

Lej. 56
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**IMAGEN CORPORAL EN EL
NIÑO UREMICO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

MA. DEL CARMEN HUAZO VELAZQUEZ



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.

CONTENIDO

	Pág.
- INDICE	
- INTRODUCCION	
CAPITULO I	
"ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS. GENERALIDADES"	
1.0 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	1
1.1 Insuficiencia Renal Crónica	1
1.2 Etiología	2
1.3 Fisiología Renal	3
1.4 Manifestaciones clínicas y evolución	6
1.5 Tratamientos	7
1.5.1 Diálisis Peritoneal Crónica Intermitente	9
1.5.2 Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria	10
1.5.3 Hemodiálisis	11
1.5.4 Trasplante Renal	13
2.0 EL NIÑO UREMICO	16
3.0 IMAGEN CORPORAL	20
4.0 LAS TECNICAS PROYECTIVAS	
4.1 Las técnicas proyectivas	24
4.2 Las técnicas proyectivas en los niños	27
5.0 INVESTIGACIONES	
5.1 Reacciones psicológicas en el niño y su familia en la Hemodiálisis	34
5.2 Reacciones psicológicas en el niño y su familia en el trasplante renal	42
5.3 Imagen corporal en pacientes urémicos	53
5.4 Apoyo psicológico al paciente urémico y su familia	61

CAPITULO II
"METODO"

1.0	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	65
2.0	JUSTIFICACION	65
3.0	FORMULACION DE HIPOTESIS	66
4.0	SUJETOS Y SELECCION DE LA MUESTRA	72
5.0	VARIABLES	73
6.0	INSTRUMENTOS DE MEDICION	75
6.1	Tema Libre	75
6.2	H.T.P.	76
6.3	Autorretrato	79
6.4	La Familia	80
7.0	ESCENARIO	91
8.0	PROCEDIMIENTO	94
9.0	TRATAMIENTO DE LOS DATOS	97

CAPITULO III
"RESULTADOS Y ANALISIS"

1.0	Presentación de los datos	102
2.0	Análisis y Discusión	118

CAPITULO IV	CONCLUSIONES, LIMITACIONES DEL ESTUDIO, SUGERENCIAS.	136
-------------	---------------------------------------------------------	-----

APENDICE		141
	Cuadros y gráficas utilizadas en el estudio.	142
	Presentación gráfica de un caso.	152

-	RESUMEN	164
-	BIBLIOGRAFIA	165

INTRODUCCION.

De las vivencias experimentadas en una investigación multi e interdisciplinaria con pacientes uremicos, cuyo objetivo es evaluar los procedimientos actuales en el proceso de su rehabilitación, que se lleva a cabo en el Departamento de Nefrología del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", bajo la dirección del Jefe del mismo, Dr. Gustavo Gordillo Paniagua, surgió en mí la pregunta de si "la enfermedad renal crónica produce en el paciente modificaciones en su imagen corporal"?

El enfermo urémico se enfrenta a serios problemas fisiológicos, psicológicos y sociales. Esto implica padecer cambios físicos temporales como el edema, o permanentes, como el retardo en el crecimiento, limitaciones en actividades físicas, escolares, laborales y aspectos sociales; restricción en la ingesta de comida; privación sexual; seguimiento de medicación constante y seguimiento médico; hospitalizaciones frecuentes con separación de la familia y amigos y la imprecisión -siempre presente- acerca de su vida.

El objetivo fundamental de este estudio fué evaluar -a través de material proyectivo gráfico- el impacto emocional de la Insuficiencia Renal Crónica en la imagen corporal de niños urémicos. Las modificaciones o alteraciones corporales que puedan presentar, así como los posibles mecanismos de defensa que elaboran los pacientes urémicos al ser protagonistas de esta enfermedad.

Los fundamentos teóricos de este estudio, se basaron en las Técnicas Proyectivas Psicodiagnósticas inscritas dentro del marco teórico psicoanalítico y las aportaciones de Paul Schilder sobre la Imagen y apariencia del cuerpo humano.

De lo anterior se desprendieron algunas reflexiones sobre la imagen corporal del niño urémico, de las que se mencionan las siguientes: ¿sabe el niño urémico que padece una enfermedad crónica, potencialmente mortal? De qué manera puede vivenciar la enfermedad renal crónica y consecuentes secuelas?, ¿Qué mecanismos de defensa elabora para defenderse de la angustia provocada por el padecimiento?. En lo referente al desarrollo psicosexual ¿cómo percibe su cuerpo, en relación a los niños de su edad?. En el núcleo familiar ¿cómo se percibe dentro de su familia?. En el ámbito urémi-

co ¿existen -posiblemente- formas específicas de vivenciar el padecimiento renal? Una reflexión más, es que ¿al paso del tiempo la imagen corporal se distorsiona, por los tratamientos recibidos?.

Para contestar estas preguntas, se diseñó un Estudio Comparativo con un Grupo de 10 niños urémicos y un grupo de 10 niños sanos. A los que se les aplicó una batería de pruebas proyectivas gráficas: Tema Libre, H.T.P., Autorretrato, La Familia. Y, de esta manera, poder evaluar el impacto emocional y las repercusiones psicológicas de la enfermedad renal crónica en la imagen corporal del individuo.

En la primera parte del estudio, se hace referencia sobre aspectos generales de la insuficiencia renal crónica, algunas reacciones emocionales del niño urémico ante la enfermedad; se enfatiza el marco teórico de referencia sobre la imagen corporal y las técnicas proyectivas; y sobre investigaciones realizadas con pacientes urémicos, tanto en reacciones psicológicas generales en la enfermedad como reacciones psicológicas en la imagen corporal.

En la segunda parte, se integra un Estudio de Campo, en donde se compararon los dibujos de los niños urémicos con los dibujos de los niños sanos.

Se considera que el presente estudio es de interés, ya que cada día es mayor el índice de pacientes urémicos, generalmente descuidados en los aspectos emocionales y sociales de la propia enfermedad. Y los datos observados proporcionen mayor entendimiento de la psicología de los niños con este padecimiento, los cuales -probablemente- orienten o puedan orientarse hacia una rehabilitación integral del individuo.

CAPITULO I

"ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS. GENERALIDADES".

ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS. GENERALIDADES

1.0 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

En este inciso hablaré en forma breve de la insuficiencia renal crónica, etiología, fisiología y alteraciones renales, manifestaciones clínicas y evolución de la enfermedad. Continuaré con los tratamientos de la insuficiencia renal crónica.

1.1 Se puede hablar de insuficiencia renal (IR) ante cualquier situación en la cual los riñones son incapaces de mantener la normalidad de la composición del medio interno. Es un término genérico que puede aplicarse, tanto a un cuadro de instalación súbita y grave, pero que es reversible y susceptible de curación (IR Aguda), como aquél que se presenta lentamente, pero evoluciona hasta la etapa terminal (IR Crónica) y también a un estado en el cual el enfermo apenas tiene algunas alteraciones en los exámenes de laboratorio (IR Incipiente) o a aquél en el que las alteraciones clínicas y bioquímicas terminan en la muerte del paciente (IR Terminal), (50).

La insuficiencia renal crónica o uremia es la condición clínica multisintomatológica que resulta del deterioro progresivo de la estructura anatómica renal, que interfiere con el mantenimiento de la homeostasis y que produce un estado de intoxicación endógena, permanente y potencialmente fatal. (35)

En la enfermedad renal progresiva el deterioro anatómico se

acompaña del deterioro funcional hasta que llega un momento en que la grave limitación de las funciones renales resulta en un complejo sintomatológico que se denomina uremia crónica. (35)

Las formas en que puede encontrarse por primera vez a un enfermo con IR son variadas. (50)

En algunos casos, puede tratarse de un enfermo conocido - desde que presentó las primeras manifestaciones de nefropatía. Con el cual se intentó su curación con algún tratamiento específico y al fallar éste, se puede definir claramente el momento en que inicia la IR. Otra posibilidad es que el enfermo llegue en una etapa intermedia, con IR establecida, pero en condiciones que permiten hacer el estudio necesario para definir su diagnóstico e iniciar el tratamiento antes de que ocurra deterioro importante en él.

Desafortunadamente, sin embargo, la mayoría de los pacientes llegan por primera vez cuando tienen IR avanzada, con complicaciones y en muchos casos, en una situación clínica y bioquímica que requiere en un plazo muy breve, la instalación de tratamiento con diálisis para evitar su muerte o mayor deterioro físico. Un buen número de estos enfermos no llega a rehabilitarse o siquiera a sobrevivir un tiempo corto.

1.2 Etiología. - Las causas de IRC más frecuentes en los niños por orden de incidencia, son: (66)

Malformaciones congénitas del tracto renal y urinario	<ul style="list-style-type: none"> - Hipoplasia renal - Displasia renal - Reflujo vesicouretral bilateral profundo - con obstrucción del tracto inferior o sin ella
Enfermedades glomerulares	<ul style="list-style-type: none"> - Glomerulonefritis membranoproliferativa - Glomerulonefritis focal o segmental - Glomerulopatía en enfermedades sistémicas: <ul style="list-style-type: none"> - púrpura anafilactoide - lupus eritematoso
Enfermedades Hereditarias	<ul style="list-style-type: none"> - Nefroptosis - Enfermedad de Allport - Enfermedad renal poliquística - Lesión renal del síndrome de Laurence- Moon-Bield - Cistinosis - Oxalosis - Síndrome nefrótico congénito
Trastornos vasculares renales	<ul style="list-style-type: none"> - Síndrome urémico hemolítico - Trombosis venosa - Trombosis arterial - Necrosis cortical - Necrosis papilar

1.3 Fisiología renal. - Frecuentemente, los riñones son considerados como órganos puramente excretores de sustancias de desecho del organismo. Sin embargo, el funcionamiento renal se en carga de mucho más, ya que, a través de la eliminación urinaria de múltiples sustancias en cantidades adecuadas y a la retención de otras necesarias para el organismo, se logra mantener constante la composición de los líquidos del cuerpo. Además, participa de la regulación

de la presión arterial por la activación del sistema renina angiotensina y el de prostaglandinas; son un factor muy importante en la regulación de la producción de eritrocitos, a través de la eritropoyetina que sintetizan, e interviene en el metabolismo de la vitamina D produciendo su metabolito más activo. (29)

La función excretora y reguladora de los riñones, se lleva a cabo en los diferentes segmentos de la unidad funcional del riñón, el nefrón, mediante los mecanismos de filtración glomerular, reabsorción y secreción tubular.

En la IRC se presenta un complejo de alteraciones clínicas y de laboratorio causadas por una reducción permanente de la función renal, de las que el síntoma esencial es un descenso en el filtrado glomerular. Evidencias clínicas sugieren que los nefrones supervivientes se adaptan a las necesidades del paciente. La explicación más satisfactoria de estos cambios es la propuesta por Bricker, la que suele llamarse hipótesis del nefrón intacto. A medida que avanza la destrucción, los nefrones supervivientes responden, de forma previsible y ordenada a las superiores necesidades excretoras que deben mantener la homeostásis. (66)

Mecanismos de adaptación que no son totalmente eficientes - ni actúan por tiempo definido. En general, se puede decir que las características funcionales de los riñones con lesión crónica son los siguientes: (50)

Disminución de la velocidad de filtración glomerular, del flujo plasmático renal y de la capacidad máxima para el manejo tubular de solutos, como la glucosa o el paraminohipurato.

Aumento de la función renal por nefrón para el manejo de solutos como sodio, fosfatos y uratos, a través de modificaciones en su reabsorción o secreción tubular.

Adaptación insuficiente para manejo del amonio, para la capacidad de conservar sodio y para la concentración de la orina.

Cuando el daño renal es muy avanzado, las adaptaciones funcionales vienen a ser insuficientes y el enfermo iniciará manifestaciones clínicas y bioquímicas de su padecimiento renal.

Mencionaré el complejo de alteraciones clínicas que se presentan en la insuficiencia renal crónica:

- a) Alteraciones en el funcionamiento renal
- b) Alteraciones en la regularización del volúmen del líquido extracelular
- c) Alteraciones en la regulación del potasio
- d) Alteraciones en la regulación del líquido ácido-básico
- e) Alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas
- f) Alteraciones en el crecimiento, desarrollo y madurez sexual
- g) Alteraciones hematológicas

h) Alteraciones en el metabolismo de calcio, fósforo, y magnesio

Cada una de estas alteraciones presenta diversas manifestaciones clínicas.

1.4 Manifestaciones clínicas y evolución. (66) El inicio de la IRC es gradual y los síntomas iniciales suelen ser vagos e inespecíficos. Incluyen la lasitud, cansancio, cefalea, anorexia y náuseas. Síntomas más específicos son poliuria y polidipsia, hinchazón facial leve, dolor óseo o articular, retraso en el crecimiento, sequedad o prurito cutáneo, calambres musculares, parestesia localizada y pérdida sensorial específica o motora indicativa de neuropatía.

A medida que la IRC avanza, la anorexia, las náuseas, la fatiga y la lasitud aumentan. Pueden producirse vómitos, diarrea (a veces sanguinolenta), confusión, hematomas frecuentes, edema y un volúmen de orina decreciente. La hipertensión, acidosis, retención hídrica y anemia pueden causar síntomas de insuficiencia cardíaca y congestión circulatoria, como taquipnea, respiración corta y sensibilidad hepática y abdominal. Las cefaleas son frecuentes y pueden producirse calambres.

Los resultados físicos varían, según la gravedad o fase de la IRC. Pueden producirse: palidez y lividez, color pardusco, retraso en el crecimiento, debilidad y atrofia muscular, edema, sequedad, y hematomas cutáneos con marcas de rasquido, debido al prurito, -

hipertensión sistólica y diastólica, signos de sobrecarga circulatoria, con edema pulmonar, taquicardia, taquipnea, distensión venosa yugular, cardiomegalia, ritmo de galope y ruidos sistólicos de eyección, deformación ósea con sensibilidad o sin ella, que resulta de la osteodistrofia renal, aliento fétido urémico característico, lengua cubierta, signos de neuropatía específica como pérdida de los reflejos tendinosos profundos, de sensación o de potencia muscular, retinopatía urémica con exudados, estrechez vascular y, posiblemente, hemorragias.

El curso depende principalmente, de la naturaleza de la enfermedad subyacente, que puede producir una destrucción progresiva de los nefrones en un período de tiempo relativamente corto (de meses a un año) o causar una reducción estable de la función renal que no progresa y puede ser compatible con un período indefinido de la salud relativamente buena. La edad de inicio de la IRC también influye en el curso, particularmente, con respecto al crecimiento y a la rapidez con que es posible tratar los problemas médicos del paciente. Cuando aparece durante la infancia, el retraso en el desarrollo es mucho más profundo que cuando empieza en la segunda década; el tratamiento médico también es más difícil en niños pequeños.

1.5 Tratamientos en la Insuficiencia Renal Crónica. - Los avances logrados en las últimas décadas dentro de la Nefrología, -

desafortunadamente, no han resultado en la prevención o en la detección de las enfermedades renales progresivas, sino que se han dirigido hacia la rehabilitación de los pacientes que han llegado a la etapa terminal de la enfermedad, lo que constituye el ángulo más costoso del problema. (37)

El niño urémico en la fase terminal de su padecimiento desarrolla alteraciones electrolíticas, enzimáticas, endocrinológicas, etc., que tarde o temprano lo conducen a la muerte, si es que no fallece antes por complicaciones infecciosas. Para evitar esto, se requiere emplear procedimientos que no solamente salven la vida del paciente, sino que lo rehabiliten y lo reintegren a su ambiente familiar, a la escuela y que lo hagan crecer. No hay ningún procedimiento que logre totalmente estos objetivos, lo hacen en forma parcial. (36)

En la actualidad, las alternativas disponibles de rehabilitación son la diálisis peritoneal crónica intermitente, la diálisis peritoneal crónica ambulatoria, la hemodiálisis y el trasplante renal.

El grado de rehabilitación logrado por cada uno de estos procedimientos ha sido evaluado en el paciente adulto, en términos de su capacidad para poder reanudar el trabajo, pero poco se ha hecho para determinar la calidad de supervivencia lograda o las repercusiones psicosociales experimentadas por la familia del paciente. En el niño es imperioso hacer una correcta evaluación de la -

rehabilitación alcanzada por dichos procedimientos y teniendo en cuenta el gasto económico y emocional que cada uno de ellos representa, los beneficios obtenidos deberán tener una expectativa de muchos años más de duración, que para los adultos. (37)

Diálisis Peritoneal

La diálisis peritoneal en sus dos modalidades intermitente y ambulatoria, requiere la colocación de un catéter flexible de sílástico que es un material plástico que se coloca en cavidad abdominal quirúrgicamente. A través del catéter se administran soluciones dializantes, y por medio de cambios de concentración osmótica se restaura la composición interna del organismo.

1.5.1 Diálisis peritoneal crónica intermitente

(D.P.C.I.) Se lleva a cabo en el hospital en días alternos, tres veces por semana durante 10-12 horas por sesión. Se efectúa durante la noche; el paciente tiene su catéter a permanencia, al llegar a la sala de diálisis se conecta con los tubos de plástico a los frascos que tienen solución y se le practican de 8 a 10 recambios. De esta manera, el paciente sale por la mañana, va a la escuela, a las actividades propias de su edad.

Este procedimiento presenta algunas desventajas, la principal es el costo, ya que cuesta aproximadamente \$ 9,000.00 por paciente por mes (1980). El uso prolongado de este procedimiento

conduce a desnutrición, ya que además de extraer productos tóxicos también se extraen proteínas, aminoácidos, vitaminas, etc. El -- principal problema de la diálisis peritoneal es la incidencia de in -- fección peritoneal lo que obliga a hospitalización y tratamiento con antibióticos y en ocasiones, determina la necesidad de cambiar el catéter. (36)

1.5.2 Diálisis peritoneal crónica ambulatoria (D.P.C.A.)

Es el mismo procedimiento anterior con el mismo costo, pero que se lle -- va a cabo fuera del hospital por el paciente o su familia. Los recam -- bios son cada 5 horas dejando el último recambio toda la noche.

También tiene el problema del costo pues como el paciente se está manejando en forma extrahospitalaria, la institución no le propor -- ciona el material para su tratamiento o sea que la familia tiene que pa -- gar el costo del procedimiento. Por lo tanto, muy pocos pacientes son -- candidatos a este tipo de procedimiento, que parecería no sólo el más fisiológico, por ser la diálisis prácticamente continua sino también -- el método de rehabilitación que deja mayor libertad a los pacientes. (36)

El ingreso a este programa exige el entrenamiento adecuado -- del niño y de sus familiares. La DPCA presenta algunas ventajas entre las que podemos mencionar, que es un tratamiento que permite al -- niño desempeñar sus actividades normales, reduce su dependencia al -- hospital, ya que acude a control clínico y de laboratorio mensualmen --

te. Los cuadros de peritonitis pueden ser controlados con mayor facilidad, ya que son provocados por gérmenes adquiridos extrahospitalariamente, a diferencia de lo que sucede en los niños con DPCI. Este procedimiento parece ofrecer mayor grado de rehabilitación del niño urémico, su principal ventaja es la de evitar desnutrición crónica que afecta más frecuentemente a los niños mantenidos en el programa de hemodiálisis crónica y DPCI. Permite que el niño reciba una dieta hipercalórica, hiperproteica, con mínimas restricciones dietéticas. (30)

1.5.3 Hemodiálisis. - La hemodiálisis es un procedimiento más complicado y más caro, se requiere equipo especial, instalaciones especiales y personal técnico adiestrado. Consiste en extraer la sangre del paciente por tubos de plástico, siendo impulsada por una bomba hacia el riñón artificial, aquí entra a un rollo con membranas de celofán que permite el intercambio de solutos con la solución de diálisis (de composición semejante a la del plasma) que lo baña; la sangre regresa por otro tubo en forma constante; el procedimiento lleva de 4 a 6 horas y los pacientes se hemodializan 3 veces por semana. El costo es mucho más elevado, aproximadamente \$ 3,000.00 una sesión de diálisis, cerca de \$ 40,000.00 mensuales; esto sin contar con la depreciación del equipo, sueldo del personal, etc. (36)

Para poder aplicar la hemodiálisis se requiere una vía permanente de acceso vascular, generalmente una fístula arteriovenosa interna para dializar al paciente a largo plazo o una fístula externa, que consiste en un catéter de silástico entre arteria y vena.

El procedimiento de hemodiálisis puede ser llevado a cabo dentro del hospital o en el domicilio de los pacientes. En el caso de los niños, éstos o sus familiares tienen que conectar el aparato. En Inglaterra el procedimiento de hemodiálisis en casa para niños ha dado una rehabilitación semejante a la del transplante renal de cadáver y muchos niños prefieren seguir con dichos procedimientos porque les ocasiona menos interferencia en sus estudios y menos problemas - personales, al no tener que tomar drogas como sucede en el trans - plante, ya que la prednisona les puede ocasionar alteraciones en su imagen corporal. Se supone que, en general, los padres latinoame - ricanos tienen un tipo de equilibrio emocional que los hace menos capaces para llevar a cabo las conexiones de los vasos con el riñón artificial, tarea que implica la salida de sangre y el riesgo potencial de una pérdida importante. Las punciones de los vasos se hacen por medio de trócares gruesos y causan dolor al niño y por otro lado, la circulación extracorpórea de la sangre es siempre impresionante.

(37)

Debe señalarse que el costo del riñón artificial y su aplica - ción, está a cargo de la familia. Un aparato cuesta, actualmente,

\$150,000.00. En nuestro medio, tanto para adultos como para menores, es más empleada la hemodiálisis crónica en los hospitales que en el hogar. El número de unidades en las instituciones es limitado y, generalmente, sólo se aceptan en el programa aquellos pacientes que tienen un familiar candidato a donar un riñón. (37)

La hemodiálisis crónica presenta varias desventajas desde el punto de vista médico, psicológico y económico en el tratamiento de niños con insuficiencia renal crónica. Los problemas colaterales más frecuentemente observados en este procedimiento, son infecciosos (hepatitis viral y tuberculosis), metabólicos (electrolíticos y óseos), y cardiovasculares. En la edad pediátrica surgen problemas psicológicos importantes relacionados con la estancia prolongada de los niños en la sala de hemodiálisis y la dependencia que adquieren hacia la máquina, además de las dificultades existentes en el horario y que no les permite cumplir con sus obligaciones escolares, ni con las actividades lúdicas propias de su edad; finalmente, el aspecto económico limita, aún más, su aplicación; ya que pocos centros hospitalarios pueden disponer del personal y equipo necesarios, así como también por el elevado presupuesto que implica un tratamiento prolongado. (30)

1.5.4 Transplante renal. El transplante renal es el método de rehabilitación más efectivo del paciente urémico; hay

dos tipos de transplante, el de donador vivo y el de donador cadáver, el de donador vivo es mejor por su sobrevivencia de más de 90% a los dos años, en tanto que el transplante de donador cadáver, es de alrededor de 50% en el mismo tiempo. Sin embargo, esto tiene implicaciones - muy serias, ya que para obtener el riñón de un vivo, éste tiene que ser relacionado consanguíneamente. El procedimiento tiene problemas, porque se va a mutilar a una persona a la cual se le va a extirpar un órgano sano y eso, aparte del riesgo, trae repercusiones - psicológicas para el donador, para el receptor y para toda la familia (incluyendo al médico). (36)

En el transplante debe esclarecerse, claramente, el riesgo de la donación, evento que puede significar vivir con un sólo riñón y la posibilidad de que el sacrificio del donador pueda resultar inútil. (37)

La situación derivada del transplante con donador cadavérico implica en nuestro medio, la involucración y la carga emocional de un grupo de personas encargadas de detectar dentro del propio hospital, al candidato potencial para donar el riñón (niño descerebrado, a consecuencia de un acto quirúrgico, de un traumatismo cerebral o de un tumor inoperable), del permiso para la extracción de sus riñones, solicitando a sus familiares su donación, a quienes -- aparte del sufrimiento ocasionado por la irreversible complicación cerebral de su hijo, se ha de agregar la angustia del otorgamiento -

del permiso para la extracción de sus riñones y la implícita suspensión de los métodos de respiración y circulación que lo mantenían con vida. Todavía más, habrá de considerarse, también, la preocupación psicológica del grupo quirúrgico que extirpa los riñones a un niño cuyo corazón aún late y que aún respira y que, inmediatamente después de la intervención, en vez de enviarlo a la sala de recuperación como hace con todos sus pacientes, tendrá que enviarlo al mortuario.

Quedan aún por estudiar las repercusiones psicológicas resultantes de fantasías producidas por el receptor, al albergar en su interior un órgano de un "cadáver", así como las repercusiones -a posteriori- en el psiquismo de los padres del donador por haber accedido a la dádiva de su hijo. (37)

En países más desarrollados esta situación ha cambiado en forma importante; por intermedio de un comité se seleccionan los pacientes receptores, se tipifican y sus tipos son computarizados. Los pacientes donadores (muchos han firmado en vida su aceptación para donar sus riñones) son atendidos y tipificados, sus riñones son extirpados y son enviados a la institución donde se encuentra el receptor más adecuado. (36)

De lo anteriormente mencionado, se desprende que son múltiples y complejas las repercusiones psicológicas de la insuficiencia renal crónica. No solamente para el paciente quien sufre, padece y vive a la enfermedad misma, sino también, para sus familiares y

el equipo de salud que lo atiende.

2.0 EL NIÑO UREMICO

Ginette Raimbault, (58) al hablar del niño urémico nos dice - "cuando uno los escucha, estos niños describen la enfermedad crónica como el cruce irreversible de una frontera que separa a la gente normal de aquellos "diferentes de los otros". La nefropatía crónica implica cambios físicos, ya sean temporales, como el edema o permanentes, como retardo en el crecimiento; más o menos límites importantes en actividades físicas, escuela o aspectos sociales y restricciones permanentes, tales como la ingestión de comida, - seguimiento de la medicación constante y seguimiento médico. La mayoría de las fallas renales implica un interés mayor y permanente (aunque no siempre consciente o verbalizado): ¿qué pasará con el futuro inmediato o distante?. Con el desarrollo de su personalidad, niños normales tratan de adquirir maestría sobre las funciones de sus cuerpos y derivan placer de ello. Los niños con enfermedad crónica, al contrario deben someterse ellos mismos a la enfermedad y a sus consecuencias, incluyendo procedimientos terapéuticos. Los adultos que normalmente forzan la autonomía de los niños y sus logros, encuentran necesario imponerles a ellos tales demandas, - como sumisión, dependencia y pasividad, lo que -a largo plazo- es contradictorio para el desarrollo y necesidades del niño.

Las reacciones de los niños están en un continuo, varían desde la aceptación de su enfermedad hasta el rechazo y la negación. (7), (44), (58). La aceptación puede ser negativa o positiva. Cuando la enfermedad está ligeramente bien integrada, el niño toma parte activa en el tratamiento. La aceptación puede, sin embargo, conducir a tal regresión que llega a ser una invalidación psíquica definitiva. Cuando se presenta la negación, los niños no toman parte alguna y dejan a los adultos que se preocupen por su enfermedad. Cualquiera que sea su comportamiento y reacciones, la ansiedad es un componente fundamental en los patrones psicológicos del niño: invade el juego y las actividades de sueño.

Los niños se sienten atrapados en una red absurda de relaciones destructivas y destruidas y tratan de tener poco sentido de ello, (darse poco cuenta de ello). La culpa, la falla, la agresión y el castigo son fundamentales claves en esa tarea imaginaria (58).

Así, el niño urémico se enfrenta con dos mundos agresivos: uno interno, que incluye su cuerpo enfermo y la ansiedad que esto le produce y uno externo, que incluye el dolor y los tratamientos restrictivos y aquellos que cuidande ellos. (58)

Robles y cols. (59), encontraron que el niño con una enfermedad crónica en fase terminal, no ignora su situación, sabe lo que le va a suceder. Ellos tienen una idea de la muerte muy semejante a la de los adultos e instrumentan diferentes mecanismos de-

defensivos para defenderse de la angustia que ésto les provoca. Algunos de ellos intentan negar sus problemas, crean historias con familias felices o, en ocasiones, piensan que sus riñones ya van a funcionar. Otros niños disocian su cuerpo para recibir menos dolor; se pintan como muñecos que otros manipulan, o se pintan sin ojos (preferen no ver) o desplazan o proyectan su angustia sobre los demás. En otras ocasiones, los niños no pueden elaborar su angustia y su tristeza y desarrollan reacciones psicóticas, como intento de escapar de su realidad.

Sin embargo, estos mecanismos no son eficientes todo el tiempo y por momentos, los niños tienen que enfrentarse a su realidad. Hacen preguntas a los adultos (padres o personas del servicio) ¿cómo estoy?, ¿qué me va a pasar?, o -simplemente- manifiestan lo que sienten "ya no quiero", "me duele", "no aguanto más". Los adultos -al intentar tranquilizarlos- frecuentemente responden con mentiras piadosas "ya se va a acabar", "no te va a doler", "cuando te alivies podrás hacer esto o lo otro".

Concluyen los autores, que la falta de capacidad de los adultos para enfrentar la muerte, repercute directamente en los niños -que se sienten engañados, o cuando menos, incomprendidos. El no poder expresar su tristeza los sume en una terrible soledad que viene a hacer más dramática la situación; ya no sólo están condenados a morir, sino condenados a morir solos.

En otro estudio, Blum y cols. (11) evaluaron las fantasías de enfermedad y muerte en un grupo de niños urémicos. Utilizaron el cuestionario Desiderativo, que es una técnica proyectiva que explora la angustia, fantasías y defensas en torno a la muerte, (64). Las respuestas de los niños mostraron que la representación de sus fantasías de muerte es variable. En ellas se expresa por una parte, la pérdida del movimiento y de la actividad, y en niñas o niños mayores la pérdida o ausencia de proyectos futuros, de la posibilidad de procreación de hijos y del afecto y compañía.

Dichas representaciones serían anticipadas por el deterioro que la enfermedad ha producido en su esquema corporal y en sus capacidades funcionales, ambas valiosas para el paciente.

Los mecanismos de defensa empleados por los niños para controlar la angustia, variaron desde la negación hasta la regresión, indefensión y sometimiento. Estos mecanismos de defensa dependieron de la intensidad de la angustia, del deterioro previo de cada niño y del grado de regresión en que se encontraban.

Por lo anteriormente referido, se puede observar que el niño urémico se enfrenta a una situación difícil, al padecer una enfermedad crónica. Para poder seguir viviendo es necesario someterse a la enfermedad y sus consecuencias, y afrontar las limitaciones que ello le impone. La pérdida de la salud implica perder la escuela, actividad-juego, su grupo de pares, su creatividad. En el niño urémico

mico se han detenido sus capacidades, sus potencialidades han quedado truncas y en espera de un tratamiento: diálisis, hemodiálisis o trasplante renal, que le permita recuperar lo perdido: su salud, su crecimiento, su escuela, sus amigos, su seguridad, su autoestima, quebrantadas, por la enfermedad misma.

3.0 IMAGEN CORPORAL

En 1923, en *El yo y el ello*, formula Freud en una de sus más importantes declaraciones; dice allí: "el yo es, ante todo, un ser corpóreo, y no sólo un ser superficial, sino incluso la proyección de una superficie". (32)

Todos nosotros tenemos una imagen mental de nuestra propia apariencia, quees algo más que una imagen en un espejo y que puede o no aproximarse a nuestra apariencia real. La imagen corporal - abarca la visión que tenemos de nosotros mismos, no sólo físicamente, sino también fisiológica, sociológica y psicológicamente. En la literatura ha sido denominada, con variaciones secundarias, autoconciencia, concepto del yo, el yo, el yo corporal, la identidad personal, la identidad del yo y el esquema del cuerpo. (61)

En el presente estudio, me baso en los aportes teóricos de Paul Schilder sobre la "Imagen y apariencia del cuerpo humano", enfatizando lo más útil para el tema expuesto. (60)

Para Schilder la imagen del cuerpo humano es aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo,

es decir, la forma en que éste se nos aparece. Es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo,

La libido es importante en los primeros estadios del yo corporal. Al principio la libido es autoerótica oral. Al niño le agrada la irritación proveniente de la boca. En psicoanálisis a esta etapa se le denomina canibalística. El organismo trata de incorporar el mundo exterior dentro de sí. También el niño disfruta de su actividad muscular y de las sensaciones provenientes de la piel, de igual manera las sensaciones anales y uretrales parecen constituir una fuente de placer autoerótico.

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

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

En la estructura total del cuerpo, las zonas erógenas desempeñan un papel preponderante. En la fase oral, la imagen del cuerpo se estructura alrededor de la boca, en la fase anal alrededor del ano, etc. Toda acción de presión, tanteo, succión tienen influencia

en la estructuración de la imagen corporal.

Es evidente la enorme importancia psicológica de todos los orificios del cuerpo, puesto que es mediante esos orificios como nos ponemos en contacto con el mundo exterior. (111) Los ojos constituyen una parte de particular relieve dentro de la imagen corporal. Simbólicamente, a través de los ojos, el mundo se introduce en nuestro ser. (112)

Schilder considera como factores importantes para la estructuración definitiva de la imagen corporal: el dolor, las zonas erógenas, las acciones de nuestras manos sobre el cuerpo, las acciones de los demás sobre éste, el interés de los demás por él y el escozor provocado por las funciones de nuestro cuerpo. (113)

La imagen del cuerpo no es un fenómeno estático, se adquiere, se construye y recibe su estructuración merced a un continuo contacto con el mundo. No es una estructura, sino una estructuración en la cual tienen lugar permanentes cambios, y todas estas modificaciones guardan relación con la motilidad y con las acciones en el mundo externo. Todos los sentidos participan en este proceso constructivo.

Los procesos que construyen la imagen corporal, no sólo se desarrollan en el campo de la percepción, sino también tienen su paralelo en la arquitecturación del campo libidinal y emocional.

La construcción de la imagen corporal se basa no sólo en la historia individual de un sujeto, sino también en sus relaciones con los demás. La historia íntima es, así mismo, la historia de nuestras relaciones con los demás seres humanos. (123)

Cada vez que una parte dada obtenga una abrumadora primacía en la imagen del cuerpo, cesará la simetría y el equilibrio interior de la imagen corporal. (113) También cuando sufrimos un dolor orgánico, se altera de inmediato la estructura libidinal del modelo del cuerpo.

Los cambios sufridos en la imagen corporal tienden a provocar directamente cambios correspondientes en el cuerpo. (122) Estos cambios pueden estar en relación con hechos externos e internos. La imagen corporal es mutable, puede retraerse, dilatarse, introducir parte del mundo exterior dentro de sí, se erige, se edifica, se reedifica cada vez. Las influencias emocionales cambian el valor relativo y la claridad de las diferentes partes del cuerpo de acuerdo con las tendencias libidinosas, y, este cambio, que puede afectar la superficie corporal total o puede cambiar determinadas partes del cuerpo, se expresan en las deformaciones o alteraciones de la elaboración de dibujos como material proyectivo.

Debido al contenido simbólico de la casa, el árbol y la persona, todas estas deformaciones o cambios en el esquema del cuerpo determinan qué partes de la casa, el árbol o la persona dibujada -

expresan las modificaciones sufridas por la persona que dibuja. (31)

Siguiendo a Schilder, si todos tenemos una imagen mental de nuestra propia apariencia, ¿cómo será la imagen mental del niño urémico, acerca de su cuerpo?. Cuerpo sometido y limitado por el impacto dramático de la enfermedad renal crónica. La vivencia de la enfermedad misma, modificará la imagen corporal del niño estructurada anteriormente.

Siendo así, la vivencia de daño corporal o alteración de la imagen corporal, podrá ser plasmada o proyectada a través de dibujos. - Dibujos que pueden comunicarnos, no sólo modificaciones en la imagen corporal, sino también hablarnos de la vida emocional del niño urémico. Y si existen alteraciones en su imagen corporal, es posible que se encuentren similitudes en partes del cuerpo dañadas o señaladas por la enfermedad.

4.0 LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS

4.1 Las técnicas proyectivas se basan en el estudio significativo de las diferentes respuestas del individuo a un estímulo - "standard". Esta, implícitamente, supone el determinismo psíquico y un sistema relativamente estable de la motivación, que influye sobre la percepción, el pensamiento y el control motor. Las teorías de Sigmund Freud suministraron la mayor parte de los estímulos para estas formas de estudio de la personalidad, y, además, ofrecen el marco conceptual más consistente para la comprensión de las técnicas

cas proyectivas. (9)

Freud utilizó el concepto de proyección en 1894, en su trabajo sobre Neurosis de ansiedad; en 1896, en su trabajo Las neuropsicosis de defensa, y en 1911, en el caso Schreber. También introdujo el punto de vista estructural y dinámico en la ciencia psicológica. Como su concepto de defensa, considerada ésta como un amplio modo de adaptación de la conducta, es absolutamente fundamental para el diagnóstico con las técnicas proyectivas. (3), (4), (9)

En sentido propiamente psicoanalítico, la proyección es la operación por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en el otro (persona o cosa) cualidades, sentimientos, deseos, incluso "objetos" que no reconoce o que rechaza en sí mismo. Laplanche-Pontalis. (47)

Como Freud, Healy, Bronner y Brower, definen la proyección como un proceso defensivo dominado por el principio del placer, por el cual el yo lanza sobre el mundo exterior deseos o ideas inconscientes que si penetraran en la consciencia, resultarían penosas para el yo. (3), (8)

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

En el presente estudio, con el objeto de observar modifica -

ciones o alteraciones de la imagen corporal de un grupo de niños - afectados por una enfermedad crónica en fase terminal (IRC), se - emplearon Pruebas Proyectivas Gráficas, es decir, dibujos a lápiz hechos en hojas blancas.

El campo de la interpretación de los dibujos proyectivos, se basa en los siguientes puntos fundamentales: a) el uso de los significados simbólicos comunes en psicoanálisis y Folcklore, derivados de los estudios sobre sueños, mitos, arte, fantasías y otras actividades semejantes, impregnadas de determinismo inconsciente, b) la experiencia clínica con los mecanismos de desplazamiento y sustitución, así como una amplia gama de fenómenos patológicos, especialmente síntomas conversivos, obsesivos y compulsiones, fobias, estados psicóticos, los que sólo pueden comprenderse dentro del marco conceptual del simbolismo, c) el deciframiento de la simbolización usada en los dibujos, mediante las asociaciones del paciente, d) la evidencia empírica derivada de los dibujos previos de los pacientes, e) combinando la dirección que ofrecen las hojas del dibujo impregnadas de las simbolizaciones evidentes, que surgen del inconsciente de los psicóticos, se puede luego detectar en el mismo lenguaje simbólico, murmullos más sutiles en los dibujos de los no psicóticos, f) la correlación entre los dibujos proyectivos realizados a intervalos durante el curso de una terapia y en el cuadro clínico en el momento en que se realizan los dibujos, g) la coherencia -

interna entre un dibujo y el otro, entre los dibujos y otras técnicas - incluidas en la batería proyectiva, entre los dibujos y los sueños, - entre los dibujos y el cuadro de comportamiento y entre los dibujos y la historia del caso, h) por último, no menos importantes, los estudios experimentales. (39)

El campo de la interpretación de los dibujos proyectivos, - también descansa sobre varios postulados teóricos:

A) existe en el hombre una tendencia a ver el mundo de manera antropomórfica, a través de su propia imagen, y esto facilita los aspectos proyectivos implicados en el dibujo de una casa, de un ár-bol, de una persona, de un animal, o -desde este punto de vista de cuaiquier otra cosa.

B) la esencia de la visión antropomórfica del medio, es el mecanismo de la proyección.

C) las distorsiones forman parte del mecanismo de la proyección, siempre que la proyección tenga una función defensiva, es decir, que esté al servicio de adscribir al mundo externo aquello que el sujeto niega de sí mismo. (39)

4.2 Las técnicas proyectivas en los niños.

El uso de los test proyectivos para la investigación de la personalidad infantil, ha ido constantemente en aumento. Este desarrollo se debe, sin duda, a las propiedades únicas que poseen los instrumentos de tipo proyectivo. Permiten obtener un rico material que poo

ne de manifiesto las percepciones y las interpretaciones de la realidad que hace el niño. A medida que éste impone su propio esquema cognocitivo a los materiales estímulos, tiende a revelar pensamientos, sentimientos y actitudes internas sobre diversos aspectos de su mundo. Los tests proyectivos permiten al examinador obtener datos que el niño podría negarse a revelar, si se le interroga directamente. (57)

Generalmente los dibujos tienen mayor aceptación entre los niños que otras pruebas, puesto que el niño suele estar familiarizado con el dibujar y sentirse cómodo y seguro realizando esta actividad.

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

Es también importante obtener datos normativos para las diversas técnicas proyectivas. Por ejemplo, saber cual es el nivel normal cuando se compara a un niño con otros miembros de su grupo. Se puede determinar el grado en que el niño difiere de sus pares desde el punto de vista del desarrollo. Además las normas son necesarias para evaluar el grado en que el niño expresa su propia orientación -

frente a la realidad. (57)

El dibujo como método de diagnóstico y tratamiento, ha sido empleado por varios autores; mencionaré algunos de los más relevantes, para el presente estudio.

Sophie Morgenstern, en Francia (1928) estudió los cuentos, sueños, juegos y dibujos infantiles, buscando el contenido latente oculto en el contenido manifiesto. El valor de la obra radica sobre todo, en la exposición de su método de análisis infantil, mediante dibujos; método que surgió durante el tratamiento de un caso. Su método fue un aporte valioso en el campo del análisis infantil y el material de dibujos es todavía hoy uno de los más importantes. (2)

La posibilidad que adquiere el producto gráfico para transmitir las características de la estructura del cuerpo del entrevistado, sus déficits o cualidades presentes o pasadas, ha sido investigada por varios autores.

Machover (1949-1953, 1960) y Hamme r (1958), entre otros, han investigado detenidamente la constancia con que las características físicas del entrevistado aparecen adscritas a las figuras humanas graficadas. Las alteraciones corporales aparecen graficadas con claridad (39). Así mismo, la constancia de rasgos de producción gráfica en personas que padecen la misma enfermedad, permite caracterizar la formación en que éstas se "relatan" en el dibujo. (38)

Loeweneld (1939) y Machover señalan, cómo un niño enfatizará o exagerará en sus dibujos aquellas partes de la figura que tienen especial significación para él. Cambiará o distorsionará una figura hasta que refleje su propia percepción de sí mismo.

Para Hammer la distorsión u omisión de cualquier parte de la figura sugiere que los conflictos del examinado pueden relacionarse con dichas partes. Tanto las partes borradas, como las más marcadas, sombreadas o reforzadas, implican lo mismo que las distorsiones u omisiones, y debe considerarse su posible vinculación con -- áreas de conflicto.

Arminda Aberastury y Enrique Pichón Riviere, observaron en el test del "juego de construir casas" y en el test de la figura humana, que cuando faltan elementos o se emplean de modo inadecuado, estas deformaciones obedecen a conflictos internos, tienen un sentido y - pueden ser interpretadas y nos revelan cual es el esquema corporal de quien construye. Encontraron, también, que un niño de los 5 años en adelante es capaz de reproducir correctamente la figura humana.

(1)

Haydée G. K. de Saimovici (21), habla de la importancia del dibujo como modo de acceso al inconsciente infantil. Relata la experiencia en el servicio de Endocrinología del Hospital de Niños, con niños sujetos a deformaciones graves del esquema corporal, los cuales expresan, con muy pocas deformaciones, la percepción que tie-

nen de sus padecimientos, en donde se muestra que -a mayores deformaciones o mayores situaciones traumáticas padecidas por el niño- puede detectarse en general una expresión más "radiográfica" o sin deformaciones de los mismos dibujos.

Ma. L. Kuperman de Kuitca, menciona en un artículo, (46) como -a través de material gráfico- se pueden detectar transtornos del esquema corporal, sus motivaciones, así como los cambios que pueden lograrse mediante tratamiento psicoanalítico. Refiere que dentro de la evolución de los dibujos, se puede decir que son los - "errores" del dibujo, o sea elementos de difícil descripción los que expresan los niveles más conflictivos de la personalidad.

Ma. A. Dupont, (27) al analizar el caso de un niño de 12 - años de edad, afectado por un padecimiento crónico: cáncer del cuerpo carotídeo con metástasis pulmonares. Exploró algunos fenómenos relacionados con la imagen corporal y su representación proyectiva. En donde trató de mostrar objetivamente la representación inconsciente de la imagen corporal dañada por la enfermedad.

Dentro de la historia clínica del paciente, se reportaban tres intervenciones quirúrgicas: una biopsia, una extracción de tumora - ción y ganglios vecinos a cuerpo carotídeo y una toracotomía. Se - agregaban a su experiencia quirúrgica una amigdalectomía y una -- apendicectomía.

Se le pidió al paciente que dibujara una persona, luego una casa y, posteriormente, la construyera. La proyección de la imagen corporal, a través de este material, mostró las fantasías del niño de poseer un cuerpo destruido. De las figuras humanas (masculina y femenina) dibujó únicamente las cabezas y el dibujo de la casa mostraba múltiples ventanas, que el niño rectificaba que eran "agujeros".

Se puede concluir que, el niño al dar un tratamiento especial a su dibujo, al enfatizar o exagerar, distorsionar u omitir algún rasgo del mismo, transmite y proyecta su propia percepción de lo que es significativo para él en ese momento, de igual manera puede proyectar alteraciones sufridas en su imagen corporal.

5.0 INVESTIGACIONES

Padecer una enfermedad renal crónica es una situación dramática, impactante psicológicamente para el paciente y su familia. Los tratamientos requeridos para su rehabilitación provocan una serie de secuelas emocionales que, a la larga, son difíciles de sobrellevar y superar.

En las investigaciones realizadas con pacientes crónicos renales se han enfocado algunos tópicos de la gran problemática que ellos enfrentan.

Casi todos los autores enfatizan la importancia de la rehabilitación integral del paciente urémico. Varios autores han estudiado las reacciones psicológicas del paciente ante la enfermedad y su

ajuste psicológico y social. Para tal efecto, se ha procedido a seleccionar a los pacientes, a fin de presentar las diversas alternativas de tratamiento. Otros han enfocado su atención al núcleo familiar, es decir, las diversas formas de reaccionar ante la enfermedad y su ajuste a la misma. Se han realizado, también, estudios longitudinales, los cuales han hecho aportaciones valiosas, por ser más prolongada la observación del paciente y su familia; tanto en la hemodiálisis, como en el trasplante renal y después del trasplante renal. Con el advenimiento de los trasplantes, se ha hecho necesario evaluar la dinámica de los donadores en su decisión de donar un riñón. Al mismo tiempo, otros investigadores han estudiado al paciente urémico que recibe un riñón, las fantasías que emergen con el trasplante; independientemente de la fuente original del riñón (un familiar relacionado o un cadáver). Observaciones en la imagen corporal llaman la atención, sobre todo después del trasplante renal, por la dificultad de integración del nuevo órgano al cuerpo. Igualmente, otros autores han estudiado al personal que atiende los servicios de Nefrología. La IRC genera reacciones emocionales, no solamente para el paciente y su familia, si no también para el personal que lo trata. Como resultado se han integrado grupos interdisciplinarios, con objeto de apoyar integralmente al paciente y la familia en el curso de la enfermedad renal.

A continuación, se presentan algunas de las investigaciones -

relacionadas con los temas anteriormente mencionados, profundizan do en las que versan sobre la imagen corporal del paciente marcado por la enfermedad renal.

5.1 Reacciones psicológicas en el niño y su familia en la hemodiálisis.

La gente que en años anteriores moría de insuficiencia renal crónica, es capaz ahora de sobrevivir. (18), (25), (49), (51), (52).

Gracias al progreso técnico en el campo de la diálisis y el transplante renal, el esfuerzo por prolongar la vida ha dado ocasión a un objetivo más que es el de proporcionar una "buena calidad de vida". (48), (58). No obstante dichos descubrimientos tecnológicos conllevan o implican serios problemas de tipo ético, moral, social y emocional. (18), (41), (45), (69). En los cuales están involucrados el paciente, su familia, un cuerpo extraño, si es el riñón artificial, un catéter peritoneal o un riñón transplantado y el equipo de salud que lo trata.

En el grupo de edad pediátrica surge la pregunta de ¿en qué niños se justifica la prolongación de la vida? y ¿en cuáles de ellos los métodos de rehabilitación tendrán éxito?. (44) El problema es muy complejo, ya que en él intervienen múltiples factores. En donde los problemas técnicos y médicos son relativamente menores comparados con los problemas psicosociales. (48), (52), (65).

Las palabras "insuficiencia renal crónica" llevan con ellas tal

incertidumbre y miedos que las reacciones de las familias son inesperadas e ilógicas. Frecuentemente estas palabras estremecen, como un terremoto e inhiben las reacciones de las personas, que frenéticamente- buscan esperanzadas alguna solución (58). En algunas familias crea situaciones de una mayor crisis. (41)

Tener a un niño con una enfermedad seria de larga duración, genera en la familia una carga emocional muy fuerte, ya que el patrón de vida de la familia cambia, a causa de este niño. (44) La incertidumbre acerca del curso de la enfermedad y acerca del futuro ofrecido por los tratamientos, es una situación especialmente difícil de afrontar. (69)

Generalmente, el ajuste social y emocional de la familia en el curso de la enfermedad en su etapa final en hemodiálisis y trasplante renal, se caracteriza por depresión y retiro; respuesta tanto de los niños como de sus familiares. (41), (44)

En una primera etapa, cuando la presencia de la enfermedad renal ha sido inesperada, la aceptación de la condición desesperada del riñón y la necesidad de medidas drásticas de tratamiento, es bloqueada por una tendencia a la negación. (41) Frecuentemente no hay tiempo para los padres de experimentar reacciones emocionales en el curso de la enfermedad, ya que la necesidad de terapia drástica fuerza a los padres a adaptarse a una velocidad acelerada grandemente. Se puede requerir de ellos cooperación en un programa

ma de hemodiálisis o peritoneal, algunas veces nefrectomía, antes de que ellos estén realmente listos para aceptar el diagnóstico de enfermedad renal crónica y antes de que estén psicológicamente preparados para aceptar el hecho de que los riñones del niño ya no funcionan más. (44)

Cuando el programa de rehabilitación está establecido, se puede manifestar actitudes familiares de negación, enojo y depresión.

En una segunda etapa, cuando se instala fístula arteriovenosa para tratamiento hemodialítico, a pesar de las complicaciones propias del tratamiento, en general representa un tiempo de esperanza renovada y rehabilitación para el niño y su familia. (44)

Pueden emerger rechazo y falta de cooperación con el tratamiento; pero, cuando la salud del niño es incrementada con la hemodiálisis y la posibilidad de trasplante llega a ser real, el comportamiento de los padres cambia, revestido éste, por un lado, de esperanza relativa y, por el otro -posiblemente- un dolor anticipado preparatorio para la pérdida del niño. (44) Para algunos padres esta etapa llega como liberación. Después de un largo período de espera y de incertidumbre acerca de si el tratamiento va a tener éxito o no, ahora ellos descansan un poco. (69)

Una tercera etapa está representada por la preparación psicológica y fisiológica del homotrasplante. La anticipación del trans

plante es, al principio, revestida sólo de esperanza y magia, siendo a la vez un tiempo de sentimientos mezclados por los interesados.

(44)

Una cuarta etapa representa la experiencia del trasplante.

Este momento es vivido como el milagro que logrará el funcionamiento renal y el retorno a la salud y la rehabilitación completa. (44)

Los niños y sus familias tratan de adaptarse, de diferentes formas, a la enfermedad renal; para ello, elaboran mecanismos de defensa que les ayuden a contrarrestar el gran impacto y stress durante la evolución del padecimiento.

La negación ha sido aceptada como una defensa casi universal en pacientes urémicos. El uso de la negación como defensa, hace aparecer a los pacientes como si se vieran a ellos mismos como seres marginalmente enfermos, listados, mientras -también- parecen negar el hecho de que tienen una seria y -generalmente- irreversible enfermedad. (7)

Beard y Sampson, (7) evaluaron a 26 pacientes, 15 mujeres y 11 hombres, con un rango de edad entre los 21 y los 74 años, que recibían tratamiento de hemodiálisis. Aplicaron las pruebas: a) el inventario de ajuste de Bell, b) la lista de chequeo de adjetivos múltiples de afecto (MAACL), y el test de vida, y -posteriormente- un cuestionario estructurado.

Los autores encontraron que la negación y la objetividad son importantes como mecanismos adaptables. Los pacientes cambian rápidamente de la negación a la objetividad, para llenar -alternativamente- una necesidad de orientación de la realidad y la necesidad de reducción de la ansiedad general al enfrentar la realidad.

En los niños se ha observado que su conducta va de un espectro de la negación a la aceptación de la realidad de la enfermedad. (7), (44), (45), (58). Cuando utilizan la negación se retiran bajo el impacto dela enfermedad y el tratamiento doloroso y duermen todo el tiempo posible, para escapar de su realidad.

Los niños que utilizan la aceptación de la enfermedad, se vuelven dependientes y demandantes de la situación, generalmente sacan provecho de ganancias secundarias, obtienen mayor atención de la familia, amigos y personal del hospital. Un niño puede facilitar su rehabilitación, cuando es capaz de establecer un balance entre aceptar la dependencia a un grado, pero no permitir que predomine.

Algunos autores han encontrado que malos ajustes de personalidad o problemas de comportamiento manifiestos, se acentúan con la enfermedad. (44), (45), (52) e interfieren con la rehabilitación del paciente. (49) Tenemos, así, que los niños que tienden a sobrecomer, tendrán problemas específicos cuando se requieran restricciones dietéticas. Niños con poco entusiasmo por la escuela, se ex

cusarán en su enfermedad, de igual manera, aquellos niños con dificultades para hacer amigos se esconderán en sus síntomas y se esconderán dentro de su enfermedad. (44), (45), (52)

Un estudio de 23 pacientes reveló que el ajuste temprano a los cambios de vida y la posterior historia psiquiátrica predijo la actitud de los pacientes hacia la enfermedad, el tratamiento y la rehabilitación venidera. (53) También fueron importantes las actitudes de los pacientes de optimismo y pesimismo, para sobrellevar la enfermedad.

A pesar de que los niños se ajustan relativamente a la enfermedad renal, existen problemas fuertemente regresivos, comportamiento extremadamente pasivo y todo tipo de miedos. (58), (59), (69).

Wolters y cols. (69) observaron reacciones de miedo en un grupo de niños tratados en hemodiálisis en las siguientes situaciones:

1. Miedo durante la conexión del equipo de diálisis, con frecuencia el niño sigue todo lo que se le dice y lo hace en forma muy tensa.
2. Miedo del dolor al momento de la conexión, o de una lesión cerca de la canalización.
3. Miedo de complicaciones con la fístula, combinadas con el miedo de ir a la sala de operaciones nuevamente.
4. Miedo indirecta o directamente a la muerte, lo cual manifiesta detrás de otras formas de miedo.

Estos miedos se pueden presentar de igual forma en el tratamiento de diálisis peritoneal: miedo a la punción abdominal, miedo a posibles infecciones con la consecuente reinstalación del catéter peritoneal. También cuando un compañero de sala se sienta mal o se encuentra grave, el comportamiento de los demás niños, frecuentemente, es de "miedo". Miedo de lo que le pasa al otro niño enfermo; pero también miedo de lo que le puede pasar a él.

Las investigaciones realizadas con niños urémicos indican que la mayoría de los niños tenían serios problemas sociales y emocionales. Fueron comunes los sentimientos de aislamiento social, dependencia excesiva sobre los padres y depresión. (41)

Una gama de reacciones psicológicas incluyen: negación o rechazo, depresión, dificultad en autoconcepto, irritabilidad, insomnio, cambios frecuentes de humor o ánimo, fobias, compulsiones y reacciones psicóticas. (18), (41), (45), (44),(59)

Se ha observado que los programas recreativos integran niños de diálisis con parejas normales, lo que puede tener efectos benéficos en el crecimiento psicológico y rehabilitación a largo plazo. (67) Los campos de verano han resultado muy positivos para los pacientes -transplantados, ya que un trasplante funcionando bien, permite una posibilidad de vida normal. (48)

La enfermedad renal crónica acentúa los problemas potenciales en el ajuste familiar y las relaciones sociales. (44), (58). La

vida diaria de la familia es, con frecuencia, bastante desorganizada durante el tiempo que el niño pasa en el hospital. Los horarios de trabajo son interrumpidos, pueden presentarse demandas por parte de vecinos y amigos. El tiempo de sueño, alimentos, actividades educativas y recreativas son sacrificados. (45)

Las actitudes familiares van de actitudes positivas a actitudes ambivalentes. (60) Familias desorganizadas, pueden acelerar el rompimiento familiar; contrariamente, aquellas familias unidas - pueden ser más cohesivas, mientras pasan la misma experiencia dolorosa. (44), (69)

La organización familiar es un factor importante en la toma de decisión para algún tratamiento del niño. Las familias desintegradas, tienen mayor dificultad para decidir sobre la salud del niño. Se ha observado, también, que la presencia de padrastros (padrastro, madrastra) dificulta la toma de decisión y, en ocasiones, crea más conflictos familiares. (44)

Se han reportado alteraciones en la dinámica familiar, en relación a los hermanos de los pacientes, los cuales son rechazados o negados por recibir mayor atención el niño urémico. (44), (48) Se observaron comportamientos de celos, falta de atención paternal, dificultad en la escuela, y una actitud negativa. (41) Resentimiento de los hermanos hacia el paciente o los padres. (45)

En el tratamiento con hemodiálisis crónica, existen casos en

los cuales, los pacientes y sus familiares consideran que la diálisis crónica no les puede ofrecer una "calidad de vida", es decir, una vida digna de vivirse. Entonces ellos deciden terminar con su vida rehusando el tratamiento. (54) O, a manera de protesta contra la enfermedad y las restricciones impuestas, ingieren tanta sal y agua como puedan, causándose un autosuicidio y acabando, así, con la pesada carga de la enfermedad. En estas situaciones, lo que para el equipo de salud puede ser benéfico, -la prolongación de la vida- no lo puede ser, desde el punto de vista del paciente y su familia, calidad de vida.

5.2 Reacciones psicológicas del niño y su familia en el trasplante renal.

Cuando se presenta la alternativa del trasplante renal, esta situación agudiza la ansiedad y conflictos existentes en el curso de la enfermedad. (5) Ya que para poder salvar la vida de uno de los miembros, la familia es solicitada de donar el riñón de otro miembro. Los integrantes de la familia deben decidir si un riñón se donará y quién será el donador. (63)

La donación de un riñón crea una crisis y un desequilibrio para el o los donadores potenciales. (53)

Tanto el donador como el receptor están conscientes del sacrificio del donador vivo, la posibilidad incrementada de patología renal de un sólo riñón y el receptor está bien consciente de lo que significa sufrir una enfermedad renal. (5) Esta situación no se pre-

senta en todos los niños, los que -en ocasiones- no ven la magnitud real del problema.

De 79 casos revisados por Simmons y cols. (63) de donación renal por medio de entrevistas no sistematizadas, se observó que - muchos miembros de las familias experimentaron sentimientos de ambivalencia y grandes períodos de indecisión, aún en el punto de estar de acuerdo y después retirarse.

Los autores demostraron la dificultad que encara la familia en la selección de un riñón. Hay conflictos dentro y entre los miembros individuales de la familia y la expresión de severidad (amargura, acritud) de parte del receptor se ha notado.

Marshall y Fellner (77), estudiaron a 10 donadores renales, valorados 9 años posteriores al transplante, se investigaron las actitudes positivas y negativas en su decisión de donar un riñón.

A través de entrevistas estructuradas (de terminal abierta), con duración de 1 1/2 a 2 horas. Las respuestas fueron revisadas con cada donador en su respuesta original y comentarios posteriores. Un dato sorprendente fué que los donadores usaron frases - que habían usado 9 años anteriores. A la pregunta, "lo haría usted otra vez", todos aseveraron que sí.

Los resultados indicaron que las actitudes de los donadores eran igual de firmes, sólo se notó ambivalencia en aquellos donadores cuyos receptores habían muerto. La variable crucial en es-

tos casos parece ser no la pérdida del riñón donado, sino la pérdida del miembro familiar.

En los pacientes adultos, las crisis familiares parecen mucho más grandes y frecuentes. Los esposos, se encuentran en disposición a donar, pero biológicamente no son relacionados. En algunos casos los padres son demasiado viejos y los hijos demasiado jóvenes. (63)

En el caso de los niños, culturalmente es aceptado el sacrificio paternal por el hijo. Los padres -particularmente las madres- aceptan la donación del riñón como parte de su obligación. En ocasiones se puede presentar rechazo por el niño enfermo. (63)

Cuando los padres se sienten liberados de externar sus sentimientos, éstos indican ansiedad total y la necesidad de descargar los sentimientos de culpa que son más importantes cuando los padres -- realmente se sienten ambivalentes hacia su hijo en particular. La depresión, la autoacusación o agresión hacia los otros son signos sobresalientes de la búsqueda de alguien o algo; si es el esposo, la esposa, el niño, el hada o Dios el cual puede ser responsable por el error del cual ellos sienten que sufren. (58)

A pesar de la ambivalencia que pueden presentar algunos padres, ha sobresalido el amor a sus hijos, y emerge la idea de salvar al niño y hacer todo lo posible porque viva. (41)

Durante la preparación del transplante, el niño se preocupa

temporalmente con las ansiedades inmediatas y las incomodidades físicas.

Una de las razones por las que los trasplantes de órganos son de importancia en la actualidad, es la de las repercusiones psicológicas en el paciente. Sobre todo aquéllas concernientes a la imagen corporal.

Para Muslin (55), la reacción psicológica del receptor al transplante, se puede organizar en dos etapas: 1) reacción al órgano nuevo, el transplante, y 2) reacciones a los donadores.

Etapas de Internalización

La primera reacción del paciente al nuevo órgano, se ha experimentado como un "cuerpo extraño" aparte de la imagen corporal y se requiere trabajo psicológico para integrar el órgano nuevo dentro de la imagen corporal y la autoimagen. (5), (16), (19)

Etapas de cuerpo extraño (sentido de desunión)

En esta etapa los pacientes reportan sentir el órgano nuevo como "divertido". Parece como "desprenderse" de tal manera, que la configuración corporal total se siente cambiada, o ellos sienten que están cargando algo frágil y que deben cuidar. Algunos pacientes han reportado interés acerca de orinar y dañar la nueva estructura. Ha habido pacientes que no reportan ser capaces de ningún sentimiento especial, como una reacción exhibida hacia el transplante.

Etapa de incorporación total

Esta fase de incorporación psicológica revela que los pacientes llegan a ser menos difíciles acerca de su nueva adquisición. Disminuye el interés en el trasplante y disminuye el hablar de él.

Etapa de incorporación completa

En esta fase el paciente reporta aceptación del nuevo órgano, habla de él solamente que se le pregunte o se requiera practicar algún procedimiento. Psicológicamente parecería indicar que la imagen del nuevo órgano está más integrada con la imagen del cuerpo y ego del paciente.

Cuando se requiere de una biopsia de rutina u otro procedimiento el paciente puede presentar una reacción (a la reacción) de un cuerpo extraño. Entonces se manifiestan actitudes de ansiedad y sentimientos reavivados de novedad y separación hacia el trasplante.

Reacciones a los donadores.

Cuando el riñón es de un familiar inmediato (padres, hermanos), existe una estrecha relación entre el donador y el receptor. En el caso de donador cadáver, no existe relación previa. (5) Cada paciente tiene una respuesta única a la persona (pariente o cadáver) que le ha donado un riñón para preservar o darle vida. La noción de un obsequio de un órgano real del cuerpo del donador a su cuerpo libera los deseos guardados y las interacciones reflexivas de las relaciones y situaciones anteriores. La mezcla de exaltación y júbilo combinado

(o en pausas) recolocadas por el interés en la salud del donador, es un encuentro común, como es la negación de algo especial, que se les ha dado por el familiar o el cadáver. Sin embargo, la mezcla es única - para cada caso en la influencia del estado psicológico post-transplante.

Si los donadores son los padres, conflictos de dependencia presentes y pasados interfieren en la integración del órgano transplantado. Esto se acentúa cuando los receptores son más jóvenes, ya que se suman conflictos propios del desarrollo normal que incluyen cambios en la imagen corporal e indentificaciones. Complicaciones emocionales pueden desarrollarse con los donadores hermano-hermana. Un joven de 15 años pidió que removieran el riñón de su hermano, - después de un año y medio de transplantado, porque no deseaba tener dentro de él un "riñón homosexual". (5)

Un paciente había recibido un transplante de cadáver, consideró la posibilidad de que su actual riñón pudiera fallar, entonces el necesitaría un nuevo transplante. El enfatizó que no deseaba el riñón - de su hermano, ya que éste era medio "hippie" y ese riñón no iba con su persona. Y, además, si posteriormente riñeran ambos hermanos, entonces, éste podría pedir que regresara su riñón. (19)

Otros conflictos relacionados con los donadores hermanos, se presentan en relaciones transexuales, es decir, cuando se recibe un riñón del sexo contrario, también se presenta cuando el donador es de un cadáver del sexo contrario. (6), (19)

En los donadores cadavéricos, la calidad inherente del cadáver, - ofrece oportunidad al receptor de fantasear acerca del donador o de transferir actitudes y sentimientos preconcebidos en el cadáver o su órgano. En adición, las asociaciones del receptor al estado sin vida del donador puede afectar su integración del nuevo órgano. (5)

En algunos niños se presenta excesiva preocupación por la fuente del riñón transplantado, especialmente, en aquellos que saben que han recibido un riñón de un donador no relacionado recientemente - muerto. Las pacientes mujeres (chicas) resienten la idea de tener un riñón de hombre dentro de ellas, las adolescentes resisten la idea de un riñón anulado (imposibilitado, jubilado) por miedo de que su riñón envejecerá antes que ellos. (44) Después del transplante prevalecen intensas fantasías sobre la muerte y el morir. (6), (19), (20), (55)

El paciente transplantado recibe una experiencia que va más - allá de recibir un órgano corporalmente. Con el cual su psicología cambia o debe adaptarse a él. Esta nueva adquisición (riñón) inconscientemente representa una introyección de un objeto-parte que implica una parte afectiva. La presencia de este órgano extraño, los significados conflictivos adjuntos a él, también la incertidumbre de vida y muerte. (19)

Normalmente el transplante se asocia con la ilusión de que la vida se ha extendido más allá del lapso de vida asignado. (puesto que el paciente morirá si no recibiera la parte nueva) Se ha asociado

también con el "Fenómeno de volver a nacer", también referida como la "oportunidad del segundo fenómeno." (19)

El saber que el órgano transplantado llega de otra parte siempre trae serias complicaciones. Conduce típicamente a pensamientos de haber robado una parte vital. De tal manera que para recibir el trasplante alguien tendría que morir, lo cual, en el lenguaje del inconsciente, significa que alguien tendría que ser asesinado. (19) Muchos pacientes prefieren un riñón de cadáver que uno de donador relacionado. Ya que esto elimina en algunos casos, las ideas de endeudamiento. (19)

Como resultado al impacto emocional del trasplante emergen una variedad de reacciones psicológicas. Entre las reacciones al órgano nuevo, tenemos: - identificación del órgano nuevo como "bebé", reacción que se presenta en ambos sexos, con el paciente identificándose a él mismo como la madre, con la madre protectora, cuidadosa: "yo llamo al riñón mi bebé", uh, uh. Yo creo es como una clase de nombre protectorio para él. En un paciente masculino: "el riñón tiene que ser cuidado como un bebé, usted se siente como una madre para él". - la identificación del mismo paciente con el bebé y el riñón se identifica como un proveedor de vida y, algunas veces de muerte: "me siento como que me ha proporcionado una vida nueva, para que yo hable. Otra oportunidad de hacer algo puede que se suponga que yo haga. - Identificación con el huésped original (cadáver) todavía

una parte del cuerpo original del cual se ha tomado. Un paciente ha bló de sus fantasías del donador cadáver, un hombre que él conoció y tenía 28 años de edad. En las fantasías y sueños, el hombre muerto era un espíritu revoloteando. Sus fantasías representaban un sentimiento especial de ser atacado por el fantasma del cadáver y castigigado por el crimen de adquirir un riñón. — Identificación del riñón con otros órganos del donador o del cuerpo total del donador: de repente ocurrió... parece extraño que cuando yo orino, creo que estoy orinando con el riñón de mi padre... "tengo una pieza de mi padre en mí". — identificación del receptor con las actitudes del donador: el receptor está, algunas veces, consciente de esto: "yo creo que soy más útil a la gente ahora, como mi hermano". — identificación del nuevo riñón con una vida nueva, una unión con Dios son comunes. En alguna gente religiosa es caracterizado dramáticamente, como se nota en lo siguiente: "siento que la operación entera es parte de una misión. Mi vida fué salvada para amar a otras almas. Yo sufrí como Job y como Cristo, morí y resucité en un cuerpo más fuerte, más bonito, hermoso". (55)

Entre las reacciones hacia el donador se ha observado que algunos pacientes intentan negar o reprimir el "regalo" que se le ha presentado a él. Un paciente señaló que a su hermano menor lo había salvado de ir a Viet-Nam por ser su donador.

Frecuentemente, se presenta preocupación por la salud del do-

nador y lo primero que pregunta el paciente al despertar de la cirugía, es sobre cómo está su donador. Puede aparecer el interés intenso por la vida de la persona y sentimientos de justificación de defensa de haber tomado el riñón. Un joven manifestó, después del transplante, sentimientos acerca de su donador (padre), él lo sentía de esta manera: como que estoy llegando a ser su gemelo.

Emergen sentimientos de expiación o justificación en los que el paciente clarifica que el donador no es afectado por la pérdida del riñón: "mi hermano no lo necesita", o "él iba a ir a Viet-Nam, donde de ambos riñones hubi eran sido perdidos. A veces, las reacciones involucran culpa y miedo de castigo relacionados directamente con el donador.

Muslin, (55) al evaluar las reacciones psicológicas del paciente transplantado renal, identificó una clase de pasaje psicológico o "transplante mocional". De tal manera, que la imagen del riñón llega a ser parte de la estructura psicológica. Al igual que la compatibilidad fisiológica en los trasplantes, es de importancia detectar la "compatibilidad psicológica" del transplante. Ya que la integración del nuevo órgano es compleja y multifacética y se podrían evitar muchos riesgos psicológicos. (19) La cualidad de las relaciones del receptor al donador parece influir en el resultado del transplante y puede contribuir al rechazo. (20) Se hace así, también, esencial la selección psicológica entre el donador y el receptor (5).

Bernstein (10), examinó las respuestas emocionales y la adaptación de 36 niños quienes habían recibido trasplante renal. Se examinaron inmediatamente después de su alta del hospital y 6 años después del trasplante. De los 32 niños que sobrevivieron, 4 mostraron reacciones emocionales significativas.

El procedimiento consistió en evaluaciones psíquicas periódicas suplementadas por pruebas. Se les proporcionó a los niños y sus familias cuestionarios diseñados para obtener información social y la interacción.

El área de mayor relación fué la reintegración del niño a la familia, ya que regresaba con movilidad renovada y vigor. La mayoría de las veces se trató al niño o al adolescente con fragilidad, a pesar de saber y tener la seguridad del buen funcionamiento renal; consecuentemente los padres tendieron a sobreproteger al niño.

En los niños más pequeños persistieron miedos a ser dañados corporalmente. Otra área de importancia fué el retorno a la escuela, los niños tuvieron dificultades en adaptarse a su nuevo autoconcepto fuera del círculo familiar.

Aparecieron, también, las ganancias secundarias; ya que los niños se percibían como una celebridad en su comunidad. Sin embargo, los sentimientos de "diferencia" parecieron ensombrecer el sentimiento del niño de triunfo o ganancia. Algunos padres trataron de controlar conductas agresivas de los niños con comentarios, tales

como: "cuida tu riñón" o amenazas de "devolver el riñón".

Casi todos los niños se ajustaron bien después del trasplante, pero emergieron ansiedad de rechazo y miedo a la muerte.

Korsch y cols. (44), encontraron que muchos niños consideran que el ser "suficientemente buenos" comprometerá, de alguna manera, la función o longevidad del riñón. Que si sucede rechazo renal o alguna complicación, puede deberse a un mal comportamiento.

Los pacientes trasplantados tienen una nueva perspectiva de vida, se sienten liberados de aparatos y restricciones impuestas. No obstante, comparten las ansiedades de los pacientes que siguen en hemodiálisis. Sumados a los miedos de posible rechazo y los efectos de la terapia inmunosupresiva. (18)

Continúa un grado de dependencia, que variará con el éxito o falla del trasplante (18). Cuando se presenta el rechazo renal, el paciente vislumbra su retorno a hemodiálisis como un calvario ya conocido, por el cual hay que pasar nuevamente. Emerge un continuo temor a un rechazo inevitable. Lo que obliga a la remoción quirúrgica del órgano en el cual se han puesto grandes expectativas. (49)

5.3 Imagen corporal en pacientes renales.

En la insuficiencia renal crónica, el individuo es afectado en su ser interno y psicológico, en su aspecto externo y comportamiento social y en su imagen corporal o psíquico. (6)

Las secuelas emocionales de la enfermedad renal prolongada - están impregnadas de desfiguramiento y exposición de pérdida experimentadas por el paciente. (6), (49) Estas, van desde la nefrectomía y la pérdida de la integridad corporal, disminución de función por pérdidas materiales y ocupacionales, privación de alimento y sexual, - rompimiento con actividades recreativas, hospitalización con separación de la familia y amigos, la imprecisión de la vida. Finalmente, el paciente teme- realistamente- la pérdida de su vida. (5)

Basch y cols. (6), ordenan en tres categorías el temor de deterioro físico y de muerte en los pacientes renales: desfiguro externo, alteraciones en las partes internas del cuerpo y órganos y cambios fisiológicos o funcionamiento somático.

En lo que respecta al aspecto externo, los cambios se inician en la enfermedad renal, pueden presentarse distorsiones sutiles en el cuerpo, secundarias a la acumulación de líquidos. Posteriormente, el paciente de diálisis es indeleblemente marcado por los residuos quirúrgicos del sitio de acceso (punción abdominal o fístula arteriovenosa) que sirven como un estigma, los que pueden ser revestidos de algún significado especial. Las marcas de las agujas y otras cicatrices pueden causar al paciente sentimientos de ser poco atractivos.

Las operaciones de trasplante han contribuido al entendimiento de fenómenos de imagen corporal, particularmente al concepto de cómo el interior del cuerpo está arreglado y de los efectos que se --

observan cuando esta representación es radicalmente alterada por la cirugía. (19), (20)

Castelnuovo-Tedesco (20), distingue dos tipos de intervenciones quirúrgicas: "salvavidas" y "extiende vidas".

En las operaciones "salva-vidas", se remueve la parte enferma del cuerpo, por ejemplo: una amputación o una gastrectomía. Normalmente el paciente se adapta a la situación y le permite alcanzar un nivel normal de vida o semi-normal.

En las operaciones "extiende-vidas" (transplantes) una parte del cuerpo de otra persona se agrega. La imagen corporal es así alargada y un lugar tiene que encontrarse para la parte nueva, la cual ahora el cuerpo llega a contener. Fundamentalmente, el órgano transplantado es un cuerpo extraño, el cual debe integrarse en el esquema corporal.

Las operaciones "salva-vidas", al remover la parte enferma, parecen restringir y limitar la imagen corporal; contrariamente, las operaciones "extiende-vidas" alargan la imagen corporal. (19)

El método de rehabilitación para el niño urémico que le permita seguir hasta donde sea lo más posible el curso del desarrollo normal, es el transplante renal. No obstante ser el mejor método, el uso de medicación con esteroides post-transplante, acarrea al paciente serios problemas emocionales, sobre todo en su imagen corporal.

Algunos de los efectos colaterales de los esteroides son su inter

ferencia con el crecimiento combinado con el excesivo apetito, el rápido ganar peso y una apariencia cushinoide. Las adolescentes se quejan de su "cara de luna", acné y sobrepeso. (10), (18), (19), (41), (44), (45), (49). Se pueden presentar problemas de identidad, sentimientos de inferioridad o estar alterados o dañados.

A un adolescente de 16 años los medicamentos le hacían sentirse poco atractivo, sólo los tomaba "para conservar el riñón vivo", El redujo la dosis de esteroides y, posteriormente, enfermó agudamente y murió. (5)

De la gran problemática que presentan los pacientes urémicos, algunos autores, han enfocado sus investigaciones a las repercusiones psicológicas en la imagen corporal.

Khan y cols. 1971 (41) estudiaron a 14 niños urémicos para evaluar el ajuste social, estado emocional, nivel de inteligencia y autoconcepto. Cinco de los niños tenían transplantes exitosos, que funcionaban por períodos de 2 a 5 años. Dos de los niños presentaron rechazo renal y los siete restantes, habían estado en hemodiálisis de 6 meses a varios años.

Para observar el autoconcepto que cada niño tenía de sí mismo, se aplicó la Prueba de Machover de "dibuja a una persona".

Los resultados obtenidos indicaron: que la mayoría de los niños no dibujaban la figura de la persona completa, 8 de ellos dibujaron sólo las caras, la mayoría de los dibujos fueron inmaduros. Aún --

cuando los dibujos fueron distorsionados en varias formas, no hubo tipo específico de distorsión corporal en forma consistente.

G. Raimbault, 1973, (58), estudió a 39 pacientes crónicos renales (20 muchachas y 19 muchachos) que recibían hemodiálisis. De los cuales tres murieron, 13 recibieron transplantes, dos pacientes regresaron a hemodiálisis después de un rechazo renal. Sus edades oscilaban entre los 3 y los 20 años.

Utilizó pruebas proyectivas (Rorschach y TAT de Murray), dibujos y pruebas de desarrollo psicomotor.

Los dibujos mostraron una pobre percepción de la imagen corporal, la cual fué dibujada en forma incompleta, vacía y, a veces, anulada. Esto puede relacionarse con uno de los intereses mayores del paciente adolescente, su potencia sexual.

Korsch y cols. (1973), (45) estudiaron a 35 niños en la etapa final de la enfermedad renal con hemodiálisis y transplante renal por el impacto emocional a largo plazo en su rehabilitación.

Los datos se procesaron con un sistema computarizado. Fueron comparados con un grupo control de niños con otros padecimientos crónicos: diabetes, bronquitis y problemas visuales. Fueron emparejadas las variables de edad, sexo, raza, nivel socioeconómico. Las edades de los niños se encontraban entre un año y medio y a los 20 años.

Utilizaron las pruebas: "dibuja una persona" y "dibuja que está

en el interior de la persona" para explorar la imagen corporal.

Algunos de los niños sobreenfatizan detalles de arterias y venas en sus cuerpos. Moretones, cicatrices, soluciones intravenosas y fístulas los hicieron darse cuenta de ello. Se observó que, aunque los niños no habían sido instruídos específicamente para dibujar una persona (paciente) de transplante, 5 de los niños no dibujaron riñones y cuatro de los dibujos mostraron sólo un riñón.

En otro estudio realizado por Williams H. (1975), (68), (Tesis de Licenciatura, UNAM), la autora evaluó a diez adolescentes antes y después de transplante renal. Empleó una batería de pruebas psicológicas antes y después del transplante renal. Incluyó:

a) Prueba Gestáltica Visomotora de Bender, b) Escala de Inteligencia de Weschler (Wais o Wisc), c) Prueba de la figura humana de Machover, d) Prueba de frases incompletas de Sacks, e) prueba de Apercepción temática.

La prueba de la Figura Humana de Machover: se utilizó para observar la autopercepción del paciente. Los aspectos que se consideraron fueron: 1) qué figura dibujó primero, 2) tamaño de la misma, y 3) trazos del dibujo.

Los resultados indicaron alteraciones de la figura humana en el 80% de los casos, lo que se corrigió parcialmente después del transplante renal. Las figuras fueron dibujadas completas en el 80% de los casos antes y después del transplante renal, no se en -

contraron omisiones graves, como la de algún miembro; en cuanto al tamaño, el 70% dibujó las figuras disminuidas antes del transplante renal; después de la intervención, el 100% las dibujó de tamaño normal.

González Flores (1979), (33), (Tesis de Licenciatura UNAM), al evaluar las repercusiones metabólicas de la I. R. C. comparó tres grupos de niños con padecimientos crónicos: 9 niños con insuficiencia renal crónica, 9 niños con leucemias y 9 niños con enfermedad de Hodgking. El rango de edades de los niños fué de 8 a 12 años, pertenecían a un nivel socioeconómico bajo, y procedían del D. F. El tiempo de evolución de los niños con padecimiento renal fué de 6 años.

Utilizó el Test de la Figura humana de Leopold Caligor para evaluar el grado de organización del esquema corporal. Encontró que los niños con IRC presentaron un esquema corporal adecuado, en relación al tamaño, proporciones y colocación de las figuras, lo que indicaría que la enfermedad en este período no ha llegado a alterar, en forma considerable, la percepción de sí mismo.

Observó, también, que los dibujos no incluyeron objetos externos que acompañaran a la figura humana, como si su atención estuviera centrada en sí mismos, estableciendo poco contacto con el mundo externo. Otro detalle observado fué la omisión de oídos que podría interpretarse como una necesidad de aislamiento y no que - rer saber nada del mundo que los rodea.

Basch y cols. (1981), (6), observaron alteraciones en la imagen corporal de 16 pacientes renales. Utilizaron la versión modificada de la Prueba Casa-Arbol-Persona. Se dotó a cada paciente con plumas marcadoras que incluían 10 colores. Se le pidió a cada paciente que dibujara una casa, un árbol y una persona, la persona del sexo contrario y el interior de una persona.

Los resultados obtenidos fueron comparados con pacientes de colostomía, cardíacos, cáncer y otros pacientes, que ayudaron a evaluar si los cambios en los dibujos eran específicos en los pacientes renales.

Los dibujos reflejaron alteraciones y, en especial, alteraciones de la representación mental de los pacientes acerca de sus cuerpos. Los conceptos del cuerpo fueron completamente distorsionados e incompletos. No había concepto de cuerpo como una unidad cerrada e integrada, parte del cuerpo estaba faltando. Había roturas (raspaduras hacia el medio). Se notaban espacios y hoyos. Fue evidente la experiencia de la enfermedad y la intrusión extracorpórea de la diálisis.

Los pacientes hicieron intentos obvios para compensar sus sentimientos de insuficiencia física. Intentaron compensar o reforzar dibujando doble o con líneas reforzadas, embelleciendo o agregando figuras vivas. A pesar de esto, muchos de los dibujos reflejaron inseguridad.

Algunos dibujos parecieron reflejar respuestas a un sentimiento de experiencias traumáticas, como la nefrectomía o el transplante. Se observó el uso exagerado del color rojo, detalle que no apareció en los demás pacientes.

En general, los dibujos sugirieron deterioro, desorganización y regresión. Así como el efecto estrujante en la imagen corporal y reacciones a situaciones renales.

5.4 Apoyo psicológico al paciente urémico y su familia.

Se ha enfatizado la necesidad de integrar grupos interdisciplinarios en la atención de pacientes urémicos, que incluyan la comunicación constante entre los pacientes, padres y personal, con uno y con otro; también entre los miembros de cada grupo. (10), (25), (44), (45), (58). Que proporcione apoyo emocional continuo y permita al paciente y su familia lidiar con las ansiedades considerables que involucran la diálisis y el transplante renal (26). Leuman (48), considera también la importancia, de efectuar reuniones interdisciplinarias con participantes de muchos países, lo cual proporcionaría una oportunidad excelente de reconocer problemas y buscar las formas de superarlos.

De lo anterior, se puede concluir que el paciente urémico experimenta una difícil situación, que genera muchos cambios en su vida, por el constante enfrentamiento con la muerte. Su futuro es incierto. Con la pérdida de la salud encara nuevas pérdidas día a

día. Cuando el desarrollo normal nos indica una curva ascendente en la adquisición de capacidades en el crecimiento humano, en el caso de los niños urémicos, es dramático ver cómo este proceso biopsicosocial se detiene. Los niños urémicos son niños que reducen en su talla, palidecen, están tristes, solitarios, pierden la escuela, los amigos, su capacidad intelectual y recreativa y, sobre todo, su autoestima. Sus pequeños cuerpos reciben el impacto de la enfermedad y las secuelas que ésta les va dejando.

De las investigaciones realizadas con pacientes urémicos, enfocadas a la imagen corporal por medio de pruebas proyectivas (Rorschach, TAT, dibujos) y también, a través de los sueños, algunos autores han encontrado diferentes formas de manifestar alteraciones en la imagen corporal. Concluyen que en la producción de las respuestas encontradas de historias y dibujos de los pacientes predominan: desfiguramiento, deterioro y desorganización de la integridad corporal en la enfermedad renal. Igualmente, los sentimientos de inferioridad y dificultades en el autoconcepto son evidentes. Las restricciones funcionales corporales y la presencia de cicatrices devalúan la autoestima del paciente, quien se percibe dañado y limitado corporalmente.

Estudios intergrupo reportan la producción de los pacientes (historias, dibujos) en relación con su propio ámbito urémico, tanto en forma individual como grupalmente.

Otros investigadores reportan estudios comparativos de pacientes urémicos con otros pacientes con padecimientos crónicos, a fin de valorar si son específicas las alteraciones corporales en los pacientes renales.

No existen estudios comparativos de pacientes urémicos, en donde posiblemente sean más evidentes las alteraciones corporales de la enfermedad renal crónica, con grupos de personas clínicamente normales. Al ser las situaciones diametralmente opuestas salud-enfermedad y las condiciones de vida diferentes; el individuo sano-enfermo puede transmitir su propia percepción de la realidad que vive.

Ante este panorama surgió la interrogante ¿en qué grado la enfermedad renal crónica modificaría la percepción del niño de su propia imagen corporal? y ¿de qué manera se defiende de la angustia - que le provoca la carga emocional de la enfermedad? motivo del presente estudio.

CAPITULO II

M E T O D O

CAPITULO II "METODO"

1.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿PUEDE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA MODIFICAR LA IMAGEN CORPORAL DE LA PERSONA QUE LA PADECE?

El impacto de la enfermedad renal crónica, sus secuelas, complicaciones y los tratamientos tecnológicos modernos, imponen al paciente y a su familia una carga emocional en forma reiterada, ya que crea reacciones de ansiedad y depresión que pueden obstaculizar la cooperación al tratamiento. En ella intervienen una serie de factores emocionales que suscitan cambios en todos los aspectos de la vida de los pacientes; ya que se encuentran en un constante enfrentamiento con la muerte.

— Cuando el enfermo es un niño, no por ello dejan de aparecer los síntomas. Generalmente se muestran deprimidos, tristes y la misma enfermedad física crónica deteriora la imagen que tienen de sí mismos y de su autoestima. Su apariencia puede cambiar rápidamente de una semana a otra.

En el niño urémico, su cuerpo asume una nueva significación "se ve y se siente diferente a los niños de su edad".

2.0 JUSTIFICACION

El objetivo de este estudio es contribuir al entendimiento de la imagen corporal del individuo, estudiando los mecanismos que la alteran.

Al conocer estas alteraciones se tendrán mayores conocimientos para hacer una psicoterapia dirigida a estos aspectos.

3.0 FORMULACION DE HIPOTESIS

HIPOTESIS GENERAL DE TRABAJO

El estado de uremia produce modificaciones en la imagen corporal, las que pueden proyectarse o plasmarse a través de dibujos.

Al respecto, Elizabeth M. Koppitz (43), menciona cómo se reflejan en los dibujos las reacciones ante la enfermedad. Argumenta que "la mayoría de los niños son poco conscientes de sus cuerpos o aspecto mientras tienen una vida plena y activa. Pero, una vez que la atención infantil es atraída por algún rasgo inusual de su apariencia, puede llegar a estar muy preocupado por él y desarrollar ansiedades y neurosis, especialmente si se le hacen bromas al respecto. Tales complejos pueden centrarse en el tamaño del niño, desarrollo del cuerpo, color de la piel o cualquier otro rasgo".

Ma. L. Kuperman de Kuitca (46), y Haydeé C.K. de Sainovicci (21), reportan la importancia del dibujo como medio de acceso al inconsciente infantil, y cómo -a través de la producción gráfica- se pueden detectar trastornos en la imagen corporal.

HIPOTESIS NULA No. 1

La producción gráfica del Tema Libre de los niños urémicos

y de los niños sanos, no presentan diferencias significativas, en cuanto al tema, la riqueza de la producción y el número de objetos.

HIPOTESIS ALTERNATIVA No. 1

La producción gráfica del Tema Libre de los niños urémicos y de los niños sanos, si tienen diferencias significativas, en cuanto al tema, la riqueza de la producción y el número de objetos.

Juliette Boutonier (12), al hablar del Tema Libre de los niños, refiere que el dibujo del niño es una producción cargada de múltiples sentidos. Que nos revela el mundo interno del niño. El dibujo del niño expresa una proyección de su propia experiencia, la manera en que se siente existir a si mismo y a los otros. Puede transmitir situaciones vividas por el niño, actuales o pasadas, cuya influencia permanece visible. También puede proyectar los temores y los deseos del niño, de las cosas que ama, las que evita, las que le afectan. Corman (22), refiere que el dibujo libre permite apreciar el modo perceptivo particular de una persona. El dibujo espontáneo de un niño nos revela muchas cosas, además de su nivel intelectual y su modo perceptivo de lo real; en particular, su vida afectiva.

HIPOTESIS NULA No. 2

La proyección de la imagen corporal, a través de los dibujos de la casa, el árbol, las personas y el autorretrato, de los ni-

ños urémicos y los niños sanos no difieren significativamente, en cuanto a distorsiones u omisiones de alguna parte integrante de cada gráfico.

HIPOTESIS ALTERNATIVA No. 2

La proyección de la imagen corporal, a través de los dibujos de la casa, el árbol, las personas y el autorretrato, de los niños urémicos y de los niños sanos, sí tienen diferencias significativamente, en cuanto a distorsiones u omisiones de alguna parte integrante de cada gráfico.

Respecto a la hipótesis planteada, existen sorprendentes confirmaciones independientes acerca del significado, altamente personal, de los conceptos casa, árbol, persona, que Buck eligió como herramienta para captar las áreas más profundas de la personalidad. Griffiths, en Inglaterra, A.A. de Pichón Riviere en Sudamérica, y Buck en los Estados Unidos, simultáneamente señalaron el intento potencial simbólico que posee la casa, cuyas raíces se encuentran en las experiencias básicas de la infancia y de la madurez. Lo mismo ha sucedido con respecto al dibujo del árbol, cuya utilidad clínica fué observada no sólo por Buck, sino también por Jucker en Europa y por Hoch en Suiza. Y, por último, el dibujo de una persona, cuyo valor fué descubierto independientemente por Machover, Levy, Schilder y Laurretta Bender. (39)

HIPOTESIS NULA No. 3

Los niños urémicos y los niños sanos, no presentan distorsiones significativas en los dibujos de las personas, en el tronco, los brazos y las piernas.

HIPOTESIS ALTERNATIVA No. 3

Los niños urémicos y los niños sanos, si tienen distorsiones significativas en los dibujos de las personas, en el tronco, los brazos y las piernas.

El paciente urémico, para recibir tratamiento expone y somete partes de su cuerpo para seguir viviendo. En brazos y piernas frecuentemente se instalan fístulas arteriovenosas para hemodíalisis. El tronco puede ser intervenido, por catéteres para diálisis peritoneal o cuando se recibe un trasplante renal.

Machover (1949) y Hammer (1958) observaron en los dibujos de las figuras humanas, cómo se graficaban claramente, las alteraciones corporales; Hammer, sugiere que la distorsión u omisión de cualquier parte de la figura indica un conflicto del examendo relacionado con dicha parte; Arminda Aberastury y Enrique Pichón Riviere observaron en el test el "juego de construir casas" y el test de la figura humana, que cuando aparecen deformaciones, éstas obedecen a conflictos internos, tienen sentido y pueden interpretarse.

HIPOTESIS NULA No. 4

Los niños urémicos y los niños sanos no presentan diferencias psicosexuales significativas en los dibujos de las personas del H. T. P.

HIPOTESIS ALTERNATIVA No. 4

Los niños urémicos y los niños sanos, sí tienen diferencias psicosexuales significativas en los dibujos de las personas del HTP.

Uno de los síntomas más frecuentes del estado de uremia, es la desnutrición -especialmente cuando la enfermedad se encuentra en etapas avanzadas- y requiere tratamiento con diálisis. La consecuencia más importante de la desnutrición en el niño, es el retardo o detención en el crecimiento (50). Paralelamente, se encuentra retraso o detención en el desarrollo sexual. En las niñas puede aparecer amenorrea, tanto en niñas como en niños se retrasan o detienen los caracteres sexuales secundarios.

Es bien sabido que la mayoría de los niños tienen conciencia de ciertas diferencias entre los sexos y, esta consciencia, se refleja en sus dibujos.

A los 8 años y después, a lo largo de la pubertad, aparecen esfuerzos por acrecentar la seguridad y el prestigio mediante la adición de símbolos de fuerza e importancia. Es frecuente encontrar en dibujos de varones, muchos revólveres, cañas de pescar,

sombreros vaqueros, etcétera. Y en los dibujos de las niñas, canastas, monederos, moños en el cabello y otros adornos por el estilo. Según el sexo del examinado, en los dibujos se destacan atributos, tales como el tamaño, la fuerza, la gracia, el atractivo físico, etcétera. (39) (57)

HIPOTESIS NULA No. 5

Los dibujos de las familias de los niños urémicos y los niños sanos no presentan diferencias significativas, en cuanto a la ubicación, distorsión u omisión del propio niño en la familia.

HIPOTESIS ALTERNATIVA No. 5

Los dibujos de las familias de los niños urémicos y los niños sanos sí tienen diferencias significativas en cuanto a la ubicación, distorsión u omisión del propio niño en la familia.

Joseph H. Di Leo (23), al referirse al dibujo de la familia, en lo que respecta a la omisión de un miembro de la familia, dice: que "olvidar" incluir a un miembro de la familia es expresivo de una actitud negativa hacia esa persona; rechazo o eliminación simbólica. Pero, cuando se omite el propio ejecutante, es posible que sea indicador de sentimientos de inadecuación o de no pertenencia.

HIPOTESIS NULA No. 6

El tiempo de evolución de la uremia y la distorsión de la imagen corporal no están correlacionadas.

HIPOTESIS ALTERNATIVA No. 6

El tiempo de evolución de la uremia y la distorsión de la imagen corporal sí están correlacionadas.

Ginette Raimbault (58), dice que, para estudiar los problemas psicológicos inherentes a una enfermedad particular, uno debe tomar en cuenta -entre otros muchos factores- la naturaleza, la duración, severidad y sintomatología de la enfermedad misma, los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, la personalidad del paciente y los antecedentes socioeconómicos. Cuando se trata de un niño, uno debe tomar en cuenta su desarrollo emocional, la estructura familiar y el ambiente consciente e inconsciente intrafamiliar en el cual el niño se coloca.

En el caso específico de la insuficiencia renal crónica, el paciente urémico somete su cuerpo a procedimientos, en ocasiones dolorosos y traumáticos, una vez y otra vez y todas las veces necesarias para poder seguir existiendo.

Posiblemente a mayor tiempo de evolución y exposición a estos procedimientos terapéuticos, se distorsione la imagen corporal del paciente. Lo que estará supeditado a su historia personal y social, edad, sexo y repertorio de respuestas que, en ese momento, posea el niño.

4.0 SUJETOS Y SELECCION DE LA MUESTRA

La muestra estuvo integrada por 10 niños urémicos, de am

bos sexos, con edades comprendidas entre los 8 y los 13 3/12 -- años. Se utilizó un grupo control de 10 niños sanos.

Del Departamento de Nefrología del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", se seleccionaron 10 niños, con las siguientes características: fueron diagnosticados con insuficiencia renal crónica, con edades comprendidas entre 8 a 13 3/12 años. Se escogió esta edad, ya que a los 8 años un niño es capaz de integrar su imagen corporal y plasmarla en dibujos. Fueron de ambos sexos: 6 mujeres y 4 hombres, con escolaridad de educación primaria y pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo. El tiempo aparente de evolución de la uremia osciló entre 2 meses a 3 años, hasta el momento de la evaluación. Los niños tenían diferente tratamiento, tres de ellos recibían diálisis peritoneal, tres se hemodializaban y cuatro se preparaban para un posible trasplante renal. (Apéndice: Cuadro 1)

De la Escuela Primaria "Guadalupe Ceniceros de Zavaleta", se seleccionaron 10 niños, que se aparearon en relación a la edad, el sexo, la escolaridad y el nivel socioeconómico del grupo de niños urémicos. (Apéndice: Cuadro 2)

5.0 VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Esta variable fué el ESTADO DE UREMIA. Estado que re-

sulta del deterioro anatomofuncional, que llega a interferir en forma definitiva con la capacidad de los riñones, para mantener la homeostasis orgánica, produciendo un estado de intoxicación endógena multisintomatológica, potencialmente mortal.

VARIABLE DEPENDIENTE

La variable obtenida fue la PRODUCCION PROYECTIVA GRAFICA-DIBUJOS de los niños. Dibujos que pueden transmitir la percepción personal del niño, acerca de lo que está viviendo.

VARIABLES QUE SE CONTROLARON

- a) Edad de los niños. El rango de edad osciló entre los 8 años y 13 3/12 años.
- b) Sexo. Fué de ambos sexos: 6 mujeres y 4 hombres, para cada grupo.
- c) Escolaridad. Correspondió al nivel de educación primaria.
- d) Nivel socioeconómico. Correspondió al nivel socioeconómico bajo. En el grupo de niños urémicos, se obtuvo por medio del estudio socioeconómico del servicio de Trabajo Social. En el grupo de niños sanos, se obtuvo, a través de entrevista, se tomaron en cuenta la escolaridad y ocupación de los padres, ingresos económicos. Los ingresos económicos eran sólo suficientes para poder vivir al día, pagar la renta, alimentación y vestido. El

promedio de escolaridad de los padres fué el 5o. grado de primaria, el promedio de escolaridad de las madres fué de 3o. grado de primaria, una de las madres era analfabeta y otra sabía leer y escribir. La ocupación de los padres fué: de vendedor ambulante, ayudante de sastre, soldador, machetero, bolsero, intendente, fundidor de acero, velador, chofer y electricista.

6.0 INSTRUMENTOS DE MEDICION

Se integró una batería de Pruebas Proyectivas Gráficas, - que incluyó dibujos de:

- a) Tema Libre,
- b) H.T.P. ,
- c) Autorretrato y
- d) La familia

Se eligieron estos dibujos, debido a su alta confiabilidad y validez. Fundamentados en la Teoría General de las Técnicas - Proyectivas y múltiples investigaciones realizadas con ellos. Y en el supuesto implícito del determinismo psíquico en cada producción gráfica. Así mismo, lo que para el niño es más significativo simbólicamente.

BREVE DESCRIPCION DE LAS PRUEBAS EMPLEADAS

6.1 DIBUJO LIBRE

El uso de los dibujos libres como método de evaluación de la personalidad infantil, constituye un campo en sí mismo.

El dibujo del niño es una producción cargada de múltiples sentimientos. Pueden utilizarse como una expresión de la situación vivida por el niño que proyecta, en su dibujo, su persona física, su imagen corporal con sus limitaciones o sus mutilaciones, su persona social y aún moral, sus actividades afectivas, respecto a su familia, de su ambiente, los acontecimientos traumatizantes que marcaron su sensibilidad. Pero, recíprocamente, también se ve en el dibujo la influencia que el medio ejerce sobre el niño, la riqueza o pobreza de los lazos que éste ha podido establecer con un prójimo y con el mundo, la plenitud o el vacío del universo que moldea su personalidad. (12)

6.2 DIBUJO DE H.T.P.

Técnica proyectiva elaborada por Buck en el Lynchburg - State Colony, Virginia, USA, en el año de 1938. (13), (14), (15). Buck describe su método como un procedimiento de dos fases: no verbal, creadora y relativamente no estructurada la primera, que requiere una forma de expresión bastante familiar, el dibujo; verbal, aperceptiva y algo más estructurada la segunda.

El interés fundamental del clínico en los dibujos de la casa, el árbol y la persona (en el HTP) consiste en la posibilidad de observar la imagen interna que el examinado tiene de sí mismo y su ambiente: qué cosas considera importantes, cuáles destaca y cuántas

les desecha.

La casa, el árbol y la persona son conceptos de gran potencia simbólica que se saturan de las experiencias emocionales e ideacionales ligadas al desarrollo de la personalidad, las que luego son proyectadas, cuando éstos conceptos son dibujados.

Administración:

El orden de presentación de los estímulos es siempre el mismo, primero la casa, luego el árbol y por último, la persona, se pide también, se dibuje a la persona del sexo contrario. En forma gradual, se va de representaciones neutrales a las más cercanas a la propia persona. Es por esto, que se deja al final el concepto gráfico, que despierta las asociaciones más conscientes.

Elección de la casa, el árbol y la persona como conceptos gráficos.

Buck, en relación con los ítems (casa, árbol, persona), afirma que: a) son ítems familiares a todos, hasta para el niño más pequeño, b) se observó que como conceptos que debían ser dibujados por individuos de todas las edades, tenían mayor aceptación que otros, y c) estimulaban una verbalización más libre y espontánea que otros ítems.

El concepto gráfico persona es, sin duda, el que está más saturado de las experiencias emocionales ligadas al desarrollo -

del individuo. Tanto Machover, como Buck y Levy y quizás en sus implicaciones teóricas más profundas, Paul Schilder -con su contribución de la imagen corporal- observaron lo mismo, simultánea e independientemente.

Los aspectos proyectivos de los dibujos de la casa-árbol-persona.

En un test proyectivo se enfrenta al examinado con un estímulo o serie de estímulos lo suficientemente inestructurados o ambiguos, como para que el significado de éstos surja, en parte del interior del examinado. Aunque al examinado se le pide que dibuje una casa, un árbol y una persona, no se le aclara que tipo de casa, árbol o persona debe representar. De él también depende la inclusión o exclusión de los distintos detalles de la casa, el árbol y de la persona, así como la importancia que les otorgue.

Por muy joven que sea el examinado, en su vida ha visto infinita variedad de casas, árboles y personas, que -en el momento de dibujar- sólo podrá elegir lo que para él sea más significativo desde el punto de vista simbólico.

Simbolismo inherente a la tríada casa-árbol-persona.

Se ha comprobado que la casa -como lugar de vivienda- provoca asociaciones con la vida hogareña y las relaciones inter-familiares. Tanto el árbol como la persona captan el núcleo de la personalidad que los teóricos, en especial Paul Schilder, denomi -

nan imagen corporal y concepto de sí mismo. El dibujo del árbol parece reflejar los sentimientos más profundos e inconscientes - que el individuo tiene de sí mismo, en tanto que la persona constituye el vehículo de transmisión de la autoimagen más cercana a - la consciencia y de las relaciones con el ambiente. De esta manera es posible obtener un retrato de los conflictos y defensas del - examinado, tal como están jerarquizadas en la estructura de la - personalidad.

Karl Koch (42) en su libro el Test del Arbol, al hablar sobre el significado simbólico de la fruta. Dice, que el fruto es símbolo de fecundidad, dador de vida, . . la fruta es el resultado final de un largo proceso de maduración . . . la fruta es como el éxito - del crecimiento y de la fertilidad. Al mismo tiempo, lleva en sí la semilla de la reproducción. Observó que el gráfico fruta va disminuyendo conforme aumenta la edad del individuo. Y que las ni - ñas suelen dibujar más frutas que los varones.

6.3 DIBUJO DEL AUTORRETRATO O AUTOCONCEPTO

Este dibujo explora los verdaderos sentimientos que de sí mismo tiene una persona. Un autorretrato puede proyectar: a) lo que el individuo siente ser, b) un ideal del yo, c) representa a una persona significativa. (39)

¿Cómo se percibe el niño con una enfermedad crónica, como la insuficiencia renal? ¿qué impresiones deja en su alma infanta

til? ¿Cómo maneja dichas situaciones? Con respecto a la maduración psicosexual, en qué forma percibe su cuerpo, cuerpo que ha detenido su crecimiento, lo que corrobora constantemente con los niños de su edad.

6.4 DIBUJO DE LA FAMILIA

La técnica del dibujo de una familia no es nueva; un número de psicólogos clínicos ha escrito sobre ella. Hammer (1958), Hulse (1952-1956), Reznikoff y Reznikoff (1958) han sugerido que los dibujos de la familia revelan la actitud del niño hacia otros miembros de su familia y la percepción de su propio papel dentro de ella.

(43)

Corman (22) y Di Leo (23) expusieron el empleo de DIBUJA A UNA FAMILIA (D.A.F.) Burns y Kaufman (16), estudiaron el dibujo de una familia kinética, es decir, pidiendo al examinado que dibuje las figuras en movimiento o haciendo algo. Ambos autores sugieren que este método obtiene mejores resultados.

El dibujo es un medio de expresión libre. El de una familia en especial, permite al niño proyectar al exterior, tendencias reprimidas en el inconsciente, y, de este modo, puede revelarnos los verdaderos sentimientos que profesa a los suyos. (16), (22), (23).

Esta prueba explora básicamente la relación del niño con

sus padres y hermanos, también ofrece datos sobre sentimientos de rivalidad. Las relaciones familiares se expresan a través del tamaño y la ubicación, relativos de las figuras en el dibujo y por omisiones y sustituciones o exageraciones de las figuras o partes de ellas (22). La forma en que el niño se sitúa en medio de los su yos está influido por su estado afectivo, por sus sentimientos, deseos, temores, atracciones y repulsiones.

EVALUACION DE LOS DIBUJOS H. T. P. Y

AUTORRETRATO

Generalmente los dibujos pueden ser divididos en dos com ponentes iniciales del total: 1) detalles esenciales, 2) detalles se cundarios.

Los detalles esenciales implican que:

Una CASA debe tener un techo, una pared, por lo menos una ventana y una puerta.

Un ARBOL debe tener un tronco, por lo meños una rama, y follaje dibujado o implicado.

Una PERSONA debe tener cabeza, con sus facciones normales, cuello, tronco, brazos, manos, piernas y pies.

Los detalles secundarios, pueden ser adiciones cercanas o lejanas.

De la revisión de diferentes autores: Buck (13), (14), (15),

Caligor (17), Hammer (39), Levy (39), Goodenough (34), Machover (56), Koch (42), se seleccionaron los siguientes rasgos gráficos, modificados especialmente para este estudio.

La casa y el árbol se valoraron, de acuerdo a la presencia o ausencia de los rasgos gráficos.

La presencia del rasgo gráfico fué equivalente a (0)

La ausencia del rasgo gráfico fué equivalente a (1)

CASA

- 1.- techo
- 2.- paredes
- 3.- puerta (s)
- 4.- ventana (s)
- 5.- mobiliario
- 6.- línea entre los pisos
- 7.- línea de tierra
- 8.- camino
- 9.- árboles
- 10.- flores
- 11.- sombra
- 12.- sol
- 13.- nubes
- 14.- montañas
- 15.- lluvia o nieve

ARBOL

- 1.- raíz
- 2.- tronco
- 3.- copa o follaje
- 4.- fruto
- 5.- hendidura o reforzado en el tronco
tronco sin refuerzo ni hendidura (0)
tronco con refuerzo o con hendidura (1)

PERSONAS

- 1.- CABEZA: rasgo gráfico que indique una forma clara de representar la cabeza, sus límites.

PARAMETROS

- la cabeza debe tener aproximadamente, un cuarto del tamaño del tronco (0)
 - por encima de un quinto o por debajo de un tercio del tamaño del tronco (1)
- 2.- CUELLO: cualquier indicación clara del cuello, distinguiéndola de la cabeza o del tronco.

PARAMETROS

- presencia del cuello (0)
- ausencia del cuello (1)

- 3.- OJOS: Representación de uno o ambos ojos, cualquier forma para dibujarlos.

PARAMETROS

- Presencia de las partes principales del ojo: ceja, pestaña, pupila, globo ocular (0)
- distorsión del ojo: más grande o pequeño, o cuando faltan partes del ojo (1)
- omisión: ojos vacíos, ojos cerrados (2)

- 4.- NARIZ: toda representación de nariz

PARAMETROS

- presencia de la nariz (0)
- ausencia de la nariz (1)

- 5.- BOGA: todo procedimiento de representación

PARAMETROS

- presencia de la boca (0)
- ausencia de la boca (1)

- 6.- OIDOS: todo procedimiento de representación

PARAMETROS

- presencia de oídos (0)
- distorsión: grande o pequeño (1)
- omisión (2)

7. - TRONCO: toda indicación clara de tronco

PARAMETROS

- presencia, el largo del tronco debe ser más grande que el ancho (0)
- distorsión: cuando no presenta el requisito anterior, troncos en forma de cuadro, rectangular, redondo (1)
- omisión del tronco (2)

8. - REFORZADO DEL TRONCO: rasgo gráfico que establece si el contorno se compone o no de un solo grosor de línea.

PARAMETROS:

- tronco sin refuerzo (0)
- tronco con refuerzo (1)

9. - BRAZOS: toda representación clara de brazos

PARAMETROS:

- presencia de brazos por lo menos del largo del tronco (0)
- distorsión: cuando aparezcan cortos o largos con respecto al ítem anterior (1)
- omisión de brazos (2)
- refuerzo en el brazo:

sin refuerzo (0)

con refuerzo (1)

10.- MANOS: representación clara de manos

PARAMETROS

- presencia normal de los 5 dedos (0)

- distorsión de los dedos: menor cantidad, dedos de alfiler, muñones (1)

- omisión de las manos (2)

11.- PIERNAS: toda representación clara de piernas.

PARAMETROS

- presencia: la longitud de las piernas no debe ser menor que la medida vertical del tronco y no mayor que el doble del mismo (0)

- distorsión: grande o pequeña (1)

- omisión: 92)

- refuerzo de la pierna:

sin refuerzo (0)

con refuerzo (1)

12.- PIES: toda representación clara de pies

PARAMETROS

- presencia (zapato) (0)

- distorsión: garra, dedos en alfiler (1)

- omisión (2)

- 13.- VESTIMENTA: representación clara de prendas de vestir, indica la cantidad de prendas de vestir.

PARAMETROS

- figura enteramente vestida
 - hombre: cubierto del cuello hasta los tobillos
 - mujer: vestido de calle (0)
 - vestimenta mínima, menor cantidad que la usual (1)
 - omisión de vestimenta (2)
- 14.- BOTONES: presencia de hilera de botones en el centro del tronco, como índice de escritura corporal.

PARAMETROS

- sin botones (0)
 - botones en esta forma ooooo no se computa (0)
 - botones en esta forma se computa su presencia (1)
- 15.- TAMAÑO DE LA FIGURA: este rasgo, se basa sobre una línea imaginaria que se extiende desde lo alto de la cabeza, atravieza el centro del cuerpo y llega hasta la punta del pie más largo.

PARAMETROS

- de 7 a 21 cms. de largo (0)

- por abajo de 7 cms. y por arriba de 21 cms.,
es decir, distorsión del tamaño, grande o chico

(1)

16.- **SIMETRÍA:** rasgo gráfico que establece la concordancia, en la valoración sobre planos horizontales, de las partes del cuerpo que normalmente son simétricas.

Se comparan los planos horizontales en relación con:

- a) los ojos
- b) boca: ángulo derecho e izquierdo
- c) oídos: parte superior
- d) hombros: extremos de ellos
- e) largo de piernas: cuando no están dobladas
- f) largo de brazos: cuando están a lo largo del cuerpo.

PARAMETROS:

- simetría extrema, sin diferencias (0)
- leves diferencias, menos de una mitad en cualquier sentido horizontal (1)
- simetría muy limitada y mínima, más de dos unidades de diferencia en cualquier sentido horizontal (2)

- 17.- ACTITUD POSTUAL: indica la firmeza en el pisar el suelo.

PARAMETROS

- cuando pisan los dos pies (0)
- cuando hay marcada diferencia al pisar en el suelo (1)

- 18.- TRANSPARENCIAS: indica la inclusión de líneas que, en la realidad, no serían visibles por la interposicion de objetos en otras partes del cuerpo.

PARAMETROS

- sin transparencias (0)
- transparencias evidentes en el dibujo (1)

Para valorar las diferencias psicosexuales en los dibujos de las personas del H.T.P., se escogieron 5 rasgos gráficos. - - La valoración se efectuó comparando los dibujos femenino y masculino, de tal manera, que la figura femenina y la figura masculina tuvieran los atributos inherentes a cada sexo; estableciéndose una clara diferenciación entre ambas figuras.

1.- VESTIMENTA ADECUADA PARA CADA SEXO

En el hombre: pantalón, camisa

En la mujer: vestido, falda, blusa

PARAMETROS:

- diferencia en ambas figuras (0)
- confusión en ambas figuras (1)

2.- PEINADO

En el hombre: pelo corto

En la mujer: pelo largo.o corto, con ondas, moños.

PARAMETROS

- diferencia en ambas figuras (0)
- confusión en ambas figuras(1)

3.- PRESENCIA DE ACCESORIOS DE ACUERDO AL SEXO DE LA FIGURA

Implica: si aparece en un sexo la diferencia y no aparezca en el otro

En el hombre: cinturón, corbata, bastón

En la mujer: aretes, collar, bolsa

PARAMETROS:

- diferencia en a mbas figuras (0)
- confusión en a mbas figuras (1)

4.- PRESENCIA DE PECHOS: únicamente en la figura femenina

PARAMETROS

- presencia (0)
- ausencia (1)

- 5.- PRESENCIA DE BRAGUETA: únicamente en la figura masculina

PARAMETROS

- presencia (0)
- ausencia (1)

7.- ESCENARIO

El escenario de trabajo estuvo formado por el Departamento de Nefrología del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" y la Escuela Primaria "Guadalupe Ceniceros de Zavaleta".

Del Departamento de Nefrología, se trabajó en la Oficina del Jefe del Departamento, en la sala de juntas, en el servicio de Hemodiálisis y en la sala de Hospitalización. Esto se debió a la disponibilidad del niño para su valoración, así también como de los lugares antes mencionados; ya que -en ocasiones- se coincidió con valoraciones propias del servicio, exámenes de rutina o exámenes de urgencia, lo que interfería en el estado emocional del niño.

La oficina del Jefe del Departamento, es una oficina cómodamente amueblada, alfombrada, con música de frecuencia modulada. Los niños manifestaban disfrutar del ambiente, cuando se podía trabajar en ella.

La Sala de Juntas, es una sala amplia, con capacidad apro

ximada de 20 a 25 personas. Cuenta con un escritorio grande y sillas a su alrededor, un anaquel con revistas de consulta. Tiene un pizarrón, una pantalla para proyección. Un lado de la sala es tá formada por ventanas con cortinas corredizas, por las que entra el sol. Los niños podían dibujar cómodamente sobre el escritorio.

El Servicio de Hemodiálisis está constituido de la siguiente manera: entrando a mano izquierda se encuentra un tripié, con batas, las que deben ponerse para poder entrar al servicio, al - igual que cubrebocas. Se emplean para protección de los niños, ya que -generalmente- se encuentran bajos de defensas. Del mismo lado, se encuentra un lavamanos, seguido de un escritorio, en el que se localizan expedientes clínicos de los niños que se hemodialisan. En la parte de arriba pueden apreciarse anaqueles con material de curación. En el mismo pasillo, al lado derecho, están disponibles mesas Pasteur con equipo y material de curación, al lado se ve una báscula. El Servicio de Hemodiálisis propiamente dicho, cuenta con tres camas, 1 ó 2 reposets, tres riñones artificiales, para tratamiento hemodialítico. Cada cama tiene aparatos empotrados para oxigenación y succión. Se encuentra, también, una televisión, para que los niños puedan distraerse un poco y ayudarles a salir de su estado común de depresión. Normalmente, el paciente que se he

modalisa, tiende a dormir durante su tratamiento, como mecanismo defensivo, en el que niega y se aísla del medio circundante.

La sala de hospitalización, físicamente se divide en dos partes; una parte central, localizada en el ángulo superior derecho de la unidad; que puede aislarse y se utiliza para los trasplantes renales (receptores). Cuando no hay trasplante, su empleo es de hospitalización. Consta de cuatro camas, dos burós, y aparatos empujados de oxigenación y succión. La mitad de este cubículo está constituida por vidrios, lo que permite la observación directa del niño y de éste con su familia y el equipo de salud.

La otra parte se encuentra alrededor del cubículo antes mencionado. Cuenta con camas y cuneros en un número censable de 11, con sus respectivos aparatos de oxigenación y succión, y sus burós. También se encuentra un escritorio con los expedientes de los pacientes. Y un lavamanos a la entrada de la sala.

De la Escuela Primaria "Guadalupe Ceniceros de Zavaleta", ubicada en la colonia del Centro de la Ciudad, en las calles de Bolivia 56, se puede decir lo siguiente: el turno en el que se recolectaron los dibujos, fué en el vespertino. Se trabajó en la sala de espera, localizada en la dirección de la escuela, el escenario empleado consistió en un sillón, un escritorio, el que no se utilizó, ya que los niños se encontraban cómodos, sentados en el sillón.

8.0 PROCEDIMIENTO

A fin de poder evaluar si el estado de uremia produce modificaciones en la imagen corporal del individuo, se programó un estudio comparativo, utilizando material proyectivo gráfico-dibujos-. Se formaron dos grupos: "A" o Grupo de Niños Urémicos y "B" o Grupo de Niños Sanos; y, de esta manera, se compararon los dibujos de ambos grupos, en donde sólo el primero tiene la vivencia del estado de uremia, con todo lo que implica padecer esta enfermedad.

Una vez establecidas las variables que se pudieron controlar (edad, sexo, escolaridad y nivel socioeconómico) se obtuvo la producción gráfica de los niños urémicos.

De los niños urémicos que asistían a su tratamiento en el Hospital Infantil de México, se escogieron 10 niños de ambos sexos, 6 mujeres y 4 hombres, con escolaridad de educación primaria, pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo, con edades oscilantes entre los 8 años a los 13 3/12 años. Todos los niños urémicos y sus familias estaban en estudio y valoración para su rehabilitación. El equipo de salud informaba sobre el estado de uremia y los tratamientos para el niño. Estaba integrado por el Jefe del Servicio, un Jefe de Laboratorio de Biopsias, un Jefe de Laboratorio de Orinas, tres Médicos Titulares, dos Residentes de Nefrología. Una Doctora en

Psicología, una Maestra en Psicología, una Pasante de Psicología, Una Enfermera Pediatra, dos Pasantes de Enfermería, cinco Auxiliares de Enfermería, Una Trabajadora Social y una Dietista.

También se les informaba sobre las vicisitudes propias de cada tratamiento, por ejemplo; la de trasladarse cada tercer día - al hospital para su tratamiento de diálisis peritoneal o hemodiálisis; la posibilidad de taparse los catéteres peritoneales o las fístulas arteriovenosas; la incidencia de posibles infecciones, la reinstalación de catéteres peritoneales o fístulas arteriovenosas, entre otras. Aunado a ello la valoración integral del niño, con estudios de laboratorio y gabinete, estudios de urgencia, valoraciones psicológicas, sociales y nutricionales. Cuando los familiares decidían sobre el trasplante renal, se informaba acerca del mismo.

Se entrevistaron a los padres de cada niño, para observar la dinámica familiar.

La interacción con el niño, fué personal y cercana. El grupo de psicólogas nos presentábamos personalmente con el niño, llamándole por su nombre. Se le hablaba de la importancia de una evaluación psicológica para su tratamiento, a fin de tratar de entenderlo y ayudarlo en una forma más integral.

Los dibujos fueron recolectados en el turno matutino. No fué posible establecer un horario para la aplicación de las pruebas.

Al principio se citaba al niño en un día que no interfiriera con su tratamiento o con otros estudios o valoraciones; lo que implicaba un día adicional de asistencia al hospital.

Algunos niños no asistían, lo que ocasionaba posponer sus citas. Se optó por aplicar las pruebas en los días que asistían al Hospital. A pesar de que el dibujo es una actividad normalmente aceptada por los niños, algunos de los niños urémicos se rehusaban a dibujar, argumentando que se sentían cansados, con sueño o no sabían dibujar. En otras ocasiones, se encontraban con dolor por su tratamiento o angustiados cuando un compañero de la sala estaba grave. Todos estos factores interferían con el estado emocional del niño.

Hasta donde fué posible, se trató de que el niño se encontrara tranquilo y pudiera dibujar a gusto, en los escenarios anteriormente descritos.

Al interactuar con el niño se le inspiraba confianza, a fin de que platicara acerca de su familia, de la escuela, de sus amigos, del hospital, de su enfermedad o lo que para él tuviera importancia.

Una vez logrado este objetivo, se le pidieron una serie de dibujos: Tema Libre, H.T.P., Autorretrato y su Familia, con una historia para cada uno de ellos. El orden de los dibujos fué

variable, dependiendo de la disposición del niño para elaborarlos.

A las preguntas del niño sobre los dibujos, de agregar o - quitar detalles, de dibujar primero a una mujer o a un hombre, de dibujar grandes o pequeños los temas propuestos, se le decía: - "como tú prefieras".

Cuando se obtuvieron los dibujos del Grupo de Niños Urémicos, se procedió a recolectar los dibujos de los Niños Sanos.

Con los niños sanos, se realizó una entrevista con cada uno, acerca de su grupo familiar y social. También se platicó de sus - amigos, de la escuela y temas importantes para ellos.

El orden de los dibujos fue el siguiente: Tema Libre, H. - T.P., Autorretrato y su Familia, con sus respectivas historias. Seis de los niños los produjeron en ese orden y cuatro de ellos se sintieron más dispuestos a dibujar algo más conocido. (casa-árbol -persona) dejando para el final el tema libre.

A las preguntas sobre los dibujos, se les contestaba en la misma forma que a los niños urémicos: "como tú prefieras".

Los nombres de los niños de ambos grupos, fueron cambia dos para respetar su identidad.

9.0 TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos obtenidos se analizaron en cuanto a la estructura y el contenido de las figuras dibujadas.

Para el dibujo del Tema Libre y el dibujo de la familia, se hizo una descripción y análisis de lo dibujado.

Para el Tema Libre se tomó en cuenta: qué dibuja el niño, cómo lo dibuja y cuánto es lo que dibuja.

Para el dibujo de la familia se tomó en consideración, únicamente la ubicación del niño (urémico-sano) dentro del núcleo familiar.

Para determinar la existencia de diferencias significativas en la proyección de la imagen corporal entre ambos grupos, se utilizaron los siguientes métodos estadísticos.

1. - PRUEBA DE RANGOS SEÑALADOS Y PARES IGUALADOS DE WILCOXON.

Para la determinación de diferencias significativas entre ambos grupos en la proyección de la imagen corporal total.

2. - PRUEBA DE RANGOS SEÑALADOS Y PARES IGUALADOS DE WILCOXON

Para la determinación de diferencias significativas entre ambos grupos, en la proyección de la imagen corporal específicamente en tronco, brazos y piernas.

Esta prueba es más potente que la de diferencias entre signos, ya que toma en cuenta no sólo el signo de la diferencia entre cada par, sino también el valor numérico de cada uno. (24) pág. : (283).

Por medio de la prueba se puede: a) saber cuál de los miembros de un par es "mayor", es decir, indica el signo de las diferencias en cualquier par, y b) clasificar las diferencias por orden de tamaño absoluto. Es decir, puede hacer el juicio de "mayor que" entre las ejecuciones de cualquier par, también entre los puntajes diferencias cualesquiera procedentes de los pares (62), (págs.: 99-100).

También se justifica el uso de esta prueba, por el reducido tamaño de la muestra y porque no se sabe si esta población tiene una distribución normal.

A través del contraste T de Wilcoxon, se diseñó una prueba de hipótesis resultando significativa al 0.005

3.- PRUEBA DE LOS SIGNOS

Para determinar existencia de diferencias psicosexuales - - significativas entre ambos grupos en las figuras femenina y masculina del H.T.P.

La prueba de los signos es aplicable al caso de dos muestras relacionadas y cuando el experimentador desea establecer que ambas condiciones son diferentes, usa medidas ordinales dentro de las parejas igualadas y, por consiguiente, las diferencias pueden representarse apropiadamente con signos de más y menos. (62) (págs. 91-99).

A través de la prueba de los signos, se diseñó una prueba de hipótesis, resultando significativa al 0.05

4. - COEFICIENTE DE CORRELACION DE RANGOS DE SPEARMAN : r_s

Para determinar la existencia de una correlación, significativa entre las variables de tiempo de evolución de la uremia y la distorsión de la imagen corporal en el grupo de Niños Urémicos. El tiempo de evolución se cuantificó, en relación a los meses del padecimiento; la distorsión de la imagen corporal, se obtuvo de la calificación global de los dibujos del H.T.P. y el autorretrato.

El coeficiente de correlación de rango de Spearman, es una medida de asociación que requiere la cuantificación de ambas variables, medidas por lo menos en una escala ordinal, de manera que los objetos o individuos en estudio puedan colocarse en dos series ordenadas. (62) (pág. 233)

Las particularidades de esta investigación, aconsejan utilizar esta medida de asociación.

A través del coeficiente de correlación de rangos de Spearman, se determinó una función T de student con el fin de diseñar una prueba de hipótesis consistente en suponer correlación entre calificación y tiempo de uremia.

CAPITULO III
RESULTADOS Y ANALISIS

CUADRO 1

TÉMA LIBRE - GRUPO DE NIÑOS UREMICOS

CASO	TEMA	PRODUCCION	No. DE OBJETOS
1	casa	casa(1), árboles (2)	3
2	-casa -escuela	casa(1), árboles(2), nubes(4), sol(1) ---8 escuela(1), niños(8), maestra(1), niña(1)---11	19
3	-manzana -flor	manzana antropomorfizada flor antropomorfizada	2
4	manzana	manzana	1
5	parque	parque: montes(2), sol(1), árboles(4), pinos(6) niños(2), pollos(2), río(1)	18
6	casa	casa(1), árboles(2), columpio(1), flores(6) aves(9)	19
7	jardín	jardín: flores(6), niños(2)	8
8	-flor -botón	flor botón	2
9	casa	casa(1), juegos(2): columpio, resbaladilla, niños(3), sol(1), nubes(2), aves(7)	16
10	maceta	maceta con tres flores	1

TEMA LIBRE - GRUPO DE NIÑOS SANOS

CASO	TEMA	PRODUCCION	No. DE OBJETOS
1	juego	canchas: foot-ball, voley-ball, canicas --3 niños(4), árboles(3), nubes(3)	13
2	naturaleza	casa(1), persona(1), mariposa(2), árboles(4) montes(2), sol(1), nubes(6)	17
3	naturaleza	casa amueblada(1), mesa(1), sillas(2), floreros(2) manzanas(2), persona(1), árboles(2), sol(1) nube(1), luna(1)	14
4	escuela	fachada de la escuela: maestra (1), alumno(1) chofer(1), autobús(1)	5
5	edificio	Hotel(1), persona(1), flor(1), carros(3)	6
6	niños pueblito	niños(2), asientos(2), mesas(2), libro(1)---7 casas(2), tiendas(5), árboles(1) ---8	15
7	edificio	edificios con antenas (5)	5
8	naturaleza	castillo(1), árboles(9), lagos(2), flores(14), nubes(2), sol(1)	29
9	camión	camión	1
10	buho	buho, rama	2

OBSERVACIONES EN EL DIBUJO DEL TEMA LIBRE
GRUPO DE NIÑOS UREMICOS

TEMA	FRECUENCIA	TOTAL
flor	2	
botón	1	
jardín de flores	1	
maceta con flores	1	5
casa	4	4
manzana	2	2
parque	1	1
escuela	1	1

GRUPO DE NIÑOS SANOS

TEMA	FRECUENCIA	TOTAL
Naturaleza	4	4
edificios	2	2
niños	1	1
juego	1	1
escuela	1	1
buho	1	1
camión	1	1

Los datos obtenidos sugieren diferencias significativas entre ambos grupos, desde el punto de vista simbólico inherente a lo dibujado o proyectado; por lo tanto, se rechaza la H_0 . No. 1 y se acepta la H_1 .

CUADRO 4 105...
 CALIFICACIONES OBTENIDAS EN LOS DIBUJOS DEL H T P
 Y AUTORRETRATO

GRUPO DE NIÑOS UREMICOS

CASO 1	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1				9
Arbol (0 - 1)	1	0	0	1	0														2
1a. persona (0-1-2)	1	1	2	0	0	2	2	0	2	2	0	1	2	0	1	1	1	0	18
2a. persona (0-1-2)	1	1	0	0	0	2	2	0	2	2	0	1	2	0	1	0	0	0	14
autorretrato (0-1-2)	1	1	1	1	0	2	2	0	2	2	0	1	2	0	1	0	0	0	16
																			59

CASO 2	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1				10
Arbol (0 - 1)	1	0	0	1	1														3
1a. persona (0-1-2)	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	2	0	0	0	0	1	10
2a. persona (0-1-2)	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	10
autorretrato (0-1-2)	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	2	0	1	1	0	1	10
																			43

CASO 3	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				11
Arbol (0 - 1)	1	0	0	1	0														2
1a. persona (0-1-2)	1	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	7
2a. persona (0-1-2)	1	0	1	0	0	2	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	7
autorretrato (0-1-2)	1	0	1	0	0	2	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	8
																			35

CASO 4	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1				12
Arbol (0 - 1)	1	0	0	0	0														1
1a. persona (0-1-2)	1	0	2	0	0	2	1	0	1	1	0	0	2	0	1	0	0	0	11
2a. persona (0-1-2)	1	0	2	0	0	2	1	0	0	1	0	0	2	0	0	1	1	0	11
Autorretrato (0-1-2)	1	0	2	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2	0	1	0	1	0	10
																			45

CASO 5	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1				9
Arbol (0 - 1)	0	0	0	1	0														1
1a. persona (0-1-2)	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
2a. persona (0-1-2)	1	0	1	0	0	2	0	0	1	1	0	2	1	1	0	1	1	0	12
Autorretrato (0-1-2)	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	6
																			31

CUADRO 4 106...
 CALIFICACIONES OBTENIDAS EN LOS DIBUJOS DEL H T P
 Y AUTORRETRATO

GRUPO DE NIÑOS UREMICOS

CASO 6	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1				7
Arbol (0 - 1)	0	0	0	1	0														1
1a. persona (0-1-2)	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	4
2a. persona (0-1-2)	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	4
autorretrato (0-1-2)	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	5
																			21

CASO 7	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				11
Arbol (0 - 1)	1	0	0	1	0														2
1a. persona (0-1-2)	1	0	1	0	0	2	0	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	10
2a. persona (0-1-2)	1	0	1	0	0	2	0	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	10
autorretrato (0-1-2)	1	0	1	0	0	2	0	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	9
																			42

CASO 8	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1				8
Arbol (0 - 1)	0	0	0	1	1														2
1a. persona (0-1-2)	1	0	2	0	0	2	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	10
2a. persona (0-1-2)	1	0	2	0	0	1	0	0	1	1	0	2	1	0	1	1	0	0	11
autorretrato (0-1-2)	1	0	2	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	12
																			43

CASO 9	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1				9
Arbol (0 - 1)	0	0	0	1	1														2
1a. persona (0-1-2)	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
2a. persona (0-1-2)	1	0	1	0	0	2	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	7
Autorretrato (0-1-2)	1	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
																			28

CASO 10	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1				10
Arbol (0 - 1)	1	0	0	1	0														2
1a. persona (0-1-2)	1	0	1	0	0	2	0	1	1	2	0	2	2	0	1	0	0	0	13
2a. persona (0-1-2)	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	1	0	1	1	0	0	0	0	9
Autorretrato (0-1-2)	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	11
																			45

CALIFICACIONES OBTENIDAS EN LOS DIBUJOS DEL HTP Y AUTORRETRATO

GRUPO DE NIÑOS SANOS

CASO 1	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1				7
Arbol (0 - 1)	1	0	0	0	0														1
1a. persona (0-1-2)	1	1	2	0	0	2	1	1	2	1	0	1	2	0	0	0	1	0	15
2a. persona (0-1-2)	0	1	2	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	8
autorretrato (0-1-2)	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	1	8
																			<hr/> 39

CASO 2	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1				9
Arbol (0 - 1)	1	0	0	0	0														1
1a. persona (0-1-2)	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	5
2a. persona (0-1-2)	1	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	7
autorretrato (0-1-2)	1	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6
																			<hr/> 28

CASO 3	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1				6
Arbol (0 - 1)	1	0	0	1	0														2
1a. persona (0-1-2)	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	6
2a. persona (0-1-2)	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	7
autorretrato (0-1-2)	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	6
																			<hr/> 27

CASO 4	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1				6
Arbol (0 - 1)	1	0	0	0	0														1
1a. persona (0-1-2)	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
2a. persona (0-1-2)	1	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Autorretrato (0-1-2)	1	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
																			<hr/> 20

CASO 5	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1				9
Arbol (0 - 1)	1	0	0	0	0														1
1a. persona (0-1-2)	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
2a. persona (0-1-2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autorretrato (0-1-2)	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
																			<hr/> 15

CALIFICACIONES OBTENIDAS EN LOS DIBUJOS 'DEL H T P Y AUTORRETRATO

GRUPO DE NIÑOS SANOS

CASO 6	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				10
Arbol (0 - 1)	1	0	0	1	1														3
1a. persona (0-1-2)	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
2a. persona (0-1-2)	0	0	2	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
autorretrato (0-1-2)	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
																			<u>23</u>

CASO 7	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				11
Arbol (0 - 1)	1	0	0	0	0														1
1a. persona (0-1-2)	1	0	2	0	0	2	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	9
2a. persona (0-1-2)	1	0	2	0	0	2	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	9
autorretrato (0-1-2)	1	0	2	0	0	2	0	0	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	10
																			<u>20</u>

CASO 8	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0				3
Arbol (0 - 1)	0	0	0	0	0														0
1a. persona (0-1-2)	0	1	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
2a. persona (0-1-2)	1	1	1	0	0	2	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	8
autorretrato (0-1-2)	1	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	6
																			<u>22</u>

CASO 9	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1				6
Arbol (0 - 1)	1	0	0	0	0														1
1a. persona (0-1-2)	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
2a. persona (0-1-2)	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Autorretrato (0-1-2)	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
																			<u>16</u>

CASO 10	RASGO GRAFICO																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Casa (0 - 1)	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				11
Arbol (0 - 1)	1	0	0	0	0														1
1a. persona (0-1-2)	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
2a. persona (0-1-2)	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4
Autorretrato (0-1-2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
																			<u>21</u>

C U A D R O 6

Calificaciones del Grupo de Niños Urémicos						
	Casa	Arbol	1a. persona	2a. persona	Autorretrato	
CASO 1	9	2	18	14	16	59
CASO 2	10	3	10	10	10	43
CASO 3	11	2	7	7	8	35
CASO 4	12	1	11	11	10	45
CASO 5	9	1	3	12	6	31
CASO 6	7	1	4	4	5	21
CASO 7	11	2	10	10	9	42
CASO 8	8	2	10	11	12	43
CASO 9	9	2	5	7	5	28
CASO 10	10	2	13	9	11	45
TOTALES	96	18	91	95	92	392

Calificaciones del Grupo de Niños Sanos						
	Casa	Arbol	1a. persona	2a. persona	Autorretrato	
CASO 1	7	1	15	8	8	39
CASO 2	9	1	5	7	6	28
CASO 3	6	2	6	7	6	27
CASO 4	6	1	3	5	5	20
CASO 5	9	1	2	0	3	15
CASO 6	10	3	3	5	2	23
CASO 7	11	1	9	9	10	40
CASO 8	3	0	5	8	6	22
CASO 9	6	1	3	3	3	16
CASO 10	11	1	3	4	2	21
TOTALES	78	12	54	56	51	251

DATOS UTILIZADOS PARA MOSTRAR LA APLICACION DEL
CONTRASTE T DE WILCOXON EN LOS DIBUJOS DEL
H.T.P. Y EL AUTORRETRATO

u	s	di(u-s)	rangos de las diferen - cias en valor absoluto
59	39	20	7
43	28	15	5
35	27	8	3
45	20	25	10
31	15	16	6
21	23	-2	2
42	40	2	1
43	22	21	8
28	16	12	4
45	21	24	9

Prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon.

Para $N=9$
 T observada = 1
 T de la tabla = 2

Decisión: cuando la T observada $\leq T$ de la tabla al 0.005 de significancia se rechaza H_0 . No. 2, por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa.

CUADRO 8
CALIFICACIONES OBTENIDAS EN LOS DIBUJOS DE LAS PERSONAS CORRESPONDIENTES A
ALTERACIONES EN TRONCO, BRAZOS Y PIERNAS

GRUPO DE NIÑOS UREMICOS		RASGO GRAFICO					
		7	8	9	11	14	
CASO 1	1a. persona	2	0	2	0	0	4
	2a. persona	2	0	2	0	0	4
	Autorretrato	2	0	2	0	0	4 = 12
2	1a. persona	1	0	1	1	0	3
	2a. persona	1	1	1	1	0	4
	Autorretrato	1	0	0	0	0	1 = 8
3	1a. persona	0	0	0	0	1	1
	2a. persona	0	1	0	0	0	1
	Autorretrato	0	0	0	1	1	2 = 4
4	1a. persona	1	0	1	0	0	2
	2a. persona	1	0	0	0	0	1
	Autorretrato	1	0	0	1	0	2 = 5
5	1a. persona	0	0	0	0	0	0
	2a. persona	0	1	1	0	1	3
	Autorretrato	0	0	0	0	0	0 = 3
6	1a. persona	0	0	0	0	1	1
	2a. persona	0	0	0	1	1	2
	Autorretrato	0	0	1	0	1	2 = 5
7	1a. persona	0	1	2	1	0	4
	2a. persona	0	1	2	1	0	4
	Autorretrato	0	1	2	0	0	3 = 11
8	1a. persona	0	0	0	0	0	0
	2a. persona	0	0	1	0	0	1
	Autorretrato	0	1	1	1	0	3 = 4
9	1a. persona	0	0	1	0	0	1
	2a. persona	0	0	1	0	0	1
	Autorretrato	0	0	2	0	0	2 = 4
10	1a. persona	0	1	1	0	0	2
	2a. persona	1	1	2	1	1	6
	Autorretrato	1	1	1	1	1	5 = 13

GRUPO DE NIÑOS SANOS		RASGO GRAFICO					
		7	8	9	11	14	
CASO 1	1a. persona	1	1	2	0	0	4
	2a. persona	0	0	1	0	0	1
	Autorretrato	1	0	0	0	0	1 = 6
2	1a. persona	0	0	0	0	0	0
	2a. persona	1	0	0	0	0	1
	Autorretrato	0	0	0	0	0	0 = 1
3	1a. persona	1	0	0	0	0	1
	2a. persona	1	0	0	0	0	1
	Autorretrato	1	1	0	0	0	2 = 4
4	1a. persona	0	0	0	0	0	0
	2a. persona	0	0	0	0	0	0
	Autorretrato	0	0	0	0	0	0 = 0
5	1a. persona	0	0	0	0	0	0
	2a. persona	0	0	0	0	0	0
	Autorretrato	0	0	1	0	0	1 = 1
6	1a. persona	0	0	0	0	0	0
	2a. persona	0	0	0	0	0	0
	Autorretrato	0	0	0	0	0	0 = 0
7	1a. persona	0	0	0	0	0	0
	2a. persona	0	0	1	0	0	1
	Autorretrato	0	0	0	1	0	1 = 2
8	1a. persona	0	0	1	0	0	1
	2a. persona	0	0	1	0	0	1
	Autorretrato	0	0	1	0	1	2 = 4
9	1a. persona	0	0	0	0	0	0
	2a. persona	0	0	0	0	0	0
	Autorretrato	0	1	0	0	0	1 = 1
10	1a. persona	0	0	0	0	1	1
	2a. persona	0	0	1	0	1	2
	Autorretrato	0	0	0	1	0	1 = 4

CUADRO 9

DATOS UTILIZADOS PARA MOSTRAR LA APLICACION
DEL CONTRASTE T DE WILCOXON EN LOS DIBUJOS
DE LAS PERSONAS

u	s	di(u-s)	rangos de las diferencias en valor absoluto
12	6	6	4
8	1	7	5
4	4	0	
5	0	5	3
3	1	2	1
5	0	5	3
11	2	9	6
4	4	0	
4	1	3	2
13	4	9	6

Prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon.

Para $N = 8$
 T observada = 0
 T calculada = 0

Decisión: cuando la T observada $\leq T$ de la tabla al 0.005 de significancia se rechaza H_0 . No. 3, por lo tanto se acepta la hipótesis alternativa.

CUADRO 10

CALIFICACIONES OBTENIDAS EN LOS DIBUJOS

FEMENINO Y MASCULINO DEL H.T.P.

CORRESPONDIENTES A DIFERENCIAS PSICOSEXUALES

GRUPO DE
NIÑOS
UREMICOS

		RASGO GRAFICO.					
		1	2	3	4	5	
Caso	1	1	1	1	1	1	5
	2	1	0	0	1	1	3
	3	0	0	1	1	1	3
	4	1	1	1	1	1	5
	5	0	0	1	1	1	3
	6	0	0	1	1	1	3
	7	0	0	1	1	1	3
	8	1	0	1	1	1	4
	9	0	0	1	1	1	3
	10	1	0	1	1	1	4
TOTALES		5	2	9	10	10	36

GRUPO DE
NIÑOS
SANOS

		RASGO GRAFICO					
		1	2	3	4	5	
Caso	1	0	0	1	1	0	2
	2	0	0	0	1	1	2
	3	1	1	0	1	1	4
	4	0	0	0	1	1	2
	5	0	0	0	0	1	1
	6	0	0	0	0	1	1
	7	1	0	1	1	1	4
	8	0	0	1	1	1	3
	9	0	0	0	1	0	1
	10	0	0	0	1	1	2
TOTALES		2	1	3	8	8	22

DIFERENCIAS PSICOSEXUALES EN EL GRUPO DE NIÑOS UREMICOS Y GRUPO DE NIÑOS SANOS

Total U	Total S	Signo
5	2	+
2	1	+
9	3	+
10	8	+
10	8	+

PRUEBA DE LOS SIGNOS:

cuando $N =$ el número de pares igualados
 $x =$ el número menor de signos

para $N = 5$
 $x \leq 0$

tiene una probabilidad de una cola de ocurrencia conforme a la H_0 de $p=0.031$

Este valor está en la región de rechazo para $\alpha = 0.05$, se rechaza H_0 . # 4, por lo tanto, se acepta la Hipótesis Alternativa.

Decisión: Las diferencias psicosexuales de cada grupo fueron estimadas en una escala de 5 puntos. En esta escala, una estimación de 0 puntos representa una diferenciación alta de diferencias psicosexuales y 5 puntos una indiferencia alta de diferencias psicosexuales.

OBSERVACIONES EN LOS DIBUJOS DE LAS FAMILIAS
GRUPO DE NIÑOS UREMICOS

CASO	COMPLETA INCOMPLETA	OBSERVACIONES
1	Incompleta	<u>se incluyó al último</u> , excluyó a una hermana, (al preguntarle si ya estaba su dibujo; dijo: "no, faltó yo" y se dibujó).
2	Incompleta	excluyó a un hermano
3	Completa	
4	Incompleta	<u>se dibujó al último</u> Excluyó a una hermana
5	Completa	<u>se dibujó sin piernas, y a la orilla derecha de la hoja.</u>
6	Completa	se dibujó cerca de su donadora.
7	Incompleta	<u>no se dibujó</u>
8	Completa	agregó al padre, no vive con él.
9	Completa	
10	Completa	

GRUPO DE NIÑOS SANOS

CASO	COMPLETA INCOMPLETA	OBSERVACIONES
1	Completa	se dibujó al último
2	Completa	se dibujó primero
3	Completa	agregó primos y tíos
4	Completa	
5	Completa	
6	Incompleta	agregó tíos, primos, excluyó al padrastro
7	Completa	
8	Incompleta	argumentó que eran muchos sus hermanos, se incluyó
9	Incompleta	excluyó al padrastro
10	Completa	

** Todos los niños se dibujaron.

Los datos obtenidos sugieren diferencias significativas en la ubicación del niño (urémico-sano) dentro del núcleo familiar, por lo que se rechaza la Ho. No. 5 y se acepta la H₁.

PUNTAJES DE DISTORSION DE LA IMAGEN CORPORAL
Y DE TIEMPO DE EVOLUCION DE LA UREMIA

CASO	R A N G O S	
	CALIFICACION	TIEMPO DE EVOL.
1	59	5
2	43	21
3	35	7
4	45	36
5	31	10
6	21	7
7	42	7
8	43	14
9	28	2
10	45	17

CUADRO 14

RANGOS DE DISTORSION DE LA IMAGEN CORPORAL
Y TIEMPO DE EVOLUCION DE LA UREMIA

CALIF.	RANGO	TIEMPO	RANGO	di	di ²
59	10	5	2	8	64
43	6	21	9	-3	9
35	4	7	3	1	1
45	8	36	10	-2	4
31	3	10	6	-3	9
21	1	7	4	-3	9
42	5	7	5	0	0
43	7	14	7	0	0
28	2	2	1	1	1
45	9	17	8	1	1

$\sum di^2 = 98$

FORMULA: COEFICIENTE DE CORRELACION DE RANGO DE SPEARMAN: r_s

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^N d_i^2}{N^3 - N}$$

substituyendo los valores

$$r_s = 1 - \frac{6(98)}{990}$$

$$r_s = 0.4061$$

Para el diseño de la prueba de hipótesis, se utilizó la siguiente T de student

FORMULA: cálculo para la T de student

$$(1) t_c = r_s \sqrt{\frac{N-2}{1-r_s^2}}$$

sustituyendo los valores,

con N-2 (10-2) Grados de libertad

$$t_c = 0.4061 \sqrt{\frac{8}{1-(0.4061)^2}}$$

$$t_c = 0.4061 (3.0951)$$

$$t_c = 1.257$$

Decisión: no rechazar al 10% de significancia la no correlación

(1) t calculada

2.0 ANALISIS Y DISCUSION

1.- TEMA LIBRE

Los resultados obtenidos en el Tema Libre, sugieren diferencias significativas, desde el punto de vista simbólico, entre - ambos grupos. Por lo tanto, se aceptó la Hipótesis Alternativa - No. 1, que dice: "la producción gráfica del Tema Libre de los niños urémicos y los niños sanos, sí tienen diferencias significativas, en cuanto al tema, la riqueza de la producción y el número de objtos.

En orden decreciente de frecuencia, observamos:

En los niños urémicos: es significativo que el 50% de los niños eligieran dibujar flores. Respuesta que condensa diferentes contenidos, podría interpretarse por un lado, la percepción del niño acerca de su enfermedad y las restricciones que le impone; - como por ejemplo la restricción en la ingesta de líquidos y limitaciones en su movilidad. Por un lado sus deseos de querer ser cuidados y protegidos, y -al mismo tiempo- su temor de ser abandonados y no queridos. Por otro lado, su deseo de querer recobrar su color natural y lozanía, en lugar de su coloración amarillenta parduzca propia de la uremia. Inconscientemente, también, el - niño puede transmitirnos el temor de perder su sexualidad, la de crecer, llegar a ser grande y florecer. Y, en otro sentido, su deseo de poder recobrar su desarrollo normal.

Referencias a sus dibujos fueron: las flores son: "bonitas y rojas", "crecen con el agua", "dan flores". Una niña manifestó de su dibujo: "es una flor que está solita, nadie la quiere".

Este subgrupo de niños parecen estar más preocupados por su enfermedad y lo que les sucede.

Otro tema elegido fué el de casa: ambiente inmediato del niño. Respuesta que podría interpretarse por un lado, como la negación de lo que le está pasando (la enfermedad y las secuelas), - poniendo más atención en lo que sucede en el afuera. Y, por otro lado, una mayor capacidad de reconocer y relacionarse con el medio ambiente. Posiblemente estos niños tiendan a deprimirse y aislarse menos que el primer grupo.

Dos de los niños dibujaron manzanas: (un niño y una niña) . Simbólicamente puede representar el temor de no llegar a procrear hijos. Interpretando el símbolo del fruto como producto final de la fecundidad.

Una niña describió un parque y otra habló de una escuela. Este último tema se presentó sólo una vez. Frecuentemente el niño urémico interrumpe su actividad escolar por su tratamiento en el hospital. Consecuentemente, está expuesto a pérdidas en su capacidad intelectual, relación con sus amigos, actividad deportiva y su capacidad creadora .

En los niños sanos los temas elegidos fueron: naturaleza: (4 casos), edificios (2 casos), niños (1 caso), juego (1 caso), escuela (1 caso), animal-búho (1 caso), objeto-camión (1 caso).

En general se observa que es más variada la elección del tema y la producción gráfica más rica, ya que los niños sanos -- agregaron a los dibujos: montes, lagos, personas, árboles, flores, nubes, sol.

En los niños que eligieron naturaleza: se puede interpretar, por un lado, la capacidad del niño de darse cuenta de la estimulación ambiental y, por otro, su capacidad de poder expresarlo.

De igual manera, las niñas que dibujaron edificios: se percatan de su ambiente inmediato, agregando personas, flores o como una de las niñas que dibujó edificios con "antenas", lo que indicaría disposición y captación del medio que la rodea.

Cinco de los niños eligieron temas específicos como: niños, juego, escuela, animal y cosa, lo que indicaría aspectos más particulares a los intereses de los niños. Cada dibujo nos revela el interés personal del niño: por convivir con otros niños, ante el impulso de la actividad del juego-jugar, apreciación de la propia escuela, o algún animal específico como el búho, o en el caso del niño que dibujó un camión, identificándose con la figura paterna-que trabaja como chofer.

Los resultados de ambos grupos concuerdan con lo aseverado por los autores que enuncian el Tema Libre como una amplia gama de sentidos para el niño, es decir, una producción cargada de múltiples sentidos. (Boutonier, Rabin, Koppitz, Corman)

Dibujo libre que puede transmitir el mundo interno del niño, las cosas importantes para él, así también como sus temores y deseos. Las cosas que lo afectan, o van dejando honda huella - en su ser.

H.T.P. Y AUTORRETRATO

2.- ALTERACIONES EN LA IMAGEN CORPORAL

TOTAL

Al 0.005 de significancia, se rechazó la Hipótesis Nula No. 2 y se aceptó la Hipótesis Alternativa No. 2, que dice: "La proyección de la imagen corporal -a través de los dibujos de la casa, el árbol, las personas y el autorretrato de los niños urémicos y de los niños sanos- sí difieren significativamente en cuanto a distorsiones u omisiones de alguna parte integrante de cada gráfico".

La casa fué el gráfico afectado en menor grado, encontrándose pocas diferencias entre ambos grupos (Apéndice: Gráfica A).

El árbol permite observar diferencias significativas. En el Grupo de niños urémicos, sólo uno de ellos dibujó fruta a su árbol, comparativamente con el grupo de niños sanos, la fruta se graficó en 8 de los dibujos (Apéndice: Gráfica "B")

Los niños urémicos relataron historias de "árboles solitarios" que los "avientan para todos lados". Árboles que necesitan cuidados: "lo rieguen todos los días, para que crezca". O que lo protejan "para que no le hagan daño". Árboles a los cuales se les "caen las hojas y les vuelven a crecer" o árboles que terminan hechos "leña".

Los niños sanos: relataron historias de árboles frutales - (6 de manzanas, 1 peral, 1 platanar y un árbol de chabacano). - Árboles que "crecen grandes", "que viven muchos años" y que "dan abrigo y sombra" (albergan nido de pajaritos). Árboles que "dan frutas ricas y jugosas".

El dibujo del árbol puede interpretarse como la forma en que el niño percibe el estado de salud-enfermedad. Específicamente en los niños urémicos observamos que existe consciente e inconscientemente la sensación de la enfermedad y daño corporal. Experimenta en su pequeño ser, pérdida de su posible capacidad de procreación, datos que se correlacionan con que en los dibujos del árbol, los niños urémicos no ponen flores ni frutos.

Las personas, fueron los gráficos que presentaron mayores distorsiones o alteraciones. (Apéndice: Gráficas "C" y "D")

Llama la atención que en ambos grupos, se presenten los mismos rasgos gráficos; pero en orden descendente diferente y con puntuaciones más altas en los niños urémicos y menores -

puntuaciones en los niños sanos.

De los 18 rasgos gráficos evaluados, los primeros cinco, que presentaron más puntuaciones, en orden descendente fueron:

En los niños urémicos:

- 1.- Oídos (en 6 casos omisiones)
- 2.- vestimenta (mínima vestimenta en tres casos o sin vestimenta, en tres casos; calzón o falda como ves tido, en un caso y pijamas en 1 caso).
- 3.- manos:(presencia de muñones en cuatro casos, dedos en menor cantidad, dos o tres dedos en tres ca sos, dedos en forma de garra en 1 caso, omisión - de manos en 1 caso).
- 4a.- brazos: (desproporcionados, generalmente brazos cortos y reforzados, en 7 casos).
- 4b.- ojos: (vacíos en cuatro casos).
- 5.- cabeza: (cabezas grandes o desproporcionadas en 4 casos.)

En los niños sanos:

- 1.- Oídos: (algunas omisiones, 4 casos)
- 2.- Ojos: (tres casos vacíos)
- 3.- Cabeza: (tres casos grandes)
- 4.- Vestido:(dos casos sin vestido)
- 5.- Manos: (menor cantidad de dedos, dos casos)

En los niños urémicos estas alteraciones corporales pueden indicar la forma en que el niño se va defendiendo de la enfermedad. Distorsiones o alteraciones en oídos, vestimenta, manos, brazos y ojos igual puntuación, y la cabeza.

Ojos vacíos y oídos omitidos, muestran la negación que hace el niño de su realidad, al aislarse dentro de sí mismo y evitar contacto exterior. Siendo la vestimenta material para protección del organismo, es significativo que el niño se desprenda de sus vestidos, sometiéndose a la enfermedad. Los brazos y las manos indicarían los pobres recursos, con los que el niño se siente frente a la enfermedad. Las cabezas grandes podrían indicar una compensación por las limitaciones físicas padecidas.

La posibilidad que adquieren los gráficos casa-árbol-persona, de observar la imagen corporal de quien dibuja, se debe sin duda, al gran potencial simbólico de cada uno de ellos.

Los resultados obtenidos en este estudio, coinciden con lo aseverado por Buck, Huck, Schilder, Machover, Hammer, Levy, Koch:

- 1) La casa es el gráfico menos afectado o distorsionado.
- 2) El árbol parece reflejar los sentimientos más profundos e inconscientes que el individuo tiene de sí mismo: sólo un niño urémico, dibujó fruto a su

árbol, comparativamente con los niños sanos, en donde se graficó 8 veces.

- 3) La persona transmite la autoimagen más cercana a la consciencia del individuo. Los dibujos de las personas presentaron más distorsiones.

Con respecto a los dibujos de las personas, se concuerda con los resultados obtenidos por Khan y cols. (1971), G. Raimbault (1973), Basch y cols. (1981). Investigadores que observaron en los dibujos de pacientes urémicos, proyección de figuras humanas incompletas, distorsionadas, deterioradas, como manifestación de lo vivenciado durante la enfermedad renal.

Igualmente, se coincide con los resultados encontrados por González (1979), en lo que respecta a la omisión de oídos en los dibujos de los niños urémicos.

Lo que coincide con los resultados obtenidos en este estudio. Ya que las muestras valoradas por Khan y cols., Raimbault y González fueron niños y adolescentes. En el estudio de Basch y cols., integraron una muestra de adultos urémicos; pero, independientemente de la edad del individuo, ha sido evidente la experiencia de la enfermedad renal.

3.- ALTERACIONES ESPECIFICAS EN LA IMAGEN CORPORAL

Al 0.005 de significancia se rechazó la Hipótesis Nula No. 3,

por lo tanto, se aceptó la Hipótesis Alternativa No. 3, que dice:
"Los niños urémicos y los niños sanos, sí tienen distorsiones sig
nificativas en los dibujos de las personas, en el tronco, los bra -
zos y las piernas.

En este estudio, en los niños urémicos aparecieron alteraciones corporales, que podríamos decir, son específicas en la -
IRC. Por ser el tronco, los brazos y las piernas, partes corporales
expuestas para recibir tratamiento. (Apéndice: Gráfica "E")

De los 5 rasgos gráficos evaluados (Apéndice: Gráfica "F"),
a simple vista parecen ser los brazos los que presentaron mayores
distorsiones o alteraciones (brazos cortos, reforzados). Sin embargo,
los rasgos gráficos correspondientes a: alteraciones en el tronco
(tamaño), reforzado del tronco y la presencia de botones, manifi
estan la percepción del niño de la enfermedad renal.

Posiblemente por ser la diálisis peritoneal en ocasiones el
primer tratamiento que el niño recibe, vaya dejando huella en su
ser.

Las alteraciones del tronco y el reforzado del tronco, pueden
interpretarse, como un intento del niño de querer protegerse
de las agresiones de los tratamientos recibidos. Y, en forma mani
fiesta y latente, percibir que una parte, dentro de ellos, no fun-
ciona bien -sus riñones-.

Las referencias de Machover, Hammer, Loewenfeld, Kuitca, A. Aberastury y Pichón Riviere, respecto a alteraciones corporales: de enfatizar, exagerar, distorsionar, omitir, reforzar, emplear inadecuadamente las figuras dibujadas o sus "errores", concluyen, que existen conflictos relacionados con dichas partes.

Lo anterior se reafirma en el presente estudio, en donde comparativamente aparecen graficadas distorsiones acentuadas en tronco, brazos y piernas en los niños urémicos.

En relación a los trabajos realizados por Khan y cols. (1971) en su estudio no encontraron ningún tipo específico de distorsión corporal en los pacientes urémicos. Esto se puede explicar de la siguiente manera: de los 14 niños evaluados, 8 de ellos dibujaron únicamente las caras, omitiendo los cuerpos. También puede indicar una negación o anulación extrema de lo que les sucedía corporalmente. Posiblemente por ser tan dolorosa la realidad presentada, "borraron", "quitaron", aquella parte de la figura humana (cuerpo) señalada, estigmatizada por la enfermedad.

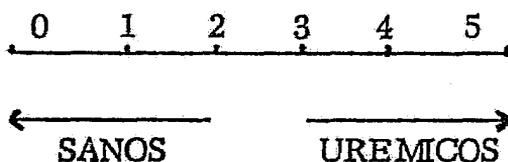
Los pacientes evaluados por Korsch y cols. (1973) enfatizaron en los dibujos de las personas: arterias, venas, cicatrices y moretones, indicadores de los tratamientos recibidos, principalmente en la hemodiálisis. En el estudio realizado por Basch y cols. (1981), los pacientes reforzaron o dibujaron doble en los di-

bujos del H.T.P. Los autores lo interpretaron como intentos por parte del paciente de compensar su deterioro físico. Ambos resultados coinciden con lo observado en este estudio: la presencia de distorsiones acentuadas en el tronco, brazos y piernas; manifestaciones gráficas de áreas de conflicto con estas partes corporales.

4. DIFERENCIAS PSICOSEXUALES

Al 0.05 de significancia se rechazó la Hipótesis Nula No. 4 y se aceptó la Hipótesis Alternativa No. 4, que dice: "los niños urémicos y los niños sanos, sí tienen diferencias psicosexuales en los dibujos de las personas del H.T.P.

En una escala del 0 al 5:



En donde 0 equivale a una alta diferenciación en los caracteres psicosexuales y 5 a una indiferenciación en los caracteres psicosexuales. Se puede observar que; los niños urémicos tien-den a inclinarse hacia el número 5, comparativamente la tendencia de los niños sanos cae en un rango que va de 0 a 3 puntos.

(apéndice: Gráfica "G")

Esto nos indicaría la realidad que los niños urémicos-sa-

nos perciben de su desarrollo sexual. En los primeros, la presencia de la uremia con sus limitaciones y en los segundos, el curso normal del desarrollo.

En los niños urémicos, se observaron las siguientes características en los dibujos femenino y masculino: tres de ellos dibujaron figuras indiferenciadas, sus comentarios de ser un hombre o una mujer fueron los indicadores del sexo del dibujo. La vestimenta en general fué pobre y rudimentaria. De los 10 niños sólo una de ellos dibujó aretes a la figura femenina. En todos los dibujos se omitieron los pechos en las figuras femeninas y la bragueta en las figuras masculinas.

En los niños sanos, se manifestaron algunos de los atribu-tos inherentes a las figuras femenina y masculina: todos los niños diferenciaron adecuadamente entre los dos sexos. Dos niños omitieron vestimenta, los demás agregaron aretes, collar, bolsa o moño a los dibujos femeninos y cinturones a las figuras masculi-nas. Unicamente dos niñas pintaron pechos a las figuras femeni-nas y dos niños pintaron braguetas a las figuras masculinas.

Un dato importante que se observó en los dibujos de los niños fué el tamaño de las figuras. En general, los niños urémicos dibujaron personas de menor tamaño. Comparativamente los ni-ños sanos dibujaron personas de regular o mayor tamaño. Lo que

nos indicaría la autoestima que cada niño tiene de sí mismo y la relación que establece con el medio ambiente, ya sea de constreñirse o expanderse. En otro sentido, el tamaño de las figuras también indicaría en los niños urémicos "sentirse pequeños" e "indefensos" ante la enfermedad; y en los niños sanos, el curso normal del desarrollo, sin enfermedad aparente.

Lo anafatizado por Koppitz (43), Boutonier (12) acerca de la reacción del niño ante la enfermedad, proyectada en sus dibujos, se corrobora con los resultados presentados. De igual forma, lo referido a la presencia de características psicosexuales en los dibujos de las personas (Koppitz, Hammer, Rabin).

Es importante observar como el niño urémico se enfrenta y da cuenta de su enfermedad corporal restringida, limitada, estancada en su desarrollo psicosexual, evidente en la omisión de características sexuales inherentes a las figuras femenina y masculina.

5. LA FAMILIA

La ubicación del niño (urémico-sano) dentro del núcleo familiar, sugiere diferencias significativas desde el punto de vista simbólico. Por lo tanto, se aceptó la Hipótesis Alternativa No. 5 que dice: "Los dibujos de las familias de los niños urémicos y los niños sanos, tienen diferencias significativas en cuanto a la ubica

ción, distorsión u omisión del propio niño en la familia".

En los niños urémicos se observaron familias incompletas, por exclusión de algún integrante: un hermano o el propio niño.

Observaciones interesantes aparecen en los siguientes casos:

Caso 1: se dibujó cuando se le preguntó, si ya estaba su dibujo.

Caso 2: se incluyó hasta el último.

Caso 5: se dibujó en la esquina derecha de la hoja.

Caso 7: no apareció en el dibujo de su familia, estaba programada para trasplante renal.

Simbólicamente el niño urémico puede transmitirnos su deseo, por un lado, y su temor, por el otro, de no pertenencia, anulándose en la fantasía; borrando partes de él o no apareciendo en sus dibujos, o borrándose por completo. Quizás podría haber un deseo inconsciente de no querer existir, para no padecer más la carga emocional de la enfermedad y, de esta manera, descansar él y su familia.

Se observó, también, que los niños que se valoraban para un posible trasplante renal, se dibujaron muy cercanos a su familiar -posible donador-.

En los niños sanos se observó que, a pesar de que alguno

de los niños (3) no completaron a los miembros de su familia, dos de ellos excluyeron a sus padrastros y otra niña excluyó a varios hermanos; pero, todos los niños se incluyeron en sus dibujos, como sintiéndose parte integrante de su familia.

Una variable que no se controló fué: reacciones emocionales en los niños sanos. Del Grupo Control, una de las niñas se encontraba emocionalmente afectada por los trámites de divorcio de sus padres, lo que manifestó en su producción gráfica. Dibujó a su familia completa; pero, únicamente las cabezas de cada uno, y los dibujos de las personas (H.T.P. Autorretrato), se encontraban sin ojos y sin vestimenta.

Otros dos casos (1 niña y 1 niño) integraban familias en las que había un padrastro. En sus dibujos "excluyeron a su padrastro", lo que indicaría reacciones emocionales de celos y rivalidad. Quizás inconscientemente al no poder borrar al padrastro en la realidad, lo "borraron" en su dibujo.

Los resultados obtenidos en ambos grupos, concuerdan con lo aseverado por diversos autores, acerca del dibujo de la familia (Hammer, Rabin, Koppitz, Di Leo, Corman, Burns y Kaufman). Tanto en los niños urémicos como en los niños sanos fueron evidentes las tendencias reprimidas en el inconsciente, así también como los verdaderos sentimientos que profesan a los su-

yos y hacía sí mismo.

6. CORRELACION ENTRE LA ALTERACION DE LA IMAGEN CORPORAL Y EL TIEMPO DE EVOLUCION

Se aceptó la Hipótesis Nula No. 6, que dice: "El tiempo de evolución de la uremia y la distorsión de la imagen corporal no es tán correlacionadas".

Para el grupo de estudio (niños urémicos), la hipótesis de la posibilidad de que, a medida que avanza el tiempo de evolución de la enfermedad, puede distorsionarse -mayormente- la imagen corporal por los tratamientos recibidos, se rechazó.

La producción gráfica total de los niños urémicos, indica alteraciones de la imagen corporal; tanto en forma total, como en forma específica en áreas corporales. Sin embargo, el paso del tiempo de la enfermedad, no implica mayores distorsiones.

Esto se puede explicar de la siguiente manera: son múltiples las variables involucradas en la alteración de la imagen corporal en la insuficiencia renal crónica. Entre las que se pueden mencionar: la naturaleza y duración de la enfermedad (enfermedad crónica), así como sus síntomas, los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, la historia personal y socioeconómica del individuo, su desarrollo emocional, la estructura familiar, los -mecanismos de defensa estructurados, la edad, el sexo.

Posiblemente, en otro estudio, en donde se valore un tiempo de evolución mayor al realizado (2 meses a 3 años), lo que implicaría mayor exposición temporal a los tratamientos terapéuticos, se observen otros resultados.

CAPITULO IV
CONCLUSIONES .

CONCLUSIONES:

La Hipótesis General de Trabajo planteada en este estudio, se cumplió; es decir, la IRC en fase terminal -uremia- produce modificaciones en la imagen corporal del individuo que la padece. Estas alteraciones o modificaciones se pueden proyectar o plasmar, a través de material proyectivo gráfico-dibujos-.

La producción proyectiva total de los niños urémicos comparada con la producción de los niños sanos, muestra alteraciones conscientes e inconscientes en la representación mental de la imagen corporal.

Como Grupo de Urémicos, se encontraron alteraciones importantes en la imagen corporal, tanto en forma integral como en partes específicas del cuerpo.

Se manifestaron distorsiones más acentuadas en los rasgos -gráficos de oídos, vestimenta, manos, brazos, ojos y cabeza; indicadores de la vivencia de la enfermedad. Así también como los mecanismos de defensa instrumentados por este grupo de niños, - como son: la negación, la regresión, el sometimiento en forma de pasividad y la dependencia; en algunos niños indefensión y, en -- otros, desplazamiento, generados por la angustia y la carga emocional del padecimiento.

Alteraciones específicas en la imagen corporal fueron evidenu

tes en tronco, brazos y piernas. Alteraciones que condensan la percepción del niño del estado de uremia, así también como de los tratamientos recibidos para su rehabilitación. Cabe mencionar, que los niños se estaban valorando, según el requerimiento de cada caso, para el método más adecuado de rehabilitación integral. Por lo tanto, los niños recibían tratamiento con diálisis peritoneal, hemodiálisis, o se preparaban para un posible trasplante renal. En general estas distorsiones corporales muestran la percepción del niño, de que una parte de su organismo no funciona bien -sus riñones-.

El autoconcepto y autoestima del niño urémico, indican un pobre concepto de sí mismo y sentimiento de minusvalía. Lo que fué más evidente en la ausencia de características psicosexuales en los dibujos femenino y masculino. Esta devaluación de sí mismo indica -quizás- una aceptación de su realidad corporal coartada por la enfermedad crónica.

Se presentaron dos subgrupos en el ámbito urémico: un subgrupo de niños que parecen estar más en su mundo interno, negando y evitando contacto exterior (enfermedad, tratamientos recibidos, secuelas producidas, pérdidas expuestas), con tendencias a la depresión y la regresión acentuadas. Lo que se manifestó en forma de sueño prolongado, como mecanismo de defensa para evitar, aunque sea por momentos, su realidad. No comunicaban lo que pensaban o sentían.

En el otro subgrupo, los niños se relacionaban más con el mundo exterior (familiares y equipo de salud), lo que les capacitaba en su colaboración en la rehabilitación. Se mantenían más despiertos y establecían relaciones con el exterior. Posteriormente a su evaluación, solían pedir hojas blancas para dibujar durante el transcurso del día. Ambos grupos, de manera diferente, demandaban compañía, atención y comprensión.

En cuatro niños se manifestaron deseos inconscientes de no pertenencia a su núcleo familiar, con consecuente ataque a su integridad corporal.

La producción gráfica total de los niños urémicos, mostró alteraciones en la imagen corporal; sin embargo, el paso del tiempo no implicó mayores distorsiones.

Algunas de las limitaciones de este estudio, son las siguientes:

La de ser un estudio de un grupo pequeño (10 casos). A pesar de que cada día es más alta la incidencia de pacientes urémicos, la mayoría se internan cuando sus condiciones clínicas son muy avanzadas, y -en muchas ocasiones- los pacientes no llegan a sobrevivir y mueren antes de llegar a un Hospital.

La muestra de niños urémicos, tuvo su origen en el Departamento de Nefrología del Hospital Infantil de México. Por lo que la validez de los resultados obtenidos, se adaptan y son representativos -

sólo de esta población. La integración de una muestra de pacientes urémicos de diferentes instituciones, posiblemente permita elaborar más generalizaciones acerca de la representación mental de la enfermedad renal y daño corporal en la imagen corporal. Esto último, sería motivo de estudios prolongados de observación, que requerirían tiempo, presupuesto y personal interesado en la rehabilitación del enfermo urémico.

Otra limitación fué la edad de los niños, ya que se redujo a un rango de 8 años a 13 años 3 meses; por lo que se descartaron los niños más pequeños y los adolescentes; que -sin duda- pueden hacer aportaciones valiosas al estudio del enfermo urémico.

Una limitación más fué, la de haber empleado únicamente dibujos en su valoración; sin embargo, se pudo integrar una batería de dibujos, que arrojó observaciones importantes. El uso de otras pruebas proyectivas, puede enriquecer más el entendimiento del paciente urémico, no sólo la repercusión de su imagen corporal.

Sugerencias para estudios posteriores, son las de que -en la medida de lo posible- evaluar a grupos mayores de pacientes urémicos, de diferentes edades: niños, adolescentes y adultos. Ya que -dependiendo de la edad del individuo y de la etapa de su desarrollo, entre otras variables- dependerá la reacción y ajuste a la enfermedad.

Sería interesante evaluar las repercusiones del nivel socio -

económico, que -sin duda- influye en gran manera a la adaptación del paciente a la enfermedad.

Estudios longitudinales se hacen necesarios, para valorar las diferentes alternativas de tratamiento a largo plazo. De igual manera, correlacionar cada uno de los tratamientos y sus repercusiones emocionales.

Es importante valorar -integralmente- al paciente, a través de diferentes pruebas, tanto psicométricas, como proyectivas. De esta manera, se pueden correlacionar todas las respuestas en diferentes aspectos de la personalidad del individuo.

Se sugiere se integre a los Psicólogos en los servicios de Nefrología, ya que esta especialidad ofrece un campo vastísimo y amplio en ayuda y apoyo psicológico; puesto que la IRC genera reacciones emocionales en los individuos involucrados con ella: el paciente, la familia y el equipo de salud tratante. Es muy importante, por ejemplo, después del trasplante renal preparar al paciente a los cambios masivos que tendrá su imagen corporal por efectos de la medicación inmunosupresiva. Independientemente del tratamiento recibido, apoyar al paciente y a su familia a sobrellevar y aceptar su realidad.

A P E N D I C E

CUADRO 1 GRUPO "A"
 CARACTERISTICAS DE LOS NIÑOS UREMICOS

Caso	Nombre	Sexo	Edad (al estudio)	Escola- ridad	Diagnóstico	Tiempo de la enfermedad	Tratamiento
1	R.L.R.	M	8 a 1/12	2o.	G N R P	5/12	D P I
2	C.E.G.	F	8 a 10/12	3o.	H R S	1 a 9/12	D P I
3	I.E.T.	F	10 a 3/12	3o.	H R B	7/12	D P I
4	P.J.M.	M	10 a 6/12	1o.	H R S	3 a	T R
5	A.M.J.C.	F	10 a 8/12	5o.	H R S	10/12	H D
6	R.O.Z.	F	10 a 8/12	4o.	G N R P	7/12	T R
7	T.C.F.	F	11 a 4/12	4o.	G N R P	7/12	T R
8	M.G.P.	F	12 a 2/12	6o.	G N R P	1 a 2/12	T R
9	J.A.J.L.	M	12 a 5/12	6o.	G M P	2/12	T R (rechazó) H D
10	A.G.B.	M	13 a 3/12	6o.	G N R P	1 a 5/12	H D

G N R P Glomerulonefritis rápidamente progresiva
 H R S Hipoplasia renal segmentaria
 H R B Hipoplasia renal bilateral
 G M P Glomerulonefritis membrano-proliferativa

 D P I Diálisis peritoneal intermitente
 H D Hemodiálisis
 T R Transplante renal

GUADRO 2 GRUPO "B"
 CARACTERISTICAS DE LOS NIÑOS SANOS

Caso	Nombre	Sexo	Edad	Escolaridad
1	F.R.P.	M	8 a 0/12	2o.
2	C.V.V.	F	8 a 9/12	3o.
3	E.P.O	F	10 a 4/12	3o.
4	H.D.D.	M	10 a 8/12	1o.
5	N.E.N.S.	F	10 a 11/12	5o.
6	L.A.R.H.	F	10 a 7/12	4o.
7	O.S.M.	F	11 a 1/12	4o.
8	E.P.R.	F	12 a 4/12	6o.
9	A.P.T.	M	12 a 6/12	6o.
10	F.V.L.	M	13 a 3/12	6o.

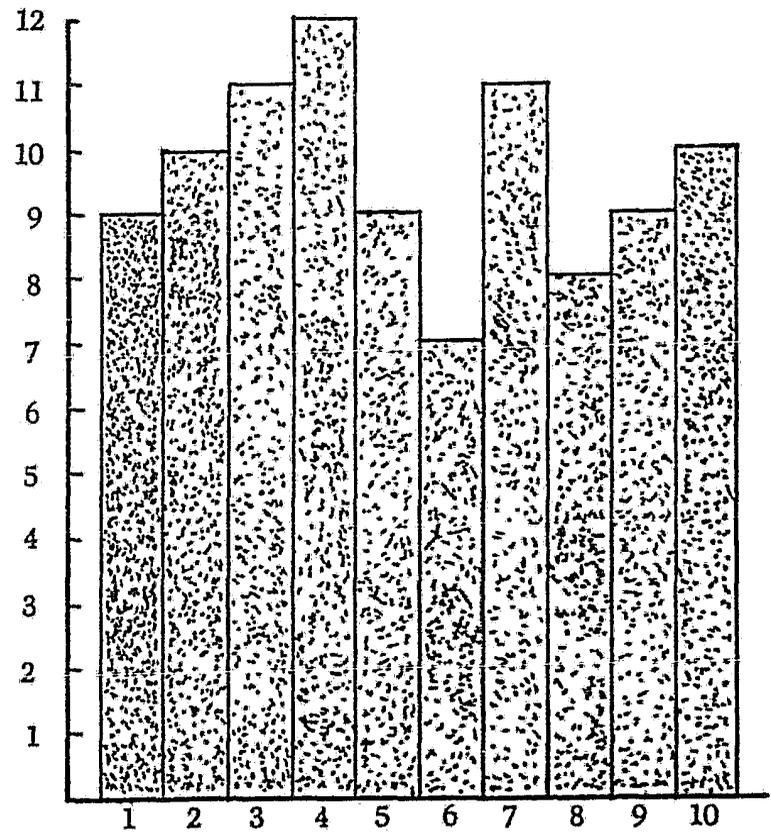
INDICES EMPLEADOS EN LA EVALUACION DE DIFERENCIAS PSICOSEXUALES EN LOS DIBUJOS DE LAS PERSONAS DEL HTP

1. VESTIMENTA ADECUADA PARA CADA SEXO
en el hombre: pantalón, camisa
en la mujer: vestido, falda, blusa
PARAMETROS:
- diferencia en ambas figuras (0)
- confusión en ambas figuras (1)
2. PEINADO
En el hombre: pelo más corto
En la mujer: pelo corto o largo, con ondas, moños
PARAMETROS:
- diferencia en ambas figuras (0)
- confusión en ambas figuras (1)
3. PRESENCIA DE ACCESORIOS DE ACUERDO AL SEXO DE LA FIGURA
Implica: si aparece en un sexo la diferencia y no aparezca en el otro
En el hombre: cinturón, corbata, bastón
En la mujer: aretes, collar, bolsa
PARAMETROS:
- diferencia en ambas figuras (0)
- confusión en ambas figuras (1)
4. PRESENCIA DE PECHOS: únicamente en la figura femenina
PARAMETROS:
Presencia (0)
Ausencia (1)
5. PRESENCIA DE BRAGUETA: únicamente en la figura masculina
PARAMETROS:
- presencia (0)
- ausencia (1)

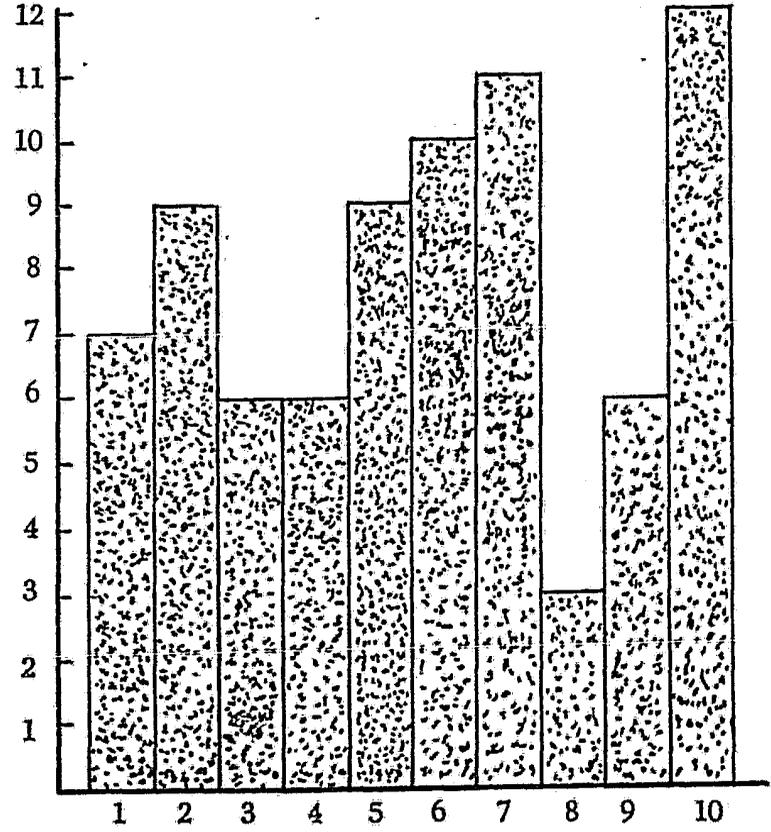
GRAFICA "A"

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS CORRESPONDIENTES A LAS PUNTUA -
CIONES DEL DIBUJO DE LA CASA

GRUPO DE NIÑOS UREMICOS

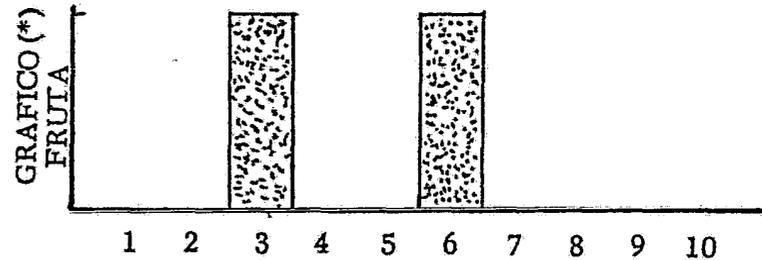
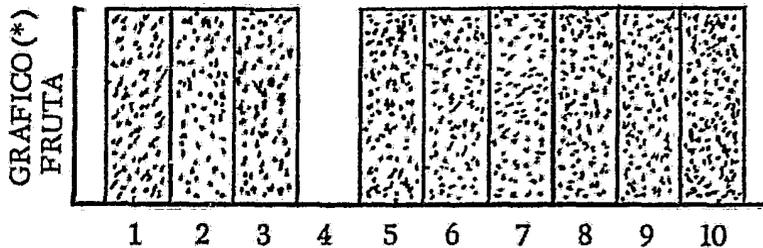
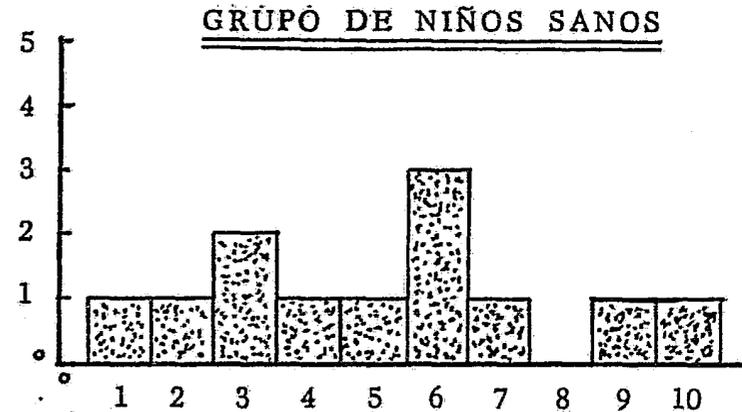
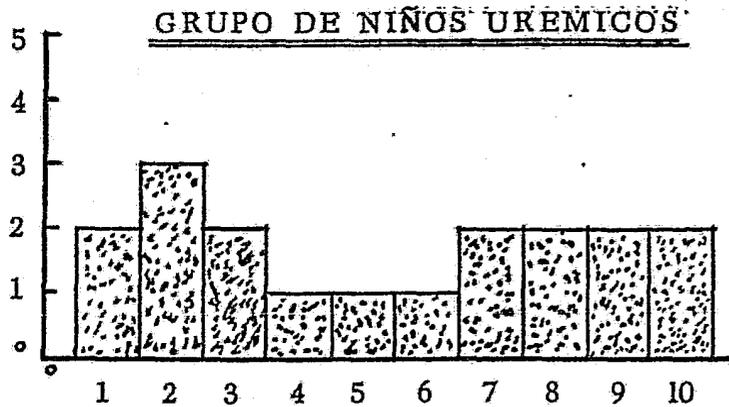


GRUPO DE NIÑOS SANOS



GRAFICA "B"

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS CORRESPONDIENTES A LAS PUNTUACIONES DEL
DIBUJO DEL ARBOL



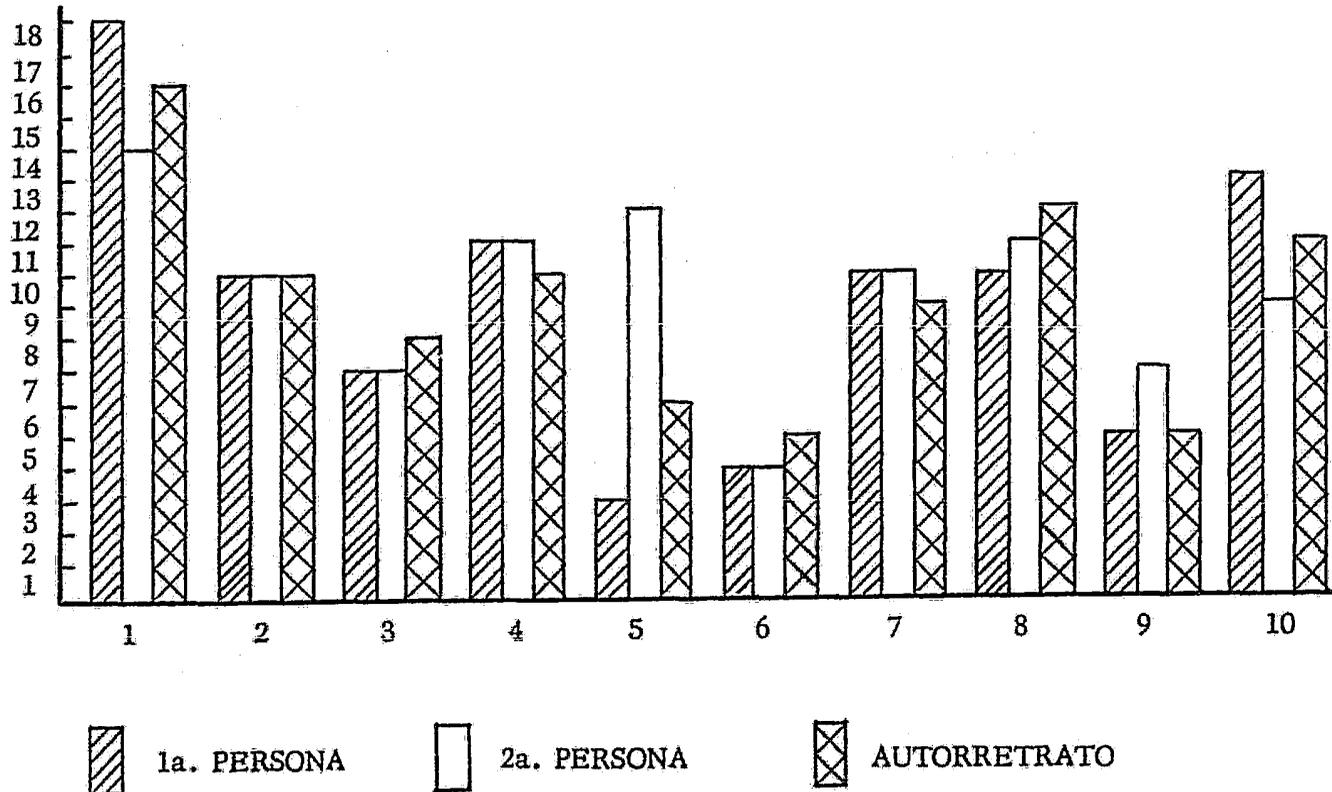
RASGOS GRAFICOS EVALUADOS:

- | | |
|-------------------|---------------------------------------|
| 1) RAIZ | 4) FRUTO |
| 2) TRONCO | 5) HENDIDURA O REFORZADO EN EL TRONCO |
| 3) COPA O FOLLAJE | |

GRAFICA "C"

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS CORRESPONDIENTE A LAS PUNTUACIONES DE LOS DIBUJOS DE LAS PERSONAS

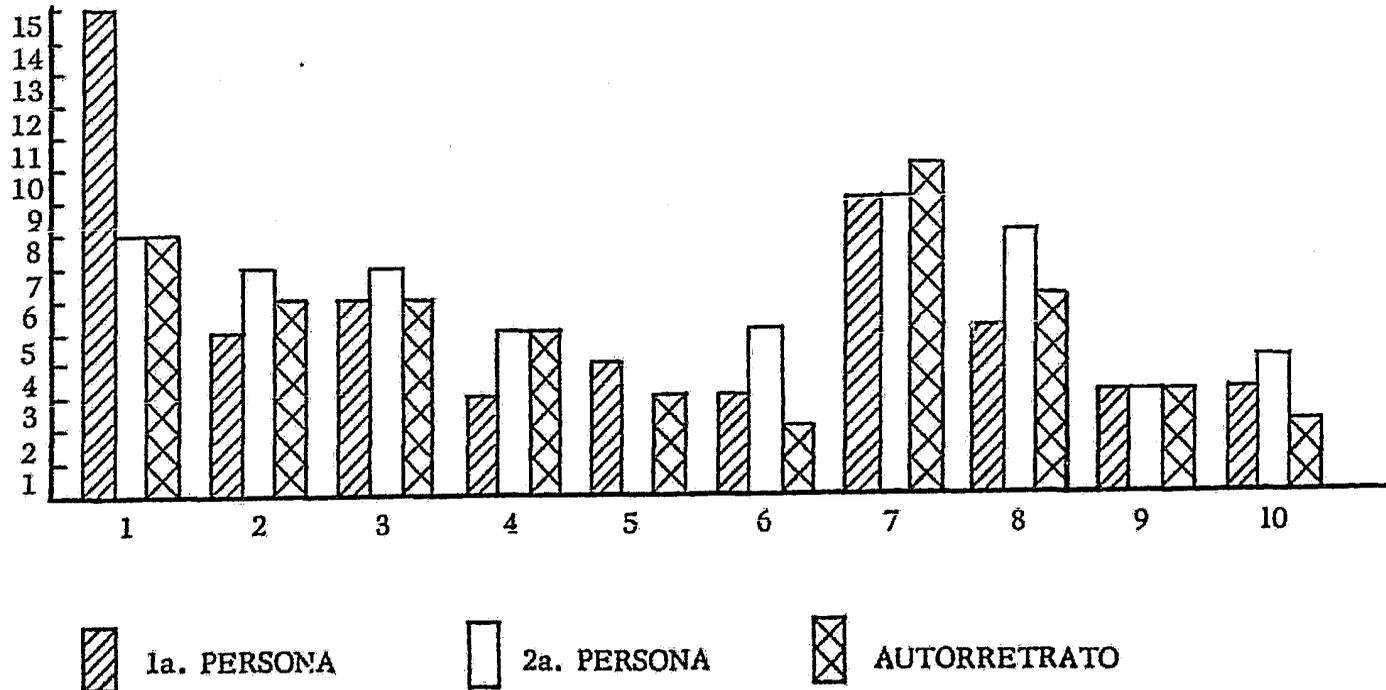
GRUPO DE NIÑOS UREMICOS



GRAFICA "D"

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS CORRESPONDIENTE A LAS PUNTUACIONES
DE LOS DIBUJOS DE LAS PERSONAS

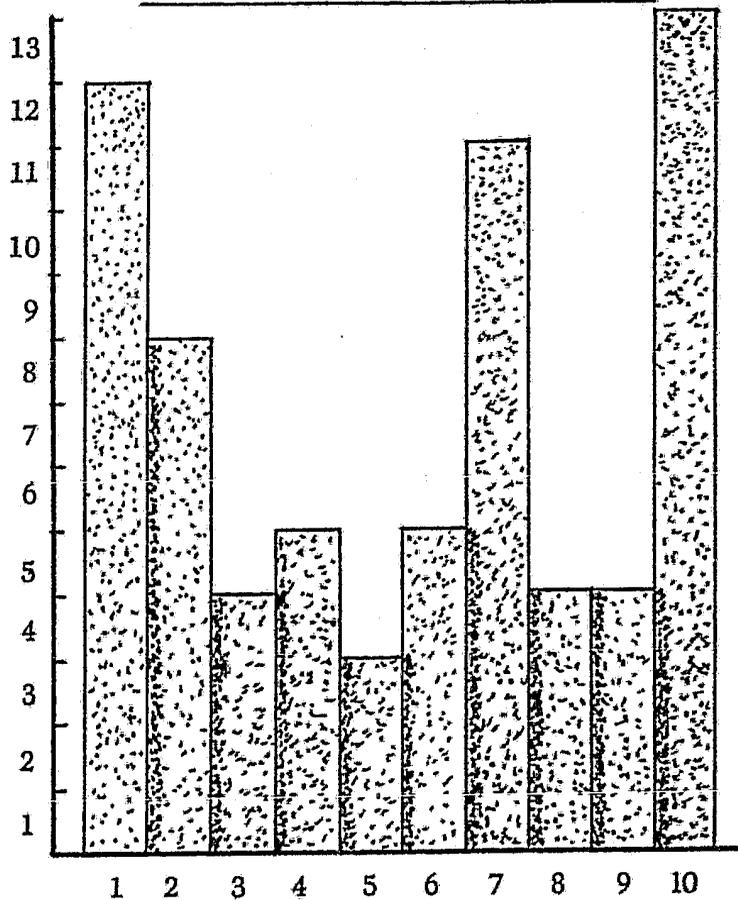
GRUPO DE NIÑOS SANOS



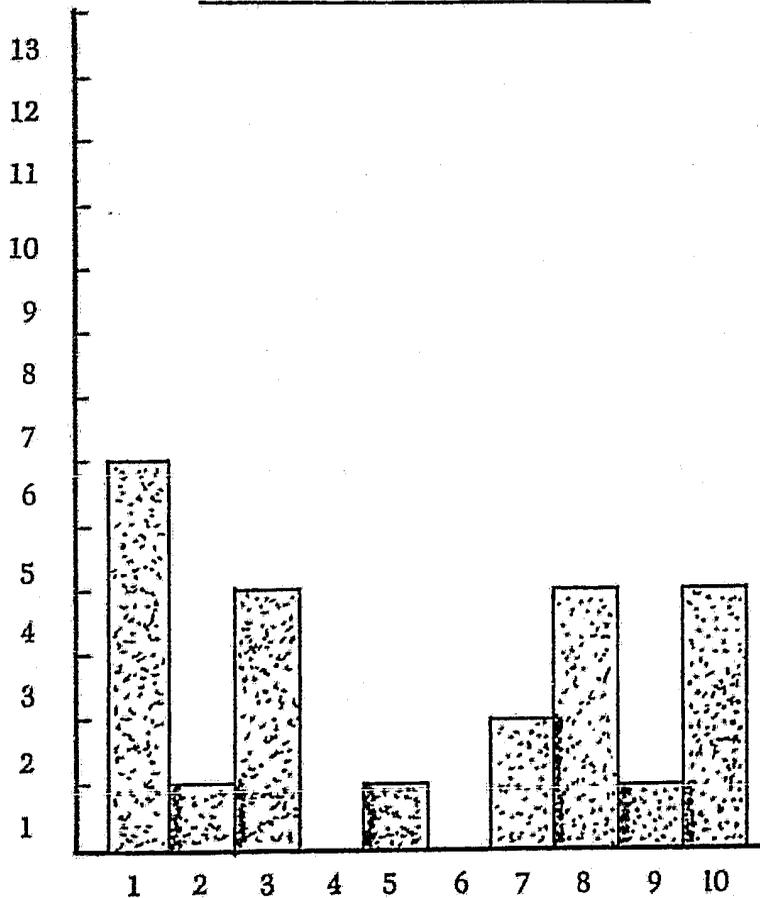
GRAFICA "E"

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS CORRESPONDIENTE A LAS PUNTUACIONES DE ALTERACIONES EN TRONCO, BRAZOS Y PIERNAS

GRUPO DE NIÑOS UREMICOS



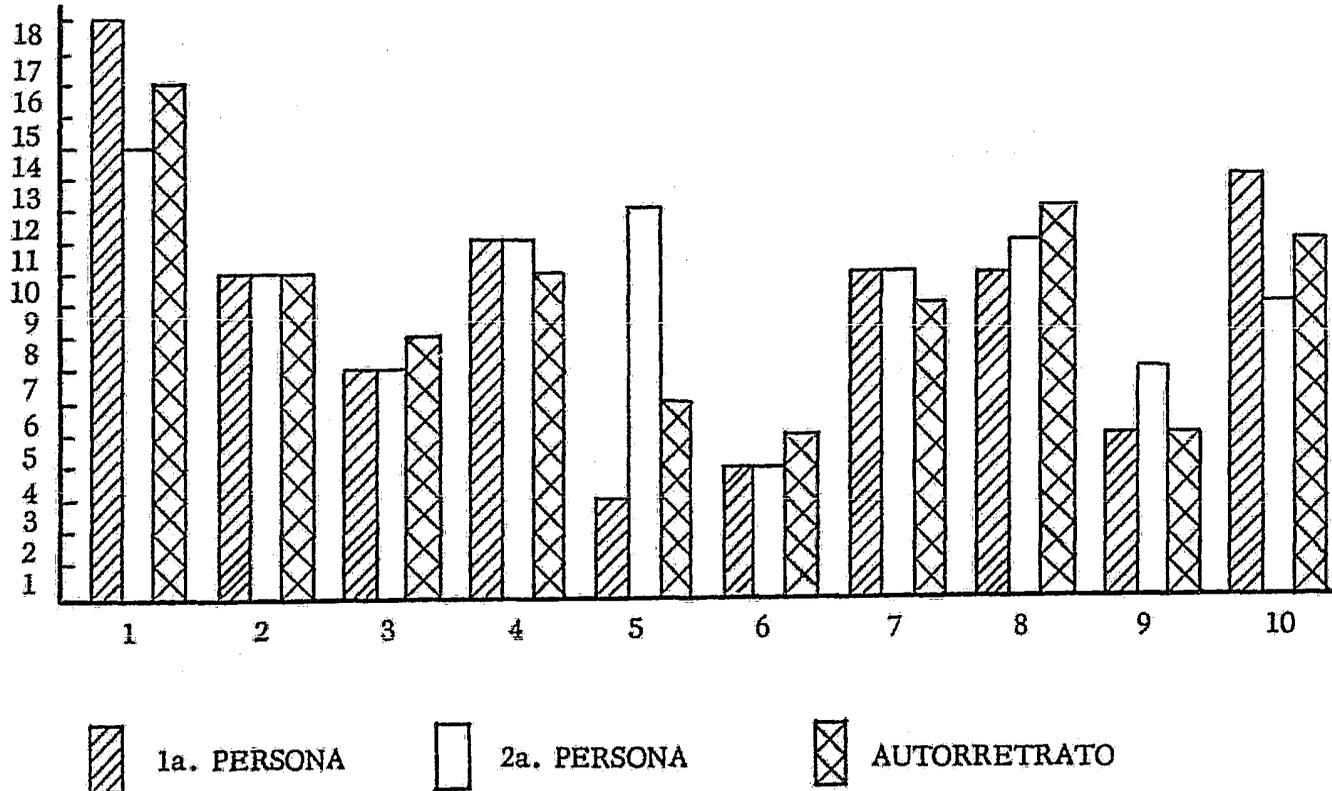
GRUPO DE NIÑOS SANOS



GRAFICA "C"

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS CORRESPONDIENTE A LAS PUNTUACIONES DE LOS DIBUJOS DE LAS PERSONAS

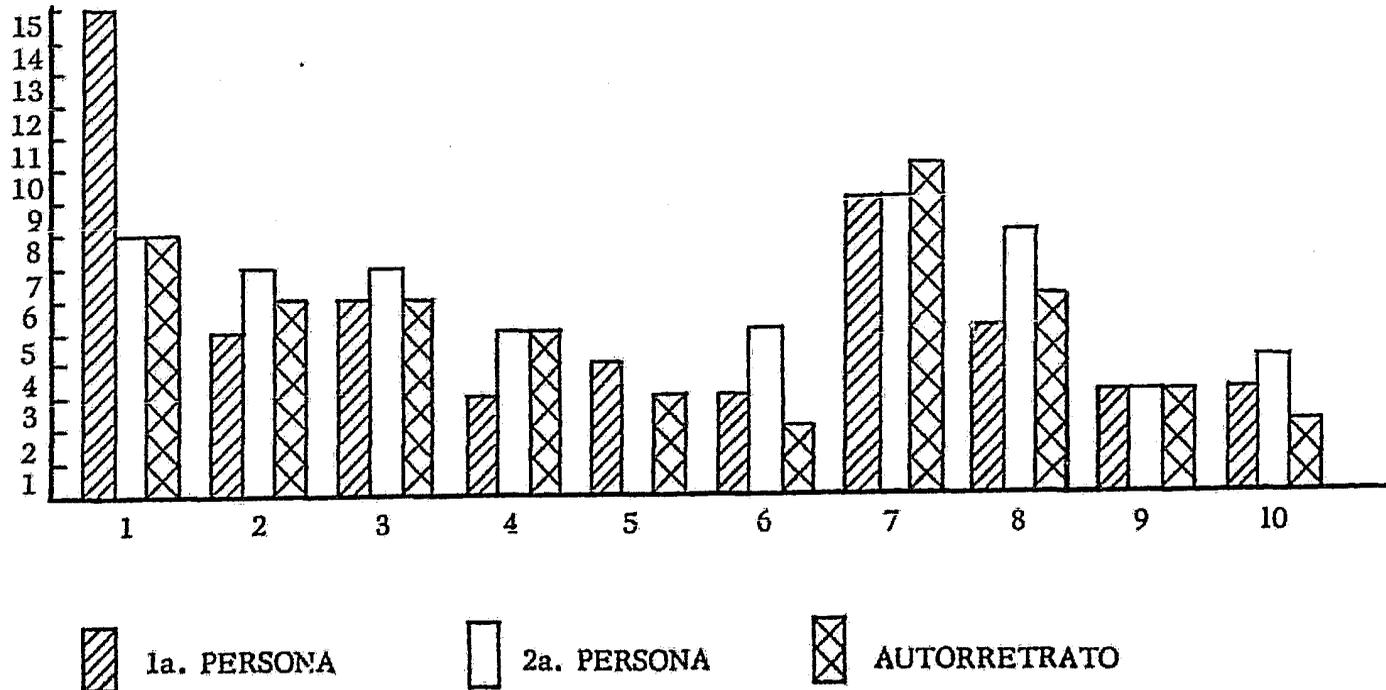
GRUPO DE NIÑOS UREMICOS



GRAFICA "D"

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS CORRESPONDIENTE A LAS PUNTUACIONES
DE LOS DIBUJOS DE LAS PERSONAS

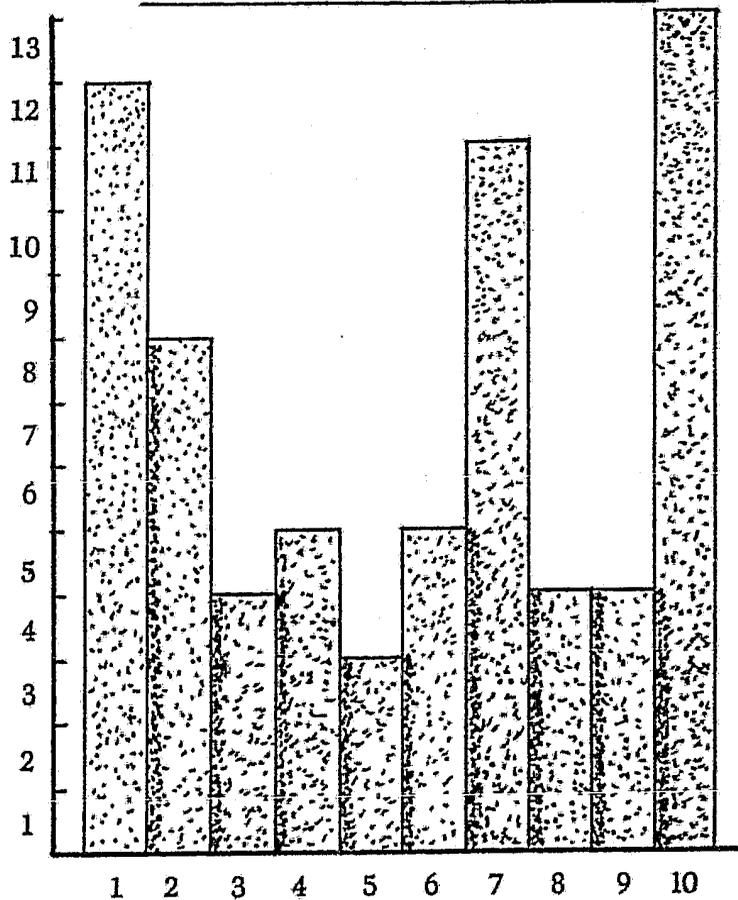
GRUPO DE NIÑOS SANOS



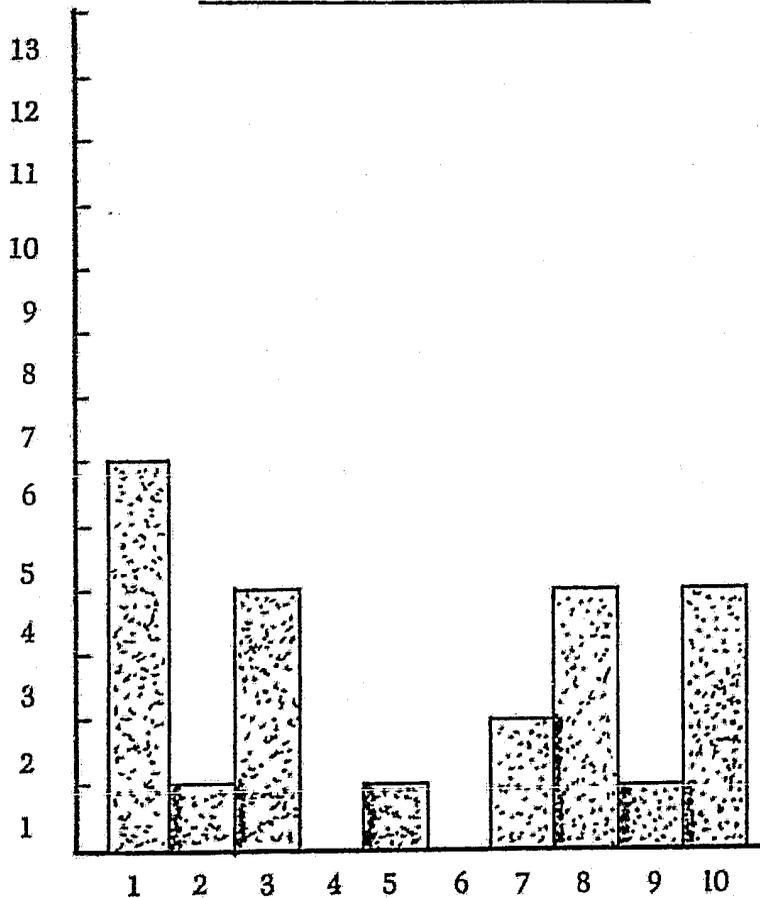
GRAFICA "E"

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS CORRESPONDIENTE A LAS PUNTUACIONES DE ALTERACIONES EN TRONCO, BRAZOS Y PIERNAS

GRUPO DE NIÑOS UREMICOS



GRUPO DE NIÑOS SANOS

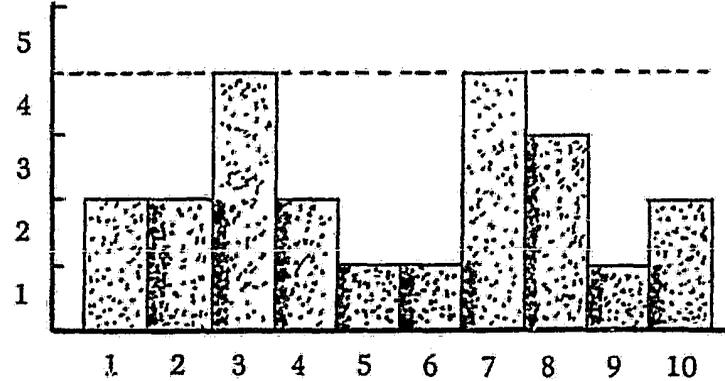
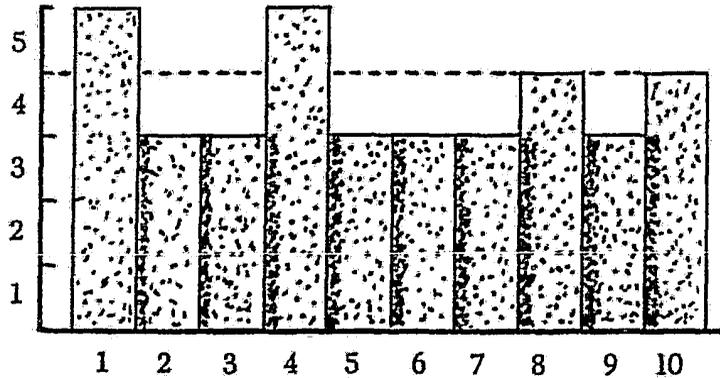


GRAFICA "G"

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS CORRESPONDIENTE A LAS DIFERENCIAS PSICOSEXUALES EN LAS FIGURAS FEMENINA Y MASCULINA DEL H.T.P.

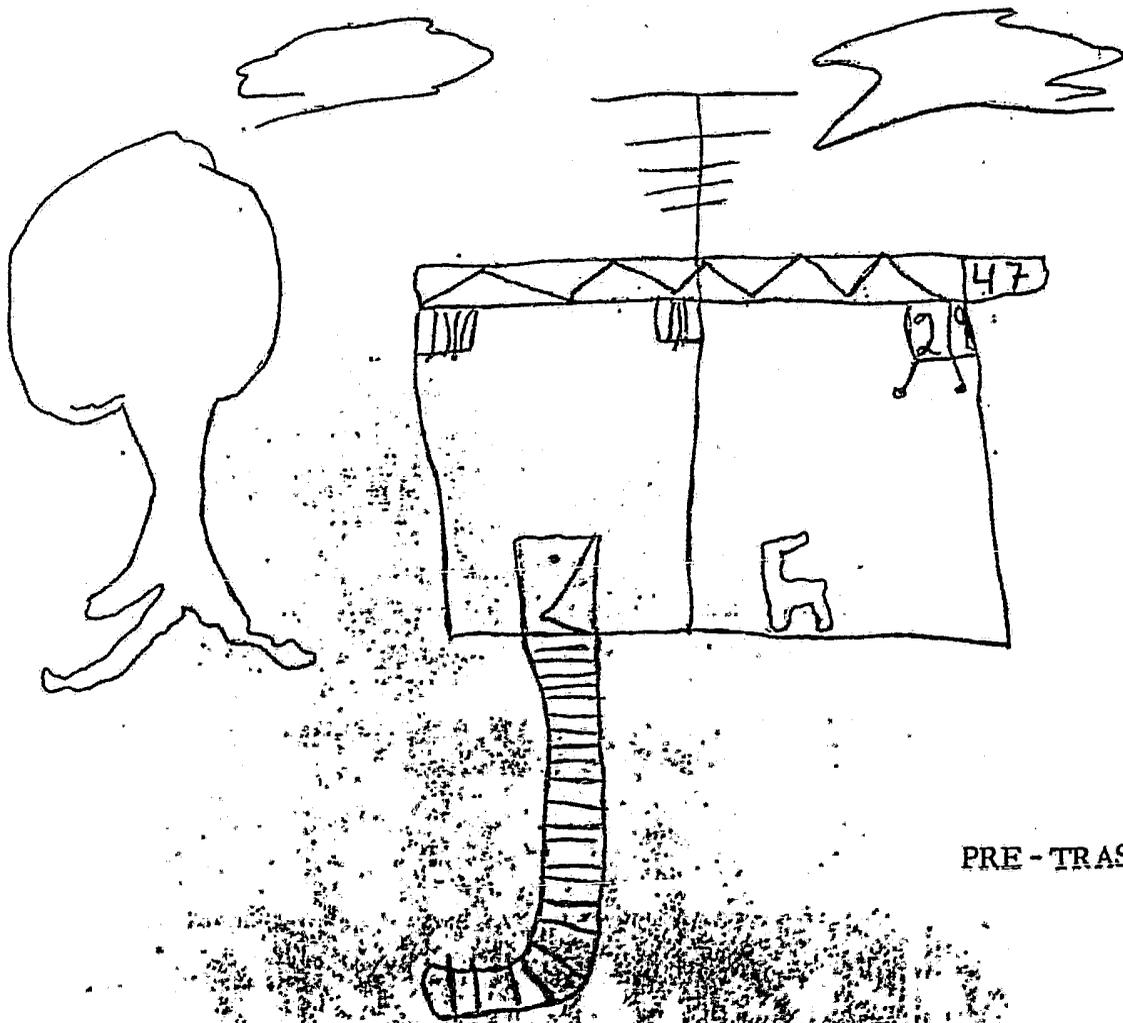
GRUPO DE NIÑOS UREMICOS

GRUPO DE NIÑOS SANOS

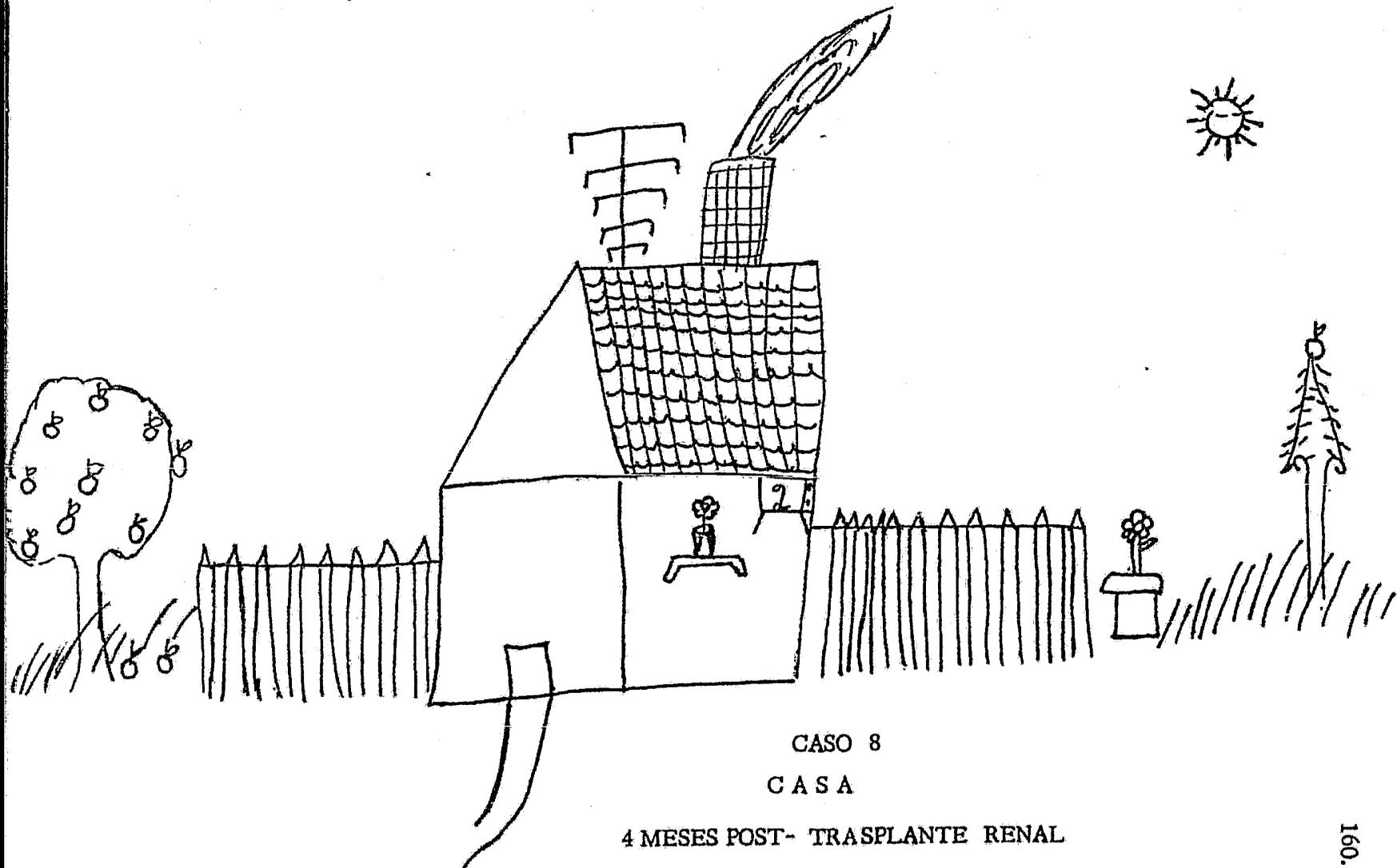


RASGOS GRAFICOS EVALUADOS:

- 1) VESTIMENTA ADECUADA PARA CADA SEXO
- 2) PEINADO ADECUADO PARA CADA SEXO
- 3) ACCESORIOS DE ACUERDO AL SEXO DE LA FIGURA
- 4) PRESENCIA DE PECHOS UNICAMENTE EN LA FIGURA FEMENINA
- 5) PRESENCIA DE BRAGUETA UNICAMENTE EN LA FIGURA MASCULINA



CASO 8
CASA
PRE - TRASPLANTE RENAL



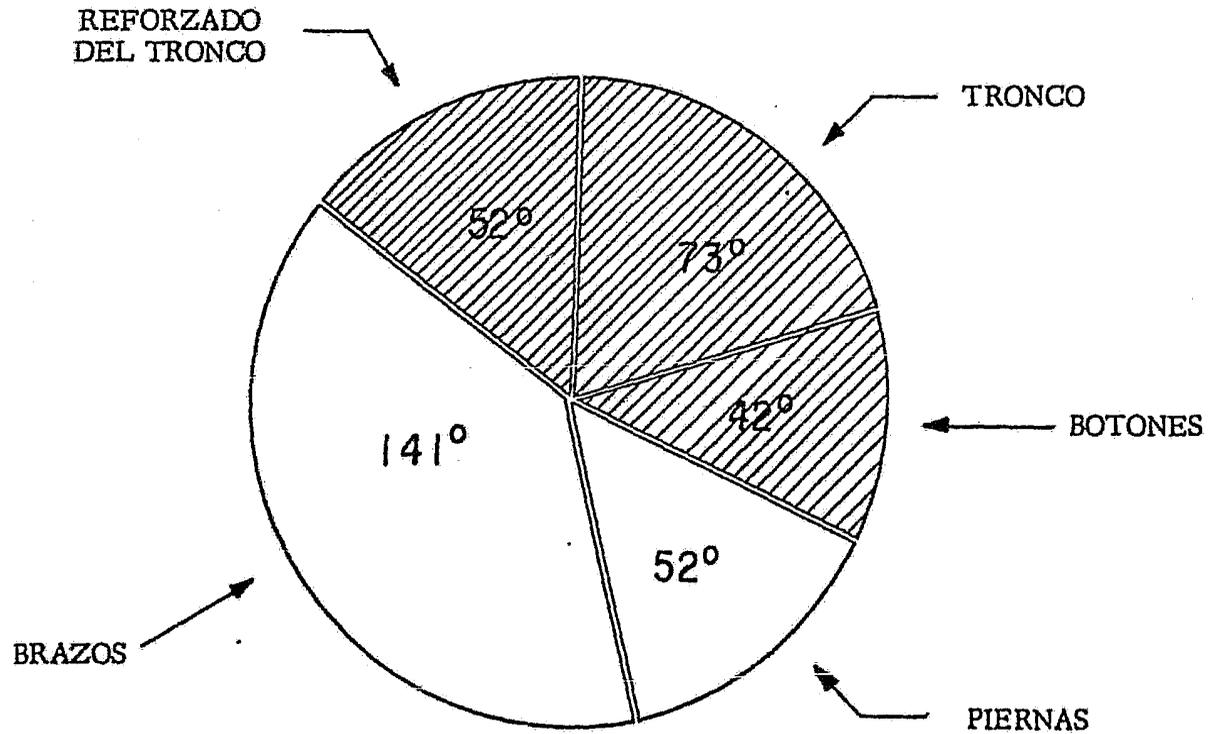
CASO 8

CASA

4 MESES POST- TRASPLANTE RENAL

GRAFICA "F"

GRAFICA DE SECTORES CORRESPONDIENTES A ALTERACION CORPORAL
EN TRONCO, BRAZOS Y PIERNAS EN EL
GRUPO DE NIÑOS UREMICOS

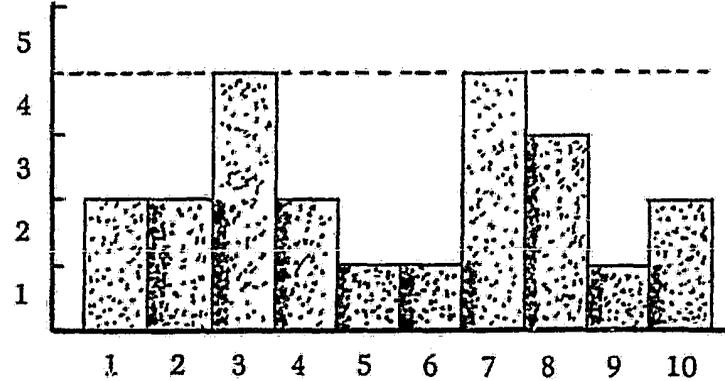
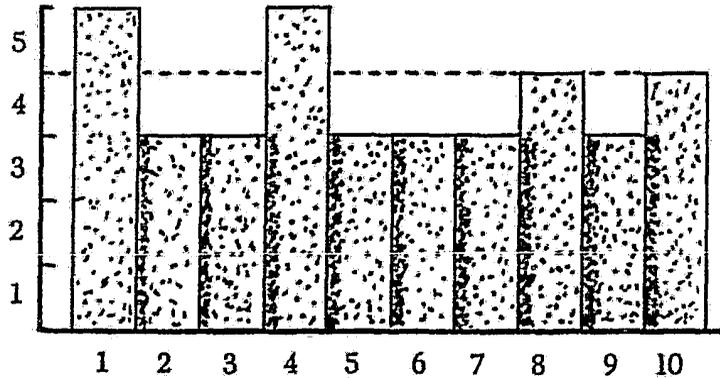


GRAFICA "G"

HISTOGRAMA DE FRECUENCIAS CORRESPONDIENTE A LAS DIFERENCIAS PSICOSEXUALES EN LAS FIGURAS FEMENINA Y MASCULINA DEL H.T.P.

GRUPO DE NIÑOS UREMICOS

GRUPO DE NIÑOS SANOS



RASGOS GRAFICOS EVALUADOS:

- 1) VESTIMENTA ADECUADA PARA CADA SEXO
- 2) PEINADO ADECUADO PARA CADA SEXO
- 3) ACCESORIOS DE ACUERDO AL SEXO DE LA FIGURA
- 4) PRESENCIA DE PECHOS UNICAMENTE EN LA FIGURA FEMENINA
- 5) PRESENCIA DE BRAGUETA UNICAMENTE EN LA FIGURA MASCULINA

PRESENTACION GRAFICA DE UN CASO

A continuación, aparecen los dibujos elaborados por una niña urémica, la cual recibió un riñón donado por su madre (caso 8).

La llamaremos Margarita.

Los dibujos fueron plasmados en una evaluación antes del trasplante renal y 4 meses posteriores al mismo.

Gráficamente, aparecen diferencias significativas entre ambas evaluaciones, en cuanto a la estructura y contenido de lo proyectado.

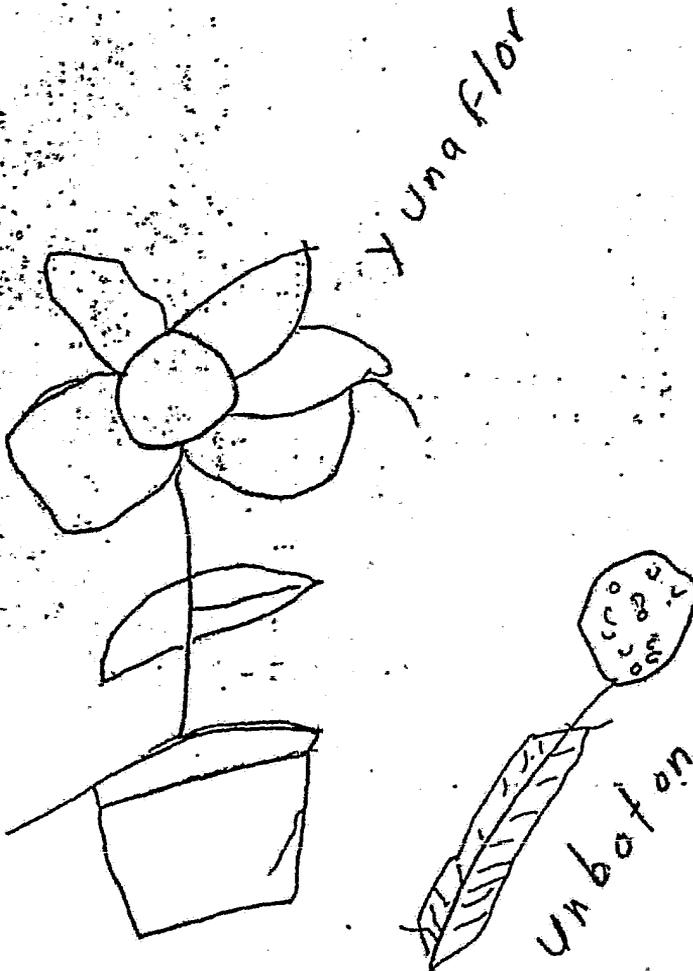
Antes del trasplante renal, se aprecian dibujos pequeños, flotantes, con trazos débiles; en las figuras humanas se observan: omisión de ojos, de brazos, manos o dedos. (fué necesario entintar los dibujos, para poder apreciarlos)

A pesar de ser un lapso corto, entre una evaluación y la otra, se pueden observar cambios significativos. En el tema libre, de algo estático: una flor en una maceta y un botón, se pasa a algo dinámico: dos niños que van a la escuela. En la casa se agregaron: sol, árboles frutales y flores, en la casa se ve humo denso saliendo de la chimenea. En el árbol aparece el símbolo del fruto. En las figuras humanas, algunas de ellas continúan con ojos cerrados y omisión de manos.

En la casa y el árbol, Margarita dibujó una reja. ¿De qué o

de quién se quiere proteger? Posiblemente Margarita, desea proteger su riñón trasplantado o se protege de los sentimientos de culpa originados por el hecho de haber dejado a su mamá con un sólo riñón.

En general, los dibujos de Margarita, antes del trasplante, transmiten su percepción de la uremia con sus limitaciones y ante la posibilidad del trasplante y después del mismo; el anhelo de querer recuperar lo perdido: su salud, escuela, amigos, juego, creatividad, autoestima; es decir, volver a ser una niña sana, como todas las niñas de su edad.



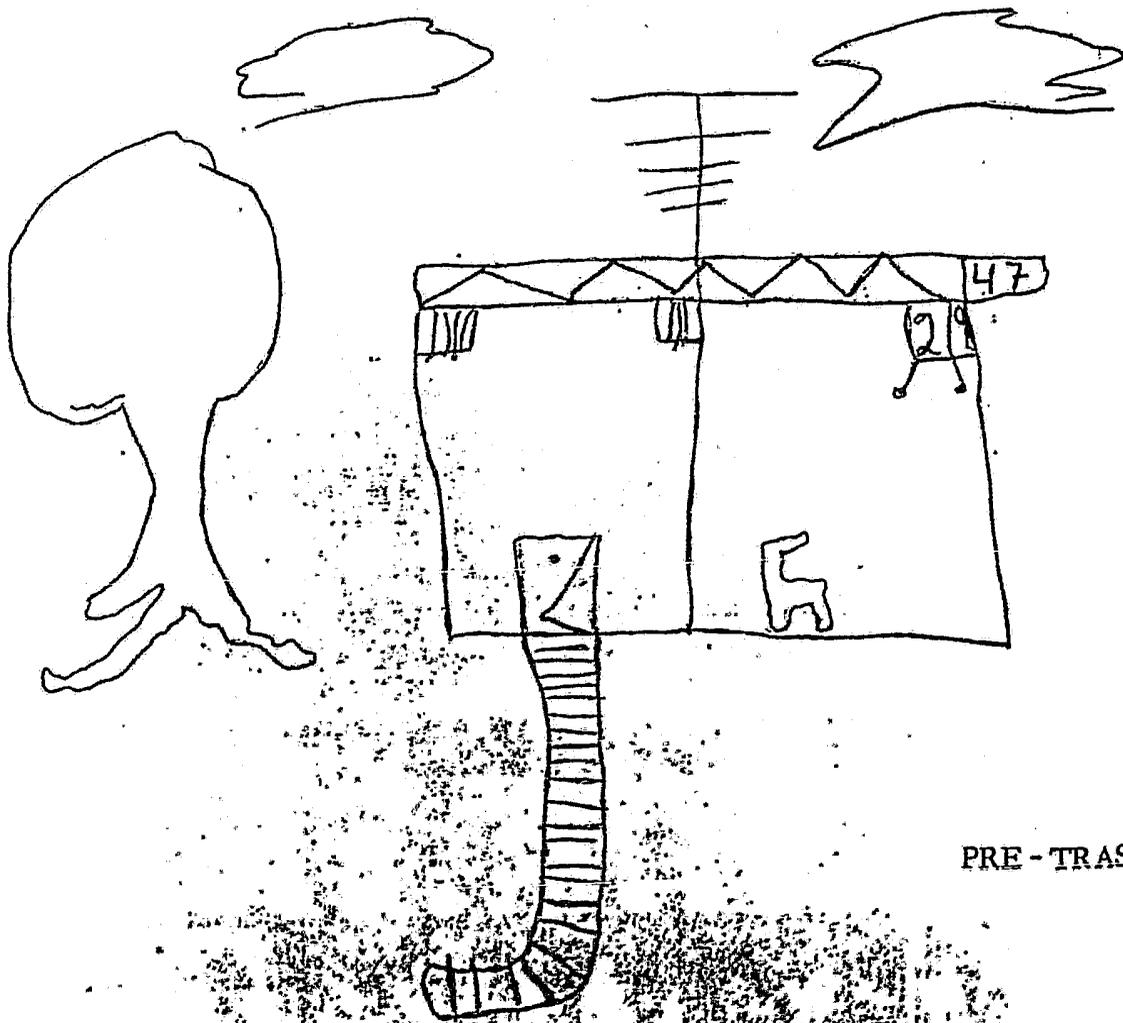
Una flor

Un baton

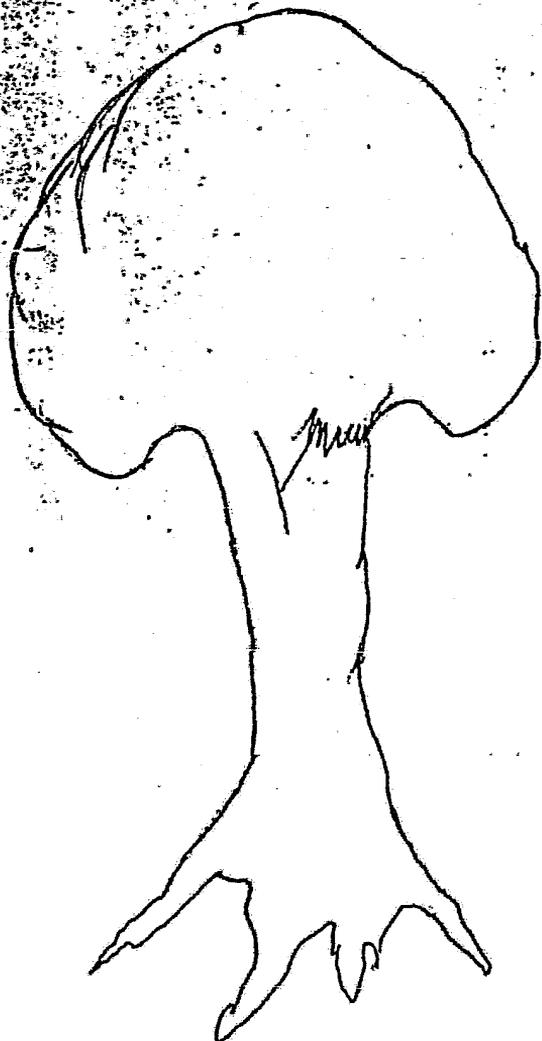
CASO 8

TEMA LIBRE

ANTES DEL TRASPLANTE RENAL



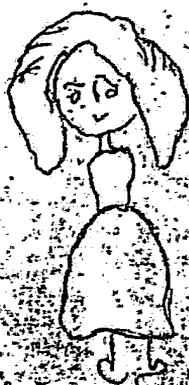
CASO 8
CASA
PRE - TRASPLANTE RENAL



CASO 8
ARBOL
PRE-TRASPLANTE RENAL



CASO 8
AUTORRETRATO
PRE-TRASPLANTE RENAL



1

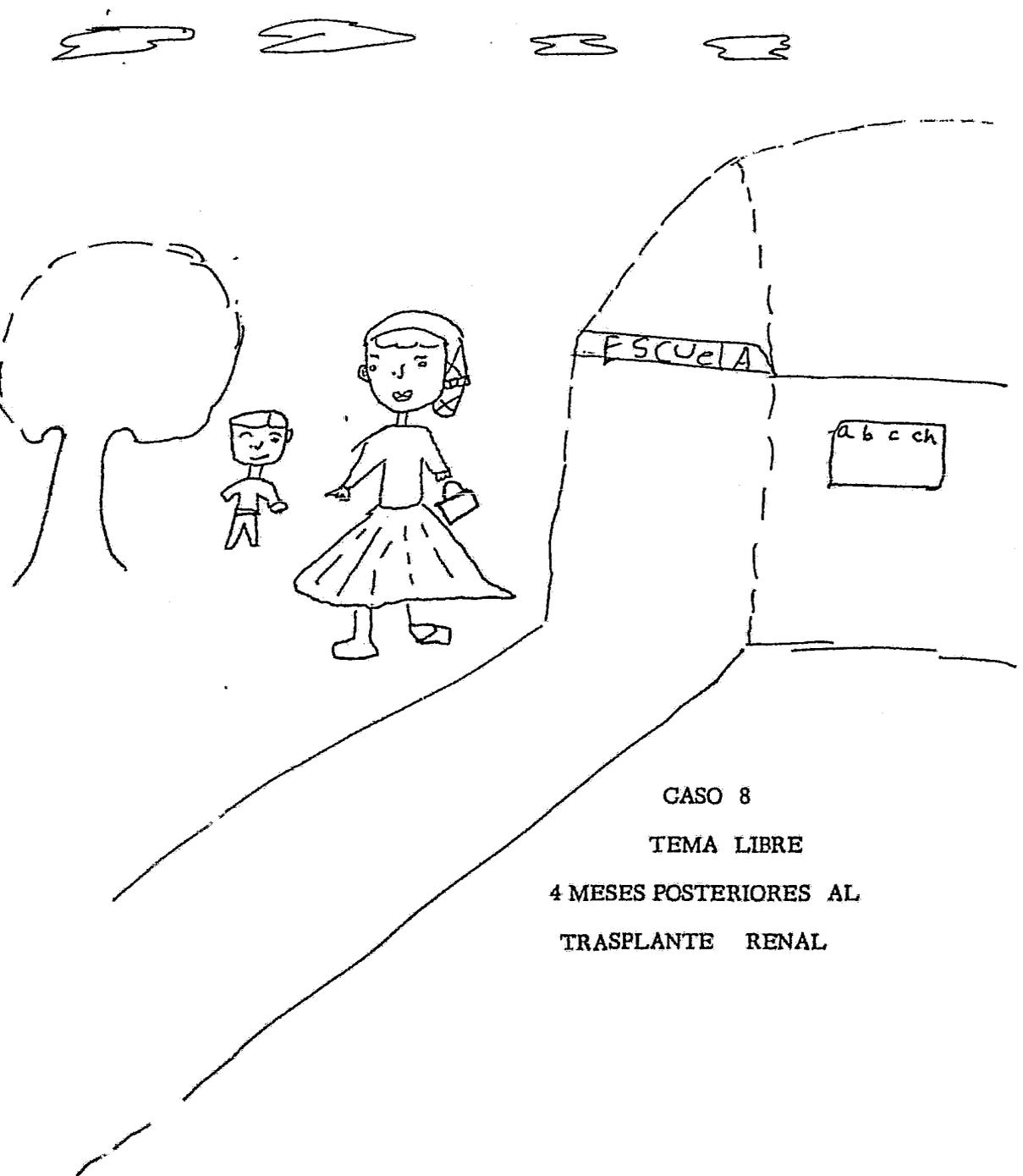


2

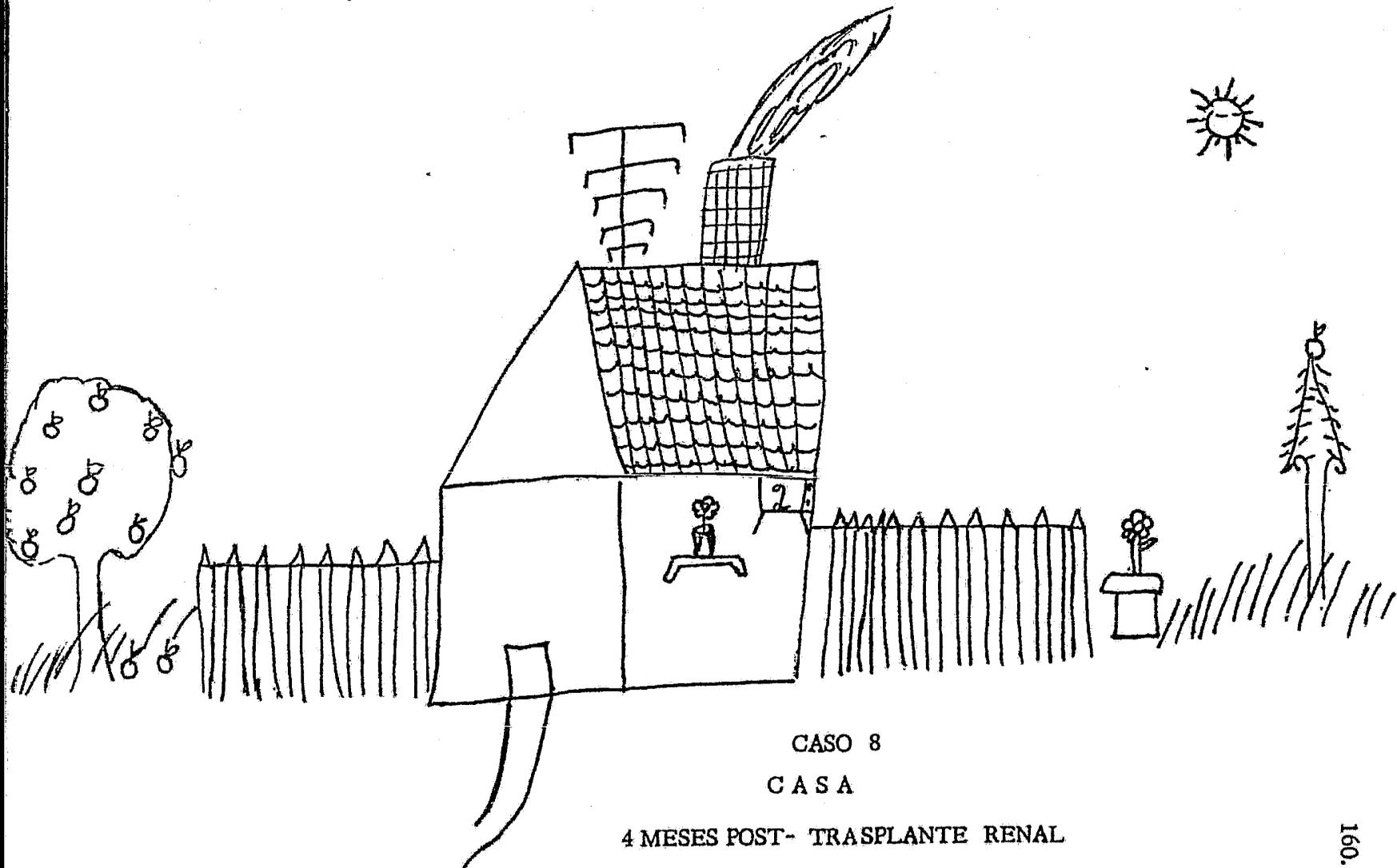


3

CASO 8
SU FAMILIA
PRE - TRASPLANTE RENAL



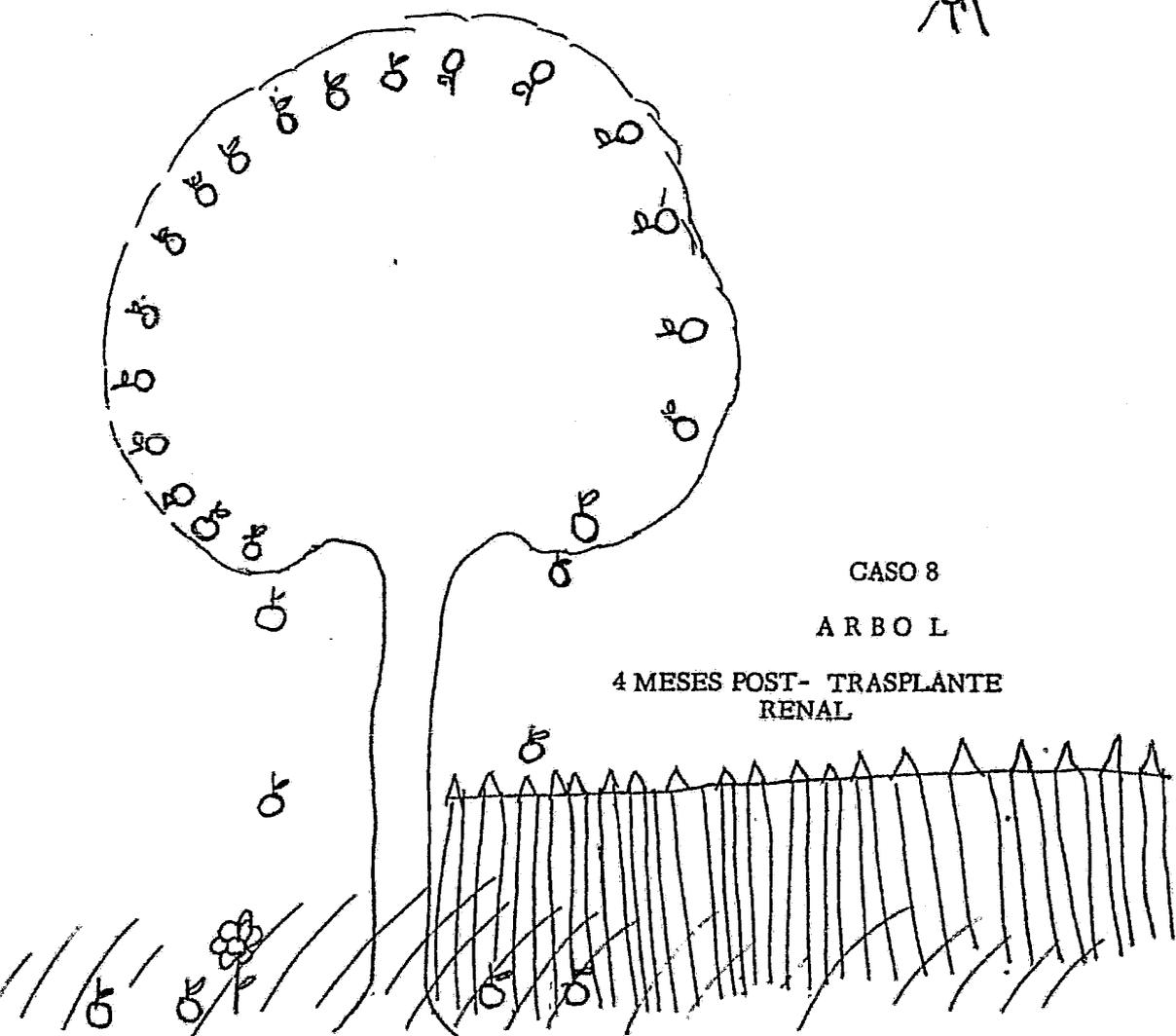
CASO 8
TEMA LIBRE
4 MESES POSTERIORES AL
TRASPLANTE RENAL



CASO 8

CASA

4 MESES POST- TRASPLANTE RENAL



CASO 8

ARBO L

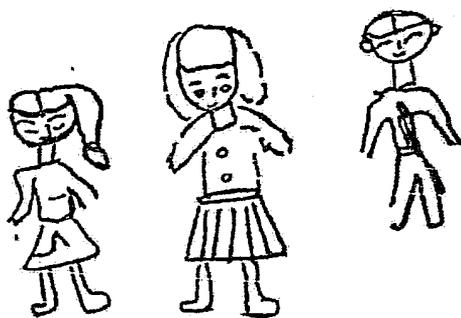
4 MESES POST- TRASPLANTE
RENAL



CASO 8

AUTORRETRATO

4 MESES POST- TRASPLANTE RENAL



CASO 8
SU FAMILIA
4 MESES POST- TRASPLANTE

RESUMEN,

A fin de poder evaluar alteraciones en la imagen corporal, en un grupo de niños urémicos, se diseñó un Estudio Comparativo, integrado por un grupo de 10 niños urémicos y un grupo de 10 niños sanos. Para tal efecto, se integró una batería de Pruebas Proyectivas Gráficas, se incluyeron los dibujos de Tema Libre, H. T. P., Autorretrato y La Familia.

La muestra de niños urémicos procedió del Departamento de Nefrología del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", y la muestra de niños sanos, tuvo su origen en la Escuela Primaria "Gualupe Ceniceros de Zavaleta". Se controlaron las variables de edad, sexo, escolaridad y nivel socioeconómico.

Los dibujos como el material proyectivo tienen la posibilidad de transmitir el mundo interno de la persona que dibuja, así también como de la representación mental de su imagen corporal. En este estudio en particular, la vivencia del niño de salud aparente en el caso de los niños sanos, y la vivencia de la enfermedad en el de los niños urémicos.

Se formularon seis hipótesis enfocadas a detectar modificaciones o alteraciones en la imagen corporal. Los resultados obtenidos se analizaron en cuanto al contenido y estructura de lo dibujado.

A través de los dibujos de ambos grupos, se obtuvo un rico material; en donde fué evidente la percepción del padecimiento renal y daño corporal en los niños urémicos. Se manifestaron distorsiones en la imagen corporal, tanto en forma total como en partes específicas del cuerpo (tronco, brazos, piernas), estas alteraciones fueron más evidentes en la ausencia de características psicosexuales en los dibujos de las figuras femenina y masculina del H. T. P. Los dibujos de Tema Libre y la Familia, arrojaron observaciones valiosas sobre aspectos emocionales en ambos grupos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ABERASTURY, A. "El juego de construir casas", su interpretación y valor diagnóstico. Ed. Paidós. Buenos Aires. - 1961.
- 2.- ABERASTURY, A. "Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños" Ed. Paidós, Buenos Aires, 1979.
- 3.- ABT, L.E. Y BELLAK, L. "Psicología Proyectiva", Ed. - Paidós, Buenos Aires. 1967.
- 4.- ANDERSON Y ANDERSON. "Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico" Ediciones Rialp. Madrid. 1966.
- 5.- BASCH, S. "The intrapsichic integration of a new organ.- A clinical study of kidney transplantation. Psychoanalytic quarterly. Vol. 42 (3). 1973. págs. 364-384.
- 6.- BASCH, S., BROWN, F. CANTOR, W. "Observations on body image in renal patients". Psychonephrology 1. Psychological factors in hemodialysis and transplantation. Plenum medical book company, New York and London. 1981. págs. 93-100.
- 7.- BEARD, B.H. AND SAMPSON, T.F. "Denial and objectivity in hemodialysis patients". Adjustment by opposite mechanisms. Psychonephrology 1. Psychological factors in hemodialysis and transplantation. Plenum medical book company New York and London. 1981. pags. 169-175.
- 8.- BELL, J.E. "Técnicas proyectivas". Ed. Paidós. Buenos Aires. 1978.
- 9.- BELLAK, L. "Freud y las técnicas proyectivas". Rev. de psicología general y aplicada. Madrid, vol. 12. 1957. págs. 293-304.
- 10.- BERNSTEIN, D.M. "After transplantation-The child's emotional reactions". American Journal of Psychiatry. 127:9 March 1971. págs. 109-113.

- 11.- BLUM de G. B., GORDILLO P.G., ROBLES de F. T., -
HUAZO V.C., "Fantasías de muerte en un grupo de niños -
uremicos". Boletín Médico del Hospital Infantil de México,
Vol. 39, número 3, Marzo 1982. págs. 187-196.
- 12.- BOUTONIER, J. "El dibujo en el niño normal y anormal".
Ed. Paidós. Buenos Aires, 1980.
- 13.- BUCK, J.N. "The H.T.P.". Technique, a cualitative and
cuantitative scoring manual. Monograph supplement, núm.
5. Journal Clinical of Psychology, 1948. págs. 1-120.
- 14.- BUCK, J.N. "The H.T.P." Journal Clinical Psychology. -
1948. Vol. 4, págs. 151-159.
- 15.- BUCK, J.N. "Una descripción breve de la técnica CAP".
Revista de psicología general y aplicada. Madrid. Vol. 7
no. 1. 1952.
- 16.- BURNS, R.C. y KAUFMAN, H. "Los dibujos kinéticos de
la familia como técnica psicodiagnóstica". Ed. Paidós.
Buenos Aires. 1978.
- 17.- CALIGOR, L. "Nueva Interpretación psicológica del dibu
jo de la figura humana. Ed. Kapeluz. Buenos Aires. 1960.
- 18.- CALLAND, CH. H. "Iatrogenic problems in end-stage
renal failure". The new england journal of medicine. Aug.
17, 1972. Págs. 334-336.
- 19.- CASTELNUOVO-TEDESCO, P. "Organ transplant, body
image, psychosis". Psychoanalytic quarterly. Vol. 42.
1973. Págs. 349-363.
- 20.- CASTELNUOVO-TEDESCO, P. "Transplantation. Psycho-
logical implications of changes in body image". Psychone-
phrology I, Psychological factors in hemodialysis and trans
plantation. Plénum medical book company. New York and
London. 1981. págs. 219-225.
- 21.- C.K. DE SAINOVICI. "El dibujo". Vía de acceso al incons
ciente infantil". Revista de psicoanálisis. Vol. 30(3-4).
1973. Págs. 877-892.

22. - CORMAN, L. "El Test del dibujo de la familia en la práctica Médico-Pedagógica. Ed. Kapeluz. Buenos Aires. 1967.
23. - DI LEO, J. H. Los dibujos de los niños como ayuda diagnóstica. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1978.
24. - DOWNIE, N.M. Y HEATH, R. W. Métodos Estadísticos aplicados. Ed. Harla. 1975.
25. - DREES, A. y GALLAGHER, E.B. "Hemodialysis, Rehabilitation and Psychological Support" en Psychonephrology I. Psychological factor in hemodialysis and transplantation. Plenum Medical Book Company, New York and London. 1981. págs. 133-146.
26. - DROTAR, D. GANOFSKY, M. A. MAKKER, S. & DE MAHIO, D. A family orient suportion approach the dialysis and renal transplantation in children. Psychonephrology 1. Psychological factors in hemodialysis and transplantation. Plenum -- Medical Book Co., New York and London. 1981. págs. 79-91.
27. - DUPONT M. A. "El paciente que va a morir" en El desarrollo humano; siete estudios psicoanalíticos. Ed. Joaquín Mortiz, México, 1976. págs. 83-142.
28. - EVANS, R. W. Children of dialysis patients and selection of dialysis setting. Am. J. Of Psychiatry 135, 3 March 1978. págs. 343-345.
29. - EXAIRE, M. E. Nociones de fisiología renal en Manual de -- Hemodiálisis. Ed. Lab. Travenol. México. s/f.
30. - FEIMAN R., MENA C. E., GORDILLO-P. G. Diálisis peritoneal crónica en la infancia. Vol. Med. del Hospital Infantil de México, vol. 38, núm. 3 Mayo-Junio/1981.
31. - FREUD, S. "El simbolismo en el sueño", Obras completas en Lecciones introductorias al Psicoanálisis. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1973. págs. 2212-2225.
32. - FREUD, S. "El yo y el ello" en Obras completas. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1973, págs. 2701-2728.

33. - GONZALEZ, F. L.G. "Algunos aspectos intelectuales y emocionales del niño con insuficiencia renal crónica". Tesis de Licenciatura, UNAM. 1979.
34. - GOODENOUGH, F.L. "Test de inteligencia Infantil". Ed. -- Paidós. 1964. Buenos Aires.
35. - GORDILLO, P.G.; MOTA, F., VELAZQUEZ, L. Nefrología Pediátrica, Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México, 1976.
36. - GORDILLO, P.G.; MUÑOZ, R.; FEIMAN, R. Diálisis Peritoneal Crónica. Sesión de sesiones clinicopatológicas del Hospital Infantil de México. Bol. Méd. del Hospital Infantil de México, Vol. 38 núm. 2 Marzo-Abril. 1981.
37. - GORDILLO, P.G.; La rehabilitación del niño urémico. Bol. Méd. del Hospital Infantil de México. Vol. 38, Núm. 3 Mayo-Junio, 1981.
38. - GRASSANO de P. E. "Indicadores psicopatológicos en Técnicas Proyectivas". Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. 1980.
39. - HAMMER, E.F. Test Proyectivos gráficos. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1976.
40. - HARRISON. Principios de Medicina Interna. Prensa Médica - Mexicana. México. 1979.
41. - KHAN, A.A.; HERNDON, CH. H y AHMADIAN, S.Y. Social and emotional adaptations of children with transplanted kidneys and chronic hemodialysis. Am. J. of Psychiatry. Vol. 127 (9). March 1971.
42. - KOCH, K. El test del árbol. Ed. Kapeluz. Buenos Aires. 1962.
43. - KOPPITZ, E.M. El dibujo de la figura humana en los niños. Ed. Guadalupe. Buenos Aires. 1976.
44. - KORSCH, B.M.; FINE, R.N.; GRUSHKIN, C.M.; NEGRETE, V.F. "Experiences with children and their families during extended hemodialysis and kidney transplantation. Pediatric Clinics of North America. Vol. 18 No. 2. May 1971. págs. - 625-637.

45. - KORSCH, B. M., NEGRETE, V. G., GARDNER, J. E. "Kidney transplantation in children: Psychosocial follow-up study on child and family". *The Journal of Pediatrics*. Vol. 83., No. 3. págs. 399-408. 1973. September.
46. - KUPERMAN de K., M. L. Alteraciones del esquema corporal estudiadas a través de material gráfico. *Revista de Psicoanálisis*. 30 (3-4) págs. 893-915, 1973.
47. - LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. B. *Diccionario de Psicoanálisis*. Ed. Labor. Barcelona. 1977.
48. - LEUMAN, E. P. Psychological problems in children with -- chronic renal failure". *Dialysis & Transplantation*. Vol. 10, No. 10. October, 1981. págs. 813-814.
49. - LEVY, N. B. The effect of psychosocial factors in rehabilitation on "the artificial man". *Dialysis & Transplantation*. Vol. 8, No. 3. March 1979. págs. 213-216.
50. - LOPEZ, U. A. Insuficiencia Renal Crónica en *Manual de Hemodiálisis*. Ed. Lab. Travenol. México. s/f.
51. - MALQUIST, A.; KOPFSCIN, H. FRANK, E. T.; PICKLESIMER, K.; CLEMENTS, G.; GINN, E. and CROMWELL, R. L. "Factors in psychiatric prediction of patients beginning hemodialysis: a follow-up of 13 patients". *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 16. 1972. págs. 19-23.
52. - MALQUIST, A. "A prospective study of patients in chronic - hemodialysis. I. Method and Characteristics of the patient - group". *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 17, 1973. págs. 333-337.
53. - MARSHALL, J. R. y FELLNER, C. H. Kidney donors revisited. *Am. J. Of Psychiatry*. Vol. 134(5). May 1977. 575-576.
54. - MCKEGNEY, F. P., LANGE, P. "The decision to no longer - live on chronic hemodialysis". *Am. Journal of Psychiatry*. - Vol. 128(3). September 1971, págs. 47-54.
55. - MUSLIN, H. L. Psychiatric aspects of renal failure on acquiring a kidney". *Am. Journal of Psychiatry*. March. 1971. págs. 105-108. Vol. 127:9.

56. - PORTUONDO, J.A. Test Proyectivo de Karen Machover (la figura humana) Tomo I. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid. 1973.
57. - RABIN, A.I. y HAWORTH, M.R. Técnicas proyectivas para niños. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1966.
58. - RAIMBAULT, G. "Psychological aspects on chronic renal failure and haemodialysis" *Nephron*. 11: 252-260. 1973.
59. - ROBLES de F. T.; BLUM de G. B.; GORDILLO, P.G. Reflexiones sobre el niño y la muerte. Nota Editorial Bol. Méd. Hospital Infantil de México. Marzo 1982. Vol. 39.
60. - SHILDER, P. Imagen y apariencia del cuerpo humano. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1966.
61. - SCHONFELD, W.A. El cuerpo y la imagen corporal en los adolescentes en El desarrollo del adolescente. Ed. Horme. Argentina 1980. págs. 57-101.
62. - SIEGEL, S. Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. Ed. Trillas. México. 1980.
63. - SIMMONS, R.G.; HICKEY, K.; KJELLSTRANS, C.M.; SIMMONS, R.L. Family tension in the search for a kidney donor. *The journal of american medical association*. February 1971. Vol. 215. No. 6. págs. 909-912.
64. - SIQUIER De O, M.L.; GARCIA, A.; GRASSANO de P. Las Técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, Tomo I. 1980.
65. - URDANETA, C.; OTAÑEZ, E.R.; GORDILLO, P.G. El diagnóstico sociológico en la selección del método de rehabilitación del paciente urémico. Bol. Méd. del Hospital Infantil de México. Vol. 38, No. 5 Septiembre-October. 1981.
66. - WALDO, N. Tratado de Pediatría. Tomo 11, Ed. Salvat Mex. de Ediciones, S. A. de C. V. 1981.
67. - WESLEY, B.P. "Significant others and self-concepts of children with chronic kidney disease attending a summer resident camp. *Dissertation Abstracts International* Vol. 40, No. 11 May 1980. págs. 5218-5219.

68. - WILLIAMS, H. J. "Estudio psicodinámico de diez casos de trasplante renal." Tesis de Licenciatura. UNAM. 1975.
69. - WOLTERS, W. H. C.; BONEKAMP, A. L. M. y DONCKEWOLCKE, R. "Experiences in the development of haemodialysis centre for children". Journal of psychosomatic research. Vol. 17. 1973. págs. 2711-276.