

40



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“IMAGEN CORPORAL DEL NIÑO
CON LEUCEMIA”

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :

SANDRA CRUZ VEGA





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradezco a Dios por
darme la oportunidad de
ver realizado uno de mis
más grandes sueños y de
tener la dicha de
compartirlo con los seres
que más quiero: Mis
padres.

Agradezco especialmente
a la Maestra Rosario
Muñoz, por dirigir esta
tesis y compartir sus
conocimientos con migo.

A la Maestra Anne Marie
Brugman por sus valiosas
aportaciones.

A la Maestra Lilia Joya
por su apoyo
metodológico.

A la Maestra Bertha
Blum y a la Maestra Eva
Esparza, quienes como
coordinadoras del
Programa de
Profesionalización y
Optimización en la
Enseñanza del Psicólogo
Clínico me brindaron su
confianza y pusieron gran
interés en la revisión de
este trabajo.

A la Doctora Inés
Ceballos por su apoyo y
amistad.

A todas ellas gracias.

A Pedro, Giulliana y Jair,
quienes me brindaron
apoyo y tiempo

**Dedico esta tesis a mis
padres que me han
apoyado en todo
momento, brindándome
siempre su amor y
confianza.**

**Especialmente dedico
esta tesis a los pacientes
con Leucemia, ellos me
enseñaron a luchar en y
por la vida, amando y
disfrutando cada
momento.**

**Gracias por enseñarme a
tener entereza aun en los
momentos más difíciles.**

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

"LEUCEMIA"

1.0 ASPECTOS MEDICOS	1
1.1 Definición	1
1.2 Clasificación	1
1.3 Epidemiología	2
1.4 Incidencia	4
1.5 Sintomatología	4
1.6 Tratamiento	5
1.7 Efectos Secundarios	6
2.0 ASPECTOS PSICOLOGICOS	7
3.0 EFECTOS DE LA LLA COMO ENFERMEDAD CRONICA	10
3.1 ¿Qué es la enfermedad crónica?	10
3.2 El Cáncer como enfermedad crónica	10
3.3 Consecuencias de la enfermedad crónica	11
3.4 La enfermedad crónica en la familia	12
3.5 El niño con enfermedad crónica	13
3.6 El adolescente con enfermedad crónica	14
3.7 La muerte en los niños y adolescentes enfermos	15

CAPITULO II

"IMAGEN CORPORAL"

1.0 EL CUERPO	16
2.0 ESQUEMA CORPORAL	16
3.0 IMAGEN CORPORAL	19
4.0 IMAGEN CORPORAL Y EL DIBUJO PROYECTIVO DE LA FIGURA HUMANA	26
5.0 INVESTIGACIONES	27

CAPITULO III	
"METODO"	
1.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
2.0 OBJETIVOS	29
3.0 FORMULACION DE HIPOTESIS	30
3.1 Hipótesis Conceptual	30
3.2 Hipótesis de Trabajo	30
4.0 DEFINICION DE VARIABLES	30
4.1 Definición Conceptual	30
4.2 Definición Operacional	30
5.0 REQUISITOS DE INCLUSION	30
6.0 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO EXPERIMENTAL	31
7.0 SUJETOS Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	31
8.0 INSTRUMENTO	31
9.0 PROCEDIMIENTO	32
10.0 EVALUACION DEL TEST	32
11.0 TRATAMIENTO DE LOS DATOS	34
CAPITULO IV	
"RESULTADOS Y ANALISIS"	35
"CONCLUSIONES"	48
"LIMITACIONES Y SUGERENCIAS"	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53
APENDICE	58

INDICE
FIGURA, TABLAS, GRAFICAS Y CUADROS

Figura 1. Corteza motora y Corteza Sensorial	18
Tablas.	
Tabla 1. Vestimenta	36
Tabla 2. Tamaño	37
Tabla 3. Soledad/Compañía	38
Tabla 4. Dedos	39
Tabla 5. Tamaño	40
Tabla 6. Actitud Postural	42
Tabla 7. Proyección de la Enfermedad	43
Tabla 8. Mención de la parte afectada del cuerpo	45
Tabla 9. Nariz	46
Gráficas.	
Gráfica 1. Puntuaciones obtenidas para el indicador Vestimenta	36
Gráfica 2. Puntuaciones obtenidas para el indicador Tamaño	37
Gráfica 3. Puntuaciones obtenidas para el indicador Soledad/Compañía	38
Gráficas 4 y 5. Porcentajes para el indicador Dedos	39-40
Gráficas 6 y 7. Porcentajes para el indicador Tamaño	41
Gráficas 8 y 9. Porcentajes para el indicador Actitud Postural	42-43
Gráficas 10 y 11. Porcentajes para el indicador Proyección de la Enfermedad	44
Gráficas 12 y 13. Porcentajes para el indicador Mención de la Parte afectada del cuerpo	45-46
Gráficas 14 y 15. Porcentajes para el indicador Nariz	47
Cuadros.	
Cuadro 1. Características del grupo de niños en Tratamiento	58
Cuadro 2. Características del grupo de niños en Suspensión	59

INTRODUCCION

El presente trabajo se realizó por que al tener la experiencia de trabajar con pacientes que tienen leucemia, explorando su adherencia al tratamiento y cómo sus capacidades intelectuales se ven afectadas surgió la inquietud de saber que es lo que pasa con el cuerpo del paciente con leucemia, en específico que sucedía con su imagen corporal, de tal manera que la interrogante este trabajo se centra en saber: ¿Qué pasa con la imagen corporal del niño con Leucemia?

El tema de la Imagen Corporal resultó interesante dado que la Leucemia es una enfermedad crónica que afecta física, psicológica y socialmente a la persona que la padece. Fisicamente el paciente con leucemia se enfrenta a problemas como la perdida de peso, pierde también el color natural de su piel, el cabello se les cae, etc. Hay limitaciones en sus actividades físicas y escolares lo que los lleva a un retraimiento social esto aunado a las hospitalizaciones frecuentes que los obligan a separarse de sus padres, hermanos y amigos, perdiendo también la posibilidad de realizar sus actividades cotidianas. Todas estas limitaciones reducen el mundo del niño, reduciendo así mismo su aprendizaje y experiencias lo cual tiene repercusión directa en su desarrollo psicológico y social.

Indagar sobre la imagen corporal en pacientes con leucemia me parece importante debido a que la literatura reporta que presentamos poca atención a nuestro cuerpo, a la forma en como esta constituido; y es en las ocasiones en que estamos enfermos o nos duele alguna parte del cuerpo cuando prestamos mayor atención al mismo. Así algunos autores han mencionado que uno de los elementos importantes en la formación de la imagen corporal es el dolor.

Debido a que la leucemia es un tipo de cáncer que se tiene que combatir con tratamiento farmacológico incluyendo el tratamiento quimioterapéutico y en ocasiones la radioterapia; Tratamientos que son dolorosos y no pocas veces traumáticas. Así pues la enfermedad y el tratamiento llevan al paciente a vivenciar su cuerpo de una manera diferente. Y como ya se menciona antes, el dolor es un factor relevante en la imagen corporal; es de importancia saber como los pacientes viven la enfermedad en su cuerpo, como es que éste se ve afectado o alterado, para que de esa manera se pueda crear un tipo de terapia que vaya encaminada al conocimiento del cuerpo a la expresión y manejo del mismo en la enfermedad. Todo con la finalidad de crear una mejor calidad de vida para los pacientes.

El reporte de este trabajo se integró en cuatro capítulos; en el primer capítulo se tratan los aspectos médicos y psicológicos de la leucemia así como los aspectos de la leucemia como una enfermedad crónica. En el primer tema se

abordan la definición, clasificación, etiología, sintomatología y tratamiento de la leucemia. En el segundo tema se tratan los efectos neuropsicológicos y psicosociales de la leucemia. El tercer tema trata a cerca de lo que es la enfermedad crónica, de cómo esta afecta al paciente, a los padres y a los hermanos; en general de cómo se ve afectada la vida cotidiana familiar. También encontramos como concibe el niño y el adolescente, a la enfermedad de acuerdo a su desarrollo y a la etapa en que se encuentren. Por último se toca el tema de la muerte en los niños y los adolescentes.

En el segundo capítulo se trata el tema del cuerpo, haciendo una clara diferenciación entre lo que es el esquema corporal y la imagen corporal, se habla del sentido propioceptivo, que es el sentido de la percepción interior a partir del cual tomamos conciencia de nosotros mismos. Desde el punto de vista neurológico vemos como se forma la imagen corporal, para después pasar a una posición más psicoanalítica, teniendo como principales exponentes a Schilder y a Dolto. Se reseña como la imagen corporal puede ser proyectada a través del dibujo de la figura humana, viendo plasmada la experiencia interna de una imagen interna en relación con el mundo externo, lo cual se pone de manifiesto en diferentes investigaciones.

En el tercer capítulo se expone la metodología de la investigación, y en el cuarto capítulo se presentan los resultados acompañados de tablas para su mejor apreciación.

Por último se presentan las conclusiones que señalan como la imagen corporal de niños con leucemia en tratamiento, es diferente a la imagen corporal de los niños en suspensión.

CAPITULO I

"LEUCEMIA"

1.0 Aspectos Médicos

1.1 Definición

La leucemia es un cáncer de tipo clonal de las células hematopoyéticas, caracterizado por trastornos tanto en la proliferación como en la diferenciación de estas células. Estos trastornos comprenden síndromes mieloproliferativos y mielodisplásicos, cuyas manifestaciones más características son, respectivamente proliferación excesiva o diferenciación anormal de las células hematopoyéticas, asociadas con cifras anómalas de leucocitos en sangre y que eventualmente conducen a la anemia, trombocitopenia y muerte del sujeto.

Popularmente se piensa que la leucemia es una enfermedad de la sangre, siendo esto un error. La leucemia es una enfermedad que se da en los tejidos formadores de la sangre, tanto en los tejidos que producen las células sanguíneas y que están proliferando de manera anómala, como en aquellas en que las células proliferantes exofijas muy a menudo se acumulan. De tal manera que las leucemias se pueden dividir en agudas y crónicas. Las leucemias agudas se caracterizan por el predominio de células muy jóvenes (blastos), y las leucemias crónicas se caracterizan por células bien diferenciadas en estadios más avanzados de maduración. El grado de supervivencia del paciente, puede ser determinado tomando en cuenta el tipo de leucemia ya sea ésta aguda o crónica; siendo la leucemia aguda la que se presenta con mayor frecuencia en la niñez.

En el presente estudio nos ocuparemos de la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA). La LLA de la infancia es un grupo heterogéneo de leucemias, todas las cuales tienen en común la característica de marcadores y morfología linfoide.

1.2 Clasificación

La leucemia suele ser clasificada morfológicamente por el método French-American-British (FAB). Este sistema designa tres tipos de linfoblastos separados, distinguidos por características que se observan bajo el microscopio óptico común.

La FAB L1 es la forma más común y se asocia con el pronóstico más favorable. La FAB L2 es menos común y con un carácter pronóstico peor; se caracteriza por estar compuesta de células primitivas grandes de aspecto hendido, parcialmente partida y dentada, con nucleólos casi siempre presentes. La FAB L3 es muy poco común, y muchos la consideran como una fase hematógena del linfoma de Burkitt, se caracteriza por tener una población homogénea de células primitivas con citoplasma intensamente basófilo, notable vacuolización citoplásmica y marcadores de superficie característicos de linfocitos B.

Otra forma de clasificar a la leucemia es inmunofenotípicamente, a través del uso de anticuerpos monoclonales y pruebas dirigidas a las proteínas de superficie y citoplásmicas de las células malignas. Por este método, la LLA se puede agrupar en clasificaciones basadas en los patrones normales de la ontogenia de los linfocitos, así como de acuerdo al linaje de linfocitos T Ó B. A sí tenemos que la leucemia de células B corresponde a las inmunoglobulinas superficiales, en tanto que la leucemia de células T corresponde a las diferentes etapas de diferenciación intratímica normal. Cabe aclarar que tanto el linaje B como el T tienen subdivisiones. El linaje B cuenta con cuatro subgrupos distintos. Pre-B temprano, Pre-B, Pre- B transicional y célula B madura. Para el linaje T existe una Etapa Temprana I, una Etapa Intermedia II y la Etapa Tardía III. Sin embargo, terapéuticamente sólo es necesario diferenciar los casos de célula T y célula B madura.

De acuerdo a las clasificaciones anteriores se puede saber si los pacientes se encuentran en riesgo alto, intermedio o bajo de recidiva, en el momento del diagnóstico, y ajustarse al tratamiento de acuerdo a esto.

1.3 Epidemiología

En cuanto a la epidemiología de las leucemias en general, se ha encontrado que diversos factores son los que participan, pero aun no se ha llegado a determinar un factor principal.

Enseguida se mencionan algunos de los factores más citados en la literatura.

Se ha reportado que el nivel socioeconómico influye en la LLA sugiriendo que ésta es una enfermedad de niños de clase media y media alta, así como este factor existen otros, entre ellos se encuentra las cuestiones genéticas, la raza, la edad materna, la educación de los padres así como también la ocupación de los mismos, por tales motivos es difícil evaluar un solo factor de riesgo. (Niegel y Robinsón, 1988).

También han generado interés las influencias ambientales potenciales en los estudios de ocurrencia de LLA.

Los estudios de los eventos de posible importancia epidemiológica en la LLA comienzan por definir el período de exposición potencial. Este período precede al momento del nacimiento y, potencialmente al de la concepción.

El período prenatal puede ser de interés particular debido a la diferenciación natural de células primitivas y la sensibilidad potencial del feto a influencias exteriores durante ésta fase crítica del desarrollo.

La edad materna avanzada se ha asociado con riesgo de LLA.

Se han relacionado múltiples defectos genéticos constitucionales con la LLA, como por ejemplo, trisomía del par 21 (síndrome de Down), trisomía G, síndrome de Klinefelter y la anemia de Fanconi.

Ha surgido una asociación consistente entre el peso al nacer y la LLA. En varios estudios se han demostrado riesgos dobles en los niños con peso al nacer superiores a los 4000 gramos.

Los riesgos de los anticonceptivos orales durante el embarazo, el tabaquismo materno, y el uso de alcohol y de otras drogas o medicamentos durante la gestación se han asociado con la LLA.

La exposición a la radiación ionizante y la aparición subsecuente de la LLA en la infancia son comunes. Stewart, en 1958, encontró por primera vez que la exposición prenatal a la radiación ionizante diagnóstica está asociada con la LLA de la infancia. Así como también la exposición postnatal o radiación terapéutica, para el tratamiento de padecimientos benignos o malignos, también se ha asociado con un mayor riesgo de LLA.

El contacto con plaguicidas, así como los nitritos de la dieta están relacionados con la LLA.

Las infecciones virales han sido asociadas uniformemente con algunos cánceres humanos, en especial el linfoma africano de Burkitt y la leucemia de célula T, esto debido a que los virus pueden causar un cambio genético.

1.4 Incidencia

La leucemia linfoblástica aguda de la infancia es la neoplasia (cáncer) más común que constituye tres cuartas partes de todas las leucemias de nuevo diagnóstico y una cuarta parte del total de cánceres en la niñez.

El punto máximo inicial de incidencia de la LLA, se encuentra entre los 3 y los 5 años de edad. Siendo esta una enfermedad más frecuente en varones que en mujeres en una proporción de 2 a 1. La LLA de células T es más frecuente en el sexo masculino, este hecho evidente implica que el sexo es una variable pronóstica importante. Por otra parte el sexo femenino libra mejor la enfermedad logrando una mayor supervivencia.

Niegel y Robinsón (1988), mencionan que la aparición de LLA en blancos es de 20 a 30% mayor que en negros, dichos hallazgos han sido muy reproducibles en los estudios lo cual puede reflejar diferencias en la clase social.

1.5 Sintomatología

La sintomatología inicial de la leucemia linfoblástica aguda es muy variable y puede ser que comience con fiebre, con grave astenia, o bien con alteraciones de tipo hemorrágico.

Muchos casos semejan al comienzo, una infección aguda; sin embargo, el rápido incremento de la palidez cutánea y de la astenia, suelen conducir a realizar un examen de sangre descubriendo así la verdadera etiología.

En los niños se encuentran muy a menudo síntomas como: dolores articulares similares a los de la fiebre reumática. Pueden presentarse también dolores óseos, que dificulten la deambulación.

La palidez y las petequias (manchas en la piel ocasionadas por hemorragias) son comunes en la LLA y, también suelen aparecer adenopatías (inflamación de los ganglios linfáticos) generalizadas, de tamaño pequeño o mediano.

A medida que progresa la enfermedad, la anemia se va haciendo más y más acentuada, las fuerzas del enfermo preceden rápidamente, llegando a perder todo deseo de vivir, ofreciendo un cuadro sumamente lastimoso.

En cualquier momento puede sobrevenir una hemorragia cerebral, que desencadena una muerte rápida y, generalmente benigna.

1.6 Tratamiento

Después de los estudios preliminares de sangre, médula, radiografías óseas, etc., suele iniciarse el tratamiento combatiendo la anemia, esto a través de transfusiones de sangre.

La leucemia es combatida a base de un tratamiento quimioterapéutico, el cual esta constituido por un grupo de fármacos que tienen como función inhibir el crecimiento de células anormales, sin embargo el efecto inhibitorio de la quimioterapia también afecta a los grupos celulares normales.

El tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda se divide en cuatro etapas: Inducción a la remisión, Intensificación posremisión, prevención de infiltración al sistema nervioso central y Mantenimiento o tratamiento de continuación.

El tratamiento de Inducción incluye la administración de un glucocorticoide (prednisona y dexametasona), vincristina, metrotexato y L-asparginasa. El objetivo de este tratamiento es conseguir remisiones de la máxima duración posible y prolongar la supervivencia del enfermo.

Se considera que hay una remisión cuando desaparecen por completo todos los síntomas y los cuadros hemático y medular se hacen normales, lo cual se ve indicado por el aumento de la cifra de reticulocitos o de plaquetas, comenzando así a administrar antimetabolitos.

El tratamiento de Intensificación, esta diseñado para erradicar los blastos residuales, utilizando VP-16, ARA-C, vincristina, L-Asparginasa y prednisona.

La profilaxis al SNC; busca la esterilización del liquido cefalorraquídeo de las células leucemicas y evitar recaídas tempranas o tardías al SNC. El tratamiento psicoprofiláctico suele prevenir una recidiva aislada ya que de un 5 a 10% de los niños presentan recidivas del SNC. La mayor parte de éstas ocurren en pacientes asintomáticos durante la quimioterapia de sostén y son detectadas por medio de punciones lumbares sistemáticas de vigilancia. (Ochs, J y Mulhern, R. 1988).

El tratamiento de Mantenimiento, el cual viene después de la fase de hipoplasia y regeneración medular y, cuando ya se ha establecido una remisión completa, durante ésta el paciente se siente bien, tiene un buen aspecto y un cuadro medular esencialmente normal. Las dosis de mantenimiento deben ser las más altas que las células sanguíneas del niño toleren. Con esta etapa se finaliza el tratamiento de la leucemia, si el tratamiento a tenido éxito y no se han presentado recaídas, el medicamento se suspenderá, pero el niño deberá continuar con su revisión médica por lo menos dos años, para evitar que se den recaídas.

La radioterapia es otra modalidad de tratamiento para las neoplasias malignas, se basa en radiaciones ionizantes que destruyen las células anómalas, es decir, selecciona poco a poco las células tumorales dando la oportunidad a los tejidos normales de reparar los efectos de la irradiación.

1.7 Efectos Secundarios

El tratamiento para la leucemia es muy agresivo y con importantes efectos secundarios. En la investigación clínica se han identificado cuatro áreas de preocupación: 1)neoplasias secundarias, 2)cambios estructurales del SNC, como dilatación ventricular, calcificaciones e hipodensidad en la sustancia blanca, 3) efectos endocrinos, especialmente los relacionados con el crecimiento y estado reproductor y 4) efectos psicológicos.

El tiempo promedio de desarrollo de una neoplasia secundaria que afecte al sistema hematopoyético o linfático es solamente de 22 meses. La mayor parte de las neoplasias secundarias observadas en los cinco años siguientes al diagnóstico original de LLA son segundas leucemias o linfomas no Hodgkin.

Los tumores cerebrales en pacientes de LLA infantil se presentan a menudo con cefaleas intensas o deficiencias neurológicas graves, evidentes y de principio repentino.

Los cambios estructurales y funcionales del SNC, encontrados en los sobrevivientes a largo plazo de la LLA y que se hallan en remisión continua después de un tratamiento profiláctico eficaz del SNC, son menos frecuentes y menos graves que los observados en pacientes con recidiva en el SNC.

En cuanto a los efectos endocrinos se ha encontrado que del 25 a 50% de los niños con LLA presentan disminución de la secreción de la hormona del crecimiento en respuesta a diferentes estímulos.

La incidencia y gravedad de este trastorno son función de la dosis total de radiación y de la dosis por fracción.

Los pacientes de menor edad que reciben dosis de radiación total o fraccional más altas corren mayor peligro de presentar un retraso del crecimiento.

Este retraso en el crecimiento es debido a que la glándula tiroides absorbe entre 3 y 7 % de la dosis total de la radiación craneal profiláctica. Lo cual trae como consecuencia la presencia de eutiroides, hipotiroidismo primario e hipotiroidismo

compensado. Dichas anomalías se presentan con mayor frecuencia en niñas y en quienes se habían sometido a radiación craneal con dosis por fracción de 150 cGy o más alta.

Por otra parte la esterilidad es la preocupación expresada con más frecuencia por los sobrevivientes a largo plazo de LLA infantil y por sus familiares.

En un estudio de 44 niños, Lendon (citado por Ochs y Mulhern, 1988) encontró que el índice medio de la fertilidad tubular (porcentaje de conductos seminíferos que contienen espermatogonios identificables) era: a) inferior al de los testigos normales, lo cual sugiere que el propio proceso leucémico puede modificar la morfología testicular; b) estaba bastante afectado por un tratamiento anterior con 1 g de ciclofosfamida o arabinósodio de citosina, y c) que mejoraba con el tiempo transcurrido sin tratamiento. El grado de daño morfológico causado en los testículos no era muy diferente al observado en los grupos prepúber, púber precoz y púber tardío.

Los enfermos que presentan una recidiva testicular reciben 2400 cGy de radiación testicular bilateral como parte de su tratamiento. En estos casos la esterilidad es el resultado habitual; además estos pacientes corren el riesgo de desarrollar una disfunción de las células de Leydig.

A diferencia de los estudios de pacientes varones con LLA infantil, la información sobre la capacidad reproductora final de las niñas y su relación con medicamentos o terapia específicos es sumamente limitada. Se considera que los óvulos son más resistentes que los espermatogonios a los efectos nocivos de la quimioterapia.

2.0 Aspectos Psicológicos

Padecer una enfermedad crónica como la leucemia es una situación dramática, que impacta psicológicamente tanto al paciente como a la familia.

Como ya se mencionó, los tratamientos que requieren las leucemias para su rehabilitación son muy aversivos, lo cual provoca una serie de secuelas tanto emocionales como físicas, que no pocas veces son difíciles de sobrellevar y sobre todo de superar.

Los efectos psicológicos pueden caer dentro de dos rangos: neuropsicológicos y/o psicosociales.

Los estudios neuropsicológicos han recalcado elementos de la integridad funcional del sistema nervioso central como inteligencia, memoria, atención y habilidades de tipo motor-perceptual.

En 1975, Soni y colaboradores encontraron deficiencias neuropsicológicas en niños con LLA que estaban bajo tratamiento. Desde entonces se han publicado más de 40 estudios sobre este tema, pero muchas de las dudas quedan sin aclarar y persisten importantes controversias. La mayor parte de los estudios que comparan pacientes a largo plazo con poblaciones normales o hermanos, han señalado la presencia de por lo menos algunos déficit intelectuales y han considerado la radiación en la génesis de estos cambios.

Los factores de riesgo implicados con mayor frecuencia en el desarrollo de deficiencias neuropsicológicas son el tratamiento profiláctico de los trastornos del SNC con radiación craneal, con o sin terapia intratecal, y la edad del niño al momento de realizar el tratamiento del SNC. Los niños de edad más corta, especialmente los menores de cinco años y que reciben dosis de 2400 cGy de radiación craneal, son los que se supone sufren el mayor daño.

En un estudio llevado a cabo en el Hospital de Pediatría del IMSS, se encontró que el tratamiento de las leucemias en los niños ha incrementado la sobrevida. Sin embargo el tratamiento profiláctico al SNC conlleva secuelas neurológicas y psicológicas, confirmando que existe afectación en el rendimiento intelectual. (Bernáldez, Villasis, Beltrán, García, Rodríguez, Gutiérrez, Arias, Cruz; 1998).

Por su parte Urdapilleta (1999), menciona que las funciones intelectuales no son afectadas por el tratamiento que requiere la leucemia. Afirma que las funciones intelectuales se ven reducidas durante los primeros seis meses del tratamiento, en comparación con los meses posteriores, lo que puede ser debido a la ansiedad, a la angustia y a la falta de estimulación del paciente más que al propio tratamiento.

De tal manera que Urdapilleta (1999), en contraste con Bernáldez y cols. (1998); enfatiza que son los factores psicológicos más que los factores médicos los que alteran las funciones intelectuales de niños con leucemia.

Por otra parte los estudios psicosociales se han enfocado a la calidad de vida, contemplando para tal fin, el ajuste personal, competencia social, relaciones familiares. Pero sobre todo los estudios psicosociales han sido orientados hacia problemas agudos y subagudos frecuentes, como son: náuseas y vómito provocados por la quimioterapia, sufrir procedimientos médicos dolorosos y el ajuste escolar y familiar.

Es importante señalar que el tratamiento para la leucemia conlleva incomodidad y cambios en la apariencia o imagen corporal, un cambio sumamente marcado podría ser la alopecia, ya que la pérdida repentina del cabello (de un día para otro), conflictúa mucho al niño cuando éste pasa sus manos por su cabeza y entre sus dedos encuentran grandes puños de cabellos.

Algunos autores como Swain (1994), Pukko (1997), Eiser (1990); coinciden en que los niños pacientes de LLA, presentan depresión, ansiedad, fluctuaciones del estado de ánimo y baja autoestima la cual esta muy relacionada con su imagen corporal, también presentan dificultades en su identidad sexual y en sus relaciones.

Pukko, L., Hirvonen, E y cols. (1997), realizaron una investigación acerca de la Imagen Corporal con adolescentes pacientes de Leucemia. Su estudio incluía una entrevista semiestructurada, una evaluación hecha por un psiquiatra y la aplicación de una prueba psicológica proyectiva (Rorschach). Para su estudio utilizaron un grupo control. En dicho grupo no debieron haberse presentado enfermedades graves o crónicas durante la infancia o la temprana adolescencia. El otro grupo incluía a las adolescentes con Leucemia Linfoblástica Aguda y que fueron tratadas en el Hospital de Helsinki. El test de Rorschach fue aplicado en forma completa y de acuerdo a como lo desarrolló Rapaport. Los resultados de este estudio demuestran que las puntuaciones acerca de la Imagen Corporal de las adolescentes que padecieron Leucemia Linfoblástica Aguda fue inferior a las puntuaciones obtenidas por las adolescentes del grupo control. Estos hallazgos fueron consistentes con los resultados de la evaluación psiquiátrica.

Pukko, L., Sammallahhti, P y cols. (1997), realizaron un estudio con 28 adolescentes con de Leucemia y 34 adolescentes sanos que conformaban el grupo control. Ambos grupos fueron examinados a través de un cuestionario (Offer Self- Image), y una fase de entrevista semiestructurada. En este estudio se encontró que las puntuaciones obtenidas en el cuestionario demuestran que no hay diferencias en la percepción de la Imagen Corporal en las adolescentes sobrevivientes de Leucemia y aquellas adolescentes del grupo control. En cuanto a la fase de entrevista los resultados demuestran que la Imagen Corporal de las adolescentes sobrevivientes de leucemia, difiere significativamente a la descripción de la Imagen Corporal dada por las adolescentes del grupo control.

Swain, A., Brown, R y cols. (1994), realizaron un estudio con adolescentes enfermos de cáncer comparadas con un grupo control de adolescentes que no estuvieran enfermas, Las comparaciones fueron acerca de la adaptación, imagen corporal, ajuste sexual, psicopatologías y funcionamiento familiar. En este estudio se encontró que los grupos no diferían en cuanto a la competencia social, adaptación y comunicación familiar, sin embargo, la imagen corporal de los

adolescentes enfermos de cáncer fue reportada con mayores dificultades de ajuste, estos datos se obtuvieron por medio del Inventario de Personalidad para Adolescentes de Millon. (MAPI).

3.0 Efectos de la Leucemia Linfoblástica Aguda como enfermedad crónica

3.1 ¿Qué es la enfermedad crónica?

Generalmente se piensa que las enfermedades crónicas son incurables. Esto debido a la severidad de la enfermedad y a la respuesta del paciente al tratamiento, ya que la enfermedad no sólo afecta mecanismos fisiopatológicos sino que también familiares, económicos, culturales y psicológicos.

Las enfermedades crónicas requieren de un cuidadoso tratamiento y vigilancia del paciente, sin dejar de lado a la unidad familiar debido a que esta resulta gravemente afectada. (Sauceda 1981; Sabbeth 1984).

El tratamiento de las enfermedades crónicas involucran aspectos que van más allá del ámbito tradicional del médico y más aun tocan aspectos sobre el funcionamiento social y psicológico del niño, de la unidad familiar y del mundo social del niño. Dado que la enfermedad crónica tiene manifestaciones biológicas, psicológicas y sociales.

El carácter episódico o permanente que presenta la enfermedad, así como la edad de comienzo de la misma y la edad del niño en el momento en que se hace la valoración, son factores importantes que inciden sobre las cuestiones psicológicas.

3.2 El cáncer como enfermedad crónica.

El cáncer es la principal causa de mortalidad por enfermedad en niños mayores de un año y menores de quince años, con un pico entre los 2 y 5 años, siendo más pronunciado en la población sajona. (Linck, 1997; Poplack, 1989).

En la actualidad el cáncer en la infancia, se considera como una enfermedad crónica, la cual necesita de un tratamiento específico, de una ayuda intensa y diversificada.

El cáncer trae asociadas diferentes consecuencias físicas, psicológicas, neuropsicológicas y médicas tardías. Por lo anterior el cáncer tiene un impacto psicológico muy grande, esto debido a la leyenda que se ha hecho: "la incurabilidad del cáncer", dicho impacto también involucra el miedo a las terapias radicales y a los cambios en el esquema e imagen corporal.

3.3 Consecuencias de la enfermedad crónica.

Las enfermedades crónicas tienen en una serie de consecuencias que en algunos casos pueden llegar a ser muy importantes así, podemos mencionar la separación que se da entre el niño y sus padres esto debido a las hospitalizaciones frecuentes y no en pocas ocasiones prolongadas. En estas separaciones podemos diferenciar distintas etapas. La primera etapa sucede cuando el niño al verse alejado o aislado de su vida cotidiana y encontrarse en un medio hospitalario reclama la presencia de los padres a esta etapa se le llama de "protesta", seguida de esta viene la etapa de "desesperanza" cuando el niño al verse aislado de su medio va perdiendo el interés por los alimentos y comienza a retraerse, sin embargo en algunas ocasiones el niño puede volverse más alerta incluso podrá relacionarse con otras personas pero evitará toda relación fija con alguna persona llegando a ignorar a los padres cuando se acercan a él, esta etapa recibe el nombre de "falta de interés o rechazo". (Sabbeth, 1984; Perrin, 1984; Steinhauer, 1988).

Otra consecuencia de las enfermedades crónicas es la limitación de la movilidad lo que incluye el aislamiento de personas u objetos. Esto es importante por que sabido es que el desarrollo cognoscitivo en niños pequeños depende en gran parte de la exploración física que se haga del medio ambiente. De ahí que cuando el niño encuentre bloqueado la exploración y el juego tenderá a aislarse cayendo así en fantasías excesivas que le permitirán enfrentarse a la realidad.

El dolor, la deformidad y la medicación son también importantes ya que los niños van a dar respuesta al dolor en la forma en que éste haya sido percibido, en algunas ocasiones podrá ser interpretado como castigo y ser acompañado de ansiedad lo cual intensificará el dolor.

El temor a la cirugía y deformidad alcanza su punto máximo en la etapa preescolar tardía y en los primeros años de la adolescencia.

Las deformidades y los temores a la mutilación en la adolescencia son el resultado de una preocupación por la imagen corporal ya que existe la necesidad de ser igual que los compañeros y aunado a esto existe el temor a ser una persona

defectuosa y por ende inadecuada. Los medicamentos como los citotóxicos con efectos secundarios físicos causan ansiedad por alguna deformación en el esquema y la imagen corporal.

El temor a la muerte también alcanza a los niños. Y generalmente los niños enfermos comprenden mucho antes la muerte, debido a que las limitaciones de la enfermedad los hacen enfrentarse a pequeñas muertes, anticipando así lo que puede ser su muerte. (Kubler- Ross, 1969; Blum y Robles, 1982).

3.4 La Enfermedad Crónica en la Familia.

Cuando una familia se encuentra ante el hecho de tener un hijo con una enfermedad crónica, se aumenta el número de situaciones estresantes, las cuales vienen a desembocar, por lo general, en un mal ajuste familiar.

El estrés es vivido como una problemática recurrente, produciendo un desajuste psicosocial. Ya que toda enfermedad del niño representa una crisis para la familia, en esta crisis el equilibrio emocional familiar se ve amenazado, debido a que el hijo requiere de atención y cuidados especiales lo que origina un motivo potencial para transformar la vida familiar. Esto se puede ver reflejado en diferentes esferas como: la económica, la social, la somática, la de comportamiento, la vida mental consciente e inconsciente y cualquier combinación de ellas. (Sabbeth, 1984; Steinhaver, Mushin y Grant, 1988; Eiser, 1990; Perm, 1989; Saucedo, 1981).

En otros casos el impacto de saber que un hijo tiene una enfermedad crónica puede exacerbar los problemas conyugales trayendo como consecuencias el divorcio. En cuyo caso el que se aleja es casi siempre el padre.

Las madres y los padres tienen diferentes percepciones acerca de las demandas y objetivos del tratamiento. Generalmente el impacto de la enfermedad crónica es asumida por la madre. Al respecto algunos autores han descrito los estadios por los que pasan las madres antes y después del diagnóstico de una enfermedad. Primero hay un periodo de Shock o incredulidad, después viene la ira o el resentimiento dándose momentos de autoreproche, más tarde viene la tristeza y en ocasiones la aceptación. (Sabbeth, 1984; Eiser, 1990).

Featherstone (citado por Sabbeth, 1984), describe los pensamientos y sensaciones de los hermanos de niños con incapacidad. Explica que los hermanos se sienten en ocasiones apurados, experimentando posteriormente sensaciones de culpabilidad. En ocasiones les asusta contraer la enfermedad y en otros

momentos envidian las atenciones especiales que le son prestadas al hermano enfermo.

Algunos niños se sienten particularmente divididos entre la fidelidad al hogar con el hermano enfermo y el deseo de salir al mundo normal libres "del estigma".

3.5 El niño con enfermedad crónica.

Se supone que la infancia es una época de bienestar a lo peor un período de auto-limitación por causa de alguna enfermedad transitoria, pero no un período de amenazas contra la vida, esto debido a una enfermedad crónica.

El desarrollo de los niños con una enfermedad orgánica crónica puede entenderse mejor en el contexto del desarrollo cognoscitivo, emocional y social de todos los niños.

La enfermedad afecta las interacciones del niño con su entorno. A su vez los aspectos del entorno del niño como son los padres, los compañeros o elementos escolares, se ven también alterados como resultado de la enfermedad.

La enfermedad física tiene implicaciones definidas en cada estadio del desarrollo así como en el potencial que permite una progresión óptima de un estadio al siguiente.

Las implicaciones de una enfermedad orgánica a largo plazo sobre el desarrollo cognoscitivo, emocional y social del niño difieren considerablemente dependiendo de la edad de éste en el momento de su comienzo y de las limitaciones que provoque la enfermedad en cada fase del desarrollo. Piaget y Erikson, enfatizan la importancia de los sucesos externos sociales y ambientales que influyen en el curso del desarrollo.

Así las enfermedades físicas durante el período preescolar pueden limitar la capacidad de los niños para adquirir una competencia motora y social. Sus oportunidades de interacción con compañeros y de aprobación social pueden estar limitadas, las restricciones físicas, de fuerza y agilidad y los repetidos episodios de pasividad forzadas, aunadas a experiencias dolorosas, asociadas a la enfermedad, pueden disminuir su entusiasmo y capacidad para realizar esfuerzos y alcanzar determinadas metas. También los padres en un intento de proteger al niño de posibles recurrencias y exacerbaciones de la enfermedad, limitan la iniciativa y el entusiasmo. Todo esto provoca una limitación en el sentido de aprendizaje triunfal,

pudiendo dar lugar a un niño temeroso, pasivo y excesivamente dependiente de los adultos.

En relación con la enfermedad los niños hasta los 6 ó 7 años tienen un conocimiento concreto, específico y superficial de los mecanismos y causas que la provocan. Además, creen que su enfermarse debe a una acción concreta que han realizado o bien que han sido incapaces de hacer y piensan que si obedecen a una serie de reglas rígidas pueden evitar estar enfermos. Los preescolares también tienen unas ideas mágicas y muy simplificadas sobre como trabaja el organismo. Tienden a ser antropomórficos, ven partes de sus cuerpos como teniendo intenciones y deseos autónomos que les ofrecen explicaciones adecuadas para lo que hacen.

Hacia los 9 ó 10 años los niños comprenden la causa de la enfermedad inicialmente como contaminación, creen que la enfermedad puede atribuirse única o primariamente a gérmenes, existiendo una invariable relación causa-efecto entre los gérmenes y la enfermedad, pero no logran explicar como los gérmenes pueden producir tanto la enfermedad como los síntomas.

De los 10 a los 12 años comienzan a entender la enfermedad como un proceso complejo y multifactorial causado por la interrelación de varios factores, incluyendo tanto a factores del huésped como de los diversos agentes. Los niños de esta edad buscan y esperan respuestas a sus múltiples preguntas sobre su enfermedad, que les dé un conocimiento y sentido de control de ellas. Necesitan una información apropiada sobre la enfermedad que les permita comprenderla, aprender a responsabilizarse de todo su manejo médico. (Perrin, C., Gerrity, S 1984).

3.6 El adolescente con enfermedad crónica.

La adolescencia es un momento tormentoso de reevaluación. Para Erikson, la adolescencia es una etapa importante para desarrollar una identidad autónoma e integral. Y para Piaget la adolescencia coincide con el estadio de las operaciones lógicas formales. (Perrin, C., Gerrity, S. 1984; Darley, 1990).

Si se considera que la adolescencia es una etapa de por sí difícil, entonces la enfermedad física añade otra situación crítica a la fuerte dosis ya existente de confusión a la que los adolescentes tienen que enfrentarse, intensificando su pugna por la independencia. Este es el momento en que se valora la apariencia y la importancia de ser físicamente atractivo, en una extraordinaria preocupación por las características físicas en las que "diferente" significa automáticamente

"imperfecto". Una enfermedad crónica exige la aceptación de una imagen corporal alterada y dependencia continua en las habilidades y soporte de los otros.

En relación con lo anterior también se puede decir que los adolescentes con enfermedad crónica se preocupan demasiado en esa búsqueda de identidad (la cual ya de por sí, es difícil en cualquier adolescente sin enfermedad), piensan si serán lo suficientemente altos, delgados, si tienen suficiente cabello, etc., por desgracia ellos no pueden hacer mucho para controlar esto.

"Los adolescentes con asma, leucemia, anemia faciforme, diabetes, escoliosis o hemofilia, sufren el proceso de desarrollo de sus cuerpos de manera similar a sus compañeros sanos, pero puesto que alguna parte de su cuerpo ya no es normal a menudo toman mal otras desviaciones de su imagen corporal idealizada" (Coupey y Cohen, 1994).

Muchos adolescentes temen al abandono de los amigos, esto cuando se enfrenta con medicamentos o enfermedades que alteran el aspecto de sus cuerpos.

3.7 La muerte en los niños y adolescentes enfermos.

Los niños cuya enfermedad va debilitando sus cuerpos se encuentran preocupados por su apariencia física y por temas relacionados con la vida y la muerte.

En muchas ocasiones el niño sabe lo que le espera, sabe que la muerte, su muerte está cerca, pero tanto los familiares como el personal médico creen que los chicos ignoran esa parte de la historia, cuando ocurre esto los niños comienzan a aislarse, a retraerse y comienzan a ponerse tristes, dicho aislamiento y tristeza puede llevarlos a presentar cuadros de depresión, presentan también regresiones y en algunos casos se presentan reacciones psicóticas como un intento de escapar a su realidad.

Todo aislamiento así como cada limitación o pérdida representa para ellos una muerte parcial. (Blum y Robles, 1982; Steinhauer, 1988).

"También los niños con enfermedades crónicas desarrollan una serie de mecanismos de defensa para combatir la angustia. En algunos casos intentan negar su problema. En otros casos disocian su cuerpo para percibir menos el dolor, se pintan como muñecos que otros manipulan o sin ojos (prefieren no ver); o desplazan o proyectan su angustia sobre los demás" (Blum, B y Robles, T. 1982).

CAPITULO II

"IMAGEN CORPORAL"

"EL HOMBRE NO TIENE UN CUERPO DIFERENTE DE SU ALMA"
William Blake.

1.0 El Cuerpo

Por medio del cuerpo sentimos, deseamos, nos expresamos y creamos. Es por las estructuras, funciones y facultades del cuerpo que tenemos acceso al mundo. Al sentir y vivir el propio cuerpo nos aseguramos de su dominio, afirmamos su potencia, descubrimos su servidumbre y reconocemos su debilidad.

"Si nuestro cuerpo es el órgano de lo posible, lleva también simultáneamente el sello de lo inevitable. Nuestra actitud frente al cuerpo, refleja la actitud que elegimos, explícitamente o no, respecto de la realidad absoluta" (Schilder, 1989).

El cuerpo puede ser entendido no sólo como estructura funcional de carácter biológico, sino también como un cuerpo fantaseado, es decir, como representaciones mentales acompañadas de reacciones emocionales que surgen con la enfermedad. (Foncerrada, 1981). Entendiendo el cuerpo como representación mental tenemos entonces, la capacidad de formar varios cuerpos, varios nosotros mismos, varias personalidades y de tener varias vidas en nuestro tiempo de vida. Así pues tenemos un cuerpo público y un cuerpo privado, uno racional y otro no racional. (Stanley, 1987).

2.0 Esquema Corporal

"LA ANATOMIA ES EL DESTINO"
S. Freud.

El esquema corporal comenzó a ser estudiado por los psiquiatras y neurólogos, quienes se ocupaban del tema desde un punto de vista orgánico, sin embargo, existía una incógnita desde el punto de vista psicológico. A partir de esto Konrad (citado por Aisenso, 1981), dice que el esquema corporal es algo ambigüo, ya que implica un hecho fisiológico pero también un hecho psíquico, lo que da lugar a un modo de pensar dualista. En este dualismo inciden Konrad,

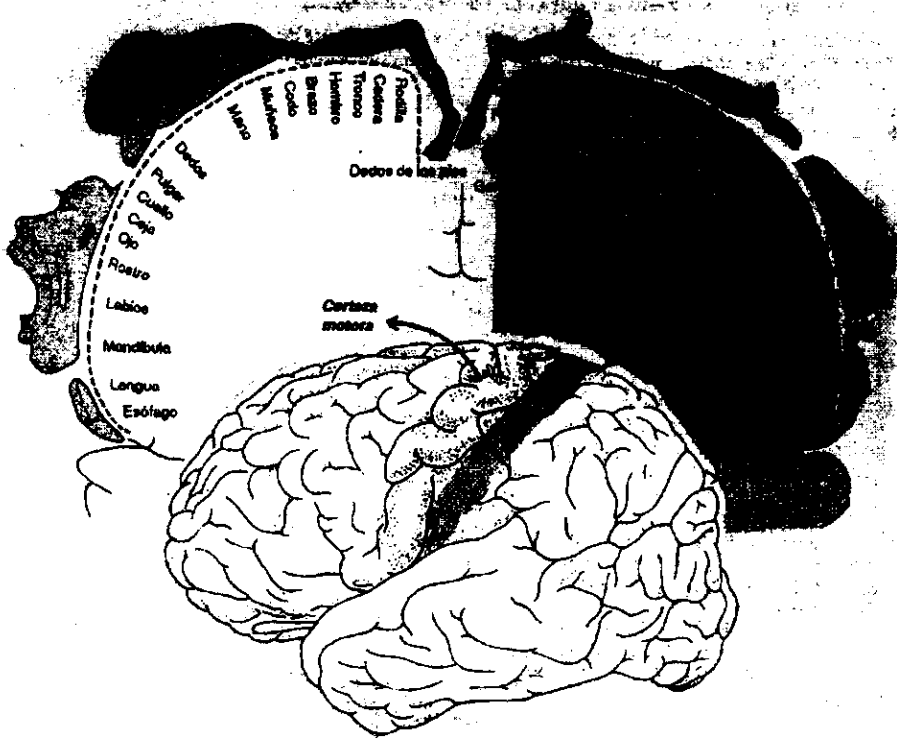
Henri Hécaen y Julián Ajuriaguerra (1952), quienes mencionan ciertas ambigüedades en cuanto al esquema corporal. Por una parte señalan la subjetividad correspondiente a la impresión que se tiene del propio cuerpo y por otro lado el adecuado accionar en el espacio, el cual permite un conocimiento de posibilidades objetivas. Lo anterior correspondería a lo que J. Lhermitte (1939) dice acerca del esquema corporal, él menciona que el esquema corporal, necesita de un sentimiento de configuración de nuestro yo físico para que sé de la posibilidad de movimiento, adaptación y adecuación a la realidad, dado que el esquema permite localizar las sensaciones dando la oportunidad a que se extienda más allá de los límites efectivos del cuerpo.

Esta localización de las sensaciones es posible debido a que en el cerebro, en el lóbulo frontal se encuentra el área motora, la cual esta formada por grupos de células piramidales que controlan toda la musculatura esquelética del cuerpo. La cisura de Rolando es una estructura importante y es considerada como un límite entre las áreas motoras por delante y las áreas sensoriales posteriormente. En el Homúnculo se encuentra cada parte del cuerpo en proporción a la cantidad de corteza motora que ocupa.

La organización morfofuncional de la corteza somatosensorial comprende la representación de las diferentes regiones del cuerpo y dentro de cada una de éstos grupos celulares en relación con las diferentes modalidades de la información que llegan a la plataforma cortical. La superficie de representación cortical varia según las diferentes partes del cuerpo. Hay regiones que poseen una zona cortical más amplia que otras. De tal manera que cuanto mayor es la capacidad de discriminación sensorial de una región del cuerpo, más extensa es la zona cortical en que esta representada.

La secuencia en que están representadas las regiones corporales es la siguiente: el pie y parte de la pierna se hallan hacia la superficie medial del hemisferio; en el lóbulo paracentral; en la superficie dorsolateral, partiendo del borde dorsal hacia la cisura lateral quedan sucesivamente representados el muslo, cadera, tronco, cuello, hombro, brazo, antebrazo, mano (con un área para cada dedo, predominando la del pulgar que es proporcionalmente muy grande), frente, nariz, boca y lengua (con amplia representación), dientes y faringe. Hacia el interior de la cisura lateral cerca de la ínsula se ubica la representación de la sensibilidad visceral. (Penfield, 1937; Rasmussé, 1950 citados por López, (1993); Cervantes, 1963; Brady, 1994).

Esquema



Corte transversal de la corteza somatosensorial del hombre y un homúnculo somatosensorial

Corte transversal de la corteza motora humana y un homúnculo motor.
(Penfield y Rasmussen, 1950).

Estas estructuras hacen que el esquema corporal se vaya formando desde que el niño nace, es decir, desde que siente y registra la presión de los brazos que lo cargan, cuando siente el tacto de los dedos que lo acarician; y al mismo tiempo el bebé con sus manos y su boca que son sus principales medios, va organizando la percepción de su propio ser corporal y a la vez la del mundo de los objetos. Una vez que empieza a armonizar con el mundo desarrolla entonces la acción humana, de tal manera que cuando uno empieza a sentirse adecuadamente a si

mismo empieza a sentir las posibilidades de actuar en el mundo. (Hoffer, Linn, Jacobson; citados por Aisenson, 1981).

Para Schilder, el esquema corporal "expresa los reflejos de defensa y los dinamismos motores, siendo así, debe anexar la extensión de espacio necesario a su libre y tranquilo desplazamiento".

Otros autores hacen referencia al esquema corporal desde el punto de vista del desarrollo y la maduración.

Julián Ajuriaguerra, afirma que el esquema corporal es el resultado de la organización cognitiva y afectiva en total, él se apoya en la teoría evolutiva de Jean Piaget, quien dice que el conocimiento del cuerpo se da dentro de un proceso evolutivo, después de los doce meses con la apertura del signo y del símbolo, lo cual marca la iniciación del lenguaje. Así se distinguen diferentes niveles en la organización del esquema corporal: el sensoriomotor, basado en la indisociación entre acciones y objetos, el preoperacional, en el que se dan ya representaciones, aunque ligadas aun con actividades sensoriomotrices y el operacional en el que se dispone de la noción de la permanencia de los objetos que son diferenciados de las actividades del sujeto y situados en el espacio y el tiempo, así como de un marco causal objetivo.

También Karl Abraham y André Green hablan de un periodo evolutivo en el que se estructura el esquema corporal; ambos se refieren a la fase anal, siendo esta la fase en la que surge el sentimiento de la realidad como algo separado del yo. (Aisenson, 1981).

3.0 Imagen Corporal

"LA EXPERIENCIA DE NUESTRO PROPIO CUERPO, ES LA BASE DE TODAS LAS DEMÁS EXPERIENCIAS VITALES".

P.Schilder.

El concepto de imagen del cuerpo se asocia con la representación del propio cuerpo percibido desde el interior por el sentido propioceptivo, de esta manera la imagen del cuerpo constituye la representación que cada uno tiene en todo momento de manera consciente o preconsciente de la forma y de la posición de su cuerpo en el espacio, pero esta imagen en el espacio no puede existir sin la participación del tiempo y de la energía.

La adquisición progresiva de una imagen del propio cuerpo se apoya sobre adquisiciones múltiples, no sólo visuales y cinestésicas, sino también cognitivas, afectivas y sociales. La síntesis final del desarrollo de la imagen del cuerpo, consiste en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como propio, lo que corresponde también a la aprehensión de sí mismo como objeto y como sujeto. (Bruchon-Schweitzer, 1992).

El sentido propioceptivo por medio del cual tomamos consciencia de nosotros mismos y en particular consciencia de la forma y posición de nuestro cuerpo es de hecho un sentido del movimiento, un sentido cinestésico.

De tal manera que el sentido propioceptivo, o sentido de la percepción interior de sí, que se agrega a los cinco sentidos vinculados con la percepción del mundo exterior, constituye un sentido dinámico y no estático, por lo tanto, se puede denominar sentido propioceptivo o sentido cinestésico a ese sentido del cambio interior sobre el que se asienta, para cada uno de nosotros, la imagen de nuestro cuerpo. En consecuencia la imagen de nuestro cuerpo no puede permanecer como un concepto puramente espacial y estático, sino que la imagen del cuerpo llega a ser una percepción móvil, nunca estereotipada, de los cambios que se producen en forma continua en nuestro organismo y cuya detención total sólo existe en la muerte.

Haciendo un poco de historia Head en 1911, hablaba acerca del modelo postural del cuerpo, incluyendo los conceptos de "esquema fisiológico" y "esquema funcional"; afirmaba que existían modelos organizados de uno mismo; estos modelos preexistentes tendían a modificarse con la percepción de un estímulo nuevo, el resultado de tal modificación sería que la localización o la posición de nuestro cuerpo que llega a la consciencia vendría cargada de una relación previa.

Así las alteraciones que se dan continuamente en la posición, hacen que el modelo postural que se construye también cambie constantemente, a medida que cambien las posiciones que perciben las sensaciones o actitudes inconscientes.

Desde el punto neurológico para que sé de la imagen corporal es necesario: una posición en el espacio, la existencia de una masa pesada, sensaciones (ópticas, táctiles, dolorosas, cinestésicas y de posición) todas ellas componen la experiencia total de la corporeidad, poseer un modelo postural para lo cual es importante la participación del aparato periférico así como la participación del aparato vestibular, es de importancia el sistema nervioso autónomo ya que rige la vida vegetativa, las actividades involuntarias del sistema vascular, digestivo, respiratorio y glandular a través de la inervación de los músculos lisos.

Los centros autónomos y los centros del sistema voluntario, están ligados estrechamente con la vida emocional, lo cual es importante en la formación de la imagen corporal. (Aisenson 1981)

Podemos darnos cuenta que tanto el esquema corporal como la imagen del cuerpo, tienen una base neurológica. Requieren de estructuras cerebrales para su formación. Sin embargo son diferentes, mientras que el esquema corporal necesita de un buen funcionamiento neurológico, es decir, que ninguna de las estructuras implicadas en la formación del esquema, se halle afectada; se necesita también de los procesos de aprendizaje y experiencia. Para la imagen corporal aparte de ser necesaria una base neurológica, del aprendizaje y la experiencia, es indispensable que se establezca una relación con el otro, una relación que se fundamente en el lenguaje, en el intercambio de mensajes. (Aisenson, 1981; Schilder 1989; Dolto, 1994).

Nos vamos acercando pues a la teoría psicoanalítica, en ésta la formación de la imagen corporal involucra la libido desplazándose por las diferentes zonas del cuerpo, la fase de espejo, las relaciones objetales, la motilidad, los influjos afectivos, las emociones vividas, las impresiones pasadas, los vínculos interpersonales, etc. (Schilder, 1989).

Algunos autores han hablado del cuerpo, del yo; entre ellos podemos encontrar a Freud (1923), quien en su escrito del yo y él ello, definió el concepto de yo corporal, diciendo que: "El yo es primeramente y ante todo un yo corporal".

"El cuerpo y ante todo su superficie, es el lugar desde donde pueden surgir percepciones internas y externas".

A la vez Riviere (citado por Aisenson 1981); de la versión del yo y, el ello, afirma que el yo deriva de las sensaciones corporales, en específico, de las que se originan en la superficie, por lo tanto, el yo se puede considerar como una proyección mental de la superficie del cuerpo.

Lacan (citado por Aisenson 1981); por su parte brinda importancia a la integración de la imagen corporal y con ello brinda también importancia a la integración del yo, acentuando la experiencia de la visión especular (yo especular).

Para Machover, el cuerpo o el yo es el punto de referencia más íntimo en cualquier actividad. Un cuerpo es siempre la expresión de un yo, y de una personalidad que reside en un mundo.

Wallon (1959), dice que la emoción es una forma de adaptación al medio y a los demás, dicha adaptación es de origen postural siendo su núcleo el tono muscular, por lo tanto, todas las manifestaciones emotivas desde las más simples

hasta las más complejas entrañan contracciones tónicas de los músculos. Sostiene, que la función tónica al regular las reacciones emotivas de la vida afectiva permite una función de comunicación primitiva, es decir, un diálogo verbal en el cual, el cuerpo del niño al expresar sus manifestaciones emocionales establece una relación con el mundo que lo rodea. De esta manera la conciencia que el niño tenga de su cuerpo dependerá de la conciencia de su personalidad y de las actitudes que los adultos le hayan recomendado adoptar frente al medio físico y al medio social. De esta manera la imagen del niño está modelada por las condiciones de vida y de pensamiento en las que lo colocan las técnicas, las usanzas, las creencias y los conocimientos propios de la época.

Existe un proceso por medio del cual el niño pequeño conoce su cuerpo; este proceso comienza cuando el niño vive su cuerpo en relación con el otro, dicha relación le produce confusiones debido a que aun no logra distinguirse de ellos. Mas tarde comienza a operara en el niño una delimitación que le permite diferenciar el yo del no yo, cobrando cada vez mayor conciencia de sí mismo.

El proceso por medio del cual el niño reconoce su cuerpo como suyo y diferente del de los demás; es el fenómeno de espejo; el niño se ve o se refleja en los demás, es decir, puede identificar su imagen visual o estereoceptica.

Así la imagen de nuestro cuerpo se construye de manera progresiva con los aprendizajes motores de la infancia. Acentuando el hecho de que el desarrollo para los conceptos izquierda-derecha es correspondiente al desarrollo de la imagen corporal.

Desde el punto de vista motor sensorial el niño confiere una forma completa, merced a nuestro esfuerzo continuo, a experiencias más o menos aisladas e inconexas. También la imagen corporal corre paralelamente, en cierto modo, al desarrollo de las percepciones, pensamientos y relaciones objetales.

Guy Rosaflo (citado por Aisenson, 1981); vincula el desarrollo gradual de la imagen corporal con la adquisición del lenguaje como estructura simbólica, esto por que la simbolización desempeña una función indispensable en las identificaciones.

Esta imagen del cuerpo que se forma de manera progresiva, va sufriendo cambios de acuerdo al momento y a la etapa en que nos encontremos. Freud, también señaló que la imagen corporal no se da por si sola, sino que hay que desarrollarla y construirla. Así la libido narcisista se adhiere a las diferentes partes de la imagen del cuerpo, por lo tanto en las diferentes y sucesivas etapas del desarrollo libidinal, el modelo del cuerpo va cambiando de continuo.

Para Dolto (1986), la imagen corporal es propia, esta ligada al sujeto y a su historia, y es específica de una libido. Afirma que la imagen corporal es totalmente inconsciente y sólo cuando se asocia con el lenguaje puede ser consciente. Es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales. Se le puede considerar como la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante.

Dolto (1994), identifica tres modalidades de una misma imagen del cuerpo, las tres imágenes constituyen la imagen del cuerpo viviente y el narcisismo del sujeto en cada estadio de su evolución. Las tres se hallan ligadas entre sí por las pulsiones de vida.

Primeramente habla de la imagen de base, la cual nos permite la experimentación de un sentimiento de existir, de un ser humano, por tanto, es constitutiva de un narcisismo primordial (en el cual el sujeto es, sujeto del deseo de vivir, sujeto heredero de los deseos de los progenitores). Cuando la imagen de base es afectada inmediatamente surge una representación, un fantasma, surgiendo así un estado fóbico, el cual sirve como defensa ante un peligro. Cada estadio modifica las representaciones que el niño tiene de su imagen de base.

Esta imagen de base incluye imágenes respiratorias, olfativas, auditivas, la imagen oral y la imagen anal.

Continúa con la imagen funcional, explicando que esta se activa por medio de una demanda que se da en el esquema corporal, en un lugar donde se hace sentir la falta, provocando así el deseo. Es decir, que la imagen funcional busca que el deseo se cumpla, se satisfaga, entrando en relación con el otro y con el mundo.

La tercera modalidad de la imagen del cuerpo, es la imagen erógena que se encuentra ligada de manera especial con la imagen funcional, esto debido a que la imagen erógena se da en los lugares donde se focaliza placer o displacer erótico en relación con el otro.

La imagen dinámica corresponde al deseo de ser, fundamentado en la falta motivo por el cual la imagen dinámica no tiene representación propia, lo que la representa es el deseo, la búsqueda de la satisfacción del mismo, buscando cada ocasión nuevos objetos que satisfagan su deseo. Está imagen dinámica contiene a todas las imágenes anteriores.

De tal manera que la imagen del cuerpo no es algo imaginario, sino algo simbólico, signo de un determinado nivel de estructura libidinal expuesta a un conflicto que va a ser desnudado por medio de la palabra del niño.

Si como dice Freud: a todos nos interesa la integridad de nuestro cuerpo, debemos entonces cuidar dicha integridad para que no se vea afectada nuestra imagen corporal. Así cuando un niño sufre alguna enfermedad o invalidez es necesario que ésta le sea explicada, que su déficit físico le sea referenciado a su pasado no inválido, de tal manera que el niño pueda con el lenguaje mímico o con la palabra; expresar y fantasmaticar sus deseos, sean éstos realizables o no según sea su esquema corporal lisiado.

Así pues, cuando el niño habla de sus limitaciones físicas, puede proyectar en una imagen sana del cuerpo, simbolizada por medio de la palabra y las representaciones gráficas, los fantasmas de satisfacciones eróticas, en el intercambio de sujeto a sujeto. (Dolto, 1994).

Puesto que la imagen del cuerpo es a cada momento memoria inconsciente de toda la vivencia relacional, y al mismo tiempo es actual, viva; se halla en situación dinámica, a la vez narcisista e interrelacional: camuflable o actualizable en la relación aquí y ahora, mediante cualquier expresión fundada en el lenguaje, dibujo, modelado, invención musical, plástica como igualmente mímica y gestual. (Dolto, 1984).

Según Dolto (1981), el dibujo de la figura humana permite apreciar aún en niños la imagen del propio cuerpo porque ya a los cinco o seis años se traduce en ellos, a partir de formas iniciales comunes el efecto de sus experiencias individuales.

Schilder (1935), plantea que la imagen corporal o el modelo postural del cuerpo es la representación mental de nuestro propio cuerpo, la imagen corporal es una entidad cambiante, esto porque la libido va cambiando de zona corporal en las diferentes y sucesivas etapas del desarrollo psicosexual. La imagen corporal según Schilder, se desarrolla a partir de la interacción de nuestro propio cuerpo con el mundo externo. Para que tal desarrollo se de son importantes: las sensaciones que emergen de nuestro cuerpo, las sensaciones de nuestras manos sobre él, el dolor, la tensión y relajación muscular, las zonas erógenas, los contactos de los demás sobre nuestro cuerpo y el interés de los otros por él.

Schilder advierte también que nuestro propio cuerpo es el objeto de las emociones más fuertes.

Concede gran importancia a las impresiones de dolor y no únicamente como sensaciones físicas, sino que asegura que el ser corporal está construido por las necesidades de la personalidad, entendiendo así que el dolor es un factor muy importante ya que ayuda a decidir que es lo que queremos tener más cerca de

nuestra personalidad, y que es lo que queremos alejar, dicha elección y decisión debe hallarse relacionada íntimamente con actividades motrices.

Para Preyer (citado por Schilder 1989), existen dos factores importantes en la creación de la imagen corporal. Uno de ellos es la experiencia óptica en nuestra relación con el mundo y dicha experiencia es mediante la acción, siendo por tal motivo, importante el control motor de los miembros. El otro factor importante para Preyer al igual que para Schilder, es el dolor ya que ayuda a la creación de la imagen corporal.

Cuando hay dolor, el interior del cuerpo se puede experimentar con una tonalidad afectiva, es decir, no solo como una masa pesada, sino como fuente de euforia o de malestar.

Muchas veces los dolores internos se traducen en dolores cutáneos, pero las sensaciones de dolor ya sean viscerales o superficiales son importantes para la formación de la imagen corporal, dado es el hecho de que en los puntos doloridos del cuerpo se siente como si la piel se levantara o se convirtiera en un centro que es aislado de la imagen corporal.

Los dolores de origen psicógeno se ubican corporalmente en zonas que tienen un valor emocional especial, es decir, que su localización depende no del cuerpo objeto, sino del cuerpo vivido en relación a significaciones de culpa, deseo o temor.

Cuando sufrimos un dolor orgánico se altera de inmediato la estructura libidinal del modelo del cuerpo, así todas las energías fluyen hacia el órgano enfermo, tal como pusieron de relieve Freud y Ferenczi, el modelo postural del cuerpo recibe una sobrecarga de libido narcisista en la parte dolorida. Con la modificación erótica sobreviene un cambio en la percepción. El órgano dolorido se convierte en centro de una renovada experimentación con el cuerpo.

Generalmente se considera que el signo de la enfermedad orgánica es el dolor y el malestar. Toda enfermedad representa sufrimiento. Y el individuo cuando esta enfermo se presenta de una manera pasiva y lastimosa.

Teniendo en cuenta todo lo anterior podemos decir entonces que siempre que sentimos dolor, siempre que sufrimos, experimentamos un cambio en el modelo postural del cuerpo. Dando como resultado que la imagen corporal sea alterada por la enfermedad.

Así podemos ver por ejemplo que un cáncer en desarrollo puede no provocar ningún cambio inmediato en el modelo postural del cuerpo, pero si puede

determinar fatiga, debilidad e inapetencia, cosas todas que se hayan vinculados con la imagen corporal.

Con respecto a la modificación que produce la enfermedad en la imagen corporal Feldfogel y Zimernan (1981), afirman que la imagen corporal se modifica indudablemente por la influencia de una enfermedad corporal, de tal manera que la imagen distorsionada resultante es indicadora del daño yoico que se ha producido.

De tal manera que la enfermedad nos permite experimentar de una manera diferente nuestro cuerpo, modificando al mismo tiempo nuestra imagen corporal. Es a sí, que las pequeñas experiencias de la vida cotidiana con las enfermedades orgánicas nos permiten experimentar con nuestra la imagen corporal y a sí adquirir la representación clave de un órgano determinado que no se halle directamente representado en el mundo postural del cuerpo.

4.0 Imagen Corporal y El Dibujo Proyectivo de la Figura Humana

‘EL ESTADO DE ANIMO DE UN HOMBRE SE HACE PRESENTE EN CUALQUIER MOMENTO POR SU FORMA DE SER, SU CONDUCTA Y SUS GESTOS’.

‘EL HOMBRE EN CUANTO PERSONA QUE ABARCA CUERPO Y ALMA SE DESARROLLA Y SE REALIZA EN CADA GESTO QUE HACE’.

Karlfried Graf VonDurkheim.

Rapaport (citado por Rabin, 1966), señaló que el uso psicoanalítico del término proyección expresa todo una gama de fenómenos. Sostiene que los fenómenos incluidos en la concepción psicoanalítica de la proyección son: la proyección paranoide, la proyección infantil, la proyección en los fenómenos transferenciales, dichos fenómenos constituyen un continuo bastante graduado que se vuelve cada vez más general y se extiende desde la externalización de un tipo específico de tensión en la proyección infantil, y a la de todo un sistema de actitudes y tensiones en los fenómenos transferenciales para abarcar por último una zona donde se convierte imperceptiblemente en la externalización bajo la forma de un mundo privado definido por los principios organizadores de la propia personalidad.

El proceso proyectivo o de externalización en la infancia, no se conoce tan acabadamente, debido a que el Yo, se desarrolla gradualmente a partir de un estado indiferenciado hasta alcanzar altos niveles de diferenciación en el medio ambiente externo e interno, como resultado de la interacción constante del aprendizaje y los procesos de maduración.

Kris (citado por Hammer,1966), observó en cuadros y en dibujos, la ubicación de una experiencia interna, de una imagen interna, en el mundo externo, es decir, como un mecanismo de proyección.

Dorcen, menciona que la evaluación psicológica del arte gráfico ha sido, probablemente la primera técnica proyectiva que se ha establecido.

La técnica del dibujo esta basada en el supuesto de que la personalidad no se desarrolla en el vacío, sino en el pensar, sentir y moverse de un cuerpo determinado.

De tal manera que las emociones intensas como el odio, el temor, la agresión y el amor suelen constreñir la imagen corporal a un modelo postural único, que da el tono del dibujo, incluso en los menos dotados.

La imagen corporal proyectada en la figura corresponde a los más profundos deseos del sujeto, a una franca exposición de carencia o de defecto, a una fuerte compensación de dicho defecto o a una combinación de los tres factores. El dibujo de la figura humana es un reflejo fiel del humor y de las tensiones del individuo en el momento en que lo ejecuta, por tanto el personaje representado sería una proyección auténtica de la personalidad, tanto en sus elementos conscientes como en sus elementos inconscientes. (Aubin, 1970).

"Los dibujos infantiles sin lugar a dudas revelan los problemas de los niños, pues para ellos, lo mismo que para los artistas, el dibujo constituye un medio para expresar sus temores, sus esperanzas y sus fantasías" (Hammer, 1966)

"Encarados como un acto creativo, los dibujos infantiles resultan muy significativos y poseen un gran poder de comunicación" (Hammer 1966)

5.0 Investigaciones

Kotkov y Goodman, 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 hechos por un grupo de control constituido por mujeres no excedidas en peso. En casi todos los casos, los dibujos de las obesas eran más grandes o anchos que los del grupo control.

Schilder junto con otros investigadores del Hospital de Bellevue de Nueva York, analizó dibujos de la figura humana hechos por esquizofrénicos, en especial las modificaciones de la imagen corporal que reflejan como consecuencia de

tratamiento de shock. Se observó que los primeros efectos eran de desorganización aún más pronunciada, con marcadas desproporciones en los distintos sectores corporales, hasta que después de un tiempo las representaciones gráficas de los enfermos tratados recobraban los caracteres que les eran habituales.

En un estudio sobre casos quirúrgicos, Meyer, Brown y Levine; administraron el HTP antes y después de las operaciones. Todo se reflejaba en los dibujos (operaciones de oído, extirpación de pechos, pérdida de un ojo, amputaciones de las piernas), mediante indicadores del conflicto en el área operada. El sitio de la operación quedaba indicado ya sea por un marcado excesivo, por borraduras, por tratamiento de la zona con líneas temblorosas, o porque 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.

Ruth Dunnett, observó que en forma inconsciente, los niños se retratan a sí mismos en sus dibujos.

L. Bender (citado por Hammer, 1966), siguiendo la misma dirección que los estudios anteriores, encontró que los niños con graves defectos corporales suelen proyectar esos defectos en los dibujos de una persona.

Después de varios estudios con el dibujo de una persona, se ha encontrado que la persona que dibuja se proyecta a sí misma en su totalidad. Esto lo confirma un estudio, realizado por Machover, en el cual se observó que la consistencia es tan grande que a veces los dibujos de un mismo paciente que se obtienen a lo largo de un cierto período de tiempo son tan similares que parecen constituir una rúbrica personal.

CAPITULO III

"METODO"

1.0 Planteamiento del problema.

Desde décadas pasadas la leucemia se ha considerado como una enfermedad crónica en la infancia. Dado que la leucemia es una variedad de cáncer y siendo éste una de las enfermedades con mayor impacto psicológico, por que se le considera como una enfermedad incurable, a esto se le suma el miedo y la angustia hacia los tratamientos y los cambios que éste y la enfermedad en sí misma van manifestando en la imagen corporal lo cual inspira temor y un constante enfrentamiento con la muerte.

Generalmente los niños con leucemia sienten su cuerpo debilitado durante el tratamiento, de tal manera que sus funciones son limitadas por la enfermedad. Así los niños quedan en un estado de vulnerabilidad a disminuir su autoestima, ya que la misma enfermedad física crónica deteriora la imagen que tienen de sí mismos.

Por lo que, la pregunta que se plantea en el presente estudio es la siguiente:

¿Existirán diferencias en la Imagen Corporal entre niños que padecen leucemia que están en tratamiento y niños que están en suspensión de tratamiento?

2.0 Objetivos.

-Determinar si existen diferencias en cuanto a la imagen corporal en niños con leucemia que están en tratamiento y aquellos que están en suspensión de tratamiento, en la representación de una figura humana y una figura humana enferma.

-Determinar cuales son los elementos más distorsionados, en la representación gráfica de una figura humana y una figura humana enferma.

3.0 Formulación de Hipótesis.

3.1 Hipótesis Conceptual: Existen diferencias en la Imagen Corporal en niños con Leucemia en Tratamiento y niños en Suspensión de Tratamiento, tal como se refleja en los dibujos de figuras humanas.

3.2 Hipótesis de Trabajo: Existen diferencias en la representación de una figura humana de un dibujo, en niños con leucemia en Tratamiento y niños en Suspensión de Tratamiento; de acuerdo al Test Proyectivo de Karen Machover con la variante de una persona enferma.

4.0 Definición de Variables.

4.1 Definición Conceptual:

Imagen Corporal: Es la representación del cuerpo, propia de cada uno: esta ligada al sujeto y a su historia. Es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales. (Dolto, 1994).

Leucemia en Tratamiento: Enfermedad de los tejidos formadores de la sangre que se encuentra bajo tratamiento farmacológico.

Leucemia en Suspensión: Regeneración medular. Diagnosticada por un examen de Medula Osea, retirando tratamiento farmacológico.

4.2 Definición Operacional:

Imagen Corporal: Representación del cuerpo a través del dibujo de una figura humana y una figura humana enferma

Leucemia en Tratamiento: Tipo de cáncer que se combate con medicamentos, de acuerdo a la clasificación de la leucemia.

Leucemia en Suspensión: Ausencia de enfermedad que requiere revisión periódica por parte de los médicos. Tomando en consideración el expediente médico.

5.0 Requisitos de Inclusión:

-Tipo de Leucemia: LLA

-Edad: de 7 a 15 años

-Tiempo de Tratamiento: Haber recibido por lo menos la primera fase del tratamiento (inducción)

-Tiempo de Suspensión: de 1997 hacia atrás

6.0 Tipo de Estudio y Diseño Experimental.

El estudio que se utilizó es Correlacional, de acuerdo con Sampieri (1998), ya que este tipo de estudio nos permite saber si existe relación entre dos o más conceptos.

El diseño es No Experimental Transeccional Correlacional. De dos muestras independientes, el grupo uno constituido por niños con leucemia en tratamiento y el grupo dos por niños en suspensión de tratamiento.

7.0 Sujetos y Selección de la muestra.

Para esta investigación el muestreo fue no probabilístico intencional y estuvo integrada por 30 niños de ambos sexos, cuyas edades estuvieron en un rango de los 7 a los 15 años. Diagnosticados con Leucemia Linfoblástica Aguda. Los sujetos son pacientes del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Los sujetos se dividieron en dos grupos:

Grupo 1: Integrado por 15 sujetos, hombres y mujeres entre 7 y 15 años de edad, diagnosticados con LLA y que estuviesen en Tratamiento (por lo menos tuvieron que haber recibido el primer ciclo de quimioterapia).

Grupo 2: Integrado por 15 sujetos, hombres y mujeres entre 7 y 15 años de edad, diagnosticados con LLA y que tuvieran Suspensión de Tratamiento (por lo menos que tuvieran tres meses libres de enfermedad).

8.0 Instrumento.

El test del dibujo de la figura humana de Machover es una técnica proyectiva que nació de la experiencia que se tuvo con el test de Goodenough, pero a diferencia de este último, Machover centro más su estudio sobre el simbolismo de los órganos y secundariamente alude a los detalles indumentarios, concediendo amplio espacio a la interpretación de los aspectos estructurales y formales.

Para el presente estudio se aplicó el test de la figura humana con la variante de una persona enferma, dicha variante se empleo con el propósito de que los niños se proyectaran a sí mismo en el segundo dibujo, el cual corresponde a la persona enferma.

9.0 Procedimiento.

Las aplicaciones se llevaron a cabo en un cubículo del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, de acuerdo a las fechas en que los niños tuvieron su tratamiento de quimioterapia (esto fue válido para los niños que estaban en tratamiento), y de acuerdo a las fechas en que los niños de suspensión de tratamiento tuvieran sus citas a consulta externa.

Para la realización del dibujo de la figura humana se dieron las siguientes instrucciones:

Primero se les pidió que dibujaran una persona completa, una vez que terminaron de dibujar, se les pidió que realizaran una historia de la persona que habían dibujado.

Después se les pidió que dibujaran una persona enferma y al término de ésta se les pidió que elaboraran una historia de la persona dibujada.

10.0 Evaluación del Test.

El dibujo de una persona debe de contar con detalles esenciales y secundarios, lo que implica que el dibujo de una persona tenga cabeza con sus facciones normales, cuello, tronco, brazos, piernas, pies, estos como indicadores de detalles esenciales. Y los detalles secundarios pueden ser adiciones cercanas o lejanas.

Se consideraron 24 indicadores gráficos, los cuales se calificaron con presencia, ausencia o distorsión.

Presencia del rasgo gráfico = 1

La ausencia del rasgo gráfico = 0

Y la distorsión del rasgo gráfico = 2

La distorsión del rasgo gráfico se entenderá como el aumento o la disminución de tamaños proporcionales.

***Cabeza; se considera como presencia cuando el tamaño de la cabeza sea aproximadamente $\frac{1}{4}$ del tamaño del tronco.**

***Cabello**

***Cuello**

***Ojos**

***Detalle ojos (cejas y pestañas)**

***Nariz**

***Boca**

***Dientes**

***Oídos**

***Tronco; para calificar presencia se necesito que el tamaño del tronco fuera en proporción al tamaño de la figura completa y que fuera más largo que ancho.**

***Brazos; para calificar presencia el largo del tamaño del brazo debió ser igual al largo del tamaño del tronco.**

***Manos**

***Dedos**

***Piernas; se considero como presencia que el tamaño de las piernas no fuera menor al tamaño vertical del tronco y no mayor que el doble del mismo.**

***Pies desnudos; se considero como presencia que cada pie tuviera los cinco dedos.**

***Pies con zapato**

***Transparencias**

***Tumor**

*Tamaño; a los dibujos que midieran de 7 a 18 cms. (Hammer, 1992; Huazo, 1983), se les califico con 1, mientras que los dibujos menores de 7cms y mayores de 18 cms. Se les califico con 2.

*Actitud Postural

*Secuencia

*Simetría superior (ojos y orejas), simetría media (hombros y largo de brazos) y simetría inferior (largo piernas).

*Vestimenta

*Movimiento

Para el relato de la historia se buscaron elementos que hablaran acerca de la esperanza, de la compañía, si es que se mencionaba la enfermedad y la parte del cuerpo que resultaba afectada o dolorida. Y se califico de la siguiente manera:

Esperanza 1
Desesperanza 0
Ni esperanza ni desesperanza 2
Soledad 0
Compañía 1
Mención de enfermedad 1
No mención de enfermedad 0
Mención de la parte del cuerpo afectada 1
No mención de la parte del cuerpo afectada 0

11.0 Tratamiento de los datos.

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

Se utilizaron las estadísticas inferenciales, ya que éstas nos permiten probar hipótesis. Para esto se usamos la prueba no paramétrica de la Chi-Cuadrada

También se realizó un análisis con la Correlación de Spearman con el propósito de saber que indicador correlacionaba con las dos diferentes figuras.

CAPITULO IV

"RESULTADOS Y ANALISIS"

La muestra estuvo compuesta por treinta niños de ambos sexos, quince de ellos pertenecen al grupo de niños con leucemia en tratamiento y los quince restantes son del grupo de niños en suspensión de tratamiento. Ambos grupos realizaron el test de Karen Machover, con la variante de una persona enferma, sus dibujos fueron analizados en cuanto a la estructura (del dibujo) y contenido de la historia.

Los elementos tanto del dibujo como los de la historia se codificaron. Con la codificación se llevaron a cabo análisis estadísticos con la prueba Chi-Cuadrada.

Primero se hizo un análisis intragrupo esto es: en el mismo grupo se comparó el primer dibujo con el segundo, este análisis no arrojó diferencias. El segundo análisis fue intergrupo, se comparó el primer dibujo del grupo en tratamiento con el primer dibujo del grupo en suspensión de tratamiento. El segundo dibujo se comparó de igual manera, es decir, el dibujo enfermo del grupo en tratamiento se comparó con el dibujo enfermo del grupo en suspensión de tratamiento.

Para saber que indicador aparecía más o por el contrario se omitía de acuerdo al tipo de dibujo se hizo una Correlación de Spearman.

Los resultados del análisis intergrupo señalan que de los 24 indicadores gráficos para el primer dibujo, sólo el indicador vestimenta es significativo. En cuanto a las historias ningún indicador es significativo.

TABLA 1

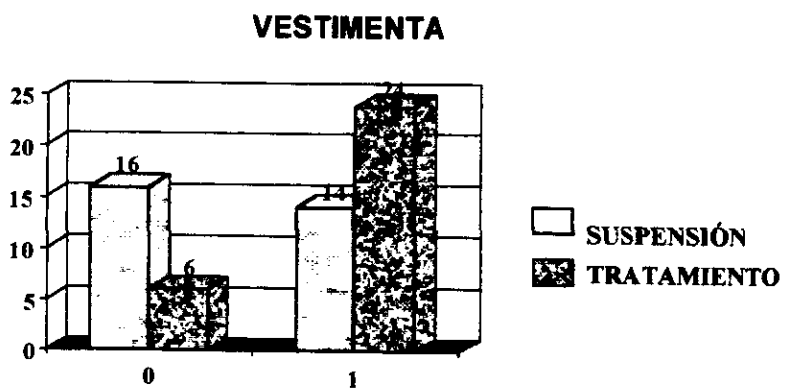
Diferencias en el indicador vestimenta para el dibujo uno del grupo en suspensión y del grupo en tratamiento.

VESTIMENTA	SUSPENSION	TRATAMIENTO	TOTAL
Recuento	8	1	9
Frecuencia esperada	4.5	4.5	9.0
Recuento	7	14	21
Frecuencia esperada	10.5	10.5	21.0
TOTAL	15	15	30

	Valor	df	Sig. Asint. (Bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.778	1	.005
N de casos válidos	30		

Existen diferencias en el indicador vestimenta de la figura 1, del grupo de niños en tratamiento y del grupo de niños en suspensión.

El indicador vestimenta se presenta más en el grupo de niños en tratamiento, en tanto que para los niños en suspensión casi la mitad de sus dibujos (7) se presentan vestidos presentando la mayoría (8) sin ropa.



De los 24 indicadores gráficos para la figura 2, solo 1 es significativo. Y de los 4 indicadores del relato 1 es significativo.

TABLA 2

Diferencias en el indicador tamaño para el dibujo dos del grupo en suspensión y del grupo en tratamiento.

TAMAÑO		SUSPENSIÓN	TRATAMIENTO	TOTAL
De 7-18 cms.	Recuento	2	7	9
	Frecuencia esperada	4.5	4.5	9.0
Menos de 7-6 Más de 18 cms.	Recuento	13	8	21
	Frecuencia esperada	10.5	10.5	21.0
TOTAL		15	15	30

	Valor	Chi	Sig. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.968	1	.046
N de casos válidos	30		

Existen diferencias significativas en el indicador tamaño de la figura dos, en el grupo de niños en tratamiento y en el grupo de niños en suspensión.

El tamaño de los dibujos del grupo de niños que esta en suspensión es más pequeño que el tamaño de los dibujos de los niños en tratamiento.

GRAFICA 2

Gráfica de Barras correspondiente a las puntuaciones del indicador Tamaño

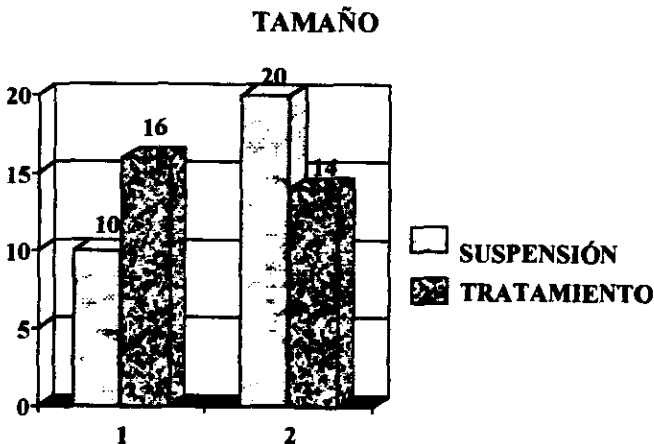


TABLA 3

Diferencias en el indicador soledad/compañía para el dibujo dos del grupo en suspensión y del grupo en tratamiento.

SOLEDAD/COMPañÍA		SUSPENSIÓN	TRATAMIENTO	TOTAL
Soledad	Recuento	6	12	18
	Frecuencia esperada	9.0	9.0	18.0
Compañía	Recuento	9	3	12
	Frecuencia esperada	6.0	6.0	12.0
TOTAL		15	15	30

	Valor	Gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.000	1	.025
N de casos válidos	30		

Existen diferencias significativas en cuanto al tema soledad/compañía en el grupo de niños en tratamiento y en el grupo de niños en suspensión.

GRAFICA 3

Gráfica de Barra correspondiente a las puntuaciones del indicador Soledad/Compañía

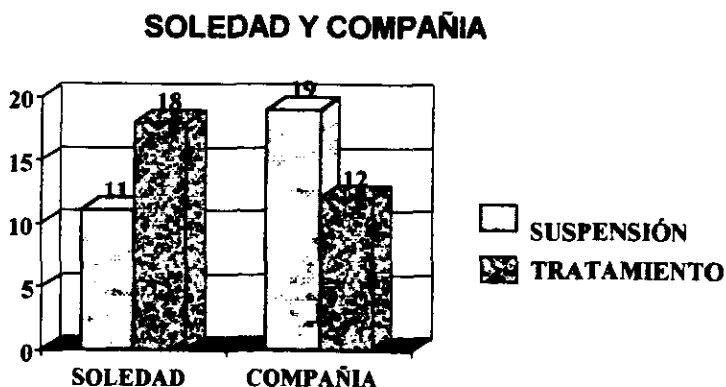


TABLA 4

Correlación del indicador tamaño en la figura uno y en la figura dos.

DEDOS				
AUSENCIA	Recuento	6	17	23
	Frecuencia esperada	11.5	11.5	23.0
PRESENCIA	Recuento	11	9	20
	Frecuencia esperada	10.0	10.0	20.0
DISTORSION	Recuento	13	4	17
	Frecuencia esperada	8.5	8.5	17.0
TOTAL		30	30	60

Correlación de Spearman	-.411	.113	-3.448	.001
N de casos válidos	60			

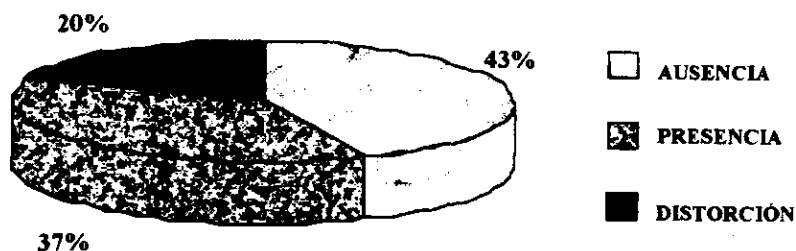
El indicador dedos tiene muestra una correlación inversamente proporcional. La correlación es significativa, pero no es alta debido a que los valores de ambas figuras en la categoría presencia no se diferencian demasiado.

La ausencia del rasgo se relaciona con la figura 2 (persona enferma); mientras que distorsión se relaciona con la figura 1.

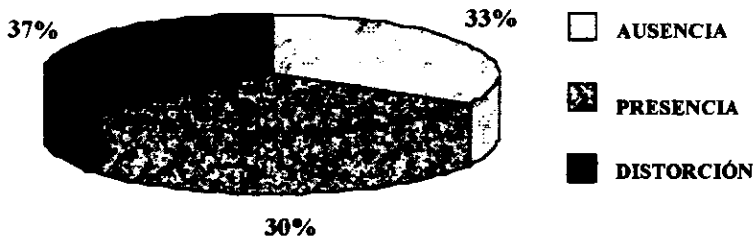
GRAFICAS 4 Y 5

Gráficas de sectores para el indicador dedos en Tratamiento y en Suspensión

TRATAMIENTO



SUSPENSIÓN



Las gráficas 4 y 5 muestra que el grupo de niños en tratamiento omite el rasgo en un porcentaje mayor(43%), que el grupo de niños en suspensión(33%). A su vez el grupo de niños en suspensión presenta mayor distorsión en el rasgo(37%), que el grupo de niños en tratamiento (20%).

TABLA 5

Correlación del indicador tamaño en la figura uno y en la figura dos.

TAMAÑO		FIGURA UNO Y FIGURA DOS		
De 7-18 cms.	Recuento	17	9	26
	Frecuencia esperada	13.0	13.0	26.0
Menos de 7 ó Más de 18 cms.	Recuento	13	21	34
	Frecuencia esperada	17.0	17.0	34.0
TOTAL		30	30	60

Tabla de contingencia			
Correlación de Spearman	.269	.124	.038
N de casos válidos	60		

El indicador tamaño tiene una correlación es significativa, sin embargo no es muy alta dado que los datos no se ajustan a la relación lineal que existe entre las variables.

El tamaño esperado para los dibujos se correlaciona con la figura 1, en tanto que el tamaño o los tamaños fuera de los parámetros marcados se correlaciona más con la figura 2 (persona enferma).

GRAFICAS 6 Y 7

Gráficas de sectores para el indicador tamaño en Tratamiento y en Suspensión.

TRATAMIENTO



SUSPENSIÓN



Las gráficas 6 y 7 muestran que la mayor parte de los dibujos del grupo de niños en tratamiento tienen tamaños adecuados (53%), mientras que en el grupo de niños en suspensión se presenta mas dibujos con tamaños inadecuados (67%)

TABLA 6

Correlación del indicador actitud postural en la figura uno y en la figura dos.

ACTITUD POSTURAL				
DE PIE	Exceso	30	16	46
	Frecuencia esperada	23.0	23.0	46.0
ACOSTADO	Exceso	0	14	14
	Frecuencia esperada	7.0	7.0	14.0
TOTAL		30	30	60
<hr/>				
Correlación de Spearman		.552	.074	5.037
N de casos válidos		60		

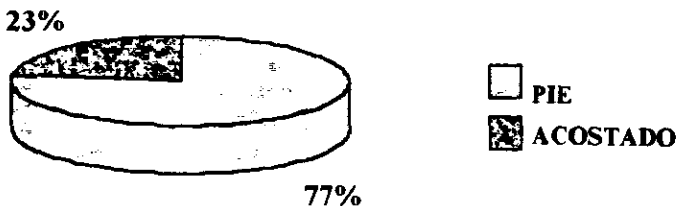
El indicador actitud postural muestra una correlación alta directamente proporcional y significativa.

La actitud postural de pie se correlaciona con la figura 1, y la actitud postural acostado se correlaciona con la figura 2 (persona enferma).

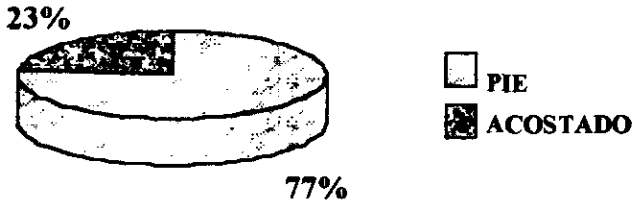
GRAFICAS 8 Y 9

Gráficas de Sectores para el indicador actitud postural en Tratamiento y Suspensión

TRATAMIENTO



SUSPENSIÓN



Las gráficas 8 y 9 muestran que la mayor parte de los dibujos tanto del grupo de niños en Tratamiento, como del grupo de niños en Suspensión tienen una posición acostada.

TABLA 7

Correlación del indicador proyección de la enfermedad en la figura uno y en la figura dos.

PROYECCIÓN DE LA ENFERMEDAD		Figura 1	Figura 2	Total
NO MENCION	Recuento	26	2	28
	Frecuencia esperada	14.0	14.0	28.0
MENCION	Recuento	4	28	32
	Frecuencia esperada	16.0	16.0	32.0
TOTAL		30	30	60

[REDACTED]			
Correlación de Spearman	.802		10.218
		.076	.000
N de casos válidos	60		

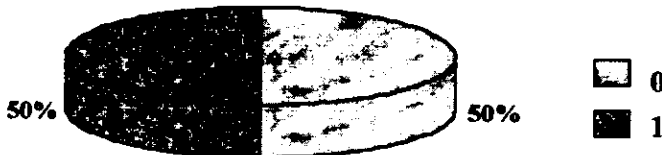
El indicador proyección de la enfermedad tiene una correlación bastante alta, directamente proporcional y significativa.

La proyección de la enfermedad en la historia se correlaciona con la figura 2 (persona enferma), en tanto que para el relato de la figura 1 no hay proyección de enfermedad.

GRAFICAS 10 Y 11

Gráficas de sectores para el indicador Proyección de la Enfermedad en Tratamiento y en Suspensión

TRATAMIENTO



SUSPENSIÓN



Las gráficas 10 y 11 muestran que en ambos grupos se proyecta la enfermedad. Siendo el grupo de niños en suspensión el que muestra un porcentaje mas elevado (57%).

TABLA 8

Correlación del indicador mención de la parte afectada del cuerpo en la figura uno y en la figura dos.

MENCION DE LA PARTE AFECTADA				
NO PROYECCION	Recuento	30	22	52
	Frecuencia esperada	26.0	26.0	52.0
PROYECCION	Recuento	0	8	8
	Frecuencia esperada	4.0	4.0	8.0
TOTAL		30	30	60

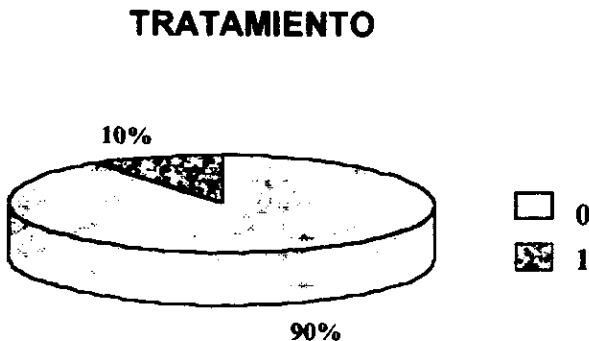
Correlación de Spearman	.392	.072	3.247	.002
N de casos válidos	60			

El indicador mención de la parte afectada del cuerpo muestra una correlación directamente proporcional y significativa.

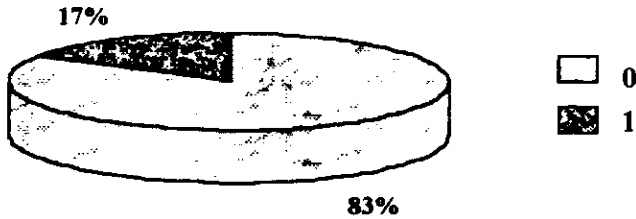
La mención de la parte afectada del cuerpo se correlaciona con la figura 2 (persona enferma). En la figura 1 la mayoría no menciona ninguna parte del cuerpo afectada.

GRAFICA 12 Y 13

Gráficas de sectores para el indicador mención de la parte afectada del cuerpo en Tratamiento y en Suspensión.



SUSPENSIÓN



Las gráficas 12 y 13 muestran que los porcentajes tanto en el grupo de los niños en tratamiento como en el grupo de los niños en suspensión son muy similares. En el grupo de niños en tratamiento solo 10% mencionan la enfermedad, en tanto el grupo de niños en suspensión la enfermedad se menciona en un 17%.

TABLA 9

Correlación del indicador nariz en la figura uno y en la figura dos.

NARIZ		Fig. 1	Fig. 2	Fig. 3
AUSENCIA	Recuento	0	6	6
	Frecuencia esperada	3.0	3.0	6.0
PRESENCIA	Recuento	17	16	3.3
	Frecuencia esperada	16.5	16.5	33.0
DISTORSION	Recuento	13	8	21
	Frecuencia esperada	10.5	10.5	21.0
TOTAL		30	30	60

Correlación de Spearman	-.273	.119	-2.160	.035
N de casos válidos	60			

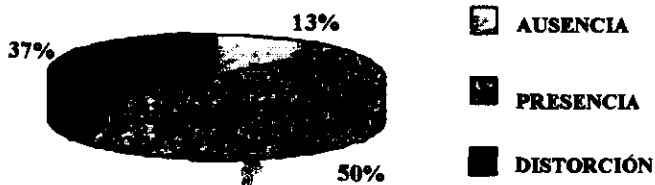
El indicador nariz muestra una correlación inversamente proporcional, significativa.

La ausencia del indicador nariz se correlaciona con la figura 2 (persona enferma), en tanto que la distorsión del indicador se correlaciona con la figura 1.

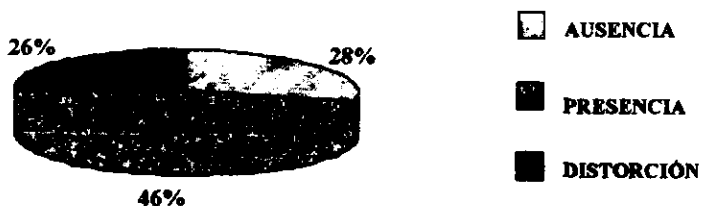
GRAFICAS 14 Y 15

Gráficas de sectores del indicador nariz en Tratamiento y en Suspensión.

TRATAMIENTO



SUSPENSIÓN



Las gráficas 14 y 15 muestran que en el grupo de niños en suspensión la ausencia del rasgo tiene mayor porcentaje (28%), en comparación al grupo de niños en tratamiento (13%). A su vez el grupo de niños en suspensión presenta mayor distorsión del rasgo (37%), en comparación al grupo de niños en tratamiento (26%).

CONCLUSIONES

En este trabajo pretendíamos saber si es que existen diferencias en cuanto a la imagen corporal de niños con leucemia en tratamiento y niños en suspensión de tratamiento. Tales diferencias serían proyectadas a través del test de Karen Machover. Los resultados de este trabajo me llevan a concluir que existe una paradoja en cuanto a la diferencia de la imagen corporal de los niños en tratamiento y los niños en suspensión de tratamiento. Lo anterior se desprende del hecho de que si bien es cierto, estadísticamente existen pocas diferencias significativas en los indicadores, las mismas marcan por su parte, diferencias entre un grupo y otro.

Estos resultados pueden deberse, en primer instancia a que tuvimos una idea preconcebida acerca del test y la variante que aplicamos, es decir, pensamos que los niños se proyectarían más en el segundo dibujo (persona enferma), dado que la instrucción al dibujo sugería la enfermedad (su enfermedad), ésta creencia resulto errónea ya que desde el primer dibujo los niños se proyectaban a sí mismos motivo por el cual no hubo diferencias al comparar el primer dibujo con el segundo.

Otra cuestión importante para que no se registren diferencias en la imagen corporal es el hecho de que los niños en suspensión de tratamiento no son niños "sanos", y aunque ya tengan dos años sin presentar la enfermedad, es posible que algunos niños sepan que pueden tener recaídas, por lo que ellos se consideran niños enfermos que han vivido una experiencia dolorosa que los a marcado.

Es importante mencionar el hecho de que el esquema corporal tanto de los niños en tratamiento como de los niños en suspensión de tratamiento no ha sido dañado profundamente como en el caso de otras enfermedades orgánicas. Esto no quiere decir que la alopecia, la pérdida de peso, etc., no sean importantes y sobretodo para ellos que están viviendo la enfermedad, sino que estos cambios son a un nivel muy superficial del esquema corporal y no están dañando nada neurológico que pueda modificar el esquema corporal y que a su vez repercutiera en su imagen corporal.

El haber hablado del pensamiento erróneo que se tuvo del test y de la muestra que se empleo para esta investigación, espero que ayuden a entender más los resultados, los cuales pueden ser pocos pero muy significativos.

Generalmente cuando dibujamos o pedimos que dibujen a una persona, a ésta se le dibuja vestida; de esta manera se puede considerar que lo más normal es que el dibujo de una persona tenga ropa. En estos términos, analizando los dibujos de ambos grupos, encontramos que los niños que están en tratamiento realizan dibujos vestidos en tanto que los niños en suspensión dibujan personas desnudas. Considerando lo anterior podemos, decir entonces que los niños en tratamiento que en estos momentos están viviendo su enfermedad, están en un proceso, es decir, han pasado de un estado d salud física a un estado de enfermedad, pero no pueden todavía regresar al estado de salud, por tanto a un no manifiestan como lo hacen los niños en suspensión un daño yoico, esto por que como Freud menciona: el yo es ante todo un yo corporal y debido a que los niños en suspensión ya regresaron a un estado de salud física dibujan personas desnudas indicando en alguno de los casos la ubicación del tumor o de la enfermedad en general, manifestando así que su cuerpo ha sido dañado

Aunado a la vestimenta, encontramos que también el tamaño del dibujo resulta de importancia, debido a que tanto los niños que están en suspensión como los que están en tratamiento dibujan figuras que están fuera del tamaño adecuado, siendo estas en su mayoría de menor tamaño, lo cual nos habla de lo pequeños y tal vez indefensos que se sienten los niños a lado de la enfermedad. Presentan cuerpos minimizados, minimizándose a sí mismos. Recordemos que los niños que están en tratamiento llevan una vida llena de limitaciones, restringida tanto en los alimentos como en actividades escolares, deportivas y sociales; posiblemente al verse aislados de su vida cotidiana se sienten menos que sus compañeros, amigos y en ocasiones se sienten menos que sus hermanos. La enfermedad que los limita provoca en ellos una sensación de que no valen o que valen muy poco.

Los dibujos de los niños coinciden con lo que Schilder plantea respecto a la imagen corporal; menciona que es importante la interacción del propio cuerpo con el mundo externo para que se desarrolle la imagen corporal y debido a que la interacción del niño con el mundo se ve reducida, ya que su sentido propioceptivo o sentido del movimiento por el cual nos damos cuenta de nosotros mismos y del cambio interior que tiene nuestra imagen del cuerpo esta limitado, es por eso que los niños en tratamiento se ven pequeños, no por que estén paralizados sino por que el movimiento en el mundo externo ya no es como era antes de enfermar, ahora su mundo se redujo al igual que su imagen corporal.

Los niños en suspensión también presentaron en su mayoría dibujos pequeños, que dejan ver el daño que han sufrido, mostrándose como personas tímidas, retraídas, inseguras ya que se siguen viendo como personas que valen menos dado que vivieron una enfermedad que los a marcado como personas defectuosas, no sanas físicamente y con la posibilidad de que en algún momento puedan volver a enfermar.

ESTAS TESIS NO DEBE
SER EN LA BIBLIOTECA

Los resultados de éste trabajo concuerdan con lo que Feldfogel y Zimmerman menciona, que debido a que los niños con leucemia en tratamiento están llevando a cabo el proceso de enfermedad, las heridas de su yo corporal aun no se manifiestan como se puede ver en los niños en suspensión. Confirmándose que la imagen corporal se ve modificada por la influencia de una enfermedad orgánica; de tal manera que la imagen corporal que resulta es indicadora del daño yoico que se ha producido.

Freud, también habla de un daño yoico, él dice que a todos nos interesa la integridad de nuestro cuerpo y si esta integridad resulta afectada como en el caso de la leucemia, ya que el cuerpo se ve y esta invadido de medicamentos y de instrumentos médicos, va a haber repercusiones psicológicas importantes como la baja autoestima y la inseguridad que proyectan los niños que están en suspensión.

Con respecto al relato de la historia, los niños que están en tratamiento aluden más al tema de la soledad, tal vez esto no es por que estén solos sino por que se viven solos, es decir, que al aislarse de sus amigos, de su escuela, de su vida cotidiana se viven solos en un ambiente hospitalario que no les ofrece más que medicamentos los cuales para ellos son aversivos, esto hace que los niños vivencien su tratamiento como algo verdaderamente amenazador y destructivo.

Y las emociones y sentimientos que rodean al niño durante su enfermedad, no solo se proyectan en el relato de la historia si no también en el dibujo, en la expresión que tenga la postura y/o movimiento que le den, ya que como menciona Wallon: las manifestaciones emotivas entrañan contracciones tónicas, permitiendo una comunicación, un dialogo verbal en el cuerpo, así el niño por medio de su cuerpo comunica manifestaciones emocionales que establece con el mundo que lo rodea, es decir, que el niño a través del dibujo y de su historia pone de manifiesto su sentimiento de soledad y de impotencia ante su enfermedad y su tratamiento. De tal manera que la imagen del niño esta modelada por las condiciones de vida y de pensamiento que lo rodean.

Por todo lo anterior podemos decir que si existen diferencias en la imagen corporal de los niños con leucemia en tratamiento y los niños en suspensión de tratamiento. Por que los niños en tratamiento están viviendo modificaciones en su imagen corporal, en tanto que los niños en suspensión ya pasaron por el proceso salud-enfermedad-salud modificando en cierto grado su imagen corporal. Todo concuerda con lo propuesto por Dolto, cuando asegura que la imagen corporal es propia y esta ligada al sujeto y a su historia, entonces es posible que pasado algunos años los niños que están en suspensión sigan presentando dibujos en los cuales su imagen corporal simbolice las experiencias individuales de la enfermedad que alguna vez tuvieron.

Uno de los objetivos de este trabajo era saber si existían diferencias en la imagen corporal y ¿cuáles eran los elementos más distorsionados? Para dar respuesta a esta pregunta se llevaron a cabo correlaciones, que indicaron que la ausencia del rasgo se correlacionaba más con los dibujos de la persona enferma.

Tanto los niños que están en tratamiento como los que están en suspensión de tratamiento, niegan partes de sus cuerpos que pudieran estar dañadas por la enfermedad, y el modo de negarlas es omitiendo las partes. Debido a que los dolores internos se pueden traducir en dolores cutáneos y el dolor visceral o superficial es importante para la imagen corporal, entonces los puntos doloridos del cuerpo se sienten como si la piel se levantara o se convirtiera en un centro que esta aislado de la imagen corporal. Así los niños en sus dibujos proyectan una imagen corporal que corresponde a sus deseos más profundos o a una franca exposición de carencia o de defecto; lo cual se expresa en las omisiones de sus dibujos.

En este estudio algunos niños indicaban el lugar donde estaba el tumor y algunos otros omitían alguna parte del cuerpo. Podemos relacionar este estudio con el de Meyer, Brown y Levine (Hammer, 1962) cuando analizaron dibujos antes y después de una intervención quirúrgica, encontrando que el área operada quedaba indicada ya sea por un marcado excesivo, por un tratamiento de la zona con líneas temblorosas o por que se evitaba el área operada; ya que los resultados de ambos estudios coinciden.

De la misma manera la actitud postural, la mención de la enfermedad en la historia y la mención de la parte afectada o dolorida aparecen con, mayor frecuencia en el dibujo de la persona enferma.

Este y otros estudios indican que en realidad la técnica del dibujo es un medio de comunicación que resulta muy significativo ya que a través del dibujo los niños pueden revelar sus problemas, en este caso con la imagen corporal, expresan sus temores, esperanzas y fantasías.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

El presente estudio las limitaciones que encontramos son con respecto al número de sujetos. Aunque la muestra se obtuvo del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XX; y a este hospital acuden niños del D.F. y de otros estados de la república (Estado de México, Morelos, Acapulco, Chiapas, Zacatecas), la muestra no puede ser representativa de este hospital ya que solo se eligieron pacientes del D.F y de Morelos debido a que hay mayor población de estas dos regiones, en tanto que de los otros estados sólo se atienden los casos más graves y por pocas ocasiones, el resto del tratamiento se les da en sus lugares de origen.

El tipo de leucemia es otra de las limitaciones ya que sólo se analizaron dibujos de niños con Leucemia Linfoblástica Aguda, descartando los otros tipos de leucemia, por tal motivo tampoco se pueden generalizar los resultados. Quizás la integración de una muestra de pacientes con leucemia de todos los tipos y de diferentes instituciones permita generalizar a cerca de la imagen corporal y la leucemia. Lo cual requiere estudios más prolongados.

La edad y el sexo también pueden limitar el trabajo, debido a que son muy pocos pacientes de sexo femenino y en cuanto a la edad no sabemos que sucede con los niños pequeños (menores de 7 años) por que difícilmente siguen las instrucciones.

El contraste de las poblaciones me parece que fue importante para los resultados que se deseaban obtener, y sugiero que para futuras investigaciones se contraste con niños "normales", sin experiencia con algún tipo de enfermedad crónica.

Finalmente el usar una sola técnica proyectiva puede hasta cierto punto reducir la información que se pueda obtener acerca de la imagen corporal, aun que si bien es cierto como lo menciona Hammer (1966) "Los dibujos infantiles sin lugar a dudas revelan los problemas de los niños", también es cierto que existen otros test y cuestionarios que nos pueden ayudar a entender como esta la imagen corporal de los niños con leucemia. Entre éstos test se encuentra el Rorschach y el Inventario Adolescente de la Personalidad de Millon (MAPI).

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

- 1.- Aisenson, A. (1981). *Cuerpo y Persona. Filosofía y Psicología del Cuerpo Vivido.* México. Ed. Fondo de Cultura Económica.
- 2.- Almaguer, D. (1991). *Avances en el tratamiento de la Leucemia.* Gaceta Médica Mexicana Vol.132 No. 3
- 3.- Altman, A. (1988). *Leucemias Crónicas de la Infancia.* Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol. 1
- 4.- Assoun, P. (1998). *Lecciones Psicoanalíticas sobre Cuerpo y Síntoma.* Buenos Aires. Ed. Nueva Visión.
- 5.- Aubin, H. (1970). *El Dibujo del Niño Incapacitado.* España. Ed. Laia/Barcelona.
- 6.- Baker, L. (1985). *Tú y la Leucemia. Un día a la vez.* Estados Unidos. Ed. Lynn.
- 7.- Balaskas, A. (1977). *La Vida del Cuerpo.* España. Ed. Paidós.
- 8.- Balis, M. (1988). *Consideraciones Farmacológicas en el Tratamiento de la LLA.* Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol. IV.
- 9.- Barry, I. (1984). *Valoración Clínica: Funciones Físicas y Psicológicas.* Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol. I
- 10.-Berkey, M. (1980). *Niños con Enfermedades Crónicas. Relato para el tercer congreso Latinoamericano de Psiquiatría Infantil.* Buenos Aires.
- 11.- Bernáldez, R., Villasis, M., Beltrán, A., García, R., Rodríguez, M., Hermida, I., Arias, J., Cruz, E. (1998). *Secuelas Neurológicas y Psicológicas que deja la radioterapia o el Metrotexate en niños con Leucemia Linfoblástica Aguda.* Gaceta Médica Mexicana. Vol. 34 No. 2.
- 12.- Bernard, N. (1985). *El Cuerpo.* España. Ed. Paidós.
- 13.- Blum, B., Gordillo, G., Robles, T., Huazo, C. (1982). *Fantasías de Muerte en un grupo de Niños Urémicos.* Boletín Médico del Hospital Infantil de México Vol. 39 No. 3 pp. 187-196.

- 14.- Blum, B., Robles, T. (1982). Reflexiones Sobre el Niño y la Muerte. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. 39 No. 1 pp. 3-5
- 15.- Brady, J. (1994). Sistema Nervioso. Curso Programado de Anatomía y Fisiología México Ed. Noriega.
- 16.- Breslau, N., Marshall, I. (1985). Psychological Disturbance in Children with Physical Disabilities: Continuity and Chang in a 5 year Follow-Up. Journal of Abnormal Child Psychology. Vol.13 No.2 pp. 199-216.
- 17.- Bruchon, M. (1992). Psicología del Cuerpo. Barcelona. Ed. Herder.
- 18.- Calecki, M., Thevent, M. (1986). Técnicas de Bienestar para niños. Expresión Corporal y Yoga. Buenos Aires- Barcelona- México. Ed. Paidós.
- 19.- Calligor, L. (1960). Nueva Interpretación Psicológica del Dibujo de la Figura Humana. Argentina. Ed. Kapelusz.
- 20.- Calvo, I., Riterman, F., (1977). Cuerpo- Vinculo – Trasferencia. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
- 21.- Campbell, Stanley. (1966). Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social. Ed. Amorrortu.
- 22.- Cervantes, G. (1963). Tratado de Psiquiatría Infantil. Barcelona España Ed. Espax.
- 23.- Coupey, S., Cohen, M. (1984). Consideraciones Especiales sobre el Cuidado de la Salud de Adolescentes con Enfermedades Crónicas. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol.1 pp. 215-224.
- 24.- Darley, J., Glucksberg, S., Kinchla, R. (1990). Psicología México Ed. Pentrice-Hall.
- 25.- Dolto, F. (1994). La Imagen Inconsciente del Cuerpo. España Ed. Paidós.
- 26.- Downie, M., Heath, W. (1986). Métodos Estadísticos Aplicados. México Ed. Harla.
- 27.- Dropy, J. (1973). Vivir en su Cuerpo. Expresión Corporal y Relaciones Humanas. Buenos Aires – Barcelona. Ed. Paidós.

- 28.- Eiser, C. (1990) Psychological Effects of Chronic Disease J. Child Eschol Psychiat. Vol.31 No.4 pp.85-98.
- 29.- Fallon, A., Rozin, P. (1985). Sex Differences in Perceptions of Desirable Body Shape. Journal of Abnormal Psychology. Vol. 94 No. 1 pp.102-105.
- 30.- Feldfogel, D., Zimmerman, A. (1981). El Psiquismo del Niño Enfermo Orgánico. Buenos Aires- Barcelona. Ed. Paidós.
- 31.- Foncerrada, M., Saucedo, J. (1981). La Exploración de la Salud Mental en el Niño. Revista Médica del IMSS. Vol.19 :145.
- 32.- Freud, A. (1956). El Psicoanálisis y la Crianza del Niño. Buenos Aires Argentina. Ed. Paidós.
- 33.- Greenberg, H., Hazak, A., Meadows, A. (1989). Psychologic Functioning in 8- to 16 year old Cancer Survivors and their parents. The Journal of Pediatrics. March Vol.114. No. 3 pp. 488-493.
- 34.- Hammer, E. (1992). Test Proyectivos Gráficos. México. Ed. Paidós.
- 35.- Illingworth, R. (1989). El Niño Normal. México. Ed. El Manual Moderno.
- 36.- Kapit, W., Elson, L. (1982). Anatomía Cromodinámica México Ed. Fernández
- 37.- Keleman, S. (1987). La Realidad Somática. Proceso de la Persona. Madrid. Ed. Narcea.
- 38.- Koocher, G. (1986). Psychosocial Issues During the Acute Treatment of Pediatric Cancer. Journal of Cancer Supplement Vol. 58 pp.468-472.
- 39.- Le Boulch, J. (1984). La Educación Psicomotriz en la Escuela Primaria. España. Ed. Paidós.
- 40.- Leventhal, J. (1984). Evaluación Psicosocial de los Niños con Enfermedades Físicas. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol. 1 pp. 73-88.
- 41.- Linck, P. (1997). Pacientes a Largo Plazo de Cáncer Infantil. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol. 4 pp.1043-1055.
- 42.- López, A. (1979). Anatomía Funcional del Sistema Nervioso. México Ed. Limusa.

- 43.- Lorraine, S. (1992). *Agonía, Muerte y Duelo*. México. Ed. El Manual Moderno.
- 44.- Lurcat, L. (1979). *El Niño y el Espacio. La Función del Cuerpo*. México. Fondo de Cultura Económica.
- 45.- *Manual de Actualización de Enfermería Onco-Hematológico*. 1994. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 46.- Neglia, P. (1988). *Epidemiología de las Leucemias Agudas en la Infancia*. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol. 4 pp.
- 47.- Ochs, J., Mulhem, R. (1988). *Efectos Tardíos del Tratamiento Antileucémico*. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol. 4 pp.
- 48.- Perrin, C. (1984). *Desarrollo de los Niños con Enfermedades Crónicas*. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol.1 pp.
- 49.- Poplack, D. (1989). *Leucemia Linfoblástica Aguda en la Infancia*. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol.4 pp.
- 50.- Portuondo, J. (1990). *Test Proyectivo de Karen Machover*. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva.
- 51.- Pukko, R., Sammallahti, R. (1997). *Childhood Leukemia and Body Image: Interview Reveals Impairment Not Found with a Questionnaire*. Journal of Clinical Psychology. Vol. 53 No.2 pp.
- 52.- Pukko, R., Hirvonen, E. (1997). *Impaired Body Image of Young Female Survivors of Childhood Leukemia*. Psychosomatics. Vol.38. No.1 pp.
- 53.- Rabin, A., Haworth, M. (1966). *Técnicas Proyectivas para Niños*. Argentina. Ed. Paidós
- 54.- Rapaport, D. (1971). *Test de Diagnóstico Psicológico*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- 55.- Sabbeth, B. (1984). *Comprensión del Impacto de las Enfermedades Crónicas Infantiles en las Familias*. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol.1 pp.73-88.
- 56.- Sampieri, R., Collado, C., Lucio, P. (1998). *Metodología de la Investigación* México. Ed. Mc. Graw-hill.

- 57.- Saucedo, J. (1983). El niño que intenta el suicidio. *Revista Médica del IMSS*. Vol.21:203.
- 58.- Saucedo, J., Foncerrada, M. (1981). La Exploración de la Familia. Aspectos Médicos, Psicológicos y Sociales. *Revista Médica del IMSS*. Vol.19:145.
- 59.- Saucedo, J., Foncerrada, M. (1985). Los problemas Familiares y sus Repercusiones en el Niño. *Revista Médica del IMSS*. Vol.23:159.
- 60.- Schilder, A. (1989). *Imagen y Apariencia del Cuerpo Humano*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- 61.- Schlundt, D., Bell, C. (1993). Body Image Testing System: A Microcomputer Program for Assessing Body Image. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*. Vol. 15 No. 3 pp.267-285.
- 62.- Stein, R., Jones, D. (1984). Principios Generales sobre el Cuidado de Niños con Enfermedades Crónicas. *Clinicas Pediátricas de Norteamérica*. Vol. 1 pp.193-202.
- 63.- Steinhauer, R. (1988). Aspectos Psicológicos de la Enfermedad Crónica. *Clinicas Pediátricas de Norteamérica México*. Vol. 44 pp.185-197.
- 64.- Swain, M., Brown, T. (1994). Adolescent Cancer Survivors. *Psychosocial and Familial Adaptation. Psychosomatics*. Vol.35 No.4 pp.4-6.
- 65.- Urdapilleta, E. (1999). Efectos del Tiempo de Exposición a la Quimioterapia, sobre las Funciones Intelectuales de los Niños con Leucemia. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. pp. 4-10
- 66.- Wapner, S. (1965). *The Body Percept*. E. U. Edited by Seymour Wapner and Heinz Werner.

APENDICE

CARACTERISTICAS DEL GRUPO DE NIÑOS EN TRATAMIENTO

NOMBRE	SEXO	EDAD	RESIDENCIA	DX	FASE DE TX
A.C.M	M	11 9/12	D.F	LLA L1 RH	MANTENIMIENTO
B.M.G	M	9 4/12	D.F	LLA L1 RH	MANTENIMIENTO
C.A.J.G	M	12 0/12	MORELOS	LLA L1 RH	INDUCCION
C.D.M.A	M	15 0/12	D.F	LLA L2 RH	MANTENIMIENTO
C.L.O	M	8 1/12	MORELOS	LLA L1 RA	MANTENIMIENTO
E.P.J	M	13 10/12	MORELOS	LLA L1 RA	MANTENIMIENTO
F.M.A	M	7 8/12	D.F	LLA L1 RH	MANTENIMIENTO
G.A.C	M	12 4/12	D.F	LLA L2 RA	INDUCCION
H.M.C	M	9 2/12	D.F	LLA L1 RH	MANTENIMIENTO
M.A.M	M	8 8/12	D.F	LLA L1 RH	MANTENIMIENTO
N.M.M.M	F	12 5/12	D.F	LLA L1 RA	MANTENIMIENTO
R.R.M.G	F	14 11/12	D.F	LLA L1 RH	MANTENIMIENTO
R.M.E	F	12 3/12	D.F	LLA L2 RH	MANTENIMIENTO
R.B.M	F	7 8/12	D.F	LLA L1 RH	MANTENIMIENTO
R.N.N	F	9 10/12	D.F	LLA L2 RA	MANTENIMIENTO

LLA Leucemia Linfoblástica Aguda.

L1, L2 Tipo de linfoblastos.

RA Riesgo alto.

RH Riesgo habitual.

INDUCCION Primera etapa del tratamiento.

MANTENIMIENTO Tercera etapa del tratamiento.

CARACTERISTICAS DEL GRUPO DE NIÑOS EN SUSPENSION

NOMBRE	SEXO	EDAD	RESIDEN- CIA	DX	FASE DE TX
A.G.T	M	14 4/12	D.F	LLA L1 RH	SUSPENSION
C.G.A	M	12 4/12	D.F	LLA L2 RA	SUSPENSION
C.M.P	F	14 7/12	D.F	LLA L2 RA	SUSPENSION
C.T.G	F	14 11/12	MORELOS	LLA L1 RA	SUSPENSION
G.Q.N	F	10 8/12	MORELOS	LLA L2 RH	SUSPENSION
M.O.R	M	8 3/12	MORELOS	LLA L2 RA	SUSPENSION
M.R.T	F	8 7/12	D.F	LLA L1 RH	SUSPENSION
P.A.T	F	11 10/12	D.F	LLA L1 RA	SUSPENSION
R.A.C	M	9 1/12	D.F	LLA L1 RH	SUSPENSION
S.A.V	M	9 2/12	MORELOS	LLA L1 RA	SUSPENSION
S.E.E	M	9 8/12	D.F	LLA L1 RH	SUSPENSION
T.P.A	F	9 9/12	MORELOS	LLA L1 RH	SUSPENSION
T.C.S	F	14 2/12	D.F	LLA L1 RH	SUSPENSION
T.B.C	F	12 2/12	D.F	LLA L2 RH	SUSPENSION
T.D.J.G	M	14 3/12	D.F	LLA L1 RH	SUSPENSION

LLA *Leucemia Linfoblástica Aguda.*

L1,L2 *Tipo de linfoblastos.*

RA *Riesgo alto.*

RH *Riesgo habitual.*

SUSPENSION *No manifestación de enfermedad.*