

2007

Una perspectiva de terapia ocupacional en la evaluación de la imagen corporal del niño quemado

Chaves, Sandra

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/791>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TO
Inv. 4073



"UNA PERSPECTIVA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA EVALUACION DE LA IMAGEN CORPORAL DEL NIÑO QUEMADO".



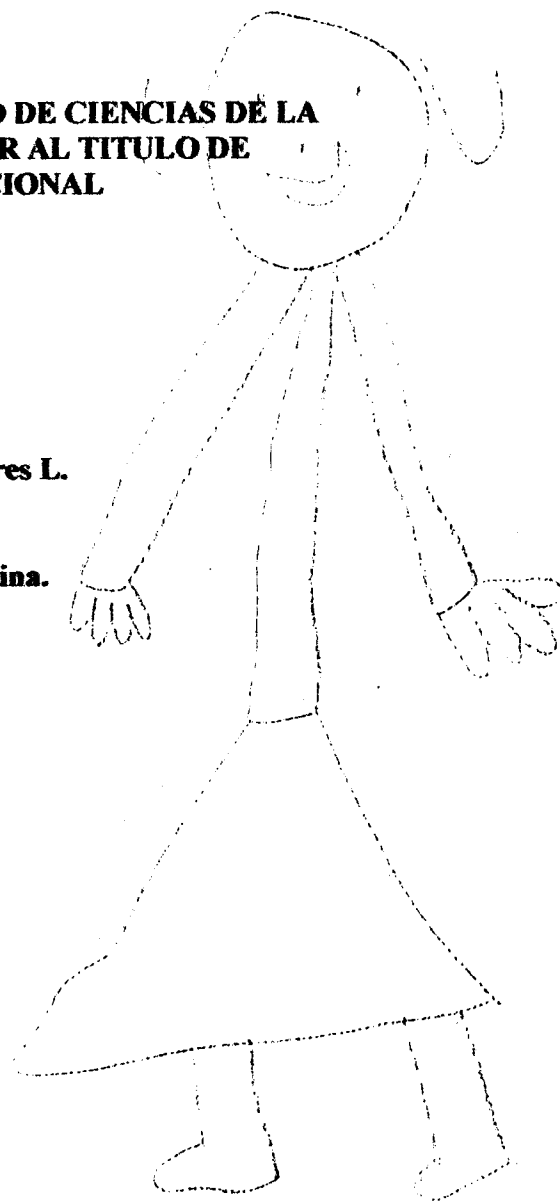
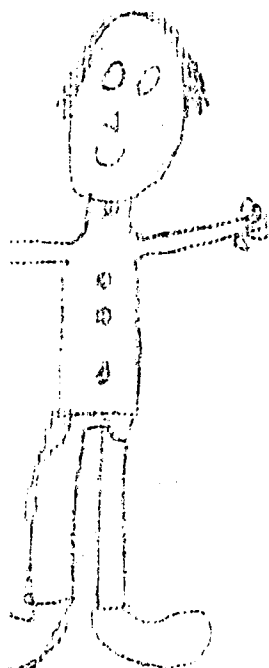
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

**TESIS DE GRADO PRESENTADA EN EL FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD Y DEL SERVICIO SOCIAL PARA OPTAR AL TITULO DE
LICENCIADO EN TERAPIA OCUPACIONAL**

Por: Chaves S, Comatto M, Gallinares L.

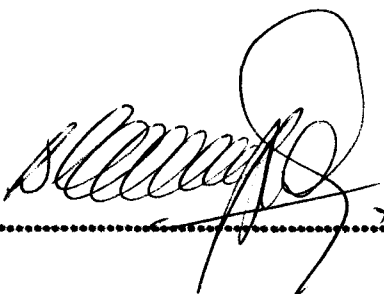
Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina.

Año 2007.



Directora

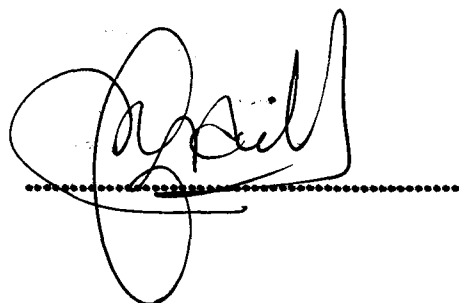
Campagna, Liliana
Licenciada en Terapia Ocupacional
U.N.M.D.P.



.....

Asesor Metodológico

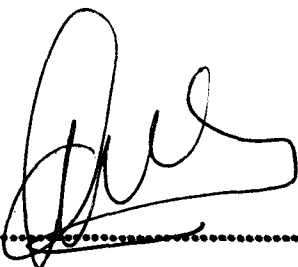
Gordillo, Norma
Mg. Sc. Licenciada en Terapia Ocupacional
U.N.M.D.P.



.....

Tesistas

Chaves, Sandra
U.N.M.D.P.
DNI: 24.914.689



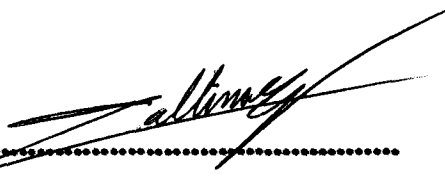
.....

Comatto, Mariela S.
U.N.M.D.P.
DNI: 25.265.903



.....

Gallinares, Lucas
U.N.M.D.P.
DNI: 24.914.823



.....

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
4073	/
Vol	Part: 1
Universidad Nacional de Mar del Plata	

27 SEP 2012

Dedicatoria

A la memoria de Dora Pianaroli, por su gran compromiso con la profesión y su excelente calidad humana, por el apoyo incondicional en la elaboración de este trabajo, por guiarnos e incentivarnos en la continuidad del mismo y principalmente por su tenacidad e incansable lucha en la vida.

*...Gracias por tu amistad, que con gusto conservo,
por tus palabras y consejos, siempre de aliento,
por hacerme ver mis debilidades y errores a tiempo.*

*...Gracias por dedicarme tiempo,
tiempo para demostrar tu preocupación por mí,
tiempo para escuchar mis problemas
y ayudarme a buscar solución, y sobretodo,
tiempo para sonreír y mostrarme tu afecto.*

...Gracias por todos los momentos que hemos compartido.

Agradecimientos

A mi esposa Lisa quien estuvo a mi lado en las malas y en las buenas, a mis padres y familiares, amigos y a mis compañeras tesistas que siempre me apoyaron y permitieron que llegara a la meta.

Lucas.

A mi marido Fernando, a mis padres Petrona y Pedro, a mis hermanos Lorena y Marcelo, a mis compañeros de estudio en especial a Julieta, a mis amigos, familiares, a Lucas y a Mariela por el esfuerzo y lucha en este recorrido que ha llegado a su fin, y a la personita que llena y alegra mi vida: Luciano, mi hijo.

Sandra.

A mi esposo Santiago, compañero de vida, por incentivar me y por su gran amor; a Francisco, mi hijo, que me da tanta felicidad y emociona desde el día que llegó; a mis padres por todas sus enseñanzas; a mis amigas, familiares y a Lucas y a Sandra porque sin ellos este camino no hubiese sido lo mismo...

Mariela.

Finalmente agradecemos al Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (H.I.E.M.I.) de la ciudad de Mar del Plata por haber permitido la permanencia en la institución y facilitarnos todo lo necesario para la realización de este trabajo. A la Lic. Liliana Campagna, que en un momento difícil se comprometió para guiarnos y ayudarnos en esta tesis; por su calidad humana y profesionalismo. A la Terapistas Ocupacionales del hospital:

Sylvia Donatti, Miriam Di Lorenzo, Liliana Nicoloff, por el apoyo y aporte profesional. A Norma Gordillo por sus correcciones y orientación. A los niños y padres que participaron en este trabajo, por su colaboración desinteresada. Y a todas aquellas personas que nos motivaron en la elaboración de esta investigación.

GRACIAS.

INDICE

1. Introducción.....	Pág. 08
2. Estado actual de la cuestión.....	Pág. 10
2.1 Bibliografía.....	Pág. 15
3. Fundamentación.....	Pág. 16
4. Marco Teórico	
4.1. Quemaduras.....	Pág. 19
4.1.1. Bibliografía.....	Pág. 29
4.2. Imagen Corporal.....	Pág. 30
4.2.1. Bibliografía.....	Pág. 44
4.3. Abordaje desde Terapia Ocupacional del Niño Quemado.....	Pág. 45
4.3.1. Bibliografía.....	Pág. 49
4.4. Proceso de Evaluación en Terapia Ocupacional.....	Pág. 50
4.4.1. Bibliografía.....	Pág. 53
5. Aspectos Metodológicos	
5.1. Tema, Problema, Objetivos.....	Pág. 55
5.2. Operacionalización de Variables.....	Pág. 56
5.3. Dimensionamiento de Variables.....	Pág. 62
5.4. Tipo de estudio, Diseño, Enfoque de la investigación.....	Pág. 64
5.5. Muestra.....	Pág. 65
5.6. Técnicas de Recolección de datos.....	Pág. 66
5.7. Técnicas de medición.....	Pág. 68
5.8. Análisis de los datos.....	Pág. 69
5.9. Bibliografía.....	Pág. 70

6. Presentación de los resultados	
6.1 Análisis e interpretación de los datos.....	Pág. 72
7. Conclusiones.....	Pág. 95
8. Bibliografía General.....	Pág. 101
9. Anexos.....	Pág. 107

INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge desde el quehacer como alumnos al pensar en el abordaje de Terapia Ocupacional en el área pediátrica, con pacientes quemados. A partir de los conceptos vistos en la formación académica, teniendo en cuenta que una lesión por quemadura implica la afección de diferentes componentes del desempeño y que este cuadro se presenta en un perfil epidemiológico de ciertas características sociales, económicas y culturales; se cree necesario ante esta situación establecer un instrumento de evaluación que permita aportar mas detalles en las mediciones.

En este estudio se pretende evaluar algunos aspectos emocionales y conductuales que participan en la conformación de la imagen corporal, los cuales están modelados por las características individuales y el entorno con el que interactúa.

Un niño frente a una lesión por quemadura sufre un impacto negativo que se relaciona directamente con la superficie total comprometida y su localización. Las heridas y su tratamiento llevan consigo dolor y angustia, viviendo esta experiencia en mayor o menor medida de un modo traumático.

Se intenta replantear ciertas cuestiones relativas a la evaluación, específicamente de la imagen corporal en pacientes quemados, debido a que no se cuenta con ningún instrumento de medición desde Terapia Ocupacional que ponga la mirada en los aspectos emocionales y conductuales, teniendo en cuenta la incidencia de los mismos en la percepción de la imagen corporal.

Se expondrán algunas nociones sobre quemaduras, imagen corporal y el proceso de evaluación y tratamiento en Terapia Ocupacional intentando ensamblar estos conceptos, de manera que se siga plasmando la necesidad de contribuir con el desarrollo de las

mediciones, documentando la efectividad de las intervenciones desde Terapia Ocupacional.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

El Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (H.I.E.M.I.) de la ciudad de Mar del Plata, cuenta con un equipo interdisciplinario de atención al quemado, integrado por médicos cirujanos plásticos, terapeutas ocupacionales, psicólogos y asistentes sociales. Tiene como objetivo prevenir y detectar no solo lo inherente a la cicatrización sino también a las secuelas de origen emocional.

La experiencia de la sala de Terapia Ocupacional del HIEMI en el tratamiento con lesiones de quemaduras agudas o reconstructivas post traumáticas, demuestra que la formación de cicatrices hipertróficas y sus secuelas son considerablemente modificadas y controladas mediante técnicas especiales. Para ello se inicia un programa de control de la cicatriz tan pronto como estén superados los periodos de inmovilidad postoperatoria, o los tiempos individuales de reepitelización.

Los niños y sus familias recurren a mecanismos de defensa y de adaptación para hacer frente tanto a los diversos procedimientos terapéuticos (aplicación de presión mediante prendas y vendas elásticas, uso de férulas, mascarar y realización de masajes) que resultan incómodos, como así también a las posibles secuelas estéticas. Ante esta situación se incorporan precozmente actividades con el niño y su familia, tendientes a la aceptación de la nueva situación y a mejorar la calidad de vida posterior al trauma.

Con respecto a los trabajos relacionados con la temática de investigación se destacan los siguientes:

Se realizó un estudio sobre los efectos de la insatisfacción de la imagen corporal temprana en posteriores ajustes psicológicos y físicos después de una lesión desfigurante.

El mismo tuvo como objetivo determinar el impacto de la insatisfacción de la imagen corporal en la calidad de vida luego de una lesión severa por quemadura.

La muestra estudiada fue de 86 adultos (67 hombres y 17 mujeres) admitidos en el centro médico Johns Hopkins Bayview de Baltimore. Aproximadamente el 40% tenía lesiones faciales, el 68% requería cirugía y las lesiones mayormente eran producto de llamas (39.5%) o escaldado (32.6%).

La calidad de vida del quemado (con dos meses de alta) en grupos con y sin presencia de insatisfacción de la imagen corporal fue estudiado luego de controlar su calidad de vida antes de quemarse (medida 2-3 días de admitido). Para esto se utilizó el inventario de depresión de Beck, la escala de trauma de Davidson, la satisfacción con la escala de apariencia y el SF-36 que mide la calidad de vida incluyendo la salud física y mental.

Se arribó a la conclusión que la insatisfacción de la imagen corporal afecta la calidad de vida después de daños severos causados por quemaduras. Es decir, que dicha insatisfacción está relacionada a dificultades prolongadas con la salud mental y física en relación a la calidad de vida de aquellos que tuvieron una lesión por quemaduras.

El Departamento de Cirugía plástica, Unidad de quemados, Hospital Toolo Helsinki, de Finlandia, realizó un estudio sobre el Estado de salud después de la recuperación de una lesión por quemadura.

Los estudios de lesiones por quemaduras se han vuelto cada vez más importantes en la medida que el grado de mortalidad provocado por estas lesiones ha decrecido.

La presente investigación, concierne a aspectos físicos y psico sociales.

La base del instrumento de estudio fue la Escala de Salud Especifica del Quemado Abreviada. La muestra de análisis de la investigación consistió de 124 pacientes, cuyas

Superficie (del Área) Total del Cuerpo (SATC) quemada era de 13.00%, con un promedio en la Profundidad Total (PT) de la quemadura de 6.2%, un promedio de edad de 37 años y un tratamiento en el hospital de 16 días promedio.

Se concluyó que la función física fue afectada en mayor grado por la severidad de la quemadura y por la quemadura de manos. La imagen corporal fue influenciada por la PT de la quemadura pero no por las lesiones faciales o de manos. La vida sexual fue afectada en aquellas personas con PT mayores al 20%. Los pacientes mayores de 25 años, con SATC mayor al 30%, PT mayor al 20% o tiempo de hospitalización mayor a un mes estaban preocupados sobre su salud general. El efecto de las quemaduras en la vida física y psicosocial de los pacientes fue, no obstante, leve, incluso respecto de lesiones severas.

Mc. Quaid D, Barton J. y Campbell F.A. del Departamento de Psiquiatría de niños y adolescentes de la Universidad de Glasgow de Escocia; presentaron un trabajo de investigación denominado “Aspectos de la Imagen Corporal para niños y adolescentes con quemaduras”. El mismo plantea que las heridas por quemadura son un área significativa de investigación y concluyen que éstas amenazan la integridad tanto de la identidad física como la psicológica; como así también, existe una adaptación de la Imagen Corporal y que esta es influenciada por el género, el soporte social, la severidad de la quemadura y la etapa del desarrollo.

“La corporalidad en los trastornos de la alimentación” Rodríguez, Maritza y Gempeler, Juanita. Las autoras realizaron un estudio descriptivo no comparativo, en un grupo de 38 mujeres con trastornos de la alimentación, atendidas en Santa Fe de Bogotá por éstas, el cual explora la vivencia del cuerpo o corporalidad como entidad fenomenológica central.

Plantean la importancia de la corporalidad desde la perspectiva biológica, cognoscitivo-afectiva, sociocultural y psicosexual. Se exploró de manera sistemática la insatisfacción y/o distorsión de la Imagen Corporal es el problema psicopatológico principal y constituye un factor pronóstico importante, influenciado por la existencia de comorbilidad y la presencia de experiencias traumáticas tempranas, relacionadas con sobrepeso real o percibido, abuso y vivencias de abandono.

“Imagen Corporal y restricción alimentaria en adolescentes” Benedito Monleón. Perpiña Tordera. Botella Arbona. Baños Rivera. Los autores plantean que el progresivo incremento de los trastornos alimentarios sugiere la necesidad de comenzar los esfuerzos de educación para la salud en la infancia. La conducta restrictiva y la alteración de la imagen corporal son dos criterios fundamentales en el diagnóstico de los trastornos alimentarios.

El propósito del trabajo fue explorar en una muestra de 373 adolescentes las relaciones existentes entre sus esquemas acerca de la apariencia y actitudes restrictivas como la preocupación por el peso y la dieta.

Los instrumentos utilizados fueron el Inventario sobre los Esquemas acerca de la Apariencia y la Escala de Restricción.

Los resultados indicaron correlaciones significativas y positivas entre una excesiva valoración de la apariencia física y las conductas restrictivas. Los adolescentes mas jóvenes y los adolescentes restrictivos presentaron de forma significativa mas alteraciones en la imagen corporal que los adolescentes no restrictivos y que los adolescentes de mayor edad.

“Adaptación de la imagen de sí mismo en niños desfigurados por quemadura” Beard S.A., Rendón D. N., Desai M. La herida por quemadura masiva altera la apariencia física y la

habilidad funcional del niño. El cambio en el cuerpo exige una alteración concomitante de la imagen interna de sí mismo incluyendo sentimientos o aprecio por sí mismo. Se realizó un estudio longitudinal con seis niños en edad escolar primaria, el cual evaluó la adaptación a la desfiguración por quemadura.

Los resultados de los primeros cinco años y medio revelaron que inicialmente todos los niños mostraron una profunda regresión en el desarrollo, acompañada por fobias, pesadillas y otros síntomas. Dos años después la mitad de los niños retomaron al rango promedio de logros del desarrollo. Para el quinto año, cinco de los seis niños retornaron al nivel promedio de desarrollo de personalidad. El sexto niño progresó bien considerando los déficit cognitivos y emocionales antes de la herida por quemadura. Un factor primario que influyó la adaptación fue el rol del padre o de los padres.

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA:

- (1) FAUERBACH, James A. et al. Efectos de la insatisfacción de la imagen corporal temprana en posteriores ajustes psicológicos y físicos después de una lesión desfigurante. Department of Psychiatry, *Johns Hopkins Bayview Medical Center, Baltimore*. 14 de enero 2000. [PDF] DIC Mar del Plata (Hospital Privado de Comunidad). Journals @ Ovid <<http://www.dic.org.ar> > (Consulta: 20 de enero 2006).
- (2) TANTUTULA, Kimmo et al. Estado de salud después de la recuperación de una lesión por quemadura. *Departamento de Cirugía plástica, Unidad de quemados, Hospital Toolo, Helsinki, Finlandia*. 1 de noviembre 1997. [PDF] DIC Mar del Plata (Hospital Privado de Comunidad). Journals @ Ovid <<http://www.dic.org.ar> > (Consulta: 20 de enero 2006).

Páginas de internet:

- (3) <http://pubmed.gov> (Consulta: 16 de diciembre 2006)
- (4) <http://www.scielo.org> (Consulta: 16 de diciembre 2006)

FUNDAMENTACIÓN

Con esta investigación se pretende contribuir al desarrollo de cuestiones poco estudiadas desde nuestra disciplina con relación al tema de estudio, que permitirá ampliar la base del conocimiento en este ámbito y nos posibilitará en un futuro seguir allanando este camino poco recorrido desde la Terapia Ocupacional. Este trabajo tiene como intención aportar a la profesión el diseño de una ficha de evaluación que permitirá evaluar las variables que se pretenden medir.

TEMA:

La imagen corporal en pacientes pediátricos quemados.

PROBLEMA:

¿Cómo es la imagen corporal según la localización de la quemadura en niños de 6 a 11 años de edad, que concurren a la Sala de Terapia Ocupacional del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata, en los años 2004-2005?

MARCO TEORICO

QUEMADURAS

Se definen algunos aspectos que permitan una introducción a la temática de estudio. Una quemadura es una lesión física que ocasiona distintos grados de deterioro celular. Pueden ir desde un simple enrojecimiento hasta la destrucción completa de todas las capas y tejidos adyacentes. Al respecto es fundamental señalar que el daño provocado a la piel altera sus cinco funciones: termorregulación, protección, excreción, reservorio y función sensitiva. La intensidad de la misma va a determinar que exista o no un impacto psicológico que provoque una alteración de la autoestima, de la interacción con sus pares y de la imagen corporal. Si bien el estudio alude específicamente a la localización de las quemaduras, también parece adecuado definir extensión y profundidad de la lesión, a modo de no parcializar la conceptualización de quemadura. Se han definido tres criterios principales: *Extensión, Localización y Profundidad*. (6)

Extensión: Las quemaduras son tanto más graves cuanto más extensas son. En quemaduras pequeñas se puede calcular la superficie corporal quemada considerando que la superficie de la mano del niño representa un 1% del total. La extensión de la quemadura de los segmentos corporales en los niños varía de acuerdo a la edad. Por ejemplo, la cabeza de un recién nacido es muy desarrollada y su proporción disminuye progresivamente con la edad. Para calcular, en términos de porcentaje, la extensión de una quemadura se usa la regla de la palma y en los mayores de 9 años, la regla de los 9. Según la extensión, Benaim clasifica las quemaduras en:

"...- **Benignas:** menos del 10% de la superficie corporal quemada (SCQ)

- **Graves:** 10% al 33% de la SCQ.

- **Muy graves:** más del 33% de la SCQ.

- **Mortales:** más del 50% de la SCQ..."¹

Profundidad: las heridas por quemadura se clasifican en superficiales, de espesor parcial y de espesor total. **Superficiales:** estas heridas resultan de la exposición prolongada a calor de baja intensidad como por ej.: las quemaduras solares o por la exposición muy rápida a una fuente de calor intenso. Como consecuencia se produce eritema de la piel con edema. Existe irritación de las terminaciones nerviosas. Las heridas cicatrizan con rapidez sin dejar huella de cicatrización. **Quemaduras de espesor parcial:** se dividen a su vez en superficiales y profundas. Las primeras se producen por una exposición de mayor tiempo a la fuente calórica que implica mayor destrucción celular que las quemaduras superficiales simples. La capa basal no se destruye en su totalidad, existe eritema con formación de vesículas, se forma edema en la unión dermoepidérmica, al acumularse el líquido se separa la unión formando las vesículas. Existe irritación de las terminaciones nerviosas produciendo intenso dolor. La quemadura de espesor parcial profunda consiste en una lesión con alteración total de la epidermis y destrucción de la mayor parte de la capa basal. La herida se caracteriza con mayor frecuencia por la formación de escara y por la pérdida masiva de líquido. Un aspecto clínico importante es la pérdida de la barrera celular que protege contra los agentes bacterianos y sepsis de la herida. Está disminuida la sensibilidad por la destrucción de las terminaciones nerviosas en la capa basal de la piel. **Quemaduras**

¹ Pontificia Universidad Católica de Chile y COANIQUEN (Corporación de ayuda del niño quemado)

<http://www.uc.cl/sw_educ/ninoquemado/html/mod1/criterios.html> (Consulta: 3 de octubre 2005)

de espesor total: se destruye la epidermis junto con los apéndices dérmicos y las estructuras de apoyo, hay necrosis celular por coagulación y solo hay edema en sus bordes. Al igual que en la lesión anterior se forma una escara gruesa que permite la pérdida de líquido y no protege contra la infección bacteriana. Los resultados de esta cicatrización son la deformación por contractura y una cicatriz inestable. (1)

Localización: este es un concepto que se toma en cuenta para caracterizar el problema de estudio. Según la localización de la quemadura, existen áreas del cuerpo denominadas como zonas neutras, y otras como zonas especiales. Las **zonas neutras** son aquellas que tienen poco movimiento y en donde la retracción que sufre durante el proceso cicatrizal es menor y por lo tanto, la posibilidad de dejar secuelas funcionales se aleja. Las **zonas especiales** son fundamentalmente estéticas y funcionales (cara, cuello) o pliegues de flexión que tienen gran movilidad y capacidad de extensión (manos, codos, axila, hueco poplíteo, pies, entre otros) y aunque no son de compromiso vital, se consideran de suma gravedad. (7)

Cicatriz hipertrófica y queloide

La fase de remodelación de la cicatriz comienza aproximadamente tres semanas después de la lesión y se extiende durante seis meses a un año. Durante esta fase el contenido total de colágeno de la herida se estabiliza, pero la producción de éste es superior a lo normal. Para que la cantidad de colágeno en la herida se mantenga a un nivel constante, se debe producir simultáneamente la destrucción del mismo. La enzima responsable de la lisis del colágeno es la colagenasa. Hay factores patológicos que pueden incrementar la lisis, lo que produce la interrupción de la cicatrización o que pueden suprimir la lisis, lo que conduce a la formación de cicatrices queloides e hipertróficas. En este tipo de cicatrices se produce

un ordenamiento caótico de las fibras colágenas dentro de la herida durante la cicatrización.

Las cicatrices hipertróficas se caracterizan por su extensión elevada por encima del nivel de la piel, pero quedando siempre limitada al área de la herida.

El queloide en cambio se extiende más allá de los límites iniciales de la herida y crece infiltrándose en el tejido sano adyacente. Son cicatrices muy gruesas, frecuentemente rojas o más oscuras que la piel que las rodea. Suelen aparecer a los seis meses hasta un año después del episodio inductor. Los queloides pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero son más comunes en el tronco, lóbulos de orejas y hombro. Las complicaciones se presentan principalmente en las personas que tienen una tendencia hereditaria para formar cicatrices queloides.

Las contracturas y la hipertrofia de cicatrices representan las secuelas más importantes de las lesiones térmicas. Estas cicatrices pueden provocar a corto plazo una discapacidad funcional y/o estética, producida por la retracción o deformación de los tejidos vecinos a consecuencia del crecimiento del niño. Frecuentemente, el paciente presenta una apariencia satisfactoria al ser dado de alta; sin embargo, tres o cuatro semanas más tarde, se desarrolla una hipertrofia de la cicatriz que se vuelve progresivamente en una desfiguración, en cualquier parte del cuerpo. Las contracturas de las articulaciones no solamente son un problema durante la cicatrización, sino que representan un peligro constante a través del periodo recuperatorio por un mínimo de seis meses. (2) (3)

Injertos

Hay casos en que es necesario recurrir al uso de **injertos**, ya que si las heridas extensas cicatrizan por contracción, de acuerdo a su localización, pueden interferir con la amplitud de movimientos y/o comprometer aspectos estéticos. El injerto es necesario en aquellas

quemaduras que no cicatrizan en 21-28 días, mayores a 3 centímetros cuadrados o las que presenten tejido de granulación. Se realiza con piel tomada de un área no quemada del propio paciente para cubrir la herida, disminuyendo de este modo el riesgo de infección, la pérdida de líquidos y proteínas, y el deterioro funcional.

Los injertos en la cara y en las manos se aplican en forma de placa o lámina. En casi todas las otras áreas son expandidos, esto se realiza por dos motivos: se puede utilizar para un área mayor y permite el drenaje alrededor o a través del injerto. Las expansiones se utilizan cuando las zonas donantes son escasas y para reducir al mínimo la morbilidad en el sitio donador. Las mismas pueden realizarse mediante la técnica de malla o de estampilla postal. El área donante tiene importancia a los efectos de este estudio, tomando en cuenta que aumenta la superficie corporal lesionada. (4)

Proceso de Internación

El proceso de internación es una situación estresante para cualquier persona sea cual fuere la patología que presenta. Se ingresa a un ambiente nuevo donde el paciente experimenta una disminución de los estímulos ambientales o privación sensorial, conllevando a respuestas cognitivas y psicomotoras lentas. La internación en pacientes pediátricos puede ser una experiencia traumática para el niño, el entorno es desconocido, con horarios preestablecidos diferentes, visitas restringidas, personas desconocidas para él, y todos los procedimientos médicos y paramédicos necesarios para su curación.

A partir del episodio de una lesión por quemadura el niño se vuelve más vulnerable y el periodo de internación dependerá del compromiso que provoque la misma, puede ser transitorio o prolongado según la profundidad y extensión de las quemaduras y el cuadro

general del niño. Muchas veces debido a la gravedad de la lesión el paciente debe recibir injertos y sucesivas internaciones para las cirugías, donde la piel sana de su propio cuerpo es la donante para el injerto. Todo esto genera un impacto físico que conlleva dolor ya sea por las curaciones de las heridas, la hidroterapia (que es el lavado de las heridas en bañeras de acero) y las posibles cirugías que requiera el niño. El sedentarismo que provoca la inmovilización prolongada y los vendajes traen aparejadas limitaciones en los arcos de movimiento articulares, disminución de la fuerza muscular y alteraciones en la sensibilidad (hiper o hiposensibilidad). Esta situación descrita precipita un impacto en el niño: angustia, temor, desconfianza, intranquilidad. Otros aspectos negativos de la internación son la separación de sus seres queridos, la invasión a su cuerpo y el contacto con los diferentes profesionales que son personas extrañas para el niño.

El paciente pediátrico que requiere una hospitalización prolongada sufre una disminución de los estímulos ambientales a los que está habituado a diario, pero a la vez existe un bombardeo sensorial, es decir, impactan en todos sus sentidos nuevos estímulos auditivos, visuales, olfatorios, cenestésicos, propioceptivos y táctiles, que contribuyen a marcar la realidad de la hospitalización que lo lleva a adoptar un rol más pasivo que activo.

Teniendo en cuenta todo lo anterior mencionado es así como a partir de la internación se produce un corte transversal en la vida del niño que compromete su desarrollo e independencia en las actividades de la vida diaria.

Epidemiología

Se entiende por epidemiología “a la ciencia encargada del estudio de los aspectos ecológicos que condicionan los fenómenos de salud y enfermedad en los grupos humanos

a fin de establecer sus causas, mecanismos de producción y los procedimientos tendientes a conservar, incrementar y restaurar la salud individual y colectiva...”² Se aplica a la descripción de los fenómenos de salud, a la explicación de su origen y a la investigación de los métodos de intervención más eficaces. Es decir, un análisis epidemiológico estudia la comunidad y su interrelación ecológica con el medio ambiente, detectando el evento de sus consecuencias en el contexto donde se desarrollan. En este caso es pertinente explicar como y por que causas se produce una lesión por quemadura y las consecuencias que ello implica en el niño y su familia.

Este método epidemiológico consta de una fase descriptiva y otra analítica que están interrelacionadas. La primera, descriptiva, que corresponde a la observación, busca tipificar el fenómeno epidemiológico describiéndolo en base a las frecuencias relativas de una serie de variables, que constituyen sus caracteres relevantes a factores de riesgo (en cuanto a tiempo, lugar y circunstancias). Una vez caracterizado el fenómeno se está en condiciones de emitir una opinión fundada sobre sus posibles hipótesis, que generalmente implica una relación probabilística entre factor de riesgo y efecto.

El perfil epidemiológico que identifica a nuestra población teniendo en cuenta la fase descriptiva, presenta características socio ambientales particulares caracterizadas por familias de escasos recursos socio económicos, donde el ingreso familiar insuficiente y los espacios habitacionales inadecuados a las necesidades básicas favorecen la ocurrencia de

² Prevención de accidentes y lesiones. Organización Panamericana de la Salud. Cáp. 2. Nueva York, Oficina Sanitaria Panamericana. 1ª edición 1993.

este tipo de accidente. Los posibles factores de riesgo que determinan el evento del accidente se relacionan directamente con la falta de seguridad para el niño que presentan la mayoría de los hogares (estufas, velas encendidas, braseros, agua u otros líquidos calientes a su alcance), acompañada muchas veces de familias numerosas con una menor vigilancia o supervisión de los niños, contexto no siempre favorable que origina este tipo de accidentes.

Si realizamos un análisis socioeconómico de la población de estudio comprenderemos la difícil situación que atraviesan estas personas, y si le sumamos a ello los factores de riesgo antes mencionados se encuentra fácilmente la fórmula que promueve este tipo de accidentes y que complica la realidad en la vida de estas familias.

E.A. Suchman, en su análisis conceptual de los accidentes, introduce el modelo epidemiológico, diciendo que “...*los accidentes no parecen ocurrir al azar...*”

Repercusión Psicológica y Familia

Es de destacar la repercusión psicológica que sufren los niños quemados. *La magnitud de la respuesta emocional al estrés está estrechamente relacionada con la superficie total comprometida.* En niños con lesiones extensas puede existir un complejo de inferioridad, alejamiento social u otros síntomas emocionales.

Este tipo de lesiones-accidentes se encuadran en concordancia con un perfil epidemiológico caracterizado por familias de escasos recursos socio económicos. El ingreso familiar insuficiente y los espacios habitacionales inadecuados a las necesidades básicas favorecen la ocurrencia de este tipo de accidente. Según los datos provistos por los informantes claves, se puede estimar que en la mayoría de los casos de lesiones por

quemaduras, se reitera un patrón más o menos similar en cuanto a los aspectos emocionales y conductuales en la familia. Todo traumatismo genera una reacción emocional intensa en los adultos responsables del niño, no sólo por la lesión y dolor manifestado por el menor, sino por la responsabilidad del adulto frente al suceso. "...La familia vive esta experiencia como una situación de crisis, con desorganización, confusión y fuertes sentimientos de angustia y culpa. Todo esto produce una desestabilización del equilibrio que mantenía la familia y pueden surgir conflictos internos entre la pareja o con el entorno..."³

Este estado emocional inicial de los adultos, disminuye la eficiencia de los padres para servir de apoyo y comprender las primeras indicaciones de tratamiento.

"...Se observa la tendencia a la sobreprotección y permisividad en la mayoría de los casos y en ocasiones, en el polo opuesto, se observan respuestas de negación y abandono hacia este niño...."⁴ Estas actitudes y conductas se reiteran en la mayoría de las familias, inicialmente, pero no todas persisten en la misma situación, sino que también pueden brindar contención y apoyo a su hijo, favoreciendo el tratamiento y logrando un re-equilibrio, permitiendo una adecuada adaptación al entorno. Es necesario valorar completamente la dinámica familiar y sus habilidades para hacer frente a los problemas, siendo importante el apoyo a la familia.

(6) (1)

Se referirá posteriormente, al tratamiento que se implementa con los niños quemados, y el abordaje desde Terapia Ocupacional. Teniendo en cuenta los aspectos mencionados que alterarán las conductas y emociones del niño y de su familia, sin olvidar que la imagen

³ Pontificia Universidad Católica de Chile y COANIQUEN (Corporación de ayuda del niño quemado)

< http://www.uc.cl/sw_educ/ninoquemado/html/mod2/sicologico/html > (10 de octubre 2005)

⁴ http://www.uc.cl/sw_educ/ninoquemado/html/mod2/sicologico/html (10 octubre 2005)

corporal es un constructo multidimensional que se conforma, entre otras cosas, por los aspectos emocionales y conductuales de ese niño, los cuales a su vez están determinados por el entorno familiar con que interactúa.

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA

- (1) ACHAUER, Bruce. Atención del paciente quemado. Capítulos 2 y 13. México: Editorial Manual moderno, 1991.
- (2) MORAN, Christine A. Fisioterapia de la mano. Capítulo 1. Barcelona: Ed. J.I.M.S, 1990.
- (3) PIANAROLI, Dora. La Cicatriz Hipertrófica - Programa de Rehabilitación en mano. En: Segundo Simposio Argentino de Terapia Ocupacional Pediátrico. Año 2000.
- (4) SALISBURY, R. et. al. Manual de Tratamiento en las quemaduras. Un planteamiento interdisciplinario. Capítulos. 4 y 9. Barcelona: Salvat Editores S.A., 1986.
- (5) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Prevención de accidentes y lesiones. Cáp. 2. Nueva York, Oficina Sanitaria Panamericana. 1º edición 1993.

Páginas de Internet:

- (6) Pontificia Universidad Católica de Chile y COANIQUEN. Corporación de ayuda del niño quemado
<http://www.uc.cl/sw_educ/ninoquemado/html/mod1/criterios.html> (Consulta: 3 de octubre 2005)
- (7) Pontificia Universidad Católica de Chile y COANIQUEN. Corporación de ayuda del niño quemado< http://www.uc.cl/sw_educ/ninoquemado/html/mod2/social/html> (Consulta: 10 de octubre 2005)

IMAGEN CORPORAL

Al comenzar la búsqueda de una definición del término de imagen corporal se encuentra la existencia de múltiples expresiones que son conceptualmente similares o, incluso, iguales. Por ejemplo: Imagen Corporal, Esquema Corporal, Satisfacción Corporal, Estima Corporal y Apariencia Corporal; y dentro de las alteraciones se habla de: Trastorno de la Imagen Corporal, Alteración de la Imagen Corporal, Insatisfacción Corporal, Dismorfía Corporal o Distorsión Perceptiva Corporal.

El concepto **Imagen Corporal** es un constructo teórico utilizado en diferentes ámbitos como psicología, psiquiatría, medicina en general o incluso la sociología. El mismo fue evolucionando a lo largo del tiempo. Henry Head y Gordon Holmes (1920) hablaron de modelo postural, esta descripción se basa en la información a nivel cortical de nuestro propio cuerpo. Proponían que cada individuo construye un modelo o imagen de sí mismo. Posteriormente, Schilder (1931) en su introducción a la imagen y apariencia del cuerpo humano remarcó que... "la imagen corporal es la representación mental de nuestro propio cuerpo"...⁵

Es la primera definición que se realiza sin recurrir a aspectos exclusivamente neurológicos. Este mismo autor afirma en 1950 que... "la imagen del cuerpo es la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en que nuestro cuerpo se nos presenta a nosotros mismos"...

Las definiciones actuales toman una serie de definiciones de imagen corporal y términos

⁵ SCHILDER, Paul. Imagen y apariencia del cuerpo humano. P.15. Bs. As. Paidós, 1958.

similares. Pero el uso de estas y otras expresiones depende de la formación teórica de cada investigador o del aspecto concreto de la imagen corporal que se va a investigar.

Diversos autores creen que para conseguir una adecuada definición de imagen corporal y lograr precisión del término, se debe tener en cuenta que se está frente a un término multidimensional y sólo refiriéndose a todos los aspectos que la componen se puede intuir a qué nos referimos.

Las concepciones más recientes si bien definen a la imagen corporal como la representación interna del cuerpo, hacen referencia a una serie de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. De acuerdo con Rosen la imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Es decir, se contemplan aspectos perceptivos, aspectos subjetivos (como insatisfacción, preocupación, ansiedad) y aspectos conductuales.

Prieznsky y Cash (1990) proponen que existen varias imágenes corporales interrelacionadas:

- ***Una imagen perceptual.*** Se referiría a los aspectos perceptivos con respecto a nuestro cuerpo, incluiría información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.
- ***Una imagen cognitiva,*** que incluye pensamientos, auto-mensajes, valoraciones y creencias sobre nuestro cuerpo.
- ***Una imagen emocional,*** que incluye nuestros sentimientos sobre el grado de satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.

De acuerdo con estos autores, la imagen corporal es un elemento subjetivo que muchas veces no coincide con la realidad. Este concepto de imagen corporal tiene las siguientes

características:

- 1) Es un concepto multifacético
- 2) Está interrelacionada por los sentimientos de autoconciencia. "Como experimentamos nuestro cuerpo se relaciona significativamente a cómo nos percibimos nosotros mismos"
- 3) Está socialmente determinada. Desde que se nace existen influencias sociales que matizan la auto-percepción del cuerpo.
- 4) No es fija o estática, más bien es un concepto dinámico que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, etc.
- 5) Influye en el procesamiento de información, la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en que sentimos y pensamos sobre nuestro cuerpo.

Thompson (1990) amplía el término de imagen corporal, además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales, ya mencionados, incluiría un componente conductual que se fundamentaría en que conductas tienen origen en la consideración de la forma del cuerpo y el grado de satisfacción con él. Por ejemplo usar ropas que simulen ciertas partes del cuerpo o evitar situaciones donde se vea el cuerpo desnudo. Este componente se refiere a las conductas desencadenadas por la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados (por ejemplo: conductas de evitación de situaciones en las que se tenga que exponer el cuerpo, vestir ropa que oculten ciertas partes, compararse con otros)

La imagen nunca coincide totalmente con el cuerpo real. La podemos encontrar más próxima o más distante de él y va variando dinámicamente de acuerdo a los valores, afectos y a las distintas experiencias de vida de cada uno.

R. M. Raich propone una definición integradora de imagen corporal a la cual adherimos: "la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos

de todo el cuerpo y cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y sentimientos que experimentamos" (Raich, 2000). Y más resumidamente "la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación con su propio cuerpo" (Raich, Torras y Figueras, 1996). (7)

Factores que influyen en la formación de la imagen corporal.

La formación de la imagen corporal es un proceso dinámico, en el que el cambio de uno de los factores que la componen altera los demás. A lo largo de la vida esta imagen puede ir cambiando hacia una mayor aceptación, o al contrario, hacia un rechazo total. El resultado final dependerá de la interacción de los siguientes factores:

a. *El propio cuerpo:* Se refiere a todos los datos *objetivos* posibles con los que se puede describir un cuerpo, así como al aspecto funcional de los mismos (que los órganos funcionen correctamente y que el cuerpo esté sano).

b. *La percepción del cuerpo:* En la formación de la imagen corporal tiene especial relevancia los aspectos a los que se presta una especial atención y los que se omiten. De modo que seleccionando los aspectos positivos del cuerpo probablemente se creará una imagen positiva y, por el contrario, si tan sólo se perciben los aspectos negativos la imagen no será satisfactoria. Funciona como un círculo vicioso, las personas con una mala imagen de sí mismas percibirán más los aspectos negativos, y las que tienen una mejor imagen corporal percibirán más los positivos.

c. *Pensamientos sobre el cuerpo:* Hace referencia a las actitudes, creencias e ideas sobre

el propio cuerpo. Se puede limitar a los datos objetivos (“No tengo cabello en la cabeza”) o a juicios de valor (“Como tengo cicatrices en mi cara, nadie me va a querer”). Muchos de estos pensamientos pueden ser erróneos (“Como tengo quemaduras, nadie quiere ser mi amigo”) y será necesario corregirlos para sentirse mejor con uno mismo.

d. *Emociones en relación con el cuerpo:* Si la percepción y los pensamientos que se tienen sobre uno mismo son erróneos puede dar lugar a emociones perturbadoras. Así se pueden sentir síntomas de ansiedad al encontrarse con otras personas, de disgusto por el aspecto del cuerpo o de alguna de sus partes. Es necesario identificar estas emociones para poder hacerles frente.

e. *Comportamientos con relación al cuerpo:* si la percepción, los pensamientos y el estado de ánimo respecto al cuerpo son incorrectos, probablemente los comportamientos también lo serán. Las personas muy preocupadas por su aspecto físico evitan situaciones e intentan ocultar su cuerpo. Esta evitación refuerza la imagen negativa que se tiene de uno mismo, en el caso de los niños esta situación se puede trasladar al futuro si persiste. (8)

De acuerdo a lo expuesto anteriormente se definen los aspectos conductuales y emocionales de la imagen corporal de la siguiente manera:

- El aspecto conductual se refiere a las acciones/conductas que presenta el niño derivadas de la percepción de su cuerpo y de los sentimientos y pensamientos sobre si mismo. Por ejemplo una persona con una cicatriz producto de una quemadura si tiene pensamientos y/o sentimientos negativos sobre su aspecto probablemente intente ocultar la lesión.
- El aspecto emocional se refiere a los sentimientos/emociones dependientes de la

valoración que hace el sujeto de su cuerpo. Esta valoración esta determinada en función de la percepción de su cuerpo y los pensamientos sobre si mismo. Por ejemplo un niño que valora negativamente un área corporal quemada puede experimentar ansiedad en situaciones en las que tenga que exponer la lesión.

En esta investigación se expandió la mirada sobre las conductas y emociones del niño evaluando un rango más amplio de los mismos, tomando en cuenta que los informantes claves destacaron que observaban muchos de ellos en este tipo de pacientes, a saber, aparecían en mayor o menor medida en los niños ansiedad y disgusto; conceptos que se incluyeron como aspectos emocionales. Asimismo otros comportamientos/conductas que se reiteraban en dichos pacientes eran el rechazo al tratamiento, el aislamiento, la negación u ocultamiento de la quemadura, la agresión y una disminución de las actividades del niño (hipobulia), estas nociones fueron incluidas en el presente trabajo como aspectos conductuales. Se indagó sobre estas emociones y comportamientos o conductas del niño, que pudieron haber surgido a partir del episodio de la quemadura, ya que todos estos factores influyen en la formación de la imagen corporal.

En tanto los factores perceptivos y de pensamiento sobre el cuerpo que influyen en la formación de la imagen corporal, serán evaluados mediante el dibujo de la figura humana.

La elección del **Dibujo de Figura Humana** como instrumento de evaluación para esta investigación fue determinada por una parte en función de los conocimientos adquiridos en la formación académica y por otro lado por la revisión de bibliografía afin al tema. No obstante, el informante clave de acuerdo a su experiencia en el campo pediátrico, nos orientó respecto a la reformulación de una serie de preguntas que acompañan al Dibujo de la Figura Humana y al encuadre en la situación de evaluación. Las preguntas que se

plantean al niño en relación a la figura dibujada permiten establecer más datos sobre la imagen del cuerpo, proporcionando información de la percepción de sí mismo y de los pensamientos positivos o negativos que el niño tiene en relación a su cuerpo.

Al realizar la búsqueda bibliográfica se observó la premisa de que en los dibujos se proyecta la propia imagen corporal. Esta cuestión fue estudiada por Kolkoy y Goodman, quienes realizaron una comparación de dibujos de mujeres obesas con dibujos de un grupo control de mujeres no obesas y en casi todos los casos observaron que en las mujeres con sobrepeso las representaciones gráficas eran más grandes que las del grupo control. Es decir que por medio del Dibujo de Figura Humana se proyectan las características físicas del sujeto. También se vuelcan sobre el dibujo aspectos psicológicos, pero estos no van a ser motivo de análisis en esta investigación. (3)

En función de la premisa mencionada anteriormente decidimos utilizar el Dibujo de Figura Humana para observar como es la imagen corporal en los niños que sufrieron quemaduras. Se tomó como referencia información respecto al tema y los test de Figura Humana de Machover, Koppitz, Hammer, Romano, no obstante, se los adaptó a nuestras necesidades de acuerdo a la orientación dada por la informante clave.

En las expresiones gráficas se debe considerar la estructura y el contenido. La fase estructural o expresiva incluye el tamaño, la presión, la calidad de la línea, la simetría, sombreado, reforzamiento, proporciones, detalles y el borrado. En cambio para el análisis del contenido se debe tener en cuenta aspectos como la postura de las figuras, la expresión facial, las distintas partes del cuerpo con la ropa y accesorios en la persona, entre otros. Pero el contenido de la expresión gráfica no va a ser considerado en este trabajo. Se cree conveniente el análisis del aspecto expresivo del dibujo, ya que dicho análisis puede llevar a determinar si ciertas características corporales como son las lesiones por quemadura se

vuelcan sobre el dibujo del niño. Esto se ha visto reflejado en trabajos de varios autores. Por ejemplo Meyer, Brown y Levine indicaron a niños realizar dibujos antes y después de intervenciones quirúrgicas (amputaciones, operaciones de oído, pérdida de un ojo) y observaron que el sitio de la operación se reflejaba en los dibujos por un sombreado excesivo, por borraduras, presión y líneas temblorosas o porque se evitaba el área. Machover trabajó entre otros aspectos la tesis de la proyección gráfica a través del estudio de dibujos de niños con impedimentos sensoriales o físicos. Por ejemplo, observó que una persona con una leve secuela de polio, funcionalmente insignificante, realizó un dibujo en el cual reforzaba la línea correspondiente al tobillo afectado. El mismo autor plantea que la imagen corporal puede ser alterada por lesiones como así también por otras cuestiones tales como tatuajes, cosmética y vestimenta. Establece un concepto plástico de la imagen corporal en cuanto ésta puede modificarse por la acción de traumas, enfermedades, regresiones emocionales y tratamientos. Bender encontró que niños proyectaban sus defectos corporales en los dibujos de una persona. Un niño que tenía una pierna mas corta que la otra siempre dibujaba una persona con el mismo defecto. (3)(5)

Tomando a autores como Hammer, Romano, Machover y Koppitz y de acuerdo a la orientación brindada por la informante clave, concluimos que los aspectos a tener en cuenta al momento de analizar el Dibujo de la Figura Humana son:

- Presión: la cual admite varios grados de intensidad, pero sin llegar a grados extremos, ni muy fuerte, ni tan débil que apenas sea visible.
- Ubicación del área lesionada (simetría): en general los dibujos no muestran una simetría bilateral perfecta, pero se debe tener en cuenta las asimetrías exageradas que implican un evidente desfasaje en la ubicación de áreas del cuerpo como brazos, piernas, ojos.

- Tamaño: las diferentes partes que componen la expresión gráfica deben ser proporcionadas, debe considerarse cualquier aumento o disminución de tamaño de cualquier segmento o área corporal.
- Ausencia: las figuras se suelen representar completas, pero pueden existir omisiones de cualquier segmento o área corporal o éstas se pueden ver afectados por simplificaciones, es decir, son representadas por un rasgo descuidado, por ejemplo: una sola línea representa un pie o una mano.
- Sombreado: el niño puede recurrir a realizar una línea a trazos breves pero sin llegar a un remarcado de la misma.

A continuación se hará referencia a la evolución del Dibujo de Figura Humana según Koppitz, Gesell y Celener.

Gesell plantea que a los tres años generalmente el niño responde al pedido de un adulto para dibujar una persona. Se puede limitar a dibujar una o varias líneas verticales o uno o más círculos; en otras ocasiones dibuja un círculo con apéndice o realiza una representación tosca de una cara o incluso traza unos cuantos garabatos y dice que eso es un hombre. A esta edad por lo general no hay diferenciación de las partes. El tamaño del dibujo es variable y extremo. Los trazos pueden ser casi diminutos o pueden llegar a abarcar todo el largo y ancho del papel. En cambio a los cuatro años, el dibujo de un hombre comienza a adquirir forma definida. En este momento dibujan la cabeza en la cual suelen incluir los ojos, es frecuente que también incluyan otros rasgos faciales. A esta edad más de la mitad de los niños le dibujan al hombre las piernas o los pies. El dibujo suele tener una orientación normal o puede estar graficado transversalmente o al revés. El niño es muy variable en cuanto a sus creaciones, no tiene una fórmula fija, es decir que va modificando sus dibujos en las sucesivas repeticiones. También a esta edad los dibujos son variables en

tamaño y por lo común la longitud del hombre es igual a dos veces y medio su ancho.

Koppitz a cada aspecto del Dibujo de la Figura Humana (cabeza, ojos, pupilas y demás) los llama ítems evolutivos y establece que la presencia de estos se relaciona primordialmente con la edad y maduración del niño y no con su aptitud artística, aprendizaje escolar, la consigna dada o el instrumento de dibujo empleado. Habla de ítems “esperados” que son los que se presentan en la mayoría de los niños de una edad determinada (mas del 85 %), ítems “comunes” que se dan en el 51 al 85 % de los dibujos de figura humana y los ítems “bastante comunes” que se presentan en menos de la mitad de los dibujos de los niños (16 a 51 %).

Por otra parte plantea que los dibujos de las niñas en los primeros años son superiores a los de los varones, pero estas diferencias entre los sexos disminuyen gradualmente y alrededor de los ocho a nueve años, los varones además de alcanzar a las niñas las superan en calidad y detalles del dibujo.

A los cinco años según Koppitz, los niños incluyen en sus dibujos cinco ítems básicos: cabeza, nariz, boca, cuerpo y piernas. Suele ser común la inclusión de brazos, pies, dedos y cabello. No es inusual piernas y brazos bidimensionales, brazos hacia abajo, cuello, manos, orejas y cejas.

Gesell establece que a los cinco años se puede afirmar que el niño dibuja un hombre. El dibujo posee boca, nariz, ojos, cuerpo, brazos, piernas y pie. Prendas de vestir tales como sombrero, pantalones o botones no aparecen con tanta frecuencia. La orientación del dibujo al revés (de abajo arriba) o atravesada es rara. Algunos niños dibujan piernas bidimensionales. El hombre dibujado a los cinco años es más pequeño que el de los cuatro años. Es la mitad de largo y las tres cuartas partes de ancho, pero la relación entre longitud y ancho sigue siendo como a los cuatro años.

De acuerdo a Koppitz los niños de seis años dibujan los brazos además de la cabeza, ojos, nariz, boca, cuerpo y piernas. También son comunes los pies, dedos, cabello y dos dimensiones en brazos y piernas. Son bastantes frecuentes los brazos hacia abajo, cuello, manos, orejas, cejas, pupilas, pies bidimensionales y número correcto de dedos. Una o dos prendas es común.

En el mismo segmento de edad según Gesell, el dibujo de un hombre tiene cuello, manos en los extremos de los brazos y está vestido con sombrero y pantalones. Las piernas son más consistentes, dado que las piernas ahora son bidimensionales y ya no simples barrotos. Por otra parte, el hombre es cuatro veces mas largo que ancho.

Koppitz establece que los niños de siete años incluyen entre los ítems esperados de sus dibujos de figura humana la cabeza, ojos, boca, nariz, cuerpo, piernas, brazos, pies y dos dimensiones en los brazos. Comúnmente se observa piernas bidimensionales, cabello, brazos hacia abajo, cuello y dedos. No es raro encontrar manos, orejas, cejas, pupilas, pies bidimensionales, número correcto de dedos, brazos unidos a la altura del hombro y buena proporción.

A los ocho años se puede esperar que incluyan en sus dibujos de figura humana la cabeza, ojos, boca, cuerpo, piernas, brazos, pies y dos dimensiones en brazos y piernas. Es común que dibujen el cabello, brazos hacia abajo, cuello, dedos y manos. Son bastante comunes los pies bidimensionales, cejas, pupilas, orejas, numero correcto de dedos, brazos unidos al hombro, buena proporción y perfil.

Los niños de nueve años presentan los mismos diez primeros ítems de los niños de ocho años. Comúnmente incluyen cabello, brazos hacia abajo, cuello, dedos, manos, orejas, pupilas, pies bidimensionales y brazos unidos al hombro. El número correcto de dedos, cejas, buena proporción y dibujo de perfil son bastante comunes.

A los diez años se espera que dibujen cabeza, ojos, nariz, boca, piernas, brazos, pies, brazos y piernas bidimensionales, cabello, brazos hacia abajo y cuello. Suele ser común que dibujen dedos, manos, orejas, pupilas, caxas y brazos unidos al hombro. La presencia de número correcto de dedos, buena proporción, perfil, fosas nasales y codos es bastante común.

Para los niños de once años es esperable que dibujen los mismos primeros trece ítems que los niños de diez años. Los ítems comunes incluyen dedos, manos, orejas, pupilas, pies bidimensionales, brazos unidos a los hombros, cejas y número correcto de dedos. Los ítems bastante comunes son buenas proporciones, perfil, fosas nasales, codos y dos labios.

Los dibujos de los niños de doce años no difieren mucho de los de diez y once años y básicamente comprenden los mismos ítems.

Celener destaca ciertos aspectos diferentes, plantea que a los seis años los objetos dibujados son más fieles a la realidad, la mayor capacidad de diferenciación y discriminación le permiten realizar gráficos más complejos (diferencia a varones y mujeres por la vestimenta, el cabello y demás) Con la disminución del egocentrismo propio de edades anteriores, la disminución en el tamaño de la figura deja espacio para incluir otros objetos y paisajes. Otro elemento que aparece en el Dibujo de la Figura Humana es el dibujo del cuello. A esta edad las figuras son realizadas en general en la parte inferior e izquierda de la hoja con una línea de suelo debajo de la misma.

A los siete años hay una mayor diferenciación sexual de las figura, tanto por la ropa como por las características físicas (hombres musculosos, mujeres con cabello largo y vestidos) Se acentúa la diferenciación del tronco y extremidades, generalmente dibuja un cinto o una línea que separa los pantalones. Mejora la proporcionalidad como los detalles del rostro, manos, orejas, cabello. Las figuras humanas suelen estar insertas en un escenario.

A los ocho-nueve años los dibujos suelen representar a personas en un rol social determinado o como parte de una historia que el niño imagina previo o construye durante su dibujo. Así aparece la figura en acción. El movimiento en general se desprende de los elementos que rodean al personaje como una pelota, pala, escoba o similares, como también los brazos extendidos.

A los diez años existe el interés por la acción continua como un tema importante: los héroes vuelan, pelean, etc. El logro del perfil le da más plasticidad a la figura y acentúa el movimiento.

A los once años se logra un mayor realismo de las figuras (tratamiento del cuerpo como brazo y antebrazo, rodilla, prendas de vestir parecidas a las de uso habitual) lo que pone de manifiesto una mayor capacidad de percepción y una mejora en la motricidad fina. Los dibujos aumentan de tamaño como denotando una mayor importancia en el contexto. A diferencia de años anteriores los héroes dibujados son extraídos de la realidad, como jugadores de fútbol, tenis u otros.

Entre los once y catorce años los cambios de la pubertad centran el interés en el cuerpo evidenciándose en el dibujo. Los varones dibujan hombres con hombros más anchos, atributos masculinos en el rostro. Los adolescentes grafican mujeres con busto y ensanchamiento de caderas, con vestimenta adulta y rasgos marcados como labios y pestañas. El emplazamiento es central y el tamaño tiende a ser tres cuartos de la hoja lo que se mantiene hasta la adultez. Algunos logros de esta edad son: figura-fondo, proporcionalidad y perspectiva, manejo de luces y sombras, movimiento, interés por el cuerpo, detallismo, abstracción y uso de simbolismo. (2) (4)

Consideramos como punto de partida los seis años de edad para la realización de los Dibujos de Figura Humana, en primer lugar por la evolución en las características del dibujo de los niños mayores de seis años según lo refieren los autores citados y por el desarrollo alcanzado a partir de dicha edad, teniendo en cuenta además que entre los seis y once años los niños cursan la etapa escolar con todas las posibilidades de progreso en su desarrollo que la misma implica. De acuerdo a lo expuesto anteriormente, a esta edad se puede visualizar una figura humana con gran cantidad de detalles (el niño incluye en sus dibujos la cabeza, los ojos, la boca, la nariz, el cuerpo, los brazos, las manos, las piernas, los pies y dos prendas de vestir), hay una diferenciación e integración de estas partes, también comienza a evidenciarse gradualmente una adecuada proporcionalidad de las mismas y una correcta orientación de las partes unas respecto de las otras y de la figura respecto al papel.

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA

- (1) DE QUIROS, Julio y SCHRAGER, Orlando. Lenguaje, Aprendizaje y Psicomotricidad. p.16. Buenos Aires: Panamericana, 1997.
- (2) GESELL, Arnold. Psicología Evolutiva de 1 a 16 años. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1968.
- (3) HAMMER, Emanuel F. Tests Proyectivos Gráficos. cap 1 y 3. Bs. As - Barcelona Editorial Paidós, 1982.
- (4) KOPPITZ, Elizabeth M. El Dibujo de la Figura Humana en los niños. Buenos Aires: Editorial Guadalupe, 1976.
- (5) PORTUONDO, Juan A. La Figura Humana - Test proyectivo de Karen Machover. ; Pág. 10-13 Madrid: Editorial Bibliotecas Nuevas S.L., 1997.
- (6) SCHILDER, Paúl. Imagen y apariencia del cuerpo humano. p.15. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1958.

Páginas de Internet:

- (7) www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_avensa.htm (Consulta 20 de marzo 2006)
- (8) www.umh.es/cpa/Libro/Capitulos/capitulo%204%20Taller%20de%20imagen%20corporal%20y%20alimentación.doc (Consulta 5 de febrero 2007)

ABORDAJE DE TERAPIA OCUPACIONAL DEL NIÑO QUEMADO

..." La Terapia Ocupacional, fundamentada tanto en la medicina física como en la psicosocial, recurre a diversos tipos de tratamiento para devolver a los pacientes quemados la capacidad máxima para su vida independiente"... ⁶

Cuando nos referimos al tipo de tratamiento que vamos a realizar, este debe ser considerado desde un enfoque **holístico**, debido a que hay que tener en cuenta el estado físico del niño, como también la afectación psicológica que acarrea dicho trastorno. Teniendo en cuenta, su entorno familiar, social, estilo de vida previa, facilitándole así una adecuada adaptación física y emocional al medio ambiente.

La rehabilitación se inicia el día de la lesión y puede continuar varios años. Desde el primer momento, la Terapia Ocupacional, es parte del grupo de tratamiento. La valoración inicial del paciente quemado, por el terapeuta, debe incluir la siguiente información para planificar el tratamiento inmediato:

- ..."localización y profundidad de la quemadura
- agente productor de la quemadura
- grado y localización del edema
- amplitud articular de los movimientos
- fuerza muscular
- sensibilidad

⁶ SALISBURY, R. et al. Manual de Tratamiento en las quemaduras. Un planteamiento interdisciplinario. Cáp.11- P. 187
Barcelona: Salvat Editores S.A., 1986.

- grado de independencia en las actividades de la vida diaria
- componentes psicológicos
- nivel socio-cultural "...⁷

La intervención desde Terapia Ocupacional, dependerá del estado-periodo en que se encuentre la quemadura, si bien hay lineamientos generales a tener en cuenta, garantizando la respuesta óptima del paciente a la rehabilitación. Los *períodos* se dividen en las primeras 72 horas o período de alarma, en el período agudo que va desde el cuarto al séptimo día después de la quemadura y en el período de rehabilitación que va desde la segunda semana hasta el final del tratamiento. Para cada etapa, se utilizarán técnicas de evaluación específicas, obteniendo datos que nos permitirán formular objetivos a corto y largo plazo estableciendo así el plan de tratamiento.

Evaluación y Tratamiento

En un primer momento en la *evaluación*, el terapeuta ocupacional medirá el edema, la amplitud articular, la fuerza muscular, la sensibilidad y la independencia en los cuidados personales. En el segundo período seguirá evaluando y monitoreando estos aspectos, el estado mental y la motivación del paciente. A partir de la segunda semana las re-evaluaciones se vuelven más formales y se incluyen en ellas la goniometría, el uso de

⁷ PIANAROLI Dora. Terapia Ocupacional en el Tratamiento del Niño Gran Quemado. En: Segundo Congreso Argentino y I Conferencia Internacional de Quemaduras. Rosario, Santa Fe, Argentina, 1997. Mar del Plata, Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Sala de Terapia Ocupacional, 1997.

dinamómetro, evaluación de la coordinación, pruebas musculares y sensitivas y otros tipos de pruebas estandarizadas y no estandarizadas para monitorear la evolución.

El **tratamiento** constará desde un principio de terapia posicional, según la localización y profundidad de las quemaduras para reducir el edema y prevenir las retracciones. El uso de férulas permitirá inmovilizar los segmentos comprometidos y posicionar adecuadamente. Ejercicios activos para reducir el edema y la rigidez articular. Control de la cicatriz a través de la observación (del color y tamaño) y la palpación de la misma. En una segunda instancia se continúa con la terapia posicional, férulas y ejercicios sobre la amplitud de movimientos (activos y pasivos). A los niños se les puede ofrecer durante su hospitalización una actividad terapéutica en la que se incorporen hitos del desarrollo y habilidades apropiadas para su edad. Cuidados personales: se realizan adaptaciones si fuese necesario. Comunicación del estado del paciente con el equipo médico. En la última etapa se realizan ejercicios y actividades progresivas para aumentar la fuerza muscular y la coordinación, y mantener la amplitud articular de los movimientos pasivos. Cuando se introducen procedimientos nuevos, cambios de férulas y de posiciones, se demuestra en la práctica instruyendo a los pacientes. (4)

Tratamiento de la cicatriz

Tan pronto se inicia la cicatrización debe comenzar la valoración del control de la cicatriz. El tratamiento será un proceso constante durante 12 a 18 meses después de la quemadura, hasta que la cicatriz haya madurado por completo.

El método de elección para contrarrestar una cicatrización hipertrófica es la presión tópica continua, que debe aplicarse durante 22 a 24 horas del día hasta que madure la cicatriz. Es necesario conservarla utilizando uno de varios dispositivos y métodos: vendajes

elásticos, mangas elásticas tubulares, vestimentas elásticas hechas a medida. Hay que indicar a todos los pacientes que se den masaje circular con presión para suavizar el tejido cicatrizal hipertrófico en desarrollo. Deben llevarlo a cabo varias veces al día. Se utilizan cremas hidratantes para reducir la aparición de ampollas e impedir la sequedad, las fisuras y las lesiones de la piel.

Los pacientes con quemaduras graves, en especial de la mano, requerirán tratamiento diario ayudado por el terapeuta para aumentar su límite de movilidad y función, porque no podrán ejercitarla lo suficiente en casa para evitar contracturas. Cuando se hace estiramiento pasivo en una articulación en que hay una banda cicatrizal, esta debe estirarse al máximo. La cicatriz palidecerá y se engrosará. Se combina el masaje con presión profunda con estiramiento máximo sostenido. Este tipo de tratamiento, aunado a las férulas y la posición, debe comenzar a aumentar el límite de movilidad de la articulación. Debe hacerse varias veces en cada sesión, combinado con ejercicio activo y actividades funcionales.

Reeducación sensitiva: la desensibilización mediante un programa de estimulación táctil gradual se emplea para reducir la hipersensibilidad de la quemadura cicatrizada. (1)

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA

- (1) ACHAUER, Bruce. Atención del paciente quemado. Cáp. 15 Pág. 231-236 México: Editorial Manual moderno, 1991.
- (2) PIANAROLI, Dora. Terapia Ocupacional en el Tratamiento del Niño Gran Quemado. En: Segundo Congreso Argentino y I Conferencia Internacional de Quemaduras. Rosario, Santa Fe, Argentina, 1997. Mar del Plata, Hospital Materno Infantil, Sala de Terapia Ocupacional, 1997.
- (3) PIANAROLI, Dora. Terapia Ocupacional y el proceso de atención al Paciente Quemado. En: Cuarto Congreso Argentino y III Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Rosario, Santa Fe, Argentina, 1995. Mar del Plata, Hospital Materno Infantil, Sala de Terapia Ocupacional, 1995.
- (4) SALISBURY, R. et. al. Manual de Tratamiento en las quemaduras. Un planteamiento interdisciplinario. Cáp. 11 Pág. 187-205. Barcelona. Salvat Editores S.A., 1986.
- (5) SPACKMAN, Willard. Terapia Ocupacional. Rehabilitación del quemado. Capítulo 18, p. 691-705. 8° ED. Madrid: Editorial Medica Panamericana, 1998.

PROCESO DE EVALUACION EN TERAPIA OCUPACIONAL

Teniendo en cuenta que el interés subyacente de esta investigación se refiere a la intervención de Terapia Ocupacional en la instancia de Evaluación de los niños quemados, es pertinente hacer referencia a los aspectos que implica la Evaluación como proceso en Terapia Ocupacional.

Evaluar, consiste en practicar un inventario; que nos provee datos del paciente, de su estado actual, nos permite inferir cuales son sus potenciales en recuperación y nos brinda base para delinear un plan de tratamiento.

La evaluación, forma parte del proceso terapéutico; de carácter sistemático y objetivo ya que permitirá que los datos obtenidos sean comparados en reevaluaciones a fin de ver los progresos del paciente y ajustar el plan de tratamiento, organizar prioridades de acuerdo a sus necesidades y determinar el alta.

En Terapia Ocupacional se puede hablar de dos términos: *evaluación específica* y *evaluación total*. "...Se utilizan ambos conceptos con relación a los procedimientos empleados para descubrir datos antes y durante el tratamiento..."⁸ La evaluación total se refiere a la suma de resultados de los procedimientos específicos utilizados, esta arroja un cuadro general del funcionamiento del paciente. Y la evaluación específica se refiere a los datos recogidos de los procedimientos específicos, es un proceso de recolección y organización de la información.

La evaluación es un proceso en espiral y en construcción, que se traducirá en un vínculo

⁸ SPACKMAN, Willard. Terapia Ocupacional. Evaluación total. Evaluación específica en T.O. Consideraciones generales, capítulo 7 p. 169-170. 8º edición. Madrid: Editorial Medica Panamericana, 1998.

terapéutico, de aprendizaje, donde el paciente y el terapeuta, se sientan comprometidos, en un marco de respeto y comunicación. Cada acción terapéutica debe ser evaluada, y cada área específica revisada, para determinar la eficacia del proceso de actividades, revisando los objetivos a medida que son logrados o teniendo en cuenta las posibles modificaciones.

Las funciones del proceso de *evaluación específica* son:

- Determinar el fundamento de objetivos y brindar la base de un programa terapéutico
- Identificar que problemas puede remediar la Terapia Ocupacional y cuales no.
- Brindar cierta indicación del potencial de cambio.
- Lograr la cooperación del paciente al comenzar a evaluar las capacidades y expectativas.
- Ayudar al paciente a controlar algunas de las dificultades que a intentado dominar previamente solo (2)

La evaluación como proceso incluye las siguientes instancias:

1- Recopilación de datos: consta de:

- Entrevista inicial o anamnesis.
 - Observación: inspección visual.
 - Palpación: inspección manual.
 - Maniobras no cuantificables: pruebas específicas que aportan datos sobre tono muscular, coordinación y reflejos.
 - Maniobras cuantificables: aportan datos estandarizados con respecto a la amplitud articular, fuerza muscular, sensibilidad, edema, actividades de la vida diaria e instrumentales y funciones cognitivas.
-

2- Organización de los datos

Una vez que se obtienen los datos, se ordenan, se organizan, delineando las potencialidades y limitaciones del paciente, identificando así la problemática.

3- Establecimiento de los objetivos del tratamiento

Los objetivos deben basarse sobre los datos arrojados, incluyendo las prioridades y necesidades del paciente. Se planifican objetivos a corto, mediano y largo plazo avalados en un marco teórico.

4 - Compromiso para realizar la evaluación específica continua

A medida que se lleva a cabo el tratamiento, se necesita periódicamente realizar evaluaciones, para cuestionarse el éxito del mismo o para determinar si debe sufrir cambios.

La evaluación como proceso nos permite contar con información valiosa sobre el paciente en relación a sus necesidades, prioridades e intereses. A partir de los datos hallados se podrá planificar el tratamiento y determinar la evolución del paciente mediante reevaluaciones.

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA

- (1) LOPEZ, Begoña P. et al. **Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional.** Capítulos: 15 y 16. Madrid: Editorial Panamericana, 2001.
- (2) SPACKMAN, Willard. **Terapia Ocupacional. Evaluación total. Evaluación específica en T.O. Consideraciones generales, capítulo 7 p. 169-170.** 8º edición. Madrid: Editorial Medica Panamericana, 1998.

ASPECTOS METODOLOGICOS

TEMA

La imagen corporal en pacientes pediátricos quemados.

PROBLEMA

¿Cómo es la imagen corporal según la localización de la quemadura en niños de 6 a 11 años de edad, que concurren a la Sala de Terapia Ocupacional del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata, en los años 2004-2005?

OBJETIVO GENERAL

Analizar la imagen corporal en niños quemados de 6 a 11 años de edad, que concurren a la Sala de Terapia Ocupacional del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata, en los años 2004-2005.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar si la localización de la quemadura se presenta en el Dibujo de la Figura Humana.
- Identificar variaciones en los aspectos emocionales/conductuales de los niños a partir del episodio de la lesión.
- Analizar el impacto de las quemaduras en áreas visibles y no visibles del cuerpo.
- Conocer el impacto conductual/emocional según la extensión de la quemadura.
- Describir el contexto socio-económico de los niños.
- Conocer los sentimientos, emociones y/o reacciones de los padres después del episodio de la lesión.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

DEFINICIÓN DE VARIABLES

IMAGEN CORPORAL

DEFINICIÓN CIENTÍFICA

Es una representación del propio cuerpo a partir de la información sensorial, que se forma en nuestra mente, es decir, la manera en la cual el cuerpo se nos representa a nosotros mismos. Está socialmente determinada, desde el nacimiento existen influencias sociales que matizan la auto-percepción del cuerpo. No es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias. Implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa con relación a su propio cuerpo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

La imagen corporal es la representación interna del cuerpo. La formación de la misma es un proceso dinámico que depende de la interacción de los factores perceptivos, de pensamiento, emocionales y conductuales con relación al cuerpo.

Los factores perceptivos hacen referencia a la apreciación que tiene el niño de su cuerpo, ya sea una imagen positiva o negativa. Por medio de la representación gráfica (Dibujo de Figura Humana) se puede establecer como el niño percibe su cuerpo, teniendo en cuenta los aspectos expresivos del mismo como son: el sombreado, el tamaño, la ausencia, la simetría

y la presión. Asimismo los pensamientos representan creencias y/o ideas positivas o negativas que tiene el niño sobre su cuerpo, los mismos se manifiestan a través de su discurso.

El aspecto emocional se refiere a los sentimientos/emociones dependientes de la valoración que hace el niño de su cuerpo. Esta valoración está determinada en función de la percepción de su cuerpo y los pensamientos sobre si mismo. El aspecto emocional incluye sentimientos/emociones como ansiedad-serenidad, satisfacción-disgusto.

Finalmente el aspecto conductual se refiere a las acciones/comportamientos que presenta el niño derivado de la percepción de su cuerpo y de los sentimientos y pensamientos sobre si mismo. Este aspecto abarca comportamientos/acciones como agresividad-tranquilidad, aislamiento-integración, negación-aceptación, hipobulia-hiperbulia, rechazo al tratamiento-aceptación del tratamiento (en relación a la quemadura).

Definición de indicadores de aspectos emocionales (ansiedad, disgusto) y conductuales (agresividad, negación, rechazo al tratamiento, aislamiento, hipobulia)

- Ansiedad: emoción displacentera que ocasiona una descarga motora. Se observa en conductas de inquietud permanente. En el caso del niño, se compromete la continuidad del juego. Se evidencia en el cambio constante de actividad o uso de juguetes o materiales lúdicos.

- Disgusto: se observa en el niño enojo y/o fastidio.

- Agresividad: propensión a gritar, insultar o pelear con otros niños y/o adultos.

- Negación: se refiere con este término al ocultamiento de la lesión, negativa de mostrar y/o exhibir la quemadura.

- Rechazo al tratamiento: se manifiesta por la negativa del niño para aceptar y/o cumplir las indicaciones del cuidado de la cicatriz.
- Aislamiento: es la conducta del niño de incomunicación con el entorno, que se evidencia en actitudes como no hablar o no acercarse a otras personas.
- Hipobulia: disminución en el juego del niño, realiza pocas actividades, permanece la mayor parte del tiempo quieto sin interesarse por los juguetes, se manifiesta en una pobre actividad motora.

Definición de los indicadores de la representación gráfica (Dibujo de la Figura Humana):

- Presión: una excesiva presión del lápiz sobre la hoja, es decir, líneas pesadas, trazos fuertes, líneas realizadas con gran fuerza sobre el área o segmento corporal correspondiente a la lesión.
- Tamaño: el tamaño aumentado o disminuido del segmento o área corporal de la representación gráfica coincidente con el área corporal lesionada.
- Ubicación del área lesionada o simetría: los dibujos con fallas de la simetría en el área lesionada (como por ejemplo el desfase en la ubicación de las partes del cuerpo: brazos, manos, ojos)
- Ausencia: la evitación (la falta) del área afectada en la representación gráfica.
- Sombreado: las representaciones gráficas que presentan segmentos o áreas corporales coincidentes con la lesión excesivamente sombreados o borroneados.

Nota aclaratoria:

Se definen solamente los indicadores que fueron tomados en cuenta para la realización y análisis de la encuesta y el dibujo.

NIVELES DE MEDICIÓN DE LA VARIABLE IMAGEN CORPORAL

1. DE LOS INDICADORES DE ASPECTOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES

(ansiedad, disgusto, agresión, negación u ocultamiento de la quemadura, rechazo al tratamiento, aislamiento, hipobulia)

- **SIEMPRE:** se refiere a la presencia del indicador en forma continua, 100% del tiempo, luego del episodio de la lesión.
- **A VECES:** se refiere a la presencia del indicador de manera inconstante, 50% del tiempo, luego del episodio de la lesión.
- **NUNCA:** se refiere a la ausencia del indicador, 0% del tiempo.

2. DE LOS INDICADORES DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA (presión,

tamaño, simetría o ubicación del área lesionada, ausencia y sombreado)

- **PRESENTE:** se refiere a la existencia del indicador en el dibujo de la figura humana.
- **AUSENTE:** se refiere a la falta del indicador en el dibujo de la figura humana.

LOCALIZACIÓN DE LA QUEMADURA

DEFINICIÓN CIENTÍFICA

Se refiere a las áreas del cuerpo afectadas. Se pueden diferenciar zonas articulares (áreas funcionales) y no articulares. A pesar que en ambas áreas pueden presentarse cicatrices hipertróficas que ocasionan secuelas estéticas, una quemadura en un área funcional (Ej: cuello, manos, rodillas, pies) es más difícil de tratar y más propensa a disfunciones. Aunque esta no sea muy extensa se considera grave porque puede producir importantes contracturas y gran deformidad. Por lo cual la localización de la quemadura es muy significativa cuando se considera el tratamiento del paciente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Corresponde a las áreas cutáneas quemadas, es decir, la ubicación en el cuerpo de la superficie corporal lesionada. Se manifiesta desde alteraciones locales hasta alteraciones a nivel general o sistémico, lo cual generará distintos grados de disfunción en el desempeño del niño. Se puede localizar en cabeza, tronco y/o miembros.

NIVELES DE MEDICIÓN DE LA VARIABLE LOCALIZACIÓN DE LA QUEMADURA

- ***PRESENTE***: se refiere a la presencia de quemadura en un área corporal determinada (ver indicadores).
- ***NO PRESENTE***: se refiere a la ausencia de quemadura en un determinado sector corporal (ver indicadores).

Nota aclaratoria

La unidad de observación fue una sesión de Terapia Ocupacional donde se utilizaron las técnicas de recolección de datos: el Dibujo de la Figura Humana y la encuesta estructurada a los padres sobre los aspectos emocionales y conductuales del niño.

DIMENSIONAMIENTO DE LAS VARIABLES

LOCALIZACION DE LA QUEMADURA

- **CABEZA**

Cuero cabelludo (presente - ausente)

Rostro: Frente - Mejillas – Mandíbula (presente - ausente)

Cuello: Región anterior (presente - ausente)

Región posterior (presente - ausente)

- **TRONCO**

Tórax (presente - ausente)

Abdomen (presente - ausente)

Espalda (presente - ausente)

- **MIEMBROS**

Miembro superior izquierdo

Cara anterior y/o posterior de: -Brazo (presente - ausente)
-Antebrazo (presente - ausente)
-Mano (presente - ausente)

Miembro superior derecho

Cara anterior y/o posterior de: -Brazo (presente - ausente)
-Antebrazo (presente - ausente)
-Mano (presente - ausente)

Miembro inferior izquierdo

Cara anterior y/o posterior de: -Muslo (presente - ausente)
-Pierna (presente - ausente)
-Pie (presente - ausente)

Miembro inferior derecho

Cara anterior y/o posterior de: -Muslo (presente - ausente)
-Pierna (presente - ausente)
-Pie (presente - ausente)

IMAGEN CORPORAL

- **PERCEPCIÓN DEL CUERPO**

- Representación Gráfica**

- Sombreado (presente-ausente)
 - Tamaño (presente-ausente)
 - Ubicación del área lesionada (presente-ausente)
 - Ausencia (presente-ausente)
 - Presión (presente-ausente)

- **PENSAMIENTOS SOBRE EL CUERPO**

- Lenguaje-Discurso del niño (positivo-negativo)**

- **EMOCIONES EN RELACIÓN CON EL CUERPO**

- Ansiedad (siempre - a veces - nunca)**

- Disgusto (siempre - a veces - nunca)**

- **CONDUCTAS – COMPORTAMIENTOS EN RELACIÓN AL CUERPO**

- Agresión (siempre - a veces - nunca)**

- Negación, ocultamiento de la lesión (siempre - a veces - nunca)**

- Aislamiento (siempre - a veces - nunca)**

- Hipobulia (siempre - a veces - nunca)**

- Rechazo al tratamiento (siempre - a veces - nunca)**

TIPO DE ESTUDIO

Exploratorio-descriptivo. Exploratorio porque se buscó obtener una perspectiva general del problema para incrementar el grado de conocimiento en esta temática escasamente estudiada desde nuestra disciplina. Descriptivo porque el objetivo del trabajo fue obtener información acerca del fenómeno de interés, en este caso, la imagen corporal en pacientes pediátricos quemados.

TIPO DE DISEÑO

No experimental - transversal. No experimental porque no se realizó manipulación de las variables de estudio. Se diseñó y aplicó el instrumento de evaluación a los fines de lograr una sistematización de la práctica profesional y no a los efectos de obtener un resultado terapéutico en el paciente. Transversal porque implicó la obtención de datos en solo un momento específico en el tiempo. Los fenómenos que se indagaron se capturaron por un único período limitado de recolección de datos.

ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Es de tipo cuantitativo porque implicó la recolección sistemática de la información numérica, bajo condiciones de control considerable y el análisis de esa información por medio de procedimientos estadísticos descriptivos.

UNIVERSO DE ESTUDIO

La investigación fue realizada basándose en la población de niños quemados que concurrieron a la Sala de Terapia Ocupacional del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata en los años 2004 – 2005, que tuvieron entre

6 y 11 años de edad y más de seis meses de evolución de la quemadura.

MUESTRA

Estuvo compuesta por doce pacientes quemados pediátricos, cuyas edades oscilaron entre 6 y 11 años y doce padres y/o tutores de los mismos, que concurrieron a la Sala de Terapia Ocupacional del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron los pacientes pediátricos que:

- Sufrieron quemaduras directas por fuego o líquido caliente.
- Recibieron tratamiento o actualmente lo estuviesen recibiendo en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata.
- Las edades oscilaron entre los 6 y 11 años.
- Presentaron una evolución mayor a 6 meses desde el episodio de la lesión.
- Aceptaron participar en este trabajo de investigación

Se incluyeron a los padres y/o tutores de los doce pacientes mencionados.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Quedaron excluidos todos aquellos pacientes que no presentaron alguna de las características anteriormente mencionadas. Como así también:

- Pacientes con presencia de patologías anexas, que puedan afectar la imagen

corporal.

- Pacientes que hubiesen registrados datos incompletos en las historias clínicas.

MÉTODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La elección de la muestra se llevó a cabo mediante el procedimiento no probabilística, intencional. Se tomó a doce niños que respondieron a los criterios de inclusión y a los respectivos doce padres y/o tutores.

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Se realizó en primera instancia la recopilación documental de las historias clínicas. Posteriormente se comunicó a los padres y/o tutores sobre los fines de este estudio, se citaron junto a los niños a una sesión de Terapia Ocupacional en el HIEMI. Previa aceptación por parte de los padres de participar en el estudio a través de un consentimiento informado, un tesista comenzó la sesión utilizando el juego como recurso para vincularse con el niño, luego invitó a este a realizar el dibujo de la Figura Humana. Simultáneamente otro tesista realizó la encuesta estructurada a los padres. El tiempo de duración de la sesión fue de cuarenta minutos aproximadamente.

RECOPIACION DOCUMENTAL DE HISTORIAS CLINICAS

Se realizó con el objetivo de recabar datos con relación a la edad, sexo, diagnóstico médico, localización de la quemadura y fecha de ingreso al hospital.

ENCUESTA ESTRUCTURADA A LOS PADRES

Se realizó un registro sistemático sobre algunos aspectos emocionales y conductuales del niño, que influyen en la conformación de su imagen corporal, los cuales fueron expresados en forma verbal a los padres con un lenguaje claro y sencillo por un tesista.

DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

Esta técnica permitió recabar datos acerca de la percepción de la imagen corporal de los niños quemados. Se usó como referencia información respecto al tema sobre los test de Figura Humana de Machover, Koppitz, Hammer, Romano, no obstante, se los adaptó a nuestras necesidades de acuerdo a la orientación dada por la informante clave. Es una prueba estandarizada, proyectiva, cuyas instrucciones se describen mas abajo.

Administración y procedimientos del Dibujo de Figura Humana:

- 1- Consistió en dar al niño un lápiz de dureza media provisto de goma y una hoja de papel blanco de unos 21 x 28 cm. (oficio), se le pide que dibuje una persona.
- 2- Si el niño alega que no sabe dibujar, que no tiene habilidad para ello, se le debe decir que no importa, que no interesa la pericia en el dibujo.
- 3- Si el niño dibuja solo la cabeza y da por terminado su dibujo se le pide que complete la figura.
- 4- Exceptuando la anterior indicación, toda pregunta realizada por el niño se debe responder en términos vagos, por ejemplo: "como vos quieras".
- 5- El examinador debe anotar los comentarios y la manera de proceder del niño en otra hoja, a modo de observaciones, procurando no interferir en su tarea.
- 6- Es importante completar la administración del test con un interrogatorio que se practica

una vez terminada la figura, o pedirle al niño que narre una historia sobre el personaje dibujado. *Indicación:* “cuenta una historia sobre esta figura como si fuese un personaje de una novela o de una obra de teatro, y responde lo mejor que puedas a las siguientes preguntas acerca de el o ella”

Las siguientes preguntas permiten establecer más datos sobre la imagen del cuerpo, proporcionando información de la percepción de sí mismo.

Preguntas para entrar en diálogo: ¿Cómo se llama? ¿Qué edad tiene? ¿Qué está haciendo?

Preguntas relacionadas con la lesión: ¿Cómo se siente? ¿Le preocupa algo? ¿Qué es lo que más le divierte? ¿A quien te recuerda? ¿Qué es lo que más te gusta del dibujo? ¿Qué es lo que menos te gusta del dibujo? ¿Qué le cambiarías al dibujo? ¿Te gustaría ser como la persona dibujada?

TÉCNICAS DE MEDICIÓN

Criterios de medición para el análisis del Dibujo de la Figura Humana:

- **Presión:** una excesiva presión del lápiz sobre la hoja, es decir, líneas pesadas, trazos fuertes, líneas realizadas con gran fuerza sobre el área o segmento corporal correspondiente a la lesión.
- **Tamaño:** el tamaño aumentado o disminuido del segmento o área corporal de la representación gráfica coincidente con el área corporal lesionada.
- **Ubicación del área lesionada o simetría:** los dibujos con fallas de la simetría en el área lesionada (como por ejemplo el desfasaje en la ubicación de las partes del cuerpo: brazos, manos, ojos)

- **Ausencia:** la evitación (la falta) del área afectada en la representación gráfica.
- **Sombreado:** las representaciones gráficas que presentan segmentos o áreas corporales coincidentes con la lesión excesivamente sombreados o borronados.

Criterio de medición para el análisis de la encuesta estructurada a los padres.

La encuesta realizada a los padres permitirá conocer los aspectos emocionales y/o conductuales que presente el niño posteriormente al episodio de la lesión. Como criterio de medición de la misma se considerará la presencia de cada indicador *siempre, a veces o nunca*, respectivamente si el niño siempre responde de esta manera (100% del tiempo) luego del episodio de la lesión, si el niño responde a veces de esta manera (50% del tiempo) luego del episodio de la lesión, o si el niño nunca responde de esta manera (0% del tiempo).

Prueba Piloto del Dibujo de la Figura Humana.

Se realizó una prueba piloto del Dibujo de la Figura Humana a cinco pacientes, los cuales fueron excluidos de la muestra del trabajo de investigación. El objetivo de la misma fue ajustar el instrumento y favorecer el entrenamiento en la técnica de administración del test.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

En el análisis de los datos se utilizó una estadística descriptiva para las variables que incluyó tablas de contingencia, porcentajes, gráficos sectoriales y gráfico de barras.

BIBLIOGRAFIA ESPECÍFICA

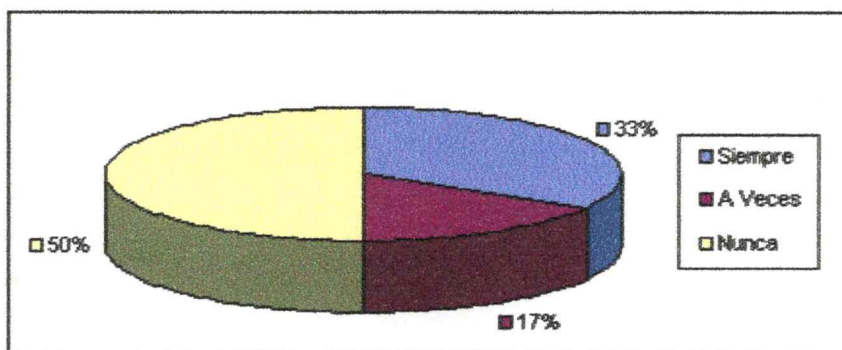
- FERNÁNDEZ SAMPIERI, R. et al. Metodología de la investigación. México: McGraw/Hill Interamericana; 2º edición, 1998.
- PEREYRA, Carlos. Semiología y Psicopatología de los procesos de la esfera intelectual. Buenos Aires: Editorial Salerno, S/F. 341 p.
- POLIT D. y HUNGLER B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4º edición, Editorial Interamericana McGraw – Hill, 1994.
- PORTUONDO, Juan A. La Figura Humana – Test proyectivo de Karen Machover. P. 11-13. Madrid: Editorial Bibliotecas Nuevas S.L., 1997.

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

En estos gráficos se exponen las variaciones de conductas y emociones que manifestaron los niños que sufrieron quemaduras y fueron atendidos en el HIEMI de la ciudad de Mar del Plata en los años 2004-2005, tomando en cuenta los aspectos emocionales y conductuales descritos a partir del accidente. Dichos datos fueron aportados por sus padres o tutores en función de la encuesta elaborada.

GRAFICO 1

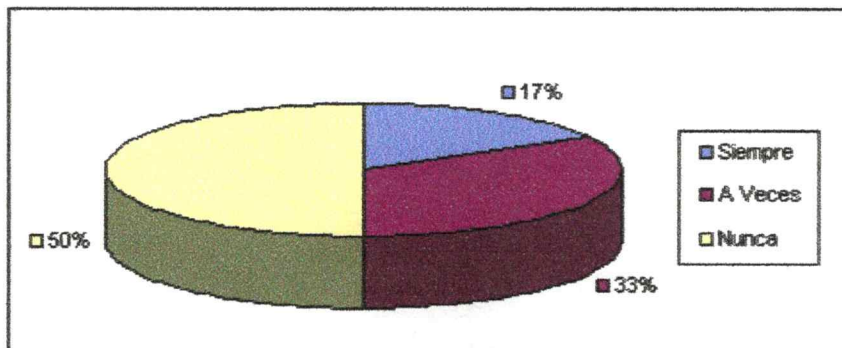


Presencia de ansiedad en niños quemados de 6 a 11 años de edad que concurren a la Sala de Terapia Ocupacional del H.I.E.M.I. de la ciudad de Mar del Plata, en los años 2004 - 2005.

En este gráfico se observa que el 50% de los niños quemados nunca presentaron ansiedad luego de la quemadura, mientras que el 33 % de los mismos siempre mostraron este indicador y en el 17 % restante la ansiedad se manifestó en forma inconstante (a veces). Es preciso recordar el concepto de ansiedad que se refiere a las posibles manifestaciones que el niño puede presentar en relación a su aspecto físico, como angustia o preocupación por su apariencia, observada en el 33 % de los niños. Un ejemplo llamativo fue el de un paciente

que recurrentemente preguntaba a sus padres por posibles intervenciones quirúrgicas para mejorar su aspecto estético.

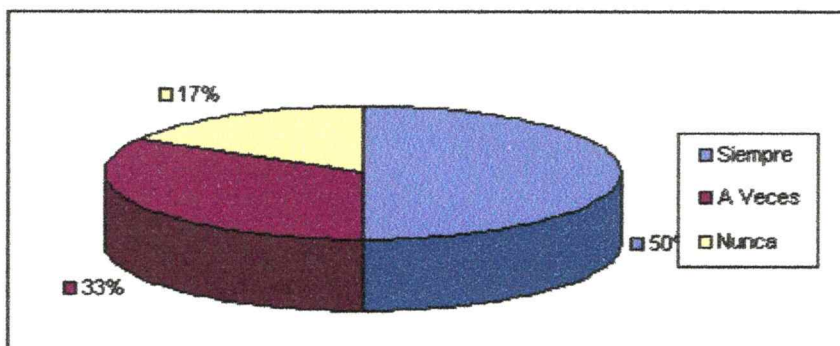
GRAFICO 2



Presencia de agresión en niños quemados de 6 a 11 años de edad que concurren a la Sala de Terapia Ocupacional del H.I.E.M.I. de la ciudad de Mar del Plata, en los años 2004-2005.

Este gráfico da cuenta de que el 50% de los niños quemados nunca manifestaron agresión luego del episodio de la lesión, el 33% de los mismos a veces presentaron el indicador y el 17% siempre presentó agresión. El concepto de agresión representaba la propensión a pelear, gritar, insultar a otros niños o adultos; se detectó un caso de agresión en un niño en el ámbito escolar posteriormente a la quemadura. El mismo recibió tratamiento de Psicología, es importante destacar que el paciente no presentó en el dibujo de la figura humana ningún indicador, lo que indica la importancia de un abordaje multidisciplinario.

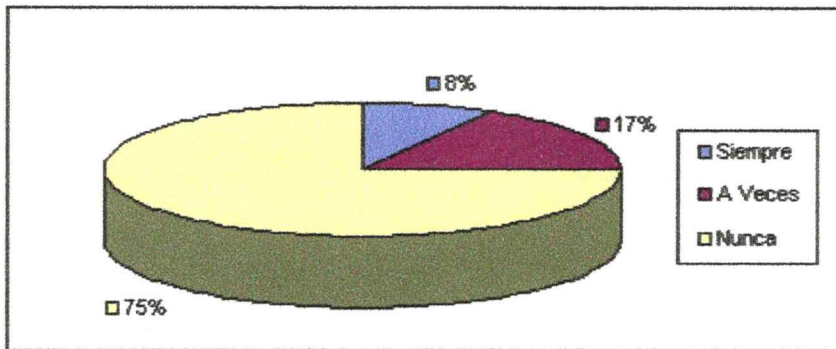
GRAFICO 3



Presencia de rechazo al tratamiento en niños quemados de 6 a 11 años de edad que concurrieron a la Sala de Terapia Ocupacional del H.I.E.M.I. de la ciudad de Mar del Plata, en los años 2004 – 2005.

En este gráfico observamos el rechazo al tratamiento que se presentó siempre en el 50% de los casos analizados, el 33% de los niños quemados a veces manifestaron el indicador y el 17% nunca lo presentó. Cabe destacar que este es uno de los aspectos más importantes que se repitió en la mayoría de los casos, debido a que el niño debe cumplir con el cuidado de la cicatriz y aceptar el uso del equipamiento durante el tiempo que sea necesario, lo cual resulta casi siempre incómodo o doloroso.

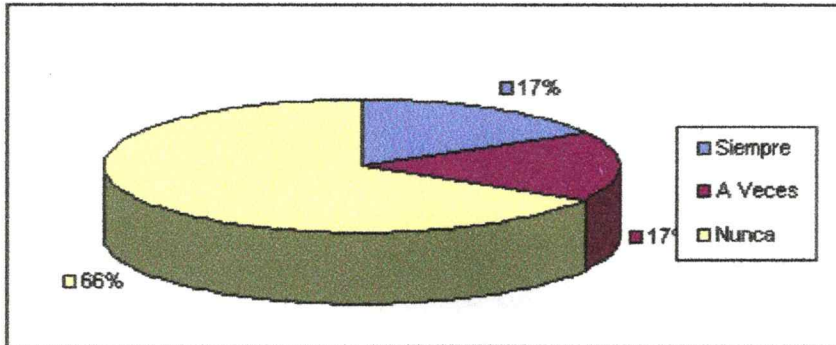
GRAFICO 4



Presencia de hipobulia en niños quemados de 6 a 11 años de edad que concurren a la Sala de Terapia Ocupacional del H.I.E.M.I. de la ciudad de Mar del Plata, en los años 2004 – 2005.

El gráfico indica que el 75% de la muestra nunca presentó hipobulia posterior al episodio de la lesión, el 17% manifestó el indicador de forma inconstante (a veces) y sólo el 8% de los niños quemados siempre presentaron hipobulia luego del episodio de la lesión. Tomando en cuenta que la hipobulia comprende una disminución en las actividades del niño, en el juego o en la actividad motora ocasionada por la angustia que el mismo sufre, es interesante ver que fue mayor el número que no presentó este aspecto. Los casos que si lo presentan pueden verse relacionados al proceso de internación, que si implica una marcada inactividad producida por la prolongada estadía en cama y por el impacto del tratamiento como la hidroterapia.

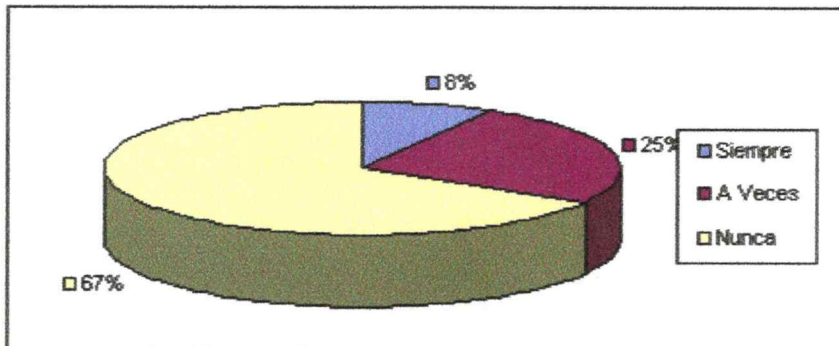
GRAFICO 5



Presencia de negación en niños quemados de 6 a 11 años de edad que concurren a la Sala de Terapia Ocupacional del H.I.E.M.I de la ciudad de Mar del Plata, en los años 2004 - 2005.

Este gráfico muestra que el 66% de los niños quemados nunca presentó negación posteriormente al accidente, este indicador se manifestó a veces en el 17% de los casos e igual porcentaje en la categoría siempre. Cuando se refiere al término negación es pensado en función del ocultamiento de la quemadura y no como concepto psicoanalítico. El ocultamiento de la lesión aparece comúnmente con conductas de cubrirse con alguna ropa la quemadura (usar mangas largas o gorros en la cabeza) aspectos que hacen a la estética y a la vergüenza que tienen algunos niños de exponer una quemadura ante los demás.

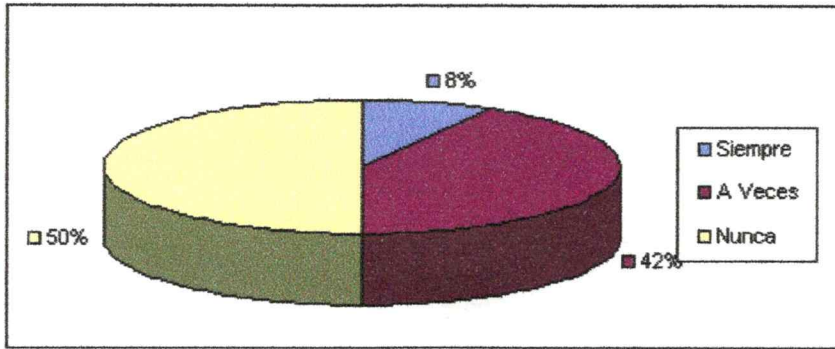
GRAFICO 6



Prsencia de aislamiento en niños quemados de 6 a 11 años de edad que concurrieron a la Sala de Terapia Ocupacional del H.I.E.M.I. de la ciudad de Mar del Plata, en los años 2004 – 2005.

En este gráfico observamos que el 67% de los casos evaluados nunca presentó el indicador aislamiento, el 25% de los niños quemados a veces lo manifestó y sólo el 8% siempre presentó aislamiento luego del episodio de la lesión. Este aspecto va de la mano del ocultamiento de la lesión, coincide que los niños que presentaron aislamiento también tuvieron conductas de cubrir la quemadura.

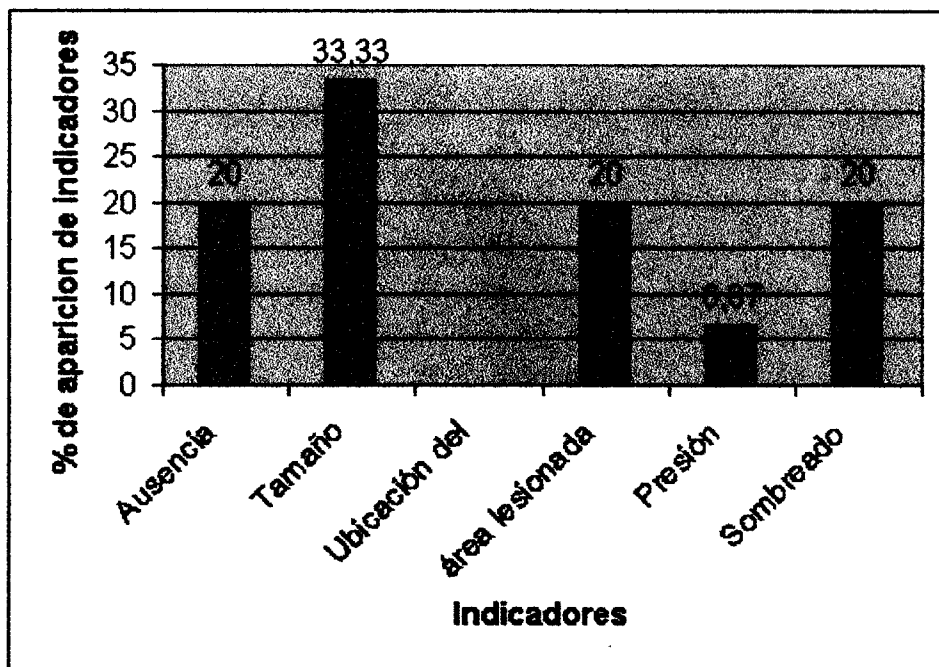
GRAFICO 7



Presencia de disgusto en niños quemados de 6 a 11 años de edad que concurren a la Sala de Terapia Ocupacional del H.I.E.M.I. de la ciudad de Mar del Plata, en los años 2004 - 2005.

Este gráfico indica que el 50% de los niños quemados nunca presentaron disgusto posterior al episodio de la lesión, el 42% de los niños manifestaron en forma inconstante el indicador y el 8% de éstos siempre presentaron disgusto. Se toma en cuenta si el disgusto en el niño se modificó posteriormente al accidente. Aquí queremos destacar que creíamos que este aspecto iba a presentarse en un mayor número de niños dado todo el impacto que produce el tratamiento, teniendo en cuenta el dolor y que muchos fueron sometidos a cirugías. Tampoco debe olvidarse que estas preguntas fueron respondidas por sus padres, lo que implica a veces subjetividad en el relato.

GRAFICO 8

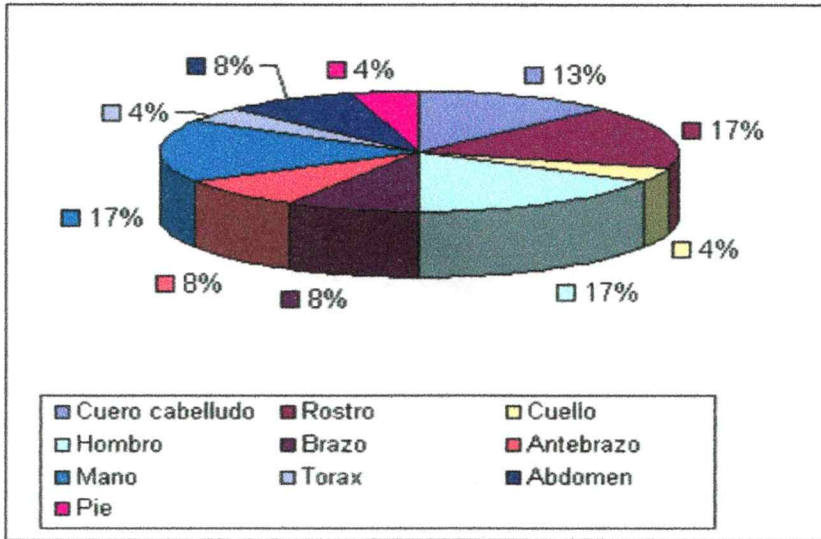


Porcentaje de aparición de indicadores del Dibujo de la Figura Humana en niños quemados de 6 a 11 años de edad que concurrieron a la Sala de Terapia Ocupacional del H.I.E.M.I. de la ciudad de Mar del Plata.

El presente gráfico muestra el porcentaje de aparición de los indicadores del dibujo de la figura humana en los niños quemados. El indicador tamaño se presentó en el 33,33% de los casos analizados. El indicador ausencia se evidenció en el 20% de los dibujos de la figura humana, igual porcentaje se observó con relación a ubicación del área lesionada y sombreado; sólo 6,67% de los dibujos presentaron presión.

El 75% de los casos presentó indicadores en el dibujo coincidentes con la localización de la lesión.

GRAFICO 9



Porcentaje de localizaciones de quemaduras que presentaron niños de 6 a 11 años de edad que concurrieron a la Sala de Terapia Ocupacional del H.I.E.M.I. de la ciudad de Mar del Plata, en los años 2004 – 2005.

Este gráfico expresa el porcentaje de las localizaciones de las quemaduras de los 12 pacientes pediátricos que conformaron la muestra. El mayor porcentaje de localizaciones de las quemaduras se observó en rostro, hombro y mano, cada una de las cuales presentaron el 16,67% de las mismas. En el 12,5% de los niños se observaron lesiones en cuero cabelludo. Las quemaduras en brazo se presentaron en el 8,33% de los casos, este porcentaje también se observó en las lesiones del antebrazo y abdomen. El menor porcentaje de quemaduras se observó en cuello, tórax y pie, cada una de las cuales presentaron el 4,17% de las mismas.

Del total de los casos, el 50% tuvo quemaduras en áreas visibles del cuerpo (cuero cabelludo, rostro, manos). Los niños con quemaduras en estas áreas presentaron conductas como: *ocultamiento de la lesión y/o preocupación por su aspecto estético* a través del

discurso o a través del relato sobre la persona dibujada. El 8,3% de estos casos no tuvo las conductas mencionadas anteriormente en el momento de la evaluación. Los niños con lesiones en áreas no visibles (espalda, genitales, pies) mostraron indicadores en el Dibujo de la Figura Humana coincidentes con la lesión, pero no presentaron dichas conductas.

A continuación se exponen las tablas representativas de los gráficos precedentemente referidos con el objetivo de reiterar la interpretación de algunos datos.

Tabla N° 1: Presencia de indicadores de aspectos emocionales y conductuales en niños quemados de 6 a 11 años de edad que concurren a la Sala de Terapia Ocupacional del H.I.E.M.I. de la ciudad de Mar del Plata, en los años 2004/2005.

Indicadores de aspectos emocionales y conductuales	Presencia del indicador						Total	
	Siempre		A veces		Nunca			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ansiedad	4	33,33	2	16,67	6	50	12	100
Agresión	2	16,67	4	33,33	6	50	12	100
Rechazo a tratamiento	6	50	4	33,33	2	16,67	12	100
Hipobulia	1	8,33	2	16,67	9	75	12	100
Negación	2	16,67	2	16,67	8	66,67	12	100
Aislamiento	1	8,33	3	25	8	66,67	12	100
Disgusto	1	8,33	5	41,67	6	50	12	100

Esta tabla indica la presencia de indicadores de aspectos emocionales y conductuales (ansiedad, disgusto, agresión, negación, aislamiento, hipobulia y rechazo al tratamiento) luego del episodio de la lesión, de acuerdo a las categorías siempre, a veces y nunca, según si aparece en forma continua, de manera inconstante o no aparece.

El registro de estos indicadores se realizó a través de una encuesta estructurada a los padres.

El indicador ansiedad se observó siempre en el 33% de los niños (4 casos), a veces en el

16,67% (2 casos) y nunca en el 50% restante (6 casos). La agresión se presentó siempre en el 16,67% de los pacientes pediátricos (2 casos), a veces en el 33% (4 casos) y nunca en el 50% de los casos (6 niños). La tabla indica que el 50% de los niños quemados (6 casos) siempre presentó el indicador rechazo al tratamiento, el 33,33% (4 casos) a veces manifestaron el rechazo del tratamiento y sólo en el 16,67% (2 casos) nunca se observó el indicador. El 8,33% de los niños quemados siempre presentó hipobulia (1 caso), el 17% (2 casos) manifestó a veces el indicador y el 75% nunca presentó hipobulia (9 niños). La tabla también indica que el 16,67% de la muestra (2 casos) siempre presentó negación, igual porcentaje y número de niños se observó con relación a la categoría a veces y el 66,67% (8 niños) nunca manifestó el indicador. El aislamiento se presentó siempre en el 8,33% (1 caso) de la muestra, en el 25% (3 niños) se observó a veces la presencia del indicador y en el 66,67% (8 casos) nunca se manifestó el aislamiento. El 8,33% de los niños (1 caso) siempre presentó disgusto, el 41,67% de los casos (5 niños) a veces manifestaron el indicador y en el 50% de la muestra (6 casos) nunca se observó el indicador.

Tabla 2: Aparición de indicadores del Dibujo de la Figura Humana en niños quemados de 6 a 11 años de edad, que concurren a la Sala de Terapia Ocupacional del H.I.E.M.I. de la ciudad de Mar del Plata, en los años 2004-2005.

Indicadores	Frecuencia	Porcentajes
Ausencia	3	20
Tamaño	5	33,33
Ubicación del área lesionada	3	20
Presión	1	6,67
Sombreado	3	20
Total	15	100

Esta tabla expresa en número y porcentaje la aparición de los indicadores del dibujo de la figura humana (sombreado, tamaño, ubicación del área lesionada, ausencia y presión) en los pacientes pediátricos quemados evaluados mediante el Dibujo de la Figura Humana.

El indicador ausencia se presentó en 3 ocasiones (20%), igual número de veces se observaron los indicadores ubicación del área lesionada y sombreado. Por otra parte el tamaño se observó 5 veces (33,33%). El indicador presión se presentó sólo en una ocasión (6,67%). La mayoría de los niños (exceptuando dos) presentaron algún indicador en el dibujo de la figura humana.

Tabla 3: Localizaciones de quemaduras que presentaron niños de 6 a 11 años de edad, que concurrieron a la Sala de Terapia Ocupacional del H.I.E.M.I. de la ciudad de Mar del Plata, en los años 2004 – 2005.

Localización de quemaduras	Frecuencia	%
Cuero cabelludo	3	12,5
Rostro	4	16,67
Cuello	1	4,17
Hombro	4	16,67
Brazo	2	8,33
Antebrazo	2	8,33
Mano	4	16,67
Tórax	1	4,17
Abdomen	2	8,33
Pie	1	4,17
Total	24	100

Esta tabla indica la frecuencia y el porcentaje de localizaciones de quemaduras que presentaron los pacientes pediátricos quemados.

Se observaron 3 lesiones en cuero cabelludo (12,5%), 4 quemaduras en rostro (16,67%). Este número y porcentaje también se presentó en las lesiones de hombro y mano. A nivel del cuello se observó sólo una quemadura (4,17%) al igual que en tórax y pie. Se observaron 2 lesiones en brazo (8,33%), el mismo número y porcentaje se presentó en antebrazo y abdomen.

Además es interesante destacar algunos datos:

- Se encontró en el 75 % de los casos evaluados indicadores en el Dibujo de la Figura Humana coincidentes con la localización de la quemadura. El 25% restante no presentó indicadores, de los cuales el 16,6% presentó lesiones superficiales sin secuelas y el 8,3% recibió tratamiento de Psicología luego del accidente. Resultan coincidentes estos dos datos (quemaduras sin secuelas y haber recibido tratamiento de Psicología) con los niños que no tuvieron indicadores en el dibujo. Pero no se puede hacer una generalización por la escasa muestra.
- Los niños que presentaron mayor extensión de las quemaduras mostraron un 60% de los indicadores del Dibujo de la Figura Humana coincidentes con la lesión (los más significativos fueron los casos 7 y 8 que tuvieron la mayor extensión corporal de quemaduras de la muestra y presentaron tres indicadores cada uno de un total de cinco). Aquí se destaca que los niños con mayor extensión de la quemadura presentaron más indicadores (presión, tamaño, ausencia, simetría, sombreado) en el dibujo que coincide con la localización de la quemadura.
- La principal variación de los aspectos emocionales y conductuales que se detectó a partir del episodio de la quemadura fue *el rechazo al tratamiento* (50%) y en menor medida se encontró *ansiedad* (33,3%) y *agresión* (16,3%).
- Los casos 10, 11 y 12 presentaron quemaduras superficiales sin secuelas y no se puede determinar en ellos variaciones significativas en los aspectos emocionales y conductuales posterior al episodio del accidente. Coincide nuevamente que los niños con menores secuelas muestran menos variaciones en su conducta en relación a su comportamiento antes de la lesión.
- La totalidad de las quemaduras fueron producidas por accidentes domésticos (con agua

caliente, sopa, te, estufas, calentadores, etc.) los cuales surgen a partir de descuidos de los padres o cuidadores. Los accidentes podrían evitarse teniendo en cuenta las medidas preventivas y protectivas para los mismos.

- Se observó en las entrevistas sentimientos de culpa en el 83,3% de los padres a causa del accidente, lo que genera en algunos casos actitudes de sobreprotección, acatamiento extremo a las indicaciones del tratamiento y preocupación por el aspecto estético del niño en su futuro.

Consideramos necesario realizar un esbozo de análisis cualitativo para optimizar la interpretación del estudio, debido a los pocos casos encontrados y para complementar la descripción de los datos que aportaron los diferentes escenarios proporcionados por este trabajo. Se intenta así comprender a esta población dentro de su propio contexto físico y socio cultural.

Durante el trabajo de campo se realizó una revisión del total de los pacientes que fueron tratados en la Sala de Terapia Ocupacional del H.I.E.M.I. durante los años 2004/2005, a simple vista la población era numerosa pero a la hora de seleccionar los casos que correspondían con los criterios de inclusión sumado a la escasa convocatoria a los turnos programados se modificó la expectativa que teníamos sobre la muestra. Durante la recopilación documental se encontraron varios obstáculos debido a que el servicio recibe todo tipo de accidentes: mordeduras de perro, accidentes automovilísticos (que muchas veces también producen quemaduras, aunque estas no fueron consideradas para la investigación así como las quemaduras por causas químicas), las cirugías, las fracturas expuestas. Lo mismo ocurrió con el rango de edad, se encontraron muchos más accidentes por quemaduras en niños menores de cuatro años a diferencia de los comprendidos entre

seis y once años (edad elegida). Otro factor muy importante fue el lugar de residencia ya que se encontraron muchos niños quemados que viven dentro del área programática, fuera de Mar del Plata, los cuales no fueron tomados dentro de la muestra.

Una vez seleccionada la muestra se presentaron otros inconvenientes, a la hora de concretar las entrevistas la mayoría de los pacientes no tenían teléfono, por este motivo se debió concurrir a los domicilios para contactar a los padres y concretar, según su consentimiento la evaluación en el Hospital, pero la mayoría optó por realizarlo en ese mismo momento u otro día en su casa, previa explicación del objetivo del trabajo. Esto ocasionó modificaciones del encuadre, como la presencia de otros familiares en el momento de la evaluación, la inducción de los padres u otros distractores (mascotas, televisión, ingresos y salida de otras personas en el hogar), no solo para el niño sino también durante la entrevista con los padres, ello implica que en los resultados obtenidos no deben dejarse de lado dichas variables intervinientes.

En algunos de los casos seleccionados no se pudo acceder a los domicilios debido a un episodio de ataque con piedras contra el vehículo utilizado y por temor a sufrir robos, esto ocurrió en uno de los barrios de la periferia de la ciudad, cabe destacar que los domicilios pertenecían a barrios en zonas humildes y desprotegidas de los suburbios de la misma.

A continuación se presentan brevemente los testimonios que aportaron los padres y otros aspectos observados en el momento de tomar el Dibujo de la Figura Humana. No se puede afirmar la veracidad de las variaciones conductuales y emocionales de los niños posterior al episodio de la lesión a través del relato de los padres, porque muchas veces el mismo está teñido de subjetividad, como también los aspectos observados durante la evaluación.

CASO 1: Edad: 7 años. Lesiones: quemadura en M.S.D: en hombro y cara palmar de mano (cicatriz retráctil) + quemadura en M.LD: cara dorsal del pie. Según el relato de la madre la niña presenta mayor inquietud, oculta su mano lesionada, tiene dificultades en la escritura y realiza dibujos de personas sin manos, estas conductas son observables a partir del episodio de la lesión. También manifestó rechazo al tratamiento. Se observó a la niña dispersa, quejándose de dificultad en el manejo del lápiz, pensamientos negativos al respecto manifestados en su discurso. El Dibujo de la Figura Humana presentó dos indicadores coincidentes con las quemaduras: ausencia y ubicación del área lesionada.

CASO 2: Edad: 6 años. Lesiones: quemadura en tronco: tórax y abdomen. La madre manifiesta profundos sentimientos de culpa por el accidente, preocupación por la imagen y estética de su hija a futuro. Exageración en el uso de equipamiento y de las indicaciones durante el tratamiento por parte de la madre (excesiva presión en el uso del corset). Se observó en la niña llanto al momento de ingresar a la evaluación, presentó disgusto y angustia durante la sesión, esto se relaciona con el impacto sufrido durante el proceso de internación. El Dibujo de la Figura Humana presentó un indicador coincidente con el área de la lesión: tamaño.

CASO 3: Edad: 6 años. Lesión: quemadura en M.S.I: cara posterior de codo. Según el discurso de la madre la niña manifiesta preocupación por temor a que le suceda nuevamente una quemadura, sentimientos negativos al respecto. Rechazo a usar el equipamiento por parte de la niña. Se observa un gráfico pobre para la edad, inseguridad y temor. El Dibujo de la Figura Humana presentó un indicador coincidente con el área de la lesión: tamaño. → *con el uso de un corset*

CASO 4: Edad: 7 años. Lesiones: quemadura en cabeza: región anterior de cuello + quemadura en M.S.D: hombro. La madre refiere que la niña cambia de lateralidad a partir del episodio de la lesión. Dificultades en cumplir las indicaciones del tratamiento (en el cuidado de la cicatriz). El Dibujo de la Figura Humana presentó dos indicadores coincidentes con las quemaduras: tamaño y ubicación del área lesionada. La niña manifiesta que lo que no le gusta del dibujo es el cuello (área lesionada), lo refiere a través de su discurso en pensamientos negativos sobre la lesión.

CASO 5: Edad: 6 años. Lesiones: quemadura en cabeza: frente y cicatriz retráctil en labio superior. Según el relato de la madre a partir de la quemadura el niño presentó agresividad con sus compañeros y fue derivado a psicología. Su disgusto por lo ocurrido lo manifestó a través de conductas hostiles con sus pares. Preocupación por su lesión, muestra insistencia en saber la fecha probable de la cirugía que mejorará su aspecto. Refiere que se ve feo y que quiere dejarse largo el flequillo, pensamientos negativos sobre su aspecto manifestado a través del discurso durante la sesión. El Dibujo de la Figura Humana no mostró indicadores coincidentes con la quemadura.

CASO 6: Edad: 8 años. Lesiones: quemadura en cabeza: cuero cabelludo + M.S.D: cara anterior de antebrazo + cicatrices por cirugías para injertos en M.M.I.I: cara lateral de muslos. La tutora relata que el niño nunca quiere exponer sus cicatrices (negación/ocultamiento de la lesión). Usa siempre una gorra y un pantalón largo (tanto en invierno como en verano). Se observa en el niño introversión en el momento de realizar la evaluación. Se mostró con ocultamiento pero no manifestó desde el discurso incomodidad

por sus lesiones. El Dibujo de la Figura Humana presentó un indicador coincidente con el área de la lesión: tamaño.

CASO 7: Edad: 10 años. Lesiones: quemadura en cabeza: rostro + M.S.D: hombro, brazo y ambas manos + tronco: espalda. Según la historia clínica el niño debió atravesar una prolongada estadía en el hospital por la gravedad y extensión de sus quemaduras. Presentó abulia, apatía e introversión durante la sesión. Estas conductas no se pueden atribuir en su totalidad como un resultado consecuente a las quemaduras ya que no se conocen las conductas del niño previas al accidente, así como en los demás casos. Pero en este en particular fue muy difícil la comunicación con la madre por la marcada hipoacusia que presentaba. Se observó una actitud de sobreprotección de la progenitora con el niño. Vive solo con su madre. El Dibujo de la Figura Humana reveló tres indicadores coincidentes con las quemaduras: presión, ausencia y tamaño. Fue uno de los casos que presentó más indicadores de la lesión en la representación gráfica.

CASO 8: Edad: 8 años. Lesiones: quemadura en cabeza: rostro y cuero cabelludo + M.S.D: hombro, brazo, antebrazo y cara dorsal de mano. Según el relato de la madre el niño manifiesta preocupación por la alopecia producto de la lesión, emociones displacenteras en relación a su cuerpo. Sobreprotección y ambigüedad en su discurso respecto a la conducta de su hijo. Se observa en el niño un estado de alerta muy marcado, temor y labilidad emocional. Cabe aclarar que fue sometido a varias intervenciones quirúrgicas. El Dibujo de la Figura Humana presentó tres indicadores coincidentes con las lesiones: sombreado, ausencia y ubicación del área lesionada. Al igual que el caso anterior fue uno de los pacientes con más indicadores de las quemaduras plasmados en la representación gráfica.

CASO 9: Edad: 11 años. Lesiones: quemadura en rostro: mandíbula + M.S.I: muñeca. Según el discurso de la madre el niño presentó rechazo a las indicaciones del tratamiento. El Dibujo de la Figura Humana tuvo un indicador coincidente con el área de la lesión: sombreado. El niño refiere a través de su discurso que la persona dibujada está jugando con fuego y que le preocupa que se haya quemado. Lo que da cuenta de emociones displacenteras al respecto.

CASO 10: Edad: 7 años. Lesión: quemadura en cuero cabelludo (región temporo-auricular derecha) sin secuelas. Se concurrió a realizar la evaluación en domicilio, se observaron condiciones socio-ambientales muy desfavorables. Tiene siete hermanos, hubo irrupciones de algunos de ellos y de su papá que dispersaban al niño. Mostró impulsividad, hiperactividad, labilidad atencional e inquietud. Las conductas observadas en el niño se pueden relacionar al entorno socio ambiental donde el mismo se desarrolla más que a conductas posteriores a la lesión. En este caso la quemadura pasa a un segundo plano si se toma en cuenta las necesidades básicas insatisfechas de este paciente. Gráfico muy precario para su edad por ello no se pueden determinan indicadores de la quemadura. Manifestó que el dibujo estaba mal, que era feo y que no le gustaba.

CASO 11: Edad: 11 años. Lesiones: quemadura en tronco: abdomen y genitales, sin secuelas. Se concurrió a realizar la entrevista en el domicilio, se lo pudo evaluar a solas. Su madre expresa que presentó dificultad en los primeros momentos para mostrar la lesión; refiere sentimientos de culpa porque el accidente ocurrió en su ausencia, cuando el niño se encontraba con un amigo. El Dibujo de la Figura Humana no presentó indicadores

coincidentes con el área de la lesión. Sin variaciones en sus conductas y emociones posteriormente al accidente. Esto se puede asociar a que el niño sufrió una quemadura muy pequeña sin secuelas y de corto tratamiento.

CASO 12: Edad: 7 años. Lesión: quemadura en rostro sin secuelas. Se concurrió a realizar la evaluación en domicilio. La madre dice que el niño tuvo dificultades para acatar las indicaciones del tratamiento en los primeros días, presentó llanto, preocupación por su futuro aspecto facial y pesadillas frecuentes, emociones y pensamientos negativos sobre su apariencia física. Sentimientos de culpa de su mamá porque el accidente ocurrió cuando ella encendió una vela. Al momento de la evaluación el niño presentó timidez y sumisión, estuvo condicionado por la presencia del padre quien incisivamente le exigía que dibujara. El Dibujo de la Figura Humana presentó un indicador coincidente con el área de la lesión: sombreado. El niño manifestó que dibujaba a su padre.

Según el concepto de imagen corporal desarrollado en el marco teórico y retomando a Prietzsky y Cash, se puede afirmar que como estos niños experimenten su cuerpo se relacionará significativamente a como se perciben. A lo largo de su desarrollo evolutivo y en el intercambio con el medio que los circunda, dichos niños han experimentado diferentes sensaciones (táctiles, visuales, propioceptivas, vestibulares, auditivas, olfatorias, cenestésicas, gustativas) percepciones, emociones, que junto a sus experiencias psicomotoras permiten la progresiva conformación de la imagen corporal. La misma está socialmente determinada, por un lado por el entorno familiar y por otro por lo cultural, escolar donde se desarrollan los niños. Ello es importante destacar, debido a que las características de la muestra son de familias de escasos recursos, en desventaja socio

ambiental para los niños. A través de los dibujos realizados por los niños se pudo observar como se expresaban en cuanto al tamaño del dibujo que realizaban, el lugar de preferencia de la hoja (el dibujo ubicado en un costado, debajo o arriba), como también muchas veces la pobreza del gráfico para la edad evolutiva, esta información complementa los datos sobre la proyección o no de la lesión en cada dibujo. Ello permite conocer en parte como se expresa el niño, a veces en dibujos disminuidos a un muy pequeño monigote sin ningún detalle, como el caso de un niño de siete años, lo cual dice mucho de como se percibe ese niño a si mismo y tal vez de una baja autoestima. Es por ello que consideramos en función de esta información la necesidad de un trabajo conjunto con Psicología para profundizar el análisis de estos datos y lograr un abordaje más amplio del paciente.

Continuando con el concepto de imagen corporal, el niño desde que nace recibe influencias sociales que matizan la auto-percepción de su cuerpo, esta imagen varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias tanto placenteras como displacenteras, y este es el apartado mas significativo porque el accidente por quemadura es una situación vivida de manera traumática por el niño, que en función de su personalidad deberá enfrentar de diferentes maneras este corte transversal a su desarrollo.

Finalizando con la definición que propone Maria Rosa Raich que la imagen corporal es un constructo complejo que implica lo que uno piensa, siente y como se percibe y actúa en relación con su propio cuerpo, podemos decir que los niños en mayor o menor grado manifestaron cambios en sus conductas, que fueron notorios y expresados por sus padres, los cuales a su vez influirán de alguna u otra manera en la percepción de si mismo.

CONCLUSIONES

Se considera que se ha alcanzado el objetivo general de este trabajo, analizando la imagen corporal de los niños entre seis y once años de edad que han sufrido quemaduras y acercamos más a la comprensión de lo que le ocurre al niño quemado. Se puede establecer que la localización de la quemadura se presenta en los dibujos realizados por los niños a través de los indicadores presión, sombreado, ausencia, tamaño y/o ubicación del área lesionada. Lo que refiere que la imagen corporal de dichos niños es percibida con la lesión que presentan.

La principal variación de los aspectos emocionales y conductuales que se detectó a partir del episodio de la quemadura fue *el rechazo al tratamiento* (50%) y en menor medida se encontró *ansiedad* (33,3%) y *agresión* (16,3%). Las variaciones emocionales y conductuales que presentaron los niños posteriores al accidente encuentran su respuesta en el impacto físico-funcional y psico-social que el mismo produce, y que se manifiesta a través de su desempeño y el modo de comportarse con el entorno y consigo mismo. Se puede inferir a través del discurso del niño en la evaluación y en el encuentro con los padres, como la quemadura y todo su tratamiento interfieren en el juego del niño, en sus rutinas, hábitos diarios y actividades escolares. También ello dependerá del grado de complejidad de las lesiones teniendo en cuenta su extensión, profundidad y localización.

Del total de los casos, el 50% tuvo quemaduras en áreas visibles del cuerpo (cuello, rostro, manos). Es interesante recordar que los niños con quemaduras en estas áreas presentaron conductas como: *ocultamiento de la lesión y/o preocupación por su aspecto estético* a través del discurso o a través del relato sobre la persona dibujada. Los

niños con lesiones en áreas no visibles (espalda, genitales, pies) mostraron indicadores en el Dibujo de la Figura Humana coincidentes con la lesión, pero no presentaron dichas conductas. De acuerdo a estos datos podemos decir que las lesiones visibles generan un mayor compromiso de los aspectos emocionales y conductuales lo que va a interferir en sus actividades del diario vivir.

En la observación y en el relato de los padres, todos los niños presentaron en alguna u otra medida temor, llanto ocultamiento y negación de la quemadura a partir del episodio de la lesión. Podemos decir que esto se debe a que los pacientes cursaron un proceso de internación teniendo en cuenta lo que ello implica (su cuerpo sufre agresiones: curaciones, limpieza, hidroterapia). La mayor dificultad en una internación radica en la dependencia que siente el niño en sus tareas ocupacionales. Este proceso puede ser corto si las quemaduras son de poca gravedad, pero muchas veces el tiempo se prolonga por la profundidad y la extensión de las mismas, debiendo realizarse injertos donde la zona donante también es parte de su cuerpo. Todo ello genera en el grupo familiar sentimientos de culpa y angustia por ser los encargados del cuidado del niño, trasladando al cumplimiento del tratamiento sentimientos de sobreprotección, como el ejemplo observado de exageración de los cuidados en las indicaciones dadas.

Las diferentes reacciones de los niños a estas situaciones dependerán de su desarrollo, de su edad y de las experiencias vividas anteriormente, y se verán reflejadas en su conducta en relación con el entorno y consigo mismo. Consideramos que la percepción de esta realidad provoca un impacto emocional e influye en la percepción de si mismo, esta última responde a su imagen corporal y fundamentalmente a los aspectos emocionales y conductuales que la construyen.

Otro dato importante es el ambiente en el que se encuentran los niños, se observaron

diferentes contextos socioeconómicos, ante la necesidad de concurrir a los hogares para efectuar las entrevistas. Las viviendas visitadas fueron de clase media/baja y baja, estas últimas presentaron condiciones desfavorables para sus moradores (hacinamiento, construcciones muy precarias, gran cantidad de animales domésticos, falta de servicios básicos como gas natural, cloacas y agua corriente) que sumado a una menor supervisión de los niños facilita y promueve los accidentes. Si bien la realidad socioeconómica que atraviesa esta población de estudio es difícil de modificar, desde Terapia Ocupacional y trabajando en interdisciplina con otros profesionales se puede asesorar a los padres de los niños que concurren al control pediátrico sobre los posibles factores de riesgo para evitar las lesiones por quemaduras o brindarles la información necesaria sobre las medidas preventivas y protectivas de este tipo de accidentes. A partir de los datos obtenidos consideramos que sería valioso poder visitar los domicilios en los casos de mayor riesgo (familias numerosas o viviendas muy precarias) trabajando junto con el Asistente Social en Prevención Primaria, de manera de brindar toda la información necesaria con ejemplos claros en el hogar para que se puedan mejorar las condiciones ambientales que provocan este tipo de accidentes.

A partir de todo lo que se pudo ver y pensar en este trabajo creemos que se pueden ampliar las implicancias desde la profesión, principalmente en lo que involucra a la Evaluación del niño quemado. Además de los aspectos preventivos mencionados anteriormente para evitar las quemaduras, sugerimos ampliar la entrevista del niño y su familia, indagando sobre los aspectos emocionales y conductuales del mismo.

Al realizar la búsqueda de un instrumento para evaluar estos aspectos no se encontró ninguna ficha de evaluación o cuestionario de los mismos en pacientes que sufrieron lesiones por quemadura o por otros mecanismos. Si se hallaron instrumentos desarrollados

para evaluar los aspectos emocionales y conductuales de la imagen corporal en trastornos alimentarios. Los estudios sobre alteraciones de la emoción a causa de la imagen corporal evalúan básicamente satisfacción/insatisfacción corporal, los instrumentos que nos sirven para evaluar este aspecto están descritos en Raich (2001) como la Escala de satisfacción de áreas corporales (Cash, 1990). El instrumento que valora los aspectos comportamentales de los trastornos de la imagen corporal específicamente es el Cuestionario de evitación a causa de la imagen corporal (Rosen y col., 1990, cit por Raich, 2001). Si bien estos instrumentos se refieren a trastornos y no a lesiones como una quemadura, se tomó como referencia a los mismos para la construcción de la entrevista. Por otra parte, se debe tener en cuenta que estos instrumentos (evaluación de aspectos emocionales y conductuales de la imagen corporal en trastornos alimentarios) fueron creados recientemente. Por ello creemos conveniente, a partir de este trabajo, plantear la posibilidad de desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación para los niños que sufren quemaduras, que permitan una recolección más exhaustiva de los aspectos mencionados y contribuir de alguna manera a la normatización de la evaluación en esta patología.

Al comenzar este trabajo se observó que desde Terapia Ocupacional la evaluación y el tratamiento de los pacientes pediátricos quemados se basa fundamentalmente en los aspectos físico/funcionales, lo cual tiene una importancia capital, ya que compromete el desempeño del niño en sus actividades del diario vivir. Pero la intención de este trabajo fue lograr una comprensión mayor de cuestiones poco estudiadas con los niños quemados, como son los aspectos emocionales y conductuales integrantes de la imagen corporal, propósito que pudo lograrse favoreciendo la mirada holística del paciente.

El uso de la encuesta permitió detectar la variación en los aspectos emocionales/conductuales de los niños quemados con el fin de realizar a futuro un mejor

abordaje en conjunto con Psicología y/u otras disciplinas, posibilitando el tratamiento de cada profesión desde su área específica y continuar favoreciendo la recuperación del niño y su familia con el mejoramiento de su calidad de vida.

También creemos importante ahondar sobre todas sus actividades ocupacionales (previas al incidente), sobre las condiciones ambientales y socioeconómicas de la familia de manera de poder conocer en mayor profundidad el caso, posibilitando también desde las actividades el mejor tratamiento.

Como futuros profesionales creemos que en esta población vulnerable el abordaje debe ser integral, se debe tener presente que este evento ocurre en un momento que irrumpe en su desarrollo, produciendo un corte transversal que impacta en muchas áreas de su vida (motora, social, afectiva, psicológica) y que falta mucho por hacer. En esta investigación surgieron nuevas ideas e interrogantes a partir de todo lo visto. Para la muestra se consideró un rango de edades que oscilaron entre los seis y los once años debido a que la expresión del dibujo en este lapso sería más homogénea en sus características. Pero en la recopilación documental y al entrar en contacto con los profesionales que trabajan en el área se pudo observar que el mayor número de niños con lesiones por quemadura que aparecía era el comprendido en una franja etárea de dos a cuatro años de edad. En dicha edad el niño al adquirir la locomoción independiente comienza a explorar el ambiente por lo que está vulnerable a sufrir accidentes, sobre todo en familias de condiciones socio-ambientales desfavorables. Se pasa así a otra nueva página que implica otros abordajes y muchas preguntas por clarificar.

Igual de interesante consideramos poder ampliar la interpretación de los dibujos (análisis del contenido) de estos pacientes, trabajando conjuntamente con Psicología para poder seguir abordando otros aspectos de importancia que surjan en post del beneficio del

desarrollo del niño. Estas son algunas ideas entre otras que si se desarrollan podrán enriquecer nuestra disciplina y contribuir a ampliar el conocimiento en esta temática. Es importante volver a reiterar algunas limitaciones que tuvo el estudio para tenerlas presentes al leer los resultados obtenidos, las cuales fueron: el escaso número de niños y el limitado material bibliográfico específico al tema.

Se concluye que los niños evaluados en mayor o menor grado manifestaron cambios en sus conductas y emociones, los cuales a su vez influirán de alguna u otra manera en la percepción de si mismo. Las localizaciones de quemaduras en áreas visibles del cuerpo (cuerpo cabelludo, rostro, manos) están directamente relacionadas con el aumento en las variaciones conductuales y emocionales de los niños. La observación de cada paciente fue durante un corto período de tiempo lo que no permite garantizar rotundamente los resultados. Igualmente se logró acercarnos más a la comprensión de lo que le ocurre al paciente quemado y su familia.

BIBLIOGRAFIA

GENERAL

- ACHAUER, Bruce. Atención del paciente quemado. México: Editorial Manual moderno, 1991. 289 p.: il.
- AJURIAGUERRA, J. de. Manual de Psiquiatría Infantil. Cáp. 11. 4º edición, Barcelona: Masson, 1993.
- BETTA, Juan C. Manual de Psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Universitaria, 1959. 228 p.
- CECCHI, Néstor H.; DONATTI, Marisel E. La Expresión Corporal, nuestro camino hacia la Imagen Corporal. Tesis para optar al título de Licenciatura en Terapia Ocupacional. Mar del Plata: Universidad Nacional de M.D.P., Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, 1991. 194 p.: il.
- DALE, Harris. El test de Goodenough. Revisiones, ampliaciones y actualizaciones. Capítulo 3 al 8. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1982.
- DE QUIROS, Julio y SCHRAGER, Orlando. Lenguaje, Aprendizaje y Psicomotricidad. p.16. Buenos Aires: Panamericana, 1997.
- FAUERBACH, James A. et al. Efectos de la insatisfacción de la imagen corporal temprana en posteriores ajustes psicológicos y físicos después de una lesión desfigurante. Department of Psychiatry, *Johns Hopkins Bayview Medical Center, Baltimore*. 14 de enero 2000. [PDF] DIC Mar del Plata (Hospital Privado de Comunidad). Journals @ Ovid <<http://www.dic.org.ar>> (Consulta: 20 de enero 2006).
- FERNÁNDEZ SAMPIERI, R. et al. Metodología de la investigación. México: McGraw/Hill Interamericana; 2º edición, 1998.
- GESELL, Arnold. Psicología Evolutiva de 1 a 16 años. Serie 1, Vol. 5. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1968.

- HAMMER, Emanuel F. Tests Proyectivos Gráficos. cap 1 y 3. Bs. As - Barcelona Editorial Paidós, 1982.
- KOPPITZ, Elizabeth M. El Dibujo de la Figura Humana en los niños. Buenos Aires: Editorial Guadalupe, 1976.
- KOTTKE, Frederic J. et al. Krusen-Medicina Física y Rehabilitación. Capítulo 50 p.1007-1024. 3° Edición, Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 1991.
- LOPEZ, Begonia P. et al. Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Capítulos: 15 y 16. Madrid: Editorial Panamericana, 2001.
- LOPEZ, Jorgelina; MASTROMARINO, Mariana; ROMERO J. Carolina. Psicosis e Imagen Corporal: la Integración de la Imagen Corporal, abordada a través de la Estimulación Psicomotriz, en pacientes psicóticos crónicos institucionalizados. Tesis para optar al título de Licenciatura en Terapia Ocupacional. Mar del Plata: Universidad Nacional de M.D.P., Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, 1996. 257 p.: il.
- MORAN, Christine A. Fisioterapia de la mano. Capítulo 1. Barcelona: Ed. J.I.M.S, 1990.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Prevención de accidentes y lesiones. Cap. 2. Nueva York, Oficina Sanitaria Panamericana. 1° edición 1993.
- PEREYRA, Carlos. Semiología y Psicopatología de los procesos de la esfera intelectual. Buenos Aires: Editorial Salerno, S/F. 341p.
- PIANAROLI, Dora. Terapia Ocupacional en el Tratamiento del Niño Gran Quemado. En: Segundo Congreso Argentino y I Conferencia Internacional de Quemaduras. Rosario, Santa Fe, Argentina, 1997. Mar del Plata, Hospital Interzonal

Especializado Materno Infantil, Sala de Terapia Ocupacional, 1997.

- PIANAROLI, Dora. Terapia Ocupacional y el proceso de Atención al Paciente Quemado. En: Cuarto Congreso Argentino y III Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Rosario, Santa Fe, Argentina, 1995. Mar del Plata, Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Sala de Terapia Ocupacional, 1995.
- PIANAROLI, Dora. La Cicatriz Hipertrófica - Programa de Rehabilitación en mano. En: Segundo Simposio Argentino de Terapia Ocupacional Pediátrico. Año 2000. Mar del Plata, Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Sala de Terapia Ocupacional, 2000.
- POLIT D. y HUNGLER B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4º edición, Editorial Interamericana McGraw - Hill, 1994.
- PORTUONDO, Juan A. La Figura Humana - Test proyectivo de Karen Machover. ; Madrid: Editorial Bibliotecas Nuevas S.L., 1997. P 158.:il
- REVISTA ARGENTINA DE QUEMADURAS. Buenos Aires: Órgano oficial de la *Fundación del Quemado*, año 4 / vol.4 N° 1-2 (abril - agosto), 1986.
- SALISBURY, R. et. al. Manual de Tratamiento en las quemaduras. Un planteamiento interdisciplinario. Barcelona: Salvat Editores S.A., 1986. 323 p.: il.
- SCHILDER, Paúl. Imagen y apariencia del cuerpo humano. p.15. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1958.
- SPACKMAN, Willard. Terapia Ocupacional. Rehabilitación del quemado. Capítulo 18, p. 691-705. 8º ED. Madrid: Editorial Medica Panamericana, 1998.
- TANTUTULA, Kimmo et al. Estado de salud después de la recuperación de una lesión por quemadura. *Departamento de Cirugía plástica, Unidad de quemados*,

Hospital Toolo, Helsinki, Finlandia. 1 de noviembre 1997. [PDF] DIC Mar del Plata (Hospital Privado de Comunidad). Journals @ Ovid <<http://www.dic.org.ar> > (Consulta: 20 de enero 2006).

- WAPNER, Seynour et al. El percepto del cuerpo. 1º edición, Buenos Aires: Editorial Paidós, 1969. 115 p.

PÁGINAS CONSULTADAS DE INTERNET

- Pontificia Universidad Católica de Chile y COANIQUEN. Corporación de ayuda del niño quemado
<http://www.uc.cl/sw_educ/ninoquemado/html/mod1/criterios.html > (Consulta: 3 de octubre 2005)
- Pontificia Universidad Católica de Chile y COANIQUEN. Corporación de ayuda del niño quemado.
<http://www.uc.cl/sw_educ/ninoquemado/html/mod1/introduccion.html > (Consulta: 3 de octubre 2005)
- Pontificia Universidad Católica de Chile y COANIQUEN (Corporación de ayuda del niño quemado
<http://www.uc.cl/sw_educ/ninoquemado/html/mod2/sicologico/html > (10 de octubre 2005)
- Pontificia Universidad Católica de Chile y COANIQUEN. Corporación de ayuda del niño quemado
<http://www.uc.cl/sw_educ/ninoquemado/html/mod2/social/html > (Consulta: 10 de octubre 2005)
- Disc@pnet Salud y discapacidad. Viviendo con Quemados.<
<<http://salud.discapnet.es/enfermedades+discapacitantes/quemados/viviendo+con.htm> > (Consulta: 12 de octubre)

- http://www.uned.es/ca-tudela/revista/n002/baile_ayensa.htm (Consulta 20 de marzo 2006)
- <http://pubmed.gov> (Consulta: 16 de diciembre 2006)
- <http://www.scielo.org> (Consulta: 16 de diciembre 2006)
- <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2280945> (Consulta 5 de febrero 2007)
- <http://www.umh.es/cpa/Libro/Capitulos/capitulo%204%20Taller%20de%20imagen%20corporal%20y%20alimentaci3n.doc> (Consulta 5 de febrero 2007)

ANEXOS

Mar de Plata, Noviembre de 2005.

**A La
Jefa Del Departamento De Terapia Ocupacional
Del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil.**

De nuestra mayor consideración:

Somos estudiantes avanzados de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad de Mar del Plata. Hemos intentado llevar a cabo nuestra tesis de grado para obtener el título profesional. El objetivo de nuestro trabajo está orientado a determinar como es la imagen corporal según la localización de las quemaduras en los pacientes pediátricos.

Es por esta razón que nos dirigimos a usted con el motivo de solicitarle autorización, de ser posible para contar con la población de niños quemados que concurren a la Sala de Terapia Ocupacional que usted preside, y poder así realizar nuestro estudio. La posibilidad de contar con la autorización para llevar a cabo el trabajo sería de valiosísima importancia para nosotros.

Desde ya garantizamos el anonimato y la confidencialidad de los datos; de la misma manera que si fuera factible la realización del estudio, no interferir con las actividades que se desarrollan en dicho establecimiento y nuestra visita se realizaria en los días y horarios que usted estipule y además, comprometernos a una devolución de los resultados hacia la entidad.

Sin otro particular, agradeciendo desde ya la atención que preste a nuestro pedido. Saludamos a Ud. atentamente.

Chaves, Sandra
DNI 24.914.689

Comatto, Mariela
DNI 25.265.903

Gallinares, Lucas
DNI 24.914.823

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR
EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

TITULO DEL ESTUDIO:

Una perspectiva de Terapia Ocupacional en la Evaluación de la imagen corporal del niño quemado.

INVESTIGADORES: Chaves, Sandra. Estudiante avanzado de Lic. en T.O.
U.N.M.D.P.
Comatto, Mariela. Estudiante avanzado de Lic. en T.O.
U.N.M.D.P.
Gallinares, Lucas. Estudiante avanzado de Lic. en T.O.
U.N.M.D.P.

OBJETO:

Analizar como es la imagen corporal según la localización de las quemaduras en pacientes pediátricos.

PROCEDIMIENTOS:

Si consiento en participar:

- 1- Responderé preguntas sobre la historia de la enfermedad de mi hijo/a.
- 2- Permitiré que mi hijo/a realice una sesión de juego donde se le pedirá el dibujo de la figura humana y se le realizarán preguntas sobre el mismo.

CONFIDENCIALIDAD:

Toda la información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será usada solo a los efectos de investigación. Mi identidad será mantenida en el anonimato.

DERECHO A REHUSAR O ABANDONAR:

Mi participación en el estudio es enteramente voluntaria y soy libre de rehusar a tomar parte o a abandonar en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO:

Consiento en participar en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que me lo lean.

FIRMA:

FECHA:

FIRMA DEL INVESTIGADOR:

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil. Dr. Victorio Tettamanti.
Sala de Terapia Ocupacional. Mar del Plata. Bs.As.

**"UNA PERSPECTIVA DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA EVALUACION DE
LA IMAGEN CORPORAL DEL NIÑO QUEMADO".**

- Test del dibujo de la Figura Humana --

Nº de caso:

Paciente (iniciales):

Fecha:

Nombre del investigador:

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil. Dr. Victorio Tettamanti.
Sala de Terapia Ocupacional. Mar del Plata. Bs.As.

**Encuesta estructurada dirigida a los padres y/o tutores sobre los aspectos
emocionales y conductuales en el niño quemado**

Fecha.....

Apellido y Nombre del niño (iniciales).....

Edad del niño.....

Sexo.....

Fecha de ingreso.....

Localización de la quemadura.....

Extensión de la quemadura.....

Profundidad de la quemadura.....

Secuela funcional: (amputación, limitación articular).....

Nota: los datos precedentes se recopilan de las historias clínicas.

Nro de caso:

Después del accidente de su hijo, ¿usted nota algunos de estos cambios?

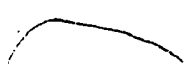
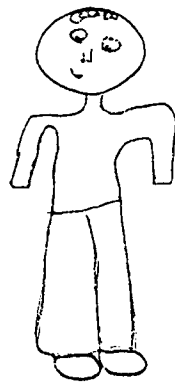
	Siempre	A veces	Nunca
- (Ansiedad) ¿Lo nota inquieto, cambia continuamente de actividad o de juguetes?.....
- (Agresividad) ¿Insulta, golpea, ataca a otros niños?.....
- (Rechazo al tratamiento) ¿Cumple con las indicaciones para el cuidado de la cicatriz?.....
- (Hipobulia) ¿Juega poco, permanece la mayor parte del tiempo quieto? ¿Realiza pocas actividades?.....
- (Negación)¿Oculta la quemadura?.....
- (Aislamiento) ¿Presenta actitudes como no hablar o no acercarse a otras personas?.....
- (Disgusto) ¿Lo nota enojado, fastidiado?.....

Aclaración:

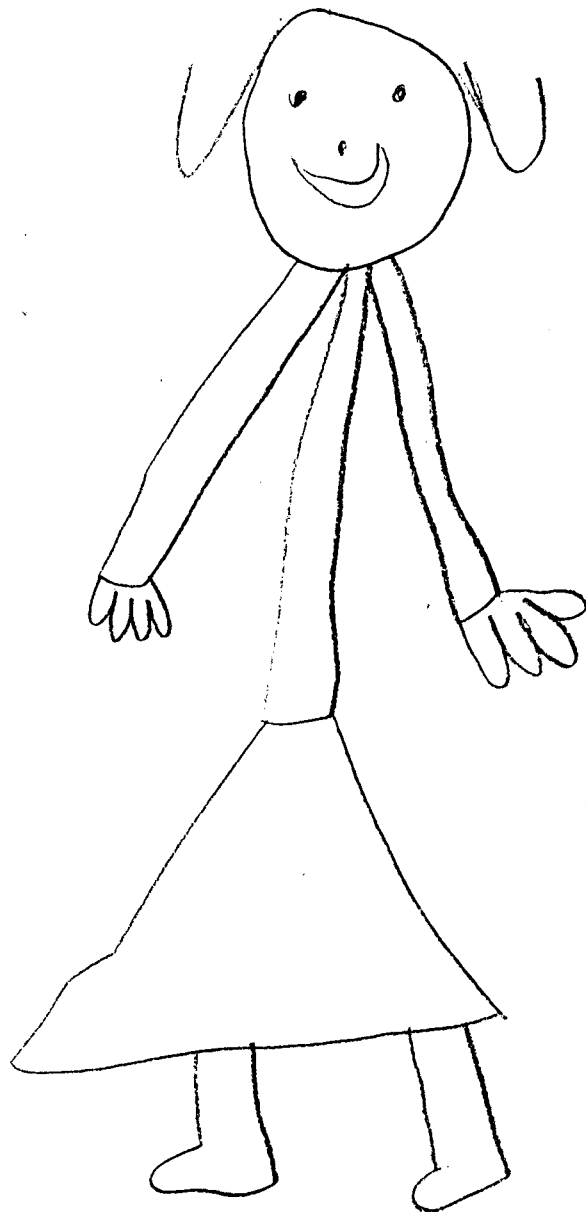
- **SIEMPRE:** su hijo siempre responde de esta manera, 100% del tiempo, luego del episodio de la lesión.
- **A VECES:** su hijo a veces responde de esta manera, un 50% del tiempo, luego del episodio de la lesión.
- **NUNCA:** su hijo nunca responde de esta manera, 0% del tiempo, luego del episodio de la lesión.

Desde ya ¡¡¡¡¡Muchas Gracias!!!! por su colaboración.

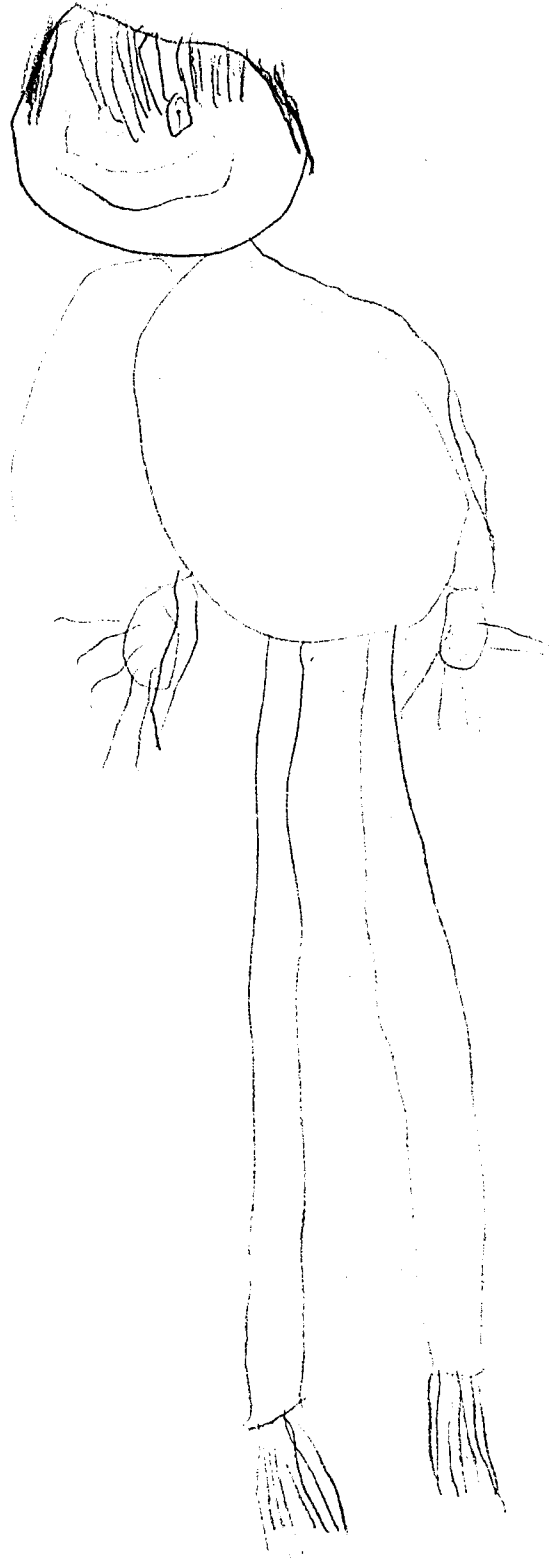
CASO 1



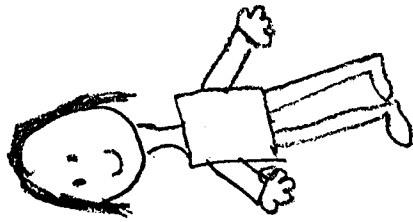
CASO 2



CASO 3



CASO 4



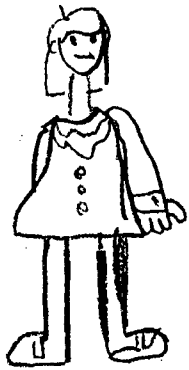
CASO 5



CASO 6



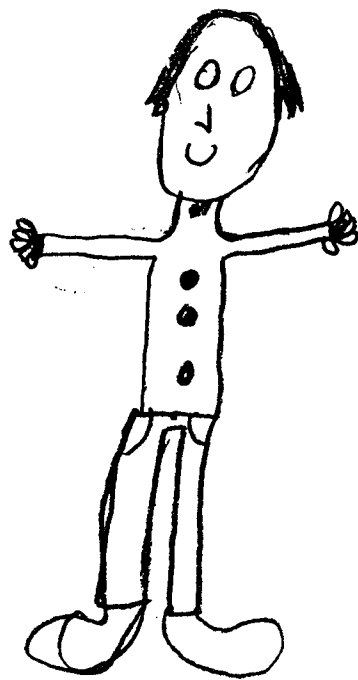
CASO 7



CASO 8



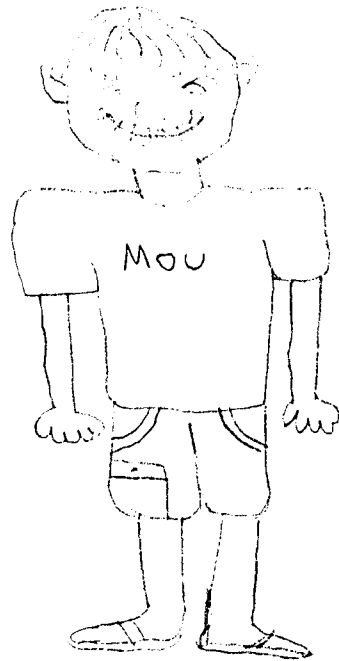
CASO 9



CASO 10

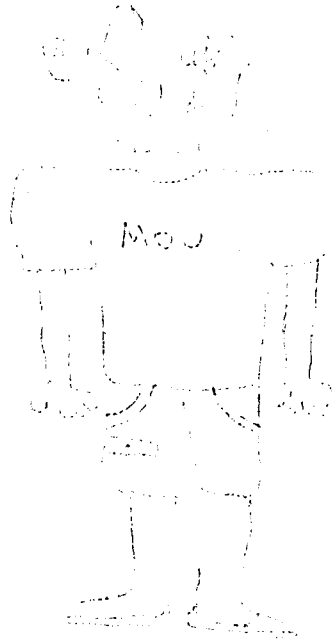


CASO 11



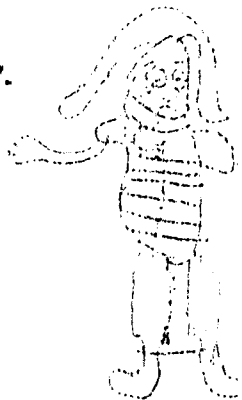
CASO 12





**"UNA PERSPECTIVA DE TERAPIA OCUPACIONAL
EN LA EVALUACION DE LA IMAGEN CORPORAL DEL NIÑO QUEMADO".**

Chaves S, Comatto M, Gallinares L.





DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223-4752442.

Jurado:

✓ Lic Campaigno Liliana

✓ Lic Campesi Alejo

✓ Lic Gomez Sandra

Fecha de Defensa: 26-10-07

Nota: 9 (muy)