

21
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

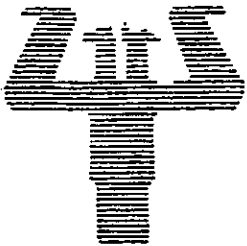
IMAGEN PARENTAL E IMAGEN CORPORAL DEL NIÑO QUEMADO

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTA:

OLINKA LILIANA AREVALO SOTO

DIRECTOR DE TESIS:

LIC. Ma. MARTINA JURADO BAIZABAL



MEXICO, D.F.,

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

26/2/18



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.

AL JURADO:

Lic. Esperanza Carlos Hernández

Lic. Ma. Martina Jurado Baizabal

Lic. Aída Araceli Mendoza Ibarrola

Lic. Rosa Elena Mendoza Valdez

Lic. Irma Lilia Alarcón Ruiz

Gracias por su orientación e interés en el presente trabajo.

A MI ASESORA:

Lic. Ma. Martina Jurado Baizabal

Con especial afecto por ser uno de los pilares más sólidos durante mi formación académica.

Por creer en mí, por apoyarme e impulsarme a lograr mis objetivos, pero sobre todo por sus sabios consejos y por ser una gran persona.

GRACIAS

A LA ESCUELA PRIMARIA GUILLERMO PRIETO:

AL HOSPITAL PEDIATRICO DE TACUBAYA:

Agradezco a todo el personal involucrado las facilidades otorgadas para la realización de la presente investigación, especialmente a las psicólogas Ivone Rebollo y Ana Zarina Fiorentini Cañedo.

ALOS NIÑOS:

Por que a pesar de las adversidades que involucra a cada uno de ellos, se mostraron sonrientes y dispuestos a cooperar conmigo.

GRACIAS

A MI PADRE:

Por el logro del objetivo que siempre anhelo.

A MI MADRE:

La persona que más admiro, por que sin saberlo me ha enseñado que las adversidades no son tan difíciles como parecen, si se enfrentan con entereza, con fe y sobre todo con una sonrisa.

LOS QUIERO MUCHO

A MI ESPOSO

Amor:

Gracias, nunca dudaste que lo lograría, siempre has estado presente en todo lo que emprendo, apoyándome y motivándome para alcanzar mis metas.

Este logro no es solo mío, es de ambos, ya que sin tu cariño, tu cooperación y tu infinita paciencia hubiera sido más difícil.

TE AMO

A MIS HERMANOS:

IZASKUN

KISHAR

GABY

Aún les falta bastante camino por recorrer, sigan preparándose y luchan por conseguir sus ideales.

Deseo sinceramente que nazca en ustedes el interés y la motivación, para que algún día puedan realizar trabajos mejores que éste.

A LA MEMORIA DE MIS ABUELOS:

Agustín y Alberto

Donde quiera que estén

Gracias por ser parte de mí.

JORGE:

Muchas gracias por tu apoyo incondicional en la traducción de artículos, pero sobre todo por tu gran amistad.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
<i>CAPITULO 1</i>	
1.1 IMAGEN CORPORAL	3
1.2 CONCEPTOS DEL YO	5
1.3 INFLUENCIAS FAMILIARES	8
1.4 INFLUENCIAS DE LAS EXPERIENCIAS	9
1.5 GRUPOS DE COMPARACION Y GRUPOS DE REFERENCIA	9
1.6 ASPIRACIONES PERSONALES	10
1.7 IMAGEN PARENTAL	11
<i>CAPITULO 2</i>	
2.1 QUEMADURAS: CAUSAS Y CONSECUENCIAS	14
2.2 GRADO DE INTENSIDAD	18
2.3 EXTENSION DE LA QUEMADURA (REGLA DE LOS NUEVE)	18
2.4 TRATAMIENTO CLÍNICO	20
2.5 CONSECUENCIA DE LAS QUEMADURAS Y DEL TRATAMIENTO EN LOS NIÑOS	22
2.6 EL PACIENTE QUEMADO EN LA FAMILIA	24
2.7 TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO	26
<i>CAPITULO 3</i>	
3.1 TÉCNICAS PROYECTIVAS	27
3.2 TEST DE LA FIGURA HUMANA	31
3.3 TESTS PROYECTIVOS GRÁFICOS DE LA FAMILIA	35
3.4 TEST KINÉTICO DE LA FAMILIA	37
<i>CAPITULO 4</i>	
METODO	
4.1 JUSTIFICACIÓN	39
4.2 PLANTEAMIENTO, HIPÓTESIS Y VARIABLES	41

4.3 MUESTRA	45
4.4 TIPO DE ESTUDIO, DISEÑO E INSTRUMENTOS	46
4.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS	49
4.6 ANÁLISIS DE RESULTADOS	52
4.7 ANÁLISIS CUALITATIVO	53
<i>CAPITULO 5</i>	
5.1 DISCUSIÓN	55
5.2 CONCLUSIONES	59
5.3 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	60
APÉNDICE	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

RESUMEN

La presente investigación pretende dar a conocer el grado en que se afecta la imagen corporal y parental en la población infantil, como resultado de las secuelas físicas que producen los accidentes por quemaduras, en un intento por rescatar la importancia que ameritan las secuelas psicológicas para favorecer la reintegración del paciente a su medio ambiente social, escolar y familiar.

Para tal efecto se trabajó con un total de 60 niños con un rango de edad de 6 a 8 años que cursaban el primero o segundo grado escolar y pertenecían al nivel sociocultural bajo. Treinta de ellos fueron niños sin quemaduras seleccionados de la escuela primaria Guillermo Prieto y los otros treinta fueron niños con secuelas de quemaduras ubicadas en cualquier parte del cuerpo, seleccionados del Hospital Pediátrico de Tacubaya.

Para obtener los indicadores clínicos imagen corporal e imagen parental se emplearon las técnicas gráficas proyectivas Test de la Figura Humana y Test Kinético de la Familia respectivamente.

Se empleó la medida estadística no paramétrica U de Mann-Whitney, se realizó un Análisis de Cluster y modelo con interacción de variables, con el fin de obtener diferencias en la imagen corporal y parental de los niños con secuelas de quemaduras y niños no quemados.

Adicionalmente se realizó un análisis cualitativo que conjuntamente con el análisis estadístico revela que los niños con secuelas de quemaduras poseen una imagen corporal y parental más devaluada en comparación con los niños sin quemaduras, que los niños con quemaduras perciben inconscientemente un rechazo familiar y ambiental y que su principal preocupación radica en la inseguridad e incapacidad para relacionarse y adaptarse a su medio ambiente. Y finalmente que la imagen parental que los niños poseen, tiene un efecto deficiente y negativo sobre el desarrollo psicológico del menor.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del ser humano se rige por un proceso de cambio constante a lo largo del ciclo de la vida. Este proceso implica determinadas acciones por parte del individuo las cuales se encuentran influenciadas por factores biológicos, ambientales, económicos, culturales y familiares entre otros; a través de los cuales poco a poco se va edificando la personalidad.

La personalidad es una estructura integrada por diferentes aspectos, en donde uno de los más importantes es la imagen corporal, es decir, la representación mental que todo ser humano tiene de sí mismo. Ésta posee un intenso matiz social, Stanger Ross (1974) postula que la imagen corporal del niño refleja las opiniones que los demás tienen de él e incluso cuando el niño se juzga a sí mismo emplea las normas que ha adquirido de su medio social.

De esta manera destaca la importancia que ejercen las relaciones familiares sobre la formación de la imagen corporal del niño, específicamente las relaciones con los padres y con personas significativas para el menor, ya que la atribución de rasgos dentro de la familia moldean la imagen corporal.

Diferentes autores han hecho hincapié sobre la importancia que ameritan las influencias sociales, personales y familiares en la integración de la imagen corporal; destacando que la imagen parental que tiene el menor y las actitudes de sus padres juegan un papel esencial en el desarrollo de la imagen corporal del niño, asumiendo que la manera en que el niño percibe las actitudes de sus padres es más importante que las actitudes mismas.

Apoyándome en estas teorías, el objetivo de mi investigación fue explorar el grado en que se afecta la imagen corporal y parental como consecuencia de las secuelas físicas que dejan los accidentes por quemaduras, en niños con un rango de edad de 6 a 8 años, que hayan sido atendidos en el Hospital Pediátrico de Tacubaya. Y las diferencias que existen en la imagen corporal y parental de niños no quemados.

Para tal efecto utilicé las técnicas proyectivas Test de la figura Humana y Test de la Familia en Movimiento (KFD) para obtener los indicadores clínicos imagen corporal e imagen parental respectivamente.

CAPITULO 1

- 1.1 IMAGEN CORPORAL
- 1.2 CONCEPTOS DEL YO
- 1.3 INFLUENCIAS FAMILIARES
- 1.4 INFLUENCIAS DE LAS EXPERIENCIAS
- 1.5 GRUPOS DE COMPARACION Y GRUPOS DE REFERENCIA
- 1.6 ASPIRACIONES PERSONALES
- 1.7 IMAGEN PARENTAL

1.1 IMAGEN CORPORAL

A partir de William James se acostumbra hablar de la conciencia infantil como de una “ inmensa, creciente y zumbante confusión”. Tal vez permanezca eternamente indeterminada lo preciso de ésta descripción; sin embargo parece bastante seguro que la conciencia infantil no incluye la percepción de sí mismo como individuo. En la medida en que las observaciones hechas en los niños nos permitan juzgar, pueden describirse sus estados mentales como “ duele ” en lugar de “ siento dolor ”.

La conciencia del yo se desarrolla gradualmente conforme el individuo reconoce la distinción yo y no - yo, entre su cuerpo y el resto de su ambiente visible. Es probable que tener conciencia del cuerpo suministre un centro común en torno al cual se organizan las autorreferencias, aunque posteriormente podamos distinguir al yo del cuerpo físico. El niño considera partes de su físico como factores comunes en todas sus experiencias; es decir, experimenta sensaciones orgánicas y musculares como parte de todas sus actividades, y sus sensaciones de dolor y placer, especialmente en los primeros años, se asocian con sensaciones corporales definidas.

Fomenta la conciencia del yo el darle un nombre al niño y hacer que este nombre sea un elemento recurrente en muchos recuerdos. Se le dan juguetes y ropas y los adultos tratan estas cosas en una forma particular procurando indicarle las relaciones que éstas tienen con él. Al principio sus pertenencias no tienen sentido para él. Más adelante pasa por una etapa en la que cualquier daño causado a sus posesiones lo siente como una lesión a su cuerpo. Está identificado con su familia y, similarmente, se comporta como si la familia fuese realmente una extensión de su cuerpo.

Sin embargo, conforme el individuo se experimenta a sí mismo como unidad constante en un medio variable, la conciencia del yo llega a ser el centro de atención. Se comprende mejor al yo contrastándolo con el no - yo; es decir, el mundo externo. Los cambios constantes del ambiente externo hacen destacar el yo estable, por ejemplo los niños que cambian frecuentemente de vecindario están más conscientes de sí mismos como personas.

Existen algunos factores que atrasan la autoconciencia como: la memoria del niño, ya que es posible el aprendizaje desde la primera semana de vida, o incluso antes del nacimiento, pero sólo un aprendizaje muy simple, pues requiere varias repeticiones. Puesto que la idea del yo es esencialmente la abstracción de un factor común de todos nuestros recuerdos personales, debe esperar necesariamente a que este bien desarrollada la función de la memoria.

Aunque el proceso de la memoria fuese más eficiente, el bebé no tiene los antecedentes de experiencias suficientes para distinguir al yo del medio. Cuando ocurren cosas no dispone de datos necesarios para valorar la importancia de estas para él. No puede separar a su madre de sí mismo (mentalmente) hasta que han tenido lugar acontecimientos vívidos que incluyen la separación física.

El niño debe elaborar una idea de las diferencias existentes entre él y los demás. Incluso con una memoria excelente le tomará algún tiempo acumular los datos necesarios para elaborar el concepto del yo.

Otro factor es el deficiente lenguaje del niño. Numerosos experimentos indican que las discriminaciones son mucho más fáciles cuando pueden darse respuestas distintivas a cada estímulo distinguible. La discriminación entre el medio y el yo, exige alguna clase de respuesta diferencial y la respuesta verbal es la más accesible. Aunque probablemente puede desarrollarse la autoconciencia sin el lenguaje, es casi seguro que sería de tipo difuso, que mezclaría la concepción de sí mismo del individuo con sus pertenencias personales y su ambiente inmediato.

Es muy difícil que exista un consenso entre los psicólogos para los conceptos del ego y del yo e incluso algunos autores rechazan estos términos. Dollard y Miller (1950) indican que están dispuestos a ocuparse de la percepción, el aprendizaje y el nombramiento, pero no del ego o del yo. Freud (1920) en Stanger (1974) empleó el término "ego" en un sentido muy restringido, como una porción del yo, el componente activo o ejecutivo, sin especificar claramente lo que el yo pudiera ser. Por otra parte Alfred Adler, elaboró una teoría del yo en la que éste es un sistema subjetivo altamente personalizado, con un "estilo de vida" característico que el yo procura acrecentar activamente. Sullivan (1953), al igual que Freud, limita al yo a un "sistema del yo"; es decir, un conjunto de técnicas para relacionarse con la ansiedad. Y Murphy (1947) define al yo como las percepciones de la persona y al concepto de sí mismo (imagen que el individuo tiene de sí mismo), como una totalidad; lo que más adelante se denomina autoimagen.

Los psicólogos sociales han hecho hincapié en la teoría "mirar al espejo" del yo (Cooley, 1902; Mead, 1934) en Stanger (1974). De acuerdo con este enfoque, el niño no llega espontáneamente a ser consciente de sí mismo como un objeto, pero aprende que otros lo perciben como un objeto con ciertos atributos. Puesto que él adquiere conocimientos sobre los atributos de los objetos no humanos de sus padres y otras personas del medio, también acepta la imagen de sí mismo que refleja las evaluaciones de los que lo rodean. Este enfoque, como el de Murphy citado anteriormente, identifica al yo con la autoimagen.

La autoimagen se refiere a la imagen mental (concepto de sí mismo) que cada ser humano posee en su aparato psíquico, es una imagen acerca del tipo de persona que cada uno es, la cual posee una estructura psíquica y profundamente inconsciente. Dicha imagen se basa en convenciones, en sensaciones y estructuras corporales y en la traslación simbólica de actitudes en características corporales Schilder Paul (1958).

La autoimagen es un "compuesto de pensamientos que constituyen la conciencia que tiene la persona de su existencia individual, su concepto de quién es", contienen la imagen del individuo que tiene de sí mismo Hurlock B. E. (1964).

Esta imagen de sí mismo tiene dos aspectos: el físico y el psicológico. La imagen física consiste en los conceptos que tiene el individuo de su apariencia física y en sus ideas de la importancia de cada una de las partes del cuerpo en relación con su conducta y por el prestigio que le da a los ojos de los demás. La imagen psicológica consiste en rasgos del tipo de la honradez, independencia y, por el contrario, "la desvalidez". Dixon (1957).

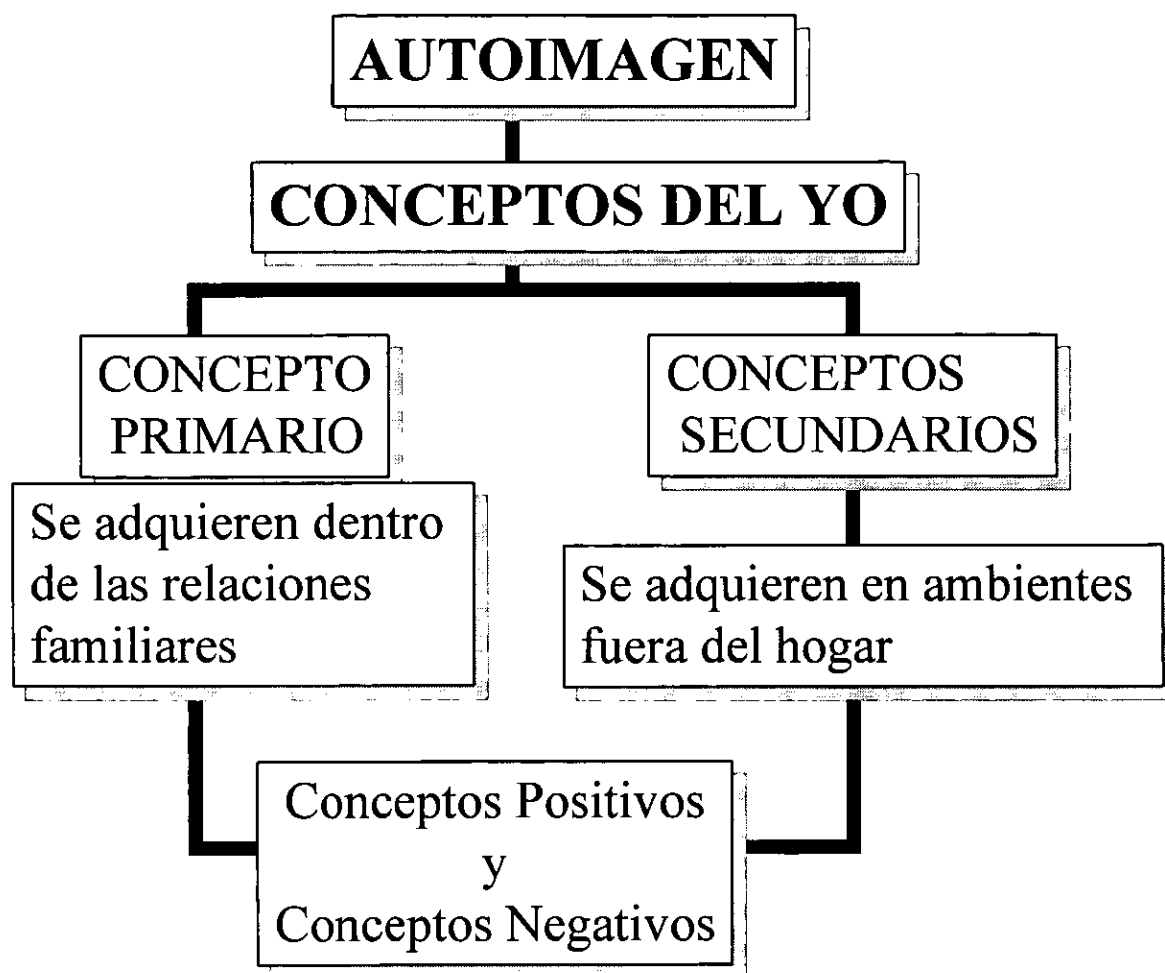
1.2 CONCEPTOS DEL YO

La personalidad se realiza a través de los distintos conceptos de sí, cada uno de los cuales es una definida referencia socio cultural o es el resultado de la interacción entre el individuo y su específico ambiente socio cultural. La realización de estos conceptos del yo es jerárquica. el concepto primero y más básico del yo (el concepto primario) es, como ha señalado Glasner (1961), formado " dentro del útero de las relaciones familiares ", los otros conceptos del yo (conceptos secundarios) se adquieren en ambientes fuera del hogar. Estos conceptos pueden ser favorables o desfavorables, y tienen distintos grados de importancia en el concepto general del yo.

El ambiente del hogar es importante para mantener la fuerza del yo. Cualquier ruptura en la familia puede tener efectos serios en el concepto del yo del niño. Las relaciones que el niño tiene con sus padres y otros miembros de la familia influyen más que las experiencias que comparte con ellos.

Las afirmaciones hechas por sus padres así como sus apreciaciones - de reproche o de aprecio - contribuyen al concepto del desarrollo del yo. A partir de este concepto básico, el niño desarrolla anteriores conceptos de sí mismo. La manera en cómo la gente fuera del hogar le trata, lo que dicen de él y el tipo de situación que logre en el grupo, refuerzan o modifican el concepto del yo aprendido en el ambiente del hogar. Brandt (1957).

Un concepto del sí estable suele estar compuesto principalmente de conceptos positivos o negativos, depende del trato que el niño haya recibido de los demás en el hogar, donde los intentos del sí primario se forman. si el concepto del sí del niño está compuesto de conceptos positivos el menor desarrollará una buena autoconfianza, pocos sentimientos de inestabilidad e inadaptación, adecuada autoestima, etc. Como resultado, de una adecuada autoimagen el niño se adaptará socialmente mucho mejor, gozará de una buena situación social y se mostrará socialmente más activo, todo lo cual le llevará a unos conceptos de sí secundarios más positivos. Pero, si por el contrario su concepto de sí mismo se compone sobre todo de conceptos negativos, el niño tendrá problemas para adaptarse socialmente, sufrirá sentimientos de incertidumbre y de inadecuación e inferioridad y su autoimagen se verá afectada. Brownfain (1952).



La autoimagen siempre implica atribuir rasgos, como por ejemplo inteligencia, belleza, torpeza, perversidad. La autoimagen del niño refleja las opiniones que los demás tienen de él. Acepta las caracterizaciones que hacen de él en buen grado, como han indicado los sociólogos. Incluso cuando el niño se juzga a sí mismo, emplea las normas que ha adquirido de su medio social. De esta manera la autoimagen tiene inevitablemente un intenso matiz social. La autoimagen es claramente un fenómeno perceptual, un concepto organizado construido a partir de experiencias personales y de las clasificaciones proporcionadas por los demás.

La autoimagen es ante y sobre todo una imagen corporal. El niño experimenta entradas sensoriales de sus acciones musculares, de sus vísceras, de sus golpes y caídas. Es probable que la distinción entre "yo" y "tú" entre "yo corro" y "el corre" se elabore con fundamento en la sensibilidad somática. "Mis" acciones están acompañadas por sensaciones de esfuerzo; es posible que "tus" acciones parezcan igual, pero no se siente lo mismo. De esta manera las fuentes de sensibilidad interna proporcionan el núcleo para el yo.

Ciertas partes del cuerpo parecen tener más importancia que otras para determinar la imagen corporal. Horowitz (1935) en Stanger (1974) informa que preguntando a niños muy

pequeños "¿ esto eres tú? " conforme apuntaba a partes de sus cuerpos, una niña localizó su yo en la región bucal, otra en el abdomen y una tercera, en la cabeza. Freud (1924) comentó que el ego es primero y ante todo un ego corporal; no es meramente una identidad superficial sino en sí misma la proyección de una superficie.

Fisher y Cleveland (1955, 1956) en Stanger (1974) publicaron una serie de investigaciones sobre la imagen corporal. Emplearon pruebas proyectivas, asociación libre y otras formas indirectas de obtener lo que bien pudiera ser un percepto inconsciente. Un hallazgo sobresaliente es que algunas personas perciben su cuerpo como si estuviese rodeado de una fuerte armadura protectora, en tanto que otros se ven a sí mismos como abiertos y suaves.

Estos autores estuvieron particularmente interesados en demostrar que la artritis, el cáncer cutáneo, las úlceras estomacales y otras enfermedades están sistemáticamente relacionadas con estas clases de imágenes corporales. Es muy probable que quienes tienen una imagen corporal " protegida con armadura " también tengan un comportamiento de difícil acceso, de modalidad insensible y se ven a sí mismos de acuerdo con esto.

La imagen corporal que tenga el niño estará ciertamente influida por sus características " reales ": tamaño, rapidez al caminar, coordinación muscular, etcétera. Pero incluso éstas dependen de normas sociales (en parte en las ejecuciones de quienes lo rodean) y la evaluación de " bueno " o " malo " es exclusivamente social.

Partiendo de esto, es adecuado predecir que la imagen corporal del individuo estará significativamente relacionada con su autoevaluación.

Jourard y Secord (1955a,b) en Stanger (1974) confirmaron esta predicción con una serie de estudios ingeniosos. Por ejemplo, pidieron a estudiantes de preparatoria que indicasen las dimensiones de diferentes partes de sus cuerpos y que clasificasen los sentimientos de satisfacción relacionados con tales zonas. En general, quienes estaban satisfechos de sus cuerpos eran bastante seguros y confiados en sí mismos, libres de sentimientos de inferioridad, etcétera.

El estudio de Jourard y Secord ejemplifica con claridad la importancia de las normas sociales. Estos autores encontraron que en los hombres un cuerpo grande proporcionaba autosatisfacción. Por otra parte, en las mujeres un cuerpo ligeramente más pequeño que el promedio redituaba intensos sentimientos de satisfacción con el yo, con una sola excepción: la medida del busto.

Obviamente, otros aspectos de la autoimagen dan lugar a satisfacción o frustración; por ejemplo, inteligencia, belleza, facilidad de palabra o talento artístico. El principio general que debe reconocerse es el siguiente: la valoración del yo hecha por el individuo, su sentido de valer personal está directamente relacionado con su evaluación de varios componentes específicos, como el físico, la torpeza o la agilidad.

La satisfacción del niño consigo mismo depende de que alcance la medida de las normas sobresalientes; es decir, las que le son insufladas por sus padres o parientes.

Contribuyen diferentes factores en la formación de la imagen de sí mismo del niño; entre éstas se encuentran la valoración e influencia de los miembros de su familia, de sus compañeros y de personas significativas que rodean al menor, así como de los buenos

resultados y fallas en su vida diaria. El niño desde pequeño emplea normas sociales para valorarse y éstas son, en primer instancia determinadas por los grupos sociales a los que pertenece.

1.3 INFLUENCIAS FAMILIARES

Puesto que los padres y los miembros inmediatos de la familia son las fuentes primarias de satisfacción de necesidades y de protección en la lactancia y al principio de la etapa preescolar, constituyen naturalmente la influencia más significativa en el modelamiento de la imagen del yo del niño durante estos periodos. Continuamente se le transmiten mensajes valorativos: "eres un primor"; "eres la consentida de papá"; "qué barbaridad, qué torpe eres"; estos juicios junto con las actitudes inherentes a ellos forman las bases del concepto del yo que persiste durante toda la vida. Conforme el niño se hace mayor, tiende selectivamente a aceptar retroinformación del ambiente consistente con la valoración propia de sí mismo y bloquea lo que considera no es congruente con ello. De esta manera un muchacho que ha crecido rodeado por una familia que lo admira, probablemente sobrestimaré su inteligencia; su atractivo y sus habilidades. Se le ha impedido probar sus cualidades en situaciones reales y en lugar de ello ha aceptado la hermosa representación de sí mismo que se le ha ofrecido. Angrilli Albert y Helfat Lucile (1984).

A la inversa, se puede hacer mucho daño mediante descripciones derogatorias del niño formuladas por los adultos. Los padres pueden hacer que el joven se considere torpe, estúpido y sin valor alguno mediante críticas inconsideradas, "mis padres saben mucho; si dicen que soy un muchacho malo, debe ser verdad", y es muy probable que actúe de acuerdo a ésta caracterización. Stanger Ross (1974).

La imagen del niño se va modificando conforme éste va comprendiendo cómo lo valoran sus padres. Cabe mencionar que la apreciación "real" de los padres no es decisiva. El niño incorpora en su concepto del yo el concepto de las evaluaciones de los padres.

Angrilli Albert y Helfat Lucile (1984) afirman que la imagen del yo que el niño percibe no es necesariamente la real; se puede sentir feo o estúpido cuando en realidad es apuesto e inteligente. Cuanto mayor sea la discrepancia entre la percepción del niño de sí mismo y la percibida por otros, será mayor la posibilidad de que el niño experimente dificultades en el ajuste social.

Los niños con frecuencia captan con sorprendente perspicacia los estados emocionales encubiertos por los adultos; por esto es posible que las creencias del niño acerca de las evaluaciones que sus padres hacen de él estén más cerca de la verdad que lo que afirma el padre abiertamente: sin embargo, no es necesario suponer esto. Consecuentemente, es el concepto del niño el que guía su conducta. Stanger Ross (1974).

Así mismo conforme el niño se desplaza fuera del ambiente familiar, influyen sobre su concepto en formación del yo, sus compañeros, los profesores preescolares y otros adultos que no pertenecen a su familia; en general mientras más significativa sea la persona y más regular el contacto, mayor es el impacto sobre la imagen del yo.

1.4 INFLUENCIAS DE LAS EXPERIENCIAS

Las experiencias reales contribuyen en forma significativa a la imagen del yo en desarrollo; por ejemplo, el niño preescolar que es consistentemente más capaz de trepar a la "changuera" más rápido que otros niños, pronto incorpora a su imagen esa habilidad y otras habilidades motoras, como un niño físicamente eficiente. Sin embargo, cuando en forma reiterada es más lento que sus compañeros, su imagen del yo reflejará la falta de buenos resultados. Las experiencias personales dan forma al concepto del yo por un proceso de autoevaluación con el que el individuo se compara de manera constante con otros.

1.5 GRUPOS DE COMPARACIÓN Y GRUPOS DE REFERENCIA

Se realizará la autoimagen del niño cuando se le compare con gente menos hábil que él y disminuirá cuando se le compare con alguna norma superior. Estas comparaciones son con individuos específicos (un niño promedio se verá a sí mismo torpe en contraste con su brillante hermano mayor), pero más frecuentemente la comparación es con un grupo. El niño puede sentirse pobre a un grado objetivamente injustificado si sus padres se relacionan con gente de mayor índice económico. En la escuela, el joven trata de ingresar a ciertos clubes o pandillas y procura adquirir los atributos de las personas que ya pertenecen a ellos. Si es aceptado, tiende a adoptar los atributos del grupo (Manis, 1955). Esto no es necesariamente cierto si es miembro de un grupo pero nunca le importó ser aceptado. Mannheim (1957) en Stanger (1974) mostró que los estudiantes varones de preparatoria incorporaban en su autoimagen los rasgos que ellos atribuían a ciertos grupos, únicamente cuando expresaban el deseo de ser aceptados en dicho grupo. Por supuesto, pueden ser efectivas las comparaciones de la niñez temprana sin importar el deseo de unirse al grupo.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA EDIFICACION DE LA AUTOIMAGEN

- RELACIONES FAMILIARES
- RELACIONES SOCIALES
- CARACTERISTICAS REALES
- EXPERIENCIAS (AUTOEVALUACION)
- GRUPOS DE COMPARACION Y REFERENCIA

1.6 ASPIRACIONES PERSONALES

Si un niño adquiere, por lo común de sus padres o de otros adultos, el deseo de lograr un cierto papel social, es probable que distorsione su autoimagen en dirección de los atributos adecuados y que tenga éxito en desarrollar esas características.

Parece, que a la larga las influencias sociales moldean la autoimagen. Sin embargo, el individuo tiene ciertas oportunidades de elegir, según aprende a ver favorablemente a un adulto o a un grupo, acepta sus atributos más rápidamente y rechaza las influencias que emanan de grupos que le disgustan.

La imagen corporal es un constructo de imágenes tanto conscientes como inconscientes que se hallan en una relación transaccional con la percepción, la memoria, las emociones, pensamientos y acciones.

El estudio de la imagen corporal es un campo en constante cambio y está lleno de términos y conceptos difíciles de aplicar o relacionar con regiones anatómicas específicas o funciones psicológicas explícitas.

Teóricamente existe toda una serie de imágenes corporales. Algunas de éstas son preconscientes y pueden ser traídas a la conciencia mediante un esfuerzo volitivo en psicoanálisis. Otras son inconscientes y no pueden ser traídas deliberadamente a la conciencia, emergen solamente bajo circunstancias muy especiales.

El desarrollo y organización de la imagen corporal es un complejo proceso psicofisiológico que depende de varios factores tales como el contacto inmediato con los otros, el autocontacto como sensación dual (que se compara al hecho de tocar a otros como una sensación individual), organización espacial, resolución de tensiones internas, la apertura para explorar las partes del cuerpo y los tabues culturales o familiares (de los padres).

Construimos nuestra imagen corporal de acuerdo a las necesidades de nuestra personalidad.

Ernest Kafka (1971) describe la secuencia del desarrollo de la imagen corporal de la siguiente manera:

- 1.- Estado primario de indiferenciación
- 2.- El contenedor y lo contenido
- 3.- Conciencia de algunos órganos y orificios corporales con superficie diferenciada e interior, separado de los productos de desecho y de las secreciones.

Dentro del rubro general de " la sociología de la imagen corporal" , Schilder (1958) describió la experiencia corporal que una persona tiene en presencia de otros quienes son inusualmente pequeños o altos, graciosos o torpes, bellos o feos, y notó que la información a cerca de los sentimientos y actitudes corporales se cambia constantemente en el marco de las relaciones sociales.

1.7 IMAGEN PARENTAL

En párrafos anteriores hablamos de la importancia que ameritan los padres en el modelamiento de la imagen del yo del niño, los conceptos positivos o negativos que utilizan para referirse al menor influyen de manera considerable en la edificación y desarrollo de su propia imagen corporal. Pero la integración de la autoimagen no depende sólo de los conceptos que el niño capta acerca de él dentro del hogar, ya que la imagen parental que posee de sus padres es igualmente esencial para la adquisición de su propia imagen.

La imagen parental se refiere a la manera en que el niño o el adulto visualizan internamente a sus padres. Esta imagen influye en gran medida sobre la visualización interna que el menor habrá de formarse sobre sí mismo. Y se va conformando en base al trato, a las actitudes y a la convivencia diaria que experimenta el menor dentro del seno familiar .

El tipo de vida hogareña que tenga el niño está en gran medida determinado por sus padres. Los hogares caracterizados por discordias y otros roces carecen de relaciones afectuosas, de interés de los padres por el niño, y acaban en separación, muerte o divorcio, lo cual lleva a una inestabilidad emocional y a una mala adaptación por parte del niño. Un modelo de vida familiar en el que los miembros de la familia se lleven bien, donde existan relaciones de cooperación y de tipo democrático y donde se hagan intentos para satisfacer las necesidades del niño, produce en éste una personalidad bien ajustada. Este tipo de hogar produce las relaciones afectuosas que todo niño necesita por parte de sus padres y hermanos. Zunic (1962)

Pero recordemos que la manera en cómo el niño percibe las actitudes de sus padres es más importante que las actitudes mismas. Un niño que se perciba aceptado, muestra más aspiraciones de su yo, muestra así más tenacidad e independencia de los padres que uno que se sienta rechazado.

Las actitudes de los padres que sean favorables para el desarrollo de la personalidad del niño están caracterizadas por la comprensión, el amor y el interés por el niño en cuanto individuo. Las actitudes de los padres que han demostrado ser más desfavorables para el desarrollo de la personalidad del niño están caracterizadas por falta de calor emotivo, rechazo manifestado bajo sutiles formas del tipo de criticismo, hostilidad, sumergidas en un mar de afectos y cuidados no sinceros, favoritismo hacia un hermano y un autogrado de control de la conducta. Finney (1961).

Se ha observado que las madres poco cariñosas hacían que los niños fueran hostiles, desobedientes, carentes del sentido de la responsabilidad y pesimistas; los niños tienen un sentimiento generalizado de fracaso, que se acompaña de pérdida de la confianza en sí. Las personalidades de los padres y sus actitudes hacia el hijo influyen mucho más en el desarrollo de la personalidad del mismo que los factores externos al hogar. Este punto de vista ha sido señalado por Shirley (1941):

Un niño seguro y amado sanamente sabe hacer frente a toda experiencia nueva con espíritu de aventura y vuelve triunfante de sus encuentros con nuevos lugares, nuevos materiales y nuevos amigos, mayores y pequeños. Un niño que haya sido sobreprotegido o mal amado sale ya de sus casa con sentimientos de duda y desconfianza y da una impresión general de

inadecuación e inmadurez en su encuentro con nuevas experiencias que le hacen ser mal recibido tanto en la sociedad de adultos como en la de niños.

La personalidad del niño también estará influenciada indirectamente por sus padres a través de sus tendencias a imitarles y a identificarse con ellos. Que los niños imiten a sus padres está demostrado por el hecho de que el modelo de personalidad tanto de los chicos como de las chicas en la infancia se parece más íntimamente al de la madre que al del padre, debido a los contactos más constantes que tienen con la madre.

También hay indicaciones de actitud imitativa en los trastornos de personalidad de los niños que se parecen íntimamente a los de la madre. Como la personalidad del niño está tan fuertemente influenciada por sus padres, Symonds (1949) ha dicho, justificadamente: " Si un individuo posee un padre y una madre sanos, estables, valerosos y amantes, las probabilidades de que sea un buen estudiante, un buen trabajador, un buen marido o mujer, un buen jefe y un buen ciudadano son mucho mayores que en caso contrario " .

Conforme el niño va adquiriendo su propia autoimagen se enfrenta inevitablemente con un problema: el nivel de aceptación de esa imagen. La adaptación es la medida en que la personalidad de un individuo es eficaz en el mundo de los otros. Como ha señalado Thomson (1962):

Una adaptación normal es una cosa relativa. Todos los niños sufren de alguna ansiedad, muestran alguna conducta inaceptable para los demás, no logran conseguir algunas metas muy importantes para ellos y pasan por algunos periodos de lo que llamamos " desgracia " . Sin embargo, el niño cuya adaptación psicológica puede ser considerada normal salva con relativa facilidad estas desilusiones y depresiones, continúa a orientar su conducta hacia metas que prometen satisfacer sus necesidades y adapta dichas metas a las exigencias sociales de su cultura.

Si el concepto que tiene el niño de su yo le gusta, se aceptará. Si no le gusta sentirá antipatía hacia sí mismo y se rechazará; pocos niños, sin embargo, se aceptan o se rechazan a sí mismos completamente. En general, quiere parecerse mas a sus ideales del yo y se vuelve más preocupado cada año por su personalidad. Si queremos que un niño tenga una personalidad sana debemos lograr que tenga una imagen de sí mismo que pueda aceptar y con la cual pueda vivir felizmente, sin sentimientos de culpabilidad, ansiedad u hostilidad, sin sentirse ni vencido ni destructor.

Una actitud de autoaceptación consiste en ser capaz de vivir a gusto con las propias emociones; el tener confianza en las propias capacidades de éxito en la vida; en desear asumir responsabilidades y competir con las capacidades de los demás sin llegar a lo imposible ni dañar a nadie, y en tener una consideración sana de sus propios derechos y en considerarse una persona digna de respeto, si bien no perfecta. La autoaceptación no significa autosatisfacción vana, sino más bien el deseo de hacer frente a los hechos y condiciones de la vida, sean favorables o desfavorables, de la manera más imparcial y efectiva posible.

Revisemos algunos medios que ayudan a la autoaceptación para desarrollar un concepto de sí satisfactorio:

Primero, las esperanzas del niño y sus exigencias, en cuanto a él mismo, debe guardar los límites de sus logros reales; debe ser realista y no pedir lo imposible. Esto, no significa que debe carecer de ambición o establecer sus metas por debajo de sus capacidades. Sí quiere decir, sin embargo, que deben establecer sus ideas dentro de sus posibilidades reales, incluso si estas realidades son inferiores a lo que quisiera que fuese. Solo cuando la distancia entre los conceptos de sí ideales y no reales pueden estrecharse hasta el punto de que el ideal pueda alcanzarse fácilmente, es capaz el niño de aceptarse y de adaptarse bien personal y socialmente.

En segundo lugar, el comprenderse a sí mismo ayuda a acortar la distancia entre lo ideal y lo real. El niño que se comprende no reconoce meramente los hechos que le conciernen; también percibe la significación de tales hechos. Para autoaceptarse, por ejemplo, el niño que tiene algún defecto físico no debe sólo visualizar que su defecto le priva de muchas actividades, sino también darse cuenta de que no le priva de todo; hay otras actividades de las que puede disfrutar con sus compañeros, y puede contribuir a disfrutar del grupo y a ser útil al mismo. La autocomprensión y la autoaceptación van mano con mano. Cuanto mejor se comprenda el niño, más realista será y menor la distancia entre los conceptos de su yo reales e ideales.

Un tercer factor que influye sobre el grado de autoaceptación que logre el niño es la discrepancia entre su concepto del yo y el concepto que los demás tienen de él. El niño que carece de visión social y de visión de sí mismo, se adapta peor y es menos aceptable al grupo de compañeros que el niño cuya percepción de sí es más parecida al concepto que los demás tienen de él. Al ser capaz de verse tal como lo ven los demás, puede guiar su comportamiento hasta hacerlo conforme a las esperanzas sociales y aceptar y aumentar así su aceptación social. Por el contrario la discrepancia entre las opiniones que tienen los demás de él y la opinión que tiene el niño de sí mismo llevará a una conducta que se opone a los demás y disminuye así todavía más su opinión de él. Cuanto menos aceptado sea el niño por los demás, tanto más difícil será para él aceptarse así mismo.

Finalmente la autoaceptación viene en gran medida influida por la estabilidad del concepto del yo. El niño que se ve así mismo de manera distinta según los momentos (favorable o desfavorablemente) es ambivalente. Para que el niño se autoacepte, su concepto del yo debe ser a la vez estable y favorable. Un concepto del yo estable compuesto sobre todo de conceptos negativos también llevará al autorrechazo.

El nivel de autoaceptación es importante por que ningún niño puede lograr una buena adaptación personal o social si no se acepta así mismo. Cuando uno acepta ser como es, se comporta de una manera que le lleva a la aceptación social. El modelo característico de adaptación que el individuo haga ante las situaciones de la vida dependerá hasta cierto punto del grado de aceptación y rechazo que tenga para él mismo.

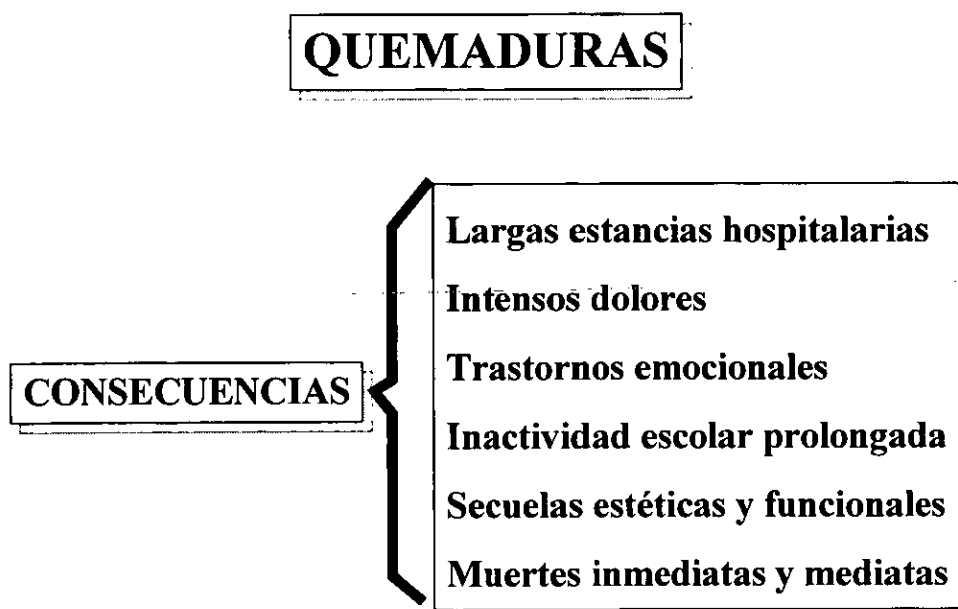
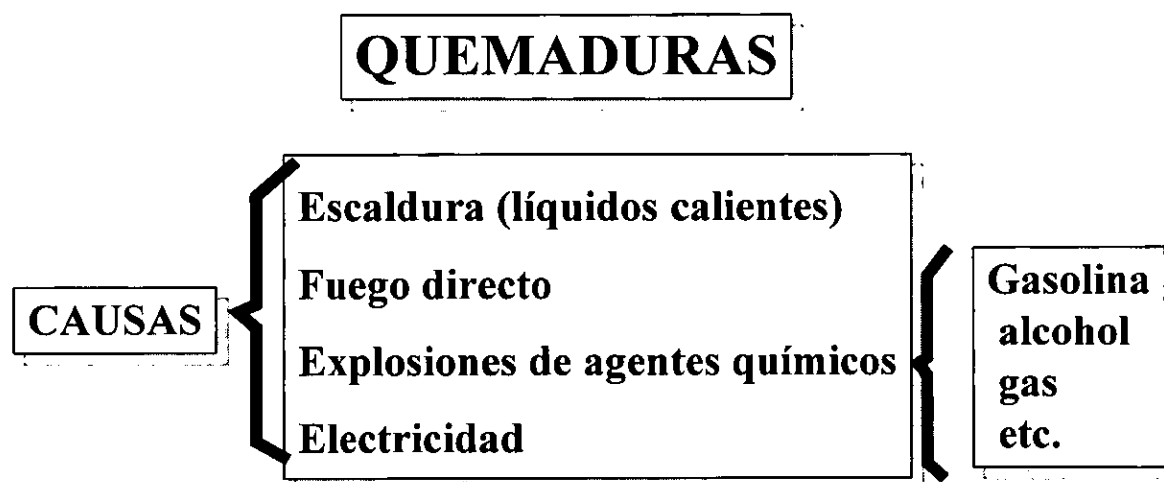
La autoaceptación depende en gran medida del ambiente y de las actitudes de la gente que rodean al niño, es lógico que el grado de autoaceptación que experimente el niño varíe de vez en cuando. El punto importante, sin embargo, es que debe haber un grado de coherencia en su autoaceptación si queremos que se adapte bien, y esta coherencia debe ser en la dirección de lograr unos conceptos de sí positivos y no negativos.

CAPITULO 2

- 2.1 QUEMADURAS: CAUSAS Y CONSECUENCIAS
- 2.2 GRADO DE INTENSIDAD
- 2.3 EXTENSION DE LA QUEMADURA (REGLA DE LOS NUEVE)
- 2.4 TRATAMIENTO CLÍNICO
- 2.5 CONSECUENCIAS DE LAS QUEMADURAS Y DEL TRATAMIENTO EN LOS NIÑOS
- 2.6 EL PACIENTE QUEMADO EN LA FAMILIA
- 2.7 TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

2.1 QUEMADURAS: CAUSAS Y CONSECUENCIAS

La experiencia de quemarse ha sido descrita como abrumadora, tanto física como emocionalmente. Se ha considerado como un trastorno gravísimo y uno de los traumas más graves que puede pasar una persona (Wernik, 1983; Achterberg y Kenner, 1988; Lindeman, 1944). Este tipo de heridas presenta características muy especiales, ya que expone a las víctimas a dolores intensos, delirios, la amenaza de morir, desfiguramiento y/o pérdida de alguna parte del cuerpo y muchas veces una larga convalecencia, con todas sus implicaciones. Todo esto puede producir reacciones en el paciente tales como depresión, ansiedad, conducta revoltosa, hostilidad y regresión entre otras (Dalton, 1986). Por todas estas razones la capacidad de la persona para ajustarse a esta situación se hace muy difícil y estresante. La incidencia de problemas psicológicos en los pacientes con quemaduras es bastante alta durante el período de hospitalización (Wernik, 1983).

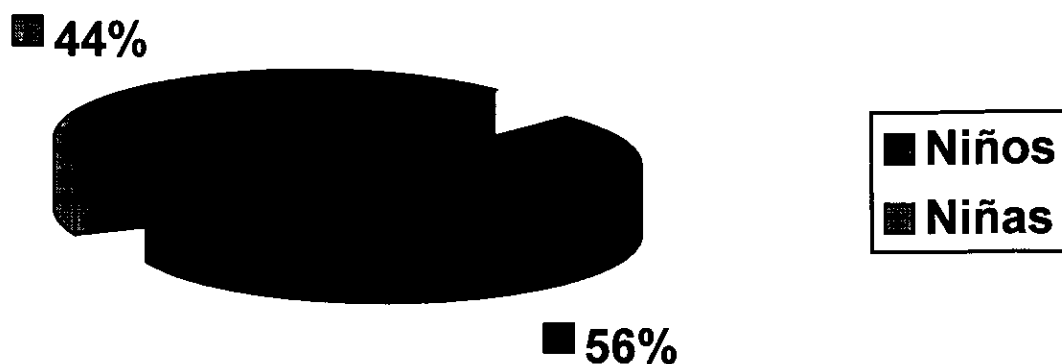


Los niños son una población de alto riesgo en cuanto a la posibilidad de quemaduras. En los Estados Unidos aproximadamente un millón de niños sufren de accidentes por quemaduras al año (Tarnowski, Rasnake and Mulik, 1989). Las lesiones por quemaduras son uno de los traumas más serios a que se enfrentan los niños. Un niño hospitalizado por quemaduras graves, se expone al aislamiento, a la inmovilización, dolor extremo y desfiguración (Kelley, Jarvie y otros, 1984).

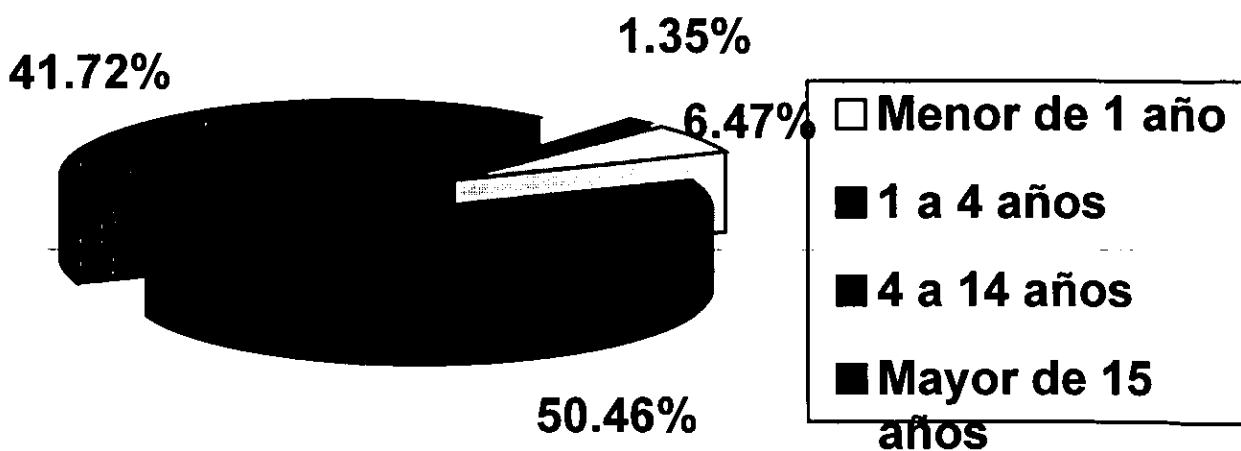
En México no se tienen estadísticas de la magnitud del fenómeno en la población en general y menos en niños. Pero los hospitales que atienden este tipo de población van identificando casos y elaborando estadísticas. El Instituto para la Atención Integral del Niño Quemado, que tiene sus oficinas centrales en Coyoacán y que tiene su centro de servicio en el Hospital Pediátrico de Xochimilco, se encuentra elaborando sus estadísticas de los últimos cinco años con la intención de publicarlas, y aunque no se puede hablar de cifras exactas mencionan que los niños tienden a quemarse más que las niñas y que la edad de más frecuencia es entre uno y cuatro años. A este Hospital ingresan unos 15 niños al mes (cifra promedio) y se trabaja con unos 50 niños mensualmente contando las consultas internas y externas. Entre los 10 y 14 años de edad la proporción cambia siendo las niñas las que más sufren de accidentes por quemaduras. Y de acuerdo a datos reportados por la Dra. Edith Padrón, coordinadora general del Instituto, éste ha atendido unos 1,000 pacientes desde su fundación en 1985, mencionando que en el 60 % de los casos la causa principal de la quemadura ha sido la escaldura (líquidos calientes) y después el fuego directo.

En el Hospital Pediátrico de Tacubaya, donde se especializan en la atención de niños quemados, las estadísticas para 1990 arrojaban la siguiente información: En 1990 ingresaron 340 pacientes de los cuales el 56 % eran niños (190 pacientes) y el 44 % eran niñas (150 pacientes). De este total el 6.47 % eran niños de un año o menos de edad; el 50.5 % eran niños entre 1 y 4 años; el 41.75 % eran niños entre 4 y 14 años y el 1.35 % eran mayores de 15 años.

PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PEDIATRICO DE TACUBAYA EN 1990

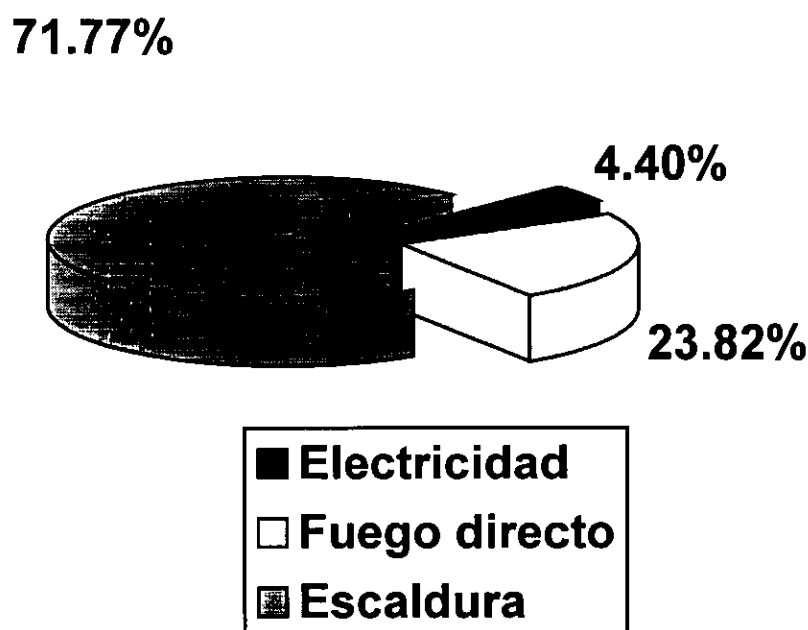


RANGO DE EDAD



En cuanto a las causas de las quemaduras, las estadísticas señalaron que el 4.4 % de los pacientes sufrieron accidentes por electricidad; el 23.82 % fue por fuego directo y el 71.76 % fue por escaldura.

CAUSAS DE QUEMADURAS



Las conclusiones que hace el Hospital se resumen de la siguiente manera:

- Para 1990 la demanda de ingreso al Hospital por quemaduras es del 13.65 % del total de las consultas.
- Se corrobora la predominancia del sexo masculino aunque no es significativo.
- El mayor número de pacientes corresponde a la edad preescolar con un 50.7%.
- Las quemaduras por escaldura siguen siendo la principal causa.
- La estancia del paciente se prolonga, con relación a la profundidad y porcentaje de la superficie corporal quemada.
- Es una de las principales causas de mortalidad intrahospitalaria con un 33 % del total de pacientes fallecidos.
- Quemaduras de segundo grado superficial y profundo son las más frecuentes.

2.2 GRADO DE INTENSIDAD

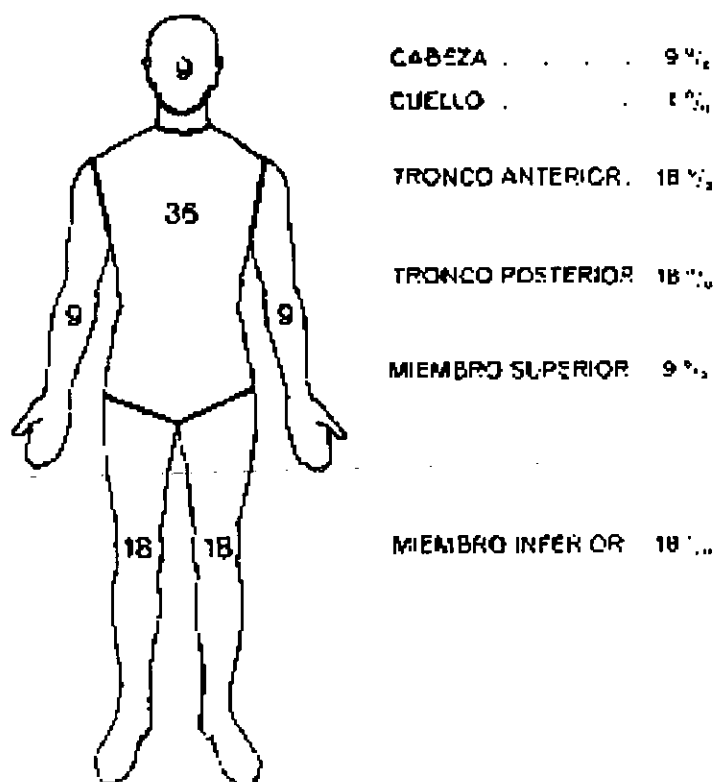
Las quemaduras son descritas generalmente en términos de: el grado de intensidad (tipo de quemaduras) y el porcentaje del área del cuerpo que cubre. Las quemaduras de primer grado suponen daños únicamente para las capas más externas de la piel (epidermis); se curan en una semana y no dejan cicatrices. Las quemaduras de segundo grado (grosor parcial) suponen desde daños superficiales hasta profundos en la dermis y a la larga se curan por sí solas. Las quemaduras de tercer grado (grosor total) suponen la completa destrucción de la piel y posiblemente de tejido subcutáneo, incluyendo las terminaciones nerviosas. Cuando hay este tipo de daño, no se genera piel nueva, por lo que se necesitan injertos para cubrir la herida (Wernick, 1983; Tarnowski, Rasnake y Drabman, 1987).

2.3 EXTENSION DE LA QUEMADURA

En cuanto a la extensión de la quemadura, puede evaluarse aplicando la regla de los nueve, para calcular el porcentaje de superficie corporal afectada por la lesión.

De acuerdo con Wallace (1949) la superficie corporal se divide en zonas que representan el 9 % o múltiplos de 9. Cabeza 9 %; cuello 1 %; cara anterior del tronco 18 %; la zona posterior del tronco, 18 %; cada extremidad inferior 18 % y cada extremidad superior 9 %.

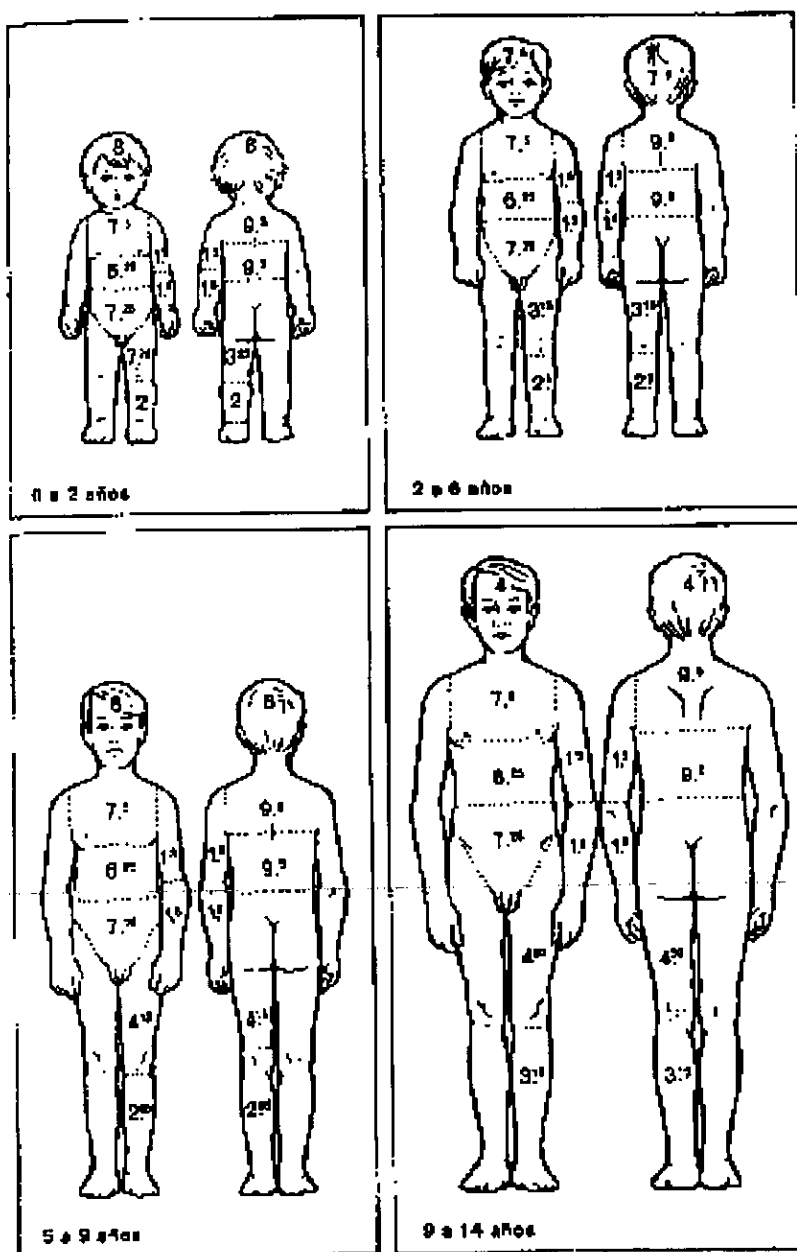
ESQUEMA DE WALLACE PARA ADULTOS



Esta técnica es eficaz para estimar la lesión en los adultos, pero es menos exacta en los niños debido a las proporciones relativamente distintas de su cabeza, tronco y extremidades en comparación con los adultos (Salisbury, 1986).

Del Río y Galliani efectuaron interesantes estudios sobre las diferencias de las diversas zonas corporales entre los niños y los adultos y en 1945 publicaron una tabla para determinar los porcentajes correspondientes a cada segmento corporal en los niños, dividiéndolos en cuatro grupos de edad.

ESQUEMA DE DEL RIO Y GALLIANI PARA NIÑOS



2.4 TRATAMIENTO CLÍNICO

Wernick (1983) ha descrito el proceso de tratamiento en tres fases: fase de emergencia, fase aguda y fase de rehabilitación, las cuales suelen producir experiencias dolorosas y estresantes provocando en los pacientes diversas respuestas emocionales.

RESPUESTAS EMOCIONALES

- LLANTO INCONTROLADO**
- AGRESIVIDAD**
- ANSIEDAD**
- DEPRESION**
- REGRESIONES**
- DEPENDENCIA**
- APATIA**
- HOSTILIDAD**
- ANGUSTIA**
- RETRAIMIENTO**
- CONDUCTAS FOBICAS**

En la fase de emergencia se determina el porcentaje del cuerpo que ha quedado lesionado y la profundidad de la quemadura. Lo más importante de esta etapa es la estabilización de los fluidos y electrocitos, el mantenimiento de una circulación y respiración adecuada y la prevención de las infecciones.

La fase aguda dura de varios días a meses. En esta etapa lo más importante es la cicatrización de las heridas, los injertos y la prevención de las infecciones y contracturas

(pérdida de las funciones de articulación). Es la fase más dolorosa para el paciente, ya que el dolor se caracteriza por su intensidad y su prolongada duración. Es este periodo de hospitalización el que resulta más estresante para los pacientes.

Los procedimientos terapéuticos que se utilizan para las curaciones suelen ser los que producen las experiencias más dolorosas y estresantes del proceso de curación (Stoddard, 1982; Kelley, 1984; Lawlis 1988). El sufrimiento y dolor resulta más agudo en el momento de la hidroterapia, en que los pacientes son introducidos en una bañera. Es en este momento cuando se le quitan las vendas viejas y se restriega suavemente la piel para quitar la medicación incrustada. La limpieza de las heridas supone quitar los tejidos muertos de las áreas quemadas. El tratamiento, que puede durar hasta más de una hora, termina con la aplicación de medicamento nuevo y la colocación de vendajes.

Además de la limpieza de las heridas a través de la hidroterapia y los injertos, hay otros procedimientos o tratamientos que implican ciertos niveles de dolor o incomodidad para el paciente: cambios de vendas (diferentes a los que se realizan durante el baño) y extracciones de sangre, suelen hacerse casi a diario. La toma de medicamento o puestas de inyecciones para aliviar los dolores y prevenir o controlar las infecciones; el uso de instrumentos (como prótesis o ganchos) si las quemaduras han implicado la pérdida de alguna parte del cuerpo o la reconstrucción de algún miembro del mismo; el uso de tubos, suero, etc.; las visitas constantes de las enfermeras, terapeutas físicos y los mismos doctores, son todo parte de un ambiente que resulta amenazante y estresante para los pacientes.

La fase de rehabilitación es la tercera etapa del proceso. Comienza cuando todas las heridas están cubiertas y se da de alta al paciente y termina cuando el tejido de las cicatrices ha madurado. Lo más importante en esta etapa es la prevención de las contracturas, la disminución de las cicatrices y el retorno a la familia y comunidad, a la vida que se llevaba antes del accidente. Se les pide a los pacientes hacer una serie de ejercicios, algunos deben usar una licra a presión por cierto tiempo con el objetivo de reducir las cicatrices. Se pide que vayan al Hospital para dar seguimiento al proceso de rehabilitación; y algunos deben volver para una cirugía de reconstrucción. Pueden pasar varios años antes de que termine el tratamiento completo.

Uno de los problemas que surgen al salir del hospital, es que el paciente se siente rechazado por su grupo y la sociedad en general, y algunos no desean salir del ambiente hospitalario pues este les da cierta seguridad. Para muchos la salida del hospital y el reingreso a su antiguo estilo de vida (con todos los cambios que puede implicar) representa un momento de mucha tensión, confusión e inseguridad, por lo que se necesita mucho apoyo para que la persona se pueda ir adaptando a la nueva situación.

2.5 CONSECUENCIAS DE LAS QUEMADURAS Y DEL TRATAMIENTO EN LOS NIÑOS

La hospitalización, con todos los procedimientos que conlleva (cirugía, tratamiento del dolor, aislamiento, etc.) produce mucho estrés y ansiedad en los niños (Elliot y Olson, 1983; Peterson, Shigetomi, 1981; Leigh, 1986) sobre todo si son pequeños. Una de las razones para esto es que por su limitado desarrollo intelectual, no son capaces de comprender en su totalidad lo que les ocurre. El dolor está estrechamente relacionado con la ansiedad y los miedos en los niños. La ansiedad incrementa el dolor y el dolor en sí mismo genera más ansiedad (Stoddard, 1982).

Madeiras, Porter y Welch (1983) señalan algunos miedos que sufren los niños al ser hospitalizados y que generan mucha ansiedad:

1. Uno de los miedos más comunes, sobre todo en los menores de cuatro años, es el de ser abandonados por sus padres. La separación de los padres en el hospital, puede ser una situación muy estresante y generadora de ansiedad.
2. Otro miedo muy común en los niños es el miedo a lo desconocido: el hospital es un lugar donde ellos no conocen a nadie, estarán sujetos a procedimientos que desconocen y que tal vez le producirán dolor; si el accidente o el padecimiento es muy grave, tal vez lo aislen en la sala de cuidados intensivos; y a todo esto se suma el lenguaje médico que ellos no entienden.
3. Otro miedo entre los niños es el de ser mutilados, entiéndase por esto la pérdida de algún miembro de su cuerpo.
4. Un miedo universal entre los niños es el miedo a las agujas. Todo que sea sacar sangre, inyecciones, colocación de suero intravenoso, son sucesos que le causan mucha ansiedad.
5. Muchos niños de edad escolar también experimentan miedo de perder el control. En la casa y escuela comienzan a hacer cosas por ellos mismos y a tomar decisiones sencillas. En el hospital, generalmente no tendrán la oportunidad de "hacer nada", no pueden evitar tomar medicamentos, cambio de vendajes, cirugía, baños dolorosos, etc.
6. Los niños suelen temer al dolor de tener que permanecer hospitalizados mucho tiempo, con todo lo que implica (estar alejados de sus familiares y amigos, de la escuela, de sus juegos y actividades sociales, etc.).
7. Otra fuente de estrés en los niños es el miedo a la muerte. La muerte significa diferentes cosas para las diferentes edades, pero la mayoría de los niños le temen.
8. La idea de que están enfermos, han sufrido un accidente y/o están hospitalizados les hace pensar que es un castigo por haber sido niños "malos". Como muchos no son capaces de entender las razones médicas por las cuales están en el hospital, construyen su propia explicación partiendo de su propia experiencia: el castigo es algo desagradable y a veces doloroso, y siempre viene después de una mala conducta. La enfermedad y la hospitalización son desagradables, por lo tanto es un castigo. Por más ilógico que parezca, muchos niños pueden pensar así.
9. Otro de los factores que generan miedo y ansiedad en los niños hospitalizados, es la ansiedad experimentada por sus padres. Mucha de esta ansiedad es causada por el mismo temor a lo desconocido, a la falta de información y el miedo a la muerte. También se

genera estrés y ansiedad en los padres debido a la preocupación económica en cuanto a los gastos médicos, pero sobre todo, la creencia de que ellos son los responsables del accidente de su hijo y el estado en que se encuentra. Esto genera un fuerte sentimiento de culpa y mayor ansiedad. El problema se complica cuando este sentido de culpa y ansiedad es tan grande que no se puede manejar adecuadamente y se le transmite al niño aumentando su propia ansiedad y temor.

Todos estos factores que se han mencionado, contribuyen a que los niños sufran de una manera diferente el proceso de hospitalización. Si a lo ya mencionado se le suman los traumas provocados por las quemaduras graves y su tratamiento tan molesto y doloroso, existe la posibilidad de que el niño entre en un estado de crisis aguda.

Según Elliot y Olson (1983) el tratamiento de hidroterapia, , con todo lo que conlleva es una de las experiencias más traumáticas que un niño hospitalizado puede sufrir. La respuesta emocional del niño ante la experiencia de la quemadura y su tratamiento de curación va desde agresividad, ansiedad, rabia, depresión, regresión, problemas de conducta y hasta una exagerada dependencia. Si el niño queda aislado por mucho tiempo en la sala de cuidados intensivos, también puede producir mucho estrés, ansiedad y daños psicológicos posteriores; el niño que queda aislado de sus compañeros o iguales o se siente rechazado por ellos al salir del hospital, puede desarrollar problemas de autoestima, de conducta y de salud mental en general (Ladd, 1981).

Según Clarke (1980) el niño que llega al hospital con quemaduras graves, pasa por varias etapas. La primera se puede describir como una de separación, que va acompañada de mucha ansiedad. Es un momento de llanto, gritos, protestas y hostilidad. En un segundo momento el niño se tranquiliza quedando menos activo, llorando intermitentemente y aislándose poco a poco hasta llegar muchas veces a la apatía. Es un momento en que se siente un profundo dolor, tanto físico como emocional. La última etapa descrita por Clarke es la de la negación, donde el niño ya no puede manejar por mucho tiempo la intensidad del dolor y tiende entonces a reprimirlo, sobre todo ante sus familiares. Muestra poco interés por las visitas de sus familiares y a veces llega a mostrar hostilidad hacia ellos. Señala Clarke que los niños mayores tienen más capacidad para entender la situación por la que atraviesan y su tolerancia al dolor es mayor que la de los menores.

2.6 EL PACIENTE QUEMADO EN LA FAMILIA

Tanto en los niños como en los adultos, los disturbios emocionales y la psicopatología familiar incrementan la probabilidad de todo tipo de accidentes, incluyendo las heridas por quemaduras.

Seligman, Mc Millan y Carroll (1971). Han hecho énfasis en los problemas psicopatológicos individuales y familiares como agentes causantes de accidentes que provocan heridas por quemaduras en los niños y un extenso campo de literatura acerca de accidentes en adultos así lo confirma.

Tanto en las familias de normal funcionamiento como en las familias desorganizadas, a la brutal catástrofe de la quemadura sigue un curso emocional que hasta hoy ha sido mejor descrito por Herschowitz (1973), éste inicia con el PRIMER IMPACTO, un estado de shock que acompaña a la primera exposición a la terrible noticia. Este periodo es seguido por otro de REACCION DE DISTURBIO, el cual continúa durante las siguientes semanas. La tarea de reconstrucción emocional puede durar algunos meses y en algunos casos de desfiguración perdura por años.

Inevitablemente, después del accidente la gente busca explicarse la tragedia y sus consecuencias y entonces tiende a buscar responsables de lo que ha pasado. Esta culpabilidad recorre a la mayoría de las personas que estaban presentes en el accidente, especialmente a los miembros de la familia, tengan o no bases razonables para sentirse culpables. Las madres de niños quemados presentan comúnmente un conflicto muy severo por luchar contra este sentimiento de culpa. Ellas comienzan a cuestionarse sobre su capacidad para supervisar a sus hijos y también sobre cosas tales como su ausencia del hogar, etc. En el INSTITUTO PARA QUEMADOS se ayuda a mujeres que se encuentran en esta situación esta a superar su sentimiento de culpa y a aceptar que se trató de un real accidente en el cual ellas no hubiesen podido intervenir. En una menor medida, los padres también llegan a sentirse culpables, sobre todo aquellos que son ausentes, quienes suelen preguntar si su ausencia ha determinado en algún modo el accidente. Berstein Norman (1976).

Cuando las quemaduras han dejado en los niños huellas muy visibles, el sentimiento de culpa es aun más prevaleciente en ambos padres.

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

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

A diferencia de las personas fóbicas, las personas desfiguradas recibirán una atención excesiva por parte del público, serán mirados fijamente y la gente no se sentirá a gusto con ellos.

La presencia del niño con su defecto es una fuente constante del dolor narcisista de la madre y su pena no resuelta se engrandece y manifiesta de muchas formas durante los años de crecimiento del niño. Las madres tienden a reaccionar con una gran ansiedad.

El conflicto no resuelto de la madre y la devaluación de su autoestima y del niño, combinadas con sus sentimientos positivos y el investimento en el tratamiento y rehabilitación del niño, crean una relación caracterizada por una marcada ambivalencia, que resulta en varios grados de sobreprotección del niño.

Otra reacción familiar muy común en los casos de deformación de alguno de sus miembros es el duelo el cual se caracteriza por desesperación y depresión. Este disminuye gradualmente después de la reconstrucción de la imagen corporal y el autoconcepto del niño y de los otros miembros de la familia.

Schmitt's (1971) estudió niños quemados en el Galveston Shriners Hospital y a partir de su muestra, concluyó que las experiencias vitales de estos pacientes en la comunidad era abrumadora en comparación con la de otros niños de la escuela y menciona que el niño desfigurado presenta un ajuste a la vida totalmente hundido y frecuentemente aplastado. El niño quemado del rostro es investido de una serie gigantesca y continua de traumas en su desarrollo. Es continuamente confrontado por las dificultades que implican las curaciones, las cicatrices, las contracturas y repetidas cirugías, las reacciones de stress de sus padres y las respuestas de otras personas hacia su figura.

Un silencioso, constante, crónico e inquietante rasgo de la vida de la persona desfigurada es la "necesidad" de negociar entre la vergüenza y la autoconciencia. Los factores más significativos de la vergüenza son: la crítica, el ridículo, el desprecio y el abandono. En la experiencia de los centros para quemados, los pacientes provienen, abrumadoramente, de la clase baja y familias conflictivas.

2.7 TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

La depresión suele ser profunda en pacientes quemados, tanto en adultos como en infantes, pero a veces en los niños es ignorada.

En esta etapa el papel del psiquiatra es ayudar en la construcción de canales para la comunicación en la familia del paciente. Después del accidente, en las siguientes semanas persiste una atmósfera de gran ansiedad acerca de la vida y la muerte.

Dado que las quemaduras tornan imposible el abrazo, el cuerpo médico puede sustituirlo por algunas caricias y juegos que denotan atención y contacto para el niño quemado.

Durante este periodo, los padres necesitan ayuda para aceptar la tragedia del niño y para planear el futuro. El niño y sus padres necesitan tener una comunicación monitoreada de tal modo que no puedan ser confundidos por los vagos rumores a cerca del estado del paciente. A esto sigue un largo periodo de trabajo duro y repetitivo con injertos de piel, infecciones, aislamiento intermitente, etc.

Después de unos meses en el hospital, el niño expande su espacio de vida y habrá que planear su regreso a casa. Los padres necesitan ayuda para preparar el retorno de su hijo recuperado y el planeamiento de un periodo de nuevas cirugías, revisiones, etc.

CAPITULO 3

3.1 TECNICAS PROYECTIVAS

3.2 TEST DE LA FIGURA HUMANA

3.3 TESTS PROYECTIVOS GRAFICOS DE LA FAMILIA

3.4 TEST KINÉTICO DE LA FAMILIA

3.1 TÉCNICAS PROYECTIVAS

Históricamente, el hombre utilizó dibujos para registrar sus sentimientos y acciones mucho antes que símbolos que registraran específicamente el habla. Desde el hombre de las cavernas en adelante, el ser humano expresó sus emociones, sentimientos, ideas religiosas y necesidades mediante el trabajo artístico.

El hombre alcanzó el estadio del lenguaje escrito hace poco más de dos mil años. El primitivo intentó hacer perdurar su expresión únicamente por medio de dibujos. Desde éste punto de vista, la comunicación pictórica constituye un lenguaje básico o elemental.

También el individuo comienza a emplear la comunicación gráfica ya hacia una época muy temprana de su vida. Los niños primero dibujan y sólo después escriben. Por ello, en los dibujos proyectivos así como en los sueños los conflictos inconscientes emplean el lenguaje simbólico con bastante facilidad. Los dibujos al igual que el lenguaje simbólico alcanzan las capas primitivas del sujeto.

Siempre que se intenta emprender algún tipo de actividad creadora, la tendencia es basarse en los niveles más profundos o primitivos de uno mismo. En todo ser humano sigue siempre viva la infancia, con todas sus luchas, anhelos e incertidumbres, con todas sus dificultades para poder asir el mundo y lograr un contacto más cercano con los demás, y " es posible que el hombre tenga que volver a ella cada vez que desee crear ". Los dibujos proyectivos se capitalizan en esta corriente creadora. Bender Laureta (1952).

Se reconoce que todo arte contiene algún ingrediente de la personalidad íntima del artista. Elbert Hubbard en Hammer (1969) observó, que " cuando un artista pinta un retrato, en rigor pinta dos, el del modelo y el propio " y Alfred Tunnelle, otro artista perspicaz comentó: El artista no ve las cosas como son, sino como es él ".

En cuanto un individuo se propone "dibujar una persona" tiene que referirse necesariamente a todas las imágenes de sí mismo y de las demás personas que pueblan su mente. Como quiera que la organización del propio yo, en cuanto a enfoque y actitudes, es eminentemente selectiva, es decir, es producto de las experiencias, identificaciones, proyecciones e introyecciones, la imagen compuesta constituida por la figura dibujada está íntimamente ligada al propio yo y a todas sus ramificaciones. Anderson (1976).

También se ha establecido respecto a los dibujos proyectivos: que más que sentimientos reales acerca de uno mismo, pueden tratarse de un sueño de realización de deseos, y que revelan las necesidades internas del sujeto más directamente que cualquier otro tipo de actividad.

LA PROYECCIÓN EN EL ENCUADRE CLÍNICO

Kris (1952) afirma que en los dibujos de pacientes se moviliza un proceso psicológico al que describió como " la ubicación de una experiencia interna, en el mundo externo, es decir, como un mecanismo de proyección ".

En el campo psicopatológico, Lewis Nolan D.C., realizó en 1928 un estudio sistemático de las proyecciones gráficas, al que denominó **Una extensión de la proyección** para acelerar

la psicoterapia mediante la discusión con el paciente de sus producciones gráficas. Afirmando que " Los dibujos de un paciente merecen ser considerados temas de un análisis similar al que se emplea en relación con los sueños, o con cualquier otro material que sea parte de la conducta ". Lewis señaló la ventaja de los dibujos y la pintura sobre el material onírico, indicando que "a través de esta manera de objetivación, a menudo las dificultades inconscientes básicas de ciertos pacientes son traídas a la conciencia con mayor facilidad que mediante el análisis de los sueños ".

Dorken (1952) observa que " la evaluación psicológica del arte gráfico ha sido, probablemente, la primera técnica proyectiva que se ha establecido ". Uno de los primeros clínicos que advirtió la presencia de la simbolización en los dibujos de sus pacientes " insanos " fue un psiquiatra francés del siglo XIX, Max Simon (1888), quien, se horrorizó por semejantes " dibujos obscenos " y ordenó a los pacientes que dejarán de hacerlos.

Años después el psicoanálisis logró que el público en general, así como el artista y el psicólogo clínico tomaran, cada vez mayor conciencia del hecho de que el inconsciente " habla " en imágenes simbólicas. Según Naumburg (1955), los descubrimientos del psicoanálisis con respecto a la dinámica del inconsciente, así como el hallazgo del arte simbólico de las culturas prehistóricas y antiguas civilizaciones, ofrecieron una nueva perspectiva al significado y valor de los elementos inconscientes dentro de los elementos inconscientes del dibujo.

FASE TEMPRANA DE LOS DIBUJOS PROYECTIVOS

Después que Florence Goodenough ideó su escala de inteligencia observó, junto con otros clínicos, que su test ponía en juego no solo la capacidad intelectual sino también factores de la personalidad. Algunas de las respuestas infantiles que se atribuyeron a componentes no intelectuales de la personalidad fueron las siguientes: material de tipo " verbalista " con gran número de detalles; " respuestas individuales ", generalmente incomprensibles para cualquiera que no fuese el mismo examinado; indicaciones de " fuga de ideas ", por ejemplo dibujos con una sola oreja, o con cabello en un solo lado de la cabeza o con ocho dedos en cada mano.

L. Bender (1952) llevó a cabo un estudio en el que se pidió el dibujo de un hombre a un grupo de 450 escolares. Encontró que nueve de ellos realizaron dibujos con una o más de aquellas características. Estos mismos niños fueron clasificados por sus maestros como afectados por mayor número de rasgos psicopatológicos que sus compañeros: hipersensibilidad, propensión a la preocupación, tics musculares, poca concentración, distracción, timidez, inestabilidad y caprichos.

Por su parte L. Hanvik (1953), a partir de un estudio experimental que dirigió, llegó a la conclusión de que " los niños con perturbaciones emocionales no dibujan la figura humana en el nivel correspondiente a su inteligencia, medida por una escala estandarizada de CI".

Empleando el test del dibujo de un hombre de Goodenough, también el autor pudo comprobar que, más que los factores intelectuales, lo más relevante en este registro son los factores emocionales.

Al examinar el criterio de puntuación en el test de Goodenough, se advirtió que se acreditaban los mismos valores cuantitativos tanto para el sujeto que dibujaba al hombre con los brazos cruzados en actitud desafiante sobre el pecho, como para el que lo dibujaba con los brazos colgando mansamente a los costados o tímidamente escondidos detrás de la espalda, sin considerar que estas distintas posiciones de los brazos tienen significados cualitativos muy diferentes. Esta manera de operar desaprovecha mucho material valioso para el diagnóstico y el pronóstico. De tal manera que tanto el procedimiento del Test del dibujo de la casa-árbol-persona como el del Dibujo de la figura humana se desarrollaron como test de la personalidad a partir de las escalas de inteligencia.

VALIDEZ DE LA INTEPRETACIÓN

En el campo de los dibujos proyectivos, la interpretación se basa empíricamente en:

- El empleo de los significados simbólicos, comunes en psicoanálisis y folklore, derivados de los estudios que los clínicos han realizado sobre sueños, arte, mitos, fantasías y otras actividades semejantes impregnadas de determinismo inconsciente.
- La experiencia clínica con los mecanismos de desplazamiento y sustitución, así como con una amplia gama de fenómenos patológicos, en especial síntomas de conversión, obsesiones y compulsiones, fobias y estados psicóticos, los que solo pueden comprenderse dentro del marco que ofrece el concepto de simbolismo.
- El desciframiento de la simbolización usada en los dibujos, mediante las asociaciones del paciente.
- La evidencia empírica derivada de los dibujos previos de los pacientes.
- Combinando la dirección que ofrecen las hojas de dibujo impregnadas de las simbolizaciones evidentes que surgen del inconsciente de los psicóticos, se pueden luego detectar en el mismo lenguaje simbólico murmullos más sutiles en los dibujos de los no psicóticos.
- La correlación entre los dibujos proyectivos realizados a intervalos durante el curso de una terapia, y el cuadro clínico en los momentos en que se realizan los dibujos. A medida que la colaboración psicoterapéutica comenzaba a corregir el cuadro distorsionado que los pacientes tenían de sí mismos y del mundo se han encontrado correlaciones directas entre la desaparición del tipo de simbolismo indicador de aflicciones y los cambios de comportamiento en la terapia.
- La coherencia interna entre un dibujo y el otro, entre los dibujos y las otras técnicas incluidas en la batería proyectiva, entre los dibujos y los sueños, entre los dibujos y el cuadro del comportamiento, y entre los dibujos y la historia del caso.
- El sistema interpretativo de los dibujos proyectivos que básicamente se basa en estudios experimentales.

Y también descansa sobre varios postulados teóricos:

- 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 árbol, de una persona, de un animal, o, desde este punto de vista, de cualquier otra cosa ” .

- La esencia de la visión antropomórfica del medio es el mecanismo de proyección. La proyección se define como el dinamismo psicológico por el cual uno atribuye las propias cualidades, sentimientos, actitudes y esfuerzos a objetos del medio (personas, otros organismos, cosas). El contenido de la proyección puede o no ser reconocido por la persona como parte de sí mismo.
- Las distorsiones forman parte del proceso de proyección siempre que: a) la proyección tenga una función defensiva; b) se invistan a los datos tangenciales, parciales o superficiales de los objetos con significados de la propia vida del sujeto, que no corresponde a la imagen real o total del objeto, y c) se adscriban cualidades al objeto cuya presencia el sujeto niega en sí mismo.

3.2 TEST DE LA FIGURA HUMANA

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1. El supuesto básico es que los dibujos están determinados. Como dijo Rieff, Freud, así como sus contemporáneos y descendientes que " todos los actos están determinados, se trate de accesos de rabia, de convulsiones, sueños, errores triviales o lapsus linguae" . Sin embargo cabe destacar que ninguno de los casos mencionados puede dignificarse o institucionalizarse como técnica psicodiagnóstica. Para que una técnica merezca semejante inclusión debe ocuparse de segmentos nucleares de conducta.
2. Los dibujos están determinados por factores psicodinámicos nucleares.
3. Esta nuclearidad surge como resultado del concepto de " imagen corporal " . De acuerdo con este concepto cada uno de nosotros posee en su aparato psíquico una imagen de sí mismo, una imagen acerca del tipo de persona que cada uno es, la cual posee una estructura psíquica y profundamente inconsciente. Dicha imagen se basa en convenciones, en sensaciones y estructuras corporales, y en la traslación simbólica de actitudes en características corporales.
4. Aunque los dibujos estén determinados por una combinación de factores culturales, de entrenamiento personal, biomecánicos, transitorios y caracterológicos, estos últimos pueden ser aislados, identificados, y hasta cierto punto, cuantificados.
5. Existen operaciones intermediarias entre los detalles de un dibujo y las fuerzas que lo determinan; estas operaciones poseen una gramática y una sintaxis similares a las que gobiernan los símbolos oníricos, las estructuras de la fantasía y los desplazamientos somáticos.

INVESTIGACIONES

Kotkov y Goodman (1953) investigaron la premisa básica de que en los dibujos se proyecta la propia imagen corporal. Compararon los dibujos de una persona realizados por mujeres obesas con los que realizó un grupo de control constituido por mujeres no excedidas en el peso. En casi todos los casos, los dibujos de las obesas eran más grandes o anchos que los del grupo control.

Berman y Leffel (1953) compararon los somatotipos de treinta personas de sexo masculino con los dibujos de un hombre que habían realizado y surgió una correlación estadística significativa para poder fundamentar la hipótesis de una proyección de la imagen corporal.

Ruth Dunnet afirmó en 1948 que: " En forma inconsciente, los niños se retratan así mismos en sus dibujos. Una vez, cuando expresé mi preferencia por una de las dos figuras que había dibujado un chico, éste, que era rechoncho muchachito con cuello corto, dijo: - Eh, pero a mí éste me gusta más, y señaló el que tenía la cabeza casi directamente unida a los hombros, parecida a la suya -.

Cleveland y Fisher (1955) tomaron como supuesto la observación de que para los pacientes artríticos sus cuerpos están inconscientemente cubiertos por una dura caparazón externa a la que conciben como una barrera contra las amenazas psicológicas, y su defensa primaria

consiste en un endurecimiento de la musculatura externa del cuerpo. Y, en cambio, supusieron que los pacientes que desarrollan síntomas físicos que comprometen el interior del cuerpo, como por ejemplo la úlcera péptica, vivencian su superficie corporal como permeable y como un área defensiva inadecuada, fácilmente penetrable. Se administraron test proyectivos gráficos a pacientes de ambos grupos y se encontraron diferencias significativas entre ellos. Los artríticos ofrecieron más respuestas que destacaban la impermeabilidad corporal por lo que se considero que quedaba fundamentada la hipótesis de la proyección de la imagen corporal en los dibujos.

En un estudio sobre casos quirúrgicos, Meyer, Brown y Levine (1955) administraron el HTP antes y después de las operaciones. Todo se reflejaba en los dibujos (operaciones de oído, extirpación de pechos, la pérdida de un ojo, amputaciones de las piernas) mediante indicadores de conflicto en l área operada. El sitio de la operación quedaba marcado y por un sombreado excesivo, por borraduras, por un tratamiento de la zona con líneas temblorosas, o por que se evitaba el área. La pérdida de un miembro o de un órgano sensorial en un lado del cuerpo se proyectaba en el mismo lado de la figura dibujada. este descubrimiento de la lateralidad anatómica y de su exactitud gráfica increíblemente coherente, subraya la característica de autorretrato que poseen los dibujos proyectivos.

K. Machover (1949) observó que los sordos, o aquellos cuyas experiencias auditivas son anormales, por lo general prestan especial atención al dibujo de la oreja, destacándola de alguna manera. Informa también sobre el caso individual de un hombre adulto que tenía un residuo de polio apenas perceptible y funcionalmente insignificante, pero que, sin embargo, el dibujo lo captaba mediante un llamativo reforzamiento de la línea que rodeaba el tobillo derecho.

L. Bender (1952) encontró que los niños con grandes defectos corporales suelen proyectar esos defectos en los dibujos de una persona. Un niño que desde su temprana infancia tenía una pierna más corta que la otra dibujaba siempre una persona con el mismo defecto. Varios niños con anomalías craneanas congénitas representaban esas anomalías en sus dibujos. Uno, que tenía una incapacidad de los pies debido a una enfermedad neurológica, dibujó personas con una sola pierna o que andaban en carros.

No solo se proyectan los aspectos físicos de la imagen corporal sino también los aspectos psicológicos. Fisher y Fisher (1952), en un interesante estudios sobre el rol sexual y el autoconcepto, solicitaron a setenta y seis pacientes psiquiátricos de sexo femenino que dibujasen mujeres. Aquellas que dibujaron figuras con un bajo grado de femineidad, tenían - de acuerdo con la apreciación de jueces - menos experiencias heterosexuales, mayor cantidad d disyunciones, y una vida sexual más limitada. Contrariamente, las que dibujaron figuras muy femeninas, habían tenido una vida más promiscua aunque insatisfactoria. Por ultimo se observó que el grupo de mujeres que dibujó figuras de femineidad promedio estaba constituido por aquellas que habían obtenido de su rol femenino una más genuina satisfacción.

De Martino (1954) encontró, realizando una comparación entre dibujos de homosexuales manifiestos y de sujetos no homosexuales, que en los dibujos del hombre que realizaban los homosexuales aparecían con significativa frecuencia tacos altos y pestañas muy marcadas. Esto coincide con la observación de Machover: " el hombre con tendencias homosexuales...

es frecuente que a la figura del hombre le dibuje grandes ojos con pestañas, en combinación con tacos altos, bien marcados ” .

También Levy (1950) observó que ” si los ojos son muy grandes, y los de la figura masculina tienen pestañas, el entrevistado es, casi seguro, un homosexual ” .

En un estudio sobre la proyección de la agresividad en los dibujos, J. Katz (1951) comparó cincuenta y dos adultos hombres, convictos por asalto y/o crimen, con un grupo control. El grupo agresivo se diferenciaba significativamente del grupo control por ítems gráficos como ojos ” penetrantes ” y reforzados, largos dedos, brazos, dedos y cabellos reforzados, piernas muy abiertas, una combinación de líneas firmes, finas y gruesas, grandes brazos, y el cabello reforzado. El reforzamiento de partes del cuerpo capaces de actos agresivos, como los brazos y los dedos, así como el énfasis en los ojos - capaces de lanzar ” sucias miradas ” - concuerda con la hipótesis básica de los dibujos proyectivos, lo mismo que el reforzamiento del cabello que frecuentemente, es un símbolo de virilidad, aserción o agresión.

En un intento de ver si los clínicos, sobre la base del dibujo de la figura humana, podían diferenciar con precisión a los niños con un buen ajuste de los que poseían un ajuste deficiente, Toler y Toler (1955) utilizaron tres clases escolares de quinto grado, el criterio que emplearon consistió en los datos sociométricos de la evaluación que los niños habían hecho con respecto a ellos mismos en términos de popularidad. Los psicólogos acertaron, en grado estadísticamente significativo, en el tipo de discriminaciones requeridas para diferenciar a los niños más populares en sus grupos de los niños menos populares. En apariencia, el autoconcepto es fundamental para lograr buenas relaciones con los padres, y este aspecto del autoconcepto se manifiesta en los dibujos que realizan niños populares e impopulares.

También se observó que los dibujos revelan con bastante sensibilidad las situaciones estresantes. En el estudio de Meyer, Brown y Levine (1955) antes mencionado, pudo apreciarse que los dibujos preoperatorios de los casos que esperaban ser operados mostraban muchos rasgos regresivos que mejoraban después de la operación. Por ejemplo el dibujo de la figura humana a menudo representaba a un niño, en tanto que la figura humana postoperatoria había ” crecido ” . También el árbol preoperatorio solía ser, un brote y ” crecía ” después de la operación. El dibujo de la casa a menudo transmitía una impresión similar: la preoperatoria parecía una rústica cabaña o una caja de cuatro paredes con pocas ventanas y aislada en la cima de una montaña, y en el dibujo posoperatorio se transformaba en una residencia suburbana.

Además se encontraron en muchos de estos casos indicios de un sorprendente cambio de la depresión a la alegría. Las monótonas figuras monocromáticas de los estados preoperatorios se reemplazaban en los retest posoperatorios por figuras coloreadas; se agregaban para alegrar las casas macetones con flores en las ventanas; las paredes casi sin ventanas poseían después enormes ventanas a través de las cuales se veían mesas de comedor repletas de comida. Como contraparte de las chimeneas sin humo que aparecían en los dibujos preoperatorios, luego se dibujaba humo saliendo de sólidas chimeneas, con la implicación de calor y comodidad correspondientes.

Hammer (1953) investigó el simbolismo sexual en el test proyectivo gráfico HTP.

Suponiendo que los sujetos que estaban por someterse a una esterilización eugenésica o que habían sido recientemente esterilizados, revelarían fuertes sentimientos de castración, comparó los dibujos de los sujetos de este grupo con los de un grupo de control para obtener índices de la simbolización genital y de los sentimientos de castración.

Encontró significativas diferencias estadísticas entre ambos grupos, en veintiséis de los cincuenta y cuatro ítems que investigó. Los objetos alargados, como chimeneas, ramas, troncos de árbol, brazos, narices, piernas, pies, etcétera, pueden emplearse como símbolos fálicos. Los círculos, triángulos y objetos con una hendidura vertical en el centro, como por ejemplo, la línea del marco vertical de la ventana, enfatizada, y la del marco horizontal, omitida, pueden usarse como reflejo del sentimiento de castración en los dibujos de hombres.

Mediante el dibujo de estos símbolos genitales un individuo puede revelar sus sentimientos de inadecuación genital y su ansiedad de castración. Una forma de representar este tipo de sentimientos consiste en dibujar estos símbolos dañados, cortados, rotos, o deteriorados de cualquier otro modo. Hammer concluye: " Las reglas del enmascaramiento simbólico parecen adaptarse a ciertas generalidades, o constituir un lenguaje propio del simbolismo " .

Spoerl (1940) apareó dibujos con breves reseñas de personalidades y demostró la existencia de éxitos significativos en evaluaciones de la personalidad realizada mediante los dibujos.

Wachner (1946) analizó dibujos que realizaron estudiantes universitarios e hizo breves reseñas descriptivas de la personalidad de cada uno de ellos. Los profesores reconocieron a los estudiantes a partir de las reseñas, con muy buen resultado. Además, se comprobó una estrecha correlación entre las interpretaciones del Roschach y las reseñas de la personalidad obtenidas por medio de los dibujos proyectivos.

En un estudio, Gunzburg (1955) obtuvo una correlación significativa entre el diagnóstico de patología, hecho sobre la base de dibujos proyectivos y la opinión psiquiátrica sobre los examinados que habían realizado los dibujos. Existía una correlación positiva entre los diagnósticos de patología o no patología (basados en ochenta series de dibujos), y los diagnósticos basados en el cuadro clínico.

Se comprobó que tanto el criterio de los gráficos como la opinión psiquiátrica ubicó al 74 por ciento de los casos en la misma categoría y que sólo en el 12,5 por ciento no hubo coincidencia con respecto a la categoría. El 13,5 por ciento remanente se consideró " dudoso " sobre la base del criterio de los gráficos. Este resultado es estadísticamente significativo en el nivel de confiabilidad del 1 por ciento.

El área referente a la confiabilidad de las técnicas proyectivas cuenta con la base de estudios experimentales. K.Machover (1949) ha observado que la consistencia es tan grande que "a veces los dibujos de un mismo paciente que se obtienen a lo largo de un mismo período son tan similares que parecen constituir una rúbrica personal " .

3.3 TESTS PROYECTIVOS GRÁFICOS DE LA FAMILIA

De acuerdo con Hammer (1969), el test de la familia se fue transmitiendo por tradición oral de manera que no puede individualizarse claramente su paternidad.

Sin embargo, Appel, en 1931, parece haber sido uno de los primeros en proponer una técnica que pudiera ser adecuada para la clínica psiquiátrica infantil solicitando al niño que dibuje: " la casa, el padre, la madre, los hermanos, maestros y amigos " .

En 1947, Minkowska abrevia esta consigna diciendo solamente: " Dibuja el tema, yo, mi familia y mi casa ", dando lugar a una producción más libre. El objetivo del test para esta autora es explorar el papel y la valoración que el examinado transmite respecto de cada miembro del grupo familiar. En cuanto a la interpretación recomienda hacer una aproximación gestáltica para ver si predominan rasgos racionales o sensoriales, que ligan a estructuras de personalidad esquizoide; y le importa especialmente detectar omisiones, que considera equivalentes a rechazos más o menos conscientes del niño hacia la persona no dibujada.

En 1961 Corman, publica en Francia una nueva versión del test destinada a la práctica asistencial. Considera que, " para descubrir un conflicto grave en el niño y algún miembro de su familia, habrá que llevar a que éste nos revele sus sentimientos más íntimos y la forma en que, en el inconsciente, vive sus relaciones con esa persona " . Corman busca que el examinado pueda expresarse libremente, proyectando al exterior las tendencias reprimidas y los sentimientos que podría temer presentar en forma abierta.

Su consigna es: " Dibuja una familia, una familia que tú imaginas, dibuja todo lo que quieras, las personas de una familia y si quieres objetos y animales " . Concluida la parte gráfica realiza un interrogatorio, preguntando. ¿ Dónde están? ¿ A quién prefieres? ¿ Quién serías tú, si formases parte de esa familia? ¿ Qué hacen allí? ¿Cuál es el más feliz? , Ante cada respuesta se indaga ¿ por qué?, etc.

El autor considera que este tipo de preguntas permiten encontrar con mayor seguridad la figura de identificación del niño.

La interpretación que propone está centrada en tres criterios básicos: el plano gráfico que se refiere al aspecto grafológico del dibujo (trazado, ubicación, tamaño, etc.), el plano de las estructuras formales que toma en cuenta la manera en que el niño dibuja cada parte del cuerpo, cantidad y calidad de los detalles, proporciones, etc; incluye, también el marco móvil o estático en que se dibujan las figuras y en el plano del contenido se refiere a la interpretación más netamente psicoanalítica.

E. Koppitz (1973) concuerda con Corman en que los datos aportados por el dibujo de la figura humana o de un dibujo libre en el que es el niño quien decide hacer su familia, darían datos más significativos que si se le dice " dibuja tu familia " . Respecto a la interpretación la autora señala como muy significativa las omisiones, errores de tamaño relativo y tratamiento diferencial de las figuras.

Burns y Kaufman presentan la técnica del Dibujo kinético de la familia en 1970. Afirman que el niño siempre se expresa con mayor facilidad a través de la acción que de la palabra, por lo cual los test gráficos resultarán menos ansiógenos que los verbales. Explican que la idea de la inclusión del pedido expreso de la acción surgió básicamente de la práctica clínica, tratan de fundamentarla en una cita de Anaxágoras que dice: " la comprensión está muy relacionada con el movimiento, en tanto que comprender es movimiento, unidad y sistema a aquello que previamente no formaba más que un montón de elementos inertes " .

Los criterios específicos para la interpretación se basan en cuatro categorías: las características de las figuras individuales, que pueden aparecer en todos o en un solo personaje; las acciones que se refieren al intento de integrar aportes de la teoría del campo y del psicoanálisis para evaluar fantasías de relación interpersonal y el efecto concomitante; los estilos que se refiere a pautas de tipo formal ligadas sobre todo al manejo del espacio y se relacionan con mecanismos de defensa; y por último los símbolos en donde se incluyen los aspectos universales e individuales de cada elemento interpretado. Se toma en cuenta el significado cultural del objeto.

Di Leo (1978) considera al Test de la Familia especialmente revelador para un población de niños de entre 6 y 10 años de edad.

Utiliza la consigna " dibuja tu familia", sin solicitar explícitamente que el niño se incluya. En caso de que no lo hiciera en forma espontánea, le aplica seguidamente una segunda versión del test, esta vez con la consigna kinética, que sí lo requiere. De esta manera podrá observar comparativamente si el niño logra incluirse y cómo lo hace.

Usa los criterios de interpretación mencionados por los autores que le preceden: adiciones, omisiones, tamaño relativo, existencia y tipo de interrelación entre los miembros de la familia, rasgos diferenciales de cada uno, etc. Agregando para el Test Kinético los de Burns y Kaufman.

3.4 TEST KINÉTICO DE LA FAMILIA (KFD)

INVESTIGACIONES

Morval (1974), psicóloga canadiense, realizó una serie de estudios examinando la validez y la confiabilidad del test así como su poder de discriminación y la naturaleza de las proyecciones que promueve. Con una muestra que abarcaba 400 niños de 5 a 11 años de edad, llegó a la conclusión de que el test es especialmente útil para evaluar las actitudes del niño respecto de sus padres y hermanos y las fantasías concernientes a su propia inclusión dentro del grupo familiar.

Mc Phee y Werner, en 1976, realizaron un estudio que tiene por objetivo validar los criterios de interpretación de Burns y Kaufman. De entre las cuatro categorías propuestas, seleccionaron la de estilos, por ser la que más se presta a una tabulación numérica y está menos afectada por los aspectos culturales.

Deseaban poner a prueba la afirmación de los autores del test de que los estilos indican mecanismos de defensa y por lo tanto van a aparecer con mayor frecuencia en niños con problemas afectivos o situaciones de conflicto en su núcleo familiar.

Para ello levantaron dos muestras, una de 102 niños emocionalmente inestables y otra de 162 niños bien adaptados a su medio escolar y grupo de pares, compuesto con varones y niñas de primero a sexto grado.

La tabulación de los indicadores de estilo se realizó de acuerdo a una escala de 0 a 4 según que el indicador aparezca claramente, esté insinuado o ausente. No se incluyó el análisis de figuras en el borde ni compartimentalización por doblado de papel, ya que prácticamente no apareció en ningún dibujo.

Los datos se analizaron comparando los sujetos por sexo y contrastando niños con y sin problemas emocionales. El análisis de varianza de los resultados estableció que no eran significativas las diferencias por sexo, pero sí entre el grupo más patológico y el adaptado. Sin embargo esta diferencia se dio en el sentido contrario a lo propuesto por Burns y Kaufman: los niños sin problemas emocionales presentaron un índice de estilo más elevado.

Al tratar de entender estos resultados, observaron que los niños de la muestra normal dedicaron más tiempo y atención a sus dibujos, que entonces resultaron de mejor calidad gráfica. Pareciera, tal como también se observó en algunos estudios con el Test de la figura humana, que ciertos indicadores son sensibles a esta incidencia de la capacidad para dibujar, apareciendo más frecuentemente cuanto más elaborado sea el material. En relación a ítems específicos, considera que la compartimentalización, que apareció en igual proporción en ambas muestras, indicaría sobre todo la necesidad de orden, y que el reforzar la base o demarcar el cielo estaría muy relacionado con el aprendizaje tradicional del dibujo.

Myers, en 1978, tomando en cuenta la necesidad de mayores datos normativos y de validación, realiza un estudio incluyendo cuatro grupos de niños varones divididos de acuerdo a dos variables: edad y ajuste emocional. Comparan así los resultados de niños pequeños (de 6 a 8) y niños mayores (12 a 14) con buen ajuste emocional, con niños

pequeños y mayores diagnosticados como emocionalmente perturbados. Realizando múltiples análisis de varianza y extracción de factores, tratan e observar cuáles de los criterios de interpretación propuestos por Burns y Kaufman se muestran más sensibles a la edad y cuáles a la patología o a ambos indiscriminadamente.

Comprueban así que tabulando un puntaje general de presencia ausencia de los diferentes indicadores éste discrimina claramente entre niños bien y mal adaptados en las edades inferiores pero no en los niños mayores. Tomando individualmente los ítems, encuentra así mismo que campo de fuerzas, extensión de brazos y compartimentalización son más sensibles a la edad que al ajuste emocional. A la inversa del estudio antes citado varios de los ítems de estilo aparecieron con mayor frecuencia en niños perturbados, si se tomaba en cuenta la variable evolutiva.

Dos estudios de Raskin y otros, uno de 1977 y otro de 1979, continúan es ésta búsqueda de validación del test, usando los criterios de interpretación de Koppitz, en cuanto la forma de análisis de material.

El primer estudio se propone poner a prueba la capacidad del test para diferenciar adecuadamente niños de seis años con retraso motor de niños que no tenían ese problema. Ambas muestras de 50 sujetos concurrían a jardín de infantes y presentaban un nivel intelectual medio. Las variables que analizaron ligando la problemática motriz a los componentes emocionales son: aislamiento-rechazo (cuando parece un elemento que separa la imagen del niño del resto del grupo familiar), preocupación por el cuerpo (cuando hay exageración u omisión de partes del esquema corporal, sombreado, etc.) y rivalidad fraterna (expresada en forma manifiesta como competencia, ataque, etc.).

Los resultados indican que el test discrimina entre las muestras, ya que aparecen diferencias significativas cuando se toman conjuntamente los tres indicadores (43 sobre 50 niños de pobre desarrollo motor tiene más de un signo, versus sólo 22 de la muestra normal). Tomando las variables por separado, se observa sin embargo, que sólo aislamiento rechazo y preocupación por el cuerpo tienen poder discriminatorio, ya que rivalidad fraterna aparece por igual en ambos grupos.

Rabinowitz y Eldan (1985) llevaron a cabo una investigación en donde pidieron a los sujetos escoger figuras parentales de entre una selección de recortes de fieltro. Ellos reportaron diferencias de sexo en los tamaños de las figuras escogidas. Su hipótesis era que los sexos diferirían en el tamaño de los dibujos de las figuras parentales. Los datos reportados por Rabinowitz y Shavit (1977), muestran que la aceptación o rechazo de los pares es un factor que se debe tomar en consideración, así las diferencias entre par-aceptación y par-rechazo para los niños en el tamaño de los dibujos parentales fueron hipotetizadas también.

CAPITULO 4

METODO

4.1 JUSTIFICACION

4.2 PLANTEAMIENTO, HIPOTESIS Y VARIABLES

4.3 MUESTRA

4.4 TIPO DE ESTUDIO, DISEÑO E INSTRUMENTOS

4.5 ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS

4.6 ANALISIS DE RESULTADOS

4.7 ANALISIS CUALITATIVO

MÉTODO

4.1 JUSTIFICACIÓN

El ser humano como parte del entorno físico se encuentra expuesto diariamente a infinidad de accidentes, en lo posible intentamos llevar a cabo medidas de prevención sin embargo todos en algún momento de nuestra vida hemos experimentado de cerca el dolor ya sea propio o ajeno, producto de un accidente.

Los accidente siempre son impactantes sin importar su naturaleza, tanto para el espectador como para la víctima debido a lo inesperado de la situación y a las repercusiones que consigo puede traer.

Tal es el caso de los accidentes de quemaduras producidos a través de diferentes fuentes como: electricidad, fuego directo, escaldura (líquidos calientes) y explosiones de agentes químicos inflamables como gasolina, alcohol, gas, etc., los cuales provocan largas estancias hospitalarias, graves deformaciones, invalidez, inactividad laboral o escolar prolongada, así como muertes inmediatas y mediatas.

El paciente quemado es internado en medios hospitalarios en donde se enfrenta con un ambiente agresivo, debido a lo traumatizante e incómodo de las curaciones y tratamientos que representan el baño diario por ejemplo o la inmovilidad cuando les son colocados injertos o membranas en la zona dañada del cuerpo.

Durante el tiempo de hospitalización el paciente va a experimentar una serie de dolores intensos, cambios físicos, temores y fantasías relacionadas con la cicatrización de sus heridas y con la posible pérdida de alguno de sus miembros.

Este tipo de situaciones así como las secuelas físicas que dejan las quemaduras suelen generar reacciones emocionales de distinta índole y en diversos grados como angustia, depresión, retraimiento, ansiedad, agresión, etc.; las cuales se acentúan cuando la víctima es un niño (a).

Las reacciones emocionales de los infantes son variadas, donde pueden existir desde pequeñas manifestaciones regresivas, hasta severos estados depresivos, así mismo pueden aparecer conductas fóbicas, trastornos en los hábitos ya adquiridos y conductas agresivas producto del ambiente hospitalario, la conducta de los padres y el impacto del accidente.

Esta investigación surgió de las necesidades del niño que observé en el Hospital Pediátrico de Tacubaya a través de un año de convivencia con ellos, realizando prácticas profesionales. Debido a que son pequeños que han sufrido quemaduras en diferentes partes del cuerpo producto de accidentes de diversa índole, su desarrollo tanto físico como psicológico se ve seriamente obstaculizado llamándome la atención el grado en que se afecta su autoimagen como consecuencia de las quemaduras y la cicatrización posterior, así como también el papel que desempeñan los padres sobre la recuperación física y mental del menor.

Son niños que provienen de familias con una condición socioeconómica baja y con pocas oportunidades culturales; en donde la mayoría de los padres de estos niños a su vez son

producto de un medio agresivo, frío y difícil económicamente hablando el cual se ve reflejado en el trato diario que proporcionan a sus hijos durante las visitas hospitalarias.

La mayoría de las relaciones familiares son deficientes, en donde los niños necesitan sentirse amados, protegidos y apoyados; sin embargo los padres no saben cómo transmitir esa sensación de cariño, seguridad y confianza necesarias para favorecer la pronta recuperación de sus hijos y hacer menos agresiva su estancia en el Hospital.

Debido a lo anterior los pequeños no cuentan con las herramientas necesarias para enfrentar las secuelas biopsicosociales producto del accidente. Por otro lado me he percatado de que el Hospital prioritariamente se encarga del aspecto médico y como consecuencia de la falta de recursos económicos a los que se encuentra sujeto deja de lado la parte psicológica dañada del niño.

De esta manera con la presente investigación se intentó abordar la preocupación que existe en los niños respecto a su imagen corporal y el grado en que ésta y la imagen parental que el niño posee de sus padres se ve afectada como consecuencia de las secuelas físicas producto de accidentes por quemaduras, en un intento por rescatar la importancia que ameritan las secuelas psicológicas para favorecer la reintegración del paciente a su medio ambiente e intentar proporcionar a estos niños una atención integral no solo física, ni médica; sino también psicológica y socialmente.

4.2 PLANTEAMIENTO

¿Qué efecto ejercen las secuelas físicas producto de accidentes por quemaduras sobre la imagen corporal de los niños y la imagen parental que éstos poseen de sus padres?

HIPÓTESIS

a) Hipótesis Conceptual:

La imagen corporal y parental que poseen los niños con secuelas de quemaduras es deficiente e inapropiada en comparación con la imagen corporal y parental que poseen los niños sin quemaduras.

b) hipótesis Estadísticas:

Hipótesis alternas:

1.- H_1 .- Existen diferencias estadísticamente significativas en la imagen corporal de niños con secuelas de quemaduras y niños no quemados.

2.- H_1 .- Existen diferencias estadísticamente significativas en la imagen parental de niños con secuelas de quemaduras y niños no quemados.

Hipótesis nulas:

1.- H_0 .- No existen diferencias estadísticamente significativas en la imagen corporal de niños con secuelas de quemaduras y niños no quemados.

2.- H_0 .- No existen diferencias estadísticamente significativas en la imagen parental de niños con secuelas de quemaduras y niños no quemados.

VARIABLES

Variables Independientes:

Niños con secuelas de quemaduras ubicadas en cualquier parte del cuerpo y niños sin quemaduras.

Variable Dependiente:

Imagen corporal y parental del niño con secuelas de quemaduras y del niño no quemado.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

IMAGEN CORPORAL:

Es la imagen mental que cada ser humano posee en su aparato psíquico, es una imagen acerca del tipo de persona que cada uno es, la cual posee una estructura psíquica y profundamente inconsciente. Dicha imagen se basa en convenciones, en sensaciones y estructuras corporales, y en la traslación simbólica de actitudes en características corporales Schilder P. (1958).

IMAGEN PARENTAL:

Manera en que el niño o el adulto visualizan internamente a sus padres. H.B. English y CH. English (1977).

QUEMADURA:

Las quemaduras son lesiones producidas por el calor o el frío en sus diversas formas. Llámense comúnmente escalduras a las quemaduras causadas por líquidos hirvientes; se denominan quemaduras corrosivas las lesiones determinadas por agentes químicos cáusticos y quemaduras propiamente dichas las que son producidas directamente por el fuego. Sin embargo, todas son quemaduras, pues poseen un común denominador: la producción de alteraciones histológicas en la piel y la aparición de un síndrome clínico humoral en concordancia con la extensión y profundidad de las lesiones locales. (Kirschbaum, Simón M., 1968).

QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO PROFUNDA:

Las quemaduras profundas dérmicas son lesiones que se extienden hasta las capas profundas del corion. La regeneración epitelial se hace principalmente a base del recubrimiento epitelial de glándulas sudoríparas y folículos pilosos. Si se protege adecuadamente la lesión se cubrirá con una capa delgada de epitelio en término de 25 a 35 días. Puede haber una cicatriz gruesa. En ocasiones el epitelio delgado sufre lesión, lo que da origen a zonas "vivas", y mayor formación de cicatrices. Hay reparación espontánea si se procura que la zona lesionada no sufra el traumatismo mecánico o bacteriano, ya que si la herida se infecta puede transformarse en lesión que abarque todas las capas de la piel, y ser necesario el injerto. (Artz, Curtiz Price, 1915)

QUEMADURA DE TERCER GRADO:

Estas lesiones determinan la pérdida absoluta de todos los elementos regenerativos de la piel, aún de los más profundos. Esto obliga a obtener la reparación mediante el aporte de injertos de la piel. En ciertos casos, cuando la quemadura de tercer grado es poco extensa, puede producirse la cicatrización de la misma por recubrimiento epitelial desde los bordes, pero este proceso deja a menudo cicatrices defectuosas, hipertroóficas o queloides. (Kirschbaum, Simón M. 1968)

SECUELAS:

Se refieren a los defectos que llevan aparejados las cicatrices residuales: alopecias definitivas del cuero cabelludo, barba, discromías de la cicatriz, hipertrofias simples del tejido cicatrizal, queloides, retracciones deformantes, ulceraciones secundarias, adherencias tendinosas y musculares, rigideces y subluxaciones articulares, edemas distales de los miembros, etc.

Las secuelas son imputables, fundamentalmente, a dos causas: la terapéutica mal conducida y la gravedad propia de la quemadura. El prolongar el tratamiento de las zonas cruentas sin

proceder a injertarlas oportunamente, permite la formación exuberante de un verdadero callo fibroso retráctil, que da origen a queloides y bridas causantes de graves deformaciones. Hay ocasiones en las cuales ni el tratamiento más perfeccionado puede impedir la producción de importantes secuelas, debido a que se trata de quemaduras originariamente muy graves, que han destruido desde el primer momento órganos nobles y delicados como los párpados, las alas nasales, el cartílago auricular, etc. Siendo obvio que el tratamiento sólo podrá efectuarse después que la quemadura haya curado. (Kirschbaum, Simón M. 1968)

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Para establecer que un niño posee una imagen corporal sana o devaluada, su dibujo del Test de la Figura humana deberá presentar las siguientes características:

IMAGEN CORPORAL SANA:

- La figura no deberá ser ni demasiado grande, ni demasiado pequeña, deberá ocupar más o menos dos tercios del espacio disponible.
- La figura será dibujada en el centro de la hoja, o bien, horizontalmente se ubicará más hacia la derecha del punto medio de la página y verticalmente más arriba del punto medio de la misma.
- Ausencia de distorsiones, omisiones y/o reforzamiento de cualquier parte de la figura.
- Trazos largos y rectos, con líneas que fluyan libremente, decididas y bien controladas.
- Calidad en los detalles.

IMAGEN CORPORAL DEVALUADA:

- La figura dibujada será pequeña.
- La figura no será dibujada en el centro; horizontalmente se ubicará más hacia la izquierda del punto medio de la página y verticalmente más abajo del punto medio de la hoja.
- Presencia de distorsiones, omisiones y/o reforzamiento de cualquier parte de la figura.
- Trazos cortos y líneas fragmentadas o esbozadas.
- Pobreza en los detalles.

Para determinar que el niño posee una imagen parental sana o devaluada, su dibujo del Test Kinético de la Familia deberá contar con las siguientes características:

IMAGEN PARENTAL SANA

- La representación de los personajes se realizará en el mismo plano.
- La distancia física entre los miembros será mínima.
- Presencia del examinado.
- Representación de ambos padres.
- Indicios de interacción o diálogo entre los miembros.
- Calidad en los detalles.

IMAGEN PARENTAL DEVALUADA:

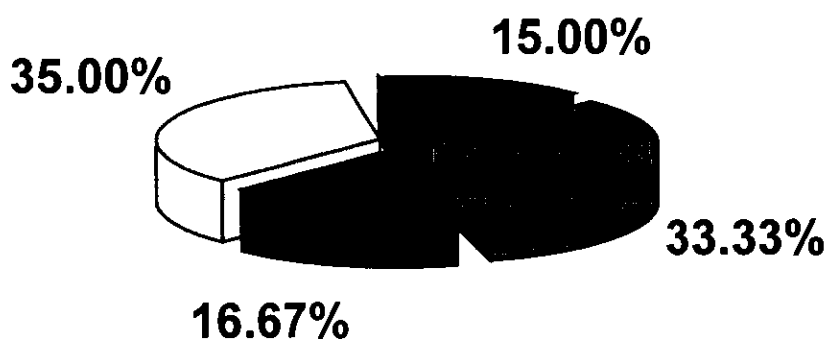
- La representación de los personajes será realizada en planos diferentes. A no ser que los distintos planos se justifiquen por la presencia de un elevado número de personajes, que no pueden ser yuxtapuestos por razones de espacio, como en el caso de las familias muy numerosas.
- Mayor distancia física entre los personajes.
- Ausencia del examinado.
- Omisión de uno o ambos padres.
- Ausencia de interacción o diálogo entre los miembros.
- Pobreza en los detalles.

SECUELA: Deformación visible de la piel producto de quemaduras, en cualquier zona del cuerpo del niño.

4.3 MUESTRA

Se trabajó con un total de 60 niños con un rango de edad de 6 a 8 años, de los cuales 30 presentaban secuelas de quemaduras ubicadas en cualquier parte del cuerpo y habían sido dados de alta del Hospital Pediátrico de Tacubaya. Los otros 30 fueron niños no quemados, seleccionados de la escuela primaria Guillermo Prieto la cual se encuentra ubicada cerca del Hospital.

MUESTRA



MUESTREO

Para tal efecto se llevó a cabo un muestreo intencional de cuota para la población de niños con secuelas de quemaduras de acuerdo con la siguiente clasificación de estratos:

1. Los menores debían tener un rango de edad de 6 a 8 años.
2. Cursar el primero o segundo grado escolar.
3. Poseer un nivel socioeconómico bajo.
4. Haber sufrido quemaduras de segundo grado profundo y/o tercer grado en cualquier zona del cuerpo.
5. Haber sido dados de alta del Hospital Pediátrico de Tacubaya.

Dicha selección se realizó de acuerdo a los datos contenidos en los expedientes y a la observación directa de los pacientes.

Para la selección de niños sin quemaduras se procedió a hacer un muestreo estratificado probabilístico tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1. Tener un rango de edad de 6 a 8 años.
2. Cursar el primero o segundo grado escolar en la escuela primaria Guillermo Prieto.
3. Poseer un nivel socioeconómico bajo.

4.5 TIPO DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio comparativo entre ambas muestras para determinar si existían o no diferencias estadísticamente significativas en la imagen corporal de niños con secuelas de quemaduras y niños no quemados. E indagar el grado en que se afecta la imagen corporal y parental en los niños, como resultado de las secuelas físicas que producen los accidentes por quemaduras.

DISEÑO

Para contestar las principales interrogantes se utilizó un diseño de dos muestras independientes de las cuales se formaron dos grupos:

A) Grupo Control: Integrado por 30 menores no quemados, 9 del sexo femenino y 21 del sexo masculino, con un rango de edad de 6 a 8 años que cursaban el primero o segundo grado escolar durante la aplicación de los instrumentos.

B) Grupo Experimental: Integrado por 30 menores, 10 niñas y 20 niños con secuelas de quemaduras en cualquier zona del cuerpo, de 6 a 8 años de edad, que cursaban el primero o segundo grado escolar durante la aplicación de los instrumentos, y que habían sido dados de alta del Hospital Pediátrico de Tacubaya.

INSTRUMENTOS

Tomando en cuenta el planteamiento de la investigación se consideró oportuno utilizar las técnicas proyectivas acromáticas Test de la figura humana y Test de la familia en movimiento (KFD) para medir los indicadores clínicos imagen corporal e imagen parental respectivamente, debido a su facilidad y poca disponibilidad de tiempo durante su administración, así como a la riqueza de información clínica que nos brindan.

Mi inclinación por estas técnicas se debe a que son apropiadas para obtener a través de ellas las dos variables motivo de mi investigación, por el respaldo teórico con que cuentan y por que el dibujo es una actividad que permite al niño expresar todo lo que hay en él, su nivel intelectual, su vida afectiva, sus temores e inseguridades, su percepción del mundo que lo rodea, la propia representación que tiene de sí mismo y la imagen interna que se ha formado

de sus padres; además, por que como medio se adapta bien al niño tímido e inhibido; y sobre todo por que el dibujo es una actividad sencilla con la que de alguna manera se encuentra familiarizado y por tanto no lo atemoriza y suele vivenciarlo como un juego.

La interpretación del test de la Figura Humana se basa en los criterios establecidos por Emanuel F. Hammer en su libro Test Proyectivos Gráficos, tomando en consideración tanto los componentes expresivos, como los componentes del contenido de los dibujos, los cuales se muestran a continuación:

COMPONENTES EXPRESIVOS: se refieren al tamaño del dibujo, la calidad de las líneas, el emplazamiento en la hoja de papel, la exactitud, grado y áreas de completamiento, la simetría, perspectiva, proporciones, sombreado, reforzamiento y borrones.

- Secuencia
- Tamaño
- Presión
- Trazo
- Detalles
- Simetría
- Emplazamiento
- Movimiento

COMPONENTES DEL CONTENIDO: se refieren a la postura de las figuras, la expresión facial y en general la importancia que se da a los detalles (ropa y accesorios de la persona).

- Conducta
- Análisis del dibujo
- Secuencia de la figura
- Descripción de figuras
- Comparación de figuras
- Tamaño
- Movimiento
- Distorsiones y omisiones
- Grafología

La interpretación del Test Kinético de la Familia cuenta como respaldo teórico con los parámetros establecidos por Josef María Lluís Font en su obra Test de la Familia, los cuales se refieren a:

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS DIBUJOS

- Tamaño.
- Emplazamiento.
- Sombreado.
- Borraduras.
- Distancia entre los personajes: a) Dibujos en estratos, b) Incomunicación.

VALORIZACIÓN Y DESVALORIZACIÓN

- El padre dibujado en primer lugar.
- La madre dibujada en primer lugar.
- Un hermano dibujado en primer lugar.
- Otros indicios de valorización.
- El padre dibujado en último lugar.
- La madre dibujada en último lugar.
- Supresión de algún elemento de la familia.
- Otros elementos de desvalorización.

PROCEDIMIENTO

La aplicación de las técnicas proyectivas se llevó a cabo de la siguiente manera:

Para la población de niños no quemados la administración de las técnicas se realizó de manera colectiva dentro de un salón de clases, la consigna para el Test de la figura Humana fue: " Por favor dibujen una persona " .

Concluida ésta parte del test, se procedió a pedirles: " Por favor dibujen una persona del sexo opuesto " .

Para el Test de la Familia en Movimiento la consigna fue: " Por favor dibujen una familia haciendo algo " .

Después de la aplicación de cada técnica y solamente en caso necesario se procedió a preguntar a los niños sobre aspectos que aparecían en sus dibujos y que de alguna manera no eran claros para el investigador.

La aplicación de los instrumentos para la población de niños con secuelas de quemaduras, se llevó a cabo después de seis a doce meses posteriores al periodo de hospitalización mientras asistían al servicio de rehabilitación, debido a que para entonces los pequeños ya se habían enfrentado con su medio ambiente social, familiar y escolar, y sobre todo por que ya tenían una imagen sobre la cicatrización de sus heridas.

Las instrucciones para la administración de los instrumentos fueron las mismas que en el caso anterior y también se procedió a preguntar sobre aspectos no claros que aparecían en sus dibujos sólo en caso de ser necesario. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo dentro del hospital en el área de Psicología y Rehabilitación.

4.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

En el análisis estadístico de datos se llevó a cabo un análisis de Cluster para determinar si existían o no diferencias intra grupos, se empleo también la medida estadística no paramétrica U de Mann-Whitney con el propósito de detectar diferencias entre el grupo control de niños no quemados y el grupo experimental de niños con secuelas de quemaduras y un modelo con interacción de variables para determinar cuáles discriminaban a los grupos respecto a los indicadores clínicos imagen corporal e imagen parental.

Para llevar a cabo tanto la U de Mann-Whitney como el análisis de Cluster, la interpretación de ambas técnicas proyectivas, se realizó considerando como respaldo teórico para el Test de la Figura Humana los criterios establecidos por Emmanuel F. Hammer (1969), y para la interpretación del Test de la Familia en movimiento los parámetros descritos por Josef María Lluís Font (1978), los cuales se mostraron con anterioridad.

Considerando los lineamientos de dichos autores, se establecieron criterios de interpretación retomando las variables más importantes para determinar si la imagen corporal y la imagen parental que poseen los niños era sana o devaluada.

IMAGEN CORPORAL SANA:

- La figura no deberá ser ni demasiado grande, ni demasiado pequeña, deberá ocupar más o menos dos tercios del espacio disponible.
- La figura será dibujada en el centro de la hoja, o bien, horizontalmente se ubicará más hacia la derecha del punto medio de la página y verticalmente más arriba del punto medio de la misma.
- Ausencia de distorsiones, omisiones y/o reforzamiento de cualquier parte de la figura.
- Trazos largos y rectos, con líneas que fluyan libremente, decididas y bien controladas.
- Calidad en los detalles.

IMAGEN CORPORAL DEVALUADA:

- La figura dibujada será pequeña.
- La figura no será dibujada en el centro; horizontalmente se ubicará más hacia la izquierda del punto medio de la página y verticalmente más abajo del punto medio de la misma.
- Presencia de distorsiones, omisiones y/o reforzamiento de cualquier parte de la figura.
- Trazos cortos y líneas fragmentadas o esbozadas.
- Pobreza en la calidad de los detalles.

Estas 5 variables se resumieron de tal manera que las podemos identificar fácilmente como: Tamaño, Posición, Integridad, Firmeza y Detalles.

IMAGEN PARENTAL SANA:

- La representación de los personajes se realizará en el mismo plano.
- La distancia física entre los miembros será mínima.
- Presencia del examinado.
- Representación de ambos padres.

- Indicios de interacción o diálogo entre los miembros.
- Calidad en los detalles.

IMAGEN PARENTAL DEVALUADA:

- La representación de los personajes será realizada en planos diferentes. A no ser que los distintos planos se justifiquen por la presencia de un elevado número de personajes, que no pueden ser yuxtapuestos por razones de espacio, como en el caso de las familias muy numerosas.
- Mayor distancia física entre los personajes.
- Ausencia del examinado.
- Omisión de uno o ambos padres.
- Ausencia de interacción o diálogo entre los miembros.
- Pobreza en la calidad de los detalles.

Ya establecidos estos criterios de interpretación, para poder emplear la U de Mann-Whitney se solicitó la ayuda de un Psicólogo Clínico con amplia experiencia en la interpretación de ambos instrumentos para que pudiera intervenir como Juez; esto se hizo con el fin de obtener una apreciación objetiva y confiable acerca de la imagen corporal e imagen parental de cada uno de los niños.

De esta manera, se le informo al Juez en qué consistía la investigación y las características de la población; los dibujos del test de la figura humana tanto de niños no quemados como los de niños quemados fueron mezclados entre sí, al azar previamente por el investigador con el objeto de que el Juez ignorara a que grupo de niños pertenecía cada dibujo, ya que su labor consistía en observar detalladamente los 60 dibujos y ordenarlos de acuerdo con la variable imagen corporal de la siguiente manera:

De los sesenta dibujos de la figura humana, el Juez observó y seleccionó el dibujo que proyectaba la imagen corporal más sana de todos y le asignó el número 1 considerando su experiencia, el respaldo teórico en que se basa ésta investigación y por su puesto los criterios de interpretación que se establecieron; de los 59 dibujos restantes eligió aquel que representaba también una adecuada imagen corporal y le asignó el número 2, volvió hacer un análisis detallado de los 58 dibujos restantes y seleccionó nuevamente el que representaba la mejor imagen corporal, proporcionándole el número 3 y así sucesivamente, hasta llegar al número 60 el cual representaba el dibujo con la imagen corporal más devaluada de la muestra.

Una vez que el Juez entregó los dibujos ordenados al examinador, éste se encargo de identificar a qué grupo de niños pertenecía cada dibujo, de tal manera que se esperaba que los primeros números correspondieran al grupo de niños no quemados y los últimos que coincidieran con el grupo de niños quemados.

La interpretación del Test de la Familia se realizó bajo los mismos parámetros, de tal forma que el número 1 fue asignado al dibujo que proyectaba la imagen parental más sana y el número 60 se designó al dibujo que representaba la imagen parental más deteriorada.

Para poder realizar el análisis de Cluster la calificación de los instrumentos se llevó a cabo de la siguiente manera:

Se formaron dos tablas para la variable imagen corporal, una correspondiente al grupo control de niños no quemados y la otra al grupo experimental de niños quemados en las cuales se emplearon las variables tamaño, posición, integridad, firmeza y detalles descritas anteriormente. Cada una de estas variables se calificó con (1) cuando se encontraba presente y con (0) cuando se encontraba ausente; se siguió el mismo procedimiento para la calificación de la imagen parental, en donde las variables empleadas fueron: personajes dibujados en el mismo plano, distancia física mínima entre los personajes, presencia del examinado, presencia de ambos padres, interacción o diálogo y detalles, puntuando con (1) presente ó (0) ausente.

Adicionalmente y con el propósito de obtener datos objetivos, se realizó un análisis cualitativo de acuerdo a los criterios que se establecieron para la interpretación de los instrumentos y sobre la base de la observación directa y minuciosa de los dibujos, con el fin de detectar las variables que se presentaban con mayor reincidencia y que servían para discriminar a los grupos.

4.7 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Respecto al análisis de Cluster no se encontraron diferencias intra grupos, por lo que se puede determinar que los grupos que componen la muestra son homogéneos.

Respecto a la U de Mann-Whitney, existen diferencias estadísticamente significativas ($U= 809$, $p=0.006$) entre el grupo experimental de niños con secuelas de quemaduras y el grupo control de niños no quemados acerca de la variable imagen corporal, en donde la posición de la figura dibujada discrimina a los grupos.

Las figuras humanas que fueron colocadas en el centro de la hoja corresponden en su mayoría a los dibujos realizados por los niños del grupo control de no quemados, en contra parte con el grupo experimental de niños con secuelas de quemaduras los cuales tienden a dibujar sus figuras humanas respecto al eje horizontal del lado izquierdo de la hoja y respecto al eje vertical arriba del punto medio de la misma.

Así mismo existen diferencias estadísticamente significativas en la variable imagen parental de niños con secuelas de quemaduras y niños no quemados ($U= 628$, $p= 0.004$), en donde las variables miembros de la familia dibujados en el mismo plano, distancia física mínima entre los personajes y presencia del examinado discriminan a los grupos.

El grupo control de niños no quemados dibujó a los miembros de la familia en un mismo plano, en el cual los personajes interactúan y comparten actividades, disminuyendo así la distancia física entre ellos, exceptuando los casos en los cuales los personajes no pudieron ser yuxtapuestos por razones de espacio, como es el caso de las familias numerosas. Por el contrario los niños con secuelas de quemaduras del grupo experimental dibujaron a los personajes de la familia en diferentes planos, en donde la interacción y comunicación entre los miembros es deficiente; siendo además, los niños con secuelas de quemaduras los que se excluyen con mayor frecuencia del vínculo familiar.

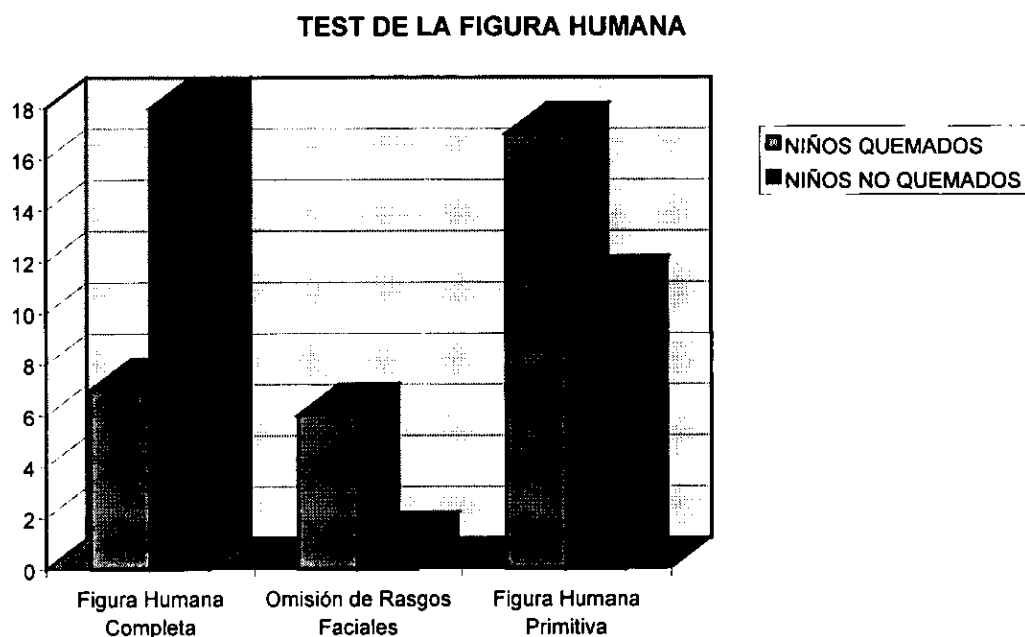
De acuerdo con el indicador clínico imagen corporal, el modelo con interacción de las variables: tamaño, posición, integridad, firmeza, y detalles, identifica que la diferencia principal entre los grupos radica en la posición de la figura humana dibujada.

Respecto a la imagen parental el modelo con interacción de las variables: miembros de la familia dibujados en el mismo plano, distancia física mínima entre los personajes y presencia del examinado, revela que una menor distancia entre los miembros de la familia con presencia del examinado identifica al grupo control de niños no quemados.

4.8 ANÁLISIS CUALITATIVO

Los niños con secuelas de quemaduras proyectan una imagen corporal más devaluada en comparación con los niños sin quemaduras.

Su figura humana tiende a ser pequeña ocupando menos de 2/3 del espacio disponible, en su mayoría los trazos son cortos, con líneas esbozadas o fragmentadas, presentan más fallas en la integración omitiendo nariz, pupilas, boca, pies, cabello, brazos y/o manos, así como distorsiones del tronco; su figura la ubican respecto al eje horizontal hacia la izquierda del punto medio de la hoja y verticalmente arriba del punto medio de la misma, apreciándose también pobreza en la calidad de los detalles. (ver apéndice Fig. 1,2 y 3)

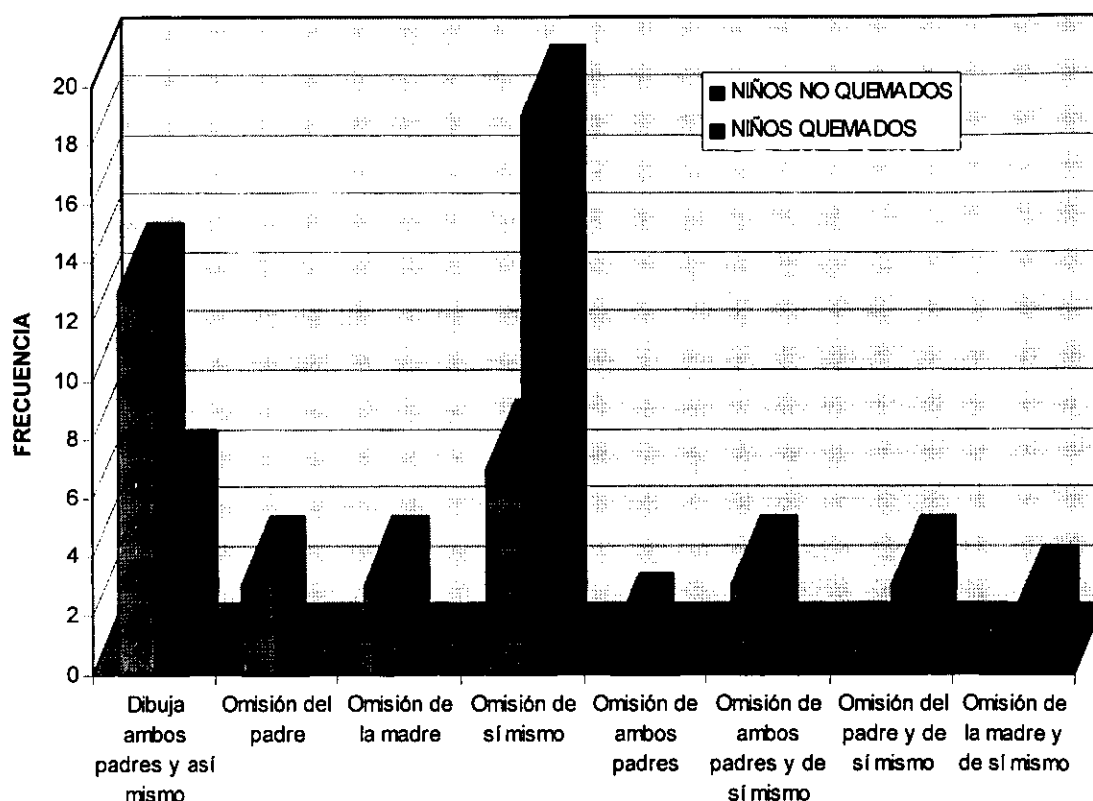


La Figura muestra las variables que se observaron con mayor frecuencia en la figura humana de ambos grupos, en donde podemos apreciar: que los niños no quemados presentan mayor tendencia a dibujar figuras humanas completas y con un mayor grado de integridad, en comparación con los niños con secuelas de quemaduras, los cuales presentan mayor número de omisiones en los rasgos faciales, siendo el más reincidente la omisión de pupilas dando como resultado rostros inexpresivos. También éste grupo de niños tiende a realizar con mayor frecuencia dibujos primitivos como muñecos o figuras con características unidimensionales y fallas importantes en la integración, las cuales no corresponden con su rango de edad.

Respecto al Test Kinético de la familia éste revela que los niños con secuelas de quemaduras poseen una imagen parental más devaluada que los niños sin quemaduras, ya

que los últimos tienden a dibujar con mayor frecuencia a los personajes de la familia en un mismo plano, exceptuando aquellos en los que la familia es numerosa y no pueden ser yuxtapuestos por razones de espacio, de la misma manera se aprecia una menor distancia entre los miembros dibujados y mayor comunicación que en los dibujos del grupo de niños con secuelas de quemaduras, los cuales suelen excluirse con mayor frecuencia del vínculo familiar, manifestando carencias intrafamiliares importantes, así como pobreza en la calidad de los detalles. (ver Fig. 4,5 y 6)

TEST KINÉTICO DE LA FAMILIA



Esta figura muestra las variables que se observaron con mayor frecuencia en los dibujos de ambos grupos y nos indica que existen diferencias cualitativas importantes entre el grupo control de niños no quemados y el grupo experimental de niños con secuelas de quemaduras. Siendo los niños no quemados los que muestran mayor tendencia a dibujar a ambos padres e incluirse ellos mismos en la representación familiar, en contra parte con los niños con secuelas de quemaduras, los cuales presentan con menor frecuencia esta característica y por el contrario existe en éstos niños una fuerte tendencia a omitirse ellos mismos en la representación gráfica familiar.

CAPITULO 5

5.1 DISCUSION

5.2 CONCLUSIONES

5.3 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

5.1 DISCUSIÓN

El desarrollar este trabajo de investigación permitió detectar tanto las diferencias que existen en la imagen corporal e imagen parental de niños con secuelas de quemaduras y niños no quemados, como también las deficiencias proyectadas en las relaciones padres e hijos, manifestando además el gran impacto que ejercen las secuelas físicas y consecuentemente las psicológicas directamente sobre el desarrollo físico y salud mental del menor.

La imagen parental que el menor con secuelas de quemaduras posee es deficiente e inapropiada, los pequeños en su gran mayoría proyectan a través de sus dibujos relaciones intrafamiliares frías y hostiles, no presentan indicios de interacción o dialogo, hay distancia física suficiente entre los personajes como para que el contacto emocional y afectivo entre padres e hijos sea adecuado, los niños proyectan esa distancia emocional y ese vacío afectivo a través de la representación de los personajes de su familia en diferentes planos, o bien por medio de la compartimentalización de los mismos (ver Fig. 7 y 8).

De acuerdo con Zurich (1962) El tipo de vida hogareña que tenga el niño está en gran medida determinado por sus padres. Los hogares caracterizados por discordias y otros roces carecen de relaciones afectuosas, de interés de los padres por el niño y esto lleva a una inestabilidad emocional y a una mala adaptación por parte del menor. Si este tipo de relaciones familiares son las que rodean al menor con secuelas de quemaduras, difícilmente el pequeño podrá contar con los elementos necesarios para fortalecer su autoestima y enfrentar de manera adecuada las secuelas biopsicosociales producto del accidente.

Por el contrario y de acuerdo con este mismo autor, para que el niño logre una personalidad bien ajustada se requiere de un modelo de vida familiar en el que los miembros de la familia se lleven bien, en el cual deben existir relaciones de afecto, de cooperación y de tipo democrático y sobre todo en donde los padres hagan intentos para satisfacer las necesidades del niño, ya que este tipo de hogar produce las relaciones afectuosas que todo niño necesita por parte de sus padres y hermanos para favorecer su desarrollo psicológico.

Hay quienes proyectaron preocupación y angustia por medio de líneas fuertes y remarcadas, así como a través de sombreados (ver Fig. 9 y 10). Algunos dibujos presentan omisión en los rasgos faciales de algunos personajes reflejando un indicativo de desvalorización de esos personajes (ver Fig. 11 y 12), sin embargo debemos de tomar en cuenta que este hecho pone de manifiesto tal vez temor o sentimientos de insuficiencia del menor para relacionarse con los demás, para enfrentarse al medio ambiente familiar, escolar y social.

La variable más importante que se detectó y que apoya la hipótesis de que existen diferencias en la imagen corporal y parental de niños con secuelas de quemaduras y niños no quemados, se manifiesta a través de la omisión en la representación de sí mismo, en donde los niños con secuelas de quemaduras se desvalorizan totalmente, hay una

incapacidad de adaptación a su medio ambiente familiar y consecuentemente también al medio exterior; estos niños proyectan inconscientemente una sensación de rechazo, de aislamiento, de no pertenecer al vínculo familiar, de ya no ser "igual" o "normal" físicamente hablando, manifestando también angustia al no sentirse aceptado y apoyado.

De acuerdo con Ross Stanger (1974) la imagen del niño se modifica conforme éste va comprendiendo cómo lo valoran sus padres, los niños captan con sorprendente perspicacia los estados emocionales encubiertos por los adultos; por lo tanto es posible que las creencias del niño acerca de las evaluaciones que sus padres hacen de él estén más cerca de la verdad que lo que afirman los padres abiertamente. De esta manera es factible predecir que si los niños con secuelas de quemaduras están proyectando los sentimientos anteriormente descritos, se debe a que los padres no están funcionando como tales, no están presentes, no están apoyando, no hay un acercamiento afectivo, de confianza, de seguridad y comunicación que ayude al niño a restablecer en gran medida el daño psicológico para que le permita una reintegración más sólida y consistente ante el medio ambiente.

Finney (1961) ha observado que los niños que provienen de hogares en los cuales los padres son poco cariñosos, tienden a ser hostiles, desobedientes, pesimistas, en general poseen un sentimiento generalizado de fracaso el cual se acompaña de pérdida de la confianza en sí mismo. Este tipo de comportamiento se debe acentuar en los niños con secuelas de quemaduras, por lo tanto sería adecuado que los padres de estos niños manifestaran mayor interés, apoyo y sobre todo sentimientos de emotividad y afecto hacia sus hijos.

Analizando los factores anteriores que engloban la imagen parental y retomando los resultados de la investigación tanto estadísticos como cualitativos, es factible afirmar que la imagen parental juega un papel preponderante sobre el desarrollo psicológico del menor y en particular sobre su imagen corporal, dentro de la cual también se detectaron diferencias importantes entre ambos grupos, estas diferencias se manifiestan a través de los dibujos de figuras humanas incompletas y de la posición en que la figura humana fue colocada.

Los niños con secuelas de quemaduras en su mayoría dibujaron figuras humanas más pequeñas que los niños sin quemaduras, proyectando así una imagen corporal devaluada, sentimientos de inadaptación, de inseguridad y autoestima baja, se perciben así mismos rechazados por su medio ambiente (ver Fig. 13 y 14).

Otra variable importante que discrimina a los grupos es la posición de la figura humana dibujada, los niños con secuelas de quemaduras mostraron tendencia a no dibujar sus figuras en el centro de la hoja, ubicándolas en diferentes partes, las líneas de sus dibujos tienden a ser débiles y fragmentadas manifestando nuevamente poca confianza en sí mismos así como sentimientos de inadecuación (ver Fig. 15 y 16).

También se observó que los pequeños proyectan insuficiencia manipulatoria y un gran temor a relacionarse con su medio ambiente ya que son pocos los niños que dibujaron sus figuras humanas completas y bien integradas, siendo la gran mayoría los que dibujaron figuras humanas primitivas que se asemejan más al mundo inanimado de los muñecos y presentan omisiones en las manos, brazos y rasgos faciales siendo el más recurrente la

omisión de pupilas, lo que hace pensar que la principal preocupación de estos niños es en relación al medio ambiente externo y a la manera adecuada de enfrentarlo (ver Fig. 17, 18 y 19).

Otro factor que detecte a través de la observación directa en el hospital y que inevitablemente influye sobre el estado psicológico y emocional del niño con secuelas de quemaduras es la ambivalencia de sentimientos que experimentan sus padres, tal es el caso de la culpa que en la mayoría de los casos tiende a convertirse en una sobre protección definitivamente mal canalizada hacia el menor, en donde existen también sentimientos de incertidumbre y ansiedad al no saber cómo va a quedar físicamente el niño después de su recuperación, también entran en juego la preocupación y desesperación en este caso económicas ante los periodos de hospitalización largos y adquisición de medicamentos que se encuentran fuera de las posibilidades de los padres.

Otro sentimiento que puede emerger ante las secuelas físicas llámense estéticas o funcionales es la vergüenza, como han señalado Seligman, MacMillan y Carroll (1971) ; una vez que el desfiguramiento se hace evidente surgen en la familia fuertes sentimientos de vergüenza , ya que a partir del desfiguramiento los extraños manifiestan curiosidad, excitación, horror y algo de crueldad hacia la víctima, y los hermanos luchan contra esos sentimientos que suscita el tener un pariente deforme del cual no pueden sentirse orgullosos; siendo muy difícil que el niño con desfiguramiento pueda evadir el estigma a causa de los sentimientos de vergüenza de su propia familia.

Una vez que el niño sale del hospital tanto él como los padres tienen que enfrentar el regreso y la readaptación del menor con los demás familiares, con los amigos, con la escuela y con el medio externo en general lo cual provoca mucha angustia tanto en los menores como en los padres, siendo los últimos los encargados de apoyar al menor en esta difícil etapa.

Mis observaciones en el Hospital Pediátrico de Tacubaya me mostraron con crueldad que lamentablemente los padres no se encuentran emocionalmente aptos y sobre todo capacitados para ayudar a sus hijos a restablecerse emocionalmente, los padres no saben cómo actuar, qué decir, si compadecer al niño o tratarlo igual que a los demás miembros de la familia, les da temor tocarlos, acariciarlos, no existe entre ellos un vínculo afectivo tan sólido como para permitir un acercamiento de comunicación, de confianza, de esperanza; los padres en medio de su dolor e ignorancia permanecen impávidos, asustados, retraídos, esto se debe inevitablemente al medio ambiente en general, así como al nivel socio cultural al que pertenecen estas personas, y si a esto agregamos además el fuerte impacto del que fueron objeto ya sea al presenciar el accidente o al recibir la noticia del mismo, tenemos consecuentemente unos padres con una carga emocional tan fuerte que los limita aún más de lo que ya están para ayudar a favorecer la pronta recuperación de sus hijos.

Este hecho me permitió notar que el Hospital no cuenta con un servicio de tratamiento psicológico para padres, únicamente cuenta con apoyo o intervención en crisis y

definitivamente deberían existir más campañas sobre prevención de accidentes por quemaduras.

El haber convivido de manera directa con este tipo de pacientes con secuelas de quemaduras dentro del hospital me permitió detectar deficiencias importantes como el trato que reciben los niños de médicos y enfermeras al darme cuenta de que no es el adecuado psicológicamente hablando, respecto al aspecto médico puede ser idóneo, pero siempre hay una tendencia a olvidar el aspecto psicológico, anteponen la salud física olvidándose de la salud mental del paciente y sobre todo pierden el sentido humanitario ante su responsabilidad como médicos.

Debido a los escasos recursos económicos a los que se encuentra sujeto el hospital, la atención integral de estos pacientes se ve seriamente obstaculizada, al no contar a veces con camas suficientes para los niños, en ocasiones se han tenido que posponer las cirugías debido a la carencia o insuficiencia de materiales o medicamentos, los espacios destinados al área de rehabilitación y psicología son insuficientes para la demanda de población que existe, no se cuenta con un apoyo económico para la labor psicológica que se puede desempeñar, ésta se encuentra sujeta al apoyo del voluntariado que eventualmente organiza colectas de juguetes y de ropa, con los cuales se organizan bazares y el dinero obtenido se destina a la compra de material médico, didáctico, batas, licras (mallas de presión que se usan para el tratamiento de niños con secuelas de quemaduras), etc.

Finalmente nos encontramos ante un problema bastante amplio que aún no ha sido explorado, ni se le ha dado teóricamente la importancia que amerita a las secuelas psicológicas en el desarrollo emocional del niño, es un tema que cuenta con muchas limitaciones difíciles de cubrir más no imposibles y esta investigación es sólo una pequeña contribución al amplio tema que espero sirva de apoyo y motivación para desarrollar investigaciones futuras.

5.2 CONCLUSIONES:

Hay que destacar el papel preponderante y eficaz que ejercieron las técnicas gráficas proyectivas Test de la Figura Humana y Test de la Familia en Movimiento en la obtención de los indicadores clínicos Imagen Corporal e Imagen Parental respectivamente, permitiéndome cubrir de manera eficaz mis objetivos.

Los niños con secuelas de quemaduras poseen una imagen parental más devaluada en comparación con los niños sin quemaduras.

Tienden a dibujar a los personajes de la familia en diferentes planos, son pocos los niños que dibujan a ambos padres y así mismos debido a que la mayoría opta por excluirse del vínculo familiar a través de la supresión de sí mismo en la representación gráfica.

Los niños con secuelas de quemaduras proyectan a través de sus dibujos preocupación y temor ante la incapacidad para enfrentar y adaptarse al medio ambiente.

Experimentan sentimientos de rechazo y aislamiento y perciben un ambiente intrafamiliar poco afectivo y gratificante.

Los niños con secuelas de quemaduras proyectan a través de sus dibujos una imagen corporal devaluada, por medio de figuras humanas pequeñas, incompletas, primitivas y con omisiones principalmente de los rasgos faciales.

Los niños manifiestan con sus dibujos sentimientos de inseguridad, de inadaptación y falta de confianza en sí mismos.

Se caracterizan por poseer una autoestima baja y un pobre concepto de sí mismos.

Perciben nuevamente actitudes de rechazo de su medio ambiente y se perciben a sí mismos incapaces de adaptarse a su medio externo.

Finalmente y en apoyo al planteamiento inicial de la investigación, se postula que las secuelas físicas producto de accidentes por quemaduras producen efectos negativos sobre la imagen corporal y parental de los niños, los cuales se manifiestan a través de la desvalorización de sí mismos, de sentimientos de inadaptación, inseguridad, autoestima baja, sensación de rechazo del medio ambiente e insuficiencia manipulatoria, así como la percepción de un ambiente intrafamiliar frío y hostil que no favorece el contacto emocional y afectivo entre padres e hijos, proyectando también ansiedad y angustia al no percibirse aceptados y apoyados.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

5.3 LIMITACIONES

Al trabajar con este tipo de población me encontré con algunas limitantes, la principal fue el no contar con apoyo teórico suficiente respecto a los efectos psicológicos que traen como consecuencia los accidentes por quemaduras y sobre todo las secuelas físicas, existe gran cantidad de literatura respecto al tema de las quemaduras, pero la mayoría aborda este tema desde una perspectiva médica y no le proporcionan al enfoque psicológico la importancia que requiere para la recuperación integral de estos pacientes.

Otra limitante es no poder realizar adecuadamente estudios evolutivos con pacientes que han sufrido accidentes por quemaduras, puesto que las lesiones producidas se tornan muy dolorosas y molestas para los niños.

Otro factor que hace difícil el acercamiento con los menores es su estado emocional de alerta, de agresión, en ocasiones de depresión y falta de motivación, pero el más importante es el miedo, hay un temor implícito en el niño relacionado con los periodos de hospitalización largos, los baños diarios, los tratamientos y curaciones dolorosas y sobre todo con el personal médico y de enfermería, ante cualquier persona que porte una bata blanca los pequeños se tornan muy susceptibles y es difícil ganarse su confianza y cooperación.

De acuerdo con las estadísticas los niños tienden a quemarse en mayor proporción que las niñas y de hecho esta muestra incluye más niños que niñas, considero que ésta manifestación dificulta el poder encontrar diferencias significativas en estudios posteriores tomando en consideración la variable sexo.

Otros factores que limitan la atención integral de estos pacientes se relacionan con los escasos recursos económicos con que cuenta el hospital. El personal psicológico capacitado es insuficiente para la demanda de la población, el hospital no cuenta con un servicio de tratamiento psicológico para padres, los espacios físicos son reducidos y los materiales tanto didácticos como de curación y rehabilitación no son adecuados ni suficientes.

El trato personal y humanitario que debería existir entre médico - paciente y enfermera - paciente deja mucho que desear, no es el más adecuado para los niños, como tampoco lo es la relación padres e hijos.

SUGERENCIAS

Es muy importante hacer hincapié en que deben de existir más campañas de prevención contra accidentes de quemaduras, la información que existe en nuestro medio es insuficiente y es necesario hacerla llegar a través de diferentes medios de difusión a la población en general, pero específicamente a la población de escasos recursos.

Anteriormente mencione que existen deficiencias en el trato directo (físico y emocional) que proporcionan los médicos y los padres a los niños y que éste tiene un efecto negativo directamente sobre la salud física y mental del menor. Debido a esto sugiero, que se debería

de implementar un programa conjunto en donde mientras el niño es atendido desde una perspectiva médica, los padres deberían ser atendidos psicológicamente.

Así mismo se debería de implementar un programa de sensibilización para médicos y enfermeras que ponga énfasis en el trato personal y humanitario que deberían recibir los niños, explicar que un saludo, una sonrisa, una caricia o una simple mirada pueden provocar efectos positivos sobre la salud física y mental del menor.

También sería favorecedor para los niños que se sensibilizara a los padres en cuanto a la importancia y efecto que tiene el contacto físico y emocional sobre sus hijos, como es el contacto visual, la cercanía, la voz, el poder compartir con ellos alguna actividad durante las visitas hospitalarias a través del juego, la lectura de un cuento, el cantarles una canción, etc. con el fin de favorecer la interacción y comunicación entre ellos y esto en pro del restablecimiento de la salud mental del menor.

El haber realizado esta investigación es una aportación mínima que deseo sirva de base y estímulo para realizar futuras investigaciones dentro de este amplio campo, ya que durante el logro de este objetivo he encontrado nuevas interrogantes como: de qué manera se afecta la autoimagen y autoestima en los niños de acuerdo a la superficie corporal quemada y a las diferentes partes del cuerpo involucradas, quiénes se ven más afectados los niños o las niñas, de qué manera las quemaduras influyen sobre el desarrollo psicosexual de los menores, la repercusión que tiene el accidente y las secuelas físicas sobre el desempeño académico de los infantes, entre otras, las cuales espero puedan ser contestadas algún día.

APÉNDICE

NOTA : Los dibujos correspondientes a las figuras 1,2,3,4,5 y 6, fueron reducidos de su tamaño original para presentarlos en la misma hoja y facilitar así la observación y comparación de los dibujos de ambos grupos; tratando de respetar la posición original en que fueron colocados los dibujos.

QUEMADO



NO QUEMADO

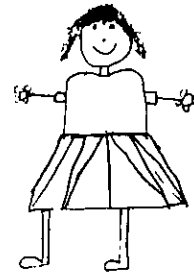


FIGURA 1

QUEMADO



NO QUEMADO



FIGURA 2

QUEMADO

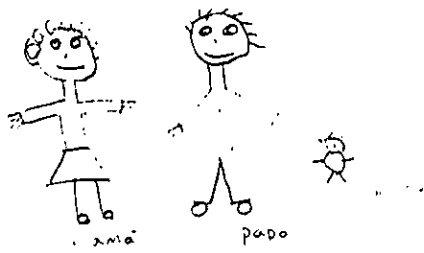


NO QUEMADO



FIGURA 3

QUEMADO



NO QUEHADO

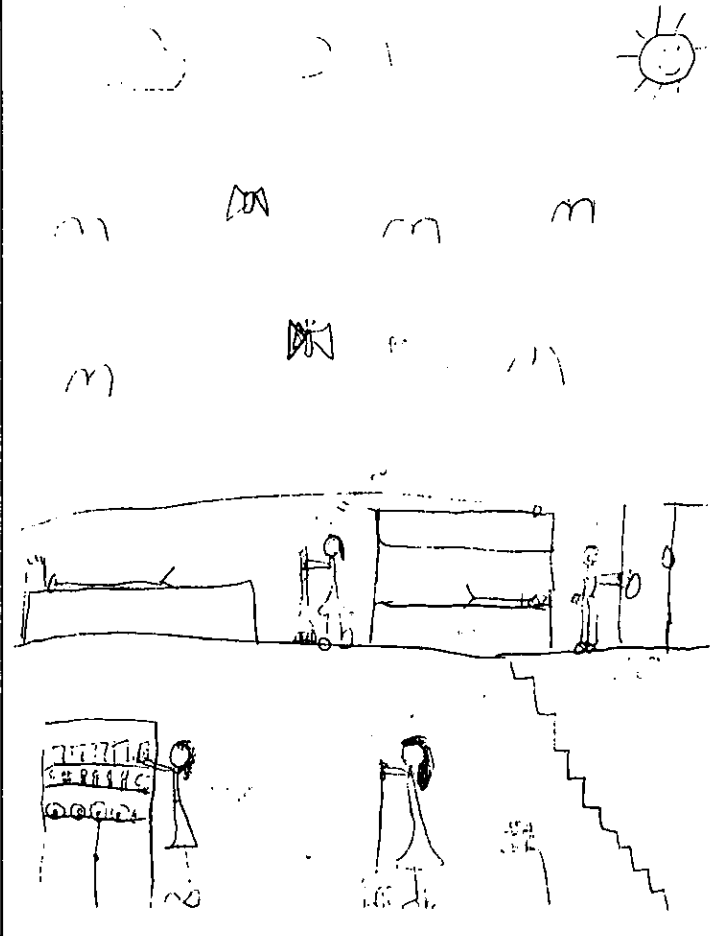
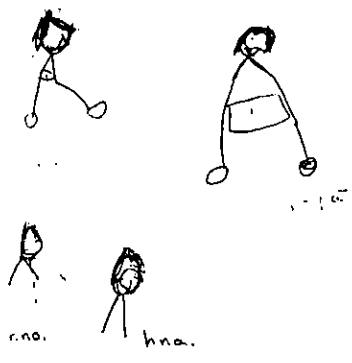


FIGURA 4



QUEMADO

NO QUEMADO



FIGURA 5

QUEMADO

NO QUEMADO

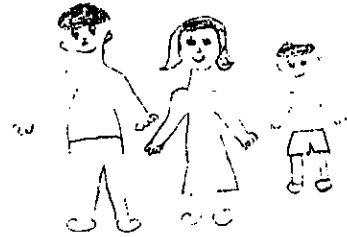


FIGURA 6

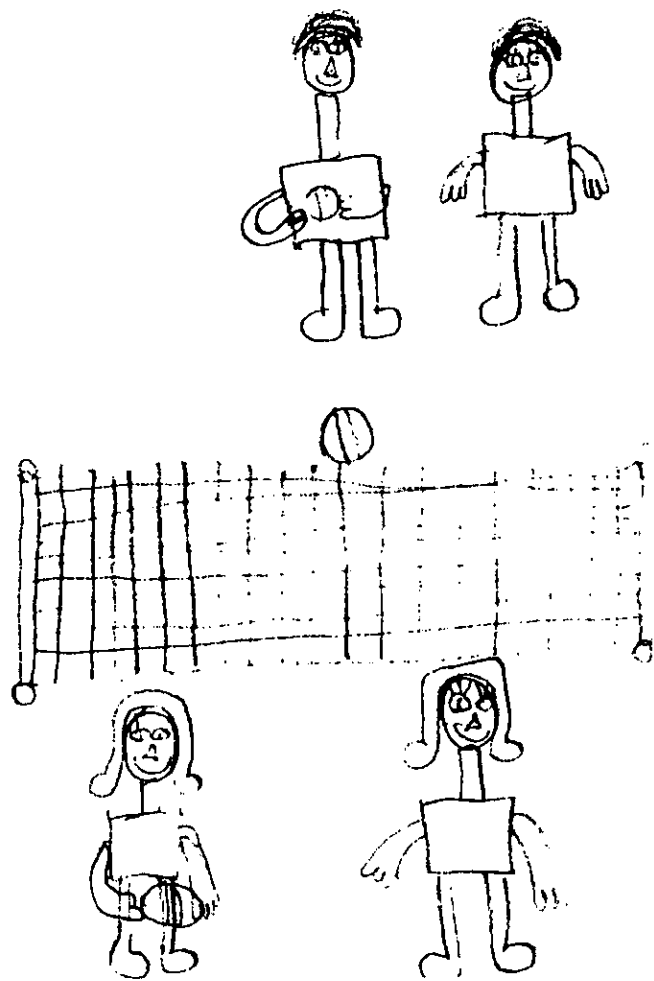


FIGURA 7

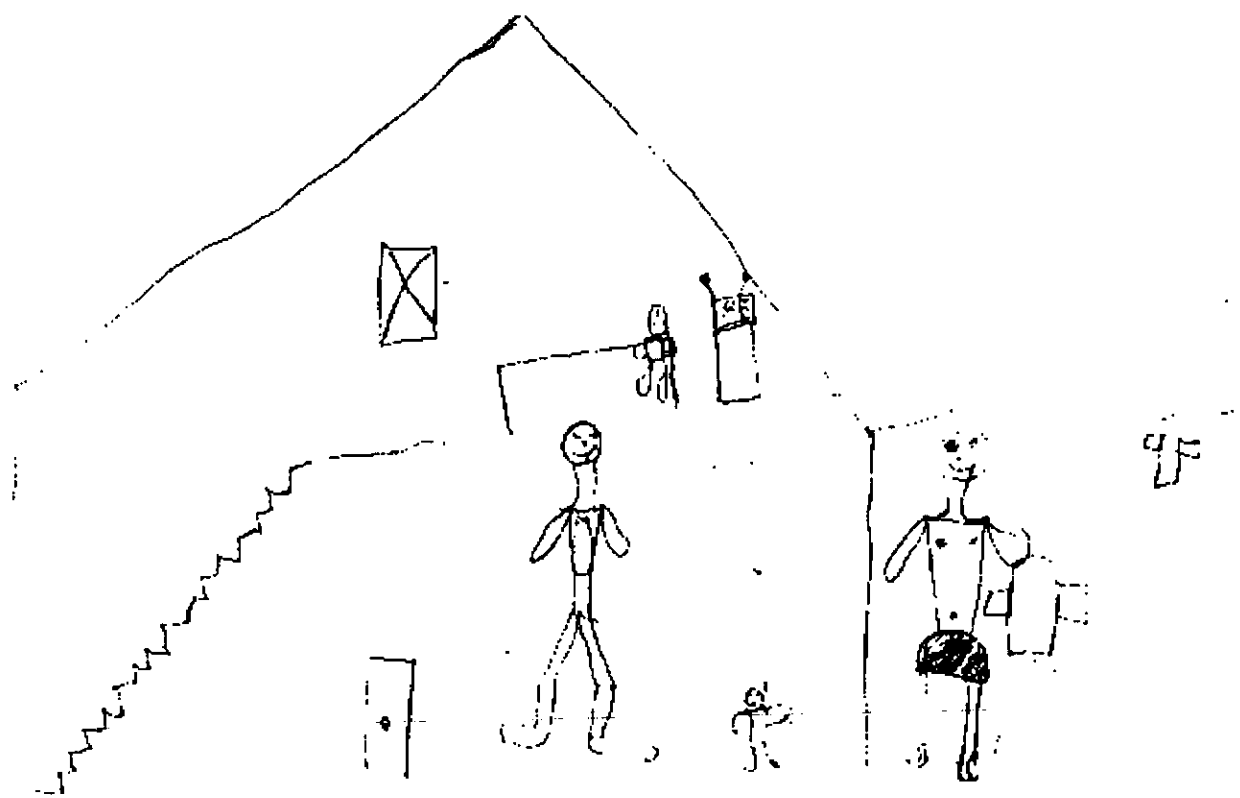


FIGURA 8

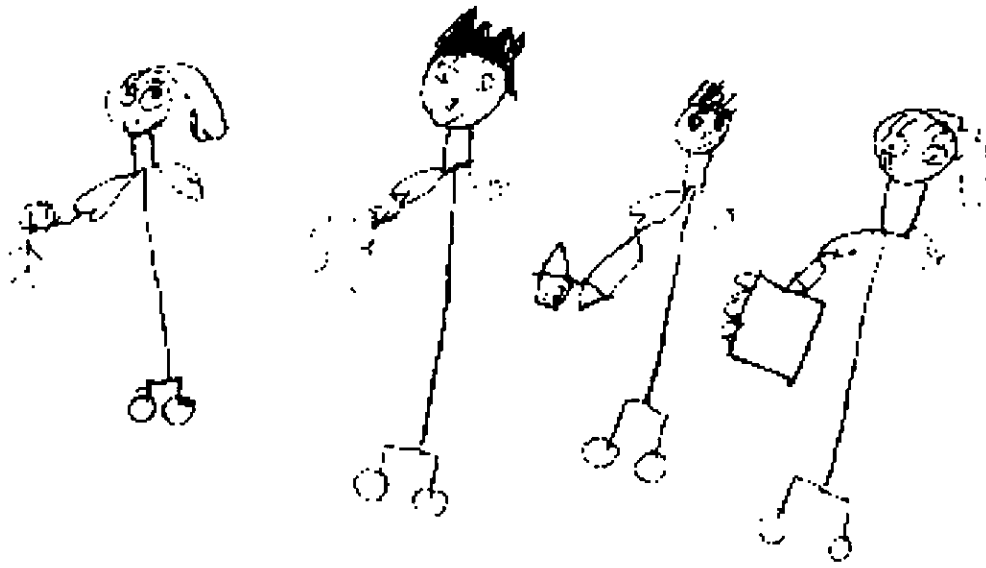


FIGURA 9

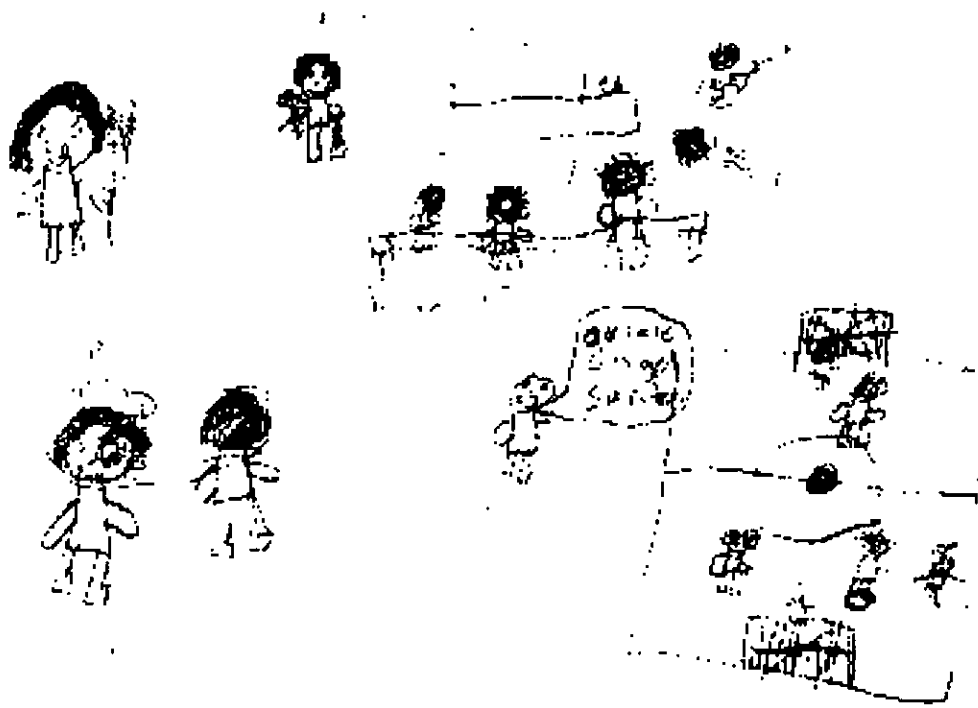


FIGURA 10

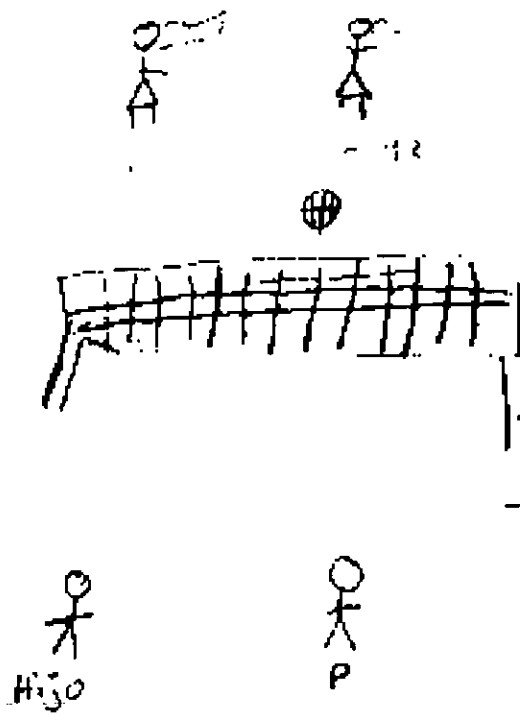


FIGURA 11



FIGURA 12

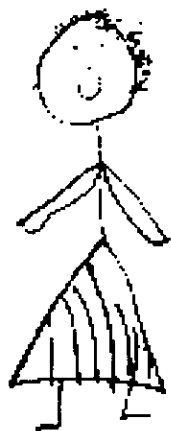


FIGURA 13



FIGURA 14



4120

FIGURA 15



FIGURA 16

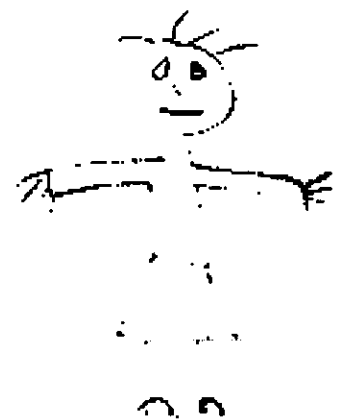


FIGURA 17

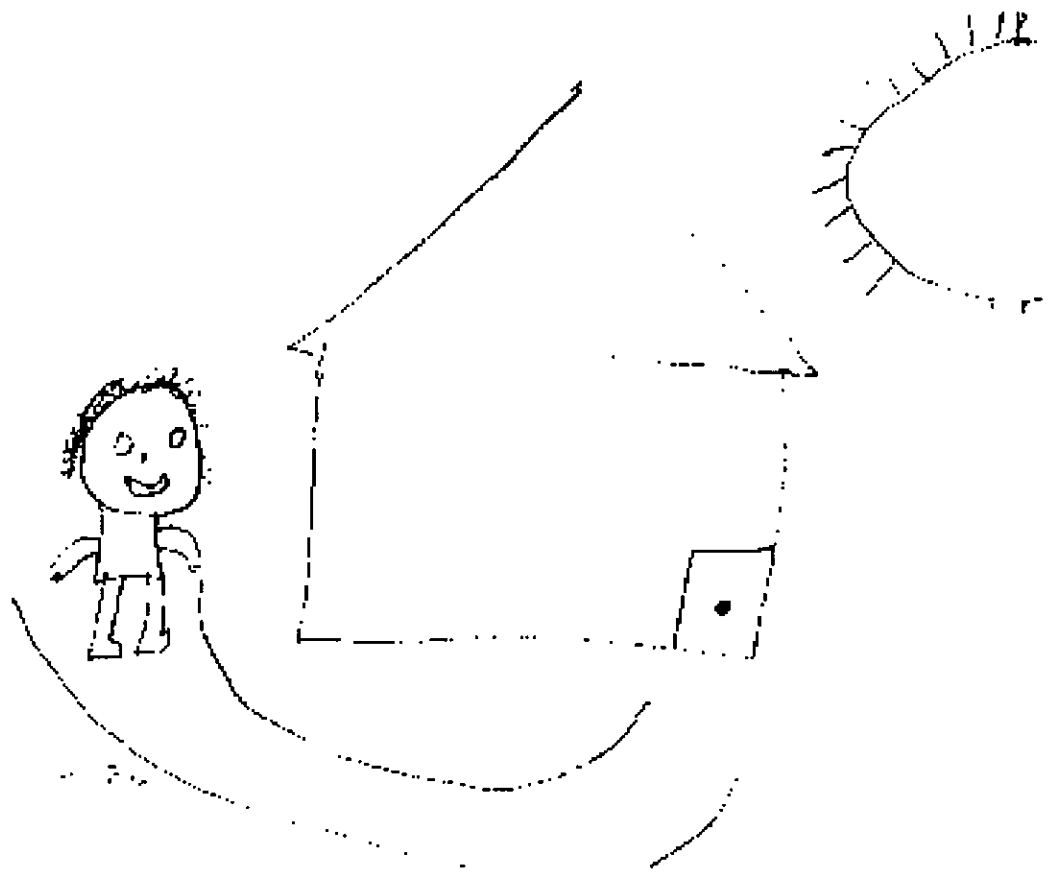


FIGURA 18



FIGURA 19

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achterberg, Jeance, C. Kenner y F. Lawlis: Severe Burn Injury. 1988.
- Anderson, H. H.: Técnicas Proyectivas de Diagnóstico Psicológico. 1976.
- Angrilly A. Y Helfat L. : Psicología Infantil. 1984.
- Artz, Curtiz Price: Tratado de Quemaduras. 1915.
- Bender, Laureta: Child Psychiatric Techniques. Springfield, Thomas, 1952.
- Berman, S., y Leffel, J.: Body Type and Figure Drawing. J. Clin. Psych., 9: 368-370, 1953
- Bernstein Norman R. : Emocional Care of the Facially, burned and Disfigured. 1976.
- Brandt, R. M.: Self: Missing Link for Understanding Behavior. 1957.
- Brownfain, J.J.: Stability of the Self Concept as a Dimension of Personality. 1952.
- Burns, R. C. Y Kaufman, S. M. Kinetic Family Drawings. 1970.
- Clarke, A. Murray: Thermal Injuries: The Care of the Whole Child. 1980.
- Cleveland, S., y Fisher, S.: Body-image Boundaries in Various Psychosomatic Illnesses, 1955.
- Corman: El Dibujo del Niño, Expresión de su Inteligencia y Afectividad. 1961.
- Dalton, Richard: Psiquiatria en la Unidad de Quemados. 1986.
- De Martino, M. F.: Human Figure Drawings by Mentally Reterded Males. 10: 241-244, 1954.
- Del Río y Galliani: Relato XVII. Congreso Argentina de Cirugía. Buenos Aires, 1945.
- Di Leo, J. H. : Los Dibujos de los Niños como Ayuda Diagnóstica. 1978.
- Dixon, J. C.: Development of Self Recognition. 1957.
- Dorken, H.: the Reability and Validity of Spontaneous Fingerpaintings. 18: 169-182, 1952.
- Dunnett, Ruth: Art and Child Personality. Londres, Methuen, 1948.
- Elliot, Charles y R. A. Olson: Medical Treatment For Burn Injuries. 1983.
- Finney, J. C.: Some Matenal Influences on Childrens Personality and Character. 1961.
- Fisher, S.: y fisher, Rhoda: Style of Sexual Adjustment in Disturbed Women and its Expression in Figure Drawing. 34: 169-179, 1952.
- Glasner, Rabbi S.: Family Religion as a Matrix of Personal Growth. 1961.
- Gunzburg, H. C. : Scope and Limitations of the Goodenough Drawings Test Method in Clinical Work with Mental Defectives. 11: 8-15, 1955.
- H. B. English y CH. English: Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. 1977.
- Hammer, E. F.: An Investigation of Sexual Symbolism. 17: 401-413, 1953.
- Hammer, E. F.: Los Test Proyectivos Gráficos. 1969.
- Hanvik, L. J.: The Goodenough Test as a Measure of Intelligence of Child Psychiatric Patients. 9: 71-72, 1953.
- Herschowitz, R. G. Crisis Theory, a formulation. 1973.
- Hurlock B. E.: Desarrollo Psicológico del Niño. 1964.
- Kafka, E.: On the Development of the Experience of Mental Self, the Bodily Self and Self Consciousness. 1971.
- Katz, J.: The Projection of Assaultive Aggression in the Human Figure Drawing of Adult Male Negro Offenders, 1951.
- Kelley, M. L., G. Jarvie, J. Lawlis Y Cois.: Decreasing burned Childrens Pain Behavior: Impacting the Trauma of Hidrotherapy. 1984.
- Kirschbaum, Simon M.: Tratamiento Integral de las Quemaduras. 1968.
- Koppitz, E.: El dibujo de la Figura Humana en los Niños. 1973.
- Kotkov, B., y Goodman, m.: The Draw a Person Test of Obese Women. 9: 362-364, 1953.
- Kris, E.: Psychoanalytic Explorations in Art. Nueva York, , 1952.
- Ladd, Gary W.: Effectiveness of a Social Learning Method for Enhancing Childrens Social Interaction

- and Peer Acceptance. 1981.
- Leigh, Debra W.: Programa Lúcido Preoperatorio para niños con quemaduras. 1986.
- Levy, S.: Figure Drawings as a Projective Test, en Abt, L. E., y Bellak, L.: *Projective Psychology*. 1950.
- Lewis, Nolan. D. C.: *Personality Factors in Alcoholic Addiction*. 1: 21-44, 1928.
- Lluis Font J.M.: *Test de la Familia*. 1978.
- Machover Karen: *Personality Projection in the Drawing of a Human figure*. 1949.
- Madeiros, D.C., B. J. Porter y D. Welch.: *Children Under Stress*. 1983.
- Mc Phee J. Y Wegner, K.: *KFD Styles and Emotionally Disturbed Childhood Behaviour*. 1976.
- Meyer, B., Brown, F., y Levine, A.: *Observations on the House Tree Person Drawing Test Before and After Surgery*. 17: 428-454, 1955.
- Minkowska, F.: *La Tipología Constitucional a Través del test de la familia*. 1947.
- Morvai, M. Y Laroche, J. *Drawings of the Family by a Deprived Father*. 1974.
- Naumburg, Margaret: *Art as Symbolic Speech*. *Journal of Aesthetics and Art Criticism*, 13: 435-450, 1955.
- Peterson, L. Y C. Shigetomi: *The use of coping techniques to minimize anxiety in hospitalized children*. 1981.
- Rabinowitz, Aaron: *Altura, Aceptación y Rechazo de Figuras Parentales*. *Perceptual and Motor Skills*, 1985.
- Rieff, Philip: *En Freud, S.(4)*.
- Salisbury, R. E.: *Tratamiento Inicial de las Quemaduras*. 1986.
- Schilder, p.: *The Image and Appearance of the Human Body*. 1958.
- Schmitts, R. Ph. D. Thesis, University of Houston, 1971.
- Seligman, R., Mc millan, B. G. Y Carroll, S : *The Burned Child: A Neglected area of Psychiatry*. 1971.
- Shirley, M.M.: *The Impac of the Mothers Personality on the Young child*. 1941.
- Spoerl, D.T. :*Personality and Drawing in Retarded Children*. 8: 227-239, 1940.
- Stanger Ross: *Psicología de la Personalidad*. 1974.
- Stoddard, F. J.: *Coping With Pain: A Developmental Aproach to Treatment of Burned Children*. 1982.
- Symonds, P.M.: *Essentials of Good Parent- Child Relations*. 1949.
- Tarnowsky, K.J., Rasnake y R.S. Drabman: *Behavioral Assessment and Treatment of Pediatric Burn Injuries*. 1987.
- Tarnowsky, K.J., Rasnake, T.R., Linsscheid y Mullick: *Ecobehavioral Characteristic of a Pediatric Burn Injury*. 1989.
- Thomson, G.G.: *Child Psychology*. 50, 528-538, 1962.
- Toler, A., y Toler, Belle: *Judgment of Children's Personality From Their Human Figure Drawings*. 19: 170-176, 1955.
- Waehner, t. S.: *Interpretations of Spontaneous Drawings and Paintings*. 33: 3-70, 1946.
- Wallace, A. B: *Treatment of Burns, a Return to Basic Principles*, 1949.
- Wernick, R. L.: *Inoculación de Estres en el Control del Dolor Clínico: Aplicaciones al Dolor Producido por Quemaduras*. 1983.
- Zunich, M.: *Relationship Between Maternal Behavior and Attitudes Toward Children*. 1962.