pero un sujeto sin imagen funcional sería una persona en estado vegetativo, y por tanto sin imagen erógena (Dolto, 1986 /1997 versión, p. 88).

2.3.- Relación entre el apego y la constitución de la imagen corporal

Las ideas base hacen énfasis en la importancia de que el niño adquiera autonomía, conformada a partir de la relación con su madre o cuidador primario, por ejemplo, Ainsworth, crea el concepto de *base segura*, el cual es bien visto y tomado por Bowlby, en el que explica que la base segura, es la idea de seguridad, bienestar y apoyo que le da la madre al hijo, lo que permite que éste explore su medio de una forma autónoma consciente y segura, debido a que el niño sabe que si acecha algún peligro puede volver a su madre y ésta le proporcionara el cuidado y protección necesaria (Bowlby, 1997). Dolto; por otro lado, habla de la *castración simbólica y humanizante* (Dolto, 1986 /1997 versión, p. 170) en la que refiere que las castraciones en los niños no tienen razón de ser traumáticas, sino que, por el contrario debe ser dinamizante, de manera que el niño pueda desarrollar una mayor autonomía, es decir que por ejemplo en la castración oral (destete), si el niño siente la pérdida o el alejamiento del alimento a través del seno de su madre, la madre deberá reemplazar éste alimento por otro siempre acompañado de palabras en una buena explicación.

Como se puede apreciar el lenguaje debe estar implícito en todas las actividades que la madre realice con su hijo, puesto que es la herramienta única que va a permitir que éste simbolice sus deseos, es decir que los comprenda en la realidad social en la que se desenvuelve y comprenda también que existen normas que hay que respetar, el lenguaje es el medio de enlace del niño con su madre y más adelante del joven o el adulto con todo

cuanto le rodea, entendiendo al lenguaje no solo como el verbal sino también el lenguaje gestual y todos los demás, por tal motivo, la madre debe decir al niño lo mismo tanto en palabras como en su expresión para que el mensaje sea comprendido adecuadamente y de una forma sana (Bowlby, 1997).

Ahora bien, es importante saber que pasa en las relaciones de apego frente a una pérdida de miembros, cual es la relación que se da frente a esta situación, ya que la persona que sufre la amputación deja de ser el hijo sano que siempre es el que las madres desean o deja de ser el esposo o esposa completo y productivo del que sus parejas se enamoraron, muchas veces las relaciones de apego influidas por este tipo de cambio, se ven envueltas de reacciones de angustia y sobreprotección o por el contrario de rechazo, si la madre ve en su hijo un ser incompleto y enfermo, va a actuar frente a él de una forma sobreprotectora y limitante en cuanto exploración se refiere o por el contrario, pueden suscitarse abandono, maltrato o rechazo; si se tratase de un adulto, probablemente su figura de apego desarrollará el “síndrome del cuidador” o en el peor de los casos, se evidenciará un abandono, todo esto se refiere a los aspectos patológicos de una relación de apego, sin embargo todo depende del tipo de apego que la madre o conyugue en el caso de los adultos hayan tenido y dependerá también en el caso de los adultos el tipo de apego y la imagen del cuerpo que se ha desarrollado en la persona que ha sufrido la amputación de su miembro (Dolto, 1986 /1997 versión, p. 171).

El cambio en las relaciones se evidenciará de una manera muy clara al comienzo del proceso, puesto que es en donde la familia debe reestructurarse en función de la nueva situación, sin embargo si existe en la persona que ha sufrido amputación una imagen del cuerpo sana, esta propiciará las relaciones de apego adecuadas que permitan la independencia de los miembros de la familia y la propia, sin descuidar las nuevas necesidades de éste, por tanto se puede decir que las relaciones cambian en función del apego aprendido desde la infancia, si éste fue un apego ansioso, se representará en todas las situaciones del sujeto la misma forma de apego.

La presencia de todos estos síntomas o de alguno de ellos, representa una limitante para la elaboración pronta de un duelo, ya que al existir todas estas molestias físicas, el estado de ánimo no es el propicio para empezar una terapia de elaboración de duelo. En consecuencia a la pérdida, se dan también síntomas fisiológicos, que están relacionados tanto con la salud como con el aspecto psicológico como problemas de sueño y

alimentación, los cuales repercuten en el estado de ánimo y el rendimiento físico de la persona, retraimiento social, apatía, desesperanza, pérdida de concentración, de las capacidades, etcétera.

Entre las características psicológicas, se encuentran algunas relacionadas directamente con las características físicas, las cuales podrían clasificarse como características psicológicas individuales así como otras que se pueden clasificar como: problemas en el plano familiar, social, laboral, etc., que repercuten en el estado de ánimo del paciente. Los problemas psicológicos individuales son los que enmarcan las sensaciones de tristeza o depresión en los pacientes, dando como resultado el aislamiento, la ira, la culpa, la negación, ideas suicidas, el llanto fácil o el embotamiento (Palacios, 1999).

Entre los problemas de tipo social está, la vergüenza, la agresividad, la sensación de compasión de los demás hacia la persona que ha perdido su miembro, entre otras, las cuales obligan a la persona que ha sufrido una amputación a aislarse, sin permitir que otros lo vean salvo la persona que se dedique al cuidado de ésta, esto da la pauta de que empieza el proceso de reconocimiento de su nuevo esquema corporal y dependerá en gran parte del apoyo familiar la aceptación de éste nuevo esquema, en esta etapa, se recomienda no forzar ningún encuentro y permitir que la decisión surja de forma espontánea, el problema social va también ligado al aislamiento por parte de los amigos y familiares de la persona que ha sufrido la amputación, muchos amigos prefieren evitar el cruce con estas personas por varias razones, las principales, el no saber cómo actuar y la sensación que produce el nuevo esquema corporal, así como también existen miembros de la familia que los aíslan por la vergüenza de que vean a su ser querido así o con la intención de protegerlo de las burlas de los demás, sin embargo bajo ninguna circunstancia estas opciones son las mejores, siendo que, parte del proceso es la aceptación de su nueva condición (Blanco y Diaz, 2004).

Dentro de los problemas familiares también aparece el síndrome del cuidador, el cual esclaviza a la persona que provee los cuidados necesarios a su familiar, limitando al cuidador el libre desempeño de su vida anterior y por tanto sometiendo de una forma enfermiza si no se controla a tiempo, situación especialmente importante en el caso de pacientes pediátricos, ya que es común la confusión y actitudes de sobreacogimiento de parte de los padres hacia los niños, motivados por culpa y ansiedades posteriores a la amputación, se debe tomar en cuenta que algunos pacientes que ha vivido una amputación

de miembro, se vuelven bastante manipuladores con el ánimo de canalizar su ira, culpa o pena, de manera que proyectan la culpa en sus familiares y los tratan como si fuesen una obligación casi esclavista el estar pendiente de su cuidado (Centro de Cirugía Especial IAP, 2011).

De aquí la importancia de describir de manera más específica, desde la perspectiva psicológica, la idea de pérdida y duelo, así como el momento en que el proceso natural se ve truncado y tiende a complicar la adaptación del niño en su ámbito diario, por lo que en los siguientes capítulos se abordaran ambos temas de manera más extensa.

2.4.- Imagen inconsciente patológica

Existen referencias sobre alteraciones en el esquema desde finales del siglo XIX cuando se acuña por Morselli el término de dismorfofobia (miedo a la propia forma), en 1903 Janet se refiere a “la obsesión por la vergüenza del propio cuerpo” (Raich, 2000).

Bruch (1962), en la década de los años 60 del siglo XX, proponiendo los rasgos psicopatológicos de las pacientes anoréxicas, explicó por primera vez la importancia de una alteración de la imagen corporal en dicho trastorno, a partir de ese momento se adquirió conciencia en el mundo científico de la necesidad de saber qué es la imagen corporal y cuáles podrían ser las técnicas de evaluación para “apreciarla”. Describía una alteración de la imagen corporal en las anoréxicas y la definía como una desconexión entre la realidad de la forma y estado del cuerpo de las anoréxicas y de cómo ellas se veían, y concretamente como una distorsión en la autopercepción del tamaño del cuerpo.

Gracias a lo anterior, la alteración de la imagen corporal se ha considerado desde finales de la década de los 60'S como un criterio diagnóstico y así figura las sucesivas ediciones del clásico manual de diagnóstico, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) de la American Psychiatric Association (APA, 2002).

Dado que las anteriores definiciones plantean que la imagen corporal es un constructo polifacético, los autores se refieren a una alteración de la imagen corporal si se comprueba que uno de los factores de la imagen corporal está de alguna forma alterado. Como entidad nosológica propia, existe una alteración grave de la imagen corporal que históricamente se denominaba *Dismorfofobia*, y que actualmente es considerado como *Trastorno Dismórfico Corporal* y para el cual existen tres criterios diagnósticos (APA, 2002):

- a) Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- b) La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, educativo o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c) La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej. la insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

A parte de este trastorno, no existe otra enfermedad o trastorno reconocido sobre alteraciones de la imagen corporal.

A partir de este planteamiento clásico, al hablar de alteración de la imagen corporal es necesario especificar, sobre cuál aspecto de la imagen corporal se considera la alteración. Así, el término *distorsión perceptual* podría servir como expresión para denominar la alteración de la imagen corporal en el ámbito de la estimación de tamaño, e *insatisfacción corporal* como la expresión para denominar la alteración de la imagen consistente en el conjunto de emociones, pensamientos y actitudes negativos hacia las proporciones, características y ausencias de miembros del cuerpo. Sin embargo en la literatura se encuentra el uso de estos términos de forma muy libre, por ejemplo algunos autores utilizan el término *insatisfacción corporal* como la discrepancia entre la figura que se considera actual y la que se considera ideal, elegidas entre una serie de siluetas dibujadas (Gardner y Stark, 1999)

Repasando diversas aportaciones en este campo, en otro lugar se han propuesto las siguientes consideraciones (Baile, 2002):

- a) No existe una expresión unívoca para referirse a la alteración-trastorno-desviación de la imagen corporal, en consonancia con la multidimensionalidad del propio constructo de imagen corporal.
- b) Debido a esto, el mismo término es utilizado a veces por diferentes autores pero lo operativizan de forma diferente, y utilizan técnicas muy diferentes de medida.
- c) El término más global es "...alteración/trastorno de la imagen corporal y que éste englobaría a los demás, como distorsión perceptual, insatisfacción corporal..." (Raich, et al., 1996).

d) Hasta que se llegue a un consenso terminológico, debería indicarse al hablar de alteración de la imagen corporal, a qué faceta o aspecto del problema se refiere, si a una alteración a nivel perceptual, actitudinal, emocional, conductual.

e) Es necesario abundar en trabajos que determinen si detrás de los diferentes términos, y de las diferentes formas de evaluación, existe fundamentalmente un único rasgo psicológico.

Ahora bien, una imagen del cuerpo sana es sin duda aquella que ha pasado por todas las separaciones anteriores de manera satisfactoria, es decir que el niño ha logrado una simbolización de todas las castraciones y además ha sentido su valorización gracias a la verbalización de ésta por parte de sus padres y cercanos”...por tanto es una imagen del cuerpo deseada, querida, admirada, autónoma, capaz y con leyes de respeto a su esquema corporal y el de los demás, interiorizada gracias al lenguaje, pero que después funciona de manera inconsciente, este niño podrá tener claros sus límites y sus capacidades, podrá enfrentar las adversidades de una manera tranquila y equilibrada, debido a que sentirá todo el tiempo la capacidad de hacerlo y en caso de no lograrlo solo, el apoyo incondicional de sus padres o cercanos (pareja, amigos, etc.)...” (Dolto, 1986 /1997 versión, p. 171). Cabe aclarar que a pesar de no haber tocado el tema de forma amplia en cuanto al período de gestación, Dolto habla de la importancia de que el feto se sienta deseado y amado desde su concepción o el conocimiento del embarazo, y de la importancia también del apoyo del padre en este proceso de aceptación del feto y más adelante del bebé. Es conveniente resaltar que cuando una imagen del cuerpo se manifiesta con ciertos rasgos patológicos de personalidad.

Por lo tanto, se considera imprescindible la sensación de ser deseado en el embarazo, puesto que de lo contrario según Dolto “la consecuencia será una estructura mental de niño o adultos paranoicos o psicóticos de nacimiento, esto en el caso de que la madre haya sufrido un shock importante en su vida que haya hecho que ésta se olvide por completo de su existencia, la de su hijo (feto) e incluso la de los seres que le rodean principalmente el esposo” (Dolto, 1986 /1997 versión, p. 49).

Viene después el momento del parto, en el que el bebé empieza ya con la configuración de la imagen de base, en el caso de un parto complicado en el que la vida del niño y la de la madre se pone en riesgo, la imagen de base se pone en riesgo tergiversando la sensación, ya que al ser la imagen de base el deseo de ser-en-el-mundo, y este ser-en-el-mundo,

signifique el riesgo de muerte, la imagen de base se afecta, por tanto su narcisismo primordial, lo que provocaría que el primer vínculo humanizador entre madre-hijo se quebrante y éste tenga dificultades de volverlo a estrechar con su madre misma y mucho más con otras personas si su madre ha muerto a causa de los problemas del parto, lo que incluso desembocaría en la trasmisión por parte de sus cuidadores de la culpa por la muerte de su madre, que resulta siendo la muerte de una parte de sí también; ya que el niño se siente uno solo junto con su madre, no establece aún las diferencias y la totalidad de su cuerpo, la consecuencia es que “cuando el bebé sobrevive a esta inminente muerte simbólica, la consecuencia residual mínima de estos acontecimientos traumáticos y mutiladores es el retraso y los defectos de lenguaje, los tropiezos de la lengua con el paladar que imposibilitan todo o parte de la pronunciación de los fonemas. Hay entonces gritos que son expulsiones continuas de sonidos; o, por el contrario, ausencia total de sonorización, por muerte simbólica de la laringe como lugar de placer activo por las modulaciones de comunicación” (Dolto, 1986 /1997 versión, p. 50).

“Una imagen del cuerpo patológica, no solo desencadena en estos problemas sino que también se van a ver representadas en enuresis, encopresis, personalidades agresivas o muy pasivas, etc., la realidad de nuestro medio son también daños de personalidad que desencadenen por una no adecuada imagen del cuerpo” (Dolto, 1986 /1997 versión, p. 170).

Capítulo III. Las amputaciones en niños

3.1. Definición de amputación

En los últimos tiempos se ha producido un cambio sustancial en el concepto de una amputación. Tradicionalmente se le consideraba como el fracaso final e irreversible de todas las actuaciones médicas que se habían realizado sobre el paciente y se la efectuaba con el exclusivo propósito de salvarle la vida (Goig, 2010).

Actualmente la amputación se considera como el inicio de un nuevo proceso, con la creación de un nuevo órgano que es el muñón, con la ayuda de un elemento externo protésico y con un tratamiento de protetización, que tiene como objetivo devolver en gran magnitud las funciones perdidas y la restitución de la estética al recomponer la simetría corporal.

El cambio en los enfoques del concepto ha surgido gracias a las innovaciones producidas en el campo de la cirugía; con nuevos fundamentos quirúrgicos, limpieza y mayor experiencia, que traen como resultando muñones de características adecuadas, en el área de la rehabilitación; esto gracias a una preparación preprotésica y un entrenamiento protésico de mayor especificidad; además en la técnica ortopédica, al realizar las prótesis según principios biomecánicos y científicos; finalmente en el campo de la industria ortopédica; pues se tiene acceso a nuevos materiales y elementos prefabricados con mayor funcionalidad (Álvarez, 2009).

Enfocando las amputaciones en el sentido de un nuevo proceso, que implica cambios en el estilo de vida de los pacientes; es necesario contar con definiciones claras sobre el término amputación, según Cabrera y Llobera (2008) “una amputación es una condición adquirida cuyo resultado es la pérdida de una extremidad y cuya causa suele ser una lesión, traumatismo, una enfermedad o una operación quirúrgica ya sea por prevención o enfermedad” (p.85).

De manera más extensa Echavarren, Arrese y García, (2010) la definen como la extirpación quirúrgica de una parte del cuerpo, de una extremidad o de parte de ella, que se efectúa para tratar infecciones recurrentes o gangrena en las enfermedades vasculares periféricas, para extirpar tumores malignos y en los traumatismos graves. La pérdida irreparable del aporte sanguíneo de un miembro enfermo o lesionado es la única indicación para la amputación. Una parte no puede sobrevivir cuando se destruye su medio de nutrición; no sólo se vuelve inútil sino una amenaza para la vida porque se diseminan por todo el cuerpo productos tóxicos procedentes de la destrucción tisular.

Estando de acuerdo todos los autores consultados en que la amputación es una entidad médica de naturaleza especial porque la incapacidad es resultado; no de una forma de patología; sino de una forma de tratamiento que ha eliminado la patología.

Ahora bien, Vitali, Robinson, Andrews, y Harris, (2010) exponen que algunos tipos de amputación son: amputación abierta, amputación cerrada, amputación congénita y amputación secundaria, ésta y otras clasificaciones se determinan en función de las diferencias en la técnica quirúrgica, el área afectada, nivel de corte y su impacto a nivel de locomoción, relacionado estrechamente con las posibilidades de rehabilitación y pronóstico, descritas en el siguiente apartado.

Haciendo una diferencia fundamental Cortés, Castañeda y Tercero, (2010) consideran también a las amputaciones de tipo congénito y las clasifican en deficiencias transversales y longitudinales, incluyendo a aquellas en las que la extremidad aparece amputada en el sentido transversal a su eje ya sea en forma parcial o total al momento de nacer o adquirida en alguna etapa de la vida. Resultando importante también explicar que hay causas, tales como las malformaciones; término que indica que un miembro se ha formado mal, independientemente de que su etiología sea genética o teratógena, cronológicamente producida en el periodo embrionario o de formación. La deformación se describe como una formación normal, modificada en su evolución posterior. Producida en el periodo fetal, es decir, el individuo ya está formado y solo crece, finalmente la disrupción, en cuyo caso el desarrollo es normal y posteriormente queda truncado por la interferencia de un factor extrínseco producido al final del periodo fetal.

No obstante en este caso, se consideran las amputaciones que se dan a partir de una enfermedad o traumatismo posterior al nacimiento, pues son eventos que causan un impacto distinto en el desarrollo integral del niño y posteriormente el adulto, basándose en las respuestas individuales y el efecto de factores como la edad; el pronóstico relativo al estado subyacente; el estado emocional, cambios en la auto-imagen, la inclusión o aceptación social posterior y nivel de desarrollo del paciente entre otros.

3.2. Clasificación de las amputaciones

Para Minguella, y Cabrera, (2007); la categorización general comprende de las amputaciones cerradas, abiertas, secundarias y congénitas. Se entiende por amputación cerrada al tipo de amputación en la que se conservan uno o dos colgajos amplios de tejido muscular y cutáneo para dar cobertura al extremo del hueso, realizada solamente si no

existe riesgo de infección, diferenciándose de la amputación abierta pues, en esta se realiza una sección de guillotina sin colgajos cutáneos.

Las amputaciones con colgajos cutáneos invertidos son el método de elección, se permite el drenaje libre de la herida y suele estar lista para el cierre secundario en 10-14 días sin acortar el muñón. Por el contrario la cicatrización de una amputación abierta circular es muy prolongada y depende del uso de tracción cutánea constante que tiende a tirar los tejidos blandos sobre el extremo del muñón y además suele producir una cicatriz estrellada o enrollada que puede dificultar la colocación de una prótesis (Heim y Baltensweiler, 2005).

Por otro lado, la amputación secundaria, también llamada traumática, se da una vez comenzada la supuración después de un traumatismo grave, definida como la separación total de un segmento del miembro del resto del cuerpo. En la amputación incompleta o parcial queda algo de tejido blando de conexión, pero hay sección completa de los vasos principales y, al menos, del 75% de las partes blandas, lo que permite que en algunas ocasiones el segmento cercenado se logre reconectar, siempre que ambas partes de la extremidad hayan sido correctamente tratadas (Echavarren, et al., 2010).

A pesar de contar con clasificaciones de mayor amplitud, para efectos de esta investigación, se enuncian sólo los elementos o clasificaciones más básicos y comprensibles, permitiendo posteriormente tener una perspectiva amplia de cuál es el efecto psicológico de éstas amputaciones en las personas.

Por lo tanto las amputaciones serán clasificadas siguiendo la línea que Goig (2010) destaca:

- *Amputación de Syme* (desarticulación de tobillo); al igual que en el caso de los miembros superiores, este tipo de amputación es el más “noble” entre todos puesto que incluso a nivel estético es el menos notorio, y el más llevadero en el momento de usar una prótesis, puesto que es a nivel del tobillo y su impacto en el equilibrio, es menor que en las otras amputaciones. Específicamente se trata de la amputación completa del pie, en este nivel se evita la artrodesia de tobillo, aunque produce una disimetría de los miembros inferiores. El plano de corte pasa por la tibia y el peroné inmediatamente por encima de los maléolos, este nivel proporciona un apoyo final excelente y en algunas circunstancias permite la marcha sin necesidad de equipamiento protésico.

- *Amputación de Chopart.* El plano de corte pasa por la articulación cuneo-astrágalo-calcáneo. En algunos casos se realiza junto con esta amputación una artrodesia de tobillo, la misma se realiza con la intención de evitar la desviación del muñón a posteriori de la cirugía.
- *Amputación transtibial* (debajo de la rodilla); en este caso al estar la articulación de la rodilla intacta es una amputación también menos complicada en el momento de recuperar a través de la prótesis, puesto que al tener la movilidad de la rodilla, el manejo de ésta se torna mucho más fácil y por ende, los pacientes se adaptan más rápido que con una prótesis sobre rodilla. En este caso el plano de corte pasa por la tibia y el peroné y puede ser de nivel distal, medio o proximal. En el nivel de amputación Transtibial, el brazo de palanca óptimo lo aporta una longitud del muñón de aproximadamente 15 cm, aunque es posible realizar amputaciones Transtibiales con muñones de hasta 7 cm. como mínimo de longitud, conservando las inserciones de los músculos isquio-tibiales. Es importante que el cirujano responsable entienda el gran valor que tiene para la rehabilitación, conservar la rodilla anatómica.
- *Desarticulación de rodilla;* al quedar la rodilla sin su articulación empieza a notarse mucho más la dificultad para el manejo de la prótesis, así como también para la recuperación psicológica del paciente, puesto que se vuelve notorio el uso de la prótesis en el momento de la marcha. El plano de corte pasa por la articulación de rodilla, separando los platillos tibiales de los cóndilos femorales, esta se considera un excelente procedimiento, ya que proporciona un apoyo amplio y fuerte, conservando la máxima longitud del brazo de palanca del muñón (momento fuerza x distancia), por lo tanto la fuerza que se realiza para impulsar la pierna es mínima. No requiere sistemas adicionales para retener el muñón en el interior del equipo, pues su parte inferior es más ancha. Este nivel de amputación no requiere corte de la masa muscular ni de la masa ósea, sino que están seccionados a la altura de la inserción de los tendones y en su parte distal el hueso está cubierto por cartílago. Particularmente resultan útiles en pacientes jóvenes en edad de crecimiento, sin embargo algunos pacientes, particularmente del sexo femenino, no aceptan las prótesis pues no es un equipamiento muy estético.
- *Amputación sobre rodilla* (a nivel del fémur); este tipo de amputación es una de las más complicadas en la recuperación, puesto que el uso de la prótesis es bastante

complejo, y el manejo del equilibrio se vuelve también una limitante al principio de la práctica con la prótesis, sin embargo, la persona se acostumbra a su uso y los problemas se vuelven menores.

- *Amputación Transmetatarsal*. Este es uno de los mejores niveles para parciales de pie, conserva la longitud del miembro y desde el punto de vista biomecánico, no queda comprometida la función de despegue durante la marcha. El plano de corte pasa por la diáfisis metatarsal del rayo a amputar.
- *Amputación parcial/es de dedo/s*. Se puede realizar amputación de uno o más dedos del pie, aunque la del dedo gordo o hallux es la más invalidante, ya que dificulta el buen desarrollo de la fase de despegue del paso, realizando una descarga sobre las cabezas metatarsales de los otros dedos.

Es claro entonces que en una extremidad inferior el problema de autonomía se intensifica y por tanto sus consecuencias psicológicas, puesto que tienen dificultad para movilizarse, a diferencia de una amputación en un miembro superior en donde la movilización no se ve afectada y los miembros superiores pueden ser reemplazados de inmediato por la boca o el otro miembro superior (Le Nen, Hu, Guyot, Lefevre, y Dartoy, 2003).

Se puede ver que la diferencia en esta clasificación es la utilidad o la facilidad de un posterior manejo de la prótesis, generalmente cuando es una amputación de mano o bajo codo, al tener el codo aún movilidad, es mucho más fácil el manejo de la prótesis que con una amputación sobre codo y por otro lado cuando se trata de una amputación de dedos, generalmente no son todos, por tanto el impacto psicológico es menor puesto que a nivel estético es poco notorio y la capacidad de autonomía se reduce muy poco, claro está que hay que tomar en cuenta que las reacciones dependen de la personalidad de cada ser humano, por tanto frente a un paciente es imposible restar importancia a un evento tan doloroso física y psicológicamente.

3.3. Etiología: amputación de extremidades en población infantil

Tomar la decisión de amputar es casi siempre difícil, sobre todo cuando el paciente es joven, se recomienda por especialistas la amputación en: lesiones que hagan improbable la deambulación y recuperación funcional en un plazo inferior a los dos años. Asimismo, la pérdida irreparable del aporte sanguíneo de un miembro enfermo o lesionado es la única indicación para la amputación, ya que una parte del cuerpo no puede sobrevivir cuando se

destruye su medio de nutrición; no sólo se vuelve inútil sino una amenaza para la vida porque se diseminan por todo el cuerpo productos tóxicos procedentes de la destrucción tisular (Pacheco, 2007).

En el proceso de decisión del nivel de amputación existen dos parámetros de importancia básica, que es necesario valorar y son: lograr un muñón de longitud adecuado según el nivel elegido, las condiciones generales y específicas del paciente. El nivel adecuado no siempre es el de mayor longitud, sino el de una mayor funcionalidad, debe de ser estable, donde los grupos musculares estén equilibrados entre sí, ya que de lo contrario el muñón se desvía y además deben conservar el balance articular de las articulaciones proximales al muñón (Echavarren, et al., 2010).

Las características particulares del paciente como ser la edad, el sexo, las actividades diarias y físicas que realizaba antes de la amputación son de gran importancia a la hora de elegir el nivel de amputación adecuado, pues debe de tenerse en cuenta el futuro equipamiento a utilizar. Con respecto a la edad, si es un paciente geronte puede modificarse el nivel según la patología que lo acompañe, no obstante, si es muy joven; existe la posibilidad de trasplantes de extremidades. Con respecto al sexo, se destaca una mayor propensión en el sexo femenino por una protetización más cosmética. La actividad laboral y física son otras características que deben de tomarse en cuenta, es el ejemplo de un deportista que puede ser equipado con alta tecnología ortopédica. De lo expresado anteriormente se comprende que la patología no es el único factor que debe considerarse en la determinación del nivel de amputación más apropiado.

Enfermedad Vascular Periférica

Según Heinz (2003) "...la mayoría de las amputaciones se realizan por una enfermedad vascular periférica ya sea arteriosclerótica, arteriosclerótica con Diabetes Mellitus o acompañada de infecciones, siendo la más común la osteomielitis, de gangrenas que comprometen el hueso y que atacan de forma muy agresiva las extremidades de los pacientes. Se ha demostrado de forma repetida que tras la amputación a través de la extremidad inferior por una enfermedad periférica, con o sin Diabetes Mellitus, el muñón suele cicatrizar incluso cuando el nivel de amputación es inferior a la rodilla; pero se debe controlar la infección con cuidado antes de la cirugía, el estado nutritivo debe ser óptimo, la técnica quirúrgica meticulosa y el tratamiento post-operatorio adecuado" (p.164).

Infecciones

La infección aguda o crónica que no responde al tratamiento médico o quirúrgico puede ser indicación para la amputación. La gangrena gaseosa fulminante es la más peligrosa y suele exigir una amputación inmediata a nivel proximal, la herida se deja abierta. La amputación en infecciones crónicas suele estar indicada porque la osteomielitis crónica o la fractura infectada han deteriorado ya la función (Cortés, et al., 2010).

Tumores.

Osorio (2011) menciona que los tumores malignos sin signos de diseminación metastásica; el objetivo para llegar a la amputación es reseca la neoplasia maligna antes de ello. Puede estar justificada para aliviar el dolor cuando una neoplasia ha empezado a ulcerarse e infectarse o ha provocado una fractura patológica.

El nivel de amputación debe ser lo suficiente proximal para la recidiva local del tumor. Así pues, otra de las causas de amputación son las malformaciones congénitas o degenerativas en dedos o extremidades, debido a alguna enfermedad, que por razones tumorales requieren de la amputación de una o varias extremidades (Minguella, y Cabrera, 2007).

Lesiones Nerviosas.

La indicación tras una lesión nerviosa es la aparición de úlceras tróficas en un miembro sin sensibilidad. En los parapléjicos y tetrapléjicos, la amputación raramente está indicada incluso aunque los miembros inferiores no sirvan para permanecer de pie o caminar. Los miembros ayudan al paciente a mantener el equilibrio cuando están sentados en sillas de ruedas y sirven para distribuir las fuerzas de apoyo en carga, evitando las úlceras por presión (Pacheco, 2007).

Lesión Traumática

La última causa y quizás la más común en México, especialmente en personas jóvenes y sanas es la amputación traumática es la presencia de una lesión de diferentes tipos; la cual se debe a algún accidente donde la cercenación del miembro se produce de una forma total o solo compromete parte de la extremidad, en éstos casos si la acción inmediata es adecuada y eficaz, el miembro puede ser unido a la persona a través de una cirugía inmediata en donde se trabaja con el paciente y con su miembro en la reconstitución de arterias, vasos sanguíneos, venas, etc., para poder posteriormente unirlos y esperar la

respuesta del cuerpo frente a la intervención quirúrgica, sin embargo, los especialistas del Centro de Cirugía Especial sugieren en lugar de la adhesión del miembro la opción de una prótesis, puesto que la extremidad después de una cercenación no suele responder a los estímulos cerebrales y la mayoría de veces queda inutilizada, por tanto, la opción de la prótesis sería la más viable, ya que, con un entrenamiento adecuado se la puede utilizar normalmente, una lesión aguda es una indicación clara de amputación, cuando el aporte de sangre está destruido de forma irreparable (Centro de Cirugía Especial IAP, 2011).

En los casos donde la extensión del daño no puede determinarse hasta pasados algunos días, suele ser aconsejable de bridar primero y retrasar la amputación hasta que la lesión se evalúe de forma precisa (Vitali, et al., 2010).

Frecuentemente se indican amputaciones abiertas tras quemaduras térmicas, o por congelación. La amputación por quemadura eléctrica requiere reseca los músculos o grupos musculares necróticos y conservar la piel y músculo que parezcan viables con el objetivo de construir un muñón de amputación de mayor longitud.

3.4.-Prevalencia de amputaciones en niños Mexicanos

La incidencia de amputaciones es bastante elevada; habiendo signos alarmantes a nivel mundial, que son un foco a nivel de la república mexicana, siendo una de las causas más frecuentes de consulta la muerte de tejido a consecuencia de la patología traumática y vascular.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) precisan que del total de amputaciones de las extremidades inferiores en adultos a nivel mundial, entre 40% y 85% están relacionadas con la diabetes (Estadísticas del Sector Salud y Seguridad Social, 2010).

Según reportes del IMSS, 70% de las amputaciones de pie en adultos, se deben a complicaciones infecciosas por diabetes mellitus, mientras en infantes, originadas principalmente por causa de lesiones traumáticas en accidentes por descuidos de los tutores. Mientras que la Secretaría de Salud informa que en un año se amputaron 75 mil extremidades inferiores en México, (IMSS 2012) es decir, el 70% de las amputaciones se deben a enfermedades vasculares, el 22% a traumatismos, el 4% son congénitas y otro 4% tienen su origen en un tumor. Las cifras corresponden a 1,5 amputados por 1.000 habitantes, con una proporción de 3:1 entre hombres y mujeres (73.6% v/s 26.4%),

ocurriendo predominantemente en miembros inferiores con un 84% v/s miembros superiores con un 16%. En miembros superiores la causa predominantemente es traumática con un 70,4% le sigue la causa congénita con un 18%, mientras que en miembros inferiores la causa predominante es vascular con un 69,5% seguido de las traumáticas con un 22,5%.

Según las estadísticas de salud en el trabajo del IMSS, en 2006 (Álvarez, 2009), se registró un total nacional anual de 4 mil 19 amputaciones infantiles, de las cuales 3 mil 478 fueron en hombres y 541 fueron en mujeres. En donde 1047 de estos casos corresponden específicamente a amputación traumática de la muñeca y/o de la mano. Las entidades donde se presentaron más casos de fueron el Distrito Federal, Estado de México, Jalisco y Coahuila.

Sin embargo, un análisis reciente del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) (SINAIS, 2012) en México sugiere que existen más de 300,000 pacientes infantiles con amputaciones en extremidades, que no son registrados por los sistemas de salud, debido al remoto alcance a dichos sistemas para muchas localidades de la entidad, manejando también estadísticas de mortandad que evidencian lo anteriormente mencionado; pues la proporción de niños que mueren a causa de una amputación es del 3% en delegaciones como la Benito Juárez y Coyoacán en el Distrito Federal, mientras en municipios como Coicoyán de las Flores Oaxaca mueren el 51.21%, siendo Tehuipango Veracruz el mayor con 56% de muertes en niños con amputaciones. Resultando esta información alarmante, pues la problemática existe en mayores proporciones a las habitualmente mencionadas.

Otra de las razones por las que se dan amputaciones en niños es el osteosarcoma; las estadísticas reportan que el sarcoma osteogénico es el tumor óseo más frecuente en pediatría y ocupa el séptimo lugar de incidencias entre todas las neoplasias óseas malignas infantiles, así como el segundo lugar en las muertes de niños entre 10 y 14 años, abarcando en las diferentes estadísticas del 50 al 60% del total de sarcomas. En niños, esta neoplasia se presenta frecuentemente en la segunda década de la vida, entre los 10 y 15 años, aunque afecta también a menores de cinco años. En el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) en los últimos años se han atendido a cuatro niños con diagnóstico de osteosarcoma, cuyas edades fluctuaron entre el año siete meses y los dos años ocho meses de edad. La enfermedad es casi dos veces más común en los hombres que en las mujeres, en quienes aparece en promedio uno o dos años de edad antes que en los

varones y es más común en la raza negra que en la blanca (Cortés, et al., 2010). Siguiendo en la línea tumoral; los Hemangiomas son los tumores benignos más frecuentes en la infancia y se presentan en el 2.6 % de recién nacidos, se encuentran en un 5%-10% de los niños de un año de edad. Aproximadamente el 80% de los hemangiomas crecen como un tumor solitario y el 20% en múltiples sitios. La incidencia en niños blancos es 10-12 % y un 22% en niños prematuros. En niños de piel oscura la incidencia es muy baja.

Son más afectadas las niñas, con una proporción que varía entre 6: 1 a 2: 1, con respecto a los niños. En los prematuros la frecuencia es igual (1:1). Con una incidencia entre 10-12% de los menores de un año y de 2,5% en los recién nacidos, siendo más frecuentes en los prematuros. (Centro de Cirugía Especial IAP. 2011) En México se han reportado dos mil 64 casos nuevos por año de este tipo de cáncer, que también afecta otras partes del cuerpo, pero 60 por ciento de los casos corresponden a las extremidades y son tumores avanzados que no son operables, lo que obligaba a los médicos a utilizar, como única alternativa, la amputación. El aumento a razón de enfermedades vasculares y tumorales resulta alarmante, pues al convertirse México en el país N. 1 en obesidad infantil, también se comenzaron a dar casos de amputaciones infantiles a esta causa (Álvarez, 2009) siendo importante abrir un campo de exploración distinto al establecido con las circunstancias que rodean a los adultos debido a las diferencias evidentes puesto que el organismo del niño está en crecimiento.

3.5.- Rehabilitación médica y física

Medicamente, el objetivo que se pretende es restaurar la funcionalidad perdida ya sea de etiología congénita o adquirida, en relación con los avances técnicos, contribuir al desarrollo psicomotor del niño integrando la prótesis en su esquema corporal y reinstaurar la imagen y el centro de gravedad para evitar mecanismos de compensación que generan actitudes posturales anómalas. Empleando finalmente a un equipo multidisciplinario para una absoluta integración del niño en el medio familiar, escolar y social. Los programas de rehabilitación para los pacientes amputados se pueden llevar a cabo como paciente interno o externo. Por lo tanto, se requiere de profesionales capacitados para formar parte del equipo de rehabilitación para las amputaciones, incluyendo algunos o todos de los siguientes: Ortopedas / cirujanos ortopédicos, Fisiatras, Enfermera o Enfermero de rehabilitación, Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional, Trabajador social, Psicólogo, Psiquiatra y Terapeutas recreativos (Blanco y Díaz, 2004).

El concepto de bimanualidad se desarrolla alrededor de los tres meses, por lo que la longitud de las extremidades superiores debe corregirse alrededor de esta edad, es decir un niño afecto de una aplasia transversal del antebrazo, cuyo tratamiento será la colocación de una prótesis estética, ésta debe colocarse alrededor del mes, así en la época de la bimanualidad la sedestación o en el ganeo ya la tendrá integrada (Merle, Dautel, y Loda, 2007).

El miembro superior, y más concretamente la mano, es fundamental para la progresiva independencia de una persona. La función de la mano es básica para la higiene personal, comer, trabajar e incluso relacionarnos, es nuestra tarjeta de presentación. También hay que tener en cuenta que al ser congénito, el cerebro no encuentra a faltar nada porque nunca ha existido, pueden alcanzar una funcionalidad casi perfecta con pocos recursos anatómicos.

El pronóstico variará si es unilateral o bilateral y lógicamente según el nivel de afectación proximal o distal. "...Entre prioridades se destacan que el paciente pueda llevarse las cosas a la boca y por tanto poder comer sin ayuda; llegar al menos con una mano al periné, para poder realizar su higiene personal, obtener una correcta bimanualidad, consiguiendo la misma longitud en las extremidades superiores" (Le Nen, et al., 2003, p.11).

Para todo ello se debe elaborar un calendario de tratamiento que va en relación al desarrollo psicomotor del niño y sus etapas de integración de la función de la mano en el córtex cerebral, apoyado en técnicas de estimulación propioceptiva y coordinación siguiendo las etapas evolutivas del desarrollo psicomotor así como reeducación del patrón de marcha. Para ampliar el panorama de intervención hay que especificar que todas las etapas son controladas: etapa de cicatrización cutánea del día 0 al día 30, etapa preprotésica del día 30 al día 45, etapa de adaptación de la prótesis del día 45 al día 75, etapa de instalación definitiva del día 75 al día 90 y renovación cada 5 años (Goig, 2010).

3.5.1.-Tratamiento post-operatorio

Todas las medidas terapéuticas tienen como objetivo en la fase pre-protésica: la prevención del dolor, prevención del edema, evitar actitudes posturales anómalas que puedan comprometer el futuro funcional del paciente. Consecuentemente; los cuidados postquirúrgicos incluyen el reposo del muñón para facilitar la cicatrización, normas posturales encaminadas a prevenir el flexo y la abducción así como el inicio del vendaje compresivo

decreciente. La masoterapia así como los golpeteos o percusiones no son recomendables, pueden estimular o promover la aparición del miembro fantasma y su utilidad no está demostrada (Bruera, y De Lima, 2005).

El tratamiento desde el momento en que se completa la amputación hasta que se coloca la prótesis definitiva es muy importante si se quiere obtener un muñón de amputación resistente y funcional capaz de utilizar una prótesis al máximo. La práctica actual emplea un programa de vendaje blando o el concepto rígido.

- *El vendaje rígido* consiste en colocar en el quirófano una escayola en el muñón al terminar la cirugía. La de ambulación inmediata e incluso precoz no es esencial en este programa terapéutico post-operatorio. Esta técnica evita el edema en el lugar de la operación, y esto fomenta la cicatrización de la herida y la rápida maduración del muñón. Reducen el dolor post-operatorio y permiten reanudar la postura erecta y de ambulación con apoyo (López y Martínez, 2010).
- *El ajuste de la prótesis temporal* se da tras la aplicación de un vendaje rígido, la de ambulación sobre un pilón y pie protésico unido puede iniciarse; inmediatamente después de la cirugía, cuando se observa una buena cicatrización del muñón (7-10 días), bien, después de cicatrizar el muñón (2-3 semanas), o tarde cuando el muñón es maduro (Vitali, et al., 2010).

La elección del momento óptimo de comenzar la deambulación con la prótesis depende de: la edad, fuerza y agilidad del paciente. Se ha observado una mayor incidencia de mala cicatrización de la herida tras una deambulación inmediata o temprana, y en consecuencia se ha aconsejado retrasar el apoyo hasta que la herida cierre. Independientemente del inicio de la deambulación el vendaje rígido debe quitarse a los 7-10 días y revisar la herida quirúrgica (Goig, 2010).

Está también *el Vendaje Blando*; cuando el muñón se trata de manera "convencional" tras la cirugía, se aplica un vendaje estéril cómodo teniendo cuidado de que todas las prominencias óseas estén bien almohadilladas. El muñón se eleva levantando los pies de la cama. Habitualmente los drenajes se retiran a las 48 horas y las suturas a los 10-14 días.

En las amputaciones por debajo de la rodilla se advierte al paciente que no debe dejar colgando el muñón sobre el borde de la cama ni descansar ni sentarse durante mucho tiempo con la rodilla flexionada. En las amputaciones por encima de la rodilla no colocar

almohadas entre los muslos o mantener de cualquier otra forma el muñón en abducción, ni que descansa el muñón sobre el mango de una maleta. Estas precauciones son necesarias para ayudar a evitar contracturas de la rodilla o de la cadera. El vendaje del muñón acelera su cicatrización, compresión y maduración (Heim, y Baltensweiler, 2005).

3.5.2.- Proceso de protetización y reconstrucción compleja

Para Echavarren, et al. (2010); el proceso de protetización comprende un conjunto de medidas específicas de rehabilitación, durante las distintas etapas evolutivas del tratamiento del paciente amputado, tendentes a conseguir el objetivo funcional previsto, este proceso varía según la etiología, el nivel de amputación, la edad del niño y la posibilidad de ser unilateral o bilateral. En algunos casos son necesarias las correcciones quirúrgicas. Siendo frecuente la necesidad de cirugía durante la fase de crecimiento del niño, con mayor incidencia en la etiología adquirida, debido a la aparición de espículas óseas que provocan dolor y dificultad para la utilización de la prótesis, siendo necesaria la realización de remodelación quirúrgica del muñón.

En función de la valoración del niño y en consenso con la familia el prescribir el tipo de prótesis más adecuada en cada caso, verificando el chequeo posterior. Otra de sus funciones es la coordinación entre los distintos profesionales implicados en el tratamiento del niño, estableciendo objetivos y fomentando la adherencia al mismo. Marcará las revisiones periódicas de seguimiento, tan necesarias en niños en periodo de crecimiento.

La colaboración familiar: padres, abuelos, hermanos así como la de todo el entorno familiar; de ello va depender en gran medida el éxito de la protetización. La buena disposición ayuda tanto desde el punto de vista físico como psicológico, contribuyendo a mejorar el estado anímico del paciente y la autoestima, logrado a partir de un amplio entrenamiento en esta patología y ser conocedores del manejo del paciente amputado. Igualmente, la prótesis debe ser aceptada por los padres, siendo determinante el nivel de apoyo de las redes sociales, pues resulta de gran ayuda la colaboración de otros padres con niños que tengan la misma problemática, por su experiencia y conocimiento del proceso, con sus ventajas e inconvenientes.

Los avances tecnológicos en materia de fabricación ortoprotésica han permitido el nacimiento de una Prótesis Pasiva desde los 3 m. a los 6 m. de edad indicada en todos los niveles de amputación: brazo, antebrazo, desarticulación de muñeca y agenesia de mano.

Ofreciendo beneficios como la integración del miembro protésico en el esquema corporal, favoreciendo también, el desarrollo psicomotor al facilitar el equilibrio en sedestación, los apoyos y el ganeo. Disminuye el rechazo, en los niños protetizados antes de los tres años de edad y ofreciendo una imagen positiva de la prótesis, favoreciendo la adaptación posterior de una prótesis activa (Heinz, 2003).

La primera prótesis colocada es estética pero a partir de los 2 años se les coloca una prótesis mioeléctrica con capacidad de pinza. A los 7 meses el niño inicia la oposición del pulgar y descubre que puede hacer pinza, además de agarrar las cosas con el conjunto de su mano, por lo tanto todas las posibilidades para crear un pulgar, con capacidad de oposición al resto de los dedos de la mano, es nuestra premisa básica, representa el 60% de toda la función de la mano, si no se tienen opciones quirúrgicas la protésica adquiere un papel primordial. Ya que a los tres años todo el control básico de la mano queda ya establecido en el cortex cerebral (López y Martínez, 2010).

La pronosupinación otro concepto biomecánico para mejorar la utilización de la prótesis se integra alrededor de los 5-6 años. En los casos en los que la amputación afecte al codo, se coloca un codo mioeléctrico a partir de los 6 años. Si la amputación es bilateral se intenta adaptar las prótesis para conseguir que una mano llegue a la boca y la otra al periné, y así conseguir una independencia absoluta del niño (Vitali, et al., 2010).

La rehabilitación del niño amputado de miembro inferior es un proceso continuo y cambiante, condicionado por el crecimiento, por las características de la marcha del niño y por los requerimientos funcionales. Existen dos sistemas de prótesis para miembro inferior, la de diseño exoesquelético o convencional, utilizada en la edad temprana y la prótesis modular o endoesquelética que consta de varios elementos o módulos, unidos entre sí, que podrán ser cambiados según las necesidades del paciente. La protetización del miembro inferior consiste en la creación de un nuevo sistema de locomoción, es decir, la creación de una unidad funcional formada por el miembro residual y la prótesis. Precisa siempre este proceso de una etapa de reeducación funcional para obtener un alto rendimiento, lo que va permitir al paciente, en este caso al niño, realizar sus actividades diarias escolares y lúdicas, facilitando la integración y mejorando la calidad de vida (Heim, y Baltensweiler, 2005).

El paciente pediátrico amputado de miembro inferior, independiente de su nivel de amputación, para obtener un alto rendimiento funcional precisa de un buen soporte familiar y de la coordinación de todo el grupo asistencial.

Si la etiología de la amputación es adquirida, el miembro residual precisa una preparación previa a la prescripción protésica cuyo objetivo es conseguir un muñón de amputación consolidado, cicatrizado e indoloro con un miembro residual funcional, al cual se pueda aplicar el encaje de la prótesis para que el paciente pueda reiniciar la marcha lo antes posible (López y Martínez, 2010).

En el caso de lesiones traumáticas, existe la posibilidad de reacondicionar algún segmento del miembro afectado y preparar al organismo hacia una reimplantación. Según el protocolo establecido por el Centro Nacional de Trasplantes en 2006, se señalan los criterios de inclusión, exclusión del receptor y del donador; las valoraciones médicas; los estudios de laboratorio y gabinete necesarios para la cirugía. Rescatando los puntos de mayor trascendencia se señalan algunos de los criterios de inclusión del candidato a trasplante o re inserción de extremidades, (como se citó en Álvarez, 2009) estos son:

1. Pacientes sanos de cualquier sexo.
2. Pacientes de 18 a 55 años. Los casos de pacientes menores de edad serían evaluados por el Subcomité.
3. Contar con el apoyo integral de la familia.
4. La indicación absoluta es la amputación de ambas extremidades inferiores a cualquier nivel.
5. La amputación de una sola extremidad inferior sería evaluada por el Subcomité.
6. Estar o haber estado en programas de rehabilitación para la utilización del muñón o prótesis.
7. Poder costear el tratamiento inmunológico, y/o contar con seguridad social, IMSS o ISSSTE.

Desgraciadamente; tanto la proporción de pacientes que cumplen con estos y los siete puntos restantes, limita en gran medida la proporción de éxito en esta opción de rehabilitación. Finalmente desde el punto de vista biomecánico y del equipamiento

protésico, algunas amputaciones parciales traen problemas al momento de confeccionar el equipamiento. Aunque esto sea difícil de comprender para el paciente, en algunos casos es conveniente elevar el nivel de amputación o dejar muñones parciales que terminan siendo muy poco viables para el equipamiento y la marcha, lo que a veces a pesar de ser viable a nivel médico, deja de lado al apoyo psicológico para continuar en la transición, siendo necesario mencionar algunos aspectos a ese respecto.

3.6.- Adaptación al medio hospitalario

Cualquier enfermedad corporal afecta el mundo del sí mismo (el self) del individuo, específicamente su mundo corporal.

El simple hecho de realizar el diagnóstico, según Attle (1995) altera las relaciones del niño con su mundo social, desde el área de la salud en que se atiende, pasando por la familia que y culminando con la escuela y amigos donde tendrá que readaptarse, implicando riesgos en cuanto al desarrollo psicológico.

El autor define la respuesta psicosocial a la enfermedad, posee tres componentes principales que se encuentran en un interjuego dinámico permanente:

1. Componente intrapsíquico: Son las percepciones, pensamientos y emociones que componen la experiencia subjetiva de la enfermedad, es el significado subjetivo que el niño da a su padecimiento. De este modo, la enfermedad puede interpretarse como:
 - A) Una amenaza; entendida como una anticipación ante el peligro o daño de la integridad física o psicológica y expectativas relacionadas con el sufrimiento, por lo que las emociones asociadas son ansiedad y miedo.
 - B) Una pérdida: Ya sea real (incapacidades físicas) o simbólica (elementos internos y emocionales)
 - C) Una ganancia: Ya que la enfermedad puede conllevar beneficios psicológicos y sociales facilitando la dependencia y satisfacción de necesidades.
 - D) Un reto: que produce un comportamiento activo y de cooperación hacia la recuperación.
2. Componente Conductual: Se refiere a todas las acciones y respuestas observables del niño en relación con la enfermedad y sus síntomas.

3. Componente Social: Incluye la interacción del niño con su medio ambiente, en especial la familia y los médicos.

Así pues, la hospitalización per sé, dadas sus propias características enfrenta al niño a todo un sistema de situaciones agobiantes y prolongadas, por ejemplo; la variedad de tratamientos médicos y quirúrgicos causan ansiedad ante la integridad del cuerpo. También existen fluctuaciones en el funcionamiento físico lo que puede producir una autoimagen distorsionada y sentimientos de inferioridad y minusvalía. Por otro lado se producen repetidas separaciones de la familia, dicha situación interfiere con el desarrollo de la independencia, la disminución de energía física causa también el reforzamiento de la pasividad, existiendo una amenaza constante de deterioro; ocasionando ansiedad ante la supervivencia (Attle, 1995).

El niño crónicamente enfermo, requiere de hospitalizaciones a edades tempranas y de internamientos frecuentes y prolongados, la actitud y reacciones del niño ante la hospitalización y los procedimientos médicos dependerán invariablemente en la actitud y ansiedad de los padres.

La hospitalización constituye una de las mayores tensiones a las que el niño puede enfrentarse. Se encuentra separado de su familia, en un ambiente extraño y amenazante, lleno de gente desconocida que habla con palabras incomprensibles, rodeado de máquinas con sonidos y luces igualmente agobiantes. Asimismo, debe adaptarse a este nuevo ambiente en un momento en el que se encuentra disminuido por la enfermedad.

La hospitalización conlleva toda una serie de estresores entre los que se encuentran contacto con gran variedad de personas cuya conducta y respuestas no sólo no son familiares para el niño, sino frecuentemente amenazadoras e inconsistentes, implicando una falta de control sobre las actividades y eventos que ocurren en la sala pediátrica, incluyendo aquellos que pueden ser dolorosos.

La comprensión intelectual que el niño tiene de su enfermedad se ve modificada a lo largo de su desarrollo, esta comprensión es progresiva y en teoría va paralela al desarrollo cognoscitivo, no obstante, los factores previamente mencionados, afectan al niño de manera global, sin discriminar sobre sus capacidades o sobrecapacidades previas.

En niños de 6 a 12 años aproximadamente, se observa que la angustia de separación disminuye porque existe mayor lógica y raciocinio lo que permite una mejor aceptación de

los procedimientos médicos, sin embargo esto aumenta con las correctas explicaciones a esta edad, los límites y la sensación de tener el control son cruciales, las reglas y la estructura son particularmente importantes (cosas difíciles de establecer en la sala pediátrica; pues la hospitalización no permite el dominio del ambiente). Existen fantasías sobre el temor de que la enfermedad tenga consecuencias que les impidan competir dentro de su grupo de pares (Attle, 1995).

Dentro del proceso de rehabilitación se recomienda explicar claramente los procedimientos aclarando el significado de algunos términos médicos, las explicaciones deben de ser claras, detalladas y verídicas, debe estimularse la participación activa e infundir confianza en el médico.

Mediante el manejo psicológico pre y post quirúrgico lo que se busca en resumen:

1. Que la información atenué fantasías.
2. Dar salida a las emociones y encaminar el proceso de elaboración de pérdidas, así como dar contención a los sentimientos que así lo requieran.
3. Atravesar cada proceso con menos ansiedad.
4. Evaluar y elaborar las cicatrices emocionales, las alteraciones en el auto concepto y en el esquema corporal.

Las conductas irritables, agresivas, ensimismadas, etcétera. del niño que encubre su ansiedad y sentimientos de culpa al creer que la enfermedad es consecuencia de sus malas acciones, se verá disminuida si se le ofrece al niño un tiempo y un espacio para ventilar sus miedos ayudándole a tener una percepción más realista de la causa de su enfermedad.

La preparación psicológica busca hacer consciente al niño de las ansiedades despertadas por la hospitalización y la cirugía, lo que evita que deba recurrir a defensas rigidez empobrecedoras de su yo y que no le permiten contender con la angustia. Cuando el niño tiene la oportunidad de jugar y fantasear en la compañía segura de un psicólogo el juego funciona como una útil válvula de escape para los miedos acumulados (Attle, 1995).

Finalmente, es importante mencionar el papel de la familia del niño hospitalizado, pues a pesar de convertirse en intermitente, juega un papel determinante tanto en el concepto que el niño tiene de su enfermedad como en su posterior recuperación, pues constituye para el niño una fuente de desarrollo emocional y el principal contexto dentro del cual la enfermedad ocurre y finalmente se resuelve. La familia con un niño crónicamente enfermo,

además de cumplir con sus funciones, deben encarar el estrés y necesidades adicionales traídas por la enfermedad por lo que también es una víctima potencial. Este tema será ahondado en el siguiente capítulo, al hacer énfasis en el contexto y las distintas áreas en que el pequeño se desarrolla.

Capítulo IV. Amputaciones, discapacidad e inclusión social y escolar

4.1. Definición internacional de la discapacidad

Uno de los principales problemas que existen sobre el tema de la discapacidad, inicia al definirla; para después; hacer un análisis del colectivo de las personas con discapacidad, ya que la definición del término *discapacidad*, no existe un consenso en relación a la forma de referirse a las personas que experimentan algún grado de limitación funcional o restricción, siendo las expresiones más aceptadas «personas discapacitadas» y personas con discapacidad.

En 1980 la Organización Mundial de la Salud presentó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías CIDD (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) vino a establecer tres niveles de reconocimiento del problema, con los términos de deficiencia, discapacidad y minusvalía (como se citó en centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud, 2010). Los definió de la siguiente forma:

Deficiencia: Cualquier pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La deficiencia representa un trastorno de carácter orgánico. Se caracteriza por déficit, pérdidas o anomalías que pueden ser permanentes o temporales y representan la exteriorización de un estado patológico que puede afectar a cualquier miembro, órgano, tejido o estructura del cuerpo, incluidos los sistemas de la función mental.

Discapacidad: Es toda restricción o ausencia debida a la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Se trataría de la objetivación de una limitación funcional en las actividades cotidianas. La discapacidad se caracteriza por excesos o defectos en relación con la conducta o actividad que normalmente se espera, pueden ser; temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, progresivos o regresivos. Lo normal es que sea consecuencia directa de una deficiencia, pero también puede ser una respuesta, sobre todo de carácter psicológico, del sujeto a una deficiencia física, sensorial o de otro tipo.

Minusvalía: Se define como una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal (en función de su sexo y factores sociales y culturales). Se caracteriza

por la discordancia entre el nivel de rendimiento del individuo y las expectativas del mismo o del grupo al que pertenece. Así, la minusvalía representa la socialización de la deficiencia, reflejando consecuencias de orden cultural, social, económico o ambiental.

Las deficiencias y discapacidades; permiten establecer una clasificación objetiva y jerárquica, sin influencia de factores sociales o culturales. Sin embargo las minusvalías responden a otros criterios de clasificación que se basan, no en factores o atributos del individuo, sino en las circunstancias que rodean a la persona.

Desde la perspectiva de las instituciones que brindan diagnósticos de salud, también se contemplan términos que vale la pena analizar; siendo importante reconocer la superposición entre la CIE-10 y la CIDDDM, ya que ambas clasificaciones comienzan por los sistemas corporales. Las deficiencias hacen referencia a las estructuras y funciones orgánicas, las cuales forman habitualmente parte del "proceso de la enfermedad" y por lo tanto también se utilizan en el sistema de la CIE-10. Sin embargo, el sistema CIE-10 utiliza las deficiencias (en cuanto a signos y síntomas) como partes de un conjunto que configura una "enfermedad", o como razones para contactar con los servicios de salud; mientras que el sistema CIDDDM las utiliza como problemas de las funciones corporales asociados con los estados de salud. Dos personas con la misma enfermedad pueden tener diferentes estados funcionales, de la misma manera que dos personas con el mismo estado funcional pueden no tener necesariamente la misma enfermedad. Por lo tanto, la utilización conjunta de las dos clasificaciones aumenta la calidad de la información. La utilización de la CIDDDM-2, no debería llevar a prescindir de los procedimientos diagnósticos habituales, realizados con fines médicos. En otros casos, la CIDDDM-2, podría utilizarse en solitario (como se citó en Discapacidad y Salud, 2013).

Por otro lado, de acuerdo con la definición contemplada en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD), una persona con discapacidad no sólo es aquella que tiene deficiencias sino enfrenta desventajas y desigualdad –por tener deficiencias– en un entorno que no está adecuado para la inclusión de todas las personas. Evidenciando elementos sociales y más abarcadores, pero aparentemente generando un eco limitado (como se citó en Género y Discapacidad, 2013).

Para 2001, surge una propuesta de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), donde se define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones en la

participación. Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. Dicho de otra manera, se entiende por discapacidad a la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad o trastorno (por ejemplo, amputaciones, parálisis, síndrome de Down, depresión etc...) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles, un apoyo social limitado etc...). Sin embargo, dicha definición genera tanta ambigüedad, que el grueso de la población corre el riesgo de formar parte de ella (como se citó en Discapacidad y Salud, 2013, párr. 10).

Afortunadamente, estas distintas tendencias comenzaron a tener impacto en la comunidad y, más particularmente, en aquellos directamente involucrados -las personas con discapacidad- quienes ya no se resignaban a ser meros objetos de políticas sociales y de educación. El ambiente de protesta que diseminaron en la comunidad, los dotó de la fuerza para exigir ser una voz influyente en las decisiones que la sociedad tomara respecto a ellos.

“No querían simpatía ni caridad; querían ser oídos y, sobre todo, ser incluidos. Las barreras que enfrentaban las personas con discapacidad, impugnaron la totalidad del concepto de discapacidad, logrando, los nuevos conceptos; colocar en perspectiva la dimensión ambiental/social de la discapacidad” (Saleh, 2009, párr. 15).

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD), a manera de tratado, describe la situación ideal para las personas con discapacidad en todo el mundo. A partir de él las personas con discapacidad cuentan con una herramienta legal que asegura la protección y goce de los derechos humanos universales. Esta Convención fue aprobada por la Asamblea de la ONU en diciembre de 2006 y entró en vigor el 3 de mayo de 2008, convirtiéndose en el primer tratado sobre derechos humanos del siglo XXI en entrar en vigencia en todo el mundo (Amate y Vázquez, 2001).

Si bien dentro de la convención no hay una definición universalmente aceptada de discapacidad, el artículo 1 señala: Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al

interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás . Dicho señalamiento es aceptado por la Confederación Mexicana de Organizaciones en Favor de la Persona con Discapacidad Intelectual, A.C. Más específicamente, en el inciso *e* de la Convención se describe; que las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las y los demás. La expresión personas con discapacidad es el término aceptado tanto por los organismos internacionales, como por las organizaciones civiles, para designar con respeto y precisión a quienes por una particularidad biológico-conductual, se ven obligadas a superar obstáculos impuestos y desventajas creadas por la sociedad para ejercer sus derechos, llevar una vida digna y lograr su plena integración al desarrollo (Inclusión Social Discapacidad y Políticas Públicas, 2005).

Es importante señalar que términos como inválido, minusválido, disminuido, anormal, atípico, retrasado, entre otros, con los que se ha denominado hasta hace muy poco tiempo a las personas con discapacidad, contribuyen a alimentar prejuicios y discriminación, pues no consideran a la persona como tal, sino en función de las condiciones propias de su deficiencia. Así mismo, el término personas con capacidades diferentes es un eufemismo que reproduce un prejuicio social grave pues trata de igualar a personas que son diferentes, y con ello se minimiza la posibilidad de adaptar el entorno a las diferencias específicas de las personas. Tratar por igual a los desiguales, contribuye a aumentar la desigualdad (Garraida, 2000).

En palabras de Saleh (2009) la discapacidad, entendida en su contexto social, es mucho más que una mera condición; es una experiencia de diferencia. Sin embargo, frecuentemente, es también una experiencia de exclusión y de opresión. Los responsables de esta situación no son las personas con discapacidad, sino la indiferencia y falta de comprensión de la sociedad. La forma en que una comunidad trata a sus miembros con discapacidad es reflejo de su calidad y de los valores que realza. En la actualidad, la discapacidad es un tema de derechos humanos. Los enfoques de bienestar social con énfasis en la provisión de asistencia para adaptarse a estructuras sociales normales fueron reemplazados por propuestas de derechos humanos, donde el foco está puesto en facultar a las personas con discapacidad y en la modificación del entorno. La discapacidad surge cuando las personas con capacidades diferentes se enfrentan a barreras de acceso, sean

sociales, culturales, materiales o de acceso físico, que para los demás ciudadanos no presentan dificultad. De este modo, el nuevo concepto está indicando la estrecha conexión entre la limitación experimentada por los individuos con discapacidad, el diseño y la estructura del entorno, y la actitud del público en general. Por cierto, este es el mayor cambio logrado: desde un modelo patológico de déficit infantil hacia el modelo social/ambiental.

Las personas con discapacidad y sus organizaciones son un desafío para al resto de la sociedad, la cual debe determinar qué cambios son necesarios para promover una vida más justa y equitativa.

4.2. Implicaciones sociales de la discapacidad

La discapacidad es muy diversa. Si bien algunas dificultades vinculadas con la discapacidad acarrear mala salud y grandes necesidades de asistencia sanitaria específica; la realidad es que todas las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades de salud que la población en general y, en consecuencia, necesitan tener acceso a los servicios corrientes de asistencia sanitaria. En el artículo 25 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad se reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación, el problema es que ni siquiera las actividades de promoción de salud y prevención de las enfermedades; tienen como destinatarias a las personas con discapacidad (Bernt y Assen, 2004).

La asequibilidad de los servicios de salud y el transporte son dos de los motivos principales por los que las personas con discapacidad no reciben los cuidados que necesitan en los países de ingresos bajos: un 32% o 33% de las personas sin discapacidad no pueden costearse la asistencia sanitaria, por comparación con un 51% a un 53% de las personas con discapacidad. Las personas con discapacidad notifican con una frecuencia dos veces mayor que el personal sanitario carece de las aptitudes para atender sus necesidades; con una frecuencia cuatro veces mayor, que son mal tratados por dicho personal; y con una frecuencia tres veces mayor, que se les niega la asistencia (Centro de Prensa de la OMS, 2010).

Si se inicia desde la lógica de Descartes, en la que la existencia del sujeto parte de la razón, esta idea se ve debatida, cuando en su momento la locura y demás trastornos mentales, y ahora la discapacidad, muestran que al sujeto no se le puede encontrar sólo en la razón,

sino en aquello que ella esconde. Sin embargo, en el discurso político, social, educativo y económico, la visión que de hombre se sigue teniendo está en el entendido de él como centro del mundo y el único capaz de dar cuenta de su travesía por éste, gracias a su inteligencia, en donde se manifiesta y confirma dentro de un sistema que lo debe reconocer como *ser* valioso (Assoun, 1999).

La idea de integración en cualquiera de sus contextos y por ende en el educativo, es un discurso que enfatiza en un sistema de reproducción social, persiguiendo poder insertar a las personas con esta denominación en los espacios posibles y paradójicamente, a su parecer, a veces encuentran mayor eficacia y eficiencia en su desempeño. Si se piensa en un discurso distinto, ya no tan asistencial, médico o político, la integración, es decir, la inclusión versus exclusión, hacen alusión, en su expresión más básica de los términos, a voltear la mirada hacia aquellos que se han quedado fuera, aquellos que en un principio no son compatibles con el resto, entonces hay que regresarlos al medio, para con ello tranquilizar, desde lo moral, lo ético y lo humano, la conciencia de los que de alguna manera los excluyeron, Esta idea, será discutida en el siguiente apartado de manera más clara (Assoun, 1999).

“...en todo *otro*, existe el prójimo - ese que es diferente de mí, pero al que, sin embargo, puedo comprender, reconocer, aceptar y asimilar - y también existe una alteridad radical, inasimilable, incomprensible e incluso impensable” (Guillaume y Baudrillard, 2000, p. 56).

En ese sentido, es como si el otro fuera reabsorbido en la identidad propia y la reforzara todavía más. A partir de este punto de vista, el loco confirma y refuerza la razón; el niño la madurez; el salvaje la civilización, el deficiente la normalidad etcétera (Larrosa y Pérez, 1998, p. 14). Es como si fuera un segmento de la población necesario, pero no en la línea de pensamiento de las diferencias, sino de la inferioridad.

Por su parte, Derrida y Roudinesco (2002) afirman que el concepto de Diferencia significa a la vez lo mismo y lo otro. Lo otro como lo "absolutamente heterogéneo, lo radicalmente diferente, irreductible e intraducible que puede expresarse en uno o en otro. Así pues, esta idea de la diferencia que marca pero que no existe como tal, sino sólo porque se asume. En el campo educativo, la preocupación por la diferencia se traduce más en la preocupación por los *diferentes*, por los *extraños*, o en el terreno de la discapacidad por los *anormales*. El traducir algunas de las diferencias en *sujetos diferentes* vuelve a posicionar esas marcas como opuestas y negativas a la idea de la *norma*, de lo *normal* y, entonces, de lo *correcto*,

lo *positivo*, lo *mejor* etcétera. Se establece, así, un proceso de *diferencialismo* que consiste en separar, en distinguir de la diferencia algunas marcas a las que se puede denominar como *diferentes* y de hacerlo siempre a partir de una connotación peyorativa y subalterna.

Por lo tanto, la discapacidad es un término que culturalmente define un daño, un perjuicio. El daño puede aparecer como físico, psíquico o social, sin embargo, pareciera existir una confusión entre lo real del cuerpo y el significado cultural que se le atribuye a éste (Assoun, 1999).

Algo en lo real del cuerpo puede estar comprometido, pero lo importante es cómo se asume a nivel cultural y cómo repercute en lo familiar y en lo particular, ideas que igualmente serán retomadas y deconstruidas al final de este capítulo. Sin duda el cuerpo se encuentra en el centro de la relación con los otros, es casi imposible inmiscuirse dentro de la relación, sin un cuerpo, si fuera así, tal vez serían espectadores de ella pero no promotores de la misma, el cuerpo al igual que el lenguaje da ese poder, el de interferir en la relación, en el otro, ser generador y parte de ella. En lo pedagógico y educativo se privilegia este eje y así elaborar las estrategias más viables para que el sujeto pueda acceder a las habilidades, potencialidades, capacidades que se pondera dentro de una normatividad social predominantemente productiva. Sin embargo, cuando uno se adentra en el terreno de las prácticas se observa que la atención a niños con discapacidad se percibe como algo que rebasa los límites de lo que se esté dispuesto a dar (Echeverría, 2001).

Assoun (1999) invita a reflexionar sobre los diferentes mecanismos que se instituyen a partir de esta posición, entendiendo que el sujeto con discapacidad se constituye de origen como posicionado desde un pre-judicio originario que coloca a un sujeto (niño-hombre) en una condición de perjudicado, con un daño y con un destino prefigurado de consecuencias.

En lo simbólico el discapacitado se constituye a partir de lo real de su cuerpo, de los testigos que confirman o no esa realidad, de si vive en o desde la diferencia, de cómo se asume e identifica y de las figuras que desea asumir. Los niños con discapacidad se encuentran posicionados como *unos* cuando la relación entre los niños es eso: niños y no el compañerito que está malito, enfermito, delicadito, etcétera. cuando atraviesa entre ellos una relación lúdica, de solidaridad y no de asistencialismo, de compartir experiencias varias. Para el docente será un niño como todos, cuando deje de pensar que lo que requiere es capacitarse y aprender a través de mediaciones instrumentales cómo tratar al niño,

logrando que la diferencia pase al plano de la semejanza y no del abismo indescifrable (Skliar, 2005).

El arte, como lo expresó Echeverría (2001), permite dentro de lo rutinario, sin necesidad de drogas, ni rituales, y dentro de la cotidianidad apalabrar lo Otro, creando y recreando en la dimensión espacial y temporal los nuevos significantes que permitan intentar escuchar el concierto de los sonidos del silencio, de la palabra enmudecida y revivida en el potencial de la simbolización espacial y temporal, que permite trasladar los significandos de ceguera, sordera, parálisis de experiencias, de movimientos y de pensamientos a su dimensión originaria de lo social y cultural y desde ahí iniciar la transformación y creación de las nuevas experiencias que nos deparará un nuevo destino de lo humano. Dentro del apartado siguiente, se abordará la idea exclusión e inclusión, como conceptos vigentes, reales, a enfrentar en todos los sectores.

4.2.1. Inclusión social y escolar del niño amputado

Es importante comprender la idea de inclusión a partir de que la historia de las personas con discapacidad es una historia básicamente de exclusión; repudio debido a proyecciones temerosas, ignorancia y superstición, degrado, explotación etcétera. Eventualmente, ello condujo hacia políticas de protección, provisión de servicios médicos, y asistencia social ocasional, con énfasis en el diagnóstico, clasificación y rotulación de los individuos, siendo la educación un tema poco tocado.

Los programas de rehabilitación se convirtieron en una herramienta a través de la cual se comenzó a creer que las personas discapacitadas podían mejorar y compensar sus discapacidades; las personas con discapacidad adquirieron mayor identidad de sujeto; pero la asistencia seguía brindándose en forma segregada, peor aún, la perspectiva de discapacidad se convirtió en una idea pasajera o bien, temporal, con aspiraciones de igualdad absoluta. Para este momento, la planificación y entrega de asistencia, así como la capacitación profesional, continuaban centradas principalmente en el individuo, es decir, existía un déficit que debía ser remediado. Se daba poca atención a la manera en que las instituciones y disposiciones sociales imponían obstáculos a las personas con discapacidad, por lo tanto debían ser cambiadas (Arendt, 1997).

Cerca de los años 80'S la teoría de la normalización, en cambio, enfatizaba el derecho de las personas con discapacidad a vivir con su familia y en su entorno natural, y de ser

preparados y apoyados para responder a los desafíos que podrían enfrentar en sus comunidades., ocurriendo un cambio importante en las estrategias de desarrollo, alejándose de los modelos verticales -donde los servicios frecuentemente se planificaban sin consultar a las personas afectadas-, hacia la comprensión de que si los sujetos en desarrollo (por ejemplo, personas con discapacidad y/o sus padres) no participaban activamente, el cambio era imposible. Se necesitaba una nueva estrategia. Gradualmente, el modelo social de discapacidad se puso por delante enfatizando formas en que las políticas y legislación existentes fueran modificadas fundamentalmente para asegurar la eliminación de barreras físicas e institucionales que permitieran la plena e igualitaria participación de personas con discapacidad en la vida comunitaria. Se pudo observar el movimiento gradual hacia un modelo integrado de desarrollo, con la intención de incluir el tema de la discapacidad en los programas de diferentes organismos, en vez de encararlo aisladamente (Garralda, 200).

El nuevo concepto colocó en perspectiva la dimensión ambiental/social de la discapacidad. En la actualidad, la discapacidad es un tema de derechos humanos. Los enfoques de bienestar social con énfasis en la provisión de asistencia para adaptarse a estructuras sociales normales fueron reemplazados por propuestas de derechos humanos, donde el foco está puesto en facultar a las personas con discapacidad y en la modificación del entorno. La discapacidad se ha llegado a entender como el resultado de la interacción entre los recursos y restricciones del individuo y aquellos del entorno. La discapacidad surge cuando las personas con capacidades diferentes se enfrentan a barreras de acceso, sean sociales, culturales, materiales o de acceso físico, que para los demás ciudadanos no presentan dificultad. De este modo, el nuevo concepto está indicando la estrecha conexión entre la limitación experimentada por los individuos con discapacidad, el diseño y la estructura del entorno, y la actitud del público en general. Por cierto, este es el mayor cambio logrado: desde un modelo patológico de déficit infantil hacia el modelo social/ambiental, resultando en un modelo social de la discapacidad que parte de la premisa de que la inclusión, significa la eliminación de barreras físicas, principalmente, sociales y en las actitudes de la sociedad en general (Soto, 2011).

La Declaración Mundial sobre Educación para todos (Jomtien, 1990), y el Foro Mundial sobre la Educación (Dakar, 2000), pusieron en evidencia que todavía existen en el mundo millones de niños, jóvenes y adultos para los cuales no se ha hecho efectivo el derecho a la educación, siendo el colectivo de las personas con discapacidad uno de los más excluidos. En América Latina todavía hay un 3% de niños y niñas en edad de cursar enseñanza básica

que no tienen acceso a la educación, y existen importantes desigualdades educativas en cuanto a la finalización de estudios y los logros de aprendizaje en función del nivel socioeconómico, la procedencia cultural y la zona geográfica donde viven los alumnos y alumnas (Bernt y Assen, 2004). Lograr el pleno acceso y participación del alumnado y dar respuesta a la diversidad de sus necesidades educativas es, sin duda, uno de los desafíos más importantes que enfrentan actualmente los sistemas educativos y los docentes en todo el mundo, a pesar de que todavía exista debate entre aquellos que desean tener un sistema inclusivo único pero diversificado, y los que desean mantener un sistema educativo con opciones separadas para dar respuesta a las diferencias sociales, culturales e individuales de los alumnos, especialmente para aquellos que presentan necesidades educativas especiales.

A continuación, se abordan de forma muy escueta, algunas de las tendencias mundiales actuales en relación con la educación de quienes presentan necesidades educativas especiales.

En México, como en muchos países, existe cierta confusión con el concepto de inclusión o educación inclusiva, ya que se está utilizando para referirse a la participación de niños y niñas con discapacidad o necesidades educativas especiales en la escuela común. Es decir, se está asimilando el concepto de inclusión con el de integración, cuando se trata de dos enfoques con una visión y foco distintos. Esta confusión tiene como consecuencia que las políticas de educación inclusiva se consideren como parte de la educación especial, lo que limita el análisis de la totalidad de las exclusiones que se dan en el conjunto de los sistemas educativos y el desarrollo de políticas integrales de atención a la diversidad. La integración surgió como un movimiento para hacer efectivo el derecho de las personas con discapacidad a participar y desenvolverse en los contextos comunes de la sociedad al igual que cualquier ciudadano. En consecuencia, la integración está ligada al colectivo de alumnos con discapacidad y su foco de atención ha sido, sobre todo, transformar la educación especial para apoyar a las escuelas comunes en sus procesos de integración y atender las necesidades educativas especiales de los alumnos integrados. En muchos casos, se ha trasladado el enfoque educativo propio de la educación especial a la escuela común, de tal forma que los procesos de integración se han centrado más en la atención individualizada de los alumnos que en la transformación de las escuelas y las prácticas educativas, de forma que se puedan beneficiar todos los alumnos y alumnas (Género y Discapacidad, 2013).

En esta situación subyace la idea de que las dificultades de aprendizaje se deben únicamente a factores individuales del alumno, por lo que la atención se centra más en abordar dichas dificultades que en modificar las condiciones del contexto educativo y de la organización de la enseñanza que limitan el aprendizaje y la participación de muchos alumnos y alumnas. En definitiva, se asume que el problema es el niño y no el sistema educativo.

Como señala Booth (2000), la inclusión de un determinado colectivo no llegará muy lejos si la escuela no está preparada para dar respuesta a la diversidad en general. Otra consecuencia importante es que no se lleva a cabo una reflexión en las escuelas respecto a qué aspectos de sus culturas y prácticas están haciendo que muchos alumnos y alumnas no tengan éxito en su aprendizaje.

La inclusión, por el contrario, es un movimiento más amplio ya que se preocupa del aprendizaje y participación de todos los alumnos, prestando especial atención a cualquier tipo de discriminación y exclusión, en el entendido que hay muchos niños y niñas, además de aquellos que tienen discapacidad, que no tienen igualdad de oportunidades educativas ni reciben una educación adecuada a sus necesidades personales. La educación inclusiva es antes que nada un asunto de derechos humanos, ya que aspira a hacer efectivos para todos, sin excepción, los derechos a la educación, a la participación y no discriminación y a la propia identidad. El derecho a la educación no significa solo acceder a ella sino también que ésta sea de calidad y logre que los alumnos aprendan; el derecho a la educación es también el derecho a aprender y a desarrollarse plenamente como persona (Echeverría, 2001).

El foco de atención de la educación inclusiva es la transformación de los sistemas educativos para dar respuesta a la diversidad del alumnado. A diferencia de la integración, donde el énfasis es la atención de las necesidades específicas de los niños integrados manteniendo inalterables los sistemas educativos, la principal preocupación de la educación inclusiva es transformar las culturas, las prácticas educativas y la organización de las escuelas para atender la diversidad de necesidades educativas del alumnado, que son consecuencia de su procedencia social y cultural y de sus características personales en cuanto a motivaciones, capacidades e intereses. La educación inclusiva implica una visión distinta de la educación común, basada en la heterogeneidad y no en la homogeneidad. Considerando que cada alumno tiene capacidades, intereses, motivaciones y experiencias

personales únicas, es decir, las diferencias son inherentes a los seres humanos, por lo tanto, están dentro de lo normal. Desde esta concepción, el énfasis está en desarrollar una educación que valore y respete las diferencias, viéndolas como una oportunidad para optimizar el desarrollo personal y social y para enriquecer los procesos de enseñanza y aprendizaje (Rubio, 2011).

La atención a la diversidad es una responsabilidad de la educación común y del sistema educativo en su conjunto, por lo que la educación inclusiva no debe entenderse como una alternativa a la educación actual de los alumnos con necesidades educativas especiales, sino como una política de atención a la diversidad en la que estos alumnos son un elemento importante. En el informe de la Comisión Delors se invita a adoptar el *respeto por la diversidad* como principio fundamental para combatir todas las formas de exclusión en la educación, para devolverle a la educación su rol central como crisol que contribuye a la armonía social (como se citó en Saleh, 2009).

4.2.2. Género y adaptación

Desde la perspectiva social y de derechos; la discapacidad no es un problema a resolver, una situación a mejorar o una necesidad a enfrentar, el problema son las barreras del entorno que limitan el goce de los derechos de las personas. En este sentido es importante diferenciar, más que las deficiencias, las necesidades integrales específicas que cada persona requiere satisfacer para tener asegurado el pleno goce y ejercicio de sus derechos. Por ello, en este apartado, el punto focal no son las diferencias o las condiciones personales de deficiencia, sino la desigualdad que se expresa en aspectos como acciones o políticas de discriminación negativa, así como la inequidad y desventajas generalizadas a nivel de género.

Soto (2011), ha explorado la relación entre discapacidad, género y comunidad y la segunda las consecuencias de la discapacidad en la maternidad. Ambas dan elementos desde el contexto rural mexicano para visibilizar la violencia y la exclusión que enfrentan no sólo las mujeres con discapacidad, sino también las madres de las mismas, en entornos profundamente patriarcales en los que los aspectos ligados a la identidad étnica complejizan aún más la discriminación y exigen la elaboración de marcos de análisis e interpretación más amplios para entender la dinámica de las relaciones de género que enfrentan no sólo las mujeres con discapacidad, sino también las madres de discapacitados,

que por lo general son quienes al interior de la familia se hacen cargo de los hijos con discapacidad.

Según Basaglia, (1970) el proceso de *violentación*, está referido al proceso de segregación o discriminación a través del cual el flujo social se fractura, transformando el poder-hacer en su opuesto: el poder-sobre. En concordancia con Soto (2011), la institución de la discapacidad sólo se comprende como respuesta a las regulaciones que la sociedad moderna se ha dado así implícitamente, desde esta mirada lo funcional racional corresponde a lo normal y lo que hoy denominamos discapacidad, al mundo de lo disfuncional y por tanto de lo anormal. Así las cosas, es posible plantear la discapacidad como una institución, como un sistema de símbolos y significados que hacen que el imaginario dominante sobre la discapacidad (y en consecuencia sus portadores) esté vinculado al poco o nulo valor y con ello se dé pie a la generación de enfoques discriminantes.

En tanto sistema simbólico, la institución de la discapacidad está sujeta a la acción de diversos agentes que pueden reconfigurar el campo de sus representaciones ya sea en favor de conservar y afianzar los imaginarios discriminantes o de una nueva orientación conceptual basada, por ejemplo, en las reivindicaciones de derechos humanos. En este sentido la institución de la discapacidad se advierte en dos dimensiones: como espacio y como producto. En tanto espacio, la institución de la discapacidad es un escenario en que ocurre la lucha por preservar/transformar el universo simbólico a través de la praxis y de nombrarla y renombrarla a partir de la resignificación o producción de nuevas formas discursivas, como señala Aubague (como se citó en Guillaume y Baudrillard, 2000).

Por otra parte, al reconocer que en la discapacidad se agrava la situación de opresión y exclusión de las mujeres, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aborda el tema en sus Principios Generales (inciso “G” La igualdad entre el hombre y la mujer) y luego en los artículos 6 sobre la discapacidad hacia las mujeres y 7 sobre los niños y niñas con discapacidad (Género y Discapacidad, 2013).

El Estado Mundial de la Infancia de 2013; niñas y niños con discapacidad dice que estos niños tienen menos probabilidades de recibir atención médica o de ir a la escuela y se encuentran más vulnerables frente a la violencia, el abuso, la explotación y el abandono, sobre todo si se les oculta o se les ingresa en instituciones, algo que ocurre con frecuencia debido al estigma social y el costo económico que implica su crianza, los resultados que

arroja, son alarmantes; niños y niñas con discapacidad se encuentran entre las personas más marginadas del mundo. Aquellos que viven en la pobreza son quienes menos posibilidades tienen de asistir a la escuela o a una clínica, pero para quienes además tienen una discapacidad es aún menos probable, el género es un factor clave, ya que las niñas con discapacidad tienen menos probabilidades que los niños de recibir alimentos y atención (Bernt y Assen, 2004).

Hay pocos datos precisos sobre el número de niños y niñas con discapacidad, qué discapacidades tienen y la forma como estas afectan sus vidas. Como resultado, pocos gobiernos disponen de una orientación fiable para la asignación de recursos a fin de apoyar y ayudar a estos niños y sus familias. En este sentido, el sector de mayor injerencia a nivel particular es la familia, donde se gestan, mantienen y cobran sentido todos los postulados que pudieran ponerse en práctica a nivel macro, a continuación se abordarán las situaciones a enfrentar en las familias discapacitadas (Bernt y Assen, 2004).

4.3. El niño amputado y su familia

Toda familia es una unidad compleja en continuo movimiento formada por un entramado de factores diversos: biológicos, psicológicos y sociales. Cada uno de sus miembros ejerce una influencia en permanente interacción de forma que cualquier suceso que ocurre en uno de sus miembros repercute de una u otra manera en todos los demás. De este modo, las familias experimentan cambios ante cualquier proceso vital y sus miembros reaccionarán tendiendo a buscar la estabilidad, el ajuste y el equilibrio entre ellos. En muchas ocasiones, ante determinados hechos, se producen desajustes que requieren de un esfuerzo importante por ser superados. En este sentido, la discapacidad supone un cambio determinante dentro de la familia. La familia es principal en el apoyo para la persona con discapacidad, puesto que permite ofrecer oportunidades suficientes para desarrollar aquellas habilidades y competencias personales y sociales que permitan a sus miembros crecer con autonomía, seguridad y autoestima. La mayor parte de las familias que conviven con un niño o adulto con discapacidad; presentan problemas graves de adaptación o estrés. Por tanto, podría hablarse de aspectos diversos de la persona, del tipo de discapacidad (gravedad del déficit, extensión, duración.) de la situación y contexto que se dan (interacción padres-hijo, apoyo social, recursos familiares y económicos, percepción positiva de la situación, etc.) que pueden influir para agravar o aliviar el problema familiar (Skilar, 2005).

Ante un reciente diagnóstico de una discapacidad concreta, el entorno familiar habrá de atravesar diferentes etapas a lo largo del proceso de la enfermedad de la persona afectada. Fases todas ellas que serán vividas con más o menos intensidad por cada uno de sus miembros y en especial de aquellos que han de asumir el papel de cuidadores principales en los que recae la mayor responsabilidad acerca del cuidado y la vigilancia del estado de salud de las personas con discapacidad (Afanador, 2013) estas son:

Fase de desintegración: impacto emocional

Tras un seguimiento más o menos continuado durante varios meses del comportamiento anómalo de la persona afectada por algún tipo de discapacidad, los progenitores, la pareja u otros familiares próximos en cada caso o bien la persona enferma, deciden tomar parte activa en el problema y consultar a los especialistas. En el transcurso de esta primera fase se producirá la confirmación de una sospecha anunciada. Ante dicha situación la familia reacciona con shock, miedo al futuro y a lo desconocido, deterioro de la capacidad de tomar decisiones sobre los aspectos más relevantes, cólera ante una realidad que no son capaces de manejar, culpa en referencia a la posible responsabilidad de la familia en la génesis del trastorno, síntomas depresivos y reacción de pasividad frente al problema o desesperanza y ansiedad frente a un pronóstico incierto. Superada esta etapa, los miembros del entorno más cercano a la persona con discapacidad atravesarán las fases de negación-ajuste.

Fase de ajuste: negación-aceptación de la realidad

Durante los primeros momentos de esta etapa, se generará el mecanismo inconsciente de la negación. A pesar del diagnóstico profesional y de que todos los indicios y datos objetivos determinan lo contrario, algunos miembros de la familia intentarán negar tal situación para protegerse de una realidad que les supera, y les asusta por el miedo a lo desconocido y por la frustración asociada a la pérdida de control sobre el problema manifestado. Fruto de esa impotencia asociada a la enfermedad, las conductas anómalas y cambios en el estado de ánimo de la persona con discapacidad, el desconocimiento de la enfermedad, y la frustración generada por los intentos fracasados de ayudar a la persona afectada, emergen los sentimientos de autocompasión del cuidador familiar hacia sí mismo relacionados con el desamparo y la falta de capacidad de reacción frente a la enfermedad. Como consecuencia de todo ello surgirá la sobreprotección de la persona afectada al sentir lástima por la situación que le ha tocado vivir. Si la familia logra superar

satisfactoriamente esta etapa, aparecerá la aceptación realista del problema poniéndose en marcha el mecanismo de afrontamiento activo de la situación. y la búsqueda activa de la solución al problema

Fase de reintegración: la búsqueda de ayuda y el tratamiento

Esta última etapa conlleva la búsqueda de ayuda profesional y la mejora de la calidad de vida de la familia a través del inicio del tratamiento y la adscripción a las pautas de comportamiento y cambios propuestos por los profesionales. A lo largo del proceso de evolución de la enfermedad, las reacciones más frecuentes de los miembros de la familia pueden ser muy diversas, y dependerán por otra parte del momento en el que se encuentre cada miembro de la familia, de los propios recursos personales y habilidades de afrontamiento y resolución de problemas.

Por otro lado, también se destacan reacciones entre los miembros de las familias con discapacidad, tales como la desesperación; por la situación que les ha tocado vivir, fastidio; por la necesidad de afrontar una nueva situación ante la cual no se sienten preparados, irritabilidad; tanto hacia la persona con discapacidad, como hacia el resto de la familia; por la complejidad de las repercusiones y cambios no siempre asumidos por todos los miembros de la familia, culpa; asociado a los progenitores por la supuesta responsabilidad atribuida en la génesis del trastorno, dependencia emocional; asociada a la sobrecarga emocional vinculada al cuidado continuado del afectado y que se relaciona con una sobreimplicación emocional en la resolución del problema y una falta de respiro y posibilidad de ser sustituido frente a la responsabilidad del cuidado. Estos son ejemplos de las reacciones, no deben confundirse con las etapas (Afanador, 2013).

A partir de estas reacciones, se generan momentos donde se permita la elaboración de un duelo frente a la pérdida de un hijo sano, en el que los padres puedan revisar los sentimientos que les genera la discapacidad de un hijo. Así pues, cada familia debe planificarse y organizarse desde el primer momento evolucionando en su asistencia a la persona que en esos momentos va a necesitar ayuda. Plantearse, de cualquier modo, los recursos económicos de que dispone y el grado de solidaridad de las personas de su alrededor. Sin duda las enfermedades incapacitantes además de generar graves consecuencias psicológicas, físicas, emocionales y de comportamiento sobre las personas afectadas por alguna de ellas, también provocan cambios en la esfera familiar, situaciones que serán abordadas dentro del siguiente capítulo.

Capítulo V. Factores psicológicos a enfrentar en las amputaciones

La amputación de una extremidad generalmente es considerada por los pacientes como un procedimiento quirúrgico adecuado, sin embargo independientemente de su objetivo; curativo y paliativo, es visto como una catástrofe irrevocable. Las alteraciones psicológicas que el paciente sufre ante el conocimiento de un diagnóstico con posibilidad de una amputación, así como el miedo al dolor y a las alteraciones sociales, tienen un impacto de pérdida definitiva en la vida psíquica del paciente y de los familiares.

Para hablar del impacto de una pérdida se debe tener en cuenta; que las pérdidas forman parte natural del desarrollo y crecimiento de un individuo, el impacto que estas producen ha sido estudiado desde distintas perspectivas dentro de la psicología, entre los que destacan: El marco conceptual psicoanalítico de Freud (1917), el modelo biológico de Engel (1964), el modelo de apego de Bowlby, (1961a;1961b), el pensamiento humanista de Kübler-Ross (1969), el modelo cognitivo-conductual de Worden (1998, y el pensamiento constructivista de Niemeyer (1988-2001) (como se citó en Valencia y Dávila; 2010). Todos estos autores manejan el concepto de pérdida desde la perspectiva del manejo del duelo ante la muerte o separación de un ser amado. No obstante, en la actualidad el concepto de pérdida no sólo se refiere a este tipo de situaciones, sino también a aquellas pérdidas denominadas como “comunes”, las cuales desencadenan en el ser humano una reacción de igual manera significativa, como el cambio de casa o trabajo.

Entre los autores que manejan el concepto de pérdida se encuentra Dersheimer (1990) quién expone que una pérdida es una compleja combinación de emociones y diferentes expresiones de dolor ante la ausencia temporal o permanente de objetos o personas significativas.

Para Aquiles (1995) una pérdida ocurre cuando las personas pierden sus nexos psicológicos con personas, lugares y prácticas administrativas conocidas, por lo que cualquier cambio, pueden tener un componente de pérdida. Para este autor, cuatro son las pérdidas más críticas por las que atraviesa el ser humano, las cuales son: La pérdida del amor; la pérdida de apoyo; la pérdida de estímulos sensoriales y la pérdida de capacidad para actuar sobre uno mismo o sobre el mundo exterior.

Por último Spencer y Adams (1992) consideran que una pérdida es: “Cualquier cambio en la vida de la persona, elegido por ella misma, esperado o inesperado, aún si estos cambios

son positivos (como casarse, tener un hijo, cambiarse de casa o de trabajo) o negativos (como el abandono del cónyuge, una muerte, un despido) el efecto será el mismo pues desencadenan sentimientos y pensamientos intensos que pueden llegar completamente de sorpresa” (pp. 11-12).

De acuerdo con lo anterior, puede explicarse que las pérdidas involucran la ausencia temporal o permanente de algo o alguien, ya sea elegido por ella misma, o en ocasiones de manera inesperada.

5.1. Tipos de pérdida

Durante el ciclo de vida, las personas pasan por pérdidas que pueden ser identificadas en distintas áreas, algunas de las más frecuentes son el deterioro del cuerpo (pérdida de la salud, de la juventud), las pérdidas afectivas (muerte de un ser querido, separación), pérdidas por desastres (naturales, accidentes), pérdidas escolares (reprobación, cambio de escuela), pérdidas laborales (desempleo, cambio de puesto) incluso las relacionadas con la identidad (estigmatización y prejuicio). Sin embargo, es evidente que no todas las pérdidas tienen un impacto en la salud emocional o en la calidad de vida de las personas, diferenciándose por la frecuencia con la que se presentan y la magnitud, lo que permite clasificarlas como *pérdidas menores*, representadas por aquellas situaciones más cotidianas y en las que el sujeto percibe que tiene control. Por otra parte, se encuentran las llamadas *pérdidas mayores*, con una frecuencia menor en la vida del sujeto y un gran impacto a nivel emocional, percibidas por la persona como fuera de su control (Valencia y Dávila; 2010).

Por otro lado Pangrazzi (1993) menciona que durante el transcurso de la vida de un ser humano este se verá envuelto en un sin fin de pérdidas.

Al mencionar la palabra *pérdida* se tiene que tener en cuenta que existen diferentes tipos de clasificación de ésta. En el siguiente apartado se describe algunos de sus tipos, así como los sucesos los cuales podrían pertenecer a la misma.

Pérdidas necesarias

Existen algunas pérdidas que acompañan a las personas durante diferentes etapas de la vida y son conocidas como pérdidas necesarias. Entre este tipo de pérdidas se encuentran las de la infancia, por muerte y por último por jubilación.

Pérdidas inesperadas

Se denominan así porque se presentan de manera imprevista y sin antecedentes previos. Tal es el caso de situaciones como la aparición de una enfermedad incurable, una inundación, la pérdida de un ser querido, accidentes en los cuales se pueda llegar a la amputación de un miembro o la pérdida de un sentido (vista, audición) y otras tantas que aparecen así, de forma, como su nombre lo dice de manera “inesperada”. En el caso de una muerte o accidente inesperado se presentan acontecimientos que alteran el orden de la vida de las personas. Tal es el caso de los accidentes de tráfico, escolares o de trabajo, los secuestros, las migraciones, las catástrofes naturales etcétera.

De acuerdo con el tema de investigación, la amputación de algún miembro del cuerpo representa una de las situaciones más desconcertantes y críticas para una persona; ya que las secuelas y el proceso de recuperación muchas veces se dificulta no sólo por la presencia de los sentimientos de angustia y confusión, sino por lo complicado que resulta la aceptación de este hecho inesperado.

Como bien se vio en el capítulo tres, Denton en 1988 menciona una amputación “es una condición adquirida cuyo resultado es la pérdida de una extremidad y cuyas causas pueden ser por una lesión, una enfermedad o una operación quirúrgica. La parte amputada se pierde para siempre. Sin embargo, la amputación puede convertirse en constructiva cuando se suprime la incapacidad, así como, la enfermedad a través de la rehabilitación, la adaptación y sobre todo la búsqueda de la aceptación del hecho” (De Anda, 1992, p. 38).

Por lo tanto, independientemente del tipo de pérdida que se tenga, ya sea de una extremidad derecha o izquierda, de un brazo o pierna, la pérdida por una amputación será significativa y determinante para la persona, por lo que serán muchos los procesos por los cuales tendrá que pasar el paciente, por lo que, el apoyo y acompañamiento de la familia o un ser significativo serán cruciales para su recuperación.

Pérdidas simbólicas

Surge la inquietud sobre las implicaciones que tiene la elaboración del duelo, cuando la pérdida que generó a este último, está situada del lado de lo intangible. Es por ello que el fenómeno que también ha sido cuestionado, respecto a cómo se caracteriza el proceso de pérdida a partir de algo con orden simbólico. Aquí se puede encontrar la pérdida de la autoestima, de la dignidad, del autoconcepto o de los valores.

Pérdida ambigua

Boss (2001) a lo largo de su libro titulado *La pérdida ambigua*, propone un nuevo tipo de pérdida, la cual la define como aquella pérdida incompleta o incierta, en la pérdida ambigua aparece la característica de no estar seguros y tener la certeza de la pérdida provocando, así una gran incertidumbre de sí está o no está. Ejemplos de este tipo de pérdida son: los distanciamientos en los matrimonios, las familias con miembros declarados desaparecidos en guerras, adolescentes que se marchan de casa, secuestros, etcétera.

5.2. El niño y la pérdida

Con lo que respecta a la experiencia de pérdida en niños y niñas, estos son particularmente más vulnerables ante estas situaciones de pérdida, pues la forma en la que el niño se adapta a la pérdida de un objeto real o imaginario depende de muchos factores entre ellos:

- La relación particular del niño con el objeto perdido (grado de apego o familiaridad).
- Las características de la pérdida (repentina, lenta o violenta).
- Sensibilidad y ayuda de los miembros de la familia ante sus sentimientos y necesidades emocionales.
- Su propia experiencia de pérdidas anteriores.
- Su herencia familiar, enseñanza religiosa y cultural.
- Actitud que ha adquirido a través de la observación de la reacción de sus padres, otros adultos y compañeros ante las pérdidas.

Sin embargo, muchas ocasiones los niños son limitados a vivir un proceso de duelo y el pesar que puede constituir una pérdida, esto, debido a la idea de que *no sufran tanto*, condenándolos muchas ocasiones a sentimientos de irrealidad y fantasía que llevan a cabo el cometido de impedir que el niño se adapte a una nueva situación que merece ser vivida.

A través de una serie de trabajos descriptivos respecto al desarrollo de vínculos afectivos y teoría del apego, Bowlby (1993) presenta una gama de reacciones emocionales que el niño experimenta en una pérdida y el impacto que tiene en el proceso de desarrollo infantil. Manifiesta que desde un inicio el niño responde a vínculos formales, desarrolla la noción de presencia-ausencia y paulatinamente aprende a distinguir una pérdida temporal de otra permanente como en el caso de la muerte.

En el estudio sistemático de Kroocher vincula el nivel de comprensión de la muerte con conceptos piagetianos de pensamiento preoperacional y egocentrismo. Concluye que entre los 5 y los 7 años, los niños atribuyen funciones de la muerte con representaciones simbólicas como: espíritus, esqueletos o fantasmas, además de que se atribuyen la mayor parte de los sucesos, es decir, piensan que ellos colaboraron o contribuyeron a la separación o muerte de las personas. Todo esto debido a su pensamiento mágico y egocentrista (como se citó en Archer, 1999).

Sin embargo, un aspecto importante ante el estudio y comprensión del concepto de pérdida en los niños, gira en torno a no sólo analizar los factores individuales relacionados al desarrollo cognitivo, o edad cronológica, sino también incluir aquellos aspectos socio-culturales y del ambiente familiar; ya que de ellos es de donde proviene la información con la que se construye el sistema de creencias que utiliza para dar sentido a las experiencias que viven (Becvar, 2001).

De ésta forma, cada niño tendrá un concepto único y personal de la pérdida, las construcciones que realice al respecto estarán influenciadas por su sistema de valores, creencias espirituales o religiosas que le son transmitidas en el medio socio-cultural en el que vive y se desarrolla.

En el caso de los niños entre sus reacciones ante una situación de pérdida se puede presentar la peculiar característica de la no expresión de emociones, pero sí su actuación como: la agresividad, la timidez, problemas de enuresis, comportamientos regresivos, hostilidad, etcétera. Por tal motivo es importante hacer énfasis en la observación y los cambios que lleguen a presentar ante cualquier circunstancia que altere su vida cotidiana.

Por lo tanto, de acuerdo con todo lo mencionado, la reacción de pérdida de un miembro (o pérdida inesperada) y el duelo que la acompaña conduce a ciertas actitudes, como las alteraciones de la motivación y las reacciones emocionales que se ubican en primer lugar de las manifestaciones o síntomas del desajuste del individuo, causando dificultades consecutivas que pueden perturbar el proceso de rehabilitación (Ocampo, et al., 2010).

5.3. El dolor físico y su influencia en una rehabilitación exitosa

Es conveniente comprender que las pérdidas y sucesos traumáticos desbordan, con frecuencia, la capacidad de respuesta de una persona, que se siente sobrepasada para hacer frente a las situaciones que se ve obligada a arrastrar.

Por ejemplo; errores quirúrgicos en las amputaciones llevan a diversas complicaciones, entre ellas la producción de dolor que lejos de ser el esperado es un tipo de dolor que complica la rehabilitación. Si por naturaleza la amputación es un procedimiento físicamente traumático, producto de la lesión de los tejidos durante el acto operatorio y psicológicamente traumático por tratarse de una pérdida, las dificultades aumentan cuando existen complicaciones durante o después de la cirugía, culminando con un proceso que incluye niveles de dolor con tendencia a la patología. La comprensión científica del dolor va evolucionando rápidamente. Antes se pensaba que su presencia implicaba únicamente la existencia de un daño físico, sin embargo, actualmente la ciencia nos ha llevado a descubrir la importancia que tienen las consecuencias de la vivencia del dolor. Porque el dolor genera importantes reacciones emocionales que pueden potenciar el sufrimiento que lleva asociado (Martorel, 2003).

La mayoría de las cirugías generan algún tipo de manifestación complicada en el post-operatorio, con la diferencia de que el avance tecnológico hace que, un muñón en malas condiciones (esto debido a un deficiente manejo quirúrgico y a errores en la técnica) pueda ser adaptado a un sóquet protésico de tecnología muy avanzada. Como señala el ortopedista y pensador mexicano Leonardo Zamudio: *la doctrina médica día con día se suple por tecnología*. Y este sería el caso más afortunado pero menos frecuente, ya que ésta tecnología protésica casi siempre es prohibitiva por razones económicas. Es lamentable que actualmente haya personas de todas las edades, sobre todo niños amputados sin rehabilitarse con una prótesis debido al deificado dinero, dejando a la deriva la aparición de trastornos que a la larga disminuyen la probabilidad de una adaptación completa al medio (Rodríguez y Sánchez, 2009).

En el caso de los niños y las niñas no siempre lloran cuando tienen dolor, ante un dolor intenso y persistente, pueden tener una marcada disminución de su actividad física y psíquica, lo que en ocasiones se interpreta erróneamente como un estado de “tranquilidad”. El alivio del dolor es un principio básico de la medicina, sin embargo las investigaciones al respecto señalan que el dolor no siempre es una prioridad y que en la gran mayoría de los casos no es bien tratado, como resultado de mitos, ignorancia y miedos a la adicción. El diagnóstico y el tratamiento del dolor en pacientes pediátricos, es un reto, pero no un imposible. Los niños muy pequeños no siempre están en capacidad de transmitir la intensidad, el tipo de dolor, la localización y su irradiación (Worden, 1998).

En este sentido, la anticipación al dolor moldeada por las experiencias previas del mismo pueden desencadenar llanto anticipatorio (un niño puede estar llorando y no necesariamente significa que le duele). Este hecho es particularmente frecuente cuando el menor o el adolescente tienen temor al tratamiento (ejemplo: una inyección), pues el dolor suele estar asociado a la percepción de un daño que se ha producido en el cuerpo (Bruera y De Lima, 2005). En este sentido el dolor sería la percepción del daño, pero entre el daño y el dolor intervienen una serie de factores de tipo psicológico. Otra persona ante el más mínimo dolor deja de hacer cualquier cosa.

5.3.1. Tipos de dolor; agudo, crónico y neuropático

El dolor en sus diversas formas de presentación es uno de los síntomas de mayor demanda de atención médica, llegando a ser la primera causa de consulta en atención primaria en varias partes del mundo, el tratamiento del dolor ha ido evolucionando paulatinamente con el paso de los años, el descubrimiento de nuevos fármacos y el mayor conocimiento de los mecanismos del dolor.

Dolor agudo; generalmente se produce por una lesión o herida bien definida. Es limitado en el tiempo y predecible. Se acompaña de signos muy claros como las taquicardias, taquipnea, sudoración, dilatación pupilar, llanto persistente e inconsolable, es de corta duración, físico, se dan cambios en la actividad autonómica más o menos proporcionales a la intensidad del estímulo nociceptivo, suele desaparecer cuando se cura la lesión a la que va asociado, la respuesta al tratamiento es buena y el estado emocional asociado suele ser la ansiedad (Artaza, 2000).

Dolor crónico; interfiere rutinariamente con las actividades del niño(a). Se extiende en el tiempo, es mal definido, de inicio gradual y persistente. Puede darse *un acostumbamiento del SNC*, lo que elimina las manifestaciones externas del dolor agudo, propiciando la creencia de que el paciente no tiene dolor. Por lo general, se trata de un paciente poco activo, deprimido y en proceso de despersonalización. Cuyos síntomas son: dolor continuo o recurrente, asociado a un proceso de enfermedad, se mantiene al menos durante seis meses o una vez curada la enfermedad o lesión, se repite durante intervalos de meses o años, las medidas terapéuticas habituales no son eficaces, si el dolor es persistente suele darse una habituación de la respuesta autonómica, aparece un patrón de signos vegetativos (alteraciones de sueño, cambios de apetito, fatiga), no cumple ninguna función útil para el organismo, el estado emocional asociado suele ser la depresión, el dolor crónico continuo o

recurrente, supone una experiencia aversiva constante que varía en intensidad e importancia a través del tiempo, pero que siempre está presente (Ramos y Baryolo, 2012).

Dolor neuropático; es muy frecuente que este tipo de dolor esté presente en pacientes que sufren amputación de algún miembro, y puede tener distintas formas de presentación: a) inmediatamente después de la amputación, ya sea ésta última accidental o programada, o; b) posterior a la amputación como una complicación de su manejo o inclusive su aparición puede tardar muchos años (Bruera y De Lima, 2005).

De acuerdo a la Red Internacional del Dolor Neuropático, (Organización Dar Amigos; 2012) los síntomas se describen habitualmente como dolor punzante, ardoroso o quemante (similar a una descarga eléctrica). Normalmente los pacientes se quejan de dolores espontáneos (sin que haya existido un estímulo que los provoque), y de dolores provocados (sensaciones dolorosas ante estímulos que no deberían producir dolor; por ejemplo, al tocar al paciente para revisarlo). Estos dolores espontáneos pueden ser continuos o intermitentes.

La persistencia del dolor y sensaciones desagradables pueden alterar la calidad del sueño de los pacientes, no cumpliendo las funciones reparadoras normales del organismo. A su vez, los pacientes con mala calidad de sueño presentan mayor sensibilidad al dolor, disminución de la concentración, síntomas de ansiedad, y depresión. Estas perturbaciones se traducen en una disminución de la calidad de vida (De Anda, 1992).

5.4. Aparición del miembro fantasma

Entre la sintomatología física se exaltan las principales molestias de los pacientes, observados por los especialistas en la rehabilitación física y protésica de los pacientes con amputaciones de miembros. Los principales síntomas son:

Calambres en parte del miembro que fue amputado; tiene mucha relación con el miembro fantasma y se trata de una sensación de dolor como el de un calambre en donde hay contracción muscular, en el miembro que ya no existe. Así mismo, dolor en los puntos que están cosiendo el muñón, es bastante común que el paciente sienta dolor y picazón en los puntos, puesto que el procedimiento es bastante traumático y complejo.

Por otro lado, la ausencia de sensibilidad, se manifiesta cuando el paciente no siente su muñón ni en el resto de su miembro ningún estímulo en absoluto, es decir, que esta

anestesiado de sensaciones, esta sintomatología puede ser también vista como parte de la primera etapa del duelo; shock, aturdimiento o la misma negación (Martorel, 2003).

La sensación del miembro fantasma; hace referencia a la idea de que el miembro que fue amputado sigue en su lugar, esto es, la persona trata de llevar su vida como si no hubiese pasado nada, lo que algunas veces causa accidentes, daños físicos y sobre todo anímicos en el paciente. Es decir; "...la sensación de miembro fantasma es una percepción no dolorosa de la continuidad del miembro amputado, lo que genera en el paciente gran incomodidad, fastidio, y malestar psicológico" (Artaza, 2000, p. 61-62). Proporcionando la idea de que el miembro amputado todavía está conectado al cuerpo y está funcionando con el resto de éste; se solía creer que esto se debía a que el cerebro seguía recibiendo mensajes de los nervios que originalmente llevaban los impulsos desde el miembro perdido. Se presume que las sensaciones se deben al intento del cerebro por reorganizar la información sensorial que sigue a la amputación. Esencialmente, el cerebro debe *renovar las uniones por sí mismo* para ajustarse a los cambios en el cuerpo. Sin embargo, es importante no confundir la sensación de miembro fantasma con el dolor de muñón; este es el dolor en la zona de la piel que recubre el extremo del miembro amputado, por alteraciones en la circulación sanguínea y en las terminaciones sensitivas de la extremidad residual, así como la descarga ectópica producida por el neuroma formado en el muñón; éste tipo de dolor muchas veces se exagera con el contacto y/o ejercicio, haciendo difícil la terapia física, y la utilización de prótesis (Ramachandran y Blakeslee, 2008).

La explicación más plausible hoy en día consiste en que el cerebro sigue teniendo un área dedicada al miembro amputado por lo que el paciente sigue sintiéndolo: ante la ausencia de estímulos de entrada que corrijan el estado del miembro. Entre el 50 y 80% de las personas amputadas experimentan estas sensaciones fantasmas en su miembro amputado, y la mayoría de estas personas dice que las sensaciones son dolorosas. Las sensaciones fantasmas también puede ocurrir después de quitarse otras partes del cuerpo y no necesariamente un miembro; por ejemplo, después de quitarse un seno, un diente (dolor del diente fantasma), o un ojo (síndrome del ojo fantasma) (Ramachandran y Blakeslee, 2008).

Para abordar de manera integral este fenómeno, es importante también, abordar los elementos psicológicos que están involucrados en la aparición de este fenómeno, tales

como los cambios en el esquema psicocorporal y los cambios en la imagen del cuerpo a partir de un evento cuyas consecuencias fueran la pérdida de un miembro del cuerpo.

5.5. Las amputaciones y su impacto en la imagen inconsciente del cuerpo

La teoría de la imagen inconsciente del cuerpo creada por Dolto, es sin duda su más importante obra, inspirada en el trabajo con niños muy regresivos, encuentra la respuesta adecuada a este comportamiento en la relación con su familia, determina como base para un adecuado desarrollo de la imagen del cuerpo es “la palabra”, pues el hablar con los niños con amor es básico para la constitución de ésta imagen sana y adecuada, así como también el darle palabras a sus deseos en cada estadio o etapa de desarrollo.

La imagen del cuerpo es la percepción que el niño crea de sí mismo resultado de la relación con sus padres, en especial, su madre, siendo ésta básica para el desarrollo de la personalidad del sujeto, lo que le resultará influyente en la resolución posterior de las adversidades, si un niño desarrolla una imagen del cuerpo sana y estable, éste será un adulto estable capaz de resolver sus conflictos y capaz de reestablecer su esquema corporal y su imagen del cuerpo de acuerdo a la situación que la vida le presente, la importancia de la imagen del cuerpo es básica puesto que es la determinante en la percepción de vivencias de un sujeto (Dolto 1986 / 1997 versión, p. 21)

Por lo tanto, las experiencias de pérdida y duelo son parte del desarrollo integral y emocional de un ser humano.

5.6. El duelo infantil

El duelo (del latín *dolus*, dolor), según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2011) son las demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien, expresadas con dolor, lástima, aflicción o pesar. En tal sentido se puede decir que el duelo es la respuesta normal y natural ante una pérdida humana o separación, no sólo a la muerte de una persona. Es algo personal, asimismo, como único y cada individuo lo experimenta a su modo y manera, sin embargo produce reacciones humanas comunes.

El duelo es una experiencia global, que afecta a la persona en su totalidad: en sus aspectos psicológicos, emotivos, afectivos, mentales, sociales, físicos y espirituales. Sin embargo, aun cuando todo ser humano debe enfrentarse al sufrimiento que genera la separación

transitoria o definitiva de un ser querido, la pérdida de un órgano, la pérdida de una función, las pérdidas de tareas propias de cada etapa de crecimiento y desarrollo que se van dejando atrás; son pocas las oportunidades de aprendizaje que se tienen acerca de cómo manejar el duelo que producen las pérdidas significativas a lo largo de la vida.

De los modelos propuestos para explicar las reacciones del duelo, uno de los más desarrollados y mencionados es el modelo psicoanalítico, basado en las teorías propuestas por Freud, el cual se enfoca en el proceso intrapsíquico de la aflicción.

De acuerdo a esta teoría, el proceso de la aflicción es acompañado por un retiro gradual de la energía emocional (libido) del objeto amado perdido. Debido a que renunciar a esta unión es emocionalmente doloroso, los síntomas de la aflicción pueden ser entendidos como una negación inicial de la pérdida seguido por un período de preocupación, con pensamientos de la persona muerta, durante el cual los recuerdos son recuperados y revisados, permitiendo así que la unión a la persona muerta sea gradualmente retirada. El trabajo del duelo es completado cuando el individuo ha emocionalmente liberado la energía, estimulándose por nuevas relaciones.

Freud (1917 / 1996 versión) en sus escritos de Duelo y Melancolía, sostenía que el objetivo del duelo es separar los sentimientos de apego del objeto perdido y que el resultado de esa separación sería que el yo quedara libre de sus antiguos apegos y disponible para vincularse de nuevo con otras personas u objetos.

Retomando lo abordado en el primer capítulo; Klein (1940 /1999 versión) describe que existe una conexión estrecha entre el duelo y los procesos de la temprana infancia. Menciona que el niño pasa por estados mentales comparables al duelo del adulto y son estos tempranos duelos los que le sirven subsiguientemente en la vida cuando experimenta algo penoso.

Dicha autora propone que en el duelo se reactiva la posición depresiva infantil. Se entiende el término posición, no como una etapa o una fase transitoria, sino una configuración específica de relaciones objetales, de ansiedades y de defensas. En la posición esquizo-paranoide infantil (0-3/4meses), el niño no reconoce *personas* y se relaciona con objetos parciales, la ansiedad existente es de tipo paranoide y la defensa utilizada es la escisión.

En la posición depresiva infantil (6-12 meses), el niño reconoce a la madre como un objeto total, la ansiedad predominante es de tipo depresivo y las defensas principales son la

ambivalencia y la culpa. Estas dos configuraciones de relaciones objetales (parcial y total), de ansiedades (paranoide y depresiva) y de defensas (escisión, integración, ambivalencia, culpa) persisten a lo largo de toda la vida. El individuo puede oscilar siempre entre ambas posiciones. La posición depresiva nunca llega a reemplazar por completo a la posición esquizo-paranoide.

La diferencia fundamental entre el duelo normal y el duelo patológico consiste en que los sujetos que fracasan en su elaboración del duelo, no vencieron nunca la posición depresiva infantil, es decir, no fueron capaces en su temprana infancia, de establecer objetos buenos internos y de sentir seguridad en su mundo interno. Por lo contrario, en el duelo normal, la posición depresiva temprana que se ha revivido con la pérdida del objeto amado, se modifica una vez más y se vence por métodos similares a los que usó el yo en la infancia. El individuo reinstala dentro de él sus objetos de amor perdidos reales y al mismo tiempo sus primeros objetos amados, en última instancia, sus padres buenos, quienes, cuando ocurrió la pérdida real sintió también en peligro de perderlos. Cuando el sujeto en duelo reinstala dentro de sí a los padres buenos y a las personas recientemente perdidas, logra reconstruir su mundo interno, que estuvo desintegrado y en peligro, puede vencer su pena, gana nueva seguridad, logra armonía, y paz.

Bowlby (1993) parte del supuesto de que la conducta de apego se organiza utilizando para ello sistemas de control propios del sistema nervioso central, al que se le ha atribuido la función de protección y supervivencia; se trata pues de una conducta instintiva. De acuerdo con Bowlby, “la teoría del apego es una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y de extender las diversas maneras de expresar emociones de angustia, depresión, enfado cuando son abandonados o viven una separación o pérdida” (p. 77). Desde esta postura, el apego es el vínculo afectivo que se infiere de una tendencia estable a buscar la proximidad, el contacto, etcétera; de manera activa y modulada en la interacción con otros a lo largo del tiempo.

La teoría del apego postula que las personas tienen una tendencia innata a buscar vínculos de apego; cuyas funciones principales son tres:

1. La supervivencia de la especie
2. La protección
3. La satisfacción individual

Las conductas de apego del infante humano (p.ej., búsqueda de la proximidad, sonrisa, agarrarse y colgarse) son correspondidas con las conductas de apego del adulto (tocar, sostener, calmar) y refuerzan la conducta de apego del niño hacia ese adulto en particular.

Bowlby define el apego como un sistema de control, es decir, un mecanismo que adapta la conducta a la consecución de fines determinados por las necesidades del momento. Así, el deseo del niño de proximidad o contacto con la figura de apego no es constante, sino que depende de factores tanto endógenos como exógenos (p. ej., miedo del niño a enfrentar situaciones potencialmente peligrosas). Si el niño se siente amenazado, buscará la seguridad que le brinda la proximidad de su figura de apego; si no, se dedicará a explorar el ambiente (Bowlby, 1993, p. 78).

Bowlby dirigió la atención hacia la ansiedad excesiva ante las separaciones como las relacionadas con experiencias adversas en la familia, tales como amenazas repetidas de abandono, los rechazos de los padres, las enfermedades, o la muerte de los hermanos, de lo cual el niño se siente responsable. Además, relacionó las dificultades de apego al principio de la vida, así como, el experimentar sucesivos desapegos, con dificultades en la vida adulta para formar nuevos vínculos de apego o la incapacidad de ser empático. Aunque no lo consideró como depresión infantil, sino como una forma universal de duelo secundaria a la separación, otros autores lo postularon como un factor de riesgo para la depresión en niños, especialmente relacionada con el modo en cómo se establecen dichos vínculos (Bowlby, 1997).

Otro autor quién ha realizado investigaciones respecto al duelo es Galindo (2004) quién lo define como una reacción psicósomática de dolor ante situaciones de pérdida de algo o alguien significativo. Plantea también, que el duelo es en el fondo un sufrimiento moral causado por el despojo interno y desgarrador ocasionado por una pérdida significativa que alimentaba la autoestima de una persona y trae deterioro de su dignidad humana.

Worden (1998) refiere que el duelo representa una desviación del estado de salud, y de la misma manera que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, se necesita un período de tiempo para que la persona en proceso de duelo vuelva a su estado de equilibrio.

Por lo anterior, el proceso de duelo suele ser considerado como un estado difícil, pues evoca sentimientos de dolor, angustia o tristeza, especialmente después de un suceso

trágico o traumatizante. Por tal motivo, no resulta extraño que las personas traten de defenderse o protegerse de él ya sea negándolo o evitándolo, sin embargo, cuando un individuo está en duelo refleja, a su vez la capacidad para formar relaciones saludables y de apego posteriores.

Los teóricos sobre el duelo, han estudiado los signos y síntomas que se presentan durante el proceso de elaboración del duelo y los han configurado en diferentes etapas. Sin embargo no necesariamente toda persona en duelo debe pasar por todas ellas de la misma manera, ni seguir una determinada secuencia.

Una de las autoras más reconocidas en este tema es Kubler Ross y Kessler (2006), quién realizó numerosas investigaciones con enfermos terminales y su relación con el duelo anticipado (muerte próxima); elaborando un proceso de cinco etapas:

a) Negación. La negación funciona como amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante. Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial.

b) Ira. Esta surge cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación y la asimilación de la noticia está siendo cada vez más consciente. Surgen preguntas tales como ¿Por qué a mí y no a otros?

c) Negociación o Pacto. El paciente desahuciado sabe por experiencias pasadas que hay una ligera posibilidad porqué se le recompense por una buena conducta y se le conceda un deseo teniendo en cuenta sus especiales servicios. Lo que más suele solicitarse es la prolongación de vida o por lo menos pasar unos días sin dolor ni molestias.

d) Depresión. Cuando el paciente ya no puede negar. Su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán sustituidos por una gran sensación de pérdida.

e) Aceptación. Cuando el paciente ha encontrado cierta paz y aceptación, su capacidad de interés disminuye, desea que le dejen solo o que por lo menos no lo agiten con noticias y problemas del mundo exterior.

Sea cual fuese el punto de vista de los teóricos, todas las etapas se relacionan entre sí, lo importante es tener presente que toda pérdida genera en él que la sufre, un proceso de duelo, y que para que ese proceso ocurra de forma saludable, sin repercusiones negativas en el futuro, tiene que ser elaborado a través de diferentes etapas, en un tiempo variable

que depende tanto de la vida emocional del sujeto como del apoyo oportuno y efectivo de su entorno y que puede requerir, en algunos casos, hasta 2 años para su resolución.

Con lo que respecta a la historia de vida de un niño, cuando surgen situaciones como las pérdidas se presentan muchas veces cambios que trasciende en él mismo y en sus vínculos con los demás. Aunque muchos de estos cambios le permitan al niño desarrollar la habilidad de adaptarse a su entorno y a las nuevas situaciones, en ocasiones estos cambios suelen ser dolorosos, por lo que el manejo de su respectivo duelo será la mejor vía de sanación.

Aunque frecuentemente los niños son apartados de los procesos de duelo con la finalidad de protegerlos o bien por la incapacidad de los adultos de manejar la situación debido a su propia afectación emocional, pero no por ello deja de ser para ellos un proceso difícil de aceptar y comprender, por lo que regularmente se presentan problemas de conducta y somatización.

Dunning (2006) Observo que a medida que va aumentando la edad, se presentan diversas características en la percepción de la muerte o las pérdidas, lo cual influye directamente sobre las manifestaciones ante un posible proceso de duelo. Manifiesta que los niños entre los seis y los diez años saben que la muerte es un hecho real, mientras que los mayores van generando conceptos más claros que van favoreciendo a través de su desarrollo psicosocial y cognitivo, el entendimiento de la muerte y su significado (como se citó en Trujillo, Rodríguez y Moreno, 2008).

Kroen (2002) coincide en las diferencias a nivel de desarrollo. Plantea que los niños piensan, reflexionan y lloran de manera distinta las pérdidas, sin que por ello estas dejen de ejercer un impacto. Este autor ofrece una clasificación sobre la percepción de la muerte en diferentes etapas del desarrollo infantil, teniendo en cuenta variables de vital importancia como: la reacción ante la pérdida, los vínculos afectivos que existen, la dinámica familiar antes y después del evento, entre otros. De dicha clasificación se retoma:

De los 6 a 9 años: Considera que a estas edades los niños tienen la capacidad de conceptualizar la pérdida, incluso al final de este periodo la conceptualización ya es muy similar a la de un adulto. Este proceso parte de la capacidad de diferenciar la realidad de la fantasía y percibir la pérdida como algo definitivo; sin embargo, junto a ello viene la capacidad de experimentar sentimientos de culpa. Ante las pérdidas los niños pueden

experimentar temores relacionados con perder a otros miembros de su familia, miedo a la muerte propia, a los cambios y sentimientos que experimenta ante este suceso. Sobre ello los niños necesitan saber con claridad los detalles del evento y comprender, con ayuda de la familia la pérdida (Kroen, 2002).

En la misma línea Sierra y Rendón en 2007, consideran que los niños con edades entre los seis y los diez años presentan respuestas habituales ante la pérdida (como se citó en Trujillo, et al., 2008), tales como:

a) La negación: a través de la cual se niega la muerte o pérdida y el menor empieza a mantener comportamientos agresivos a causa de ésta o, por el contrario, se puede tornar más juguetón y contento que de costumbre. En esta etapa los niños necesitan la oportunidad de llorar.

b) La idealización: consiste en atribuirle al ser querido que ya ha muerto o al objeto perdido virtudes que permitan el mantenimiento de una relación imaginaria con la persona fallecida o con la pérdida.

c) La tristeza: por su nivel de desarrollo de lenguaje hay mayor expresión de sentimientos de forma verbal; sin embargo a muchos niños se les dificulta hablar de sus sentimientos, pero se puede evidenciar bajo rendimiento académico o aislamiento social.

d) Miedo a que otros seres queridos mueran y se queden solos, o la propia muerte: a través del cual se evidencia un temor constante del niño por los seres que son significativos para él, que se incrementan si se da la muerte por enfermedad o cuando es un hermano más pequeño, por temor a que le suceda lo mismo por la cercanía generacional.

e) Sueños sobre la muerte: estos sueños se presentan en mayor magnitud si los niños presenciaron una muerte violenta.

f) Reacciones físicas relacionadas con el duelo: se presenta malestar físico general, inapetencia o por el contrario, compulsión por la comida. Se presentan fuertes dolores de cabeza, decaimiento, sueño, fatiga, incluso malestares estomacales, entre otros.

g) Irritabilidad y mal humor: los niños en esta edad pueden ser susceptibles a los llamados de atención y contestar de forma agresiva a padres o cuidadores. Se evidencia constante inconformidad y baja motivación hacia las actividades.

En el duelo infantil -al igual que en el adulto- se presentan una serie de conductas, pensamientos y emociones que serán precisas diagnosticar para llevar a cabo una adecuada intervención.

En donde es conveniente mencionar el trabajo realizado por Goldman (2000), quien señala los factores a evaluar en un niño que enfrenta un proceso de duelo y presenta un esquema de historia clínica en el que abarca aspectos como: Datos personales, antecedentes de la pérdida actual, participación en rituales, antecedentes de pérdida y duelo, acompañamiento familiar al duelo del niño, entorno familiar, historia escolar, antecedentes de evaluación sistemática, actitudes del niño ante otras personas significativas, intereses, conducta escolar actual, conducta actual en casa, conducta actual con los compañeros y amigos.

Al igual que el niño que pierde un ser querido, el niño amputado puede vivir una fase de estupor y desgaste afectivo e incapacidad para aceptar la realidad, esto junto con episodios de aflicción o irritabilidad. La aflicción de este, no se limita a la pérdida del miembro concreto, sino a las pérdidas que dicha amputación implican, tales como la pérdida de autonomía, la pérdida de su propia imagen corporal e identidad personal.

En el caso de los pacientes que han perdido un miembro a causa de un traumatismo, el mundo y las expectativas acerca del futuro pueden quedar seriamente dañadas, por lo que se presentaran momentos en los que se sientan profundamente afligidos y desanimados ante el futuro que le espera.

Si estas reacciones emocionales se producen de manera patológica y descontrolada, además de afectar el equilibrio psíquico, el bienestar y la calidad de vida, pueden también tener consecuencias negativas en el periodo de recuperación postquirúrgica, como por ejemplo depresión y/o ansiedad, que en casos extremos pueden dar lugar a cuadros de clara psicopatología.

Los problemas de la amputación dependen en gran manera de la edad cronológica del individuo, están específicamente relacionados con los atributos psicológicos y físicos que son característicos de su edad. Algunos niños muestran pocos síntomas de distrés subjetivo o ansiedad, a pesar de que haya evidencia física y conductual de que tienen dificultades (con manifestaciones de miedo, enfado y rabia por la amputación). Es fácil observar en ellos inhibición y/o evitación de la comunicación verbal, al mismo tiempo que se observa una importante necesidad de control.

Para Emery (1990) existe la tendencia de los pacientes después de la amputación a comportarse de tres formas:

- a) Aislando el contenido emocional.
- b) Recurriendo a la expresión de las ansiedades catastróficas mediante los elementos simbólicos que las representan.
- c) Derivando la agresividad en el contenido de sus relatos o incorporando elementos necesarios sobre los que pueda expresar su ansiedad.

Por lo que, el proceso integral de rehabilitación le permitirá ir adaptando nuevos roles y funciones, compensando sus limitaciones mediante ayuda y controlando las emociones negativas relacionadas con la frustración y la irritabilidad. Finalmente, deberá también ir *resituando emocionalmente lo perdido*, aceptando su nueva identidad y recuperando las ganas de seguir viviendo (Emery, 1990).

La respuesta inmediata a la amputación varía en relación a la capacidad adaptativa del niño en el momento de la experiencia estresante, la naturaleza, percepción y comprensión cognitiva de lo que en realidad le está pasando. En el niño, el proceso de duelo por la amputación puede desarrollarse de forma distinta, dependiendo de las ansiedades propias de cada momento evolutivo, así como, de su desarrollo cognitivo. Por lo que la intensidad con la que se viva el duelo no dependerá de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye, es decir, el nivel de significado y de afecto invertido

Capítulo VI. Representaciones simbólicas en el dibujo

6.1. El Símbolo y su relación con el dibujo

La mente humana tiene su propia historia y la psique conserva muchos rastros de las anteriores etapas de su desarrollo, los contenidos del inconsciente ejercen una influencia formativa sobre la psique. La mente inconsciente del hombre moderno conserva la capacidad de crear símbolos (León del Río, 2007).

Gutheil (1966) menciona que el origen de la palabra *símbolo* deriva del griego *simballein* que significa agrupar, esto es una idea que reemplaza a otra, de la cual extrae su significado (como se citó en Esquivel, et al., 1999). Por su parte; Esquivel, et al. (1999) refieren que el símbolo surge como una necesidad del ser humano por tener una representación mental que haga referencia a los objetos del entorno, anterior al aprendizaje del lenguaje.

Freud en su libro *La Interpretación de los sueños* concibe la palabra simbólico, entendiendo, por tal, “al conjunto de símbolos dotados de significación constante que puede encontrarse en diversas producciones del inconsciente” (como se citó en Laplanche, y Pontalis, 2004, p. 119).

Para Klein (1940) el simbolismo es el fundamento de toda la sublimación y todo el talento, ya que es a través de la formación simbólica, que tanto actividades, cosas e intereses, se convierten en temas de fantasías libidinales; en el niño la identificación será la precursora del simbolismo, ya que surgen de la tentativas del infante por reencontrar en todos los objetos sus propios órganos (pene, vagina, pecho) que representan a los objetos, produciendo esto un temor hacia estos últimos. Esta angustia constituye a equiparar dichos órganos con otras cosas; esta equiparación los convierte a su vez en objetos de angustia. Es así como la vida cotidiana está expuesta a los símbolos, el niño se siente constantemente impulsado a formar nuevas construcciones que contribuyen la base de su interés de nuevos objetos. Una cantidad suficiente de angustia es la base necesaria para la abundante formación de símbolos y fantasías (como se citó en Padilla, 1995).

Jung a su vez considera que una palabra o imagen es simbólica cuando existe un aspecto inconsciente que no está definido con exactitud, situación que se remonta a las etapas primitivas del ser humano. Denomina arquetipos a aquellos contenidos simbólicos que poseen las cualidades mentales universales, afirmando que ciertas imágenes se depositan

en el inconsciente colectivo de la humanidad, y en ciertas circunstancias estas imágenes pueden manifestarse en el plano de la consciencia colectiva. En un individuo es posible que estén contenidos los arquetipos propios de su cultura y de la humanidad. Estos pueden expresarse en diferentes conductas simbólicas (como se citó en Esquivel, et al., 1999).

Asimismo Jung (1970) afirma también que arquetipos son elementos estructurales minuciosos para la psique y posee cierta anatomía y energía específica en virtud de la cual puede atraerse los contenidos de la consciencia que les convenga. Los símbolos funcionarían “como transformadores”, puesto que transfieren la lúcido de una forma inferior a otra superior. Estas funciones son tan importantes que el sentimiento le atribuye los máximos valores. El símbolo actúa sugestivamente, es decir, además de que expresa al propio tiempo el contenido de la convicción. Actúa convincentemente en virtud del numen, o sea, de la energía específica propia del arquetipo. El símbolo procedería por lo tanto no solo de lo consciente, sino del inconsciente, estando en condiciones de unificar ambas partes.

La creación de un símbolo no es un proceso racional, pues este proceso no puede producir una imagen que representa un contenido inconcebible en el fondo, ya que para comprender el símbolo se necesita una cierta intuición que conozca aproximadamente el sentido de ese símbolo creado y lo incorpore a la consciencia (León del Río, 2007, p. 39).

Autores más recientes como Esquivel, et al. (1999) mencionados al principio de este capítulo; consideran que el simbolismo puede ser definido como un modo de representación indirecta y figurada de una idea, de un conflicto o deseo inconsciente, caracterizado principalmente por la constancia de la relación entre el símbolo y lo inconscientemente simbolizado.

Por lo tanto, los símbolos son silenciosos tienen un significado constante y constituyen una modalidad arcaica de pensamiento. La validez de estos atributos se alcanza por fuentes indirectas y ajenas al individuo. Los símbolos poseen una connotación fija e inconsciente predeterminada. Un símbolo puede connotar uno o varios objetos. Esta connotación ocurre en varias áreas del pensamiento, en el sueño, en los juegos, en los dibujos, en los mitos, en las bromas. Así los símbolos no se traducen se interpretan (Padilla, 1995).

Las representaciones simbólicas generalmente contienen significantes inconscientes susceptibles de ser expresados. Para construir la realidad interna se necesita de una realidad

externa. Si no existe la percepción de la realidad externa, que haga resonancia con las emociones del niño, no se puede construir una realidad interna, a menos que sea pulsional. El dibujo puede representar una realidad externa. Ninguna de las dos realidades por sí sola es real en la experiencia del niño sin la presencia de la otra, sino que existe una mutua representación (Esquivel, et al., 1999).

El dibujo, junto con el juego, es, sin duda, una de las fuentes de expresión en las que las reacciones espontáneas del niño se manifiestan con mayor facilidad. El valor psicológico de los dibujos reside no sólo en el hecho de que es una actividad espontánea, sino también en que en dicha actividad entran en juego características aptitudinales e intelectuales del sujeto como aspectos vivenciales y afectivos (González, 1998).

En palabras de Jung la mente inconsciente del hombre moderno conserva la capacidad de crear símbolos siendo el dibujo un catalizador de estos, ya que además de la forma en que se percibe se transmiten los mensajes que influyen en la consciencia (como se citó en León del Rio, 2007, p. 40).

Por otro lado, es conveniente considerar los estudios de Piaget, sobre el período simbólico (1971), o Wallon que centra sus estudios en el aspecto psicomotor del dibujo (1978), afirman que el dibujo, se interrelaciona de manera evolutiva entre la expresión gráfica y el desarrollo intelectual, permitiendo así, aceptar la afirmación de que el dibujo es un medio para apreciar también la inteligencia del niño (como se citó en Esquive, et al., 1999).

Asimismo los psicoanalistas han dado una orientación a este tema al considerar el dibujo, “como una proyección en la que se pone de manifiesto la personalidad total del sujeto, no sólo los aspectos conscientes sino también los inconscientes”. Autores como M. Rambert (1957), Corman (1961) o K. Koch han utilizado la interpretación de dibujos como técnica proyectiva, en esta línea con una finalidad de diagnóstico e incluso terapéutica (como se citó en González, 1998, p.98).

6.2. ¿Qué son las Técnicas Proyectivas?

La proyección gráfica existe desde los tiempos en que el hombre primitivo comienza a plasmar en las paredes de las cuevas sus impresiones acerca del acontecer cotidiano de su vida. Los dibujos más antiguos conocidos con el nombre de pictograma, representan la imagen de animales. La práctica del trabajo en colectivo, durante la caza o para protegerse

de los animales, dio lugar a los primeros pasos en el proceso de socialización de aquellas personas, lo cual se aprecia en las formas más avanzadas de sus dibujos, donde se observan las acciones propias de esta interrelación de trabajo. Estas representaciones gráficas más próximas a nosotros en el tiempo reciben el nombre de ideograma. El lenguaje más tarde evolucionó hacia los símbolos del alfabeto (González, 2007).

En el caso de las técnicas proyectivas deben su nombre al término proyección, a la inclusión en el ámbito de la psicología se debe a Freud, quien recurrió al concepto de proyección para explicar diversas manifestaciones de la psicología normal y patológica. Inicialmente Freud habla de la proyección en dos trabajos que realiza sobre la paranoia (1895-1896), en los que describe la proyección como un mecanismo de defensa por medio del cual el sujeto atribuye a otro (persona o cosa) cualidades, sentimientos o deseos que no reconoce o rechaza de sí mismo (como se citó en Laplanche, y Pontalis, 2004, p. 128).

González (2007) refiere que a pesar de que Freud introduce el término proyección en 1894, no es hasta 1939 en que las técnicas reciben ese nombre de *proyectivas*. Menciona que el psicólogo norteamericano Frank (1939) es quien elige el término de “técnicas proyectivas” para aquellas pruebas cuyo estímulo es ambiguo o de poca estructuración y da libertad de respuesta al sujeto sin que la persona sea del todo consciente del objetivo que se persigue con dicha evaluación; lo que permite, de este modo, que a través de la respuesta, se pongan de manifiesto, o se proyecten al exterior, los estilos básicos de personalidad del sujeto y los estados transitorios por los que atraviesa. Es importante resaltar que Frank utiliza el término proyección en el sentido amplio del concepto de Freud.

Rapaport (1959) afirma que cuando se utiliza el concepto de proyección, hablando de test proyectivos, se habla en realidad de exteriorización y no de mecanismo de defensa, que lo que se entiende por proyección es lo que Frank formuló al decir “Cada individuo tiene un mundo privado que está estructurado de acuerdo con los principios organizativos, induciendo al sujeto a ponerlos de manifiesto utilizando material no estructurado, que el sujeto incorpora a su mundo privado” (como se citó en González, 2007, p. 46).

Entonces en las técnicas proyectivas cada persona proyecta su propio pensamiento sobre los hechos, las cosas; en lo que dice y hace; los recuerdos y experiencias vividas, sus deseos, sus temores, sus sentimientos de agrado o desagrado, su estado de ánimo alegre o deprimido. Así como la confianza que le ofrece su propio cuerpo y su autoimagen, es decir, la imagen que tiene de sí mismo (Vels, 1994).

Celener, Febraio y Rosenfeld (2002) considera las Técnicas Proyectivas son métodos que utilizan los psicólogos para acceder al conocimiento de la subjetividad.

En donde, González (2007) menciona que tales técnica proyectivas, parten del presupuesto de que:

- Existe una estructura básica y estable de personalidad. Tal estructura organizados en forma idiosincrásica. Las respuestas de los sujetos a estas técnicas permiten explorar esa estructura.
- Facilitan alcanzar distintos niveles de profundidad en el análisis de la estructura de la personalidad.
- Permiten establecer una relación entre el producto de la ejecución en las pruebas y lo inobservable de la estructura de la personalidad. El análisis de la estructura de la personalidad obtenida de esta forma, permitirá la predicción del comportamiento.
- Toda persona ante el material proyectivo no es casual, sino que es significativa y será entendida como un signo de la personalidad del sujeto.
- Cuanto más ambiguos sean los estímulos de una técnica proyectiva., tanto más reflejarán las respuestas del sujeto, la personalidad del mismo.
- El análisis al que son sometidas las respuestas de los sujetos a las técnicas proyectivas tiene que ser fundamentalmente cualitativo y global.

Dicha autora también menciona que las técnicas proyectivas se clasifican en: (González, 2007)

- Estructurales: Son aquellas técnicas que presentan al sujeto un material visual, de escasa estructuración y él debe estructurar, ese material, diciendo “que es lo que ve” por ejemplo el Rorschach.
- Temáticas: Son técnicas que se presentan, al sujeto, el material visual con distintos grados de estructuración de contenido humano o parahumano y el sujeto debe narrar una historia estructurando de ese modo el contenido de dicho material. Ejemplo de técnica temática es el TAT de Murray.

- Constructivas: Son técnicas en que se entrega al sujeto material de construcción, él debe organizarlo y construir algo de acuerdo a la consigna dada, por ejemplo el Test de la Casa Aberastury.
- Asociativas: técnicas en que se da al sujeto una consigna verbal o escrita. El sujeto debe expresar, de forma verbal o escrita, sus asociaciones frente a palabras, frases o cuentos, ejemplo de ello son las frases incompletas de Rotter.
- Expresivas: técnicas en las cuales se da al sujeto la consigna verbal o escrita de dibujar una figura. Ejemplo son el test de la figura humana y el test de la familia.

Estas últimas en la práctica, suelen sacar la impresión de que los sujetos son diferentes en dos aspectos: en el nivel en que son capaces de proyectarse (en la intensidad de este fenómeno), asimismo en la cualidad de la proyección, es decir, en la forma especial de proyección que prefieren (Romano, 1988). Por lo que la interpretación de estos niveles requiere de un proceso minucioso.

En el caso de las técnicas proyectivas expresivas se considera a priori, que la hoja de papel en la que el sujeto dibuja, representa a su ambiente físico y psicológico y que en el dibujo que hace se representa así mismo y así mismo en relación con otros. Entonces el ámbito psicológico o físico estaría representado por la hoja y la representación de sí mismo por el dibujo que realiza (Celener, et al., 2002).

El gráfico en la hoja produce determinadas impresiones descriptivas: es armónico, es disarmónico, está centrado, está ubicado arriba o abajo, en el costado izquierdo o derecho. El dibujo es muy grande, se expande casi hasta los bordes de la hoja, o, es pequeño, casi desaparece en esa hoja, o si tiene un tamaño normal (Celener, et al., 2002).

Romano (1988) manifiesta que un punto clave para lograr una buena interpretación, es el sentido que se le da al mecanismo de proyección.

Un dibujo bien delimitado implica que las líneas que forman el contorno del mismo lo hacen en forma completa, sin dejar grandes aberturas o espacios vacíos entre ellas. Se alude al contorno de la parte del gráfico que el sujeto eligió dibujar. Considerando que el dibujo constituye una representación de la subjetividad, su integración o por el contrario, sus fallas, remitirían a hipotetizar acerca de la integración o fallas en la integración del aparato psíquico (Celener, et al., 2002).

Romano (1988) también considera que es posible que cada persona tenga una capacidad diferente no solo en la actitud, sino en cuanto a la cualidad a la forma de proyección que prefiere.

En cualquiera de las formas el sujeto ubica su experiencia interna, su imagen interna, en el mundo exterior. Eso es lo que Kris, E. (1952) considero en relación a los dibujos; sostenía “que dibujar es un mecanismo de proyección mediante el cual se ubica en el mundo externo, una experiencia interna, una imagen interna” (como se citó en González, 2007, p. 48).

Cuando el sujeto muestra una adaptación natural y espontánea “un buen ajuste a la realidad”, los dibujos lo traducen y la actitud ante la prueba también. Las personas con buena adaptación aceptan la prueba de buen grado y se dedican a la tarea del dibujo como inspirado, por la idea de hacer algo original. Las figuras guardan buena proporción entre sí y no se observan discordias importantes de tamaño o de proporción entre las partes y el todo de las figuras. El trazado limpio y, aunque haya algún retoque, el conjunto de las figuras de la impresión de equilibrio, cohesión y unidad (Vels, 1994). Lo que Celener, et al., (2002) denomina dibujo bien delimitado.

Sin embargo, el dibujo se puede considerar también como una vía gráfica excelente para indagar acerca de la existencia de perturbaciones psicológicas y/o físicas, momentáneas o crónicas, tales como temor a uno de los padres o la existencia de conflictos entre los progenitores, o en el seno familiar, etcétera, así como la presencia de un trastorno psicológico posterior a una accidente traumático o una enfermedad crónica (González, 2007, p.51).

Vels (1994) concibe por perturbaciones emocionales, todo lo que de alguna manera traba o dificulta la regulación de las cargas excesivas de energía psíquica impidiendo el desenvolvimiento normal del sujeto. El exceso de las cargas emocionales, produce, entre otros síntomas psicológicos: la angustia, la ansiedad, la inquietud, el temor, el estrés, etcétera; cuando las sobrecargas emocionales eligen para su expansión el sistema nervioso neurovegetativo, que controla la parte visceral del organismo. Si eligen como descarga el sistema nervioso central, la energía sobrante, no regulada encuentra su expansión a través de la motricidad en forma de cólera, irritabilidad, brusquedad, agresividad, desadaptación, etcétera.

6.3 El dibujo y las técnicas proyectivas en niños

En el apartado anterior se mencionó que el dibujo, junto con el juego, es sin duda, una de las fuentes de expresión en las que las reacciones espontáneas del niño se manifiestan con mayor facilidad. El valor psicológico de los dibujos reside no sólo en el hecho de que es una actividad espontánea, sino también en que en dicha actividad entran en juego características aptitudinales e intelectuales del sujeto como aspectos vivenciales y afectivos. Incluso es un modo de expresarse que empezó a manejar antes de empezar a hablar o escribir.

El caso del dibujo infantil puede entenderse a través de las siguientes características:

- Es expresión libre (estados de ánimo)
- Es juego y arte (integración con el medio: vida y pensamiento)
- Es espontáneo (sin coacciones en las funciones mentales de pensar, sentir, percibir e intuir)
- Es proyección de la personalidad
- Es expresión de una forma de vida situada en lo imaginativo.
- Es experiencia vivida en la que entra el juego del yo, de la persona y de la participación con los demás.
- Es expresión de una liberación y de una elaboración en lo imaginario, como creadoras de arte.
- Necesita del adulto que ha de acercarse a él penetrando en el mundo imaginario, descubriendo las fuerzas subyacentes y estudiando la expresión y el lenguaje a través de las obras.

Un aspecto importante a considerar es el grado de perfección con que el niño realiza el dibujo; esa perfección indica la madurez del sujeto y, por lo tanto, su nivel de desarrollo (González, 1998, p. 99).

Cyril Burt en 1921 en su obra *Pruebas mentales y académicas*; propone una clasificación sobre la relación del desarrollo del niño y la realización del dibujo, ésta abarca desde los dos años a la pubertad y se distinguen ocho grandes etapas:

- Garabateo (de los dos a tres años): Se caracteriza por trazos con el lápiz sin finalidad alguna (es el garabato sin finalidad e imitativo). Posteriormente se dan trazos más deliberados (es el garabateo localizado).
- Línea (cuatro años). En los dibujos de la figura humana, las partes están yuxtapuestas más que organizadas.
- Simbolismo descriptivo (cinco a seis años): En el dibujo de la figura humana se hace evidente el esquema imperfecto; se presta muy poca atención a la forma o las proporciones, en especial en lo que respecta a la cabeza, el cuerpo, los brazos, las piernas, y rasgos faciales.
- Realismo descriptivo (de los siete a los nueve o 10 años): La mayor importancia recae en la descripción y no en la representación. El dibujo todavía simboliza más de lo que representa, aunque el esquema es más fiel a los detalles y a la realidad, aparecen las ropas. Básicamente, el niño dibuja lo que sabe, no lo que observa. Hay un creciente interés por los pormenores decorativos.
- Realismo Visual (de los 10 a los 11 aproximadamente): La técnica ha mejorado y el niño se siente inclinado a copiar o calcar el trabajo de otros, además de dibujar lo natural, ensaya la representación visual. Se puede distinguir: el dibujo bidimensional; principalmente en contorno y silueta.
- Represión (ocurre de los 12 a los 14 años): La figura humana rara vez aparece en los dibujos espontáneos, y en cambio son muy comunes los diseños geométricos en cualquier tipo de dibujo.
- Renacimiento artístico (pubertad, aunque muchos no alcanzan esta etapa): Aparecen elementos de neto carácter estético; hay un notable interés en el color, la forma y la línea como tales.

De igual manera Luquet, realiza una clasificación que presenta en la obra *El dibujo infantil*, en el año 1927. Esta clasificación se organiza en cinco etapas:

- Predibujos
- Realismo fortuito o involuntario: El niño traza rayas sin la intención de representar ningún objeto, pero descubre que algunos de esos trazos pueden interpretarse

como representaciones adecuadas de objetos y figura, bien por sí mismo, retocando o reforzando algún rasgo.

- Realismo fallido: Es la primera etapa que puede considerarse propiamente como un dibujo, ya que el niño tiene la intención de dibujar algo, ejecuta el dibujo y lo interpreta de acuerdo a su intención. El dibujo parece ser realista pero no llega a serlo debido a la incapacidad sintética.
- Realismo Intelectual o apogeo: Se manifiesta aproximadamente entre los 10 a 12 años de edad. El niño una vez superada su incapacidad sintética, es capaz de dibujar todos los detalles relevantes del objeto representado, así como las relaciones recíprocas en el conjunto. Se trata de un realismo distinto al realismo virtual del adulto, en el que el parecido se logra dibujando todos los elementos reales del objeto (sean o no realmente visibles desde el punto de vista del que está dibujando) y dado a cada uno de los elementos su forma característica.
- Realismo Visual: Caracterizado por el uso de representaciones perspectivas.

Asimismo Lowenfeld en el año 1949, representó en la obra *Desarrollo de la capacidad creadora*, sus aportaciones:

- Etapa del garabato (dos a cuatro años): La primera representación es el garabato sin control. La representación de la figura humana, sólo hay representación de la figura humana imaginativamente, no hay representación del espacio.
- Etapa preesquemática (cuatro a siete años): Descubrimiento de relaciones entre la representación y la cosa representada. Representación de la figura humana; búsqueda de un concepto, constante de cambio de los símbolos; además no hay orden en el espacio se establecen relaciones por su significado emocional.
- Etapa esquemática (siete a nueve años): El descubrimiento de conceptos se convierten en esquemas mediante la repetición. Se genera la representación de la figura humana con base a conceptos definidos, dependiendo del conocimiento activo y de las características de la personalidad. Los esquemas humanos se expresan mediante líneas geométricas; existe representación subjetiva del espacio.
- Etapa de principio de realismo (nueve a 11 años): Existe mayor consciencia del yo, alejamiento del esquema y de las líneas geométricas, falta de cooperación. La

representación de la figura humana tiene: Mayor rigidez, acentuación de las ropas, diferenciación entre niñas y niños. Tendencia hacia las líneas realistas pero con mayor rigidez, alejamiento de las representaciones esquemáticas.

- Etapa pseudonaturalista y del razonamiento (11-13): Desarrollo de la inteligencia aunque inconsciente aún, denominado por el autor enfoque realista (inconsciente) que es la tendencia hacia una mentalidad visual y no visual, es decir, la inclinación por lo dramático.

Por lo tanto, las aportaciones características de dichos autores, permiten comprender la formación de las representaciones simbólicas, por medio del dibujo conforme al desarrollo del niño. Por ejemplo, Luquet (1978) dejó establecido en 1927 el principio de la conservación del tipo, por el que los niños mantienen un mismo y característico prototipo gráfico durante toda su infancia y que obedece al modelo interno o concepto realista-intelectual que cada uno tiene de las cosas. Este tipo de gráfico no se alterará hasta que cambie la mentalidad del niño enriquecido por nuevos conceptos y sus habilidades fisiológicas se lo permitan. Su evolución sería por tanto, lenta y costosa, marcada por un claro conservadurismo. A lo que Lowenfeld (1970), lo denomina esquema y es el fiel reflejo, según él, del desarrollo físico, intelectual, social y emocional o afectivo de su autor, se desarrollará su proceso-creativo (como se citó en Zorzona, 1996, 207- 216).

Existen dos principios fundamentales descritos por Goodnow y Arnheim (1980). En donde Goodnow además de establecer el orden secuencial en el que se van incorporando los distintos elementos a la figura, describió el principio del espacio propio, por el cual, cada objeto ocupa un lugar y se destina un espacio a cada objeto; de tal manera que cada detalle del dibujo, condiciona tanto el espacio dispuesto, como el disponible. Por su parte, Arnheim, afirma el principio de la simplicidad, los elementos formales se relacionan de la manera más sencilla posible: por yuxtaposición o por inclusión, pero casi nunca por superposición, porque está complicaría la estructura visual de la composición. La yuxtaposición, es el recurso más primitivo y sencillo del que el niño dispone para unir dos cosas que tienen en relación entre sí. La apariencia de los dibujos de esta primera etapa puede resultar inherente: así, una persona sentada en una silla da la impresión de que está subida en ella; una madre con su hijo en brazos parece como si lo llevase flotando. Su lectura ha de ser simbólica: si se visualiza una pelota al lado de un monigote, se requiere expresar la acción de jugar con ella.

Para Zorzona (1996) el niño comienza describiendo objetos en un aparente desorden espacial, los analiza, suma elementos a medida que adquiere nuevos conocimientos, los ordena siguiendo unas pautas de coherencia visual; explora nuevas técnicas bidimensionales como la línea de tierra, la combinación de vistas y otros recursos, a medida que las necesidades expresivas lo requieren, en la búsqueda de una armonía orgánica natural, sintética y estética. Todo ello, en una permanente lucha de conservación y la improvisación.

Es así como las pruebas comienzan a funcionar como una técnica; en donde, el dibujo infantil se concibe como medio de evaluación intelectual, de estas se pueden distinguir dos grupos, según González (1998) son:

1. Pruebas que utilizan dibujos geométricos.

Estas son fundamentalmente pruebas de inteligencia no verbales, en las que se combinan ítems que utilizan dibujos con otro fin, de tipo manipulativo. Uno de ellos es el test de L. Bender, esta prueba utiliza exclusivamente formas geométricas simples que el sujeto ha de reproducir; los resultados están escalonados de tal forma que permiten deducir un nivel mental. Estas pruebas lo que exploran más que la inteligencia, es el control visomotor, la estructuración de la actividad perceptiva, la atención, la memoria inmediata y la integración viso-espacial.

2. Pruebas que utilizan el dibujo de figuras.

Los test más utilizados dentro de este grupo son los que se utilizan la reproducción del figura humana. Uno de los más conocidos es el test de Goodenough o test del Dibujo de la Figura Humana. Esta prueba se apoya en el hecho real de que el niño antes de ser capaz de dibujar objetos, se complace en dibujar monigotes cuya forma y contenido dependen de la noción que él tiene como esquema corporal, es decir, donde se concibe a sí mismo y del grado de madurez psicomotora. Como anteriormente se mencionó cada edad o momento evolutivo tiene su representación del monigote, pasando esta representación por fases fácilmente individualizables; este monigote irá evolucionando mediante el aumento de detalles y perfección de los ya existentes. Hacia los siete y ocho años, el monigote visto de frente poseerá ya todos los detalles o elementos que caracterizan a la figura humana.

La prueba del Dibujo de la Figura Humana (DFH) es una de las técnicas más valiosas para evaluar a los niños, puesto que puede utilizarse como prueba de maduración y como técnica proyectiva (Esquivel, et al., 1999).

El DFH como prueba de inteligencia infantil fue concebida, por Goodenough en 1926, previamente mencionado, con base en la hipótesis de que el dibujo de cualquier objeto, ejecutado por un niño, revela las discriminaciones que él ha podido hacer de ese objeto para incluirlo o considerarlo en una clase, es decir, el concepto que ha hecho. Y considera el concepto del niño acerca de la figura humana como un índice de su manera de hacer conceptos en general, por lo que el nivel de desarrollo intelectual se puede reconocer mediante la naturaleza de los dibujos realizados (Goodenough trad. en 1975).

Harris (1963) realizó una revisión de la prueba de Goodenough, en la que subraya especialmente que la mencionada prueba mide madurez mental y que no mide rasgos o dinámica de la personalidad. Por lo que, al emplear el método Goodenough-Harris se puede obtener el nivel de madurez conceptual a partir de dibujos de la figura humana (como se citó en Esquivel, et al., 1999).

Es Machover la que profundizando en las observaciones de Goodenough, señala que el dibujo de una figura humana, en cuanto a su contenido, es un medio a través del cual se proyecta la personalidad. Considerando que es el contenido donde el sujeto expresa su vida afectiva y, muy especialmente, sus conflictos con el entorno; pero además, a través de él y en él, se proyectan hacia el exterior contenidos subconscientes e inconscientes de la personalidad (González, 1998).

Por su parte Koppitz (1968 / trad. en 1974) menciona que el dibujo y la pintura son un modo natural de expresión infantil. Los niños pueden pintar sus sentimientos y actitudes en imágenes y símbolos gráficos mucho antes de que puedan transmitirlos en conceptos verbales abstractos. Pero una vez que el niño ha dominado el arte de comunicar sus pensamientos y sentimientos por medio de la palabra hablada o escrita, habitualmente abandonará el dibujo como medio de expresión. Así como se pueden analizar manifestaciones verbales, para determinar estructura y contenido; de la misma manera se pueden analizar los D.F.H para determinar estructura, signos, contenido y significado. La estructura del dibujo en un niño pequeño, está determinada por su edad y nivel de maduración mientras que el estilo del dibujo refleja sus actitudes y aquellas preocupaciones que son más importantes para él, en ese momento.

Una condición indispensable de la interpretación del DFH consiste en la consideración de sus elementos como una totalidad. Cada uno de los elementos aislados no adquiere su valor ni su interpretación adecuada, sino en función de los restantes. Así pues cada uno de ellos puede ser interpretado en un primer momento sólo condicionalmente, en espera de confirmar el supuesto sentido sólo cuando se halle encajado con los demás; es la conocida comparación del rompecabezas en el que deben encajar todas las piezas. Los posibles contrasentidos han de caber en una interpretación de conjunto en la que se integran las ambivalencias (Romano, 1988).

Por lo tanto, la ventaja de esta técnica, entonces, es que el niño o niña realiza algo que le gusta, que le permite expresarse como habitualmente lo hace, y que no precisa necesariamente de comunicación verbal. Al ser una técnica simple, el DFH es un medio potente para obtener valiosa información sobre quien la realiza. El valor particular del DFH radica justamente en su sensibilidad para detectar los cambios en el niño (o niña), los cuales pueden ser evolutivos y/o emocionales. A partir de los desarrollos de Machover (1949) y de Hammer (1958), a fines de los años 60, Koppitz identificó y validó un total de 30 signos que sirven de indicadores de perturbación emocional, desarrollando un método para su interpretación clínica y relacionándolos con síntomas de conducta. La presencia de dos o más indicadores emocionales en un dibujo siempre reflejará algún tipo de perturbación emocional y relaciones interpersonales insatisfactorias (como se citó en Barros e Ison, 2002).

El hecho de que el niño sea el creador de sus dibujos, le permite tomar la situación real en sus manos y crearla de acuerdo con su imaginación y sus deseos. Si la realidad le produce ansiedad, puede liberarse en ella deformándola o simplemente negándola (González, 1998).

Otras pruebas utilizadas en donde representativo e interpretativo sea el dibujo es la elaborada en el año de 1924 por Fay que implica en un test cuya consigna es que se *Dibuje una mujer que pasea por la calle, cuando llueve*. El test exige comprensión y representación de cinco elementos: la persona (de sexo femenino), el elemento dinámico (el paseo), representado por el movimiento de piernas, brazos o cuerpo; representaciones del ambiente (calle, árboles, etc.); la lluvia y la vestimenta de protección. En la interpretación del dibujo se busca obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en los que la lluvia representa el elemento

perturbador. El ambiente desagradable hace propicia la aparición de defensas que suelen mostrarse en el test de la persona. En este último, existen defensas que se mantienen ocultas, a veces tan sólo insinuadas, precisamente porque la persona tiene que hacer frente a una situación desagradable. La persona bajo la lluvia, agrega una situación de estrés en la que el individuo ya no logra mantener su fachada habitual, sintiéndose forzado a recurrir a defensas antes latentes. Es decir, el dibujo de la persona en una situación no estresante, en tanto lo es la persona bajo la lluvia (Querol y Chávez, 2004).

Boutoner (1953) propone el dibujo libre que es una proyección, es decir, que la personalidad total procura expresarse en él, particularmente sus elementos subconscientes e inconscientes, proyectándose hacia el exterior en virtud de la libertad acordada al sujeto. El dibujo libre es el protocolo de la prueba proyectiva por cuanto favorece muy especialmente la expresión de las tendencias conscientes.

Es posible fijar ciertos límites a la libre creación del niño por medio de una indicación precisa. Así se procede en el Test del Dibujo de la Familia. Recordando que el niño es su familia y las relaciones que con ella mantiene adquieren una importancia decisiva para la comprensión de la personalidad. Porot, al presentar el dibujo de la familia como test proyectivo; admite que es un test proyectivo bueno pues permite obtener del sujeto una proyección de su personalidad global, consciente e inconsciente. Para la interpretación del dibujo el examinador aplica una entrevista, con la idea de que el propio sujeto se halla en mejores condiciones para saber lo que quiso expresar al hacer su dibujo; conviene, pues preguntárselo a él, y de ahí la necesidad de la entrevista. El objetivo es conocer sus preferencias afectivas de los unos por los otros. Es importante conducir al niño a expresarse por sí, sin ninguna imposición (como se citó en Corman, 1967, p. 12).

Entonces se puede entender que el dibujo infantil permite también apreciar el mundo perceptivo particular del sujeto, intelectual, su vida afectiva, así como su relación con el ambiente (González, 1998).

Portuondo (2001) menciona que lo que cada cual dibuja está íntimamente relacionado con sus impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de su personalidad. La figura dibujada es en cierto modo una representación o proyección de la propia personalidad y del papel que está desempeñando en su medio ambiente.

6.4 Test de 8 Hojas de Leopoldo Caligor (TD8H)

Schilder proporcionó una fórmula, en 1935, en su libro *The Image and Appearance of the Human Body*. Usó la expresión “Imagen del cuerpo” y la describió como “la figura del cuerpo que el individuo forma en su mente”. Consideró a ésta como concepto más dinámico que estático, ya que el individuo percibe la imagen de su cuerpo como una gestalt, que se encuentra en un estado constante de transformación y reorganización en el proceso de actuar y reaccionar en su medio ambiente. También concibió la idea fundamental de la relación entre el concepto de sí mismo, su proyección en el dibujo y la potencia de este último como instrumento para revelar dinamismos internos, que generalmente no pueden evaluarse (como se citó Caligor, 1960).

Al utilizar la proyección gráfica y la percepción gestáltica dentro de un concepto clínico, sirvió de base para una utilización verdaderamente estimable del dibujo de figuras como técnica proyectiva.

En 1947, Schilder comenzó a comprender que una serie de dibujos relacionados entre sí podría responder a ciertas interrogantes de estos. Después que el individuo hubo terminado el dibujo, el autor colocó una hoja de papel transparente sobre el mismo y le pidió que dibujara nuevamente una persona. Eso dio al sujeto la oportunidad de agregar, abstraer, cambiar, o dejar el dibujo como era originalmente. Se repitió siete veces; cada dibujo de la serie estaba relacionado con el que precedía. Este método quedó convertido en el protocolo básico para el test de dibujo 8 hojas: es simplemente un conjunto de ocho dibujos que se relacionan entre sí. Entonces fue evidente que el TD8H ofrecía una riqueza de contenido dinámico relacionado entre sí, a menudo sorprendente por sus ramificaciones. Se comprobó y demostró luego la ventaja del TD8H sobre de un dibujo sólo (como se citó Caligor, 1960).

Caligor (1960) considera que al interpretar el protocolo del TD8H se debe tomar como un reflejo de la manera en que el individuo encara las situaciones vitales. En su manera de usar la serie del TD8H, el sujeto expresa su respuesta inicial característica hacia una nueva situación, su habilidad para modificarla o mantenerla, los mecanismos que utiliza en el proceso y lo adecuado que le resultan.

6.5 La entrevista sobre el desarrollo del niño

Para corroborar las interpretaciones que el niño simboliza a través del dibujo se requiere de la utilización de una entrevista con sus padres o tutores. Pues la práctica de la entrevista revela algunas sorpresas, que son útiles para analizarlas en un momento dado.

Partiendo del supuesto de que si el método clínico se distingue por el hecho de que se interesa por el ser humano como sujeto en su relación con el otro, conviene recordar que es mediante el lenguaje, y más precisamente en su dimensión discursiva, en la que se ubica como ser humano, como ser social particular, como sujeto. Siendo la entrevista la dimensión discursiva del lenguaje. El lenguaje permite tener acceso a la experiencia del sujeto y del otro, por lo que las experiencias articulada del lenguaje revela la vida interior del sujeto (Poussin, 1994).

Capítulo VII. Metodología

Planteamiento del problema

El conocimiento y dominio del cuerpo es el pilar a partir del cual las personas construirán el resto de los aprendizajes. La identificación y conocimiento del propio cuerpo suponen un proceso que se irá desarrollando a lo largo del crecimiento y los elementos que lo rodean, el concepto de imagen corporal en cada individuo va a venir determinado por el conocimiento que se tenga del propio cuerpo, yendo en contra de la idea de un esquema corporal innato.

No obstante, el número de investigaciones centradas en la imagen corporal después de una amputación infantil es escaso, situación que genera la necesidad de conocer a través de esta investigación ¿Cómo es la representación simbólica de la imagen corporal del niño amputado de entre 6 y 12 años? Además de conocer el significado de pérdida y los mecanismos de defensa que el niño amputado emplea para adaptarse o no al medio, todo ello a partir de su subjetividad. Esta subjetividad será explorada en función de los indicadores esperados en el protocolo de interpretación del Test de 8 hojas de Leopoldo Caligor (TD8H), y la posterior formación de categorías de análisis; que aparezcan o no representadas dentro de los dibujos, esto con el fin de describir la construcción de la personalidad de niños amputados de extremidades inferiores.

Objetivo general

Identificar la representación simbólica de la imagen corporal del niño amputado, a través de la integración de los rasgos estructurales y el contenido gráfico posterior a la aplicación del TD8H, para obtener datos que permitan la descripción del significado de pérdida, los mecanismos de defensa, hacia la construcción de la personalidad de niños amputados de 6 a 12 años.

Objetivos específicos

1. Identificar mediante el dibujo de TD8H la representación de la imagen corporal del niño amputado en proceso de rehabilitación.
2. Analizar los datos obtenidos y explorar la existencia de una relación entre la ubicación de la amputación y su representación a través del dibujo de la figura humana.

3. Identificar el significado de pérdida de los niños amputados de 6 a 12 años a partir de su subjetividad.
4. Describir los mecanismos de defensa que emplea el niño amputado de entre 6 y 12 años, a partir de la pérdida de un miembro inferior.
5. Conocer la construcción de la personalidad en niños de 6 a 12 años, posterior a una amputación de extremidades inferiores.

Diseño

La presente investigación es de corte cualitativo, de tipo fenomenológico con análisis de contenido latente del dibujo, a partir del protocolo de análisis del TD8H de Leopoldo Caligor.

Se eligió un corte cualitativo debido a la naturaleza de los datos obtenidos, es decir, imágenes y significados de las secuencias, utilizando estos datos para construir un sistema de creencias propio sobre el fenómeno estudiado, en un grupo de personas únicas, mejorando el entendimiento de los datos y profundizando las interpretaciones desarrolladas. Empleando marcos de referencias basados en la fenomenología, el constructivismo, el naturalismo y el interpretativismo (Hernández, 2011). Análisis de contenido latente ya que se identificaron, codificaron y categorizaron los datos, buscando significados específicos en el contexto de todos los datos.

Muestreo

Se requirió de un muestreo homogéneo de tipo intensivo. Esto es debido a que los participantes a seleccionar comparten rasgos similares y permiten centrarse en el proceso de rehabilitación post-amputación.

Participantes

La muestra fue conformada por 5 niños en un rango de edad entre 6 a 12 años, así como de los padres o tutores responsables de acompañar al niño en su proceso de rehabilitación.

Los criterios de inclusión son:

- Amputación de cualquiera de los miembros inferiores; esto debido a que el análisis de la investigación se basa en el dibujo; es importante que la población

elegida no estuviera comprometida respecto a su habilidad para dibujar, debido a una amputación de miembro superior.

- Con un año a partir del evento traumático que provocó la amputación, ya que aún se encuentra en proceso de asimilación de la pérdida del miembro inferior, el niño promedio, aún no ha completado su proceso de duelo, inclusive, muchos inician su rehabilitación hasta ese momento, no antes, porque están aún muy lastimados físicamente y más de dos años, constituiría un proceso de duelo patológico.
- Sexo masculino y/o femenino con un rango de edad entre los 6 y 12 años.
- En proceso de rehabilitación dentro de la institución, con una duración de uno a dos años máximo.
- Sin haber trabajado con una prótesis previamente; ya que nos interesa trabajar con niños sin protetizar, pues, la protetización en niños, implica un proceso de rehabilitación multidisciplinario orientado a la adaptación e idealmente, hasta la reestructuración psíquica, física, social, etcétera., y se requiere de un esbozo del impacto primario después de la amputación.
- Posibilidades de inclusión escolar normalizada de acuerdo a su grupo etario.

Los criterios de exclusión serán:

- Que cuenten con algún otro miembro amputado.
- Que reciban tratamiento psicológico externo al proporcionado a la institución (Es decir, que estén en terapia en algún otro lugar).
- Que estén incluidos simultáneamente en otro protocolo de investigación.
- Cociente Intelectual menor a 90.

Escenario

Los participantes en este estudio fueron pacientes amputados atendidos en el programa médico de rehabilitación dentro del Centro de Atención Rehabilitación e Integración Social. A. C. (CARIS), ubicada en Col. San Miguel Teotongo, Iztapalapa; D.F.

Las entrevistas y aplicación de la *Nueva interpretación psicológica de dibujos de la figura humana* (TD8H), fueron realizadas dentro de los consultorios de Psicología, habilitados con un escritorio, una silla para el evaluador y una para el participante.

Instrumentos

El Test de 8 hojas de Leopoldo Caligor (TD8H) es una escala de identificación masculina y femenina fundamentada en la descripción de rasgos observables en el dibujo; como el sexo de la figura, y la madurez en diversos escenarios, cuyo objetivo es demostrar cómo la integración de los rasgos estructurales, así como el contenido gráfico relacionado y acumulativo de la prueba, ofrecen un retrato de la personalidad. Se compone de 9 hojas de papel cuyas medidas son: 21.5 x 28 cm; de las cuales una es de papel bond y las 8 restantes son de papel cebolla, mismas que se transparentan, sujetas en forma de block o cuadernillo, a una base de cartón de las mismas dimensiones.

Una historia del desarrollo: elaborada como un protocolo de entrevista semi-estructurada a profundidad; para sustentar las interpretaciones de los símbolos a través del dibujo, partiendo de la idea de análisis del sujeto en relación con los otros, desde su procreación y gestación, hasta el momento actual, todo ello en la mayor parte de las esferas en que se desarrolla.

Procedimiento

- Petición oficial de autorización para trabajar con la población descrita, ello mediante un oficio elaborado por la tutora de la tesis (Anexo 1).
- Establecer el rapport y empatía con la población de CARIS (rehabilitadores, funcionarios, familiares y pacientes)
- Explicación del proyecto a realizar y los objetivos específicos, disipación de dudas y firma del consentimiento por parte de los familiares o tutores.

Se llevaron a cabo ocho sesiones dentro de las instalaciones de la Fundación CARIS en San Miguel Teotongo, Iztapalapa, D.F., en los espacios asignados por el consultorio de psicología, con un intervalo semanal.

Sesión1: Se utilizó una presentación general con los niños que formaron parte de la muestra. Al término de la sesión, se les proporcionó a los padres o tutores, la hoja de evaluación socioeconómica (Anexo 2).

Sesión 2, 3 y 4, se llevó a cabo la historia del desarrollo del niño; diseñada como entrevista semi-estructurada a profundidad, ésta fue aplicada a los padres o tutores, con una duración de 90 minutos por sesión, ya que se trabajó con dos de los padres o tutores a la vez.

Sesión 5, 6 y 7 se aplicó a los niños de la muestra el test del dibujo de 8 hojas de Leopoldo Caligor (TD8H). La aplicación se efectuó de manera individual a un niño por sesión. Inmediatamente después de la aplicación del TD8H se les administró una serie de preguntas elaboradas con base en el Test del Dibujo de la Figura Humana de Elizabeth Koppitz; asimismo, se les proporcionó material como: lápices del número 2 y goma. Al final de cada una de estas sesiones se agradeció a los niños participantes.

El análisis de los datos logrados, se llevó a cabo a partir de la elaboración de las siguientes categorías, éstas fueron generadas como referencia de algunos ítems propuestos por Leopoldo Calligor en el libro: *Nueva interpretación psicológica de dibujos de la figura humana* y del análisis individual, tanto de los dibujos, como de la información obtenida en las historias del desarrollo.

❖ Definición de categorías

1. Elementos Gráficos del Dibujo

Se consideran elementos gráficos todos aquellos componentes simples que estructuran y dan cuerpo a un dibujo.

- a) **Altura de la Figura:** La altura se basa sobre la línea imaginaria que se extiende desde lo alto de la cabeza, atraviesa el centro del cuerpo y llega hasta la punta del pie más largo.
- b) **Colocación:** Se refiere a la colocación horizontal y vertical de la figura en la página. Se divide en tres partes horizontales iguales y tres partes verticales iguales. La colocación se clasifica según el área o zona de la pauta cubierta por el ancho de los hombros.
- c) **Calidad de líneas:** Se consideran cinco aspectos valorables que caracterizan las líneas usadas.

- c1) Tipo: Se refiere al tipo predominante y secundario de las líneas; continuas sólidas, continuas largas, dentadas, fragmentadas y trazos.
- c2) Refuerzo: Establece si el contorno se compone o no de un solo grosor de línea, ocurre cuando el individuo tiende a dibujar otra línea sobre la primaria, resultando un contorno de espesor mínimo de dos líneas.
- c3) Temblor: Toma en cuenta la presencia de líneas temblorosas.
- c4) Unión: Se refiere al número y medida de las interrupciones en el contorno del cuerpo, considerando como interrupción una abertura en el contorno del cuerpo que permite al lápiz ir de afuera hacia adentro del contorno sin cruzar la línea.
- c5) Presión: Se valora la presión del lápiz, según lo evidencia el tono de la línea que va desde muy oscuro hasta muy claro.
- d) Simetría: Establece la concordancia en la colocación sobre planos horizontales y verticales de las partes del cuerpo.

2. Elementos de Contenido del Dibujo

Representación Simbólica de la estructura del cuerpo y su relación con el medio ambiente.

- e) Parcial- Entera: Se refiere a la fracción de la figura que se ha dibujado; para dicho fin el cuerpo se divide en cuatro partes: cabeza hasta los hombros; de los hombros a la cintura; de la cintura a las rodillas y de las rodillas a los pies.
- f) Posición del Cuerpo: Se entiende como la actitud o postura de la imagen del dibujo; erecta, sentada, acostada.
- g) Relleno: Se refiere al sombreado y detalle en el trato de la superficie que se encuentra dentro del contorno del cuerpo, excluyendo la cabeza y el cuello:
 - g1) Tipo: Establece si es detallado o sombreado.
 - g2) Minuciosidad: Se valora el grado de prolijidad en el relleno del cuerpo.
 - g3) Densidad: Indica el grado del relleno del cuerpo.
- h) Vestimenta: Aborda la cantidad de vestimenta que tiene el dibujo de la persona.
- i) Ojos: Señala la presencia clara y fácilmente perceptible de cada una de las partes principales del ojo.
 - i1) Inexpresivos: Dirección ocular autística, carente de sentido. Incluye ojos en blanco y cerrados.

- i2) Bizcos: Ojos que miran en direcciones distintas.
- j) Acentuación Anatómica: Se refiere a las líneas o sombreado que indiquen; músculos, órganos, curvas del cuerpo, pelo o bello.
- k) Integración Gestalt: “...Referido a una construcción armoniosa o fallida del esquema corporal y la autoimagen”. (Otero, Alés, Vucínovich, y Serrano, 2011, pp. 418)
- k1) Gestalt tipo Silueta: Forma que presenta un objeto cuando está sobre un fondo más claro que él.
- k2) Gestalt tipo Escindida: Figura dividida en dos o más partes, generalmente de importancia o valor semejante, siempre que las partes permanezcan dentro de la hoja.
- k3) Gestalt tipo Yuxtapuesta. Es la forma más primitiva y sencilla de la que el niño dispone para unir dos cosas que tienen relación entre sí.
- k4) Gestalt tipo Desorganizada: Trazos que evidencian menor estructura en el dibujo global; existen pequeños objetos inconexos, formas poco definidas, pobreza de detalles y extrema distorsión.
- k5) Gestalt tipo Desproporcionada. Se refiere a las dimensiones inequitativas entre la altura de la figura completa y la cabeza así como la medición entre la anchura de cuerpo y la cabeza.
- k6) Gestalt tipo amputada: Se refiere a la supresión de una o más partes del dibujo, sin que las partes mutiladas aparezcan dentro de la hoja.

3. Elementos Relacionados con la Continuidad del Dibujo

Se refiere a la relación entre un dibujo y el que le precede; esto es, refiriéndose a un rasgo específico, si el individuo muestra un cambio gradual o repentino de dibujo a dibujo, incluyendo cada rasgo y sus combinaciones.

- l) Frente de la cabeza: En este caso los puntos de referencia son la derecha e izquierda respecto a la orientación de la cabeza, sin tomar en consideración el frente del cuerpo.
- m) Ángulo del cuerpo: Se toma en cuenta el ángulo formado por una línea vertical que atraviesa la mitad de la figura y llega hasta el borde inferior de la página.

- n) Fondo:** Se refiere a la superficie dibujada de la página, exceptuando la figura y los objetos adheridos a ella. Esto aunque se halla omitido la figura del dibujo.
- n1) No. de dibujos: Se refiere al número de dibujos que contiene fondo.
 - n2) Cantidad: Se basa en la superficie cubierta de la página, excluyendo la figura.
 - n3) Tipo: La clasificación se basa en el grado de diferenciación del fondo.
- o) Omisiones:** Toma en cuenta la omisión de las partes del cuerpo que deberían estar presentes en la zona dibujada. Cuando se omite una parte que incluye por sí misma la omisión de otras, se anota la más importante.
- p) Composición de la Página:** Toma en cuenta la estructura general de dibujo; inclusión de más de una figuras principales, figuras secundarias, figuras incompletas, o la página totalmente en blanco.

❖ **Nomenclatura de las categorías**

1. Elementos gráficos del dibujo

a) Altura del dibujo

Esta dimensión se refiere a la altura de la figura. La altura se basa sobre una línea imaginaria que se extiende desde lo alto de la cabeza, atraviesa el centro del cuerpo y llega hasta la punta del pie más largo. Cuando se ha incluido un sombrero, se considera el lugar aproximado donde debería estar la parte superior de la cabeza.

Se califican todos los dibujos, inclusive las figuras sentadas o inclinadas.

El puntaje correspondiente a las figuras incompletas se pone entre paréntesis.

Puntaje	Altura de la figura
++	25.4 cm o más.
+	22.9 cm.
0	12.7 A 20.3 cm.
-	10.1 cm.
--	7.6 cm o menos.

() Puntaje de figuras incompletas.

U Inclasificables: Figuras sentadas o acostadas; altura indeterminada debido al aprovechamiento del dibujo anterior

1. Elementos gráficos del dibujo

b) Colocación

○ *Horizontal: arriba- centro- abajo (tcb)*

Este rasgo trata acerca de la colocación horizontal de la figura en la página. Éste se divide en tres partes horizontales e iguales denominadas: Arriba (T), Abajo (B) y Centro (C). Para la clasificación se provee de una pauta que divida la página en tres partes iguales y se la coloca debajo del dibujo.

La colocación se basa en el espacio de la pauta cubierto por las figura desde la parte superior de la cabeza hasta la punta del pie más largo. Se clasifican todas las figuras, parciales y totales.

Cuando la figura usa sombrero, se considera el lugar aproximado donde deberá estar la parte superior de la cabeza.

Cuando el dibujo se hace solamente en una parte o área de la pauta... el puntaje es T, C o B;

En dos áreas.... TC, CT, CB, BC según la que predomine; si ninguna predomina, se clasifica primero C; ej.: CT o CB.

Puntaje:

T Significa que solo cubre el área arriba de la pauta.

TC Significa que cubre dos áreas, siendo predominante arriba

CT Significa que cubre dos áreas, siendo predominante el centro

C Significa que está en el centro, inclusive que B y T son iguales.

CB Significa que cubre dos áreas de la pauta, siendo predominante el centro.

BC Significa que cubre dos áreas, siendo predominante abajo.

B Significa que solo cubre una parte de la pauta; abajo

U Cuando hay más de una figura principal.

- **vertical: izquierda- centro- derecha (lcr)**

Esta clasificación toma en cuenta la colocación vertical de la figura en la página. Ésta se ha dividido en tres partes verticales iguales, que son Izquierda (L), Centro (C) y Derecha (R).

Para la clasificación se provee de una pauta que se divide en tres partes verticales iguales, la cual se coloca debajo del dibujo.

La colocación se clasifica según el área o zona de la pauta cubierta por el ancho de los hombros.

Se clasifican todas las figuras, parciales y totales.

Cuando hay más de una figura principal, el puntaje debe ser **U**. La izquierda y derecha del dibujo son los puntos de referencia. Cuando el dibujo se hace:

Solamente en un área... Se clasifican **L, C o R**.

En dos áreas... **LC, CL, CR, RC**, según la que predomine.

En las tres áreas... **CL** si L predomina sobre **R**; **CR** si R predomina sobre **L**; y **C** si **L** y **R** son iguales.

Puntaje:

L Significa que solo cubre el área izquierda de la pauta

LC Significa que cubre dos partes de la pauta, predomina izquierda sobre centro.

CL Significa que cubre dos partes de la pauta, predomina centro sobre izquierda.

C Significa que solo cubre el centro de la pauta

CR Significa que cubre dos partes de la pauta, predomina centro sobre derecha.

RC Significa que cubre dos partes de la pauta, predomina izquierda sobre centro.

R Significa que solo cubre el área derecha de la pauta.

U Si hay más de una figura principal.

1. Elementos gráficos del dibujo

c) Calidad de líneas

Hay cinco subcategorías valorables que caracterizan las líneas usadas. Éstas son: 1) tipo; 2) reforzado; 3) temblor; 4) unión; 5) presión.

c1) Tipo

Esta valoración se ocupa del tipo de líneas o líneas usadas. Se clasifica el tipo que predomina y, si hubiera un tipo secundario, el que más prevalezca. Se anota el secundario después del predominante. Los tipos secundarios deben distinguirse fácilmente, para que se clasifiquen,

Puntaje

Cs Continuas- sólidas: Líneas únicas interrumpidas; el lápiz no se levanta; las líneas pueden oscilar, ser curvas o rectas.

cl Continuas largas: Igual a las líneas continuas- sólidas, pero hay espacios en los ángulos o vueltas que son difíciles de hacer sin levantar el lápiz.

j Dentadas: Similares o tirabuzones o dientes de sierra; es en realidad una variación de la línea continua, pues el lápiz no se levanta.

F Fragmentadas: línea interrumpida.

S Trazos: numerosas líneas individuales con tendencia tocarse o encimarse; cada una resulta de un movimiento separado del lápiz.

S+ Trazos largos: de una longitud de 19 mm o más.

So Trazos común: de una longitud de 6 a 19 mm.

s- Trazos corto: de una longitud de 6 mm o menos.

U Inclasificable: no hay figuras o detalles que se puedan clasificar.

c2) Refuerzo

Esta valoración establece si el contorno se compone o no de un solo grosor de línea. El refuerzo ocurre cuando el individuo tiende a dibujar otra línea obre la primera, de lo que resulta un contorno de un espesor mínimo de dos líneas.

Significa que la mitad o más de la mitad del contorno ha sido reforzado

X Significa que se ha reforzado menos de la mitad del contorno.

c3) Temblor

Esta valoración toma en cuenta la presencia de líneas temblorosas.

Puntaje.

0 Ningún temblor definido en todo el contorno.

- Algún rasgo pequeño, pero claro de temblor en 1/3 o menos del contorno.

-- Temblor definido en más de 1/3 del contorno.

c4) Unión

La valoración de la unión establece el número y medida de las interrupciones en el contorno del cuerpo. Una interrupción es una abertura en el contorno del cuerpo que permite al lápiz ir de afuera hacia adentro del contorno sin cruzar una línea.

Puntaje

++ Unión perfecta: no hay ningún espacio en la totalidad del contorno; no es posible ir de afuera hacia adentro de la figura sin cruzar una línea.

+ Unión casi perfecta: Como máximo, 2 pequeñas interrupciones (de 3 mm o menos).

0 Unión común: De 3 a 4 pequeñas interrupciones (de 3 mm o menos) o, como máximo, una separación mediana (de 6 a 19 milímetros).

- Unión abierta: 5 o más interrupciones pequeñas (de 3 mm o menos), 2 o más separaciones (de 6 a 19 mm) o separación completa entre dos partes contiguas del cuerpo (de 3 mm o más).

- - Unión muy abierta: Omisión de líneas básicas, por ejemplo, falta de bíceps, muslos, parte superior de la cabeza, separaciones dentro del contorno, de más de 19 mm.

U Inclasificables: Figuras amorfas.

c5) Presión

Aquí se valora la presión del lápiz, según lo evidencia el tono de la línea, que va desde muy oscuro hasta muy claro. Se clasifica colocando el Diagrama de Graduación sobre el contorno del cuerpo en varios puntos y comparándolo con la presión que más se le asemeje. Cada dibujo se clasifica de acuerdo con la presión que predomine. Si existen dos presiones en la misma proporción, se anota ambas.

Puntaje.

+ Presión fuerte: líneas muy oscuras.

0 Presión común: tono de líneas ni muy claro ni muy oscuro. Esto comprende el mayor número de dibujos.

- Presión limitada: líneas muy claras.

() Se anota entre paréntesis el puntaje de cualquier dibujo en el cual las extremidades sean visibles más claras que el tronco; por ejemplo, en forma esfumada.

1. Elementos gráficos del dibujo

d) Simetría

o *Horizontal*

Esta valoración establece la concordancia en la colocación, sobre planos horizontales, de las partes del cuerpo que normalmente son simétricas.

Se clasifican: Todos los dibujos en los que los hombros miran hacia el frente o hacia atrás y cuando la posición del cuerpo es erguida; si la cabeza está vuelta, se clasifican la figura desde el cuello hacia abajo; los dibujos de cabeza que miran hacia el frente. Se coloca la pauta de clasificación debajo de la página con el eje de las Y a través del centro de la cabeza, cuello y entre las ingles.

Puntaje

+ Simetría extrema; no hay diferencia entre los niveles horizontales de todas las características.

O Simetría común; leves diferencias, menos de una mitad en cualquier sentido horizontal.

- Simetría debajo de lo común; de una a menos de dos unidades de diferencia en cualquier sentido horizontal.

- - Simetría muy limitada y mínima; dos o más unidades de diferencia en cualquier sentido horizontal.

U Cuando los hombros no miran hacia el frente o hacia atrás; dibujos de cabeza que no miran hacia el frente; no hay dibujo de persona.

○ **Vertical; distancia desde la línea del centro hacia la derecha y la izquierda**

Esta valoración señala la concordancia de las distancias a derecha e izquierda de las partes del cuerpo. Se clasifican todos los dibujos en la misma forma que para d) Simetría: dimensión horizontal, colocado el eje Y de la pauta de clasificación como se indicó previamente.

Puntaje

+ Simetría extrema; no hay diferencia en la distancia hacia la izquierda y hacia la derecha desde el eje Y, para todos los rasgos.

0 Simetría común; diferencia de menos de una unidad en la distancia hacia la izquierda y la derecha desde el eje Y, para todas las valoraciones.

- Simetría de debajo del término medio común; si hay diferencia de más de una unidad y menos de dos en la distancia hacia la izquierda y la derecha, desde el eje Y para una o más de las características medidas.

- - Simetría muy limitada y mínima; diferencia de dos o más unidades en la distancia hacia la izquierda y la derecha, desde el eje Y en una o más valoraciones.

U Hombros que no están hacia el frente o de espaldas; dibujos de cabeza que no miran hacia el frente; cuando no se haya dibujado una persona.

1. Elementos gráficos del dibujo

e) Figura parcial entera

Esta categoría toma en cuenta la fracción de la figura que se ha dibujado. Para dicho fin, el cuerpo se divide en cuatro partes, aproximadamente:

- a) Cabeza hasta los hombros;
- b) De los hombros a la cintura;
- c) De la cintura a las rodillas;
- d) De las rodillas a los pies.

El puntaje se basa en el número de partes, secciones o segmentos que se ha incluido y varía del 1 al 4.

Si se ha dibujado más de la mitad de un segmento, se computa como tal. Si el puntaje total es menor que la mitad de una sección, se acredita como una.

Se anota U (inclasificable) cuando no hay una figura humana, y sólo aparecen contornos vagos e indeterminados de cuerpos, figuras incompletas debido al aprovechamiento del dibujo anterior e indeterminación a causa de cierto objeto que oculta parte de la figura.

El puntaje de cualquier dibujo al que le falte la cabeza, debe anotarse entre paréntesis.

Puntaje	Secciones Completas.
1	Una sección completa; cualquier parte de una sección; menos de la mitad de la segunda sección; por ejemplo: la cabeza más línea de los hombros.
2	Dos secciones esencialmente completas.
3	Tres secciones esencialmente completas.
4	Figura total, donde no se ha omitido más de una parcela de una sección.
()	Cualquier puntaje de la figura sin cabeza.

U Cuando no hay figura humana; contornos de cuerpos vagos e indeterminados; figuras completas por aprovechamiento del dibujo anterior; figuras ocultas por la interposición de algún objeto.

2. Elementos de contenido del dibujo

f) Posición del cuerpo

Por posición del cuerpo se entiende la actitud o postura de la imagen del dibujo. Se clasifican todos los dibujos donde la posición del cuerpo esté claramente definida; los demás, se marcan con U.

Puntaje	Posición
i	Figura erecta: caminando, de pié, corriendo.
L	Figura sentada: arrodillada, inclinada.
–	Figura acostada: reclinada o durmiendo.
U	No hay figura; no se indica claramente la posición del cuerpo.

2. Elementos de contenido del dibujo

g) Relleno del cuerpo

El relleno del cuerpo se refiere al sombreado y detalle en el trato de la superficie que se encuentra dentro del contorno del cuerpo, excluyendo la cabeza y el cuello.

Las tres subcategorías del relleno del cuerpo, son: 1) tipo, 2) minuciosidad y 3) densidad.

Las tres se clasifican en todos los dibujos que incluyan por lo menos desde los hombros hasta la cintura. Todos los demás se clasifican con U.

g1) Tipo

Esta subcategoría establece si el relleno del cuerpo es detallado al principio o sombreado. El relleno del cuerpo abarca los detalles de la delineación de la vestimenta o la anatomía, o de ambas, el sombreado se refiere al relleno al azar. El relleno sólido se considera como sombreado.

Puntaje

D Detalle usado exclusivamente.

Ds Uso fundamental de detalle con alguna presencia menor de sombreado. Cuando el único sombreado consiste en el relleno de los detalles, del cuerpo, se anota Ds.

D/S Cuando hay detalle y sombreado en forma igual. El diseño de la vestimenta se incluye aquí. Cuando es imposible determinar si las líneas son de detalle o sombreado, se anota el valor medio de D/S.

Sd Esencialmente sombreado con algún detalle presente.

S Uso exclusivo de sombreado.

X Los dibujos que incluyen desde los hombros hasta la cintura sin ningún detalle o sombreado.

U Dibujos hasta la cintura que no incluyen los hombros y faltas esenciales que generen una duda sobre la idea de una figura humana. Dibujos con aprovechamiento del dibujo anterior, ya sea fi o fi/2.

g2) Minuciosidad

Aquí se valora el grado de prolijidad en el relleno del cuerpo; siguiendo una idea global de simetría, unión y especificación de detalles y sombreados.

Cada dibujo se clasifica por su tipo predominante.

Puntaje

++ Minuciosidad; uso cuidadoso, ordenado y controlado de los detalles corpóreos o del sombreado del cuerpo o de ambos aspectos.

+ Mayor minuciosidad que la común, aunque no extremada.

- Común; ni esencialmente minucioso, ni descuidado.

-- Desprolijidad, impulsivo desordenado, tosco, no diferenciado, uso descuidado del detalle y sombreado.

X Dibujos hasta la cintura, que incluyen los hombros y que están desprovistos de detalle y sombreado.

U Dibujos hasta la cintura, importantemente incompletos.

g3) Densidad

La densidad indica el grado del relleno del cuerpo.

Puntaje

++ Densidad del cuerpo, extrema; prácticamente no queda espacio en blanco.

+ Considerable densidad del relleno del cuerpo, pero hay algún espacio en blanco.

0 Común. No es notable ni por la densidad del detalle ni por el espacio libre.

- Densidad limitada o por debajo de lo común; un mínimo de detalle y sombreado donde la mayor parte del cuerpo se deja en blanco, por ejemplo, donde la única inclusión es un detalle, tal como un cinturón o una hilera de botones.

- - Ausencia total o casi total de detalle y sombreado, por ejemplo: un botón o una pequeña parte de la superficie sombreada.

U Dibujos hasta la cintura, que no incluyen los hombros; dibujos con aprovechamiento del dibujo anterior, ya sea fi o fi/2; figuras de palitos.

2. Elementos de contenido del dibujo

h) Vestimenta

Esta valoración se refiere a la cantidad de vestimenta que tiene el dibujo de la persona. Se clasifican todos los dibujos que alcancen hasta la cintura o más abajo. Todos los demás se clasifican con U.

Los dibujos incompletos que se prolongan debajo de la cintura se clasifican tomando como base la parte existente de la figura. Cuando la ropa en la zona del cuello se omite, pero hay indicación de que existen mangas, se presume la línea del cuello.

Puntaje

c/c Figura enteramente vestida como para la vida diaria: hombre, cubierto desde el cuello hasta los tobillos; mujer, vestido de calle, hombros cubiertos. El vestido puede ser sin mangas.

c/2 Vestimenta mínima, menor que la usual: hombre, pantalones cortos, camiseta, bata de baño hasta las rodillas, etcétera; mujer, toalla de baño, corpiño, pantalones cortos, vestido sin hombros.

c/o Omisión de toda vestimenta en figuras delineadas claramente.

U Inclasificable: busto, cabezas, dibujos esbozados rudamente y sin detalles, con cantidad de vestimenta no determinada.

2. Elementos de contenido del dibujo

i) Ojos

La categoría ojos, señala la presencia clara y fácilmente perceptible de los ojos y la impresión general de la mirada. Se divide en inexpresivos y bizcos.

i1) Inexpresivos: Dirección ocular autística, carente de sentido. Incluye ojos en blanco y cerrados.

✓ Significa presencia del ítem

X Significa ausencia del ítem

i2) Bizcos: Ojos que miran en direcciones distintas.

✓ Significa presencia del ítem

X Significa ausencia del ítem

2. Elementos de contenido del dibujo

j) Acentuación anatómica

Esta categoría valora establece el grado de intensidad que se le da a la anatomía. La anatomía se refiere a las líneas o sombreado que indiquen: músculos, órganos, curvas del cuerpo, pelo o vello. El rasgo anatómico, tal como aquí se indica, no es esencial para

expresar las partes básicas del cuerpo. No se refiere a los contornos del cuerpo, las arrugas en la vestimenta o el sombreado difuso. La acentuación anatómica es independiente de la cantidad de vestimenta presente.

Se clasifican los dibujos que se prolongan hasta la cintura o más abajo.

Puntaje

+ Acentuación detallada de la anatomía.

0 Alguna indicación de acentuación, pero limitada en cantidad; cualquier detalle de pechos (contorno o sombreado) es suficiente.

- Ningún detalle de la anatomía.

U Inclasificable: dibujos que no se prolongan hasta la cintura; figuras de palitos, figuras que se hallan detrás de algún objeto, figuras trazadas burdamente, difusas o sin detalles.

2. Elementos de contenido del dibujo

k) Integración gestalt

Referido a una construcción armoniosa o fallida del esquema corporal y la autoimagen". (Otero, Alés, Vucínovich, y Serrano, 2011, pp. 418)

k1) Gestalt tipo Silueta: Forma que presenta un objeto cuando está sobre un fondo más claro que él.

✓ Significa presencia del ítem

X Significa ausencia del ítem

k2) Gestalt tipo Escindida: Figura dividida en dos o más partes, generalmente de importancia o valor semejante, siempre que las partes permanezcan dentro de la hoja.

✓ Significa presencia del ítem

X Significa ausencia del ítem

k3) Gestalt tipo Yuxtapuesta. Es la forma más primitiva y sencilla de la que el niño dispone para unir dos cosas que tienen relación entre sí.

✓ Significa presencia del ítem

X Significa ausencia del ítem

k4) Gestalt tipo Desorganizada: Trazos que evidencian menor estructura en el dibujo global; existen pequeños objetos inconexos, formas poco definidas, pobreza de detalles y extrema distorsión.

✓ Significa presencia del ítem

X Significa ausencia del ítem

k5) Gestalt tipo Desproporcionada. Se refiere a las dimensiones inequitativas entre la altura de la figura completa y la cabeza así como la medición entre la anchura de cuerpo y la cabeza.

✓ Significa presencia del ítem

X Significa ausencia del ítem

k6) Gestalt tipo amputada: Se refiere a la supresión de una o más partes del dibujo, sin que las partes mutiladas aparezcan dentro de la hoja.

✓ Significa presencia del ítem

X Significa ausencia del ítem

3. Elementos de continuidad del dibujo

1) Frente de la cabeza

Esta categoría toma en cuenta el frente de la cabeza. Para el puntaje no se toma en consideración el frente del cuerpo. Los puntos de referencia son la derecha e izquierda de la persona que se clasifica.

Puntaje

fo Hacia adelante;

r /2 mitad hacia la derecha;

r hacia la derecha;

rr /2 mitad hacia atrás;

1 hacia la izquierda;

$\frac{1}{2}$ mitad hacia la izquierda;

c Confuso: cabeza y cuerpo orientado en diferentes direcciones hasta un punto de 90 grados o más.

3. Elementos de continuidad del dibujo

m) Ángulo del cuerpo

Esta categoría toma en cuenta el ángulo formado por una línea vertical que atraviesa la mitad de la figura y llega hasta el borde inferior de la página.

La clasificación se efectúa sobre el grado y dirección (derecha o izquierda) de la desviación del ángulo recto. Para medirlo se provee de una pauta. Colocación de la pauta. Para clasificar, se coloca la pauta debajo de la hoja del TD8H.

La clasificación se efectúa de acuerdo con el número de unidades de la pauta que estén debajo de la línea de la base de la página.

Los términos derecha e izquierda se refieren a la derecha e izquierda del examinador.

Puntaje:

++ Cuando hay más de dos unidades hacia la izquierda.

+ Cuando aparecen una o dos unidades hacia la izquierda.

0 Cuando hay menos de una unidad hacia la derecha o izquierda.

- Cuando hay una o dos unidades hacia la derecha.

-- Cuando hay más de dos unidades hacia la derecha.

() Cualquier dibujo donde se haya tomado como base un margen lateral de la página.

U Cuando no hay dibujos de figuras, y también en los casos en que los dibujos de cabezas o bustos están inclinados y miran hacia la derecha o izquierda; cuando el ángulo del cuerpo

no es 0 debido a que la postura o acción muestra a las figuras inclinadas o corriendo; y cuando las figuras están sentadas y no miran hacia adelante.

3. Elementos de continuidad del dibujo

n) Fondo

El fondo se refiere a la superficie dibujada de la página, exceptuando la figura y los objetos adheridos a ella. Esta valoración se clasifica, aunque se haya omitido la figura del dibujo.

No se debe clasificar como fondo; los objetos llevados en la mano, en uso o esenciales para la posición del cuerpo, por ejemplo: silla en la que está sentada la figura, bastón en el que se apoya, etc. Los objetos pertenecientes al aprovechamiento del dibujo anterior esenciales para la postura de la figura precedente.

Las tres subcategorías para el fondo, son:

1. Número de dibujos que contienen fondo.
2. Cantidad de fondo incluido en cada dibujo.
3. Tipo de fondo usado para cada dibujo.

Cuando el puntaje de la subcategoría n1) es **X**, se anota **X** para 2 y 3.

n1) Número de dibujos

Esta subcategoría se refiere simplemente al número de dibujos que contienen fondo.

Puntaje

✓ Con fondo.

X Sin fondo.

n2) Cantidad

Esta subcategoría se ocupa de la cantidad de fondo dibujado y se basa en la superficie cubierta de la página, excluyendo la figura. El puntaje va desde 1, cantidad de pequeña superficie cubierta, hasta 3, casi toda la superficie cubierta.

Puntaje.

X No se ha dibujado fondo.

- 0** Pocas líneas o algunos detalles o menos que 1/3 de la superficie se halla cubierto.
- 1** Algo más que unas líneas p detalles identificables, aunque queda bastante espacio libre. Más de 1/3 y menos de 2/3 de la superficie se hallan cubiertos.
- 2** La mayor parte de la superficie se halla cubierta, más de 2/3 de la superficie se hallan casi completamente cubiertos.

n3) Tipo

Aquí se valora el tipo de fondo dibujado. La clasificación se basa en el grado de diferenciación del fondo.

Puntaje.

df Fondo diferenciado, detallado y delineado.

am Ambiguo; líneas aisladas que pueden o no indicar fondo, cielo, gotas de lluvia, etc. Las líneas de la base clasifican am.

va Vago; fondo garabateado o sombreado.

X No hay fondo.

3. Elementos de continuidad del dibujo

o) Omisiones

Esta valoración toma en cuenta la omisión de las partes del cuerpo que deberían estar presentes en la zona dibujada. Se clasifican todos los dibujos, según la ausencia de alguna o de todas las partes que se detallarán en seguida. Se anota cada parte omitida usando los símbolos que se mencionan más abajo para cada una. Los dibujos en que no se han omitido partes del cuerpo se individualizan con una “x”.

Cualquiera de los dibujos mencionados se clasifica en la forma usual con respecto a las partes restantes que no están afectadas por la omisión.

Puntaje

x No hay omisión.

hd Cabeza.

i Ojos.

- m** Boca
- no** Nariz
- hr** Pelo.
- er** Oreja.
- ne** Cuello.
- t** Tronco.
- a** Brazos.
- ha** Manos.
- l** Piernas
- f** Pies.
- U** Inclasificables: no existe figura.

3. Elementos de continuidad del dibujo

p) Composición de la página

Esta valoración toma en cuenta la estructura general del TD8H; por ejemplo, si el individuo incluye una o más figuras principales, figuras secundarias, figuras incompletas, si dibuja detalles o fondos sin figuras o si deja la página totalmente en blanco.

Se clasifica cada dibujo de acuerdo con la presencia de cualquiera de los siguientes puntajes:

Puntaje

FIG Figura principal: Definida según las reglas generales de la clasificación del TD8H.

FIGS Figura principales: Dos o más figuras principales presentes.

Fig Figura o figuras secundarias. Hay una o más figuras secundarias parciales o totales.

R Figuras rechazadas: Una o más figuras parciales o completas que el individuo ha borrado o tachado.

- Detalles, fondo o sombreado sin ninguna figura precedente.

- - Página en blanco.

() Cualquier puntaje que se deba al aprovechamiento del dibujo anterior.

Se anota el número de veces que cada puntaje, entre paréntesis o no, haya sido adjudicado en los 8 dibujos.

Capítulo VIII. Resultados

➤ Historias del desarrollo

Participante “A”

Niña con una edad cronológica de 11 años 8 meses, con una estatura de 1.50 y un peso de 65 kg, actualmente cursa el quinto año de primaria dentro de un sistema escolarizado debido al accidente en que perdió una pierna. La informante en la entrevista fue su tutora y abuela materna de 83 años, pues ambos padres fallecieron; hace 5 años el padre y 3 años la madre, están ubicadas en un nivel socioeconómico (N.S.E) bajo-medio.

Los padres de A. se conocieron en un baile de la comunidad en que habitaban, pasados algunos meses, deciden escaparse de su casa para formar una familia, comienzan a tener hijos, A. es la menor de 12 hermanos y hermanas. Cuando la madre queda embarazada, tenía 45 años de edad y previamente se había practicado un aborto, este embarazo no fue planeado ni deseado, además de ser clasificado de alto riesgo debido a la edad de la madre; situación que esta no respetó y continuó su vida de manera normal, el embarazo se vio envuelto en múltiples problemas de pareja, también un intento de aborto casero y fallido, consumo de medicamentos por la diabetes que padecía la madre y depresiones constantes por las que también consumió antidepresivos indiscriminadamente, la última crisis registrada fue cuando tenía 6 meses de embarazo, al saber de una infidelidad de su pareja, la llevó a estar internada por una semana en un hospital psiquiátrico, presentó parálisis del lado izquierdo de su cuerpo y refería agresiones por parte del personal de salud que la atendió.

A los 7 meses entró en labor de parto, A. presentó el cordón enredado en el cuello, por lo que decidieron una cesárea de urgencia, durante el parto, la madre tiene preclamsia y los niveles de glucosa altos. Se desconoce el peso y talla del bebé al nacimiento, la tutora refiere no recordar alguna complicación médica con la bebé. La madre se encontraba molesta, pues A. tampoco era niño, lo que aumentó el rechazo al producto, no fue amamantada debido al inmediato sangrado de los pezones de la madre, dolor constante y aparente depresión post parto, por lo que inmediatamente, la abuela de A. buscó una nodriza que la apoyó con la alimentación, además de fórmula láctea. Es bautizada y nombrada en honor a la abuela materna, pues es quién se preocupaba por ella desde el

embarazo, A. no fue registrada de inmediato, por lo que actualmente, en su acta de nacimiento, está como huérfana.

La abuela refiere un desarrollo de la primera infancia, dentro de la norma, levantó la cabeza a los 3 meses, se sentó sola a los 6 meses, no gateó más de una semana, pues sus hermanos mayores la pisaban al caminar o la pateaban, “no les interesaba la niña, no la querían cerca” (sic.) La bipedestación la logra a los 10 meses y camina a los 12. Por otro lado, el desarrollo del lenguaje no presentó dificultades. El entrenamiento para controlar los esfínteres inició a los 24 meses, la madre empleaba una bacinica y cuando A. tenía accidentes, la golpeaban con lo que estuviera a la mano, logra control de esfínter urinario inmediatamente, el control de esfínter fecal se da a los 2 años y medio aproximadamente.

Desde el nacimiento, A. recibió agresiones por parte de la mayoría de los miembros de la familia; sus hermanos y hermanas mayores la agredían verbalmente, su padre y abuela materna eran los únicos que velaban por sus bienestar, sin embargo la abuela no vivía en el domicilio, por lo que no podía darle cuidados a la niña. Su padre le construyó un corral, pues la madre de A. no permitía que le compraran cosas nuevas, ni ropa, ni juguetes, ante lo que el padre le llevaba cosas a escondidas o bien, mentía diciendo que eran un obsequio de alguna persona. Sus hermanos la golpeaban y sus hermanas la pellizcaban o arrojaban cosas, a los 4 años, su hermana le arrojó palos y una pedrada, que la golpeó en la sien izquierda, perdió el conocimiento y cuando la abuela llegó le dio atención, mientras su madre la ofendía y humillaba cada vez que tenía la oportunidad, le decían “pollo pepenche”. A. presenció múltiples episodios depresivos de su madre, quién la culpaba de todos sus problemas al tiempo que intentaba chantajear al padre de A. para que se quedara con ella, este manifestaba que si estaba en casa aún, no era más que por su pequeña hija. Cuando A. tenía 4 años y medio aproximadamente, su madre tuvo un episodio, en el que se encerró en una recámara con la niña y tomó un frasco de antidepresivos hasta que uno de sus hijos mayores se percató, llamó a los servicios de emergencia, su padre y su abuela, esta última, atendió a la niña.

Respecto a su salud, A. siempre ha tenido problemas de obesidad, amigdalitis frecuentes sin atención médica, además de problemas de miopía en el ojo izquierdo, ante los que tampoco recibió atención médica. A los 6 años, mientras A. acompañaba a su abuela a en una revisión médica (ya que esta también padece diabetes), fue atendida y después

diagnosticada con diabetes infantil, por lo que comenzó a recibir cuidados especiales de parte de la abuela, pues ella sabía cómo hacerlo.

Antes del diagnóstico, cuando A. cumplió 5 años, su madre comenzó a tener complicaciones de salud, iniciando con una cirugía para retirarle el pecho izquierdo, durante la recuperación de su madre, fue su padre quien cayó gravemente enfermo, cuando lo hospitalizan; pierde la movilidad de su pierna izquierda y sufre parálisis facial, culminando con su muerte por una tromboembolia pulmonar. A los pocos meses, de muerto su padre, su madre presentó neuropatía diabética y posteriormente, un accidente lesionó su pierna izquierda, le amputaron un dedo, a los meses bajo rodilla y terminaron por amputarle la extremidad por sobre rodilla a la altura de la cadera, lo que la sumió en una depresión profunda, finalmente pierde la vista y muere tres años después. Durante todo este tiempo A. estuvo al cuidado de su abuela, quien a su vez se encargaba de lo que su hija necesitara, pues el resto de sus hijos ya estaban trabajando o casados. Es importante mencionar que también la abuela de A. estaba amputada de la pierna izquierda hacía aproximadamente 12 años para ese momento, no obstante, era autosuficiente y contaba con la capacidad y disposición de apoyar a que la necesitara.

A. comenzó a portarse de manera más solitaria y callada cuando su papá murió y también vio a su madre durante su convalecencia, además que seguía teniendo confrontaciones con sus hermanos, una ocasión cuando A. tenía 8 años, vio a su hermana mayor teniendo relaciones sexuales con su novio, ante lo que recibió agresiones y humillaciones de ella por haberla “espiado”. En ese momento, la abuela decidió llevársela a su domicilio, para evitar que siguieran lastimándola, sin embargo ni ese, ni ningún otro incidente fueron abordados eventualmente por la abuela u otro familiar.

A. sufrió un accidente automovilístico en enero del 2012, debido a ese accidente; presentó heridas de gravedad en su pierna izquierda, permanece inconsciente durante dos días, al despertar, los médicos inducen un coma pues A. se quejaba de dolor crónico, durante ese tiempo se da una falla vascular secundaria a las heridas, cabe repetir que “A” tiene diabetes infantil, por lo que terminan por llevar a cabo una cirugía en la que le amputan la extremidad izquierda sobre rodilla, un mes después es dada de alta del hospital.

Debido a la amputación, A. perdió el ciclo escolar, si bien fue dada de alta dos meses después del accidente, no fue en ese momento que se reincorporó a la escuela, pues sufrió síntomas que a decir de la abuela, le resultaban incapacitantes, enuresis diurna, encopresis

nocturna; ante lo que su abuela la ayudaba a cambiarse o cambiar las sábanas, explicándole que era normal que le ocurriera después del accidente, también “dolor en su piernita que no tenía” (sic.) además de pesadillas. Pasados 8 meses del accidente, A. se integró al ciclo escolar que correspondía, con compañeros nuevos, profesora nueva y sin una extremidad, debido al sobrepeso de A. es más sencillo para ella y su vecina, que es quién la acompaña a la escuela, trasladarse en silla de rueda, no obstante logra apoyarse en muletas cuando es necesario. Dentro de la escuela tiene pocas amigas y amigos, específicamente la hija de su vecina es compañera de grupo, por lo que se siente apoyada por ella, a pesar de que la pequeña tiene un ligero retraso en el desarrollo, es capaz de satisfacer las necesidades que A. tiene, actualmente no participa en actividades deportivas, recreativas o extracurriculares en la escuela, máximo se integra a la ceremonia de honores a la bandera, donde está presente de manera pasiva. A pesar de que A. expresa abiertamente ya no querer asistir a la escuela, ha tenido cambios positivos en el área académica, pues sus profesores explican que se muestra retraída en el aula, lo que favorece su desempeño, pasando del 7 al 8.5 de promedio general, “de manera que no hay necesidad de emplear estrategias variadas con ella, porque responde de forma adecuada” (sic.).

En casa, A. se muestra desinhibida, canta, ve tv y participa en las labores domésticas, auxiliada por su abuela, quien le ha mostrado un sistema funcional, que evita su dependencia de terceros; colocó estratégicamente lazos por toda la casa, lo que les permite trasladarse por todas las habitaciones de la misma, sin necesidad de herramientas extraordinarias o ajenas a ellas. De esta manera, hace todas las actividades que su abuela le encomienda, además de lograr encargarse de su aseo personal y otras conductas de autoayuda. Sin embargo, la abuela refiere episodios depresivos de A. “no se quiere parar ni a comer, ni a la escuela, es cuando la regaña y le explico que aunque no tenga ganas, tiene que hacerlo, sino, quien la va a ayudar después” (sic.).

Actualmente vive con su abuela y las visitan miembros de la familia, específicamente la hermana menor de la madre de A. quién las apoya económicamente, ya que la abuela solo recibe ingresos mensuales por medio de un apoyo gubernamental, así como una renta esporádica del local que tienen en casa. La familia paterna muestra especial interés y atención en A. aunque hasta el momento se mantienen al margen y se reservan a la convivencia eventual. Ambas refieren miedo a la muerte propia, la abuela refiere que A. se quedaría desprotegida, mientras A. describe una historia en la que una “curandera-bruja”

(sic.) le dijo que ella moriría como su madre y abuela, lo que A. no logra interpretar de manera clara y la invaden de miedos.

Participante “B”

Niño de 9 años de edad, cuyas características físicas son menores a su edad cronológica; actualmente cursa en sistema escolarizado, su lateralidad es diestra.

El padre de B. tiene 37 años de nacionalidad mexicana, escolaridad secundaria completa, ocupación obrero de una fábrica, su horario laboral es por la noche; casado con la madre de B. La madre de 29 años de edad, nacionalidad mexicana, escolaridad preparatoria completa, labora como personal de limpieza eventual en una casa particular, esto por la mañana.

La casa en la que habita B. con su familia es de los abuelos paternos, es un departamento con baño, sala, cocina y un cuarto, con los servicios que cuenta es: agua entubada, estufa de gas, luz eléctrica y la construcción es permanente. La recamará tiene dos camas B., comparte una con su padre y su hermana con su madre, “esto depende de con quien quieran dormir los niños” (sic.).

En cuanto a la relación con los miembros de la familia; con su padre es una relación regular, pues a veces “chocan mucho” (sic.) por cosas que no hace B. y si el niño dice algo, “para el papá está mal” (sic.). La relación con su madre es buena, porque ella está con él, y hay comunicación, con su hermana tiene una relación regular, pues comenta la señora que la niña, es chocante, porque B., la quiere abrazar, lo rechaza pues no le gusta que la molesten. Con su abuela paterna es escasa no la sigue y es distante con ella. A diferencia de su abuelo lo sigue mucho, lo quiere mucho. Con su tía de 19 años, se lleva bien, aunque casi no tiene comunicación con ella, porque ella estudia y casi no está en casa. La relación con su tío de 29 años, lo sigue regular, porque este casi no está en casa debido a sus jornadas laborales. Con la esposa de su tío se lleva bien, es bromista con ella. Con su prima de 6 años, casi nunca juegan, porque ella juega sólo con niñas y a su prima de 3 años, la hace enojar, nunca la sigue pues la niña dice que es un niño. La madre considera que “hay favoritismo en los miembros de la familia, pero hacia la niña por parte de mi suegra y mi suegro con el niño, pues si salen cada uno se lleva a su preferido” (sic.).

Los padres de B., se conocieron porque vivían en la misma calle; tuvieron un noviazgo de tres meses, cuando ella tenía 18 años y él 23 años. Deciden casarse e ir a casa de él a vivir,

se embaraza rápidamente. Nace B., pasa año y medio deciden separarse, se da cuenta de que estaba embarazada de la niña, y regresan. La madre manifiesta que “la familia del padre de B., desde el principio rechazaba al niño, situación por la que ocurrieron varias separaciones más” (sic.).

B., no fue deseado ya que el padre deseaba que fuera una niña, aunque ella “estaba bien con lo que Dios le diera, pero sano” (sic.). Nació en un hospital privado, con sanas condiciones; la duración del embarazo fue de 9 meses, el parto fue vía cesárea, no hubo complicaciones durante el nacimiento; peso al nacer 2,700 kg talla: 49 cm, sólo le comentaron que hubo desnutrición. Su tipo de alimentación fue pecho hasta los dos años. La madre sostiene que el nombre del niño, ella lo escogió porque escuchó el significado y le gusta. B. significa “niño grande y fuerte” (sic.).

La madre refiere un desarrollo de la primera infancia, dentro de lo normal, el sostén encefálico sucedió a los 2 ½ meses, se sentó solo a los 5 meses, gateó a los 9 meses, la bipedestación ocurrió al año, caminó solo al 1 ½ año, su sonrisa espontánea ocurrió a los dos meses, pudo comer solo a los dos años. En el desarrollo del lenguaje, se dio a entender con monosílabos entre los 8 y 9 meses, dijo su primera palabra a los 10 meses, se entendió claramente a los 3 ½ años, la calidad de su lenguaje es normal, pues su discurso es claro y coherente, en cuanto a la lectoescritura le detectaron dislexia. El niño escucha bien y no presenta ningún problema auditivo. En cuanto al control de esfínteres comenzó a avisar a los dos años, el procedimiento consistió en enseñarle como avisar, “se le corregía a veces con una nalgada” (sic.).

Respecto a los hábitos de autocuidado, como lavarse las manos y la cara los adquirió; a los 5 años, vestirse y desvestirse; a los 6 años, elegir su ropa, peinarse, lavarse los dientes, asearse la nariz, los adquirió a los 7 años, ordenar sus cosas fue a los 8 años y tender su cama lo intenta pero se le dificulta. Actualmente pide ayuda para vestirse y ocasionalmente para bañarse.

Esto debido a que en enero del 2012, B., sufrió un accidente, B. fue contratado por su vecino para lavarle su autobús, mientras B. trabajaba, su vecino se percató de que B. había recibido un impacto de bala, llamó a la ambulancia y dio aviso a la madre del niño. La causa de la amputación fue por falla vascular secundaria a impacto de bala. La madre comenta que llega a la sala de urgencias del Hospital, en donde, aparentemente una atención médica tardía, provoca que a la semana de internamiento la pierna se necrose y

tengan que amputarla. Entre los signos y síntomas se presentaron dolor de la cintura hacia abajo incluyendo la pierna amputada, pérdida del dominio de esfínteres e insomnio, y entre los psicológicos hubieron fantasías sobre el accidente.

En el lapso de la amputación cambiaron de domicilio, para recibir la rehabilitación se fueron a vivir al estado de Hidalgo; por lo que dejó de estudiar un año, posteriormente regresaron al estado de México y la madre refiere que el niño se incluye como un niño normal en la escuela, además de que no hay quejas del profesor por su comportamiento.

A B., le gusta asistir a la escuela, pues la madre nota que ve en el reloj a la hora que tiene que alistarse para presentarse a la escuela, pide que lo bañen y lo ayuden para vestirse. La relación de B. con sus compañeros es buena, pues lo cuidan, al niño le gusta participar en actividades colectivas, participa sólo en las que se puede desplazar; no presenta problemas en la lectura ni en las ciencias naturales, si en la escritura, matemáticas y educación física, esta última por la discapacidad.

La madre considera que B., es nervioso, ansioso, sensible y amable. En el nivel verbal renuente a contestar y repetitivo. En el nivel físico se le nota aseado, sin malformaciones físicas y con ciertas posturas inadecuadas. En su conducta B., es alegre, sociable y activo. La madre comenta que lo que más le gusta de su hijo es que es cariñoso y lo que le disgusta es que no obedece. Aunque la señora comenta que se identifica más con ella, “porque los dos son muy llorones y sentimentales”.

El padre espera del niño “que le eche ganas y que los quiera” (sic.). La madre espera que “sea alguien en la vida”. Opina la madre que B., es fuerte y a veces ella se siente culpable, porque siente que su suegra y ella pelean, afectando al niño y no debe ser así.

Participante “C.A”

Niño con una edad cronológica de 11 años, con una estatura de 1.30 y un peso de 40 kg, actualmente cursa el sexto año de primaria dentro de un sistema escolarizado. La informante en la entrevista fue su madre de 35 años de edad, empleada doméstica eventual, de escolaridad secundaria, en unión libre hace 18 años con el padre de C.A.; de 37 años, taxista y escolaridad secundaria, ambos con un N.S.E bajo medio.

Los padres de C. A. viven en unión libre hace 18 años, decisión tomada debido al primer embarazo de la madre, del cual nace la hermana mayor que actualmente tiene 17 años y

cursa la educación media superior. Durante varios años, la madre intentó embarazarse de nuevo sin éxito, eventualmente debido a un dolor de estómago que la lleva al médico, se da cuenta del embarazo, noticia que no agrado mucho a su pareja, sin embargo la madre no refiere agresiones por parte de su esposo. El embarazo llega a término sin aparentes complicaciones de salud ni problemas emocionales, pues el producto también fue del sexo deseado por la madre. El parto se efectúa vía cesárea ya que C.A. traía doble cordón umbilical, nace con un peso de 3.300kg y una talla de 43cm.

Fue alimentado con leche materna por siete meses, posteriormente, se complementó con fórmula, ante lo que C.A. rechazó inmediatamente el pecho materno, sin mostrar problemas en el destete. Su desarrollo motor se efectuó dentro de los parámetros; sostuvo la cabeza después del mes de edad, gateó pasados los 3 meses, logra la bipedestación a los 8 meses y camina a los 14 meses. El desarrollo del lenguaje se dio de manera normal y sin problemas en el aparato fono-articulador. El entrenamiento de esfínteres comenzó a los dos años, logrando al control total a los tres años, empleando pañales entrenadores, además de regaños y nalgadas cuando tenía accidentes.

A nivel afectivo, la madre refiere evidentes agresiones de parte del padre a C.A., pues no estaba de acuerdo con el embarazo, sin embargo expresó su inconformidad hasta el nacimiento, pues no fue del sexo que él deseaba, cabe mencionar que el padre tiene problemas de alcoholismo; de manera que tanto el favoritismo hacia la hija mayor, como las escenas de agresión en estado de ebriedad fueron constantes. Usualmente el padre regaña con severidad a C.A. desde que era pequeño, colocándole castigos por sus faltas, mientras la madre usa el diálogo, sin embargo, ella se mantiene al margen cuando el padre lo reprende o agrede, pues también es común que el padre; aliado con la hija mayor, lo descalifique ignorándolo, expresando su desagrado hacia el pequeño entre otras cosas. Ante esta actitud del padre y la hermana, C.A. se mantiene distante de la relación afectiva, recargándose en su abuelo paterno, con quien platica.

La salud de C.A. fue buena, la madre no refiere problemas visuales o trastornos de algún tipo, sin embargo, acepta no acostumbrar llevarlo a revisiones médicas, salvo en caso necesario, tal como la elaboración de certificados escolares o temperatura muy elevada. Solamente a los 8 años, recibió atención médica pues enfermó de hepatitis, la madre no refiere complicaciones ni secuelas de dicha enfermedad.

En abril de 2012, C.A. sufre un accidente, el padre manejaba una motocicleta y transportaba al pequeño en la parte de atrás; al ir circulando sobre una avenida principal cercana a su domicilio, un automóvil se impacta con ellos, siendo C.A. quien sufre el impacto por completo, de manera inmediata el padre busca apoyo de los paramédicos, pues se percata de que su hijo está inconsciente y tiene dañada su pierna izquierda. Fue trasladado al Hospital Pedro López (Ixtapaluca, Edo. de México), llegando a la unidad en estado de coma y con daño en la pierna del 80% de la extremidad, de manera que 24 horas después deciden amputársela. Permanece hospitalizado tres meses, tiempo en el que presenta síntomas tales como dolor generalizado en el cuerpo, cansancio permanente, sensación de miembro fantasma, estado de confusión y fantasías sobre la recuperación “mágica” (sic.) de su pierna.

A partir del alta hospitalaria, la relación del padre con C.A. empeoró y el problema de alcoholismo también, ante lo que el pequeño se refugia en los consejos y apoyo de su abuelo, adoptándolo como figura suprema de autoridad, aún por encima de su madre, éste actualmente vive con ellos. La casa en la que habitan, solo cuenta con cuatro habitaciones, en las que se reparten la sala comedor y cocina en una, el baño, la recámara de su abuelo y la recámara de los padres y hermanos, misma que no se encuentra habilitada para las necesidades de C.A. de manera que le resulta complicado moverse dentro del inmueble. Las dificultades y riñas entre los padres se dan con mayor frecuencia desde el accidente, estas son frente a C.A. quien ha intervenido como mediador, pues no le gusta que sus padres discutan.

Aún después de la amputación, C.A. continúa con el tren de actividades habituales dentro de casa, levantando sus juguetes, aseándose las manos, haciendo su cama, colocando la mesa, entre otras cosas. El cambio mayor se dio al bañarlo, pues no puede hacerlo solo, ya que la madre continuamente teme accidentes.

Meses posteriores al accidente se integró al sistema escolarizado, permaneciendo en una escuela de gobierno, sin embargo fue una escuela distinta y más pequeña en cuanto al número de alumnos, pues la madre refiere que no querían que su hijo se esforzara de más, por ende, que le costara menos trabajo la escuela. Desde que se reintegró, la madre refiere el mismo promedio escolar y pocas dificultades con sus compañeritos, sin embargo el estado de ánimo es irregular desde entonces, pues a veces está enojado, en otras no quiere ir a la escuela y en otras ocasiones muestra apatía absoluta. Actualmente ambos padres

están considerando sacarlo por completo de la escuela para evitar que tenga algún accidente.

Participante “C.I”

C.I es un niño de 9 años 10 meses, cuyas características físicas son correspondientes a su edad cronológica, su peso es de 20.100 kg con una estatura de 1.48 cm; actualmente asiste a la escuela en sistema escolarizado, su lateralidad es diestra.

La madre de C.I. tiene 30 años de edad, nacionalidad mexicana, con una escolaridad secundaria completa, actualmente su ocupación es de costurera en Ixtapaluca, Edo de México, su horario laboral correspondiente es de 7:00 am a 5 pm. El padre biológico de C.I. tiene 34 años de edad, nacionalidad mexicano, escolaridad de igual manera secundaria completa, ocupación actual es guardia de seguridad (comenta la madre de C.I., que no ha vuelto a saber del paradero del señor, por lo tanto, no pudo proporcionar más datos sobre él). Su nivel socioeconómico general es promedio bajo.

Los padres de C. I. se conocieron en una zapatería, en la cual ella laboraba, los presentó una compañera de trabajo, comenzaron a salir y decidieron tener una relación de noviazgo que duró dos años. La madre de C.I. se da cuenta que estaba embarazada a los tres meses, por lo tanto, no fue un niño planeado; a los cuatro meses de gestación, la madre del niño se sale de trabajar y entre los 7 u 8 meses de embarazo desaparece el padre biológico de C.I., comenta la señora que acordarse de él, la hizo sentirse mal y llorar mucho todo el embarazo.

El embarazo se llevó a cabo sin ninguna complicación; C.I nació en la Clínica particular de Chalco Covarrubias, fue parto normal, peso 3 kg aproximadamente y su talla fue de 53 cm, tampoco presentó complicaciones en el nacimiento ni posteriores a este, al día siguiente salió de la Clínica. El nombre de C.I., lo eligió la abuela materna, “sin preguntarle a la madre si estaba de acuerdo con el nombre”.

La madre refiere un desarrollo de la primera infancia dentro de lo normal, a los tres meses sostuvo la cabeza, se sentó sólo a los seis meses, no gateó, la bipedestación surgió al año, camino a los 15 meses. Su sonrisa espontanea fue a los tres meses, puedo comer sólo desde el kínder. En cuanto al desarrollo del lenguaje, C. I., balbuceó a los tres meses de vida, su primera palabra fue al año, se dio a entender claramente a los cuatro años, su calidad de lenguaje según la madre es normal, además que tiene coherencia en su discurso, sólo se le

dificulta la pronunciación de la “r”. El niño escucha bien, nunca ha tenido una infección en los oídos, de igual manera presenta buena visión. En cuanto al control de esfínteres al año y medio comenzó avisar, el procedimiento consistió llevarlo al baño, se le corregía explicándole como debía hacerlo.

Respecto a los hábitos de aseo personal, C.I., aprendió a lavarse la cara, las manos, y los dientes a los cuatro años, para asearse la nariz y escoger su ropa lo realiza desde los 5 años; aprendió a vestirse y desvestirse a los 7 años, así como peinarse; actualmente lo baña su abuela y no ayuda a los quehaceres del hogar. Su apariencia física es un de un niño poco aseado.

Debido a que el padre del niño se fue, la madre después de los 2 años decidió comenzar una nueva relación en unión libre con un hombre de 33 años de edad, escolaridad primaria completa, su ocupación albañil, en esta relación tuvo dos niños que actualmente tienen 5 años y 3 años. Motivo por el cual, la madre decidió que actualmente C.I., viviera con su abuela de 50 años, nacionalidad mexicana, con escolaridad secundaria trunca, cuya ocupación actual es el hogar, también viven con ellos sus tíos de 29 años y de 26 años de edad, ambos tienen como escolaridad la secundaria y tienen trabajos eventuales.

En cuanto las relaciones familiares C.I., en palabras de la madre; con ella tiene una relación regular, porque no hay mucha comunicación; pues el niño no le tiene confianza para decirle lo que le pasa. Con su padre biológico no tiene comunicación alguna. Con la pareja de su madre no está bien la relación, ya que no se hablan, además de que trata de evitarlos escapándose a jugar. Sostiene la madre que su pareja quiere hablarle al niño, pero no cede, por tal motivo el niño se queda con su abuela a dormir. La relación de C.I., con su abuela, es de confianza, le dice lo que le pasa y se siente, además de que juega con ella. Con su tío mayor de 29 años, su relación es regular, ya que su tío casi no está en casa y llega noche, sin embargo, lo obedece más si le llama la atención. Con su tía (esposa de su tío) es buena pues lo trata bien y en ocasiones lo ayuda a su tarea. Con su tío menor hay una mejor relación debido a que ha velado por el niño desde bebé, asimismo C.I., le dice papá. La relación con sus hermanos; con su hermano mayor se lleva bien, ya que juegan mucho y con el menor pelea frecuentemente.

En noviembre del 2011, C.I., sufre un atropellamiento, en donde los primeros que se dieron cuenta fueron los franeleros que le avisaron a la madre después del accidente. Los vecinos de la zona llaman a los paramédicos, quienes lo trasladan en el hospital de la viga, sin

embargo, debido a que presentó infecciones de larvas de mosca en las heridas, fue trasladado, al Hospital General de México. En enero del 2012 se le amputa la pierna, en este hospital, dura 5 meses bajo observación. Determinan que la causa de la amputación fue falla vascular secundaria a un atropellamiento, en donde, los síntomas y signos que presentaba C.I., fueron dolor constante post-amputación durante su estadía en el hospital, presentó dolores de cabeza. Se le realizó examen neurológico posterior a la amputación y los resultados fueron sin daño alguno. Las recomendaciones del médico fueron limpieza diaria en la pierna infectada por larva de mosca.

Actualmente su estado de salud es regular, cabe mencionar que es evidente el estado de desnutrición en que está, la madre también refiere que C.I. se siente triste porque su abuela no está mucho tiempo con él, y ella es quien se encarga cuando se enferma.

C.I., cursaba antes de la amputación, finales de segundo grado con un promedio de ocho. Por lo tanto, después de su amputación al año entro a la escuela regular y fue referido al programa de USAER (Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular), su madre considera que vio avances pues se expresa más y comienza a ser independiente en sus conductas de autocuidado.

A C.I., actualmente le gusta asistir a la escuela, porque convive con sus tres compañeros con los que se lleva muy bien. La opinión del maestro respecto al niño que es tranquilo, aunque en ocasiones no le gusta trabajar. Los que influyen en la educación del niño son la abuela, madre, pareja y tíos.

La madre describe a C.I., lo describe “como un niño sensible, un poco ansioso y amable; asimismo es un niño tierno que no es sociable ante las personas, sin embargo,”se deja querer aunque no esté conmigo lo quiero mucho y trato de ayudarlo” (sic.). La conducta del niño es retraída, callada y tímida. Lo que le gusta más a la madre su hijo es que es tranquilo y no es latoso y lo que más le desagrada es su desobediencia además de su actitud demandante. Lo hace enojar tener que compartir sus juguetes, hace berrinches y se enoja.

Comenta la madre que entre la abuela y ella corrigen la conducta del niño, le dan golpes sólo cuando pelea con sus hermanos, la frecuencia con que esto sucede es de vez en cuando, la reacción del niño es de enojo y “mira feo” (sic.). Los regaños se emplean cuando C.I. hace desastre con sus juguetes, y son los más frecuentes, ante lo que solo

agacha la cabeza. Los castigos son muy frecuentes en donde no ve la televisión dos días y su reacción e llorar. Al niño le da miedo la oscuridad, pues dice que alguien lo va a atacar ve zombies.

También la madre comenta que él no se siente con una discapacidad, dice que está bien, que lo que él tiene no es una enfermedad y que puede mejorar su vida. Sin embargo, considera que se ve afectado por el hecho de que los demás si caminan y él se pone triste de no poder hacerlo.

La madre espera del niño “que trabaje que sea un hombre de bien, es decir, que trabaje y no se drogue” (sic.).

Participante “I”

Niño de 10 años 10 meses de edad, con una estatura de 1.30m y un peso de 43kg, actualmente cursa el tercer año de primaria dentro de un sistema escolarizado, como informante, se presenta a la entrevista la madre del niño; obrera de 41 años, con escolaridad secundaria y un N.S.E. Medio Bajo, separada del padre de I. hace cinco años.

Los padres de I. se conocieron desde su adolescencia, pues eran vecinos en la comunidad, tuvieron un noviazgo rechazado por ambas familias, por lo que terminan. Se reencuentran durante una fiesta patronal y a los 22 deciden vivir en unión libre, aún sin el consentimiento de las respectivas familias. Un año después, nace la hermana mayor de I., cinco años después la madre se embaraza de I., con la esperanza de que el embarazo ayudara a salvar su matrimonio. Previamente, se dio un aborto espontáneo, por lo que la madre buscó cuidarse más dentro del siguiente embarazo, este se determinó de alto riesgo, por lo que se mantuvo al margen de la mayoría de los problemas en la relación de pareja, que pese al embarazo, continuaban, así mismo, refiere malestares constante en el cuerpo, tristeza y episodios de llanto incontenible. El embarazo llegó a término, durante labor de parto; la madre presenta preclamsia y requieren una cesárea, tanto por la presión alta, como por el cuello de la matriz estrecha. La madre no recuerda el peso y la talla de I. al nacer, solo informa que tenía altos niveles de bilirrubina, fuera de eso, no menciona problemas postnatales.

La madre refiere haber estado feliz del nacimiento sano de su bebé, entonces se integró a su rutina de ama de casa rápidamente. Lo alimentó con leche materna hasta los 2 años y medio, el destete se dio de manera complicada, por lo que lo dejaba llorar por horas hasta

que se quedaba dormido, fue entonces cuando comenzó a alimentarlo con fórmula láctea de la CONASUPO.

La madre refiere un desarrollo motor desfasado, sostuvo la cabeza pasados los 5 meses, no gateó y caminó solo después de los 18 meses, mostrando dificultades en la marcha desde que comenzó a caminar, para sus cinco años; presenta fiebre reumática, condición a la que no se le dio seguimiento constante y por la que hacia los 8 años generó severo desgaste articular en piernas. El entrenamiento para controlar los esfínteres inició a los 24 meses, la madre empleaba una bacinica y lo dejaba andar sin ropa interior, cuando I. tenía accidentes hablaba con él y lo ayudaba a limpiarse; logra control de esfínter urinario inmediatamente, el control de esfínter fecal se da a los 2 años y medio aproximadamente. Su desarrollo del lenguaje mostró dificultades, pues aproximadamente hasta los 24 meses pronunció mamá y logra dominio pasados los 4 años, actualmente aún presenta problemas en la pronunciación de fonemas como la “R”.

Para sus 3 años, I. es testigo de constantes riñas entre los padres, mismas que en repetidas ocasiones llegaron a la violencia física mutua, las razones de las discusiones eran variadas, desde la falta de dinero hasta el apego que I. tenía con su madre y abuela, situación que enfurecía a su padre. También a partir de esta edad, es cuando su abuela materna se hace cargo de su cuidado a tiempo completo, pues las riñas entre los padres se hicieron presentes de nueva cuenta y con más fuerza, la madre de I. consideró una separación, y comenzó a trabajar como obrera. Desde sus 3 años, I. mostró una inclinación mayor por su abuela, quien establece un lazo muy fuerte con él, además de acercarse afectivamente a su hermana mayor, es importante mencionar que a partir de este momento, el estado de salud de I. se ve afectado, pasando de ser regular a malo, pues desarrolla obesidad y los problemas de vías respiratorias aumentan considerablemente; “...prácticamente se la pasaba enfermito todo el tiempo...” (Sic.), así mismo, a los 4 años, por descuido de la abuela; el niño ingiere 20 bolsas de cacahuates, lo que desemboca en una alergia a estos. La madre refiere constantes accidentes de I., de los cuales se percataba al llegar a casa, justificando a la abuela con su edad y mencionando que finalmente no era su obligación cuidarlo. La madre permanece ausente del cuidado de ambos hermanos desde ese momento, dedicando sus días a trabajar dobles turnos, delegando completamente la responsabilidad de sus hijos en su madre.

Cuando I. cumple 5 años, sus padres deciden separarse, pues para ese entonces su padre ya había formado otra familia y se evidenció la presencia de medios hermanos de I. que tenían prácticamente la misma edad. También a esta edad inició su carrera escolar, asistiendo un año al jardín de niños, entrando a la primaria a los 6 años. Los profesores y la madre refieren que I. fue un niño muy intrépido, con mucha energía y con una actitud regular hacia la escuela, pues no era un alumno de excelencia académica, manteniéndose en un promedio de 8.0 de calificación.

Cuando I. tenía 9 años, la madre refiere que él comenzaba a ser más rebelde en su comportamiento, por lo que tanto a ella, como a la abuela; les costaba un poco de trabajo mantenerlo dentro de los límites de conducta de la familia. Una noche, en Junio del 2011; mientras I. salió a una tienda cercana a su casa, hubo una riña callejera que incluyó disparos de arma de fuego, uno de los disparos impactó en la pierna de I., al escuchar el alboroto, los vecinos auxilian al pequeño y su madre. Lo trasladan al hospital de Xico (Valle de Chalco, Edo. De México), donde le inducen un coma durante 15 días, tiempo en el que resulta imposible salvarle la extremidad y terminan por llevar a cabo una amputación sobre rodilla en la pierna izquierda, posterior a la amputación, permanece internado un mes más. Durante el tiempo que permaneció internado; refieren múltiples fallas en pulmones y riñones, dolor crónico, llanto frecuente, ausencias al despertar y pesadillas, razones por las cuales lo mantenían sedado la mayoría del tiempo dentro del hospital. I. menciona que se la pasaba llorando en el hospital, ya que tenía miedo de que la enfermera lo regañara, porque todo era su culpa.

Al ser dado de alta del hospital, llegó directamente a su casa, I. no quería que los vecinos lo vieran, por lo que permaneció en cama por seis meses, posteriormente se adaptaron algunos aditamentos para facilitar el traslado de I. por el inmueble, tanto en la silla de ruedas, como en muletas, a los meses del accidente, su padre llegó a visitarlo a casa, hablando con él "...su padre solo llegó a regañarlo, a decirle que no debía salir solo en la noche y que esa era la consecuencia..." (sic.) Desde ese episodio, la madre y abuela le prohibieron la convivencia a I. con su padre. La madre y abuela intentaron acudir a su rehabilitación de manera constante, sin embargo, la madre continuó con sus turnos dobles, por lo que el tiempo que le dedicaba a I. siguió siendo limitado "...para no llorar frente a mi hijo, me desconectaba de todo, andaba como robot..." (sic.). La relación entre hermanos también se vio afectada, por lo que I. dejó de convivir con su hermana por completo.

En los meses posteriores I. presenta pesadillas constantes; refiere "... sueño que estoy en el hospital y que estoy amarrado, debajo de mi cama hay una alberca y me avienta la enfermera..." (sic.), no puede dormir sin ruido, por lo que deja el televisor encendido hasta conciliar el sueño, también enuresis diurna intermitente.

Prácticamente un año después del accidente, se reintegra a la escuela regular, cursando el cuarto grado de primaria. La madre refiere que se volvió un niño muy callado; al regresar a la escuela solo recibía burlas y preguntas constantes sobre su estado, le decía "...no sirve para jugar..." además de que los directivos lo aislaron en las áreas comunes para evitar accidentes, ahora mientras algunos lo ignoran, otros lo sobreprotegen y quieren hacerle todo. El profesor refiere que es un niño muy responsable pero muy callado, como si siempre estuviera enojado, sin embargo, no menciona quejas pues su promedio subió a 9.0 de calificación en lo que va del ciclo escolar.

Actualmente la madre de I. menciona no poder creer aun lo que ocurrió, no obstante, intenta integrar a su hijo a la rutina diaria, pues cree que el impacto emocional más duro lo llevó la abuela, quién se negó a ser entrevistada. Le preocupa que a veces su hijo no quiere levantarse de la cama, no quiere hacer sus ejercicios o salir a visitar familiares que viven por la zona, además de su creciente interés en las niñas, pues teme que lo lastimen por el rechazo. I. expresa abiertamente haber estado en el lugar y momento equivocados el día de su accidente, además de su deseo por formar una familia a la brevedad, a quien pueda proteger de todo y enseñarle cosas.

➤ **Interpretación de contenido secuenciado por dibujo (ver Anexo 3)**

Participante "A"

Dibujo 1

El dibujo 1 es una figura de mujer con rasgos masculinos y sumamente rígidos, que se mantiene en la fantasía. Sus brazos pegados al cuerpo, así como, sus piernas juntas, denotan la rigidez mencionada, un control interno excesivo y tensión emocional, lo que A., confirma a través de tantos años de rechazo y agresión del medio sin que A., respondiera para intentar defenderse.

Muestra repetidos rasgos de agresividad en ojos y manos, sin embargo, es tan dependiente que reprime la agresión evitando quedarse sola, mostrándose entonces, retraída, ensimismada e insegura.

Intenta controlar las influencias exteriores, ante lo que emplea la hostilidad y la rebeldía expresando no querer ajustarse a los modos femeninos que le corresponden, tratando así de no revelar su propio concepto.

Dibujo 2

En el dibujo 2, A., mantiene la rigidez y prácticamente repite el dibujo anterior, emulándolo. En esta ocasión enfatiza el arreglo de la cabeza, expresando preocupaciones e ideas neuróticas. Sus ojos, dedos y trazos sugieren agresividad. En este caso enfatiza su ambivalencia al respecto de su desarrollo sexual al colocar tanto moños como flores. Representa rasgos obsesivos y aumenta la necesidad de control interno, sin desaparecer la dependencia ni mostrar interés por las relaciones. No borra en ningún momento, lo que implica su capacidad para discriminar sus responsabilidades de las de los otros.

Dibujo 3

En el dibujo 3 A., se mantiene refugiada en la fantasía, sin embargo, aquí refleja su dificultad al sentirse dependiente de otros e indefensa omitiendo su boca, expresando su inseguridad, angustia y resistencia pasiva, pues no quiere recibir nada de otros. Para ello disminuye su tamaño y omite los pies, representando un yo con poca valía, inseguro y carente de apoyo. Cierra los ojos, como si deliberadamente se cerraran al mundo, con el propósito de aislarse mejor, apretando brazos y piernas; intentando controlar las influencias exteriores, controlando su agresión, pues su rigidez y dificultad para contactar con el medio, la lleva a hacer discriminaciones erróneas y atacar al mundo.

Dibujo 4

Para el dibujo 4, A., baja de la fantasía a la realidad, aunque manteniéndose en el pasado, a la reserva de lo que le ocurre en este momento, continúa con los ojos cerrados, alejada del mundo, enfatizando el arreglo de la figura y su narcisismo, pues en este caso no repara en manifestar su dependencia, inseguridad, inadecuación, ansiedad y culpa. Omite tanto las manos como las piernas, reflejando su temor al castigo, así como angustia por esa zona

corporal. Las transparencias confirman el miedo a la mutilación, optando por permanecer en el pasado donde el medio no resultaba tan amenazador.

Dibujo 5

En el dibujo 5, A., intenta escapar a la fantasía de nueva cuenta, en esta ocasión omite los rasgos faciales por completo, situación que implica su necesidad de aislamiento y refugio al no querer aceptar la realidad dolorosa y frustrante en la que se encuentra en este momento. El dibujo refleja inseguridad, angustia y resistencia pasiva al ambiente del que naturalmente no quiere recibir nada, evitando cualquier relación con los demás y así aparentemente intenta controlar las influencias del exterior. La figura mantiene la conducta retraída, sumo control y timidez, probables conductas de despertar sexual, además de la sensación de falta de apoyo.

Dibujo 6

Para el dibujo 6, A., se mantiene en la fantasía, sin embargo, hay un intento de reestructuración, al devolverse a la figura el contacto visual con el mundo. E^os la primera que muestra signos de inestabilidad, falta de equilibrio en general y ausencia de una base firme que le de seguridad emocional. Por ello, regresa y enfatiza en los rasgos que le han ayudado a enfrentar las situaciones que le generen temor, tales como la rigidez, la ausencia de contacto con el medio, agresividad pasiva, una tendencia obsesiva compulsiva y control interno extremo, todo ello con la intención de controlar las influencias externas del medio.

Dibujo 7

En el dibujo 7, A., vuelve a la realidad y al pasado, pero en esta ocasión intenta evadirlo, guardando sus manos en el bolsillo, se cubre la cabeza y aprieta su cuerpo. En este caso se ve una figura con fallas en el control de reacciones impulsivas, con trazos dentados y riesgo de confrontar con hostilidad. Bajo esa capucha, continúa una niña insegura y ansiosa, que tiene miedo, dependiente, preocupada y primitiva, con sentimientos de poca valía y dificultades para relacionarse.

Dibujo 8

En el dibujo 8, A., abandona cualquier intento de defensa agresiva contra el medio, así como su sitio en la realidad del pasado menos hostil con ella. Para esta figura A., vuela a la seguridad de las fantasías, dónde, a pesar de sentirse insegura, ansiosa, invalida, si apoyo

y a la defensa del medio que la violenta, tiene la opción de cerrar los ojos nuevamente aislándose en su propia versión del mundo. Si bien en su sitio se muestra extremadamente rígida, controlada y ausente, en cualquier momento tiene la opción de desaparecer por completo del medio, pues oficialmente hay partes de ella que ya no existen.

Participante “B”

Dibujo 1

B. trata de presentar un dibujo centrado de un pequeño con fuerza y gran autovaloración, no obstante, es un dibujo que evidencia sus dificultades para relacionarse con el ambiente, específicamente reflejado en casa, además de falta real de equilibrio, pues las figuras de base (mamá y papá) no se lo brindan. Tanto el dibujo espontáneo de dos o más figuras como la asimetría nos sugieren daño orgánico, no obstante, esta idea no implica dificultades en su habilidad de representación simbólica ni un coeficiente intelectual bajo, por lo que dicha figura se tomará como un elemento del ambiente.

También se observa agresión, fallas en el control de impulsos y trazos que sugieren enojo, al darse en un contexto en el que B. muestra poca capacidad para las relaciones no se conecta con otros, inseguro y con una gran preocupación racional, genera que dicha agresión se contenga y desplace hacia él mismo, volviéndose blanco de agresora de su familia.

Dibujo 2

En el dibujo 2, B., no puede mantenerse en el centro, en este caso se observa que a medida que las preocupaciones aumentan con el tamaño desproporcionado de la cabeza, también aumenta la tendencia a refugiarse en el pasado y en la fantasía. Además muestra su inestabilidad emocional con un dibujo pobremente integrado, lucha por controlar sus impulsos, incluyendo el cuello y en los trazos; no obstante, aparecen transparencias, evidenciando de nuevo un niño impulsivo con dificultades para expresar con palabras aquello que le causa ansiedad. Mantiene una figura inclinada pues continúa sin sentir apoyo familiar, B., elimina el cabello como expresión de virilidad y fuerza, lo que pudiera verse como alejamiento de la figura paterna que lo agrede constantemente. La agresión permanece latente, aunque la logra manifestar respecto al dibujo 1, pues “tapa” el dibujo espontáneo más pequeño del dibujo 1.

Dibujo 3

El dibujo 3 es evasivo, inclusive una tv que esta observado, además de acentuar rasgos de poco contacto con el medio, ojos como puntos, brazos extremadamente cortos, disminuye el tamaño de la cabeza, como si las preocupaciones disminuyeran también. Pese a continuar refugiado en la fantasía, el dibujo 3 abandona la inclinación, intentando equilibrio emocional, logrado a partir de la aparición de sus padres en el dibujo.

Muestra a papá con la representación del sol y a mamá como la representación de la luna sobre él, evidencia a mamá más cerca de él, sin embargo, la presencia de ambos no elimina la agresión latente.

Dibujo 4

En el dibujo 4 la madre de B., desaparece (luna) y el sol es colocado inminentemente de mayor tamaño, lo que refuerza el desequilibrio general del dibujo. En este, la figura se muestra inmadura, con una extrema necesidad de controlar sus impulsos; alargando el cuello hasta el triple del tamaño esperado, continúa la agresión, pero prácticamente desaparece las manos. Se le ve inseguro, evasivo, inestable y comienza a desintegrarse. Al ser colocado bajo una presión creciente y demasiado para poder evadirla o afrontarlo, aparece un autoconcepto abrumado y reducido.

Dibujo 5

Para el dibujo 5, B., desaparece al sol y trae de nuevo a la luna, sin embargo, la aparición de papá en los dibujos anteriores hizo estragos, culminando con un dibujo evidentemente primitivo, evasivo por completo, quedan sólo vestigios de agresión, la debilidad en sus habilidades para conectarse con el medio se hacen más grandes, eliminando hasta los dedos, dejando sólo muñones, teniendo a retraerse, vuelven a mostrarse los pobres controles internos. Aquí se ve una madre lejana, espectadora.

Las transparencias en una zona específica y menor énfasis en el detalle de sus extremidades inferiores refieren su angustia, conflicto y medio a la mutilación corporal.

Dibujo 6

Para el dibujo 6, B., mantiene y reafirma la desintegración. Cuando papá aparece, B., muestra extrema necesidad de controlar sus reacciones impulsivas. En este dibujo no hay

evidencia de recuperación sino lo contrario, coloca múltiples elementos difusos de fondo, escisión, una pobre integración de las partes, inestabilidad emocional, desequilibrio general, dificultades para relacionarse con el mundo nuevamente evasión y la presencia de preocupaciones.

Dibujo 7

En el dibujo 7, B., evidencia lo mencionado en el dibujo 6, en este caso mientras B., continúa luchando por equilibrarse y reintegrar su autoconcepto, la figura paterna se mueve del campo visual y aleja de B. No muestra evidencias de recuperación.

Dibujo 8

En este dibujo muestra la consumación de los dibujos anteriores, en particular del 6 y 7. Nos da un dibujo disminuido, infravalorado, impulsivo y agresivo, sin interés en relacionarse con el medio. Es la figura más pequeña, culminando con timidez, inseguridad y depresión. A pesar de que el padre sale del escenario, la infravaloración continúa. No hay nada que sugiera una recuperación fuerte.

Participante “C.A”

Dibujo 1

En el dibujo 1, C.A. presenta un dibujo rígido e inestable, que sugiere la falta de una base familiar firme. La forma de sus piernas y proporciones del cuello evidencia su falta de control de impulsos y la tensión que ello le genera; ante lo que prefiere ausentarse del contacto con el medio, eliminando los ojos.

El moderado énfasis en las orejas, muestra su real inseguridad y hasta sentimientos de inferioridad que refleja al enfrentar las críticas del medio ambiente. El énfasis en la boca con una expresión tensa, así como el cabello enmarañado, enmarcan un cuadro de estrés generalizado del dibujo.

Dibujo 2

En el dibujo 2, C.A., muestra una asimetría mucho más marcada, previo descarte de dificultades en la coordinación visomotora; se entiende dicha asimetría como dificultades para controlar sus reacciones impulsivas, lo que toma fuerza al aparecer transparencias que

implican los miedos de C.A., así como una demanda de ayuda, pues se ve a sí mismo como incapaz de poner en palabras su ansiedad.

Mantiene la rigidez e inestabilidad, pero exagera el cabello y los trazos fuertes que confirman su agresión contenida y el oposicionismo contra el medio ambiente. Continúa con un dibujo que se resiste a contactar con el medio.

Dibujo 3

Dentro de la figura 3, C.A.; aparentemente intenta recuperarse de la inseguridad e inestabilidad con que inició sus dibujos, ante lo que realiza un dibujo de mayores dimensiones, no obstante, asimétricamente impulsivo, así como pobremente integrado, resultando un intento fallido de recuperación estructural.

Mantiene una figura evasiva en la que C.A. sigue conteniéndose, para no mostrar nada de sí; con los ojos en blanco y disminuyendo un dedo de cada mano. Los trazos se ven más toscos, remarcados y descuidados, a pesar de que el énfasis de los trazos está en la cabeza, mostrando intentos de racionalizar la percepción del medio, y el lugar de la figura se mueve a la derecha; ello no descarta que esté ubicado en un espacio que promueve la fantasía como escape del medio.

Dibujo 4

Para el dibujo 4 C.A., no logra mantener el intento de recuperación, por lo que reaparecen; la inestabilidad de base y desequilibrio, los sentimientos de inseguridad e inferioridad frente a las críticas del medio. El énfasis en la boca tensa cuya intención es contenerse, los ojos evasivos y la fantasía como defensa. A pesar de que las transparencias reaparecen como evidencia de dificultades en el control de impulsos, también disminuye la intensidad y fuerza de los trazos del dibujo, de manera que a mayor desequilibrio percibido por el medio, mayor frustración y ensimismamiento; mostrándose más pequeño e indefenso.

Dibujo 5

En el dibujo 5 C. A. realiza una figura que mira a la izquierda y totalmente tambaleante, incapaz de mantener el equilibrio por completo, además ubicado en el área de la fantasía y el pasado, que pese a resultar un espacio y tiempo menos abrumador, tampoco genera satisfacción en el niño. El dibujo mantiene la tensión y evidencia de una expresión de

tristeza, a pesar de tener dimensiones mayores, reaparece el pobre concepto de sí mismo y la impotencia.

Dibujo 6

Dentro del dibujo 6, C.A., muestra por completo la consumación del dibujo 5, en este deja ver una figura que contacta con la realidad; pues es el único dibujo en que aparecen los ojos rellenos, el cabello es más corto y controlado, además que la expresión de tristeza en la boca se remarca. En general la culminación de un autoconcepto negativo; tímido, inseguro, retraído y deprimido en relación con las proporciones anteriores. La omisión de los brazos, no solo como rasgos de contacto, sino como reflejo de la ansiedad al estar bajo una presión que ha sido creciente y demasiado abrumadora para seguir eludiéndola.

Dibujo 7

El dibujo 7 de C. A., regresa a la evasión contra el medio, mostrando una orientación al presente, enfatizándose agresivo, igual que los dibujos anteriores, aunque sigue protegido en la fantasía. La expresión de la ansiedad disminuye, pues la amputación se reduce a la mitad de una extremidad superior, pero la percepción de desorganización aumenta, pese a los esfuerzos por verse más seguro y fuerte, la insatisfacción continúa.

Dibujo 8

En el dibujo 8, C.A., logra recuperarse emocionalmente, en este, desaparece por completo la agresión contra el medio, reaparecen ambos brazos como rasgo de contacto, disminuyendo su ansiedad. A pesar de orientar su mirada hacia el futuro a manera de anhelo, continúa protegido en el pasado cómodo y menos agresivo contra él. La mirada vacía vuelve como forma de evasión y resguardo. Pese a poder sugerir una ligera recuperación, solo muestra empleo mayor de sus defensas contra el medio, que nunca pudo controlar u percibió como abrumador durante toda la secuencia de la prueba.

Participante “C.I”

Dibujo 1

El niño C.I. dibuja rasgos grotescos, pequeños y tendientes a la fantasía, esto, evidencia enojo y agresión contenida, por lo que con figuras que considera en un nivel interior (tal como su hermano pequeño) se le dificulta controlar sus reacciones impulsivas. Asimismo,

denota refugio en el pasado donde no existía inestabilidad de base ni un medio inconstante, pues sólo estaba a cargo de su abuela y su madre no llegaba de manera intermitente como actualmente lo hace. Se muestra sensible a la crítica y susceptible a la ofensa, por lo que se molesta cuando le piden cosas o sus pares hacen comentarios sobre su persona, momentos en los que expresa no sentirse con discapacidad. Sin embargo, existen sentimientos de inadecuación, un pobre concepto de sí mismo poca valía, inseguridad y retraimiento.

El dibujo presenta evidentes dificultades para establecer relaciones con el mundo, además de falta de estabilidad de base, refleja a al delegar su cuidado y protección en varios familiares sin una estructura fija.

Dibujo 2

C.I nuevamente elabora un dibujo refugiado en la fantasía, no obstante, lo sitúa más hacia el presente, lo que aumenta su sensibilidad a la crítica estando más al pendiente de lo que el medio expresa. Su dificultad para controlar reacciones impulsivas permanece pero las explosiones de enojo desaparece, así también “deja de luchar” contra sus compañero, manifestando distanciamiento y retraimiento. Sus manos muestran disconformidad frente al mundo, por lo que, siente ansiedad y la necesidad de aislarse del ambiente, evidenciado por el esfuerzo de los rasgos faciales.

Conforme avanza el dibujo va dejando las líneas de las piernas más delgadas y abiertas, insistiendo con la ausencia de los pies, reflejando dificultad para mantenerse integrado bajo presión del medio, así como disconformidad con el cuerpo. La figura está ligeramente inclinada, ya que aunque sigue el refuerzo; comenzando a mostrar una tendencia a reflejar problemas psicosomáticos.

Dibujo 3

En este dibujo C.I se mantiene en el medio, entre el presente y pasado, no obstante, igualmente refugiado en la fantasía. C.I se percibe pobremente integrado, lo que le genera sentimientos de depresión, ansiedad y culpa que es reforzada socialmente. Esto lo lleva a que la agresión regrese, mostrada con los pies y la omisión de nariz. Las transparencias se asocian con inmadurez y alto grado de impulsividad expresado en esta ocasión hacia el medio que percibe como hostil.

Dibujo 4

C.I. Aquí denota aumento en el tamaño de la figura, aunque implica timidez e inseguridad, también habla de un aumento de defensas contra aquello que le genera un impacto considerable. En este dibujo aparece la angustia, miedo agudo y conflicto respecto a la mutilación corporal. Además la colocación de una boca dentada, la ausencia de cuello, los brazos cortos con dedos en punta, omisión de nariz y aparición de genitales, dan como resultado una marcada agresión contra aquello que le resulta una amenaza. Al seguir sin poder conectarse con el mundo exterior, se retrae, infravalora, y siente extrema inadecuación, expresando ahora claramente controles internos muy pobres.

Dibujo 5

En este dibujo C.I, de igual manera Intenta de aumentar de tamaño, ocultando sus sentimientos de infravaloración y minusvalía, se define obsesivamente rellenando dos partes del tronco y torso, sintiendo cada vez más evidentes un concepto propio en aras de desintegración, intentando prácticamente salir de la hoja. Se observa una necesidad de contener la agresión que siente, intentando evitar exponer su imaginación e impulsos, las líneas muestran ansiedad intensa debido a esta ambivalencia pues continua enojado, aún siente inadecuación y una control rígido del medio.

Dibujo 6

C. I muestra en este dibujo un concepto de sí mismo distinto, más primitivo. Se inclina a la izquierda, refugiándose de nuevo en el pasado, tan aferrado a la fantasía que está por salirse de la hoja, de lado, sin aparente estabilidad, ni equilibrio. Dibuja una cara limpia libre de agresión aunque mantiene las orejas grandes, las manos empuñadas y la falta de cuello, por lo que existe simple contención emocional. Las defensas agresivas y el retraimiento desaparecen, surgiendo una imaginación desbordada y regresiva.

La impresión general del dibujo es de un niño menor a su edad cronológica pasivo dependiente agobiado; pareciera ser que el disfraz agresivo de los dibujos anteriores era para protegerse de la vulnerabilidad que siente al verse expuesto en el medio.

Dibujo 7

Responde al dibujo y con una figura igualmente regresiva, con ausencia de rasgos esperados para su edad, refuerza la hostilidad de los ojos con el trazo en la cabeza y los

brazos. Lucha por mantenerse estático e integrado. Aún existe agresión y conflictos para relacionarse hace la cabeza más grande, se discierne alguna ideación que lo ayuda a permanecer estático, desaparecen las ojeras, intentando que las críticas del medio no le afecten, regresando a una postura poco confrontativa con el exterior pero manteniendo agresión latente.

Dibujo 8

Finalmente C.I, llega a una figura de regular tamaño que mantiene la inmadurez de los dibujos anteriores; en la que se evidencia la impulsividad y los controles internos pobres que los caracterizan, conserva la hostilidad, ausencia de agresividad manifiesta y retraimiento. No obstante, los ojos bizcos reflejan rebeldía latente, por lo que, tampoco podrá adaptarse o ajustarse a los lineamientos y modos esperados de conducta. Sigue sin percibir una base firme que le brinde seguridad emocional al regresionarse, esta seguridad es explícitamente demandada de quienes considera que deben satisfacerle.

Participante “I”

Dibujo 1

El dibujo 1 de I. muestra una figura masculina de pie vestida, rígida y evasiva del medio, pues aunque la mirada está direccionada al frente, no posee contacto con el mundo. El único rasgo fuerte es la omisión de la boca que refleja inseguridad y angustia, así como una resistencia pasiva al ambiente, pues I. simbólicamente se niega a recibir algo de los demás.

Dibujo 2

En el dibujo 2, I., mantiene todas las características anteriores, pues emplea el trazo del dibujo 1 como guía. Sin embargo, en este se observan tres rasgos nuevos; inicialmente líneas más gruesas y agresivas, posiblemente para cubrir las líneas iniciales, las cuales eran más bien débiles y pasivas, mostrando un yo más defensivos. Aparecen las orejas como muestra de la sensibilidad a la crítica y la presión que el medio ejerce, asimismo se ve reflejada una pobre integración de las partes y mayor ansiedad.

Dibujo 3

Para el dibujo 3 I. retrocede al pasado tanto en la figura humana como en la dirección de la mirada. Disminuye el tamaño de la figura, se ve ligero desequilibrio y omite la nariz, estos

rasgos reflejan inseguridad, timidez y conductas retraídas, así como la ausencia de agresividad manifiesta. Ello genera conflictos pues aparecen sombreados que evidencian preocupación y ansiedad respecto al propio cuerpo y que no tiene manera de expresar abiertamente ni desplaza violentamente contra algo externo.

Dibujo 4

El dibujo 4, por el contrario, muestra rasgos agresivos manifiestos, ello a manera de mecanismo de acción ante un autoconcepto muy disminuido, retraído e inseguro. Representa un esquema pequeño y asimétrico, con una necesidad de expandirse y no perderse en el medio ambiente. El sombreado aumenta como signo de una ansiedad abrumadora respecto al propio concepto.

Dibujo 5

El dibujo 5 de I., es un refuerzo del dibujo anterior en el que rechaza la agresión como medio de defensa y opta por evadir completamente la realidad, omitiendo los rasgos faciales por completo, mostrando una no aceptación de la realidad dolorosa y frustrante, en la que se percibe indefenso, con un cuerpo que le genera preocupación y ansiedad, además de que muestra resistencia a lo que el ambiente pueda ofrecerle para disminuir su ansiedad.

Dibujo 6

En el dibujo 6, I., consume los dibujos 4 y 5, en este se muestra por completo incapaz de enfrentar el ambiente, al que percibe como absolutamente abrumador. Se ve a sí mismo como tímido y retraído. Al aumentar tanto la ansiedad y preocupación por el estado de sus extremidades inferiores, generaliza dicha preocupación al resto del cuerpo y mutila aquello que le resulta conflictuante, sin embargo eliminar sus pies solo desemboca en un aumento de la autopercepción de poca valía e inseguridad por no tener en que apoyarse.

Dibujo 7

En el dibujo 7, I., a manera de intento de recuperación, representa los ojos, que aunque presentes, evidencian una mirada difusa o desencajada, siguen ausentes la nariz y boca como resistencia al apoyo del medio. Sin embargo ya se ve un dibujo abiertamente impulsivo, angustiado y temeroso por una mutilación corporal, de manera que intenta equilibrar esa angustia con una marcada agresión; dedos de los pies primitivos y grotescos, manos muy grandes, asimetrías marcadas y los ojos acentuados además de amenazantes.

Por toda la pasividad previa se interpreta que toda esta agresividad se desplaza hacia sí mismo.

Dibujo 8

Finalmente, en el dibujo 8, I., intenta nuevamente contener y controlar todas sus emociones y miedos evidenciados en los dibujos anteriores. En este caso vuelve una figura básica, carente de expresión, rígida y básica, que evade el medio y aparenta poco conflicto con las críticas que llegan del medio. Regresa un yo inflexible, sin intenciones de relacionarse armoniosamente con el mundo. Si bien muestra asimetría ligera y problemas para integrarse por completo, lucha para sustituir o cubrir sus miedos y fantasías agresivas.

➤ Interpretación de las categorías (ver Apéndice 4)

Respecto a la altura del dibujo, se obtuvo un resultado de (--, 23; -, 13), esto es que el rango de medida cae de entre 10.1 y 7.0 cm, siendo así sólo cuatro de los dibujos de la muestra inclasificables por ser figuras incompletas. Por lo tanto, el 90 % de los dibujos los que se encuentran en el rango anteriormente mencionado, lo que implica que los niños reflejan una supervaloración excesiva del medio ambiente y una disminución del propio yo, es decir, perciben el mundo circundante como abrumador y a su persona como inadecuada, de tal manera que frecuentemente tratan de evitar orientarse a los estímulos del medio ambiente, cuando no lo pueden evitar reaccionan con una sumisión excesiva y una ansiedad difusa, las cuales también se manifiestan por medio de tendencias regresivas (ver cuadro 1).

En cuanto a la colocación del dibujo (TC, 22; CL, 1), se obtuvo que 22 dibujos de la muestra cubren dos áreas predominantemente hacia arriba y otros 11 dibujos cubren dos partes hacia la izquierda resultando estos puntajes los más significativos proporcionalmente, el resto de los puntajes están repartidos en menos del 5 % de la muestra, por lo tanto, no son significativos. Entonces la muestra significativa refleja que el 95% de los dibujos evidencian inquietud e inseguridad al hacer frente al medio ambiente por parte de los niños, así como hay una acentuación a la fantasía tendiendo a rechazar las exigencias del medio. La acción lábil es anulada por una acentuación de la fantasía mostrando una baja tolerancia a la ansiedad. Se confirma la evasión mencionada en la anterior categoría como un intento de eludir a un impacto del ambiente y las tendencias

regresivas, manifestando deseos de retornar a un pasado seguro alejándose de la realidad ambiental del presente (ver cuadro 2).

La calidad de las líneas del dibujo representa un (CS, 19), que es el 47.5 % de los dibujos de la muestra con un tipo de línea sólida continua, lo que permite observar que los niños representan absoluta rigidez en el dominio de la ansiedad, implícitamente defensas frágiles y difusas al tratar de reprimir la misma. La densidad media en los bordes del cuerpo muestra que los tratan arduamente de contenerse al actuar, elaborando criterios más amplios de realidad. El resultado de (x, 29) que representa el 72.5 % de la muestra expresa hay refuerzo presente en la calidad de la línea, lo que indica preocupación, ansiedad y conflictos sobre el propio nivel de actuación de manera que los niños tienen la necesidad de aislarse y protegerse del medio ambiente, el (0,34) implica que el 85 % de la muestra manifiesta absoluta ausencia de temblor en el trazo, esto es carente de interpretación. Sin embargo, sólo el 15% de la muestra (-, 6) tienden a expresar ansiedad física y pobres controles sobre la misma. En el tipo de unión (++, 14; +, 14) refiere de manera significativa que el 70% de la muestra presentan inadecuada unión de los trazos, lo que lleva a interpretar una gran preocupación por su concepto de la realidad, llevándolos aislarse no sólo de la realidad sino de sí mismos, pues sienten una necesidad excesiva de controlar sus impulsos para no llegar a la desintegración. En la presión se obtuvo (+, 28), el cual refiere que el 70% de la muestra presenta mucha presión en el trazo, dando indicadores sobre las defensas que el niño emplea ante tanta presión; refleja tensión interna, necesidad de fuerza para reforzar la realidad y posibles agresiones al no recibir de afuera la fuerza antes mencionada (ver cuadros 3 y 4).

Respecto a la simetría del dibujo se obtuvo (- -, 22 tanto horizontal como vertical) aluden al 55 % de la muestra hacen referencia a una simetría limitada y mínima en ambos sentidos; aquí los niños manifiestan de inicio una excesiva vulnerabilidad, así como poco control sobre los impulsos y los estímulos, por lo que su capacidad para defenderse es débil e inadecuada, confirmando una fuerte tendencia a reaccionar de forma inmediata, evidenciando dos conductas: bajo control de impulso y bajo juicio autocrítico o bien, descompensaciones obsesivas compulsivas (ver cuadro 5).

Entorno a la parcialidad del dibujo se revela una disconformidad básica con la idea que el individuo tiene de su cuerpo y el sentido de suficiencia. El puntaje (4, 34) se refiere a la cantidad de segmentos que aparecen en la figura, lo que implica que en el 85% de la

muestra están presentes las cuatro secciones de la figura, es decir, aparece la figura total, el otro 15% de la muestra que corresponde a un (3, 5; 2, 1) que tiene seccionada alguna parte del cuerpo. En donde el empleo de la evasión sirve para enfrentar dicho problema, ya que experimentan una falta de sentido de integridad y plenitud corporal, sintiéndose incompletos (véase cuadro 6).

Hablando de la posición del cuerpo (I, 35) corresponde a que el 87.5 % de la muestra son figuras de pie, siendo menos del 12 % figuras dobladas o acostadas (L, 5), se esperaba una capacidad letárgica para adaptarse, dependiente, impotente y hasta deprimida, no obstante, muestran una constante figura de pie, pues los niños, tiene la necesidad de desarrollar cierto grado de independencia que a manera de defensa consciente le permita desarrollarse en el medio con sus pares, aunque sea a través de la fantasía (ver cuadro 7).

En relación al relleno del cuerpo, la subcategoría de tipo presenta un (x, 22), es decir, que el 55% de la muestra son dibujos sin ningún detalle o sombreado y minuciosidad; de igual manera el (x, 17), que es el 42.5 %, son dibujos desprovistos de detalles y sombreado, que sólo reflejan de manera ligera un grado mínimo en el bloqueo de los controladores intelectuales, así como un posible retraimiento. Aquí la densidad representa un (- -, 20) que es el 50% de la muestra, resultado que permite entender el total fracaso en el intento de represión intelectual de la ansiedad, por lo que el niño expresa libremente su inquietud sobre el concepto del propio yo que frecuentemente está al borde del pánico, por lo que termina reflejando en sus actos inquietud por la sexualidad y su expresión, adelantándose a las necesidades sensoriales y sexuales, no esperadas a su edad cronológica, debido a un conocimiento realista de la propia percepción disminuida (ver cuadro 8).

Respecto a la vestimenta del dibujo (c/2, 12; c/0,12) refieren al 60 % de la muestra mostrando figuras desnudas o parcialmente vestidas; siendo el 35 % de la muestra (c/c, 14) figuras enteramente vestidas carente de interpretación. Por lo tanto, se puede observar que este 60% representa existencia de iguales tendencias hacia el narcisismo y exhibicionismos, así como acentuación de fuentes de placer, es decir, los niños una tendencia narcisista direccionando el amor de sí mismos, hacia ellos para obtener satisfacción, de igual manera usando la ostentación y el alarde para lograr el placer social y aceptación, dichos indicadores aparecen confirmando la categoría anterior, pues existe un desfase en las necesidades sexuales en los niños (Ver cuadro 9).

El detalle de los ojos se obtuvo un (\checkmark , 25) lo que hace referencia a un 62.5 % de la muestra, lo cual refleja ojos inexpresivos en los niños, lo que orienta hacia la represión y evasión como modos de enfrentar los tropiezos con la realidad, la aparición de ojos cerrados indica una mirada hacia el interior orientándose hacia el propio yo para lograr satisfacer el deseo de eludir la realidad, absorbiendo lo que necesita de sí mismo. Sólo el 10% de la muestra (\checkmark , 4) ejemplifica los ojos bizcos, por lo que el resultado es poco significativo para la generalización (ver cuadro 10).

Sobre la acentuación anatómica se obtuvieron como resultado un (0, 20 y -, 20), que hacen alusión al 50% y 50% de la muestra, siendo el primero indicación mínima de acentuación y el segundo ningún detalle de anatomía; esto es que reflejan cierto narcisismo y exhibicionismo, sin embargo, al tener ambos puntajes en igualdad de proporciones, no se determinan como un rasgo definitivo, sino como una tendencia que refuerza la categoría de vestimenta (ver cuadro 11).

La gestalt tipo silueta presenta un (\checkmark , 40) que es el 100% de la muestra, es decir que todos emplean una silueta específica para representar la figura humana. Así como un (x, 40) que implica el 100% de la muestra esta carente de escisión, situación no esperada en niños que han tenido un evento traumático como lo es una amputación. La gestalt tipo yuxtapuesta se observa que sólo un 10% de la muestra (\checkmark , 4) se representa en esta subcategoría. La gestalt tipo desorganizada se presenta en un (\checkmark , 9) es decir, en el 22.5% de la muestra. Sólo el 27.5% de los dibujos muestran una gestalt amputada (\checkmark , 11). Finalmente siendo al gestalt desproporcionada el indicador más significativo, pues dicha desproporción aparece por lo menos en el 50% de los dibujos (\checkmark , 20). La integración Gestalt del dibujo arroja que los niños, muestran una construcción fallida del esquema corporal, tendiendo a la desproporción, a la amputación y a la desorganización gráfica, no obstante, manteniendo su autoimagen dentro de un marco de referencia de una silueta humana (ver cuadro 12 y 13).

Respecto al frente de la cabeza se obtuvo como resultados un (fo, 14 y $\frac{1}{2}$, 13) que corresponden al 35 % de la muestra haciendo referencia de la mirada hacia el frente del dibujo y un $\frac{1}{2}$ correspondiente al 32.5 % de la muestra dibujos en los cuales la cabeza está girada hacia la izquierda, el resto de los puntajes no resultan significativo. En esta subcategoría los niños representan su necesidad de tratar de eludir el choque frente a frente con el ambiente, hay consciencia de una reacción impulsiva al estímulo ambiental, por lo

que los niños intentan una reacción retrasada para que la expresión de los impulsos sea fiscalizada; ello muestra una evasión al ambiente todo esto a través de la fantasía (véase cuadro 14).

En la subcategoría ángulo del cuerpo se obtuvieron (+, 4; +, 7; -, 4; -, 6) que corresponden al 52.5 % de la muestra y aluden a angulaciones en la figura humana, además de un 47.5% de la muestra (0, 19) que hace referencia a dibujos sin angulación, indicador carente de interpretación. Esta subcategoría manifiesta la inestabilidad de los niños en relación con el medio, en este caso las relaciones interpersonales son tambaleantes, imprevisibles e irreales, pues el medio es percibido como el agresor lo que incapacita a los niños para enfrentarlo de manera funcional (ver cuadro 15).

En cuanto al fondo se obtuvo resultados (✓, 7; 1, 7; am, 7) que esto corresponden al 17.5% de la muestra contiene fondo en los dibujos, esto se ve reflejado como un medio ambiente ambiguo donde hay preocupación incontinida, es decir, las ansiedades y conflictos sobre el actuar no se hallan contenidas por defensas intelectuales, sino en el desplazamiento contra sí mismos, como conductas impulsivas y fantasías sobre sí mismos como lo son logros extraordinarios y metas inalcanzables. En el niños sanos se espera una alta proporción de dibujos con fondo, contrario al niño amputado con un 82.5 % de los dibujos (x, 33) que carecen de fondo (véase cuadro 16).

Se obtuvieron las siguientes omisiones (er, 20; ne, 13; hr, 12; f, 10; no, 9) que sólo son el 18.95 % de los dibujos tiene omisiones en las orejas, cuello, cabello, pies y la nariz, desde la perspectiva de contenido da evidencia a una falta de autocrítica y un criterio de la realidad debilitada específicamente, la omisión de orejas y nariz, indican un deseo de eludir un contacto con el medio ambiente, también existen indicadores de debilidad en el autocontrol y desequilibrio vital. Las omisiones denotan débil contacto con el exterior con ausencia de flexibilidad ante el medio (ver cuadro 17).

Respecto a la composición de la página (FIG, 37) que corresponde al 92.5 % de la muestra presentan una figura principal definida con la que se identifican los niños, el 8 % de la muestra (R, 2) mostró una o más figuras parciales rechazadas que los niños terminaron por borrar o tachar y el 2.5% de la muestra (FIGS, 1) mostró dos figuras principales presentes, todo esto indica que los niños dibujan figuras sin fondo, utilizando esencialmente una figura principal, lo que implica que cada niño hace una figura con la cual se identifica y la usa como vehículo para una proyección grafomotriz (ver cuadro 18).

Capítulo IX. Discusión y conclusiones

El desarrollo del individuo es el producto de muchas causas en interacción, por lo que cualquier explicación requiere de una interpretación integrada de varios factores (Deval, 2008). De la misma manera, la estructuración de la personalidad consiste en la vinculación entre el cuerpo, la emoción, la actividad cognitiva y la interacción con el contexto social. Aspectos que se interrelacionan de manera diferente entre áreas. Esta idea lleva a profundizar sobre la formación del esquema corporal y su posterior representación a través de la imagen corporal.

En donde el conocimiento y dominio del cuerpo es el pilar a partir del cual, las personas construirán el resto de los aprendizajes. La identificación y conocimiento del propio cuerpo suponen un proceso que se irá desarrollando a lo largo del crecimiento y los elementos que lo rodean, el concepto de imagen corporal en cada individuo va a venir determinado por el conocimiento que se tenga del propio cuerpo, yendo en contra de la idea de un esquema corporal innato.

Primordialmente es importante comprender la diferencia entre imagen y esquema corporal, la cual consiste en que la imagen del cuerpo es subjetiva, mientras que el esquema corporal es algo objetivo, es decir, que la imagen del cuerpo se encuentra en un nivel psíquico o mental, responde de las necesidades psicológicas del individuo, mientras que el esquema corporal está en un nivel físico y responde a las necesidades biológicas del individuo, tanto la una como la otra son de vital importancia en la conformación total de una persona puesto que necesitan estar en una constante relación dinámica, siendo el esquema corporal el medio por el cual la imagen del cuerpo se interrelaciona con las demás personas (Artaza, 2000).

Para entender de manera práctica esta diferencia se hizo hincapié en la idea principal de autores como Parnáiz y Bolarín (2000) que consideran importante conocer cómo el niño utiliza el cuerpo, descubre su eficiencia motriz y postura, cómo se relaciona con el mundo de los objetos y cómo se relaciona con el mundo de los demás; cuyo fin es comprender las estructuras que favorecen la construcción del pensamiento conceptual y simbólico, así como, la génesis del esquema corporal e imagen corporal.

Para fines de esta investigación fue fundamental, abordar los elementos psicológicos que están involucrados en la aparición de este fenómeno, tales como los cambios en el esquema

y la imagen corporal a partir de un evento cuyas consecuencias fueran la pérdida de un miembro del cuerpo (amputación del miembro inferior).

La amputación de algún miembro del cuerpo representa una de las situaciones más desconcertantes y críticas para una persona; ya que las secuelas y el proceso de recuperación muchas veces se dificulta, no sólo por la presencia de los sentimientos de angustia y confusión, sino por lo complicado que resulta la aceptación de este hecho inesperado.

“Una amputación es una condición adquirida cuyo resultado es la pérdida de una extremidad y cuyas causas pueden ser por una lesión, una enfermedad o una operación quirúrgica. La parte amputada se pierde para siempre. Sin embargo, la amputación puede convertirse en constructiva cuando se suprime la incapacidad, así como, la enfermedad a través de la rehabilitación, la adaptación y sobre todo la búsqueda de la aceptación del hecho” (Denton, 1988; En: De Anda Hernández, 1992).

Sin embargo, la reacción de pérdida de un miembro (o pérdida inesperada) y el duelo que la acompaña conduce a ciertas actitudes, como las alteraciones de la motivación y las reacciones emocionales que se ubican en primer lugar de las manifestaciones o síntomas del desajuste del individuo, causando dificultades consecutivas que pueden perturbar el proceso de rehabilitación (Ocampo; 2010).

En el caso de los niños se encontró que sus reacciones ante una situación de pérdida se puede presentar la peculiar característica de la no expresión de emociones, pero sí su actuación como: la agresividad, la timidez, problemas de enuresis, comportamientos regresivos, hostilidad etcétera. Por tal motivo, es importante hacer énfasis en la observación y los cambios que lleguen a presentar ante cualquier circunstancia que altere su vida cotidiana, como la amputación de una de sus extremidades.

No obstante, el número de investigaciones centradas en la imagen corporal después de una amputación infantil es escaso, situación que genero la necesidad de conocer a través de esta investigación ¿Cómo es la representación simbólica de la imagen corporal del niño amputado de entre 6 y 12 años? Además de conocer el significado de pérdida y los mecanismos de defensa que el niño amputado emplea para adaptarse o no al medio, todo ello a partir de su subjetividad. Esta subjetividad se exploró en función de los indicadores esperados en el protocolo de interpretación del Test de 8 hojas de Leopoldo Caligor

(TD8H), y la posterior formación de categorías de análisis; esto con el fin de describir la construcción de la personalidad de niños amputados de extremidades inferiores.

De acuerdo al objetivo general que es identificar la representación simbólica de la imagen corporal del niño amputado, a través de la integración de los rasgos estructurales y el contenido gráfico posterior a la aplicación del TD8H, para obtener datos que permitan la descripción del significado de pérdida y los mecanismos de defensa, hacia la construcción de la personalidad de niños amputados de 6 a 12 años, de este objetivo general es que se desprenderán cinco objetivos específicos que se abordan de la siguiente manera:

El primero de los objetivos fue identificar mediante el dibujo de TD8H la representación de la imagen corporal del niño amputado en proceso de rehabilitación. Lo que permitió una inclinación por utilizar el TD8H, al considerar como erróneo que se estancó al niño en el Dibujo Figura Humana (DFH) notando como primera impresión sólo el esquema corporal, por lo cual se consideró que siete dibujos más se acercan a la evolución de ese esquema y su transformación en ocho escenarios hacia un global que culmina en la representación simbólica de la imagen corporal. Con la finalidad de identificar las representaciones simbólicas, mismas que contienen significantes inconscientes susceptibles de ser expresados. Para construir la realidad interna se necesita de una realidad externa. Si no existe la percepción de la realidad externa, que haga resonancia con las emociones del niño, no se puede construir una realidad interna. Por lo tanto, es el dibujo el que ayuda al niño a representar una realidad externa. Ninguna de las dos realidades por sí sola es total en la experiencia del niño sin la presencia de la otra, sino que existe una mutua representación (Esquivel, Herendia, y Lucio, 1999).

En cuanto al objetivo dos que fue analizar los datos obtenidos y explorar la existencia de una relación entre la ubicación de la amputación y su representación a través del dibujo de la figura humana. En donde es importante mencionar que no se observó ninguna relación entre la ubicación de la pérdida y su representación en el esquema corporal, pues no hay pequeñas pérdidas, sólo el empleo de medios diferentes para enfrentarlas. Ni las historias del desarrollo reflejan patrones conductuales que evidencien una relación entre la pérdida y su representación en el esquema, ni los dibujos muestran áreas repetidamente afectadas. Los dos participantes de mayor edad expresan abiertamente la pérdida en sus extremidades, sin embargo el resto de los participantes no, por lo que no se consideró de manera significativa este resultado.

El objetivo tres que fue identificar el significado de pérdida de los niños amputados de 6 a 12 años a partir de su subjetividad. A ese respecto se observó que los niños amputados tienden a evidenciar dibujos desorganizados y de esquema imperfecto, cual si fueran niños más pequeños, no obstante, su habilidad simbólica se ve aumentada, porque tienen la necesidad de representar por alguna vía su pérdida. Asimismo, reflejan una disminución del propio yo, percibiendo el mundo circundante como abrumador y su persona como inadecuada, de tal manera que frecuentemente tratan de evitar estímulos del medio ambiente, cuando no lo pueden evitar, reaccionan con una sumisión excesiva y una ansiedad difusa. La pérdida refleja un daño en la imagen funcional lo que imposibilita avances en la imagen dinámica del niño, esto lo estanca, por lo que requiere emplear mecanismos de defensa diferentes y la necesidad de elementos externos, tales como el equilibrio familiar y una estructura social inclusiva para ayudarlo avanzar en las etapas diferentes de la pérdida.

En el objetivo cuatro se pretendió describir los mecanismos de defensa que emplea el niño amputado de entre 6 y 12 años, a partir de la pérdida de un miembro inferior. En cuanto a la descripción de los mecanismos de defensa se observa que tienden a hacer figuras con trazos, contornos y superficies estereotipadas, sin indicación de movimiento y ligeras evidencias de cambios en las proporciones corpóreas, como evidencia de defensas. Cabe destacar que la parte central de test, específicamente en el dibujo 5 (entiéndase la interpretación secuenciada del dibujo del 1 al 8), manifiesta trazos de mayor conflicto, mostrando la fantasía como mecanismo de defensa predominante, pues el niño lucha con la impresión de una autoimagen incompleta que resulta muchas veces dolorosa y conflictuante. Del mismo modo, estos niños proyectan en sus dibujos omisiones de otras partes (como cuello, nariz, etcétera) del cuerpo, esto es no sólo las partes esperadas de la extremidad inferior faltante, sino también las áreas corporales que tienen que ver con el contacto con el medio ambiente.

Asimismo se encontró que se perciben como seres aislados, incompletos, desproporcionados y desorganizados gráficamente, así como una capacidad disminuida para diferenciar el propio yo del medio ambiente, debido a que la relación del niño con el medio es inconsistente y culminan por acentuarse en sí mismos, por tanto en su autoconcepto, utilizando como mecanismo de defensa la evasión, ambivalencia e idealización, en lugar de ser muy evidentes al manifestar conductas. Melani Klein en 1940 explica que estas defensas impiden en gran medida la aparición de una autoagresión.

Debido a que estos niños manifiestan absoluta rigidez en el dominio de la ansiedad evidencian defensas frágiles al tratar de reprimir la misma, en donde también sus defensas intelectuales se ven bloqueadas; sin embargo, tratan arduamente de contenerse al actuar, elaborando criterios más flexibles de realidad, pero presentan una gran preocupación por el propio concepto de la realidad, llevándolos a aislarse no sólo de esta sino de sí mismos, sintiendo una necesidad por controlar sus impulsos para no llegar a la desintegración. Se conciben desde un inicio vulnerable, por lo que su capacidad para defenderse es débil e inadecuada, confirmando una tendencia a deprimirse, aislarse y contener. Es importante mencionar que los hallazgos indican que no es que el niño no pueda expresarse, más bien sufre una regresión a nivel de habilidades gráficas, de manera que los mecanismos de defensa que emplean se equiparan a los empleados en la fase esquizo-paranoide propuestos por Melanie Klein; la meta en estos casos es inicialmente lograr que el niño supere la fase depresiva para entonces llegar a un cambio en la realidad interna y así atravesar un proceso de duelo que le permita aceptar la pérdida.

Para finalizar el objetivo cinco que fue conocer la construcción de la personalidad en niños de 6 a 12 años, posterior a una amputación de extremidades inferiores. Se encontró que la construcción de la personalidad se evidencia como una alineación de sistemas, que incluye la capacidad de adaptación a los cambios recientes. Ello lleva a pensar que no se debiera considerar una patología en función del tiempo que le lleva al niño la rehabilitación, pues el niño que ha sido amputado se estanca hasta poder superar la posición depresiva, para lo requiere estructura y apoyo familiar; la familia debe proporcionar vínculos hacia un apego sano, una vez superada esta etapa el niño avanza a un proceso de pensamiento más complejo. Esta situación depende de varios componentes, que de no proporcionar equilibrio, retardan la estructuración sana tanto interna como externa del niño. Es sumamente importante considerar todo lo antes mencionado, ya que el niño entre 6 y 12 años aun previamente a la amputación, no tenía una personalidad completamente definida de manera de que en lugar de esperar la reestructuración de su personalidad, primero hay que puntualizarla.

Por lo tanto, se puede concluir que los niños amputados evidencian habilidad de representar simbólicamente el impacto que tiene un evento traumático, representando por este medio, su imagen corporal a través de los 8 dibujos. Contrario a lo que Luquet en 1978 quien explica que el niño sólo plasma de manera concreta lo que ya conoce y no el impacto que tuvo en él. En donde se observa que a menor edad, el impacto es mayor, pues

el niño carece de recursos y medios claramente utilizables para su propio provecho dependiendo en esencia de la estabilidad del medio y de los elementos que lo conforman. No es que no exista un trastorno sólo requerimos mayor profundidad en los elementos para lograr interpretarlo. Concordamos con Lowenfeld (1970), el cual denomina el dibujo como un esquema y fiel reflejo, del desarrollo físico, intelectual, social y emocional o afectivo de su autor, en donde se desarrollará su proceso-creativo (Citado en: Zornoza, 1996).

Por medio de TD8H se identificó como es que el niño amputado en proceso de rehabilitación representa su imagen corporal, encontrando que su representación consiste en una marcada disminución del yo, así como, presencia de inquietud e inseguridad frente al medio mostrando tendencias regresivas. De igual manera, revelan una disconformidad básica con la idea que tienen de su cuerpo y el sentido de insuficiencia, experimentando una falta de sentido de integridad y plenitud corporal. Mostrando una construcción fallida del esquema corporal desproporcionada evidenciando falta de autocrítica y un criterio de la realidad debilitada.

La propuesta gira entorno a emplear el dibujo como herramienta terapéutica, en donde más que sólo proyectar sea reestructurar los significados a través de la función simbólica, promoviendo dibujos completos e integrados, cuya meta requiera de lograr la restauración de la representación corpórea. Pues las intervenciones son basadas usualmente de inicio en el área conductual y cognitiva.

Del mismo modo se sugiere usar el TD8H para evaluar no sólo el estado emocional del paciente, sino también para trazar un mapa del estado emocional, del ambiente que rodea y acompaña al niño amputado en su proceso de pérdida.

Asimismo realizar futuras investigaciones que identifiquen la forma que se usa cada hoja del test, respecto a los escenarios vitales del niño como la autoimagen, familia, escuela, pares, padres, etcétera.

Hacer la aplicación de la prueba en momentos distintos del niño amputado, esto de manera progresiva, es decir, a partir del evento traumático, un año después dos años, así sucesivamente, hasta llegar a la etapa adulta.

De igual manera serian viables futuras investigaciones que consistan en la comparación de poblaciones infantiles con distintas patologías, enfermedades o trastornos similares.

Algo también que se considera necesario es concientizar a los tutores acerca de continuar con un proceso psicoterapéutico, pues es importante que sean un vehículo que ayude al niño equilibrar orgánica y emocionalmente su pérdida, con el fin de que el niño pueda elaborar un proceso de duelo satisfactorio y regresar al curso de la integración de la imagen base y funcional.

A partir lo anteriormente explicado se puede abordar una propuesta de intervención en la que dé inicio se atenuen las fantasías del niño y de la familia, en un segundo lugar, dar salida a las emociones y encaminar el proceso de elaboración de pérdidas, así como dar contención a los sentimientos que así lo requieran, ayudando a atravesar cada proceso con menos ansiedad y finalmente reevaluar las alteraciones en el auto concepto y en el esquema corporal.

Por último es conveniente manifestar las limitaciones que se vieron involucradas para la elaboración de esta investigación; una de ellas fue la dificultad para encontrar la población ya que no todos los posibles participantes cumplían con los criterios de inclusión y exclusión expuestos para esta investigación, ello ocurrió debido a que, a pesar de que las estadísticas marcan una creciente importante en la patología, esta se ve en comunidades de difícil acceso, lo que complicó la conformación de la muestra. Además del limitado el acceso a poblaciones de tipo hospitalario, clínicas de rehabilitación e instituciones o fundaciones privadas. También las pocas investigaciones previas tanto con niños amputados como con la aplicación del TD8H.

Referencias

- Álvarez, B. S. (2009). Detrasplantes. Revista de trasplantes del centro nacional de trasplantes, 23, 3-26. doi: 04-2003-081113531700-102.
- Afanador, S. (2013). Repercusiones de la discapacidad en la familia. Recuperado de: <http://www.anundis.com/profiles/blogs/las-repercusiones-de-la-discapacidad-en-la-familia-primera-part-2>
- American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España. Masson.
- Aquiles, C. R. (1995). Psicología gerontológica y geriátrica. La Habana, Cuba: Científico- Técnica.
- Amate, A. y Vázquez, A. (2001). El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud. 1ra. ed. Buenos Aires, Argentina: Organización panamericana de la salud.
- Archer, J. (1999). The Nature of Grief the Evolution and Psychology of Reactions to Loss. Londres, Inglaterra. The Guilford Press. Recuperado de: <http://www.deathreference.com/Gi-Ho/Grief.html>
- Aranaz, T. (2009). La Psicomotricidad en la educación infantil. Revista digital: Innovación y experiencias educativas.45. Granada. España. Recuperado en 2012 de: http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_16/TAMARA_ARDANAZ_1.pdf
- Arendt, H. (1997). ¿Qué es la política? Barcelona, España: Paidós.
- Arnáiz, P. y Bolarín, M., J. (2000). Guía para la observación de los parámetros psicomotores. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. 37, Recuperado en 2013 de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=118059>
- Artaza, S., H. (2000). La bioética en el manejo del paciente amputado de los miembros inferiores y sus familiares (pp. 61-62). España: Instituto Catalán de Salud.
- Assoun, P., L. (1999). El perjuicio y el ideal. D.F., México: Nueva Visión.
- Attle, A., C (1995) El efecto psicológico de la enfermedad crónica y la hospitalización en el niño. Algunas medidas terapéuticas. Aléthela Psicoterapia y Psicoanálisis IIPCS (pp 89-100). D.F. México. IIPCS.
- Baile, R. (2002). La equidad y la inclusión social: Uno de los desafíos de la educación y la escuela hoy. Revista iberoamericana sobre calidad eficacia y cambio en educación. Recuperada de: <http://www.rinace.net/arts/vol4num3/art1.pdf>
- Barros. e Ison. (2002). Conductas problemas infantiles: Indicadores Evolutivos y Emocionales. Barcelona, España: Paidós.
- Bee, H. (1978). El desarrollo del niño. (Trad. J. Insignares, ed.1995).D.F., México. Harla.
- Basaglia, F. (1980). Mujer locura y sociedad. 1ra.ed. Puebla, México. Universidad de Puebla.
- Becvar, D. (2001). In the Presence of Grief. Helping Family Members Resolve Death, Dying and Bereavement. New York, E.U: The Guilford Press. Recuperado de: <https://foreverfamilies.byu.edu/Pages/challenges/Making-Meaning-OfDeath.aspx>
- Berger, K. (2007). Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia (7ª ed.).Madrid, España: Médica Panamericana.

- Bernt, J. y Assen, B. (2004). Convención Regional UNICEF para América Latina.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2004). Bienestar social y trauma psicosocial: Una visión alternativa al trastorno de estrés postraumático, 15 (3), 227-252. Mapfre, España: Clínica y Salud.
- Booth, F. (2000). La educación inclusiva como derecho. Marco de referencia y pautas de acción para el desarrollo de una revolución pendiente. Consorcio universitario para una educación inclusiva (2ª ed.) Madrid, España.
- Boss, P. (2001). La pérdida ambigua. Barcelona, España. Gedisa.
- Boutonier, J. (1953). Les dessins les enfants. París, Francia: Du Scarabée. Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=bVW-yNvoesIC&pg=PA306&dq=%09Boutonnier,+J.+%281953%29.+Les+dessins+les+enfants.+Par%C3%ADs,+Francia>
- Bowlby, J. (1993). El vínculo afectivo (pp.77-78). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bowlby, J. (1997) La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Barcelona, España: Paidós.
- Bruera, E., y De Lima, L. (2005). Cuidados paliativos. Guías para el manejo clínico” (2ª Edición). D.F., México: Organización panamericana de la salud.
- Bruch, H. (1962). Distorsiones en la percepción y el concepto de la paciente con anorexia nerviosa. Revista de Psiquiátrica y medicina psicosomática (1ra ed). Nueva York, E.U.A.
- Bruner, J. (2001). El proceso mental en el aprendizaje. Madrid, España. Narcea.
- Cabrera, G., M. y Llobera, R., D. (2008). Amputaciones del miembro superior en los niños. Hospital universitario Sant Joan de Deu. Barcelona, España. Gedisa.
- Caligor, L. (1960). Nueva interpretación psicológica de dibujos de la figura humana. Buenos Aires, Argentina: Kapelusz.
- Celener, G., Febbraio, A. y Rosenfeld, W. (2002). Técnicas proyectivas e interpretación en los ámbitos clínicos, laboral y forense D.F. México: Paidós.
- Centro de cirugía especial IAP. (2011). Recuperado en 2012 de: <http://www.ccem.org.mx/hemangiopr.htm>.
- Centro de prensa de la organización mundial de la salud (2010). Recuperado en 2013 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
-
- Corman, L. (1967). El test el dibujo de la familia. en la práctica médico-pedagógica (p.12). Buenos Aires, Argentina: Kapelusz.
- Cortés, R. R., Castañeda, P. G., y Tercero, Q., G. (mayo-agosto, 2010). Guía de diagnóstico y tratamiento para pacientes pediátricos con osteosarcoma (2 ed., vol.2, pp. 60-66). Recuperado en 2013 de: www.mediagraphic.org.mx

- Cratty, B. (1982) Desarrollo perceptual y motor en los niños (Trad: L. Justo) Barcelona, España. Paidòs.
- Burt, C. L. (1921). Pruebas mentales y académicas (1a ed). Londres, Inglaterra.
- Dakar, J. (2000). Foro mundial sobre educación. Madrid, España.
- De Anda H., M. (1992). Repercusiones psicológicas de las amputaciones (tesis doctoral, p. 38). D.F. México: Universidad Iberoamericana.
- Derrida, J. y Roudinesco, E. (2002). Y mañana qué... D.F, México: Fondo de Cultura Económica.
- Dershimer, R. (1990). Counseling the Bereaved. New York, E.U.A: Pergamon Press.
- Deval, J. (1988). Sobre la Historia del Estudio del Niño. Infancia y Aprendizaje. Vol. 44 Departamento de Psicología Evolutiva. Madrid, España. Recuperado en 2010 de: http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=4.
- Deval, J. (2008). El Desarrollo Humano (8ª ed). España: Siglo XXI.
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. [Sede Web /.22ª ed. Acceso en agosto de 2011]. Recuperado de: <http://buscon.rae.es/draeI/>.
- Discapacidad y salud (Nota descriptiva, 3522, párr.10). Recuperando en 2013 de: www.cai.es/sestudios/pdf/discapac/3.pdf
- Dolto, F. (1997). La imagen inconsciente del cuerpo (versión 1986 / pp.21. P45, 48, 49, 50, 88, 170, 171). Barcelona-España: Paidós Ibérica.
- Echavarren, E., Arrese, A., y García, S. (2010). Amputación traumática de extremidades. Servicio de traumatología del hospital de Navarra. Recuperado de: www.psicolibro.com.
- Echeverría, B. (2001). Definición de la cultura. D.F, México: ITACA /UNAM.
- Emery., J. (1990). XIII Jornadas de la sociedad española de rehabilitación infantil (2010) del rincón. España.
- Esquivel, F., Herendia. C., y Lucio, E. (1999). Psicodiagnóstico clínico del niño. (2a.ed). D.F. México: Manual Moderno.
- Estadísticas del sector salud. (2010). Principales causas de mortalidad en edad escolar (de 5 a 14 años). D.F, México. Secretaria de Salud Recuperado de: sinaissalud.gob.ms.
- Freud, S. (1996). Obras completas. Duelo y melancolía (Tomo XIV). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo publicado en 1917).
- Freud, S. (2000). Tres ensayos de teoría sexual y otros escritos (Trad. L. López - Ballesteros y de Torres 1 ra. Reimpresión / Versión 1905). Madrid, España: Alianza.
- Galindo, C. (2004). Ethos vital y dignidad humana. Bogotá, Colombia: Colección Bioética.

- Garralda, M. (2000). La salud mental de niño y del adolescente. E.U.A: Bj. Psych psiquiatría hoy.
- Género y discapacidad. Recuperado en 2013 de: <http://www.imo.oaxaca.gob.mx/sites/www.imo.oaxaca.gob.mx/publicaciones/DIAGNOSTICOGENEROYDISCAPACIDADVERSION.pdf>
- Goodenough, F. (1926). Test de Inteligencia Infantil por medio del dibujo de la figura humana (Trad 1975 /Versión castellana) Buenos Aires-Argentina: Paidós.
- Gardner, R., Stark, K., Jackson, N., y Friedman, B. (1999). Escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. (Adap. española de Rodríguez, M., Beato, L., Rodríguez, T., y Martínez F. Actas Esp Psiquiatr. 2003; 31(2), pp. 59-64). Recuperado en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_evaluacion_de_la_imagen_corporal_gardner.pdf
- Goig, J. R. (2010). Prótesis de pie, problemática de los amputados de la extremidad inferior, II Symposium Internacional de Rehabilitación, 3ª ed. Madrid: Mapfre,
- Goldman, L. (2000). Life and loss a guide to help grieving children. Philadelphia. Taylor Franas.
- González, M. T. (1998). El dibujo infantil en el psicodiagnóstico escolar. Pedagogía de la universidad de salamanca, 2, 98-99. Salamanca. España
- González, F.M. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica, (pp.46, 48 y 51). La Habana, Cuba: Ciencias Médicas.
- Guilar, M., E. (2009). Las Ideas de Bruner. De la revolución cognitiva a la revolución cultural. Educere- ideas y personajes (44, Vol. 13). Madrid, España. Recuperado en 2012 de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/356/35614571028.pdf>.
- Goodnow, J. y Arnheim, R. (1980). El dibujo infantil (1ra ed. Reimpresión 2001). Madrid España. Morata.
- Guillaume, M., y Baudrillard, J. (2000). Figuras de la alteridad (pp.56). D.F. México: Taurus.
- Heim, U., y Baltensweiler, J. (2005). Guía de Traumatología, (pp.69-73). Buenas Aires, Argentina: Panamericana.
- Heinz, S. (2003). Crónica de la medicina. (3ª ed., pp. 164). D.F. México: Intersistemas.
- Hoffman, L., País, S., y Hall, E. (1995). Psicología del desarrollo hoy (6ª ed., Vol. 1). Madrid, España: Mc Graw Hill.
- Bañados, C. (Ed). (2005). Inclusión social, discapacidad y políticas públicas. Seminario Internacional. Ministerio de educación de chile. Recuperado en: www.unicef.cl
- Instituto Mexicano del Seguro Social-IMSS (2012). Recuperado en 2012 de: <http://www.imssz.mx/descargas/departamentos/transplantes/TrasplanteExtremidadSuperior.pdf>.
- Instituto nacional de estadística y geografía- INEGI/ENCUESTAS (2012). Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/otras/default.aspx>.

- Jomtiem, L. (1990). Declaración mundial sobre la educación para todos. Nueva York. Recuperada de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001275/127583s.pdf>
- Jung, C. G. (1970). Arquetipos e inconsciente colectivo (Trad. M. Murmis). Barcelona, España: Paidós.
- Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. En obras completas de Melanie Klein (Tomo I. Amor, Culpa y Otros Trabajos, 1999). España: Paidós.
- Koppitz, E. M. (1968). DFH: Dibujo de la figura humana (versión 1974). México: Manual Moderno.
- Kroen, W. (2002). Como ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido. Un manual para adultos. Barcelona, España: Oniro.
- Kubler-Ross, E. (2001). Sobre la muerte y los moribundos. España: Grijalbo.
- Kubler-Ross, E., y Kessler, D. (2006). Sobre el duelo y el dolor. España: Luciérnaga.
- Lacasa, P., y Herranz, P. (1989). Contextos y procesos cognitivos. La interacción niño-adulto. Infancia y aprendizaje. Journal for the study of education and development (Vol. 45). Madrid, España. Recuperado en 2013 de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=48319>.
- Larrosa, J. y Pérez de Lara, N. (1998). Imágenes del otro (1ra ed.). Barcelona, España: Laetres.
- Laplanche, J., y Pontalis J. B. (2004). Diccionario de psicoanálisis (pp. 119 y 128) Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Le Nen, D., Hu, W., Guyot, X., Lefevre, C., y Dartoy, C. (2003). Heridas de la mano. Enciclopedia Médico-Quirúrgica. Aparato Locomotor (p. 11). D.F., México.
- León del Rio, M. B. (2007). Arquetipos e inconsciente colectivo en las artes plásticas a partir de la psicología de C. J. Jung. Arte, individual y sociedad 2009, vol. 21, pp. 39 y 40.
- Lowenfeld, V., y Lambert. B. (1949). Desarrollo de la capacidad creadora (2ª ed. Versión 1980). Buenos Aires. Argentina.
- López, C., y Martínez, M. (2010). Curso de atención integral de la discapacidad de origen motor, proceso de protetización en el niño. Argentina: Universidad Rey Juan Carlos Aranjuez.
- Luquet G., H. (1927). El dibujo infantil (1ra. ed. Versión 1994). Madrid. España: Asociación libre de libros.
- Machover, K. (1949). Personality projection in the drawing of human figure (versión 2001). Springfield, E.U.A: Thomas.
- Martorell, D. (2003). Intervención psicológica en pacientes amputados. [En: E. Remor, P. Arranz, S. Ulla]. El Psicólogo en el ámbito hospitalario (pp. 591-619). España: Bilbao.

- Mergel, B. (1998). Diseño instruccional y teoría del aprendizaje. Canadá: Universidad de Saskatchewan. Recuperado en 2013 de: <http://www.usask.ca/education/coursework/802papers/mergel/espanol.pdf>.
- Merle, M., Dautel, G., y Loda, G. (2007). Mano traumática. Urgencias (Vol. 1. 4-5, Vol. 2., pp. 249-303). La Habana: Cuba.
- Minguella, J., y Cabrera, M. (2007). Amputaciones congénitas a nivel del antebrazo. Revisión de 38 Casos. Revista ortopedia traumática, 41, pp. 411-415.
- Neugarten, B.L., y Neugarten, D.A. (1987). The changing meanings of age. Psychology Today (Vol. 21). Recuperado en 2013 de: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/8700000209/changing-meanings-age>.
- Ocampo, M. L., Henao, L. M., y Vásquez, L. (2010). Amputación de miembro inferior: Cambios funcionales, inmovilización y actividad física. Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano. Bogotá, Colombia: Universidad del Rosario. Recuperado en 2012 de: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/09/09ecdc88-5c0d-47d6-955f-a671bbc97c45.pdf
- Organización dar amigos (2012). Rehabilitación para niños mutilados. Recuperado en 2012 de: <http://www.amigosdar.org/rehabilitacion-para-ninos-mutilados-en-haiti/727-los-ninos-amputados-por-el-terremoto-de-haiti-seguir>.
- Ortiz, A. T. (2009). Evolución infantil[sección especial]. Universidad Complutense de Madrid. España: Psiquiatría y Psicología Médica.
- Osorio, L. (2011). El portal de la salud. Recuperado en 2012 de: www.elportaldelasalud.com
- Pacheco, D. (2007). Manual del residente quirúrgico (pp. 457-459). España: Biomedicina.
- Padilla, M. T. (1995). El simbolismo del juego en la psicoterapia psicoanalítica de niños. Alétheia. Psicología y psicoanálisis (14, pp. 12- 18). D.F. México: IIPCS.
- Palacios, J. (1999). Psicología evolutiva: Concepto, enfoques, controversias y métodos por Palacios, J., Marchesi, A., y Coll, C. Desarrollo psicológico y educación (Vol. 1), Madrid, España: Alianza.
- Pangrazzi, A. (1993) La pérdida de un ser querido. Un viaje dentro de la vida. Madrid, España: Paulinas.
- Piaget, J., e Inhelder, B. (2000). Psicología del niño (Trad. L. Hernández, 15ª ed.) Madrid, España: Morata. (Trabajo original publicado en 1920).
- Portuondo, J. A. (2001). La figura humana: Test proyectivo de Karen Machover. Madrid- España: Biblioteca nueva- colofón
- Pruzinsky, T., y Cash, T. (1990). Imagen corporal. Desarrollo desviación y cambio (p. 47). Nueva York, E.U.A: Guilford press.
- Poussin, G. (1994). La entrevista clínica. D.F., México: Limusa- Noriega.
- Querol, S., y Chávez, P. (2004). Test de la persona bajo la lluvia. (pp. 10, 12). Buenos Aires, Argentina.

- Quiles, M., Van-deer, H., y Quiles, Y. (2004). Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos, 2da. parte: Una revisión. Universidad Miguel Hernández. España: Elche Alicante.
- Ramachandran, L., y Blakeslee, S. (2008). Fantasmas en el cerebro: Los misterios de la mente al descubierto. D.F. México: Psiquipedia.
- Raiche, W. (2000). Diagnóstico e intervención para niño y adolescentes. Revista americana de psiquiatría infantil y adolescente [Serie especial 382].
- Raiche, R., Torras, J., y Figueras, N. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte. Análisis y modificación de la conducta. 3 ed. Morata. España.
- Ramírez, N. (2010). Las relaciones objétales y el desarrollo del psiquismo: Una concepción psicoanalítica. Revista IIPSI (2, Vol. 13). Facultad de Psicología: Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado en 2012 de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rip/v13n2/a14v13n2.pdf>.
- Ramos, R., y Baryolo, C. (2012). Rehabilitación del amputado de miembro inferior. La Habana, Cuba: Medicina de rehabilitación cubana. Recuperado en 2012 de: <http://rehabilitacion.sld.cu>
- Rice, F. (1999). Desarrollo humano. Estudio sobre el ciclo vital (2ªed). New York: Pearson- Prentice Hall.
- Rodríguez, E., y Sánchez, T. (2009). Rehabilitación del paciente amputado de miembro inferior en la comunidad. La Habana, Cuba; Webmaster Infomed-Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas.
- Rojas, S. A. (2010) Reflexiones Respecto al Problema de la Constitución Subjetiva: El Psicoanálisis y otras ciencias. Revista Affectio Societatis (12, Vol. 7). Medellín, Colombia: Departamento de Psicoanálisis de la Universidad de Antioquia. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3703218>.
- Romano, M. E. (1988). El dibujo de la figura humana como técnica proyectiva. Madrid, España: Gredos.
- Rubio, V. (2011). Crisis mundial y soberanía en América Latina. En: Arias Montano (Eds). Repositorio institucional de la universidad de Huelva. España.
- Saleh, L. (2009). Confederación Mexicana de organizaciones en favor de la persona con discapacidad intelectual. Recuperado de: http://www.confed.org.mx/red/1_5_2_temas_convencion.htm.
- Sanchez, A., y Volarín, M. (2010). La expresividad motriz: Una forma de manifestar la diversidad en la escuela. Revista de estudios y experiencias, 425. España: Murcia.
- Santrock, J. (2004). Desarrollo infantil. (Trad: L. E. Pineda, 8ª ed.). Madrid. España: Mc Graw Hill.
- Segal, H. (2009). Introducción a la obra de Melanie Klein. D.F., México: Paidós.
- Shaffer, D. (2000). Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia (Trad: J. A. Velázquez, 5ª ed.) México: Thompson.
- Shum, G., y Conde, A. (1993). El desarrollo del lenguaje en un caso de carencias afectivas graves en la primera infancia. Infancia y aprendizaje (Vol. 64). Madrid,

España. Recuperado en 2012 de:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=48447>.

- Skliar, C. (2005). *¿Y si el otro no estuviera ahí?: Notas para una pedagogía (improbable) de la diferencia*. Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.
- Slade, P. (1994). *¿Qué es la imagen del cuerpo? Comportamiento, investigación y terapia* (2ª ed.). España: Morata.
- Soto, F. (2011). Conferencia mundial sobre las necesidades educativas especiales. D.F., México.
- Spencer, S., y Adams, J. (1992). *Los momentos cruciales de tu vida* (pp. 11 y 12). D.F. México: Pax.
- Sistema nacional de información en Salud-SINAIS (2012). Recuperado de: www.sinais.salud.gob.mx/basededatos/ehsectorial-mortahtm.
- Thomson, J. (1990). *Perturbaciones de la imagen corporal: Evaluación y tratamiento* (4ª. Reimpresión). D.F., México: Paidós.
- Trujillo, A., Rodríguez, F., y Moreno, S. (2008). *Elaboración del duelo: Una aproximación desde el punto de vista infantil*. Revista de la facultad de psicología (6, Vol. 4) Bogotá: Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia. Recuperado en 2012 de: <http://wb.ucc.edu.co/pensandopsicologia/files/2010/09/articulo-07-vol4-n6-7.pdf>.
- Valencia, A., y Dávila, Y. (2010). *Intervención cognitivo-conductual para la elaboración del duelo en la diada madre-hijo*. Revista de psicología. (Vol. 14). Hidalgo, México: Uaricha. Recuperado en 2012 de: http://www.revistauaricha.org/Articulos/Uaricha_14_001-011.pdf
- Vels, A. (1994). *Dibujo y personalidad*. Barcelona, España: ADEG. Recuperado de: http://www.grafologiauniversitaria.com/libro_vels.htm (09/06/2010)
- Vielma, E., y Salas, M. (2000). *Aportes de las teorías de Vigotsky, Piaget, Bandura y Bruner. Paralelismo en sus posiciones en relación con el desarrollo*, 9. Universidad de los Andes. Venezuela: Educere. Recuperado en 2012 de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=35630907>
- Vitali, M., Robinson, K., Andrews, B., y Harris, E. (2001). *Amputaciones y Prótesis*. España: Jims.
- Vygotski, L. (2000). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores* (Trad. S. Furió, 3ª. Reimpresión). Barcelona, España. Biblioteca de Bolsillo: Crítica. (Trabajo original publicado en 1979).
- Worden, J. (1998). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. España: Paidós.
- Zorzona, N. (1996). *Aportaciones desde la plástica a la interpretación del dibujo individual*. Revista Interuniversitaria de formación del profesorado, 27, pp. 207-216.

APÉNDICE 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

CAMPUS I // Av. Guadalupe No. 66 Col. Ejército de Oriente, Iztapalapa. C.P. 09230 México D.F.

México, D.F. a ____ de _____ de 2013.

PRESENTE:

Por medio de este conducto otorgo mi autorización para que mi hijo (a) _____ participe de manera activa, en la aplicación de la pruebas proyectiva Test de Dibujo en Ocho Hojas (TD8H), asimismo corroboro mi participación en la Entrevista de la Historia del Desarrollo del Niño(a), con fines totalmente de investigación para propuesta de titulación en la Licenciatura de Psicología, con el tema "Representaciones Simbólicas de la Imagen Corporal en Niños con Amputaciones". La aplicación de esta será realizada dentro de las instalaciones del Centro de Atención de Rehabilitación e Integración Social (Caris), llevada a cabo por Susana Isaura Gómez Aranda y Viridiana Contreras Mendoza.

Sin más por el momento agradecemos su colaboración.

ATENTAMENTE

Nombre completo del padre o tutor y firma.

APÉNDICE 2

"Ficha para valorar nivel socioeconómico"

Estudio socioeconómico (Fierro y Aguirre, 1993).

Nombre del padre: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Nombre de la madre: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____

1. Ingresos mensuales que aporta:

Padre: _____ Madre: _____

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

Otro () Especifique: _____

3. ¿Qué tipo de casa es?

Casa sola () departamento () condominio

vecindad () otro: _____

4. ¿Qué tipo de construcción tiene su casa?

Ladrillo y losa de cemento ()

Ladrillo y lámina de asbesto ()

Adobe y teja ()

Madera y teja ()

Madera y lámina ()

Otro: _____

5. ¿Con cuantos cuartos cuenta la casa?

1 () 2 () 3 () 4 () 5 o más ()

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

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

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

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

batidora () televisión () radio () videograbadora ()

tostador () horno de microondas ()

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

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

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

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

otros: _____

Criterios para la asignación del nivel socioeconómico

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

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

APÉNDICE 3
HISTORIA DE DESARROLLO

Clínica: _____

Expediente: _____

Fecha: _____

Horario de Inicio: _____

Horario de término: _____

Psicólogo: _____

1. A) Ficha de identificación

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Edad cronológica:

Grado que cursaba antes de la amputación:

Promedio:

Actualmente asiste a la escuela:

Sistema en el que se encuentra:

Lateralidad:

Peso:

Estatura:

B) Descripción del paciente

Causas de la amputación

¿Quién fue el primero que atendió al paciente?

Fecha de aparición del problema:

Evolución:

Signos y Síntomas:

• Descripción

Nervioso ()

Distraído ()

Sensible ()

Amable ()

Agresivo () Tímido () Ansioso () Otros: _____

- Nivel Verbal.

Renuente a contestar () Silencioso () Explícito ()

Verbalización excesiva () Tartamudez () Repetitivo ()

Otros: _____

- Nivel Físico.

Apariencia personal: Aseado () No aseado ()

Malformaciones Físicas: Si () No ()

Posturas Inadecuadas: Si () No ()

2. Composición Familiar

a) Datos de los padres:

	Padre	Madre	Tutor (a)
Nombre			
Edad			
Nacionalidad			
Edo. Civil			
Escolaridad			
Ocupación			
Lugar de Trabajo			
Sueldo			
Horario de trabajo			
Edo. de Salud			

b) Composición de la familia. Enumerar de mayor a menor, por edad:

Nombre	Edad	Ocupación	Escolaridad
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

7.			
8.			
9.			

c) Datos de la casa que habitan:

- La casa que habitan es: Propia () Rentada ()
Prestada () Paracaidista () Otro () Especificar: _____
- Distribución de la casa:
- Cuenta con los siguientes servicios: Agua entubada ()
Estufa de gas () Luz eléctrica () Provisional ()
- Tipo de construcción de la casa: Permanente () Provisional ()
- ¿Cuántas habitaciones tiene la casa?
- ¿De qué manera están repartidos?
- ¿Cuántas personas, incluyendo parientes habitan en su casa?
- ¿Cuántas personas duermen con el niño?

d) Presencia de problemas en la familia. Especificar el problema y que pariente lo padece:

- Habla:
- Lenguaje:
- Lectura:
- Escritura:
- Aritmética:
- Rendimiento académico:
- Retraso mental:
- Enfermedad mental:
- Problemas emocionales:
- Epilepsia:
- Alcoholismo:
- Drogadicción:
- Audición:
- Visión:
- Otros:

3. Historia del nacimiento

- Número de embarazos anteriores al del paciente:
- ¿Se deseaba el embarazo?
- ¿Fue del sexo deseado?
- Condiciones del parto: Casa () Hospital ()
Otro: _____
- El niño lloro inmediatamente al nacer : Si () No ()
¿Por qué?

- Lesiones observadas:
- Tipo de alimentación: Pecho () Biberón ()
Otro: _____
- ¿Rechazo el pecho materno? Si () No ()
¿Por qué?
- ¿A qué edad ocurrió el destete?

1. Condiciones prenatales.	SI	NO	Observaciones
1.1 Se planeó el embarazo			
1.2 Hubo complicaciones durante el embarazo.			
• Enfermedad de la madre			
• Accidentes de la madre			
• Uso de medicamentos			
• Problemas emocionales			
• Aplicación de rayos X			
• Tabaquismo			
• Alcoholismo			
• Otros			
1.3 Hubo abortos previos. Especificar entre que hijos y la atención recibida.			
1.4 Duración del embarazo			
2. Consideraciones perinatales.			
2.1 Parto vaginal			
Parto por cesárea			
2.2 Hubo complicaciones durante el parto.			
2.3 El niño estuvo en incubadora (indicar el tiempo y la causa)			

- Peso y talla del bebé al nacer:
- Lesiones observadas:

Hidrocefálea Si () No () Hipotiroidismo SI () No ()

Microcefálea Si () No () Paladar hendido Si () No ()

Síndrome de Down Si () No ()

Otros: _____

4. Historia de salud

a) Enfermedades que ha presentado el niño:

Enfermedad	Edad	Atención recibida
Poliomielitis		

Sarampión		
Varicela		
Paperas		
Cardiopatía		
Hepatitis		
Encefalitis		
Parasitosis		
Deficiencias auditivas		
Deficiencias visuales		
Amigdalitis frecuentes		
Tifoidea		
Accidentes (Especificar)		
Alguna otra enfermedad		

Intervenciones quirúrgicas:

Temperaturas mayores 40 grados: Si () No ()

Ha tenido convulsiones: Si () No ()

Ha sufrido golpes en la cabeza: Si () No ()

Padece epilepsia: Si () No ()

Ha sufrido meningitis: Si () No ()

Tratamiento médico prescrito ante alguna de estas enfermedades:

Tiene o ha tenido problemas en: Marcha () Oído ()

Lenguaje () Vista ()

b) ¿Cuál es el estado de salud del niño? Sano ()

Enfermo () Regular ()

¿Por qué?

c) ¿Con qué frecuencia lo lleva al médico?

Mensualmente () Anualmente () Sólo en caso necesario ()

¿Por qué? _____

d) ¿Se ha sometido el niño a un examen neurológico?

Fecha de examen: _____

Institución: _____

Resultados: _____

e) ¿En dónde recibe la atención médica?

IMSS () ISSSTE () Salubridad () UNAM ()

Médico particular ()

5. Relaciones

- Como es la relación del niño en su ambiente social. Incluir todas las personas con quienes vive el niño. Indicando parentesco.

	Buena	Regular	Mala	No hay
Papá				
Mamá				
Hermanos				

- ¿Cuál es la historia del nombre de su hijo?
- ¿Qué es lo que más le gusta de su hijo?

- ¿Qué es lo que le desagrada de su hijo?
- ¿Con quién se identifica más el niño?

- ¿Por qué?

- ¿Con cuál de sus hermanos se lleva mejor? _____
- ¿Por qué?

- ¿Con cuál de sus hermanos pelea o discute con mayor frecuencia? _____
- ¿Por qué?

- ¿Qué espera el padre del niño? _____
- ¿Qué espera la madre del niño? _____
- ¿Quién impone la autoridad respecto al niño? _____
- ¿Considera que hay favoritismo hacia alguno de los miembros de la familia?

- ¿Con quién se relaciona el niño en forma más cercana? _____
- ¿Qué otros parientes influyen o han influido en la educación del niño?

- ¿Por qué?

- Discuten los padres con frecuencia: Si () No ()
- Delante de los niños: Si () No ()
- ¿Con qué frecuencia? _____
- ¿Por qué motivo? _____
- ¿Llegan a los golpes? Si () No ()
- ¿De qué tipo? _____
- ¿Cómo afecta esto al niño? _____
- ¿Cuál es la opinión de la madre acerca de su esposo? _____

- ¿Cuál es la opinión del esposo acerca de la madre? _____

- ¿Qué opina la madre sobre el problema del niño? _____

- ¿Qué opina el padre sobre el problema del niño? _____

- Tiempo que le dedican los padres al niño.

	Todo el día	Mañana	Tarde	Noche	Fin de Semana
Padre					
Madre					
Otro					

- Actividades que realiza la familia los fines de semana, con más frecuencia
(Especificar: ¿Dónde?, ¿A quién?, ¿De qué tipo?)
 - Paseos Si () No ()

 - Visitas familiares Si () No ()

 - Actividades rutinarias Si () No ()

 - Otros:

- Como se acostumbra corregir la conducta del niño:

	Conducta	Frecuencia	Reacción del niño
a) Golpes			
b) Regaños			
c) Castigos			
d) Amenazas			
e) Sobornos			
f) Explicaciones			
g) Otros			

- ¿Ante cuál tipo de corrección responde efectivamente el niño? _____

- ¿Lo usan por igual la madre y el padre? _____
¿Por qué? _____

- ¿Cómo es la relación de la familia con:
- a) Parientes Paternos Buena () Regular () Mala ()
)
- b) Parientes Maternos Buena () Regular () Mala ()
)
- c) Vecinos
- Especificar:

- ¿Cuántos amigos tiene el niño?
1 o 2 () 3 o más () No tiene () No sabe ()
 - ¿Con quién se relaciona mejor el niño?
Niños de su edad () Niños mayores que él ()
Niños menores que él () Adultos ()
 - ¿Cuáles son sus juegos o juguetes preferidos? _____

 - ¿Cómo considera que es la conducta del niño?
Sociable () Retraído () Agresivo ()
Alegre () Nervioso () Activo ()
¿Por qué?

 - Hábitos de aseo personal que ya domina:
- a) Control de esfínteres diurno ()
- b) Control de esfínteres nocturno ()
- c) Control de esfínteres total ()
- d) Vestirse ()
- e) Desvestirse ()

- f) Elegir su ropa ()
- g) Peinarse ()
- h) Lavarse la cara ()
- i) Lavarse las manos ()
- j) Lavarse los dientes ()
- k) Bañarse ()
- l) Asearse la nariz ()
- m) Tender su cama ()
- n) Ordenar sus cosas ()

- Hábitos indeseables que presenta el niño

- Chuparse el pulgar ()
- Dificultad para dormir ()
- Onicofagia ()
- Morder o chuparse el labio ()
- Movimientos rítmicos de cabeza ()
- Movimientos rítmicos del cuerpo ()
- Enuresis ()
- Encopresis ()
- Otros:

- Temas que con mayor frecuencia conversan con el niño:

Padre:

Madre:

- Cooperar el niño con los trabajos familiares: Si () No ()

¿De qué manera?

- Le han proporcionado al niño información acerca de:

- La concepción: _____

- De la muerte:

- Sexualidad:

- Premios y recompensas utilizados para estimular la conducta del niño:

- Descripción de un día completo del niño (festivo, sábado o domingo):

- ¿Tiene usted algún problema específico con el niño? _____
- Descríbalo en detalle:

- ¿Cuál considera usted que sea el problema más grande del niño en:
La casa:

En la escuela:

En otros lugares: _____
- Esta parte se contesta solo en caso de que la pareja actual no sea responsable biológico del niño.
 - a) ¿Qué edad tenía el niño cuando comenzó a vivir con su actual pareja?

 - b) ¿El niño sabe que no es su verdadero padre? Si () No ()
¿Por qué?

 - c) ¿Cómo son las relaciones del niño con su padrastro (madrstra): _____
¿Por qué?

 - d) ¿Cómo reacciono su hijo cuando se enteró que su pareja no es su padre?

e) Actualmente ¿Qué piensa el niño sobre la situación? _____

f) ¿Cree usted que esta situación le ha afectado al niño? _____

6. Desarrollo sexual

a) ¿A qué edad se dio cuenta su hijo que es niño (a)? _____

b) ¿Se identifica con su género? _____

¿En qué lo ha notado?

c) ¿Le ha preguntado sobre el origen de los niños? _____

¿Cuál ha sido su respuesta?

d) ¿El niño toca o juega con sus genitales?

¿Cómo es su conducta?

e) ¿Cuál es la reacción de ustedes cuando el niño lo hace? _____

7. Desarrollo del lenguaje

a) ¿A qué edad el niño trato de darse a entender con palabras (11 meses)?

b) Dijo su primera palabra (1 año): _____

c) Se le entendió claramente (3 años): _____

d) Calidad del leguaje: Normal () Telegráfico ()

Ecolálico () Jerga ()

e) Se comprende lo que habla el niño: SI () No ()

f) Tiene coherencia su discurso: Si () No ()

g) ¿El niño presenta algún problema de lenguaje? Si () No ()

¿Cuál?

h) ¿Considera usted que el niño escucha bien? _____

i) ¿Ha tenido el niño infección en los oídos? Si () No ()

¿A qué edad? _____

j) ¿El niño se queja de dolores en los oídos? Si () No ()

8. Desarrollo motor

¿A qué edad, el niño?

a) Sostuvo la cabeza (3 meses)

b) Se sentó solo:

c) Gateó (8-10 meses):

d) Bipedestación (12-14 meses): _____

e) Caminó solo (15 meses):

f) Su sonrisa fue espontánea: Si () No () ¿A qué edad? _____

g) ¿Puede comer sólo? Si () No () ¿Desde qué edad? _____

h) Habilidad manual observada: Buena () Regular () Mala ()

Muy torpe () Incapaz ()

i) ¿Presenta algún problema motor?

¿Cuál?

9. Exploración conductual

- Horario de sueño: _____

- ¿Con quién duerme el paciente? _____

- Necesita algo especial para dormirse Si () No () ¿Qué?

- Se mueve, habla o llora mientras duerme: _____
- Despierta con frecuencia: Si () No () ¿Desde cuándo?

- Horario de alimentación: Desayuno: _____ Comida:

- Cena: _____
- ¿Qué hace usted cuando no quiere comer? _____
- ¿Qué alimentos rechaza?

- ¿Acepta todo tipo de alimentos? Si () No ()
- ¿Tiene buen apetito en la actualidad? Si () No ()
- Hay algo que le cause miedo al niño Si () No ()

10. Visión

- El niño usa lentes: Si () No ()
¿Por qué?

- ¿Desde cuándo utiliza lentes? _____
- ¿Ha sido examinado de su vista recientemente? _____
- ¿Qué diagnóstico tiene de la vista del niño? _____
- El niño se acerca mucho a los libros o ala t.v _____

11. Control de esfínteres

- ¿A qué edad comenzó avisó? _____
- ¿Qué procedimiento se siguió para que avisara? _____
- ¿Cómo se le corregía cuando no avisaba a tiempo? _____
- ¿Moja actualmente la cama por las noches? _____
- ¿Qué hace usted cuando esto sucede? _____

12. Historia escolar

- a) ¿A qué edad ingresó a la guardería? _____
- b) ¿A qué edad ingresó al jardín de niños? _____

c) ¿A qué edad ingresó a la primaria? _____

d) ¿A qué edad ingresó a la secundaria? _____

e) ¿Están ambos padres de acuerdo en que el niño asista a la escuela?

Si () No () ¿Por qué? _____

f) ¿Cuál es la actitud del niño hacia la escuela? _____

¿Por qué? _____

g) ¿Acostumbra realizar su tarea? Si () No ()

h) ¿Quién le ayuda a hacer la tarea? _____

i) ¿El niño ha reprobado algún año escolar? _____ ¿Cuál? _____

j) ¿Cuál ha sido la reacción de usted? _____

k) ¿Ha tenido cambio de escuelas? _____ ¿Por qué? _____

¿Cuándo fue? _____

l) ¿Ha tenido cambio de maestro a lo largo de este año? _____

¿Por qué motivo? _____

m) ¿Cuál es la opinión del maestro acerca del niño? _____

n) ¿Se tienen quejas de la conducta del niño en la escuela? _____

¿De qué tipo? _____

¿Desde cuándo? _____

o) ¿Cómo son las relaciones de su hijo con sus compañeros de escuela?

p) ¿Participa el niño en actividades colectivas dentro de la escuela?

Si () No () ¿Por qué? _____

q) Se conoce alguna discapacidad física que pueda disminuir su capacidad escolar? Si () No () ¿Cuál? _____

* Para niños de primaria en adelante

r) Presenta problemas en sus habilidades escolares:

* Lectura Si () No ()

* Escritura Si () No ()

* Aritmética Si () No ()

* Ciencias naturales Si () No ()

* Educación Física Si () No ()

* Otros: _____

s) ¿Cuál es la materia que más le gusta? _____

¿Por qué? _____

t) ¿Hay alguna materia que no le guste? _____

¿Por qué? _____

u) El niño tiene en casa materiales como:

Libros (Especificar de qué tipo): _____

Diccionarios (Especificar): _____

Otros: _____

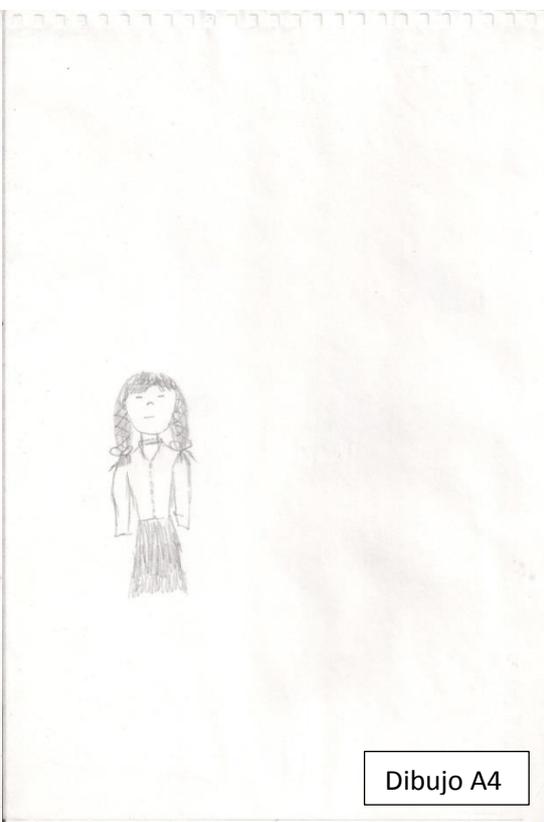
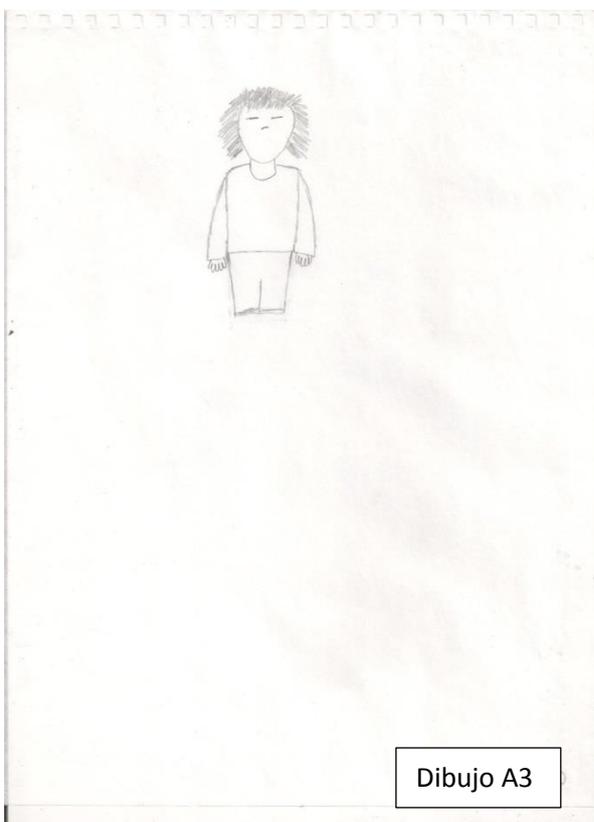
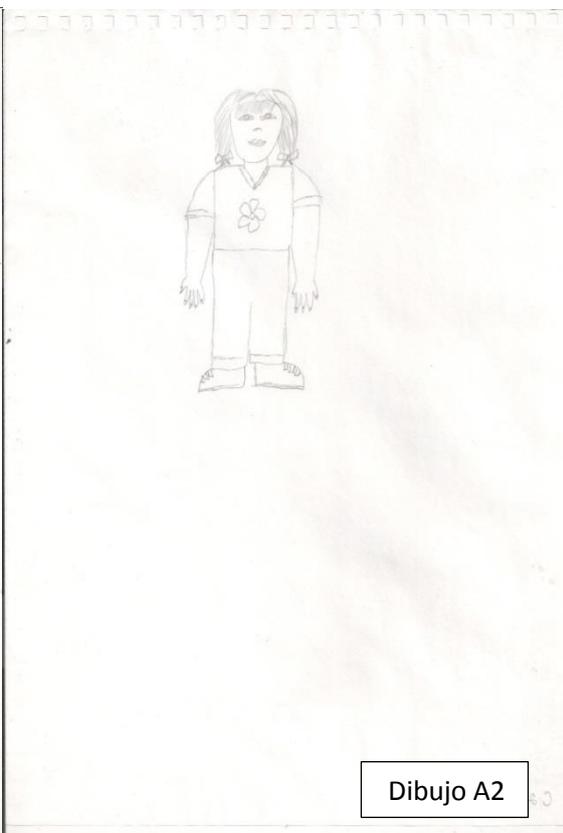
v) ¿Cuál ha sido su promedio de calificación durante los dos últimos años?

Observaciones: _____

Fecha de aplicación: _____

APÉNDICE 4

PARTICIPANTE "A"





Dibujo A5



Dibujo A6

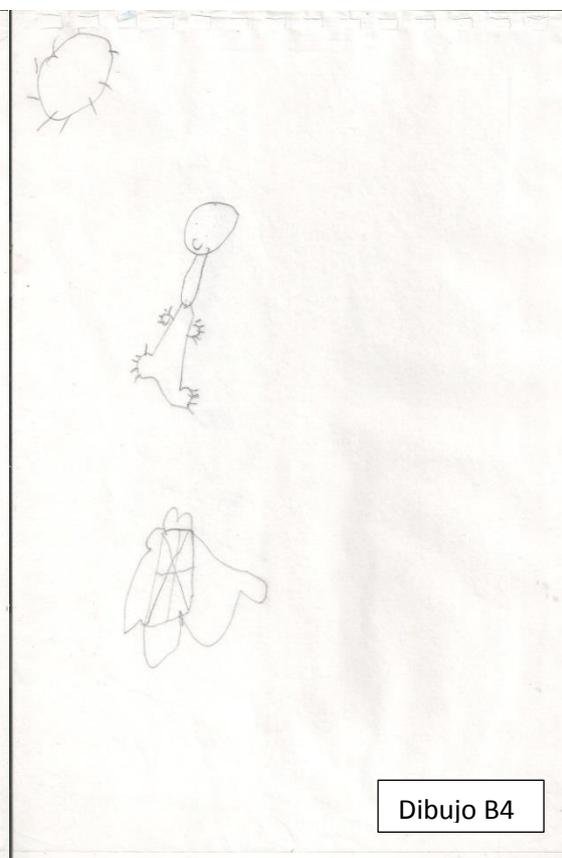
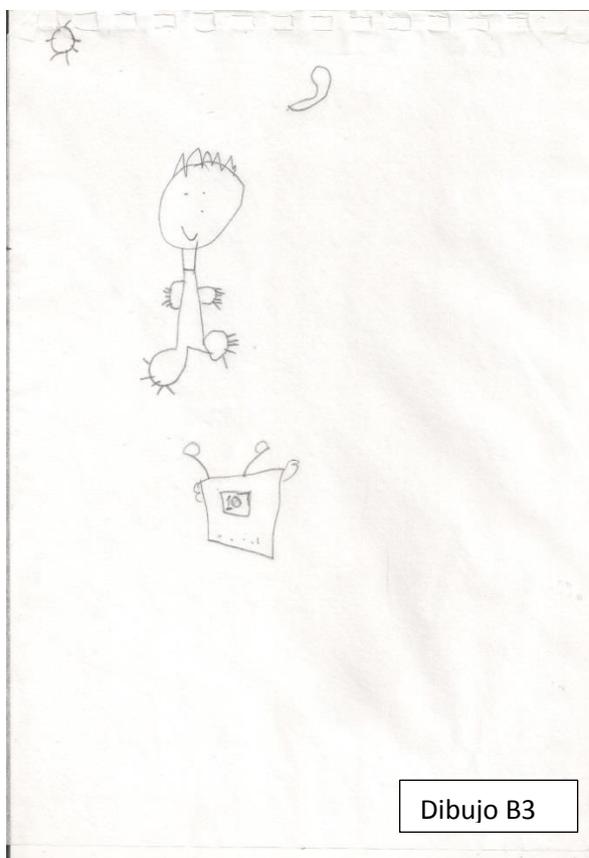
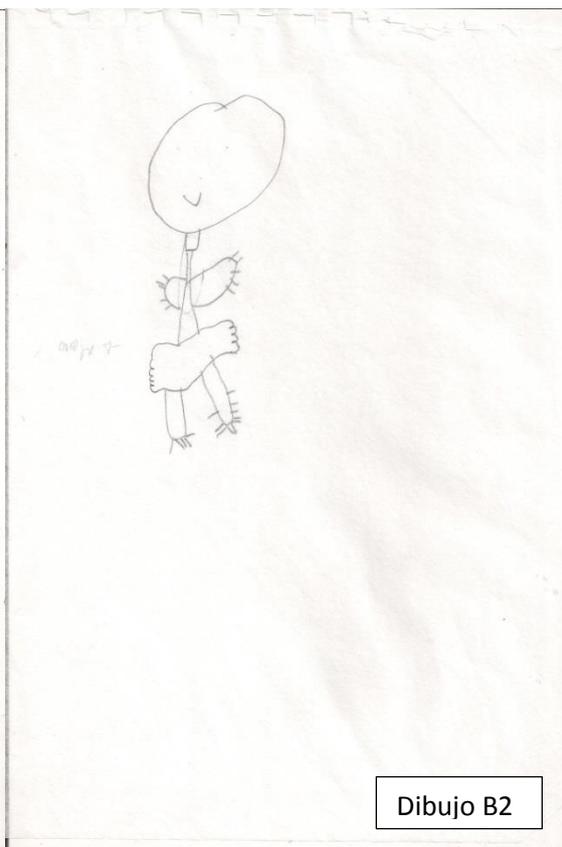


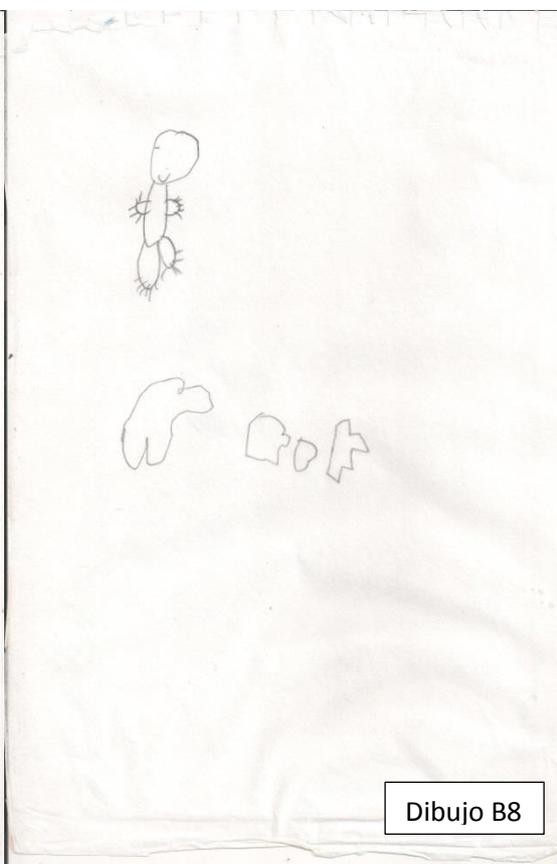
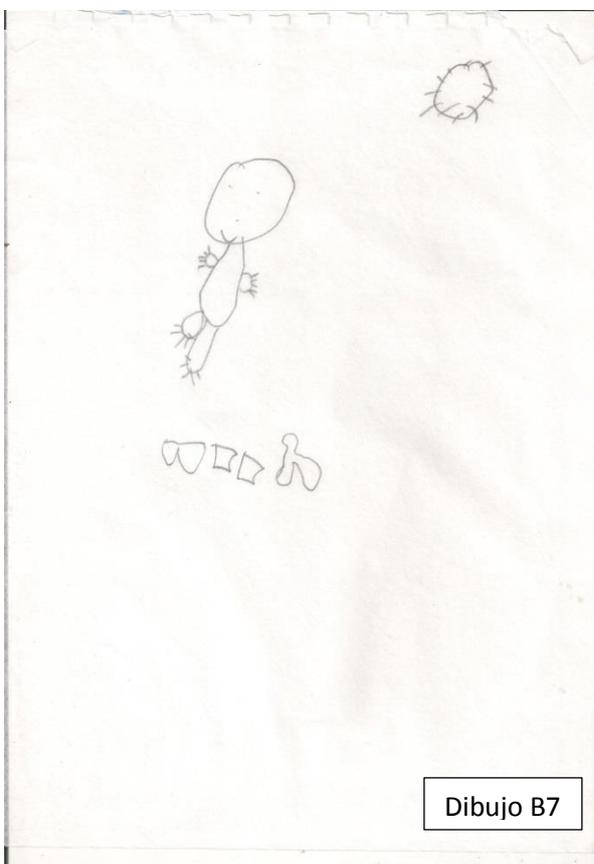
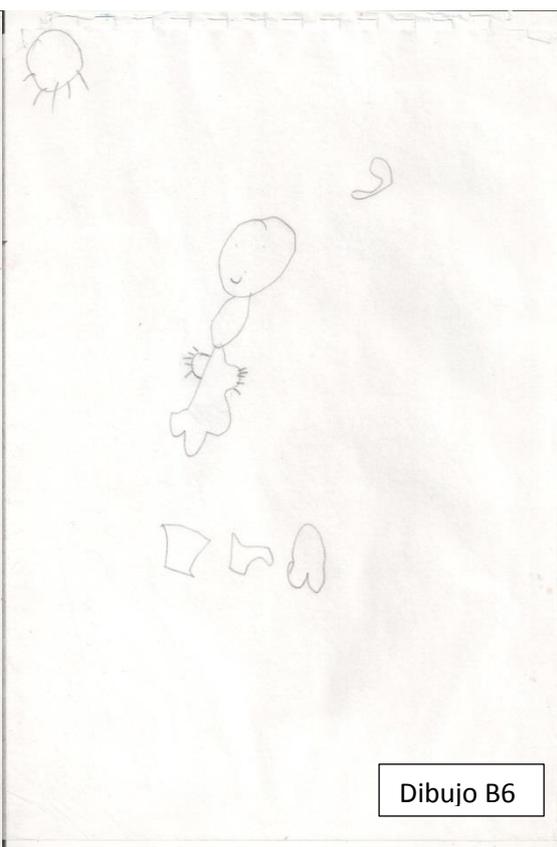
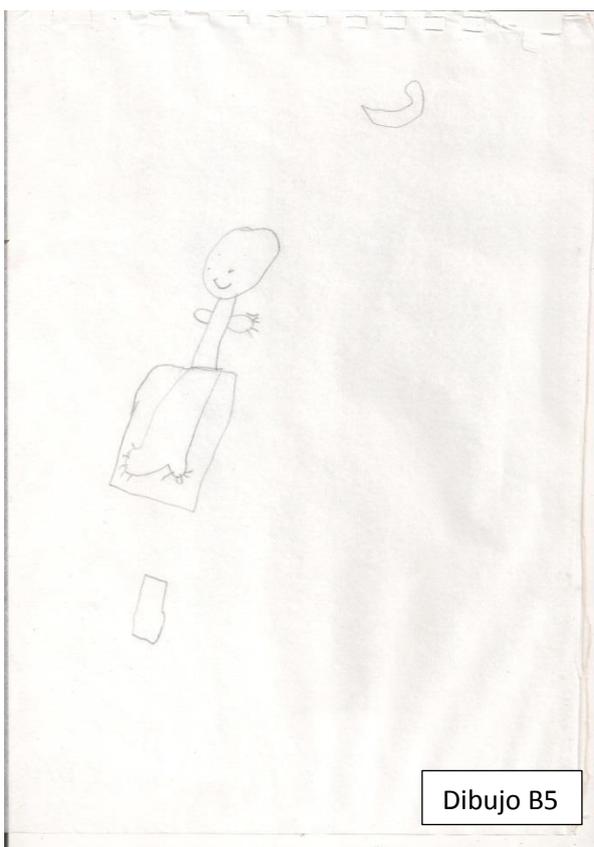
Dibujo A7



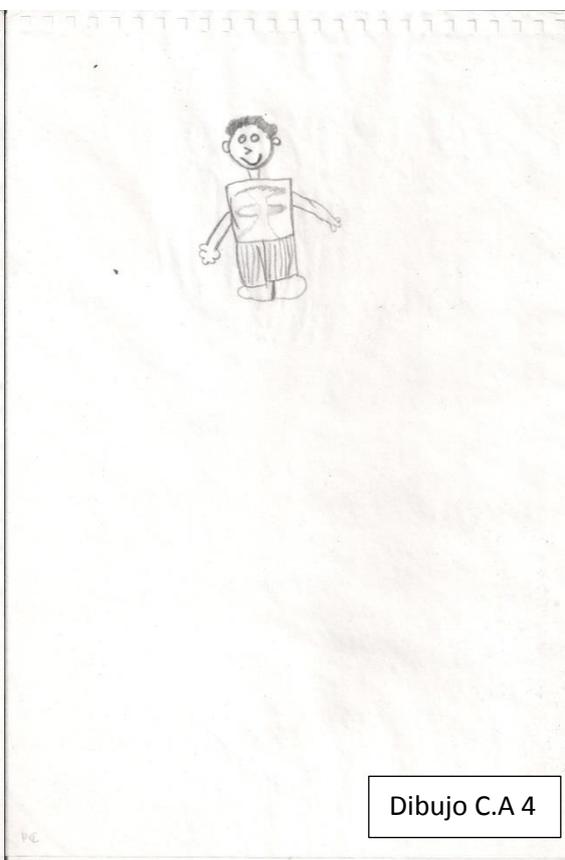
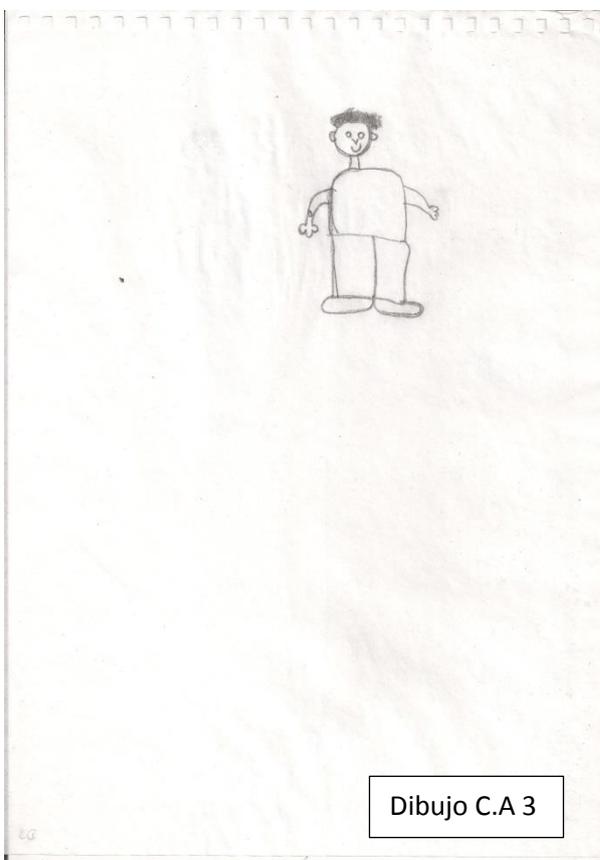
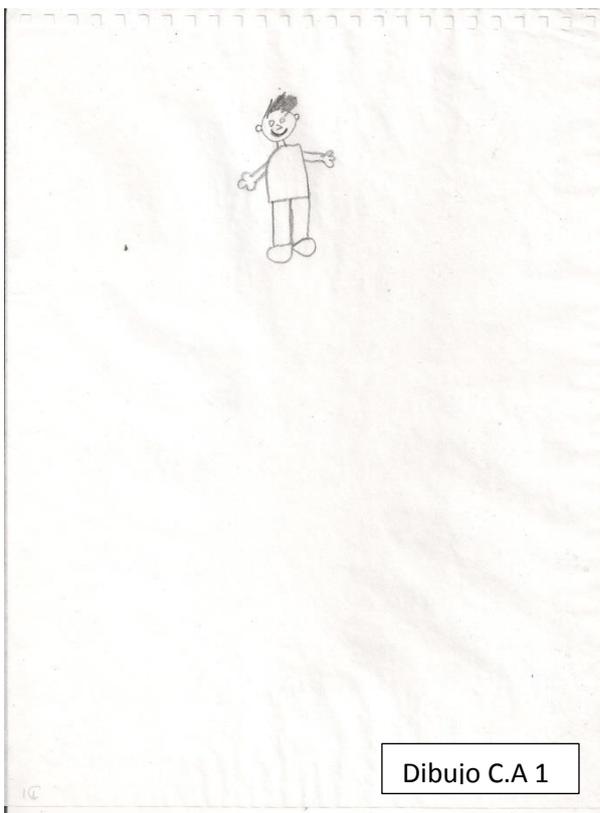
Dibujo A8

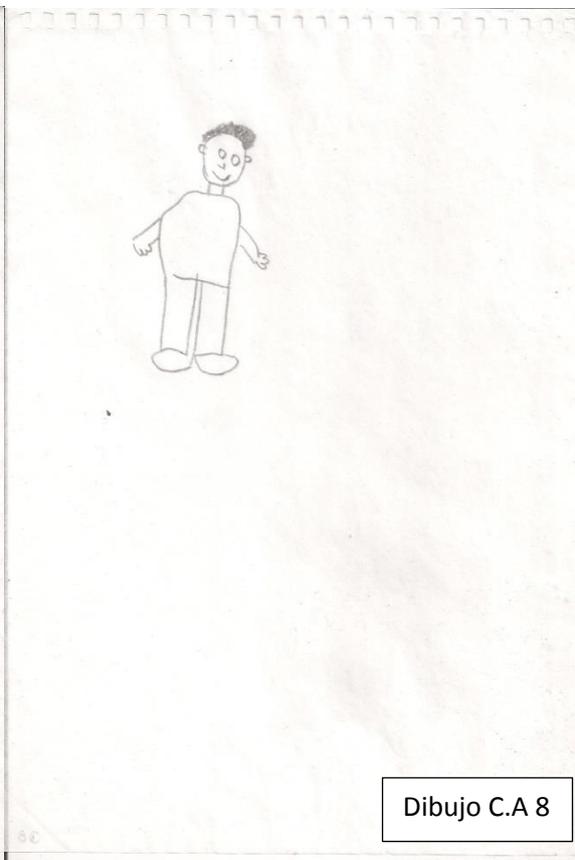
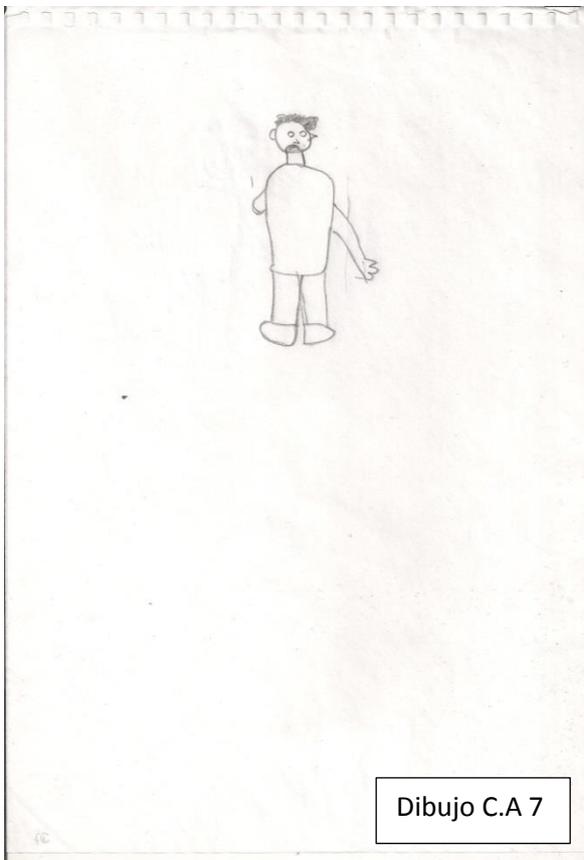
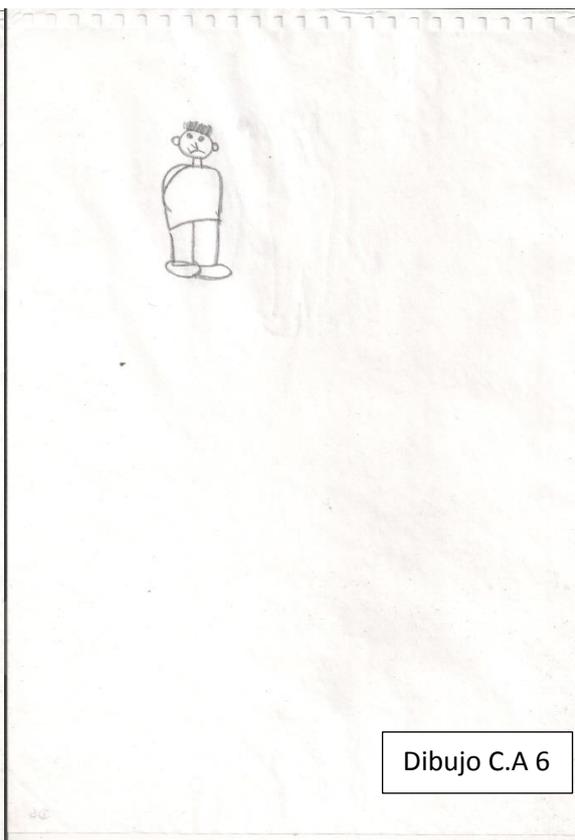
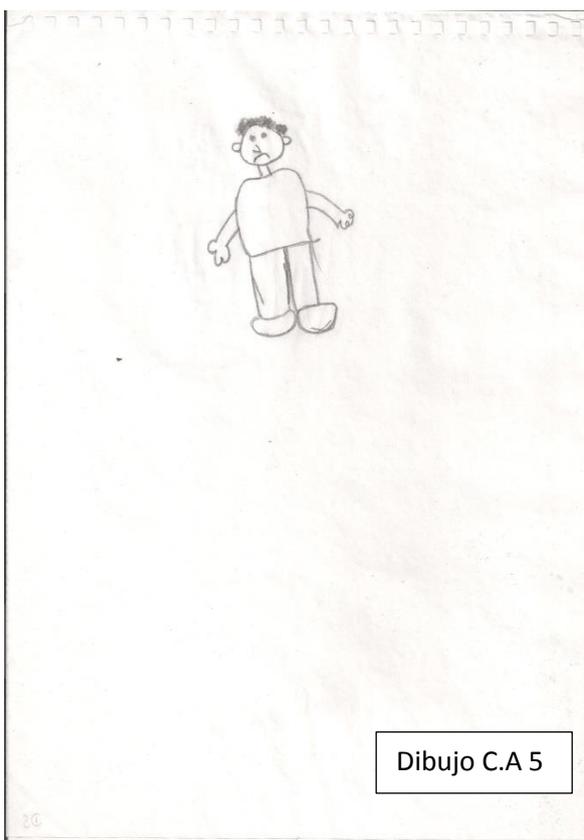
PARTICIPANTE "B"



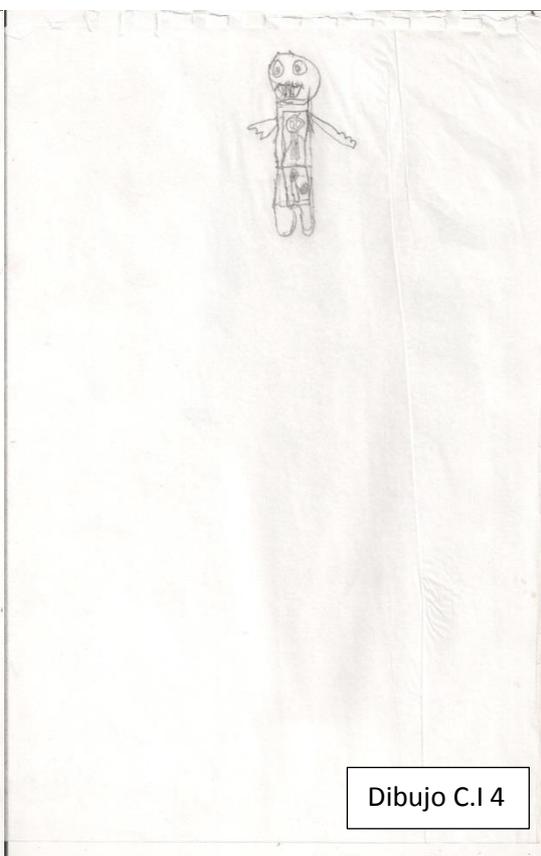
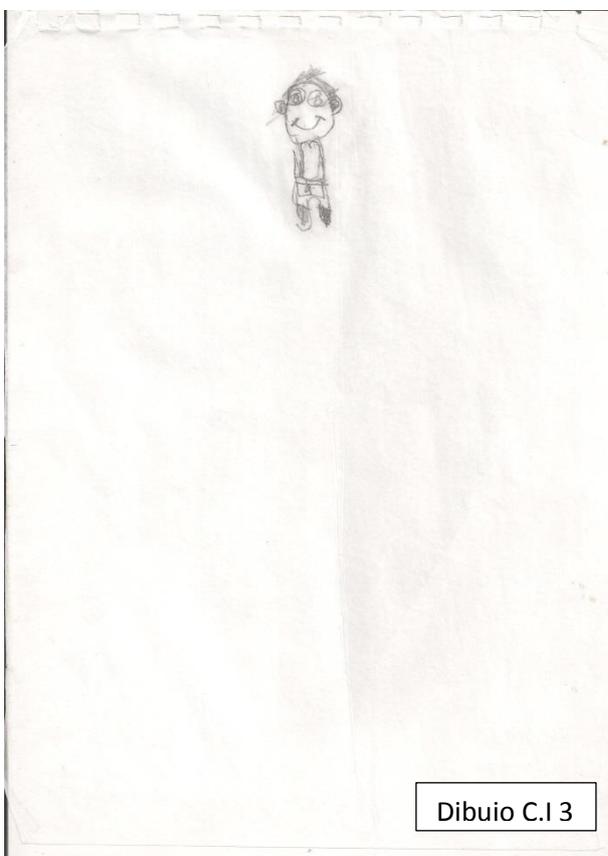
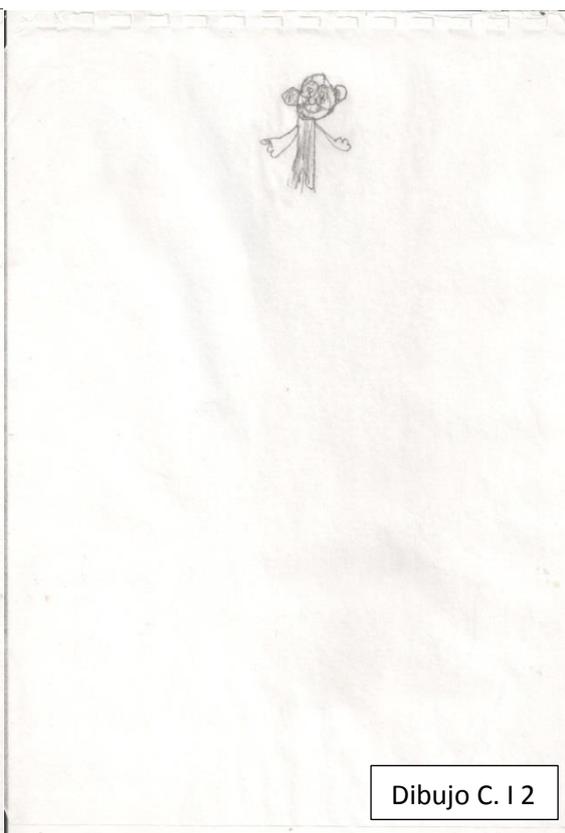
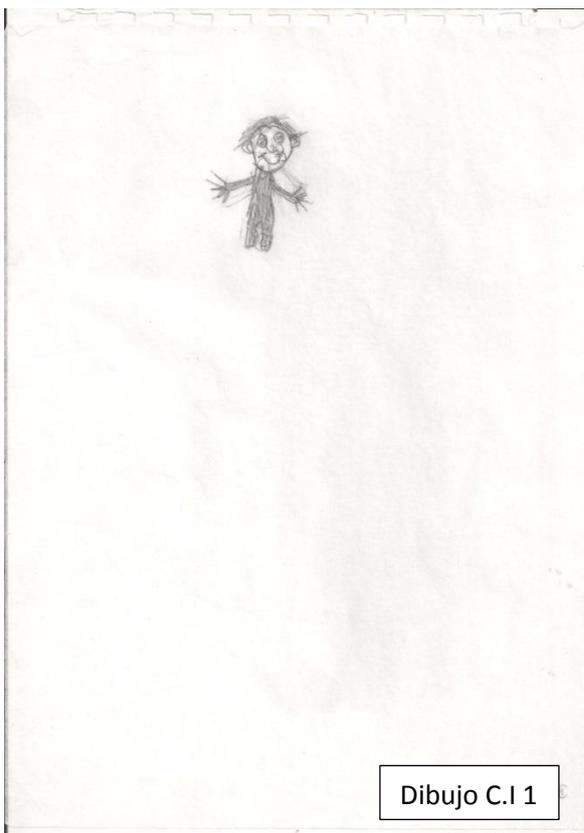


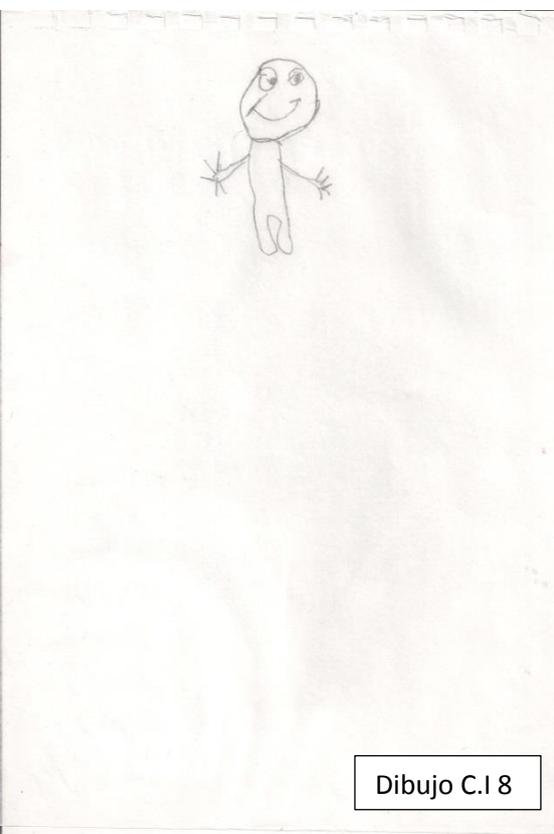
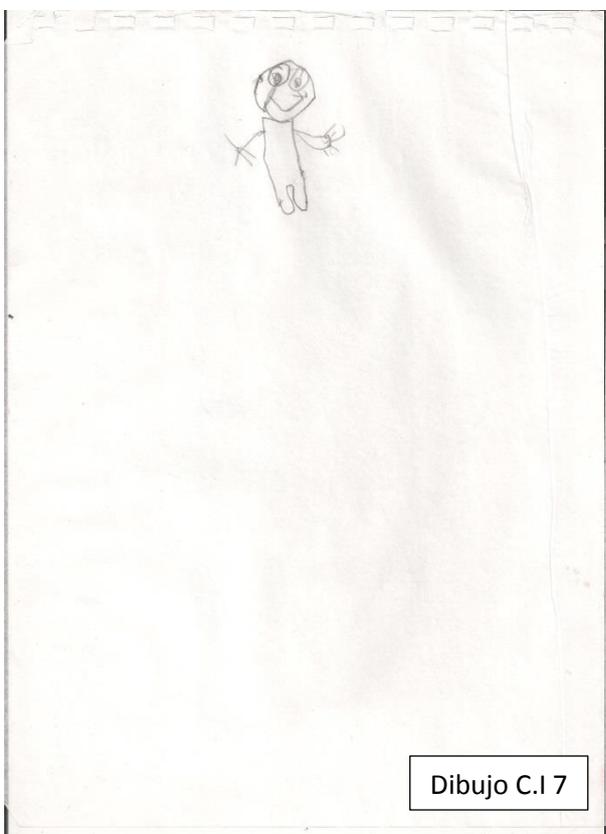
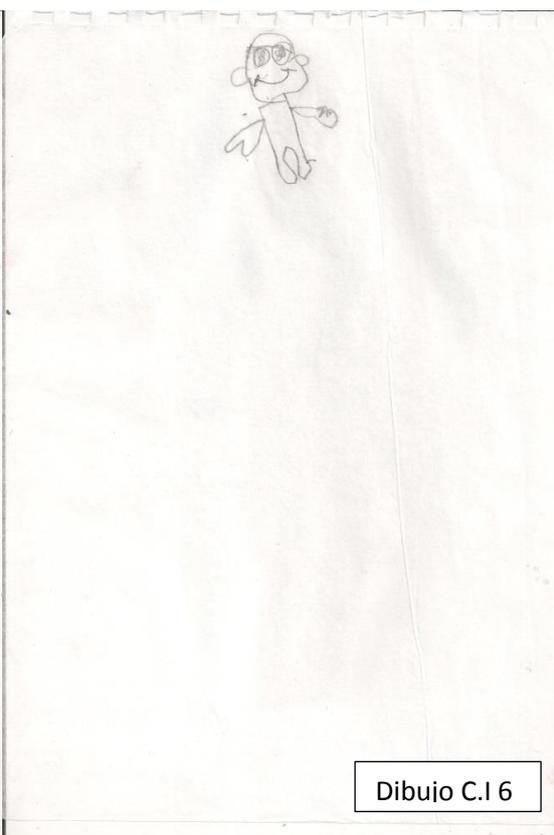
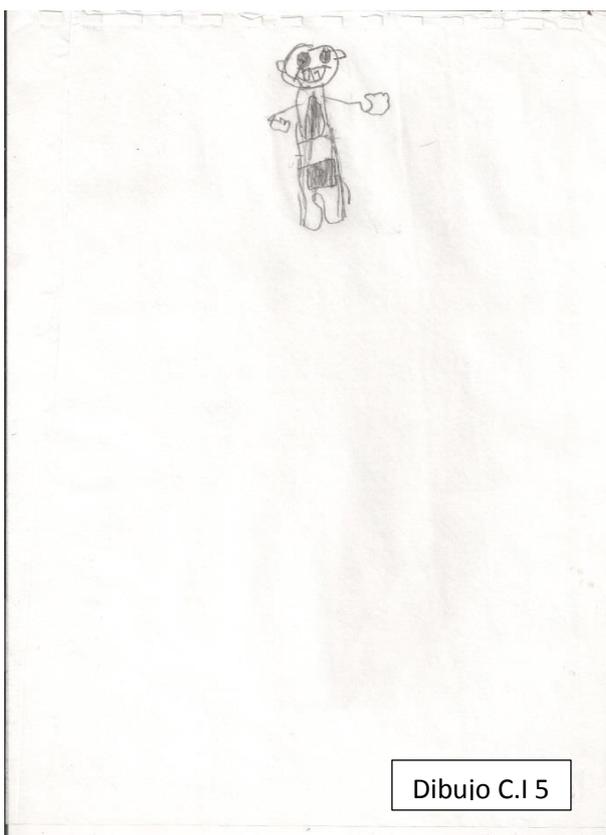
PARTICIPANTE "C.A"



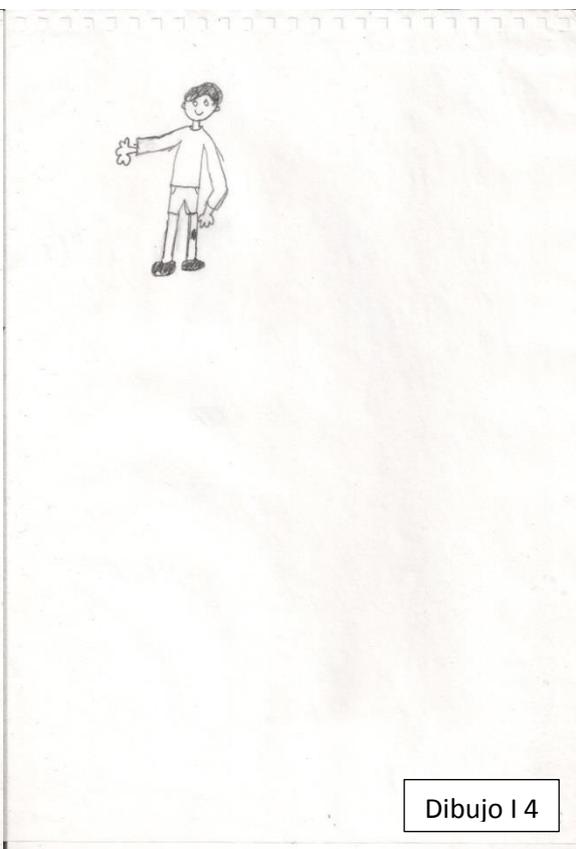
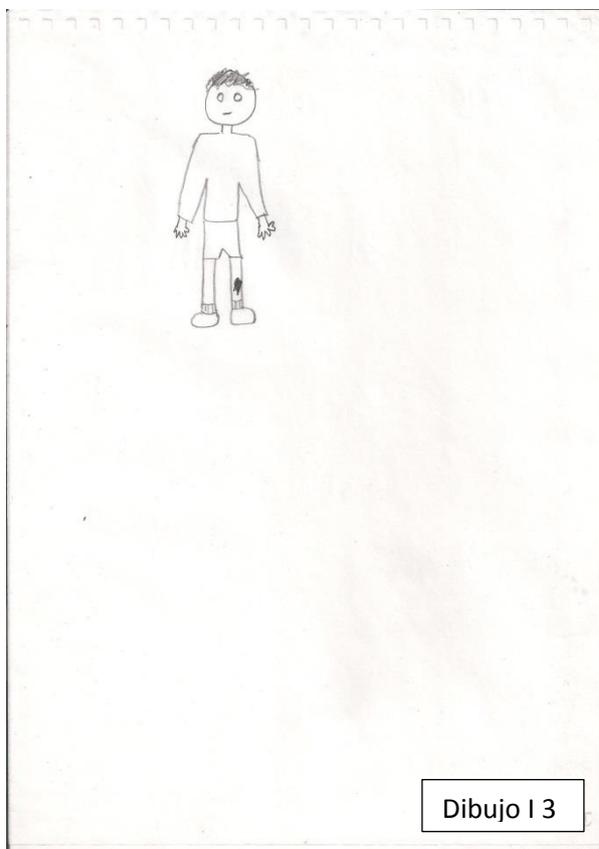
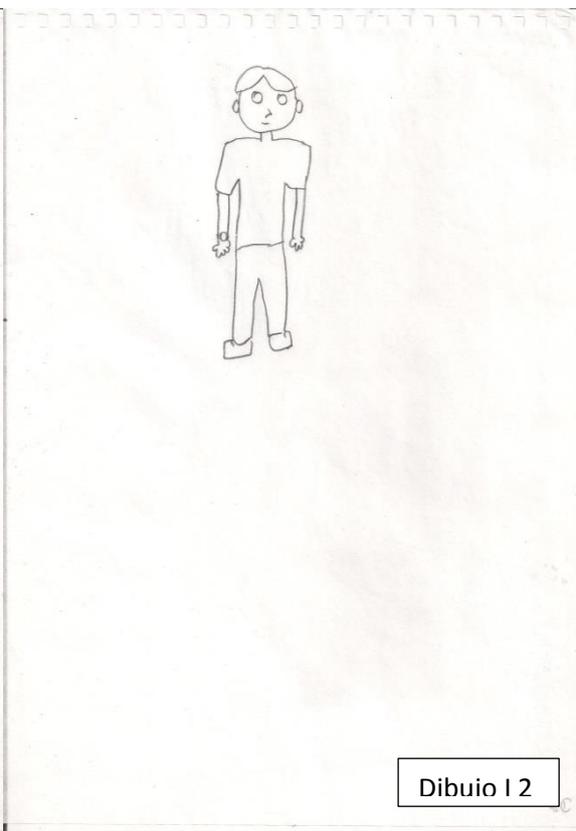
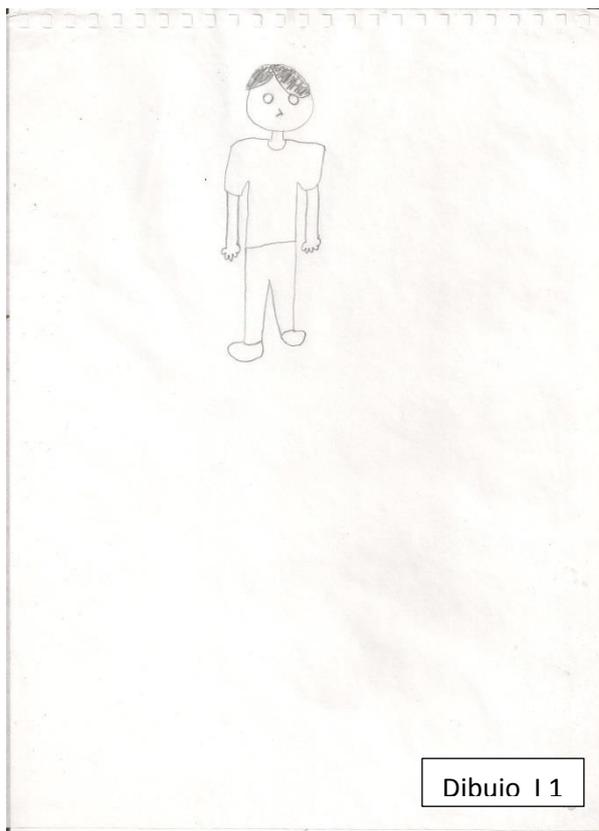


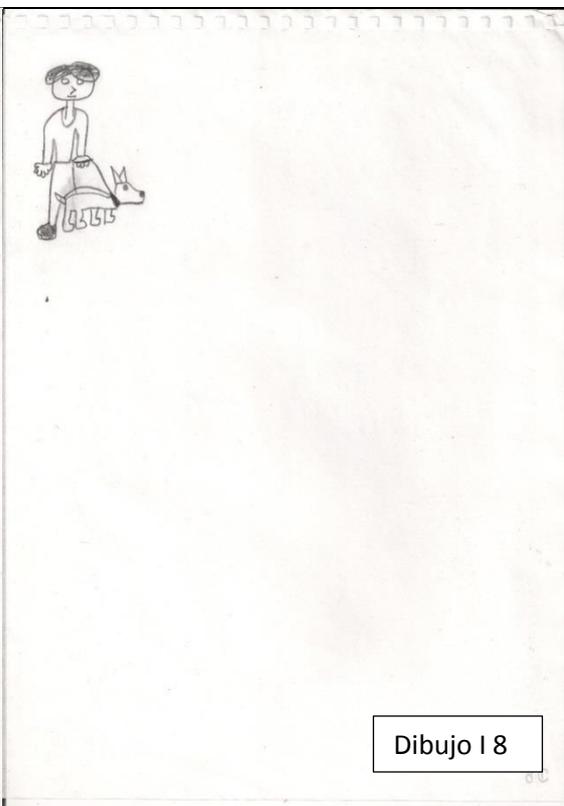
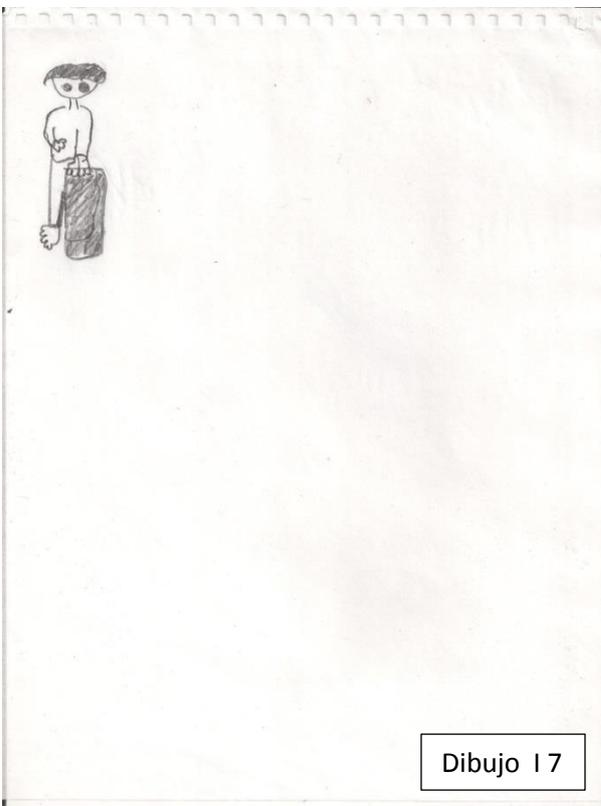
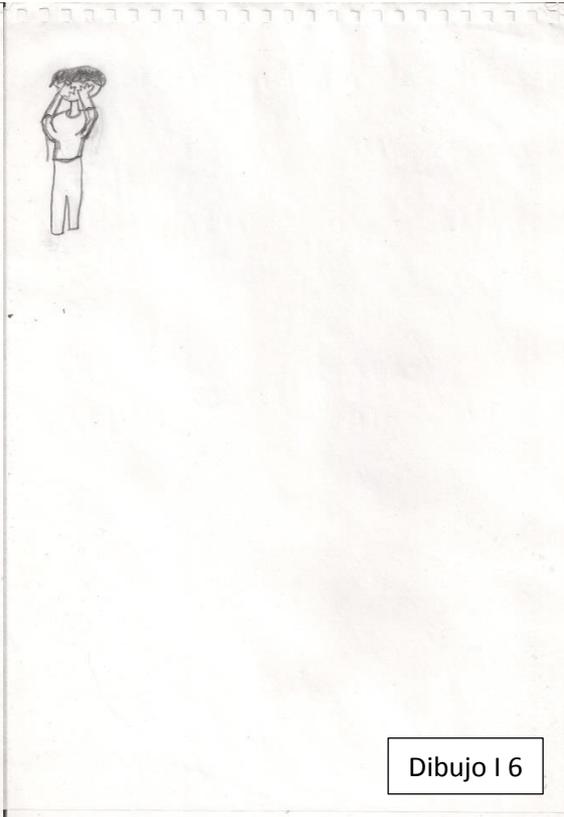
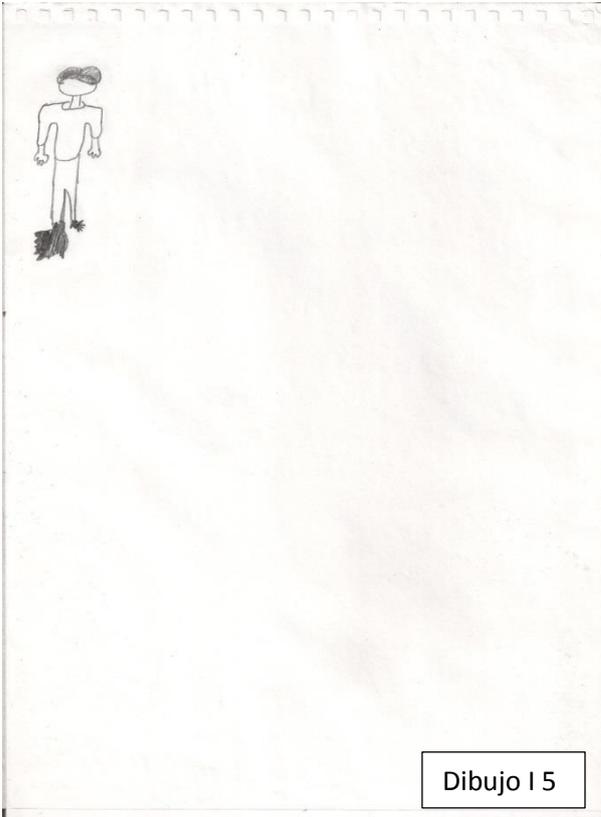
PARTICIPANTE "C.I"





PARTICIPANTE "I"





APÉNDICE 5

1. Elementos gráficos del dibujo

- a) **Altura del dibujo:** La altura se basa sobre una línea imaginaria que se extiende en lo alto de la cabeza, atraviesa el centro del cuerpo y llega hasta la punta del pie más largo.

N. Dibujo TD8H Niño	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
A	-	-	()	()	-	-	-	()
B	0	-	--	--	-	-	--	--
CA	--	--	--	--	--	--	--	-
CI	--	--	--	--	--	--	--	-
I	-	-	-	--	--	--	--	--

Cuadro 1. En este cuadro, se representan los resultados de la altura de la figura en los 40 dibujos realizados por cinco niños.

Resultados: (- ,13) (-- ,23); (0,1) (0, 3); total 40 de 40 posibles.

1. Elementos gráficos del dibujo

- b) **Colocación:** La colocación horizontal de la figura en la página, se divide en tres partes horizontales e iguales, denominadas: Arriba (T), Abajo (B) y Centro (C). De igual manera la colocación vertical de la figura en la página, se ha dividido en tres partes verticales iguales, que son Izquierdo (L), Centro (C) y Derecha (R); según el área o zona de la pauta cubierta.

N. Dibujo TD8H Niño		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
		A	Horizontal Vertical	TC C	TC C	TC C	BC LC	CT CL	TC CL
B	Horizontal Vertical	CT CR	TC CL	TC LC	TC CL	TC CL	TC C	TC CL	TC LC
CA	Horizontal Vertical	T C	TC CL	TC CR	TC C	TC C	TC CL	TC C	TC CL
CI	Horizontal Vertical	T C	T C	T C	T C	T C	T C	T C	T C
I	Horizontal Vertical	TC C	TC C	TC CL	T CL	T L	T L	T L	T L

Cuadro 2. En este cuadro, se representan los resultados de la colocación horizontal y vertical en los 40 dibujos realizados por cinco niños.

Resultados: Horizontal TC 22, T 14, BC 2, CT 2. Vertical C 18, CL 11, L 6, LC 3, CR 2; total 40 de 40 posibles.

1. Elementos gráficos del dibujo

- c) **Calidad de las líneas:** Hay cinco aspectos valorables que caracterizan las líneas usadas. c1) Tipo; esta valoración se ocupa de tipo de líneas usadas. c2) En el refuerzo; la valoración se establece si el contorno se compone o no de un solo grosor de línea. c3) Temblor; la valoración toma en cuenta la presencia de líneas temblorosas.

N. Dibujo TD8H Niño	c1)Tipo								c2)Refuerzo								c3)Temblor							
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
A	SO S	S-	SO Cs	SO Cs	S+	SO Cs	SO cs	SO j	X	X	X	✓	X	X	X	X	-	-	0	0	0	0	0	0
B	cs S	cs S-	X	X	X	X	X	X	X	X	0	0	0	0	0	0	0	0						
CA	Cs	Cs	Cl	Cl	Cl	Cl	cl	Cl	X	X	✓	X	✓	✓	X	X	0	0	0	-	0	0	0	0
CI	S+ SO	S+	S+	SO	S+	Cs	cs	Cs	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	0	0	-	-	-	0	0	0
I	Cs	Cl	Cs	SO	Cs	Cs	cs	Cs	X	X	X	X	X	✓	✓	X	0	0	0	0	0	0	0	0

Cuadro 3. En este cuadro, se representan los resultados de la categoría “calidad de las líneas” y las subcategorías “tipo, refuerzo y temblor”; obtenidos en los 40 dibujos realizados por cinco niños.

Resultados: c1) Tipo: cs 19, SO 8, cl 7, S+ 5, S- 1; total 40 de 40. c2) Refuerzo: x, 29, ✓ ,11; total 40 de 40. c3) Temblor: 0 34, - 6; total 40 de 40.

1. Elementos gráficos del dibujo

c) **Calidad de líneas:** También entre los aspectos valorables que caracterizan las líneas usadas están: c4) Unión establece el número y medida de las interrupciones en el contorno del cuerpo. c5) Presión; evalúa la fuerza del trazo con lápiz, según lo evidencia el tono de la línea, que va desde muy oscuro hasta muy claro.

N. Dibujo TD8H Niño	c4) Unión								c5) Presión							
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
A	++	++	++	++	++	++	++	+	0	0	+	+	0	+	(+)	(+)
B	+	0	0	-	0	0	0	-	+	+	+	0	0/-	0	+	+
CA	++	+	++	+	++	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
CI	++	++	0	+	-	0	0	+	+	+	+	+	+	0	0	0
I	+	+	+	++	+	++	+	+	0	+	+	+	+	+	+	+

Cuadro 4. En este cuadro, se representan los resultados de la categoría “calidad de las líneas” y las subcategorías “unión y presión”; obtenidos en los 40 dibujos realizados por cinco niños.

Resultados: c4) Unión: ++ 14, + 14, 0 8, - 4; total 40 de 40. **c5) Presión:** + 28, 0 9, (+) 2, 0/- 1; total 40 de 40.

1. Elementos gráficos del dibujo

d) **Simetría:** Esta valoración establece la concordancia en la colocación, sobre planos horizontales. A su vez, se valora la concordancia de las distancias derecha e izquierda de las partes del cuerpo.

N. Dibujo TD8H Niño		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
	A	Horizontal	+	+	+	0	--	-	-
	Vertical	+	+	+	0	--	-	-	0
B	Horizontal	--	--	--	--	--	--	--	--
	Vertical	--	--	--	--	--	--	--	--
CA	Horizontal	--	--	--	--	--	--	--	--
	Vertical	--	--	--	--	--	--	--	--
CI	Horizontal	--	--	0	0	0	--	0	-
	Vertical	--	--	0	0	0	--	0	-
I	Horizontal	0	0	0	-	--	--	-	-
	Vertical	0	0	0	-	--	--	-	-

Cuadro 5. En este cuadro, se representan los resultados obtenidos de la categoría “simetría”, en los 40 dibujos realizados por cinco niños.

Resultados: Horizontal: -- 22, 0 9, - 6, + 3; total 40 de 40. **Vertical:** -- 22, 0 9, - 6, + 3; total 40 de 40.

1. Elementos gráficos del dibujo

e) **Parcial entera:** Esta categoría toma en cuenta la fracción de la figura que se ha dibujado. Para dicho fin, el cuerpo se divide en cuatro partes, aproximadamente: a) cabeza hasta los hombros; b) de los hombros a la cintura; c) de la cintura a las rodillas; d) de las rodillas a los pies.

N. Dibujo TD8H Niño	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
A	4	4	3	3	4	4	4	2
B	4	4	4	4	4	3	4	4
CA	4	4	4	4	4	4	4	4
CI	4	4	4	4	4	4	4	4
I	4	4	4	4	4	4	3	3

Cuadro 6. En este cuadro, se representan los resultados obtenidos de la categoría “parcial-entera”, en los 40 dibujos realizados por cinco niños.

Resultados: 4: 34, 3: 5, 2:1; total 40 de 40.

2. Elementos de contenido del dibujo

f) **Posición del cuerpo:** Esta categoría consiste en valorar la actitud o postura de la imagen del dibujo.

N. Dibujo TD8H Niño	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
A								
B				L	L	L	L	
CA								
CI						L		
I								

Cuadro 7. En este cuadro, se representan los resultados obtenidos de la categoría “posición del cuerpo”, en los 40 dibujos realizados por cinco niños.

Resultados: I 35, L 5; total 40 de 40.

2. Elementos de contenido del dibujo

g) **Relleno del cuerpo:** Esta categoría se refiere al sombreado y detalle en el trato de la superficie que se encuentra dentro del contorno del cuerpo, excluyendo la cabeza y el cuello. Las tres características del relleno son. g1) Tipo se establece si el relleno del cuerpo es detallado al principio o sombreado. g2) Minuciosidad se valora el grado de prolijidad en el relleno del cuerpo. g3) La densidad indica el grado del relleno del cuerpo.

Dibujo TD8H Niño	g1) Tipo								g2) Minuciosidad								g3) Densidad							
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
A	D	D	x	Ds	X	Ds	Ds	X	++	++	X	+	x	++	++	X	-	-	--	+	--	-	-	U
B	X	X	x	X	X	x	X	X	X	x	X	x	x	x	X	X	--	--	--	--	U	--	--	--
CA	X	D	x	Ds	X	x	X	X	X	0	-	+	-	-	0	0	--	-	--	+	--	--	--	--
CI	S	S	D/S	D/S	D/S	x	X	X	--	--	--	--	--	x	X	X	++	++	+	+	+	--	--	--
I	X	X	Ds	Ds	Ds	D/S	D/S	Ds	X	x	0	0	0	+	0	+	--	--	-	-	-	U	-	-

Cuadro 8. En este cuadro, se representan los resultados de la categoría “relleno del cuerpo” y las subcategorías “tipo, minuciosidad y densidad”; obtenidos en los 40 dibujos realizados por cinco niños.

Resultados: g1) Tipo: x 22, Ds 8, D/S 5, D 3, S 2; total 40 de 40. g2) Minuciosidad: x 17, 0 7, -- 5, ++ 4, + 4, - 3; total 40 de 40. g3) Densidad: -- 20, - 10, + 5, U 3, ++ 2; total 40 de 40.

2. Elementos de contenido del dibujo

h) **Vestimenta:** Esta categoría se refiere a la cantidad de vestimenta que tiene el dibujo de la persona.

N. Dibujo TD8H Niño	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
A	U	c/c						
B	c/0	U	c/0	c/0	c/0	c/0	c/0	c/0
CA	c/2	c/c	c/2	c/c	c/2	c/2	c/2	c/2
CI	c/0	c/0	c/2	c/2	c/2	c/0	c/0	c/0
I	c/c	c/c	c/2	c/2	c/c	c/c	c/2	c/c

Cuadro 9. En este cuadro, se representan los resultados obtenidos de la categoría “vestimenta”, en los 40 dibujos realizados por cinco niños.

Resultados: c/c 14, c/0 12, c/2 12, U 2; total 40 de 40.

2. Elementos de contenido del dibujo

- i) **Ojos:** Esta categoría señala la presencia u ausencia de la impresión general de ojo. i1) Ojos inexpresivos es carencia de sentido, ojos en blanco y cerrados. i2) Ojos bizcos que miren en direcciones distinta

N. Dibujo TD8H Niño	i1) Inexpresivos								i2) Bizcos							
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
A	X	X	✓	✓	✓	X	X	✓	X	X	X	X	X	X	X	X
B	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	X
CA	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	X
CI	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X	X	X	✓	✓	X
I	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	X	X	X	X	X	X	X

Cuadro 10. En este cuadro, se representan los resultados de la categoría “ojos” y las subcategorías “inexpresivos y bizcos”; obtenidos en los 40 dibujos realizados por cinco niños.

Resultados: i1) Inexpresivos: ✓ 25, X 15; total 40 de 40. **i2) Bizcos:** X, 36, ✓ ,4; total 40 de 40.

2. Elementos de contenido del dibujo

j) **Acentuación anatómica:** Esta categoría establece el grado de intensidad que se le da a la anatomía. La anatomía se refiere a las líneas o sombreado que indiquen: músculos, órganos, curvas del cuerpo, pelo o vello.

N. Dibujo TD8H	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
Niño								
A	0	0	0	0	0	0	0	0
B	0	-	0	-	-	-	-	-
CA	-	-	-	-	-	-	-	-
CI	0	-	0	-	-	-	-	-
I	0	0	0	0	0	0	0	0

Cuadro 11. En este cuadro, se representan los resultados de la categoría “acentuación del cuerpo”, obtenidos en los 40 dibujos realizados por cinco niños.

Resultados brutos: - 20, 0 20; total 40 de 40.

2. Elementos de contenido del dibujo k) **Integración Gestalt:** Esta categoría refiere a una construcción armoniosa o fallida del esquema corporal y la autoimagen.
 k1) Tipo silueta; se refiere a la forma que se presenta un objeto cuando esta sobre un fondo claro. k2) Tipo escindida; se refiere figura dividida en dos o más partes.
 k3) Tipo yuxtapuesta; es la forma más primitiva y sencilla para unir dos cosas que tiene relación entre sí.

Dibujo TD8H Niño	k1) Gestalt tipo silueta								k2) Gestalt tipo escindida								k3) Gestalt tipo yuxtapuesta							
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
A	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
B	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	A	a	X	X	X	X	X	X
CA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CI	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	✓	X	X	X
I	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Cuadro 12. En este cuadro, se representan los resultados de la categoría “Integración gestalt” y las subcategorías “tipo silueta, tipo escindida y tipo yuxtapuesta”; obtenidos en los 40 dibujos realizados por cinco niños.

Resultados: k1) Gestalt tipo silueta: ✓ 40, X 0; total 40 de 40. k2) Gestalt tipo escindida: X 40, ✓ 0; total 40 de 40. k3) Gestalt tipo yuxtapuesta: X 36, ✓ 4; total 40 de 40.

2. Elementos de contenido del dibujo. k) **Integración Gestalt:** Esta categoría refiere a una construcción armoniosa o fallida del esquema corporal y la autoimagen. k4) Tipo desorganizada; se refiere a los trazos que evidencian menor estructura en el dibujo. k5) Tipo desproporcionada; se refiere a las dimensiones inequitativas. k6) Tipo amputada; se refiere a la supresión de una o más partes del dibujo.

Dibujo TD8H Niño	k4) Gestalt tipo desorganizada								k5) Gestalt tipo desproporcionada								k6) Gestalt tipo amputada							
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
A	X	X	X	X	X	X	X	A	X	X	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	✓	✓	✓	✓
B	X	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	X
CA	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	✓	X	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X	✓	✓	X
CI	✓	✓	X	X	X	X	X	X	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	✓	X	X	X	X	X
I	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	X	X	X	X	X	X	X	X	✓	✓	✓

Cuadro 13. En este cuadro, se representan los resultados de la categoría “Integración gestalt” y las subcategorías “tipo desorganizada, tipo desproporcionada y tipo amputada”; obtenidos en los 40 dibujos realizados por cinco niños.

Resultados: k4) Gestalt tipo desorganizada: X 31, ✓ 9; total 40 de 40. k5) Gestalt tipo desproporcionada: X 20, ✓ 20; total 40 de 40. k6) Gestalt tipo amputada: X 29, ✓ 11; total 40 de 40.

3. Elementos de continuidad del dibujo

- l) **Frente de la cabeza:** Esta categoría toma en cuenta el frente de la cabeza. Los puntos de referencia son la derecha e izquierda de la persona que se clasifica.

N. Dibujo TD8H	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
Niño								
A	Fo	Fo	Fo	Fo	U	Fo	½	fo
B	½	½	r/2	½	fo,c	½	½	½
CA	1	r/2	r/2	½	C	½	R	r
CI	Fo	Fo	Fo	½	r/2	Fo	Fo	r/2
I	r/2	½	½	½	C	Fo	Fo	fo

Cuadro 14. En este cuadro, se representan los resultados de la categoría “frente de la cabeza”, obtenidos en los 40 dibujos realizados por cinco niños.

Resultados: fo 14, ½ 13, r/2 6, c 2, r 2, I 1, U 1; total 39 de 40.

3. Elementos de continuidad del dibujo

m) **Ángulo del cuerpo:** Esta categoría toma en cuenta el ángulo formado por una línea vertical que atraviesa la mitad de la figura y llega hasta el borde inferior de la página. La clasificación se efectúa sobre el grado y dirección (derecha o izquierda) de la desviación del ángulo recto.

N. Dibujo TD8H Niño	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
A	0	0	0	0	+	+	0	0
B	--	+	0	--	--	--	-	0
CA	-	0	0	0	+	++	++	+
CI	-	0	0	0	+	++	++	+
I	0	-	0	-	0	-	0	0

Cuadro 15. En este cuadro, se representan los resultados de la categoría “ángulo del cuerpo”, obtenidos en los 40 dibujos realizados por cinco niños.

Resultados brutos: 0 19, + 7, ++ 4, -- 4, - 6; total 40 de 40.

3. Elementos de continuidad del dibujo

- n) **Fondo:** Esta categoría se refiere a la superficie dibujada de la página, exceptuando la figura y los objetos adheridos a ella. Las tres normas establecidas para el fondo son: n1) Número de dibujos; esta valoración se refiere simplemente al número de dibujos que tiene fondo. n2) Cantidad; se ocupa de la cantidad de fondo dibujado y se basa en la superficie cubierta de la página, excluyendo la figura. n3) Tipo; valora el tipo de fondo dibujado, se basa en el grado de diferenciación del fondo.

Dibujo TD8H Niño	n1) Número de dibujos								n2) Cantidad								n3) Tipo							
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
A	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
B	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1	X	1	1	1	1	1	1	am	X	am	am	am	am	am	am
CA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
CI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
I	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Cuadro 16. En este cuadro, se representan los resultados de la categoría “fondo” y las subcategorías “número de dibujos, cantidad y tipo”; obtenidos en los 40 dibujos realizados por cinco niños.

Resultados brutos: n1) Número de dibujos: X 33, ✓ 7; total 40 de 40. n2) Cantidad: X 33, 1 7; total 40 de 40. n3) Tipo: X 33, am 7; total 40 de 40.

3. Elementos de continuidad del dibujo

o) **Omisiones:** Esta categoría toma en cuenta la omisión de las partes del cuerpo que deberían estar presentes en la zona dibujada.

N. Dibujo TD8H Niño	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
A	X	X	er, m	ha, l, er	i, m, n, o, er, l	F	F	L
B	er, ne	er, hr	Er	er, ne, hr	er, ne, hr	er, hr, f	hr, er, ne	hr, er, ne
CA	X	X	X	X	X	A	A	X
CI	ne, f	hr, ne, f	no, ne, a	hr, no, ne, f, er, ha	hr, no, ne, f	hr, no, ne, na, f	er, hr, ne, no, f	er, hr, ne, no
I	m, er	X	no, er	No	i, m, no, er	no, er, m, f	Er	Er

Cuadro 17. En este cuadro, se representan los resultados de la categoría “omisiones”, obtenidos en los 40 dibujos realizados por cinco niños.

Resultados brutos: er 20, ne 13, hr 12, f 10, x 9, no 9, m 5, a 3, l 3, ha 2, i 2, n 1, o 1, na 1; total 91 de 480 posibles.

3. Elementos de continuidad del dibujo

p) Composición de la página: Esta categoría toma en cuenta la estructura general del TD8H; por ejemplo, si el individuo incluye una o más figuras principales, figuras secundarias, figuras incompletas, si dibuja detalles o fondos sin figuras, o si deja la página totalmente en blanco.

Dibujo TD8H Niño	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
A	FIG	FIG	FIG	FIG	FIG	FIG	R	R
B	FIGS	FIG						
CA	FIG	FIG	FIG	FIG	FIG	FIG	FIG	FIG
CI	FIG	FIG	FIG	FIG	FIG	FIG	FIG	FIG
I	FIG	FIG	FIG	FIG	FIG	FIG	FIG	FIG

Cuadro 18. En este cuadro, se representan los resultados de la categoría “composición de la página”, obtenidos en los 40 dibujos realizados por cinco niños.

Resultados brutos: FIG 37, R 2, FIGS 1; total 40 de 40.