

MARC

T-3198

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
 FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
 CARRERA DE PSICOLOGÍA

*[Handwritten signature]*  
 Dra. Sissi Garibay  
 Tribunal

*[Handwritten signature]*  
 Dr. Porfidio Tintaya C  
 TUTOR



*[Handwritten signature]*  
 Presidencia  
 Juan Pérez  
 TRIBUNAL

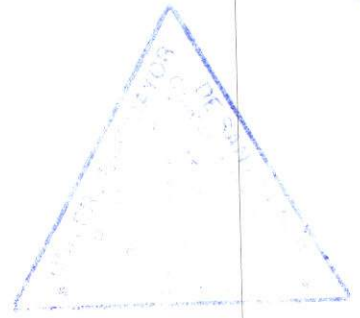
TESIS DE GRADO  
 IMAGEN CORPORAL, AUTOCONCEPTO Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON  
 SECUELAS DE QUEMADURA ATENDIDOS EN LA FUNDACIÓN PRO-CENTRO DEL  
 QUEMADO (FUND ACCIÓN)

216 h.

Postulante: Raúl Ernesto Arancibia Benavides  
 Tutor: Dr. Porfidio Tintaya Condori Ph. D.

TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN  
 PSICOLOGÍA

La Paz- Bolivia  
 2014



Tesis 3198

### *Agradecimientos*

*Agradezco a mi familia por su constante apoyo a lo largo de este recorrido, a los docentes guías y al personal universitario que me permitieron construir un nuevo saber...*

## INDICE

Introducción .....	12
Capítulo I	
PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	16
1. Área Problemática .....	16
1.1 Marco de hechos. ....	17
1.2 Marco de investigaciones. ....	21
2. Problema de Investigación .....	26
2.1 Planteamiento del problema. ....	26
2.2 Formulación del problema. ....	27
2.2.1 <i>Pregunta fundamental.</i> ....	27
2.2.2 <i>Preguntas complementarias.</i> ....	27
3. Objetivos de Investigación .....	28
3.1 Objetivo general. ....	28
3.2 Objetivos específicos. ....	28
4. Hipótesis.....	29
4.1 Hipótesis fundamental. ....	29
4.2. Hipótesis complementarias. ....	29
5. Justificación .....	29
Capítulo II	
MARCO TEÓRICO.....	31
1. Imagen Corporal .....	31
1.1 Definiciones sobre imagen corporal. ....	31
1.2 Modelo teórico sobre la imagen corporal (Cash, 2011). ....	34
1.2.1 <i>Influencias históricas y del desarrollo.</i> ....	35
1.2.2 <i>Las actitudes sobre la imagen corporal.</i> .....	40
1.2.3 <i>Eventos y procesos próximos.</i> ....	41
1.3 Imagen corporal y adolescencia. ....	43
1.3.1 <i>Principales problemáticas asociadas a la imagen corporal en la adolescencia</i> .....	43
1.3.2 <i>Factores relacionados con el desarrollo de la imagen corporal en la adolescencia</i> ...	45
2. Autoconcepto .....	52

2.1 Antecedentes históricos sobre la noción de “autoconcepto” .	52
2.2 La concepción unidimensional y la concepción multidimensional del autoconcepto.	54
2.3 Dimensiones del autoconcepto.	56
2.3.1 Autoconcepto académico.	57
2.3.2 Autoconcepto social.	57
2.3.3 Autoconcepto familiar.	58
2.3.4 Autoconcepto físico.	58
2.3.5 Autoconcepto emocional.	59
2.4 El autoconcepto en la adolescencia.	59
3. La Depresión Infanto Juvenil	60
3.1 Definición y criterios diagnósticos.	61
3.2 Criterios evolutivos sobre los síntomas depresivos.	63
3.3 Etiología y factores de riesgo.	64
3.3.1 Correlatos biológicos.	65
3.3.2 Correlatos psicológicos.	66
3.3.3 Factores situacionales y sociales.	69
3.3.4 Curso de la depresión infanto-juvenil.	70
4. Definición de Quemaduras.	70
4.1 Quemadura de Primer Grado	72
4.2 Quemadura de Segundo Grado	72
4.3 Quemadura de Tercer Grado	73
Capítulo III	
METODOLOGÍA	74
1. Diseño de Investigación	75
2. Variables	75
2.1 Definición conceptual.	76
2.1.1 Imagen corporal.	76
2.1.2 Autoconcepto.	76
2.1.3 Depresión.	76
2.2 Definición operacional.	77

<b>3. Población y Sujetos.....</b>	<b>99</b>
<b>4. Técnicas e Instrumentos de Investigación.....</b>	<b>101</b>
<b>4.1 Ficha de datos personales. ....</b>	<b>101</b>
<b>4.2 Guía de entrevista. ....</b>	<b>102</b>
<b>4.3 Técnica de composición. ....</b>	<b>103</b>
<b>4.4 Cuestionario sobre la percepción de las secuelas de quemadura.....</b>	<b>104</b>
<b>4.5 Cuestionario de autoconcepto AF-5 García-Musitu. ....</b>	<b>104</b>
<b>4.6 Inventario de depresión infantil de María kovacs (CDI). ....</b>	<b>105</b>
<b>4.7 Consentimiento informado. ....</b>	<b>107</b>
<b>5. Ambiente de Investigación.....</b>	<b>108</b>
<b>6. Procedimiento.....</b>	<b>108</b>
<b>Capítulo IV</b>	
<b>PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>110</b>
<b>1. Resultados Descriptivos.....</b>	<b>110</b>
<b>1.1 Imagen corporal. ....</b>	<b>110</b>
<b>1.1.1 Evaluación de la apariencia física. ....</b>	<b>111</b>
<b>1.1.1.1 Tipos de evaluación. ....</b>	<b>111</b>
<b>1.1.1.2 Tipos de respuestas. ....</b>	<b>113</b>
<b>1.1.1.3 Significados sobre la presencia de la quemadura en el cuerpo. ....</b>	<b>114</b>
<b>1.1.2 Satisfacción con la apariencia. ....</b>	<b>120</b>
<b>1.1.2.1 Percepción del atractivo. ....</b>	<b>120</b>
<b>1.1.2.2 Agrado y bienestar con la apariencia física. ....</b>	<b>121</b>
<b>1.1.2.3 Grado de relevancia de la apariencia física. ....</b>	<b>122</b>
<b>1.1.2.4 Afecto depresivo- sentimientos de tristeza asociados a la apariencia física.....</b>	<b>124</b>
<b>1.1.2.5 Expectativas de cambio y recuperación. ....</b>	<b>125</b>
<b>1.1.2.6 Aceptación de la secuela de quemadura. ....</b>	<b>126</b>
<b>1.1.3 Percepción de la valoración social sobre su apariencia física. ....</b>	<b>129</b>
<b>1.1.3.1 Tipos de valoraciones. ....</b>	<b>129</b>
<b>1.1.3.2 Reacciones emocionales y conductuales producidas en las personas. ....</b>	<b>131</b>
<b>1.1.3.3 Preocupación sobre la valoración negativa y sobre el rechazo social.....</b>	<b>135</b>
<b>1.1.4 Estrategias compensatorias. ....</b>	<b>137</b>

<b>1.2 Autoconcepto.</b> .....	<b>141</b>
<i>1.2.1 Autoconcepto global.</i> .....	<b>141</b>
<i>1.2.2 Dimensiones del autoconcepto</i> .....	<b>142</b>
<i>1.2.2.1 Nivel de autoconcepto académico.</i> .....	<b>142</b>
<i>1.2.2.2 Nivel de autoconcepto social.</i> .....	<b>143</b>
<i>1.2.2.3 Nivel de autoconcepto emocional.</i> .....	<b>143</b>
<i>1.2.2.4 Nivel de autoconcepto familiar.</i> .....	<b>143</b>
<i>1.2.2.5 Nivel de autoconcepto físico.</i> .....	<b>144</b>
<i>1.2.2.6 Comparación de las medias de los puntajes del autoconcepto.</i> .....	<b>145</b>
<i>1.2.3 Análisis de fiabilidad de la prueba autoconcepto AF-5 de García- Musitu.</i> .....	<b>146</b>
<b>1.3 Depresión.</b> .....	<b>147</b>
<i>1.3.1 Puntajes de depresión.</i> .....	<b>147</b>
<i>1.3.2 Análisis de fiabilidad del test de depresión de kovac.</i> .....	<b>148</b>
<b>2. Análisis Relacional de las Variables Imagen Corporal, Autoconcepto y Depresión</b> .....	<b>148</b>
<b>2.1 Relaciones autoconcepto-imagen corporal.</b> .....	<b>149</b>
<i>2.1.1 Autoconcepto global-imagen corporal.</i> .....	<b>149</b>
<i>2.1.1.1 Autoconcepto global- Rasgo negativo de apariencia.</i> .....	<b>149</b>
<i>2.1.1.2 Autoconcepto global - bienestar/malestar con la apariencia física (Imagen corporal-Satisfacción con la apariencia física).</i> .....	<b>150</b>
<i>2.1.2 Relaciones autoconcepto académico- imagen corporal</i> .....	<b>151</b>
<i>2.1.2.1 Autoconcepto académico-Sentimientos de tristeza asociados a la apariencia física (Imagen Corporal-Satisfacción con la apariencia física).</i> .....	<b>151</b>
<i>2.1.3 Relaciones autoconcepto social - imagen corporal</i> .....	<b>152</b>
<i>2.1.3.1 Autoconcepto social- bienestar/malestar con la apariencia física.</i> .....	<b>152</b>
<i>2.1.3.2 Autoconcepto social-malestar con algún aspecto de la apariencia (imagen corporal-Satisfacción con la apariencia física).</i> .....	<b>153</b>
<i>2.1.3.3 Autoconcepto social-sentimientos de tristeza asociados a la apariencia física</i> .....	<b>153</b>
<i>2.1.4 Relaciones autoconcepto emocional - imagen corporal</i> .....	<b>154</b>
<i>2.1.4.1 Autoconcepto emocional-Obstáculo a superar (Evaluación de la apariencia física-significados sobre la secuela de quemadura).</i> .....	<b>154</b>

2.1.5 Relaciones autoconcepto familiar-imagen corporal. ....	155
2.1.5.1 Autoconcepto familiar-Rasgo negativo de apariencia para pares de sexo opuesto. .	156
2.1.5.2 Autoconcepto familiar-aceptación de la secuela de quemadura. ....	156
2.1.5.3 Autoconcepto familiar-percepción de rechazo de los pares del sexo opuesto a partir de la apariencia física. ....	157
2.1.5.4 Autoconcepto Familiar-Compasión/lástima (Sub-dimensión de Percepción de la valoración social). ....	158
2.1.6 Relaciones autoconcepto físico- imagen corporal. ....	159
2.1.6.1 Autoconcepto físico-Malestar con alguna área de la apariencia física propia ...	159
2.1.6.2 Autoconcepto Físico-Relevancia que se otorga a la Apariencia Física propia ...	160
2.2 Depresión-imagen corporal. ....	162
2.2.1 Depresión-rasgo negativo de apariencia. ....	162
2.2.2 Depresión -bienestar/malestar con su apariencia física. ....	162
2.2.3. Depresión-percepción de reacciones de asco en la valoración social. ....	164
2.2.4 Depresión –admiración/sorpresa. ....	165
2.2.5 Depresión y percepción de rechazo a partir de la apariencia física. ....	165
2.2.6. Depresión-preocupación por la valoración social negativa. ....	166
2.3 Autoconcepto- depresión. ....	167
2.3.1 Autoconcepto global y depresión.....	167
2.3.2 Depresión-autoconcepto social. ....	168
2.3.3 Depresión-autoconcepto físico. ....	169
2.3.4 Depresión - nivel de atractivo físico. ....	170
3. Análisis de casos.....	170
3.1 Caso Aldo. ....	171
3.2 Caso Lola. . ....	173
3.3 Caso Viki. . ....	177
3.4 Caso Richard. . ....	179
4. Análisis Global.....	182
Capítulo V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	188
1. Conclusiones del Estudio.....	188

<b>2. Recomendaciones</b> .....	<b>191</b>
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	<b>194</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>201</b>
<b>Anexo A1 Consentimiento informado para los padres de los adolescentes</b> .....	<b>202</b>
<b>Anexo A2 Consentimiento informado para los adolescentes</b> .....	<b>204</b>
<b>Anexo A3 Guía de entrevista</b> .....	<b>206</b>
<b>Anexo A4 Técnica de composición</b> .....	<b>208</b>
<b>Anexo A5 Cuestionario Semi-estructurado</b> .....	<b>209</b>
<b>Anexo A6 Cuestionario de Autoconcepto AF-5</b> .....	<b>210</b>
<b>Anexo A7 Inventario de depresión infantil (CDI)</b> .....	<b>213</b>
<b>Anexo B Carta Institucional de autorización para realización de tesis</b> .....	<b>216</b>



## Introducción

La presente investigación busca comprender las repercusiones subjetivas más importantes de las lesiones por quemadura y sus secuelas en el cuerpo en la población adolescente. De esta manera, el objeto de investigación es la relación entre Imagen Corporal, Autoconcepto y Depresión en adolescentes con secuelas de quemadura atendidos en la Fundación Pro Centro del Quemado (Fund Acción) de la ciudad de La Paz.

Por su parte, la imagen corporal, el autoconcepto y la depresión, son constructos teóricos ampliamente estudiados en la psicología por sus correlatos e implicaciones a nivel cognitivo, afectivo y conductual. Las primeras dos son fundamentales en la construcción de la personalidad y el *sí mismo*. Por otro lado, las tres variables inciden en el bienestar psicológico y en la calidad de vida de los seres humanos.

Las principales consecuencias psicosociales que sufre la población con secuelas de quemadura, se relacionan con la construcción de la imagen corporal, la percepción y evaluación de uno mismo, así como la presencia de diferentes reacciones afectivas, como los sentimientos de tristeza, la insatisfacción con la apariencia, que en ciertos casos conllevan a cuadros clínicos de relevancia, como la depresión.

En lo que respecta a la imagen corporal, se indagan las vivencias singulares de los adolescentes con secuelas de quemadura sobre su imagen corporal, la interpretación y producción de sentidos sobre sus secuelas de quemadura, los sentimientos y valoraciones acerca de su apariencia física, así como las estrategias cognitivo comportamentales utilizadas para hacer frente al malestar emocional.

Por otro lado, se identifican las percepciones y representaciones de *sí mismos* (autoconcepto) de los adolescentes con secuelas de quemadura, tanto a nivel social, académico, emocional, familiar y físico, como a nivel global. También se estudia la posible presencia de síntomas depresivos, su intensidad de manifestación, posibles niveles de riesgo y casos sobre los que se requiera una atención oportuna.

Finalmente, se establecen las formas particulares en que se relacionan estas variables en la población de estudio, por ejemplo: las expresiones de la imagen corporal en sujetos con niveles altos o bajos de autoconcepto, en cuadros con puntajes críticos o no críticos de depresión.

El enfoque teórico de referencia se centra en los aportes de la corriente cognitivo-comportamental sobre las variables de estudio, que son leídos desde criterios evolutivos particulares de la adolescencia.

En cuanto a la imagen corporal, se sigue un enfoque interpretativo para el abordaje de los sentidos y significados que efectúan los adolescentes sobre su cuerpo y su apariencia física, además del modelo teórico sobre la imagen corporal planteado por Thomas Cash (2011), desde la perspectiva cognitivo-comportamental.

El estudio del autoconcepto se basa en el modelo multidimensional y jerárquico propuesto por Shavelson, Hubner y Stanson (1976), ampliamente investigado y justificado en el ámbito científico. Asimismo, se considera el modelo pentadimensional del autoconcepto propuesto por Fernando García y Gonzalo Musitu (1999, 2001, 2011), que ha recibido apoyo empírico en ámbitos tanto europeos como latinoamericanos.

El abordaje de los fenómenos clínicos de la depresión, se basa en las referencias diagnósticas propuestas por las clasificaciones internacionales (CIE-DSM), con los criterios específicos acerca de sus formas de manifestación en la niñez y en la adolescencia. De la misma manera, se consideran los postulados sobre la depresión infanto-juvenil realizados desde criterios evolutivos, los factores de riesgo para su desarrollo, así como sobre su curso, modos de manifestación clínica, las diferencias con la depresión en adultos.

La estrategia metodológica utilizada es el diseño de investigación transversal correlacional, que permitió identificar las principales manifestaciones, propiedades y relaciones de las variables de estudio.

En esta investigación se utilizaron técnicas cualitativas y cuantitativas en la recolección de datos. Para el estudio de la imagen corporal, se realizaron entrevistas abiertas, y se aplicaron una técnica de composición y un cuestionario semi-estructurado sobre los significados y percepciones de las secuelas de quemadura. Con base en los resultados obtenidos, se construyeron distintas categorías de análisis sobre las dimensiones de la imagen corporal. Por otro lado, para el estudio de las variables Autoconcepto y Depresión, se emplearon pruebas cuantitativas, como son el cuestionario de Autoconcepto AF-5 de García y Musitu (1999) y el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de María Kovacs.



## **Capítulo Uno**

### **Problema y Objetivos de Investigación**

#### **1. Área problemática**

La presente investigación tiene como objeto de estudio la relación entre Imagen Corporal, Autoconcepto y Depresión en adolescentes con secuelas de quemadura atendidos en la Fundación Pro-Centro del Quemado (Fund Acción).

Este estudio se realizó en las instalaciones de la Fundación Pro-Centro del Quemado, ubicada en la Plaza Isabel La Católica, en la zona de Sopocachi de la ciudad de La Paz.

La Fundación Pro-Centro del Quemado es una institución privada sin fines de lucro creada en 1975. Esta institución acoge aquellas problemáticas de salud relacionadas con el ámbito de las quemaduras y las deformidades congénitas y/o adquiridas, en lo que corresponde a la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la investigación y la formación de recursos humanos.

Como antecedentes del trabajo institucional de ésta Fundación se destaca su participación en la creación de los servicios de cirugía plástica y quemados en el Hospital del Niño (1975) y Hospital de Clínicas (1977), en la creación del servicio de Fisura Labiopalatina del Hospital San Gabriel (1982), del Instituto de Cirugía Plástica y Quemados en la ciudad de La Paz, que funcionó bajo su responsabilidad de 1993 a 1998.

De la misma forma, esta institución participó en varias investigaciones sobre la epidemiología y la oferta de servicios de atención de las quemaduras en el contexto nacional (1991, 1993, 1995, 2005-2006), con el objetivo de identificar la magnitud del problema y estructurar redes de atención médicas, coordinadas con el Sistema Nacional de Salud.

Actualmente esta fundación ofrece los siguientes servicios: cirugía plástica y reconstructiva, curaciones por enfermería, rehabilitación física (fisioterapia), abordaje psicológico, psicopedagógico e intervenciones familiares a través de trabajo social.

El trabajo de campo se efectuó durante la gestión 2012 y a comienzos de la gestión 2013, momento en que la Fundación Pro Centro del Quemado cursaba un proceso de reestructuración interna y de expansión de sus instalaciones y servicios a la zona de Alto Irpavi, debido principalmente a la construcción del Centro de Rehabilitación para personas con secuelas de quemadura.

### **1.1 Marco de hechos.**

El área problemática de este estudio se encuentra en el ámbito de la salud pública, concretamente el área de la salud mental asociado a la temática de las quemaduras.

De esta forma, la presente investigación trata sobre las repercusiones psicológicas de vivir con secuelas o desfiguraciones físicas derivadas de accidentes de quemadura, específicamente la relación entre las variables imagen corporal, autoconcepto y depresión en la población de adolescentes con secuelas de quemadura atendidos en la Fundación Pro-Centro del Quemado de la ciudad de La Paz.

El acercamiento inicial a la problemática de las personas con secuelas de quemadura atendidas en dicha Fundación, ayudó a identificar algunos de los aspectos subjetivos involucrados en su proceso de rehabilitación. A partir de esos datos, se formalizaron las variables de estudio y la población específica.

En Bolivia y en el mundo entero, las quemaduras constituyen un problema que incide notablemente en la salud pública. Este fenómeno afecta severamente a miles de personas, tanto a los propios pacientes, a sus familias, como al sistema de salud en general. Sus efectos son considerados como un importante contribuyente a la carga mundial de enfermedad (OMS, 2008, p.81), además de tener altas tasas de mortalidad.

Las consecuencias a largo plazo y la discapacidad resultante en muchos casos, pueden representar grandes dificultades para los sujetos involucrados. Por ejemplo, las quemaduras relacionadas con el fuego constituyen las principales causas de años de vida perdidos por discapacidad en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2008, p.80). Un estudio realizado en países de bajos ingresos muestra que el 49% de los niños afectados por quemaduras sufrieron algún tipo de discapacidad, de ellos el 8% se vio afectado por una discapacidad física permanente (OMS, 2008, p.83).

En muchos casos, también se encuentran involucradas otras problemáticas psicosociales asociadas a la hospitalización y al largo proceso de rehabilitación, como la pérdida de clases en la escuela, el posible desempleo y rechazo social (OMS, 2008, p.84).

El impacto en las familias y las comunidades se produce, entre otros aspectos, por los elevados costos económicos del tratamiento y de las cirugías, lo que por su parte también representa una pesada carga económica asumida por los servicios de salud (OMS, 2008, p.84).

El informe mundial de la OMS (2008) sobre prevención de lesiones en niños expresa que aproximadamente el 10% de las muertes por lesiones no intencionadas se deben a quemaduras por incendio (OMS 2008: 80). El 2004 hubo más de 310.000 muertes en el mundo a causa de las quemaduras relacionadas con incendios, de las cuales aproximadamente un 30% eran personas menores de 20 años. En esta lógica, se calcula que murieron alrededor de 11 niños/as y adolescentes cada hora, 260 cada día, llegando a cerca de 96.000 muertes (OMS, 2008, p.80).

De acuerdo con este informe, los bebés tienen las tasas más altas de mortalidad, mientras que los sujetos de edades comprendidas entre 10 y 14 años tienen las tasas más bajas. El índice de mortalidad sube otra vez en el rango de 15 a 19 años, probablemente debido a mayor exposición, a la búsqueda de nuevas experiencias y/o a asumir riesgos, o tal vez porque algunos están comenzando el empleo (OMS 2008: 81). A su vez, las quemaduras constituyen el único tipo de lesiones no intencionales que tienen una mayor tasa de lesiones en mujeres que en hombres (OMS, 2008, p. 81).

En Bolivia la mortalidad producto de accidentes de quemadura representa el 10% de las muertes violentas. La tasa de mortalidad de pacientes quemados hospitalizados es de 2 por 400 pacientes (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, Fund Acción, 1991, en Pinto y Montoya, 2010, p.123).

Según el diagnóstico realizado por la Fundación Pro Centro del Quemado (2009) acerca de la situación epidemiológica y asistencial de las quemaduras en los años 2005 y 2006, en estos años se presentaron 2252 casos de pacientes con quemaduras atendidos en hospitales y centros de salud de las ciudades de La Paz y El Alto. De ellos, el 38.1 % fueron niños en edades comprendidas entre 1 y 4 años, el 13.3% fueron niños en edades entre 5 y 9 años y el 13,6 % niños y adolescentes entre 9 y 19 años. Es decir, el 70,3% de la casuística encontrada pertenece a la población infanto-juvenil, mientras que el porcentaje restante corresponde a personas adultas. También se identificó que el 53% de los casos, pertenece a sujetos de sexo masculino, mientras que el 47% a sujetos de sexo femenino (Fundación Pro Centro del quemado, Ministerio de Salud y Deporte, OMS, Universidad Gama Filho, 2009).

Las consecuencias que pueden resultar de las quemaduras a largo plazo son ampliamente descritas, principalmente ante la ausencia de programas de rehabilitación integral y coordinada (OMS, 2008, p.83). Entre ellas, las secuelas físicas, algunas permanentes para el resto de la vida,

los diferentes grados de discapacidad muchas veces asociados, así como sus consecuencias psicológicas.

Entre las consecuencias físicas a largo plazo más comunes, se encuentran: las cicatrices hipertróficas, las contracturas en profundidad, los queloides y, en muchos casos, la amputación de extremidades. Se dice que las cicatrices hipertróficas representan una de las consecuencias más importantes a largo plazo, que se producen en casi la mitad de los casos graves (Spurr y Shakespeare, 1999, en OMS, 2008, p.102).

Estas consecuencias físicas dependen de varios factores, entre ellos: la edad del niño, la parte del cuerpo afectada, la proporción de área de superficie corporal quemada, la duración del tiempo de la atención de una lesión, el tipo de atención aplicada, la realización de apósitos o desbridamiento (eliminación del tejido dañado), las complicaciones después de la quemadura (OMS, 2008, p.83).

De la misma forma, son varias las complicaciones psicológicas que se ven involucradas pasado el tiempo de la hospitalización, lo cual deja entrever el tipo de impacto a largo plazo de las quemaduras sobre la salud mental.

Desde esta perspectiva, sufrir una lesión por quemadura altera el transcurso biográfico de un sujeto (Franulic y González, 2000, p.40). Ya sea por la exposición a un accidente en el que se pone en riesgo la vida, situación experimentada la mayoría de las veces de un modo traumático (Gilboa, Friedman, Tsur, 1994, en Franulic y Gonzalez, 2000, p.40), como en las vivencias continuas de dolor y angustia, producto de las secuelas físicas y de la necesidad de participar en tratamientos prolongados. Un evento de tal magnitud irrumpe y transgrede violentamente el modo de funcionamiento particular de un sujeto en su medio social, generando un impacto en la dinámica familiar, así como en el relacionamiento interpersonal o desenvolvimiento escolar y laboral.

Ya en el periodo de hospitalización, se conocen diversos cuadros psiquiátricos como respuesta al impacto de la quemadura, entre ellos: trastornos de adaptación, depresión, psicosis, trastorno de estrés post-traumático (Taal, Faber, 1998, en Franulic y González, 2000, p.41). Por este motivo, se sugiere desarrollar estrategias de prevención que faciliten una mejor adaptación posterior.

Igualmente, las experiencias de dolor físico de las curaciones afectan notablemente la calidad de vida de los pacientes incidiendo en la posible presencia de ansiedad, estrés post-traumático,

fobias y aislamiento (OMS, 2008, p.83). Este aspecto se relaciona a su vez con el tipo de tratamiento y la severidad de las quemaduras, por ejemplo, los tratamientos invasivos pueden producir reacciones emocionales adversas. De acuerdo con Delgado, Moreno, Miralles y Gómez-Cía (2008), estos efectos estarían mediatizados por la psicopatología previa a las lesiones, los desórdenes psicológicos provocados por el accidente y las lesiones consecuentes (p.18). En este sentido, el dolor que provocan las heridas contribuye al malestar psicológico.

Una situación distinta, pero no menos preocupante, sucede después de la hospitalización, momento en que se sitúa la etapa de rehabilitación. En esta etapa, los sujetos deben enfrentar diferentes situaciones y demandas contextuales, muchas de ellas de alto valor estresante, como el retorno a las actividades laborales, la escuela, así como el requerimiento de varias cirugías y tratamientos extendidos.

Las investigaciones revelan que esta población puede manifestar depresión, ansiedad, miedo, así como alteraciones en la imagen corporal. Algunos autores, por ejemplo, describen que los problemas que resultan de desfiguraciones visibles en el rostro, pueden conducir a una baja autoestima, sobre todo en niños y adolescentes (Clark, A., 1999, en OMS, 2008, p.83). Este último aspecto, es uno de los factores que más puede incidir en el ajuste social a largo plazo.

En cuanto al ajuste psicosocial posterior al accidente, es ampliamente citado que las redes sociales contribuyen en este proceso, no sólo para los implicados, sino también para sus padres, principalmente las madres, quienes muchas veces se ven involucradas en experiencias del trastorno de estrés post-traumático (Rizzone et al. 1994; Kent King, Cochrane, 2000, en OMS, 2008, p.83).

Una salida más favorable a esta problemática es la que presentan algunos sujetos a través de diversos recursos subjetivos. Según el reporte mundial sobre prevención de lesiones en niños de la OMS (2008), los niños que sufren quemaduras cuando son jóvenes en muchos casos se vuelven resilientes adaptándose a la desfiguración con mayor facilidad que los afectados de forma similar durante la adolescencia. Por ejemplo, se pudo observar en un estudio en la India que solamente la población adolescente requería rehabilitación psicosocial (Ramakrishnan et al., 2004, en OMS, 2008, p.83).

Estos datos permiten entender que son varias las complicaciones psicológicas que se ven involucradas pasado el tiempo de la hospitalización, y específicamente en la población adolescente, entre ellas, las repercusiones en la imagen corporal y el sentimiento de sí mismo, la

pérdida de funcionalidad, el deterioro del sentimiento de valía, de la autoimagen, con consecuencias a nivel de la identidad personal y la posibilidad de manifestar diversos cuadros psicopatológicos.

## **1.2 Marco de investigaciones.**

Se han efectuado numerosos estudios con personas de diversos grupos etéreos (niños, adolescentes y adultos) que presentan secuelas de quemadura, debido al gran interés de la comunidad científica en el impacto psicológico de este tipo de lesiones.

Las primeras investigaciones se realizaron en la década de 1950 y estuvieron enfocadas a las reacciones psicológicas de niños con secuelas de quemadura, como el trabajo de Watson y Jhonson (1958) que describe las reacciones traumáticas de 5 niños con secuelas de quemadura. Asimismo, en la década de 1970 se publicaron investigaciones sobre las consecuencias psicológicas a largo plazo en la población infanto-juvenil (en Delgado y Moreno, 2010, p.18).

Los estudios efectuados desde la psicología se pueden organizar de acuerdo con el momento de la rehabilitación en que fueron realizados: en el periodo de hospitalización o después del alta médica. De la misma forma, se observan dos líneas de investigación: una que marca el papel de relevancia de la gravedad de la secuela de quemadura y del lugar donde ésta se presenta, y otra que otorga un valor particular a determinadas variables psicosociales que median en el impacto de la secuela de quemadura, como ser la imagen corporal y el grado de importancia atribuido a la misma en la economía subjetiva.

Según Delgado y Moreno (2010), los menores con quemaduras experimentan miedo y ansiedad durante la internación. Estas emociones estarían asociadas al dolor producido por las lesiones y las curaciones, a la gravedad de la quemadura y a la psicopatología previa (Delgado y Moreno, 2010, p.20). En muchos casos, estas reacciones se ven asociadas con el personal médico percibido como responsable del dolor experimentado (Delgado et al., 2008, Delgado y Moreno, 2010, p.18). Estos aspectos podrían generar complicaciones durante el proceso de rehabilitación y constituir un factor para la falta de adherencia al tratamiento.

Por otro lado, ha sido demostrada en varias ocasiones la relación entre mayor sintomatología emocional al momento del alta y dificultades posteriores en la adaptación, por ejemplo, Roca, Spence et al. evidenciaron que cuadros de trastornos de estrés post-traumático en personas con



quemaduras pueden verse asociados o evolucionar a depresiones en periodos posteriores (en Franulic y González, 2000, p.41).

En lo que respecta al proceso de rehabilitación, Franulic y González (2000) estudiaron la adaptación psicológica y social de 12 pacientes adultos con quemaduras en una superficie corporal de 20%. Los pacientes fueron evaluados al momento de ser dados de alta, al tercer y sexto mes a través del cuestionario tridimensional de personalidad de Cloninger, las escalas de Hamilton de ansiedad y depresión GHQ- 30 y un cuestionario de adaptación psicosocial. Se observó que nueve de ellos, presentaron durante la hospitalización algún trastorno psiquiátrico de acuerdo con criterios del DSM; al finalizar el seguimiento, dos de ellos tenían un trastorno de estrés postraumático y uno de ellos fobia al fuego. En la evaluación del tercer mes, ninguno presentó dolor permanente, pero la adaptación psicosocial presentó un ligero empeoramiento. A los 6 meses, ocho de ellos retornaron a su trabajo, dos permanecían en reposo y dos habían renunciado debido a que no deseaban retornar a su actividad.

Sobre esta etapa, también se ha estudiado la importancia de la personalidad y la psicopatología previa para el ajuste a la condición de la quemadura. Una adecuada adaptación está asociada a factores psicológicos, como la alta tolerancia a la frustración (Konigova, 1991), la tendencia a atribuir expectativas positivas de resultados como estilo de afrontamiento a los problemas (Blalock, 1992, Bunber, De Vellis, 1994), la tendencia a mantener los sentimientos de esperanza y confianza en otros (Roca, Spence, Munstser, 1992, Anderson, Maloney, Redland, 1993), la capacidad para lograr una adaptación social y vocacional estable previa a la lesión (Andreasen, Noyes, Hart Ford 1972, en Franulic y González, 2000, p.40). Desde esta perspectiva, se presenta al ajuste psicosocial previo a la lesión como el mejor predictor para la adaptación posterior, otorgándole un lugar de mayor relevancia que la severidad de la lesión (en Franulic y González, 2000, pp. 40-41).

En contraposición a esta última perspectiva, Xiao y Cai (1995) evaluaron los logros funcionales y ocupacionales en 86 personas gran-quemadas con distinto grado de superficie comprometida. Los resultados mostraron una tendencia no correlacionada estadísticamente de que es más frecuente el desempleo en personas con una mayor superficie corporal comprometida (Franulic y Gonzalez, 2000, p.41). En esta misma línea, un estudio realizado con niños quemados presentó que la magnitud de la respuesta al estrés se encuentra estrictamente

relacionada con la superficie total comprometida (Smith, Barcklay, Cuaba et al., 1997, en Franulic, Gonzalez, 2000, p.41).

Por su parte, Rivlin y Faraguer (2007) efectuaron un estudio sobre la situación afectiva de niños y adolescentes en el periodo posterior a la hospitalización, para lo cual estudiaron a 44 sujetos entre los 11 a los 16 años, que entre 3 y 14 años antes habían sufrido una quemadura. Los datos obtenidos evidencian que ciertas variables como la edad, el sexo, la superficie corporal quemada y la localización de la lesión, influyen pese al tiempo transcurrido desde el accidente en el funcionamiento social, la presencia de depresión y ansiedad (en Delgado y Moreno, 2010, p.18).

Thomas, Blakeney, Holzer y Meyer (2009) han investigado la presencia de alteraciones psicológicas en adolescentes que sufrieron quemaduras en la infancia. Los resultados muestran que el 52% de los adolescentes cumplían criterios de uno o más trastornos psiquiátricos y el 22 % fueron diagnosticados de dos o más trastornos co-mórbidos (en Delgado y Moreno, 2010, p.18).

Noronha y Faust (2007) a partir de estudios en población infantil refieren que son diversas las variables que influyen en el impacto psicológico de las quemaduras, entre ellas: la localización de la lesión, la superficie corporal quemada, las sensaciones de dolor experimentado, el ingreso en la unidad de cuidados intensivos, la edad y el funcionamiento psicológico premorbido (psicopatología previa y estilos de afrontamiento), la visibilidad de las secuelas, las variables socio-demográficas y familiares, el ajuste psicológico de los padres y el apoyo social (en Delgado y Moreno, 2010, pp.18-19).

Por otro lado, varios estudios revelan el carácter fundamental de la imagen corporal para el posterior ajuste psicosocial y la calidad de vida.

Corry, Pruzinsky y Rumsey (2009) destacan el papel fundamental de las variables relacionadas con la imagen corporal en el ajuste psicosocial de las quemaduras, entre ellas: la angustia por los cambios en la apariencia física. De la misma forma, identifican ciertas lagunas de conocimiento en el estudio de la imagen corporal y el funcionamiento social, partiendo del reconocimiento de la estrecha relación entre ambas variables (p.539).

Estos autores señalan que existe bastante evidencia empírica sobre el papel de la imagen corporal a corto y largo plazo, por ejemplo Pruzinsky (2004), manifiesta que la imagen corporal es la variable psicológica que en mayor medida puede influir a largo plazo en la calidad de vida en población médica (en Corry et al., 2009, p.539).

En esta lógica, la imagen corporal tiene un papel relevante en la adaptación a la desfiguración de la lesión por quemadura. Se afirma por ejemplo, que los sujetos que atribuyen mayor valor a la apariencia física, tienen más probabilidades de presentar resultados negativos en el ajuste a los cambios producidos por las cicatrices residuales y de otro tipo (Lawrence, Fauerbach y Thombs, 2006, en Corry et al., 2009, p.539).

Otra variable importante de estudio es la depresión. En 2007, Thombs y sus colegas, efectuaron una investigación centrada en el ajuste a largo plazo, en un tiempo promedio de 7.3 años desde la lesión por quemadura. En este tiempo, evaluaron los niveles de depresión, la imagen corporal y la función física en 224 sobrevivientes de quemaduras en busca de cirugía reconstructiva. Se encontró que el 46 % de los sujetos presentó al menos síntomas leves de depresión, y que el factor predictivo más importante para la depresión, fue la insatisfacción con la imagen corporal (Fauerbach et al., 2002, en Corry et al, 2009, p.540).

En este estudio, la depresión no se asoció directamente con la presencia de lesiones faciales, con el tamaño de la quemadura, o la edad del paciente. De acuerdo con Corry, Pruzinsky y Rumsey (2009), este estudio pone de relieve el “efecto único y poderoso de la insatisfacción con la imagen corporal en la calidad de vida de los sobrevivientes de quemaduras, de forma independiente del tamaño y la localización de la quemadura” (Corry et al, 2009, p.540).

Un estudio reciente sobre esta temática es el de Thombs et al. (2008), quienes realizaron un estudio longitudinal con 79 sujetos con quemaduras severas. Dichos sujetos fueron evaluados en tres momentos: durante la hospitalización, a los 6 y a los 12 meses después de ser dados de alta. Los instrumentos utilizados para tales fines fueron la SWAP (Escala de Satisfacción con la Apariencia), una subescala del BSRQ (Body Self Relations Questionary) que evalúa el grado de importancia atribuido a la imagen corporal y un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud. Se encontró que las quemaduras más extensas, localizadas en lugares de mayor visibilidad, fueron los predictores de niveles más altos de insatisfacción con la imagen corporal en sujetos de sexo femenino. Además, que el nivel de insatisfacción con la imagen corporal presente un año después del alta hospitalaria, fue el predictor más importante de la adaptación psicológica general en ese momento. Igualmente, se encontró que el grado de dificultad con la imagen corporal aumentó con el tiempo para las mujeres y para las personas con grandes quemaduras (Corry et al., 2009, p.540).

Este resultado que da cuenta de una diferencia de respuesta según el género, puede complementarse con las observaciones de Lawrence et al. (2006), quienes afirman que de acuerdo con el grado en que se valora el lugar del cuerpo donde se presenta la lesión por quemadura, hay mayores probabilidades de que el sujeto tenga dificultades para adaptarse a su lesión (Corry et al., 2009, p.540).

Corry et al (2009) sugieren para un desarrollo futuro en esta área de investigación la mezcla de diseños cuantitativos y cualitativos que expresen la diversidad de la experiencia individual, que debe ser reconocida y adecuadamente abordada en éste proceso. Asimismo, se recomienda considerar datos sobre la calidad de vida relacionada con la imagen corporal; el estudio de la imagen corporal a través de una serie de situaciones específicas (Cash, 2002), y la relación entre imagen corporal y funcionamiento sexual.

Estos autores también destacan que los estudios sobre imagen corporal en niños y adolescentes van detrás de los estudios realizados en población adulta, más aún en lo referido a las secuelas de quemadura. Por ello, enfatizan la necesidad de mayores estudios en esta área.

Mediante una revisión global sobre la temática de las quemaduras en el ámbito de la intervención psicológica, se encontraron estudios realizados desde diferentes enfoques. Desde la terapia sistémica: La narrativa como recurso terapéutico para disminuir los niveles de ansiedad en niños hospitalizados (Guzmán, 2006); Impacto de la intervención en crisis en la población infantil que ha sufrido quemadura (Martinez, Reyes y Meléndez, 2006). Desde el enfoque psicoanalítico: Duelo por la piel, Análisis del acompañamiento terapéutico como dispositivo psicoanalítico de intervención a niños hospitalizados por quemaduras (Ramirez, X., 2009).

Cerca de nuestro contexto se identificaron algunas investigaciones realizadas en pacientes con secuelas de quemaduras. En Perú el 2007, González estudió el nivel de auto-concepto en escolares con quemaduras en la etapa de hospitalización. La muestra estaba conformada por 17 escolares hospitalizados, en edades comprendidas entre los 6 y 12 años, que presentaban secuelas de quemadura de II y III grado. Como instrumento se utilizó la Escala de auto-concepto de Piers Harris. De acuerdo con los resultados de la investigación, el 47,1% de los casos obtuvo un autoconcepto global de nivel medio, el 58,8% un autoconcepto físico de nivel medio, el 52,9% un autoconcepto emocional medio, y el 58,8% un nivel de autoconcepto social medio. La autora sugiere que los niños evaluados se encuentran en un tránsito de aceptación de su nueva realidad y que poseen momentos de depresión y rechazo.

En Bolivia, la mayoría de las investigaciones sobre este tema se efectuaron en pacientes pediátricos y pacientes adultos, con pocos casos de estudio. Entre ellas, están: “Representación corporal de un niño con secuelas de quemadura” (Céspedes, 2000); “Modelo de evaluación cognitivo-comportamental de los esquemas de autoevaluación, expectativas y afrontamiento en niños con secuelas de quemadura” (Chávez, 2002); “Hipnosis para el control del dolor en pacientes con quemaduras” (Pinto y Montoya, 2010).

Como se puede observar, en Bolivia, hay pocas investigaciones sobre este tema, y ninguna en la población adolescente que incluya las variables imagen corporal, autoconcepto y depresión. Tal como lo sugieren algunos autores, en el presente estudio, se incorporan técnicas cuali-cuantitativas de investigación que faciliten la comprensión de las vivencias subjetivas de los adolescentes que presentan secuelas de quemadura.

## **2. Problema de Investigación**

### **2.1 Planteamiento del problema.**

Esta investigación busca comprender la manera en que repercute la presencia de secuelas de quemadura en el cuerpo en la imagen corporal, el autoconcepto y la depresión de los adolescentes de 12 a 18 años de edad atendidos en la Fundación Pro Centro del Quemado.

Es decir, entender la manera en que estos adolescentes construyen su imagen corporal y representan su cuerpo con secuelas de quemadura, los significados que otorgan a su apariencia física, así como la posible existencia de insatisfacción con la imagen corporal.

Igualmente, se identifican los niveles del autoconcepto global de los adolescentes con secuelas de quemadura, y de sus dimensiones: escolar/laboral, social, emocional, familiar y física.

Por otro lado, se busca determinar los puntajes de depresión que presentan estos adolescentes: puntajes no críticos (leves y moderados) de depresión, puntajes con probabilidad de riesgo de depresión y puntajes de riesgo de depresión.

Paralelamente, se establecen relaciones estadísticas entre las variables, para entender, por ejemplo, qué relaciones se presentan entre las diferentes dimensiones de la imagen corporal con los niveles altos, medios y bajos del autoconcepto y cómo se manifiestan estas dimensiones en puntajes críticos y no críticos de depresión. De la misma forma, precisar el sentido de la relación (positiva o negativa) entre las variables autoconcepto y depresión.

## **2.2 Formulación del problema.**

En este apartado se presentan las preguntas principales que orientan el desarrollo de la investigación, las cuales consideran las variables de forma descriptiva y relacional. De manera descriptiva, se abordan la imagen corporal y el autoconcepto en sus respectivas dimensiones, y la depresión en cuanto a la diferencia de puntajes críticos y no críticos. De manera relacional, se analizan las asociaciones estadísticas entre las variables.

### **2.2.1 Pregunta fundamental.**

¿Existe relación entre las variables Imagen corporal, Autoconcepto y Depresión en los adolescentes con secuelas de quemaduras atendidos en la Fundación Pro Centro del Quemado?

### **2.2.2 Preguntas complementarias.**

a. ¿Cómo se manifiesta la imagen corporal en los adolescentes con secuelas de quemaduras que fueron atendidos en la Fundación Pro Centro del Quemado?

- ¿Qué percepciones tienen los adolescentes con secuelas de quemadura sobre su apariencia física?
- ¿Cómo perciben los adolescentes la valoración social respecto a su apariencia física?
- ¿Cómo interpretan los adolescentes sus secuelas de quemadura?
- ¿Los adolescentes con secuelas de quemaduras manifiestan insatisfacción con su apariencia física?
- ¿Qué comportamientos produce en los adolescentes con secuelas de quemadura la percepción de su imagen corporal?

b. ¿Cuáles son los niveles del autoconcepto global, académico, social, emocional, familiar y físico en los adolescentes con secuelas de quemaduras?

c. ¿Qué puntajes de manifestación de síntomas depresivos, presentan los adolescentes con secuelas de quemadura?

d. ¿Qué relación existe entre las categorías de la Imagen corporal y los niveles del autoconcepto global, académico, social, emocional, familiar y físico en los adolescentes con secuelas de quemadura?

e. ¿Qué relación existe entre las categorías de la Imagen corporal y los tipos de puntajes de depresión en los adolescentes con secuelas de quemadura?

f. ¿Qué tipos de relaciones existen entre los niveles de autoconcepto (global /dimensional) y las puntuaciones de depresión?

### **3. Objetivos de Investigación**

A continuación se exponen los objetivos principales de la investigación, los mismos suponen las directrices relacionales y descriptivas propias del diseño de investigación correlacional.

#### **3.1 Objetivo general.**

Determinar si existe relación entre la Imagen corporal, el Autoconcepto y la Depresión en los adolescentes con secuelas de quemaduras atendidos en la Fundación Pro Centro del Quemado.

#### **3.2 Objetivos específicos.**

a. Describir la manera en que se manifiesta la Imagen corporal en los adolescentes con secuelas de quemaduras atendidos en la Fundación Pro Centro del Quemado.

- Describir las percepciones que tienen los adolescentes con secuelas de quemadura sobre su apariencia física.
- Identificar las formas en las que los adolescentes con secuelas de quemadura se perciben valorados socialmente a partir de su apariencia física.
- Describir los significados que construyen los adolescentes sobre sus secuelas de quemadura.
- Identificar si los adolescentes con secuelas de quemadura manifiestan insatisfacción con su apariencia física.
- Identificar los tipos de comportamientos que se producen en los adolescentes con secuelas de quemadura a partir de la percepción de su imagen corporal.

b. Determinar los niveles del autoconcepto global, académico, social, emocional, familiar y físico en los adolescentes con secuelas de quemaduras atendidos en la Fundación Pro Centro del Quemado.

c. Establecer los puntajes de manifestación de síntomas depresivos, que presentan los adolescentes con secuelas de quemadura atendidos en la Fundación Pro Centro del Quemado.

d. Identificar la relación entre las categorías de la Imagen corporal y los niveles del autoconcepto global, académico, social, emocional, familiar y físico en los adolescentes con secuelas de quemadura atendidos en la Fundación Pro Centro del Quemado.

e. Determinar la relación entre las categorías de la imagen corporal y los tipos de puntajes de depresión (puntajes no críticos, puntajes con probabilidad de riesgo, puntajes de riesgo).

f. Establecer los tipos de relaciones existentes entre el autoconcepto (global /dimensional) y los puntajes de depresión.

#### **4. Hipótesis**

A continuación se exponen las hipótesis de investigación del presente estudio.

##### **4.1 Hipótesis fundamental.**

Hi: Existe relación entre la imagen corporal, el autoconcepto y la depresión en los adolescentes con secuelas de quemadura atendidos en la Fundación Pro Centro del Quemado.

##### **4.2 Hipótesis complementarias.**

a. Hi: Existe relación entre la insatisfacción con la apariencia física y los niveles bajos de autoconcepto global.

b. Hi: Existe relación entre la insatisfacción con la apariencia física y los puntajes críticos de depresión.

c. Hi: Los niveles bajos del autoconcepto global se relacionan con puntajes críticos de depresión.

#### **5. Justificación**

La investigación sobre la imagen corporal, el autoconcepto y la depresión en adolescentes con secuelas de quemadura atendidos en la Fundación Pro Centro del Quemado (Fund Acción) de la ciudad de La Paz surge de la necesidad de conocer las repercusiones psicológicas producidas por la presencia de dichas secuelas en el cuerpo. Este estudio tiene la finalidad de contribuir al conocimiento científico sobre esta población y facilitar la comprensión de las respuestas emocionales y cognitivas desarrolladas por los sujetos que viven esta problemática.

Ya en su desenvolvimiento cotidiano en el periodo post-hospitalización y a lo largo de la rehabilitación médica, los adolescentes con secuelas de quemaduras se enfrentan a demandas referidas a su integración social en diferentes contextos, como la familia, la escuela y el grupo de pares.



El hecho de presentar secuelas de quemadura tiene diversas consecuencias: cambios subjetivos a nivel de las percepciones sobre uno mismo, sobre el propio cuerpo, cambios funcionales, ocupacionales, dificultades para establecer vínculos sociales, aislamiento, la posibilidad de desarrollar cuadros psicopatológicos, entre otras. Por este motivo, en el ámbito de la salud, surge la necesidad de detectar a aquellos sujetos que presentan mayores probabilidades de riesgo psicosocial para definir las directrices del apoyo psicológico.

Los resultados de esta investigación pueden servir de base para el diseño de intervenciones interdisciplinarias a mediano y largo plazo, concebidas desde la psicología clínica y de la salud. Esto junto a la rehabilitación médica podrán contribuir a mejorar la calidad de vida, al ajuste psicosocial y al fortalecimiento de los recursos psíquicos de los sujetos con secuelas de quemadura

La presente investigación cobra aún mayor relevancia al considerar que en Bolivia son escasos los estudios sobre las consecuencias psicológicas que presentan los sujetos con secuelas de quemadura. Por la importancia de la imagen corporal en la rehabilitación y sus implicaciones en la calidad de vida, un estudio como el presente, que considera los significados personales de los sujetos que viven esta problemática, podrá convertirse en un aporte para futuras investigaciones sobre el tema.

La relevancia de esta investigación se encuentra también en su enfoque metodológico, que incluye técnicas cualitativas y cuantitativas de recolección y análisis de los datos. En esta lógica, se valorizó la construcción de categorías interpretativas de análisis (para el estudio de la imagen corporal), destacando la singularidad de las experiencias y vivencias subjetivas de los sujetos, a la vez que su lectura se complementó con la aplicación de instrumentos psicométricos utilizados para el estudio del autoconcepto y la depresión. Aspectos que por su parte contribuyen al conocimiento científico en psicología.

## **Capítulo Dos**

### **Marco Teórico**

En este capítulo se desarrollan los principales enfoques teóricos de referencia de esta investigación, es decir los aportes de la psicología cognitivo conductual sobre las variables imagen corporal, autoconcepto y depresión, así como ciertos criterios evolutivos particulares de dichas variables en la adolescencia.

El análisis de las categorías y dimensiones de la imagen corporal, se basa en los postulados del modelo teórico de Thomas Cash (2011), desarrollado desde la perspectiva cognitivo-conductual. Asimismo, se considera un enfoque interpretativo de los sentidos y significados que los adolescentes elaboran sobre su cuerpo y su apariencia física.

En el estudio del autoconcepto, es fundamental el modelo multidimensional y jerárquico propuesto por Shavelson, Hubner y Stanson (1976), ampliamente investigado en el ámbito científico. También son importantes las formulaciones del modelo pentadimensional de autoconcepto planteado por Fernando García y Gonzalo Musitu (1999, 2001, 2011), que ha recibido bastante apoyo empírico en contextos europeos y latinoamericanos.

El abordaje de los fenómenos clínicos de la depresión adolescente se basa en las referencias diagnósticas propuestas por las clasificaciones internacionales (CIE-DSM), considerando los criterios específicos para el estudio de sus formas de manifestación en la niñez y en la adolescencia. De la misma manera, este estudio toma en cuenta los diferentes aportes desarrollados desde la psicología evolutiva sobre la depresión infanto-juvenil, sobre los factores de riesgo, su curso, sus principales características clínicas y diferencias con la depresión en adultos.

Posterior al abordaje de las variables de estudio, se establecen algunos conceptos sobre la temática de las quemaduras, esto implica desarrollar su definición, clasificación y otros factores relacionados.

#### **1. Imagen Corporal**

En este trabajo, se consideran varias concepciones acerca del constructo imagen corporal. Estas dejan entrever tres elementos o dimensiones: la dimensión perceptiva, la dimensión cognitivo-afectiva y la dimensión conductual. El énfasis variable propuesto por distintos autores muestra el modo en que éste constructo fue evolucionando a lo largo del tiempo.

Históricamente, los estudios sobre la imagen corporal se centraron en diversas patologías para entender las experiencias de los pacientes con lesión cerebral o miembros fantasmas. En la actualidad, el auge en la investigación se enfoca en los trastornos alimenticios, trastornos dismórficos corporales destacándose lo relevante de este constructo en la comprensión de las experiencias de un sujeto con su propio cuerpo (Cash, 2011, p. 45).

A continuación se exponen las principales concepciones sobre la imagen corporal, y luego se presenta un modelo actual formulado desde la perspectiva cognitivo-comportamental.

### **1.1 Definiciones sobre imagen corporal.**

Silder describe la Imagen Corporal como “la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente” (en Raich, 2004, p.16). En otras palabras, es la apariencia que se le atribuye al propio cuerpo (en Botella, Ribas y Ruiz, 2009, p. 253).

Por su parte Slade (1988) concibe la imagen corporal como “la representación mental que tenemos del tamaño, figura y forma de nuestros cuerpos y de las formas que lo componen, es decir, la forma en que vemos nuestro cuerpo y la forma en que creemos los demás nos ven” (en García, 2004, pp. 100-101). En esta definición, se destaca una dimensión subjetiva y una dimensión referida a la percepción de la valoración social, atribuciones que cambian dinámicamente de acuerdo con las interacciones en el contexto social y cultural.

Ya en la década de los años 90, comienzan a plantearse varias conceptualizaciones que muestran este constructo como multifacético. En este sentido, autores norteamericanos como Thompson (1990), Cash (1990) y Pruzinsky (1994), desde un enfoque cognitivo comportamental, elaboran distintas líneas de estudio.

Según Thompson la imagen corporal tiene por tres componentes:

a. Componente perceptual: Alude a la precisión de la percepción o estimación del tamaño de diferentes partes del cuerpo, del cuerpo en su totalidad. “La alteración daría lugar a la *sobreestimación* (percepción del cuerpo en dimensiones mayores a la reales) o *subestimación* (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde)” (en Raich, 2004, p.17). Estos factores son estudiados ampliamente en los trastornos alimenticios.

b. Componente subjetivo (cognitivo-afectivo): se refiere a las “actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física” (en Raich, 2004, p.17). Incluye

aspectos como la satisfacción, la preocupación, la evaluación cognitiva y la ansiedad (Thompson, 1990). Este componente implica experiencias de placer, displacer, disgusto con el propio cuerpo.

c. Componente conductual: se refiere a “conductas que la percepción y sentimientos asociados provocan” (en Raich, 2004, p.17). Alude a conductas de evitación de situaciones en las que se expone el propio cuerpo y que generan malestar relacionado con la apariencia física (Thompson, 1990). Pueden presentarse conductas de camuflaje, rituales de comprobación de la apariencia y/o conductas de exhibición del cuerpo.

Estas percepciones, evaluaciones, valoraciones y vivencias del propio cuerpo, están relacionadas en diferente medida “con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y el bienestar psicológico” (Guimón, 1999, en Salaberria, Rodriguez y Cruz, 2007, p.172).

Para Rosen (1995), la imagen corporal implica “la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo” (en Raich, 2004, p.17).

Thomas Cash, a través de un trabajo continuo, propone varias nociones sobre la Imagen Corporal. En 1990, Cash y Pruzsinky la caracterizan de la siguiente forma.

La imagen corporal se compone de percepciones, pensamientos y sentimientos sobre el cuerpo y la experiencia corporal (Cash, 1990, en García, 2004, pp.102-103). Perceptivamente incluye “imágenes y valoraciones del tamaño y forma de varios aspectos del cuerpo” (en Raich, 2004, p.17), las cuales se construyen a lo largo del desarrollo, dentro de un marco cultural (en García, 2004, pp.102-103). A nivel cognitivo, implica “una focalización de la atención del cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal” (en Raich, 2004, p.17). A nivel emocional, “involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción, comodidad/incomodidad y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa” (en Raich, 2004, p.17).

Las experiencias de la imagen corporal están unidas a los sentimientos sobre el Self (sí mismo) y son determinadas socialmente.

De acuerdo a Cash y Pruzsinky (1990), también se destaca el papel del procesamiento de información en la construcción de la Imagen Corporal, que implica determinados esquemas de procesamiento relacionados con la apariencia física y el atractivo físico. Desde esta perspectiva, la imagen corporal constituye una experiencia subjetiva y personalizada, dinámica, no

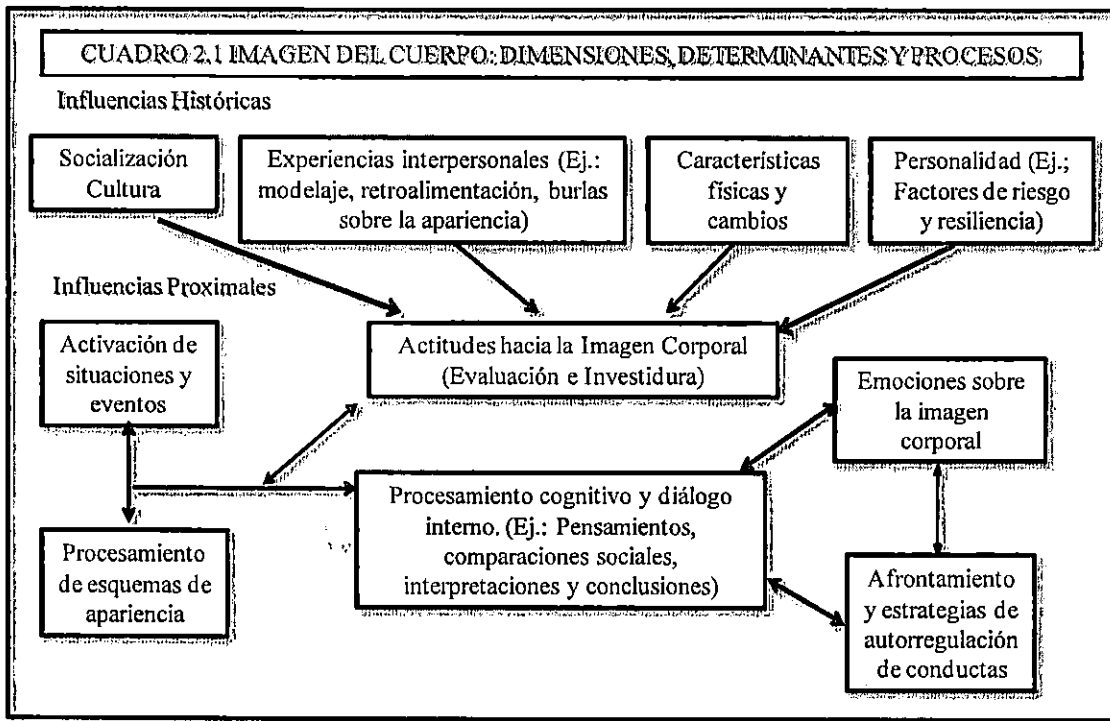
necesariamente congruente con la realidad física. Estos aspectos confluyen en la conducta (Cash y Pruzsinky, 1990, en García, 2004, pp.102-103).

Desde el punto de vista neurológico, “la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. Las alteraciones de la imagen corporal serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical: miembro fantasma, anosognosia, etc.” (Raich, 2004, p.17).

### **1.2 Modelo teórico sobre la imagen corporal (Cash, 2011).**

Esta perspectiva, elaborada por Cash (2011), acentúa el papel de las denominadas *actitudes sobre la imagen corporal* (evaluación e inversión (investment)), en el proceso de construcción de la imagen corporal.

Cash refiere que, en la actualidad, la mayoría de las investigaciones derivan directa o implícitamente de los paradigmas de la psicología cognitivo-comportamental. En este sentido, propone un punto de vista integral sobre la imagen corporal, que toma en cuenta distintos aportes de la teoría del aprendizaje social, de los procesos de condicionamiento y de la medición cognitiva de conductas y emociones (Cash, 2011, p.39). Es decir, procesos referidos a las dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales de la imagen corporal, ya planteadas en modelos anteriores, pero ampliamente desarrolladas por él.



(Cash, 2011, p.40)

De esta manera, se logran diferenciar los procesos históricos, antecedentes en la construcción de la imagen corporal de un individuo y aquellos procesos de interacción más inmediata que, a su vez, llegan a formar progresivamente parte de los primeros.

Este modelo propone un tipo de *causalidad compleja* que, según Cash, refleja lo que Bandura denomina “causalidad recíproca trídica”. Ésta se refiere a que “dentro de las personas existe un lazo de interacción causal recíproca entre eventos externos ambientales, factores intra-personales (eventos cognitivos y afectivos) y los comportamientos propios del individuo” (Cash, 2011, p.40).

A continuación se describe cada uno de los elementos de ese modelo, lo cual será de gran ayuda para la posterior comprensión de los resultados de la investigación.

### 1.2.1 Influencias históricas y del desarrollo.

Cash hace referencia a aquellos procesos de socialización en los que se pone juego y se marcan diversos significados sobre la apariencia física y el cuerpo. Estos factores se refieren a eventos pasados de la biografía de cada individuo, atribuciones y experiencias que predisponen la

manera en que la gente llega a pensar, sentir y actuar en relación con su cuerpo (Cash, 2011, p.40).

Desde esta lógica, las personas no son simples receptoras pasivas en el proceso de socialización y “las experiencias formadoras de la imagen corporal se desarrollan como transacciones entre la persona, el medio ambiente y la conducta” (Cash, 2011, p.40). Asimismo, estas experiencias se producen en distintos contextos de desarrollo del individuo, cognitivo, social, emocional y físico (Cash, 2011, p.40).

Los factores históricos están constituidos por: a) la socialización cultural, b) las experiencias interpersonales, c) las características y los cambios físicos, y d) las variables de personalidad.

a. Socialización cultural: Este factor implica los procesos de aprendizaje social desarrollados en contextos culturales particulares. De acuerdo a Cash (2011), los mensajes culturales vinculados con estándares sociales sobre la apariencia y las características físicas dan lugar a la constitución de valores o ideales de belleza a ser alcanzados, y, por otro lado, a las características físicas no valoradas socialmente (p.40).

En la actualidad, se observa que son los medios de comunicación masivos los que refuerzan o sostienen dichos modelos estéticos y que desde la lógica del mercado convierten a la apariencia física en un objeto de consumo. Según Cash (2011), el mensaje cultural no sólo articula y refuerza las nociones normativas sobre el atractivo físico y la falta de atractivo, también expresa las expectativas de género, haciendo equivalentes la "feminidad" y la "masculinidad" a ciertos atributos físicos (p.40). Además, la cultura puede prescribir diversos modos de modificación del cuerpo, por ejemplo: a través de la dieta, los ejercicios, la musculación, la utilización de productos de belleza y de la moda, los procedimientos médicos y quirúrgicos (p.41).

Estos mensajes culturales, cuando son internalizados por los individuos, participan activamente en la construcción de actitudes básicas sobre la imagen corporal que, como se vio anteriormente, constituyen un presupuesto importante para interpretar y reaccionar frente diferentes eventos vitales.

b. Experiencias interpersonales: Este factor se relaciona principalmente con las constantes interacciones de un sujeto en su medio ambiente social inmediato. Cash (2011) plantea que los modelos de conducta parental, así como los comentarios y críticas que surgen en el contexto familiar, marcan diferentes valoraciones sobre el aspecto físico. Esto lleva implícitamente al establecimiento de estándares, a partir de los cuales los niños se comparan a sí mismos/as,

muchas veces con los hermanos, comparaciones que surgen de los padres o de los propios hijos. Este autor agrega:

La socialización sobre el significado del propio cuerpo implica algo más que la exposición a los mensajes mediáticos. Las expectativas, opiniones y comunicaciones verbales y no verbales son transportadas en las interacciones con los miembros de la familia, amigos, otros jóvenes, e incluso extraños. (Cash, 2011, p.41).

De manera similar, dentro del grupo de pares también se establecen determinados marcos de normas y expectativas sobre la apariencia física. En ciertos contextos escolares, las burlas a partir de la apariencia son comunes en la infancia y en la adolescencia, eventos que pueden predisponer a la insatisfacción con el propio cuerpo (Cash, 2011, p.41).

c. Las características y los cambios físicos: En este apartado, se analizan las implicaciones directas de las características físicas reales y de los diversos cambios que se producen en el cuerpo a lo largo de la vida para la construcción de la imagen corporal. De esta manera, la imagen corporal se va desarrollando como un proceso que involucra elementos tanto intra como intersubjetivos.

Es necesario hacer una distinción entre la apariencia física y la imagen corporal. Una observación importante al respecto es que las “personas con una apariencia física que se aleja de los cánones de belleza pueden sentirse bien con su imagen corporal y de modo contrario, personas socialmente evaluadas como bellas pueden no sentirse así” (Salaberria, Rodríguez, Cruz, 2007, p.172). Con esto se quiere hacer hincapié en lo determinante de la valoración subjetiva, es decir, de aquellos sentimientos y actitudes positivas o negativas que inciden en la percepción de la apariencia física y en la imagen corporal.

Tampoco se debe olvidar que es la apariencia física externa la que sirve de fuente de información en la interacción social. Al respecto, Cash (2011) refiere que existe amplia literatura científica que confirma que el atractivo físico es de gran relevancia para la aceptabilidad social, relacionándose de cerca con la manera en que una persona es percibida y recibida por otras (Cash, 2011, p.42).

En esta lógica, Salaberria et al. (2007) destacan que la apariencia física representa “la primera fuente de información en la interacción social” y que “la fealdad, la desfiguración, la



deformación congénita, los traumatismos, etc.” aumentan “el riesgo de problemas psicosociales de las personas que los padecen” (p.172).

Según Cash, ya en la infancia se puede observar que los niños con mayor “atractivo físico” reciben una atención social más favorable por parte de sus cuidadores, por los adultos y por el grupo de pares, al igual que a lo largo de la juventud, mientras que aquellos que son físicamente menos atractivos o presentan diferencias visibles, en muchos casos no culturalmente valoradas, pueden encontrar más apatía o antipatía. A partir de aquello, afirma que el grado en el que la apariencia coincide con los estándares culturales de atractivo físico será de relevancia para la autoevaluación, puesto que éste es un proceso que se encuentra mediado por la retroalimentación social (Cash, 2011, p.42). Éste proceso también proviene de un tipo de auto-evaluación que interactúa con los estándares de belleza interiorizados. Estos aspectos serán de gran importancia a lo largo del presente estudio, puesto que ayudarán a pensar en la subjetividad y en la construcción particular de la imagen corporal que realizan los adolescentes con secuelas de quemadura.

Al igual que otros autores, Cash analiza los diversos cambios que presenta el cuerpo humano destacando que aquellos referidos a la capacidad y la apariencia física cobran especificidad en las distintas etapas del desarrollo.

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano “especialmente dramática”, debido a la maduración puberal con sus cambios físicos bruscos y acelerados, lo cual afecta el desarrollo de la imagen corporal. En este periodo, son innumerables las características físicas que pueden alterar la capacidad de ajuste entre las expectativas personales y sociales, entre ellas: la variabilidad en la estatura, la musculatura y el peso, condiciones como el acné, la presencia de desfiguraciones adquiridas (Cash, 2011, p.42).

A partir de ello, Cash define al cuerpo y a la imagen corporal como un "blanco móvil" (moving target), con lo que se aproxima a caracterizar la existencia de un proceso continuo de ajuste a los diferentes cambios físicos (Cash, 2011, p.42).

Estas observaciones llevan a pensar en los diversos factores presentes en la valoración social del atractivo y apariencia física de una persona, variables con las que un individuo se relaciona desde edades muy tempranas, puesto que ya nace en un mundo estructurado por la cultura y el lenguaje, pero a la vez variables subjetivas que elaboran de manera particular la propia imagen corporal.

d. Factores de la personalidad: Cash (2011) plantea que ciertos rasgos individuales de personalidad también pueden influir en la adquisición de actitudes sobre imagen corporal como factores de riesgo o factores protectores, a los que denomina factores amortiguadores, por ejemplo: un autoconcepto positivo y un fuerte apoyo social pueden facilitar el desarrollo de una evaluación favorable del propio cuerpo y servir de amortiguadores frente a los acontecimientos que amenazan a la imagen corporal propia (p.42).

Los rasgos de perfeccionismo en relación con los estándares propios para la autopresentación social pueden ser potencialmente influyentes para llevar a las personas a valorarse de acuerdo con altos o exigentes ideales físicos, lo que puede traer como consecuencia el riesgo de sentirse descontentas a partir de dichos ideales (Cash, 2011,p.42).

También es importante la variable denominada *conciencia pública de sí mismo*. Este concepto articulado por la teoría de la objetivación es similar a pensar en un tipo de vigilancia sobre el propio cuerpo. La misma es definida como la disposición a desarrollar un tipo de atención focalizada en la apariencia física propia y en el comportamiento observable. Es decir, una manera de percibir el propio cuerpo, el aspecto físico y los comportamientos sociales como “objetos” frente a la mirada valorativa atribuida a las personas del entorno social. Según Cash (2011) esta variable puede aumentar el control y manejo de la información relacionada con la apariencia (pp.42-43).

Por otro lado, Cash aborda la teoría del apego relacionándola con diferentes tipos de actitudes hacia la imagen corporal. De esta forma, plantea que un sistema de apego inseguro puede fomentar actitudes disfuncionales sobre la imagen corporal, mientras que un tipo de apego seguro puede promover el desarrollo de una imagen corporal más favorable.

Finalmente, este modelo considera los roles de género, las actitudes y los valores. Al respecto, Cash (2011) señala:

Las investigaciones sugieren que las mujeres que asumen las actitudes tradicionales de género en sus relaciones con los hombres se encuentran más preocupadas por su apariencia física, interiorizan los estándares culturales de belleza más plenamente y mantienen mayores creencias des-adaptativas sobre su aspecto. (p.43).

### **1.2.2 Las actitudes sobre la imagen corporal.**

Las actitudes sobre la imagen corporal representan un variable central a la hora de fundamentar el modelo de Cash, puesto que se presentan como un producto sobre el que confluyen las demás variables: aquellas variables históricas, anteriormente estudiadas, así como las variables más próximas o concurrentes.

Cash define las *actitudes sobre la imagen corporal*, como: “constructos centrales de organización en la interacción de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales que se producen dentro del contexto de los acontecimientos ambientales” (Cash, 2011, p.43).

Para este autor:

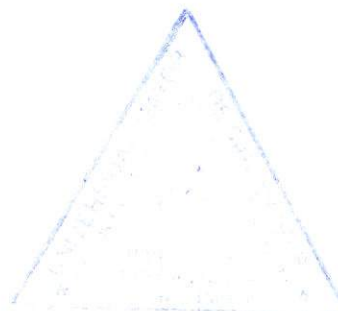
Las actitudes fundamentales hacia la imagen del cuerpo se construyen a través de diversos tipos de aprendizaje cognitivo y social, incluyendo las evaluaciones disposicionales y el grado de inversión [valor afectivo otorgado] de la imagen corporal, así como un núcleo de auto-esquemas vis-á-vis [cara a cara] sobre la apariencia física. (Cash, 2011, p.40).

En este constructo, hay dos elementos actitudinales básicos: la evaluación de la imagen corporal y la inversión de la imagen corporal (body image investment).

La evaluación se refiere a las creencias positivas o negativas y valoraciones acerca de la apariencia (por ejemplo, la satisfacción-insatisfacción con el cuerpo), mientras que la inversión alude a la relevancia cognitivo-afectiva que los individuos otorgan a su apariencia (Cash, 2011, p.43).

Cash y Szymanski (1995) muestran que las evaluaciones de la imagen corporal se derivan sustancialmente del grado de congruencia o discrepancia entre la propia percepción subjetiva de las características físicas y los ideales sobre la apariencia personalmente interiorizados (en Cash, 2011, p.44).

El componente inversión de la apariencia física (body image investment) permite acercarse a la conceptualización del núcleo de esquemas sobre uno mismo (self- esquemas) relacionados con la apariencia propia. Cash retoma este concepto de Markus (1977), que define estos esquemas como "generalizaciones cognitivas sobre uno mismo, derivadas de la experiencia previa, que organizan y guían el procesamiento de la información sobre el sí mismo, contenida en la experiencia social del individuo "(en Cash, 2011, p.64).



De esta forma, una persona esquemática para la dimensión del sí mismo (en este caso, del cuerpo y la apariencia) “procesará la información pertinente a esa dimensión diferente a alguien que no es esquemática” (Cash, 2011, p.64). A esto se agrega el planteamiento de Beck, quien explica que “las actitudes implícitas, las suposiciones, las creencias y reglas incluyen el contenido esquemático y dictan la esencia del pensamiento, de las emociones y del comportamiento” (en Cash, 2011, p.43).

En este caso, cabe resaltar que “los esquemas de la imagen corporal reflejan el propio núcleo de suposiciones cargadas de afecto o creencias sobre la importancia e influencia de la apariencia física en la vida” (Cash, 2011, p.43). Por lo tanto, la apariencia es central para la construcción del sentido del Sí mismo.

### ***1.2.3 Eventos y procesos próximos.***

Los factores proximales están constituidos “por acontecimientos de la vida cotidiana que precipitan y mantienen influencias sobre la imagen corporal” (Cash, 2011, p.40), entre ellos: a) los aspectos relacionados con el procesamiento de la información, b) los diálogos internos, c) las emociones sobre la imagen corporal, y d) las estrategias de autorregulación y afrontamiento.

a. Eventos de activación y procesamiento cognitivo: De acuerdo con el modelo cognitivo comportamental de Cash (2011), “las señales situacionales específicas o eventos contextuales (incluyendo los eventos internos) activan el procesamiento de esquemas que dirigen la información sobre la autoevaluación de la propia apariencia física” (p.44). A partir de estos desencadenantes, los esquemas individuales de apariencia pueden resaltar la importancia del aspecto físico. Los eventos precipitantes podrían consistir en diferentes circunstancias, como la exposición del cuerpo en situaciones sociales, la exposición ante un espejo, el escrutinio social, la retroalimentación social, el uso de ciertas prendas de vestir, la práctica de deportes, los estados de ánimo o diferentes cambios en la apariencia (Cash, 2011, p.44).

El resultado de este proceso implica la producción de diálogos internos o lo que Cash denomina “*habla privada sobre el cuerpo*”. Ello incluye pensamientos automáticos cargados de emociones, inferencias, interpretaciones y conclusiones acerca de la propia apariencia.

Los individuos que presentan actitudes y esquemas de sí mismo (self-esquemas) problemáticos sobre la imagen corporal pueden expresar diferentes errores o distorsiones cognitivas, como el pensamiento dicotómico, el razonamiento emocional, las comparaciones

sociales tendenciosas, las inferencias arbitrarias, la generalización excesiva, la personalización (over personalization), la tendencia a aumentar los déficits percibidos y a minimizar los activos (Cash, 2011, p.44).

b. Procesos de ajuste y autorregulación: Hay varios modos de afrontar los pensamientos y emociones angustiantes sobre la imagen corporal, así como las percepciones de acontecimientos ambientales estresantes. Estos modos o estrategias de afrontamiento operan a través de un proceso de ajuste y autorregulación que puede incluir el uso de diferentes estrategias cognitivas y comportamientos aprendidos, ya sean adaptativos o desadaptativos.

Algunas de las estrategias relacionadas con la imagen corporal son: los comportamientos evitativos, el disfraz u ocultamiento del cuerpo o partes de éste, los rituales de comprobación de la apariencia y/o rituales de corrección, la pasividad social (Cash, 2011, p.45). Eventualmente, según Cash (2011), “estas maniobras reactivas sirven para mantener las actitudes de la imagen del cuerpo a través del reforzamiento negativo, ya que permiten al individuo escapar temporalmente, reducir o regular el malestar sobre la imagen corporal (body image discomfort)” (p.45). Son tres las estrategias cognitivo-comportamentales utilizadas como modos de afrontamiento ante las amenazas referidas a la imagen del cuerpo o frente a los cambios del propio cuerpo:

- Evitación de experiencias, implica aquellos intentos por evitar situaciones, pensamientos o sentimientos que se consideran una amenaza.
- La corrección de la apariencia, que consiste en aquellos esfuerzos orientados a alterar o corregir los elementos de la apariencia percibidos como deficientes.
- La aceptación racional positiva, que incluye actividades cognitivo-comportamentales centradas en el uso del auto-cuidado positivo o auto-verbalización racional, así como la aceptación de las propias experiencias.

Las dos primeras están asociadas con actitudes menos adaptativas sobre la imagen del cuerpo, por ejemplo evaluaciones negativas e inversión excesiva en la apariencia física; mayor disforia producida por la imagen corporal y funcionamiento psicosocial deficiente (Ej.: mayores desórdenes alimenticios y baja autoestima) (Cash, 2011, p.45).

Por otro lado, Cash señala que las personas también pueden manifestar comportamientos de autorregulación dirigidos a controlar la evaluación de la imagen corporal y otras consecuencias del autorrefuerzo. Esto puede darse, por ejemplo, a través de la autogestión de la apariencia, que

no implica necesariamente el ocultamiento o la corrección de características físicas que generan malestar y la evitación de pensamientos y emociones auto-conscientes. Al contrario, puede manifestarse mediante comportamientos cotidianos que resultan favorables y se refuerzan a nivel afectivo, cognitivo, con sus consecuencias en el relacionamiento interpersonal, por ejemplo: los cuidados sobre el cuerpo. Este autor agrega:

La autogestión de la apariencia (con ropa, cosméticos, peluquería, joyería, etc.) está presente en todas las culturas. Las personas pueden experimentar el placer y el orgullo sobre su apariencia física. La apariencia humana no está totalmente asignada biogenéticamente, sino que también está continuamente creada por el individuo. (Cash, 2011, p.45).

Estos aportes se toman como referencia para el marco interpretativo del presente estudio, ya que permiten un acercamiento a las principales problemáticas asociadas a la imagen corporal.

### **1.3 Imagen corporal y adolescencia.**

A continuación se efectúa un análisis sobre la imagen corporal en la adolescencia identificando sus principales características y variaciones en esta etapa del desarrollo. Para ello, primero es necesario entender la adolescencia como un momento importante en la vida de un individuo, puesto que implica una transición de la niñez a la etapa adulta (Wertheim y Paxton 2011, p.76). Wertheim y Paxton (2011) afirman que en el caso de las adolescentes mujeres, los diferentes cambios corporales y sociales que se producen durante y después de la pubertad se encuentran estrechamente relacionados con la imagen del cuerpo (p.76). Observación que podría aplicarse al caso de los adolescentes varones.

#### ***1.3.1 principales problemáticas asociadas a la imagen corporal en la adolescencia.***

Varios autores aluden a la presencia de preocupación constante, malestar e insatisfacción con la propia imagen corporal en la adolescencia, que en algunos casos derivan en diferentes trastornos (trastorno dismórfico corporal, trastornos alimenticios, como bulimia y la anorexia nerviosa).

La insatisfacción con la imagen corporal implica “una preferencia por las características del cuerpo diferentes a como son percibidas actualmente” (Wertheim y Paxton, 2011, p.77), lo cual se asocia a un cierto tipo de afectividad negativa. Características físicas, como el tamaño del

cuerpo, el peso, la musculatura y la forma, con variaciones de acuerdo con el género, son factores vinculados con dicha insatisfacción. Numerosos estudios afirman que las adolescentes mujeres tienden a preferir ser más delgadas de lo que actualmente son, ya que las mismas realizan comparaciones entre la percepción actual de su cuerpo (peso o tamaño) y sus ideales físicos (Wertheim y Paxton, 2011, p.76).

Wertheim, Paxton y Blaney (2011) refieren que alrededor del cincuenta por ciento de las preadolescentes afirman que prefieren ser más delgadas, lo que aumentaría a más del setenta por ciento en la adolescencia. Estos porcentajes son muy altos en comparación con la población que presenta sobrepeso según estándares de peso saludable. El intentar ser más delgadas llega a representar “sentirse feliz, sana y con una mejor apariencia” (p.76).

De acuerdo con algunos estudios, las adolescentes mayores tienden a sentirse menos conformes con su cuerpo, lo que por su parte tiene consecuencias en el autoconcepto y en la autoestima. Ello conlleva a que aproximadamente un tercio de las adolescentes practiquen métodos inadecuados y poco saludables de pérdida de peso (ayuno, dietas drásticas, vómitos o uso de laxantes), mientras que otros adolescentes llegan al extremo de someterse a cirugías estéticas sobre las partes del cuerpo que les generan insatisfacción y preocupación (Wertheim y Paxton, 2011, p.77). Los trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia nerviosa pueden considerarse como expresiones de una excesiva preocupación por el cuerpo (Wertheim y Paxton, 2011, p.77).

En la actualidad, el deseo de ser más delgada y la insatisfacción consecuente, a pesar de ser un fenómeno descrito en su mayoría como occidental, se presenta en varias culturas no occidentales, en países como China, Japón, Croacia, Irán (Wertheim y Paxton, 2011, p.77).

En el caso de los adolescentes varones, las preocupaciones sobre la imagen corporal parecen referirse a la “musculatura magra”, ya que muchos adolescentes desean ser más musculosos y fuertes de lo que son. Este tipo de preocupaciones presenta su forma extrema en la “dismorfia muscular” (una subcategoría del trastorno dismórfico corporal, que se caracteriza por un miedo a ser demasiado pequeño y la percepción de que ser pequeño y débil, incluso cuando se presenta una estatura grande y musculatura notable). Por otro lado, como sucede en las adolescentes, en los adolescentes varones también existe el anhelo de ser delgados y, a partir de este tipo de preocupaciones sobre la apariencia que generan disconformidad, muchos de ellos pueden realizar

conductas extremas y poco saludables dirigidas a perder peso (Ricciardelli y McCabe, 2011, pp.85-86).

De acuerdo a Ricciardelli y McCabe (2011), a diferencia de la década de los años 80 y 90, “la imagen corporal es ahora reconocida como un aspecto importante del desarrollo social y emocional de los adolescentes varones” (p.85). Por ello, en la actualidad, se están incrementando en los varones las dificultades relacionadas con la imagen corporal, como los problemas alimenticios.

Otros aspectos que los adolescentes valoran en la construcción de su imagen corporal son los atributos relacionados con el desempeño en el deporte, como el tamaño del cuerpo, la altura, la velocidad, la fuerza, la condición física y la resistencia (Ricciardelli y McCabe, 2011, pp.85-86). Es importante destacar el papel del grupo de pares en esta etapa y, de esta forma, la presencia de comparaciones en contextos de competición. En los adolescentes varones, se destaca el valor atribuido al desempeño en la competencia, a partir del cual se centran en los aspectos positivos del propio cuerpo.

Estos autores plantean la existencia de un tipo de capacidad en los varones para modificar o redirigir las preocupaciones sobre la imagen corporal, que puede ser vista como una capacidad protectora y adaptativa. Al respecto, afirman que los niños aproximadamente a los 8 años de edad utilizan determinados sesgos cognitivos propios que producen una visión poco realista, pero positiva de sí mismos, de sus habilidades y atributos; creencias a través de las cuales ellos presentan cualidades mejores a las del promedio.

### ***1.3.2 Factores relacionados con el desarrollo de la imagen corporal en la adolescencia.***

Varios autores, como Ricciardelli y McCabe (2011), Wertheim y Paxton (2011), se basan en un modelo biopsicosocial para describir los factores relacionados con el desarrollo de la imagen corporal en la adolescencia:

a. Factores biológicos y físicos: De acuerdo a Wertheim y Paxton (2011), las características biológicas y físicas son fundamentales a la hora de desarrollarse la insatisfacción sobre la propia imagen corporal, A partir de la descripción de la imagen corporal en adolescentes mujeres, estos autores agregan que: “ciertas características y la presencia de algunos desórdenes neurobiológicos pueden dar lugar a la desorientación con respecto al cuerpo, la distorsión de la percepción del



tamaño o el malestar sobre el mismo, por ejemplo los cambios físicos acelerados o el dolor físico” (Wertheim y Paxton, 2011, p.78).

Algunas de las situaciones problemáticas podrían estar relacionadas con el peso y la altura (índice de masa corporal), el acné juvenil, los cambios físicos propios de la pubertad. Aquí surge la siguiente pregunta ¿qué sucede en las personas con “diferencias visibles”? Un factor importante para el desarrollo de la insatisfacción con la propia imagen corporal se relaciona con la concordancia mínima entre las características reales del cuerpo y los parámetros normativos percibidos dentro de una cultura, que llegan a conformar ideales de belleza interiorizados, valoraciones propias sobre el cuerpo y el atractivo físico.

En la adolescencia, se destaca el rol que desempeña el grupo de pares, pues los y las adolescentes realizan comparaciones sobre su propio desarrollo, lo que puede traer diferentes consecuencias psicosociales, especialmente por la búsqueda de pertenencia a un grupo.

En el caso de las adolescentes, los cambios físicos que se suscitan en la pubertad, como los cambios hormonales, la maduración de las características sexuales secundarias, el comienzo de la menstruación, las modificaciones en el tamaño y la forma del cuerpo, el aumento en los depósitos de grasa en áreas como los senos, las caderas, el crecimiento del vello púbico, implican la realización de un ajuste y adaptación a una nueva visión sobre sí mismas a partir del propio cuerpo, lo que incide en la construcción de la identidad (Wertheim y Paxton, 2011, p.78).

Según Wertheim y Paxton (2011), estos cambios generalmente van acompañados de diferentes emociones, como la alegría, el orgullo, el miedo y la vergüenza, y son interpretados de distintas maneras por las adolescentes, por ejemplo: el aumento del tamaño de los senos puede estar asociado a significados sobre el “ser mujer” y puede favorecer a una imagen corporal positiva (p.78).

Como se mencionó anteriormente, los cambios físicos de la pubertad pueden producir preocupaciones sobre el propio cuerpo en aquellas adolescentes que maduran a un ritmo diferente del ritmo de las compañeras de su grupo de pares, esto a partir de las comparaciones realizadas tanto por ellas mismas como por la retro-alimentación percibida.

Al respecto, algunos estudios longitudinales muestran que las púberes que comienzan a menstruar antes que sus compañeras, y sobre todo si se produce en ellas un incremento del tamaño corporal, pueden desarrollar mayor insatisfacción corporal (en Wertheim y Paxton, 2011, p.79).

Según Ricciardelli y McCabe (2011), en el caso de los varones, el desarrollo puberal puede llegar a ser una experiencia positiva por los cambios físicos que se suscitan, como el desarrollo de músculos, el aumento en la anchura de los hombros, características que pueden ser más congruentes con los ideales o mensajes culturales de la forma del cuerpo de los hombres (p.86).

Por otro lado, el tiempo en el que se presenta la pubertad en los adolescentes, al igual que en las mujeres, puede variar considerablemente y se ha observado que el momento real en que sucede es más importante que el desarrollo puberal en sí mismo. De esta forma, mientras más temprano se experimenta el desarrollo puberal en comparación con los pares, pueden presentarse sentimientos de extrañamiento y depresión (Ricciardelli y McCabe, 2011, p.87).

A partir de ello, Ricciardelli y McCabe (2011) retoman la hipótesis del *fuera de tiempo*, la cual refiere que los adolescentes que en el desarrollo puberal maduran más temprano o más tardíamente que aquellos que lo hacen en un tiempo similar al de su grupo de pares de igual edad, manifestarán mayores problemas sociales, emocionales y conductuales (p.87).

Son varios los estudios que relacionan la maduración tardía en los adolescentes con una menor competencia social, menor popularidad, mayores conflictos con los padres, una mayor tendencia a los problemas internalizantes, mayor probabilidad de presentar problemas de consumo de bebidas alcohólicas y un menor rendimiento escolar. Por ejemplo, en un estudio longitudinal realizado con adolescentes que desarrollan una maduración puberal tardía, se observa que éstos llegan a ser más propensos a utilizar suplementos alimenticios para fortalecer su cuerpo. De la misma forma, se predice el uso de estrategias dirigidas a incrementar el tamaño de los músculos (Ricciardelli y McCabe, 2011, p.87).

Ricciardelli y McCabe (2011), refieren que muchos factores que inciden en el desarrollo de la imagen corporal son similares tanto para pre-adolescentes como para adolescentes. Por ello, sugieren comenzar el estudio de ésta variable lo antes posible, por ejemplo, a través de observaciones de los procesos evolutivos de niños de 3 años de edad.

Sin embargo, estos autores indican que aún no se tiene una comprensión amplia sobre cómo las diferentes fases de la adolescencia pueden mediar y/o moderar el desarrollo de las preocupaciones sobre la imagen corporal (Ricciardelli y McCabe, 2011, p.87). La adolescencia temprana puede representar un periodo de alto riesgo para la construcción de la imagen corporal, ya que las características físicas de los púberes pueden no ser congruentes con las del ideal muscular de esta etapa, y generar preocupación e insatisfacción con el propio cuerpo. Por otro

lado, como se mencionó anteriormente, el hecho de que los niños entren a la pubertad en edades más avanzadas que las niñas puede producir dificultades y preocupaciones respecto a su imagen corporal en las últimas fases de la adolescencia (Ricciardelli y McCabe, 2011, p.87).

b. Los aspectos socioculturales y la interacción social en la construcción de la imagen corporal: Como se observa en el modelo de Cash, el contexto sociocultural en el que se desenvuelve cada sujeto es de gran relevancia para la construcción de la imagen corporal en la adolescencia.

Los mensajes socioculturales acerca de los ideales de belleza son transmitidos de distintas maneras y los medios de comunicación (televisión, radio, revistas, películas, internet) tienen un lugar destacado para el realce, selección y construcción de imágenes y modelos estéticos. Estos ideales circulan en el ámbito social y se hacen presentes en los principales contextos de interacción de los adolescentes, como ser el grupo de pares y la familia. En estos contextos, por ejemplo, a través de la retroalimentación de los padres de familia, hermanos, compañeros de escuela, se promueven y refuerzan directa o indirectamente dichos mensajes, que cuando son interiorizados pueden generar insatisfacción, malestar o disconformidad con el propio cuerpo.

Se realizaron varios estudios con diferentes metodologías de investigación (cuantitativas y cualitativas, entre estas últimas las entrevistas en profundidad, los grupos focales), con la intención de comprender las vivencias subjetivas de los adolescentes con respecto a las principales problemáticas relacionadas con su imagen corporal y, de esta forma, establecer los factores asociados, por ejemplo: identificar si el realce y valoración de ciertos atributos físicos percibidos por los adolescentes en el contexto familiar es más relevante que la presión percibida dentro del grupo de pares; ubicar qué factores del proceso de socialización son determinantes para la construcción de la imagen corporal; los tipos de mensajes y tipos de retroalimentación.

En algunos estudios efectuados en adolescentes mujeres, donde se les mostró imágenes de modelos delgadas, presentadas como mujeres bellas, se encontró que las adolescentes expuestas a estas imágenes expresaron una disminución en cuanto a la satisfacción con el propio cuerpo. A pesar de ello, no todas las participantes fueron igual de susceptibles a estas imágenes (Wertheim y Paxton, 2011, pp.79-80).

De acuerdo con Wertheim y Paxton (2011), las conductas de muchos padres pueden ser parte de un proceso de modelaje con sus hijos generando conductas poco saludables respecto al cuidado físico. De la misma forma, los comentarios críticos o sugerencias pueden ser relevantes

para la construcción de la imagen corporal o la realización de diferentes conductas dirigidas a modificar la apariencia física, como las dietas.

Por otro lado, el lugar que los adolescentes otorgan al grupo de pares es tan importante que las opiniones en este grupo pueden en ciertos casos ser más atendidas que las sugerencias de los propios padres. En algunos casos, los grupos de amigos comparten ciertas actitudes hacia la imagen corporal, lo que puede conducir a diferentes comportamientos (por ejemplo: dietas), reforzados por frecuentes conversaciones sobre el peso y la ropa (Wertheim y Paxton, 2011, p.80). Asimismo, los comentarios ofensivos, las burlas y críticas, muchas veces reportados por los adolescentes, sobre el peso, la forma del cuerpo o características particulares, como ciertas afecciones dermatológicas (por ejemplo: acné), pueden influir negativamente sobre la imagen del cuerpo en las adolescentes, así como en la autoestima corporal y la calidad de vida (Wertheim y Paxton, 2011, p.80).

Ante esta situación, surge la siguiente pregunta: ¿qué factores personales y sociales específicos median en la variación de las respuestas? Un aspecto ampliamente citado es la importancia otorgada a la apariencia física. Como lo expresan Durkin, Paxton y Sorbello, las adolescentes que creen que su apariencia es importante y comparan su cuerpo con el de las demás son más susceptibles a este tipo de factores (en Wertheim y Paxton, 2011, p.80).

En un estudio realizado el 2000, Ricciardelli y McCabe encontraron que una tercera parte de los adolescentes de su muestra reportaron que sus padres, hermanos, amigos y medios de comunicación tienen al menos alguna incidencia en los sentimientos sobre su propio cuerpo y sobre el inicio de estrategias orientadas a la modificación corporal. De esta forma, se indica que la opinión de las madres y amigas tiene un impacto positivo sobre la imagen corporal, mientras que la retroalimentación recibida de los padres y amigos varones parece más importante a la hora de realizar conductas para la modificación del cuerpo. A pesar de ello, pocos adolescentes varones presentaron sentimientos negativos sobre su propio cuerpo cuando fueron comparados con otros. La mayoría de los adolescentes que utilizó comparaciones sociales reportó sentirse bien o neutral respecto a su propio cuerpo.

De acuerdo con Ricciardelli y McCabe (2011), un factor que puede hacer diferente la comparación social en adolescentes varones es la forma de emplear con mayor eficacia determinados *sesgos egoístas* (self-serving biases), que en ciertos momentos representan estrategias cognitivas para ignorar o restar importancia a los mensajes negativos, y sirven de

soporte de evaluaciones más positivas sobre el propio cuerpo, aun a pesar de las comparaciones sociales, o frente a las burlas del grupo de pares u otros tipos de presión (p.88).

En investigaciones realizadas en diferentes contextos culturales, se encontró que los y las adolescentes no presentan demasiadas diferencias respecto a la presión percibida relacionada con su apariencia física (por ejemplo: la presión percibida en mensajes referidos a bajar de peso). Esta presión proviene de los adultos de la familia, de los hermanos mayores o de los primos. La principal diferencia es que las adolescentes perciben esta presión de los medios de comunicación y está centrada a la reducción del peso, mientras que los adolescentes perciben presión de todas las fuentes, pero dirigida a la musculatura, al aumento de ésta (Ricciardelli y McCabe, 2011, p.88).

Ricciardelli y McCabe (2011) a partir de su análisis sobre la imagen corporal en adolescentes varones, manifiestan que existen muchas evidencias sobre la asociación entre la imagen corporal, la insatisfacción con la apariencia y ciertos comportamientos dirigidos a la modificación de la apariencia del cuerpo y/o presencia de trastornos alimenticios. Concluyen que ciertas variables como “el índice de masa corporal y el momento puberal pueden actuar como moderadores o incluso mediadores de la relación entre los factores individuales y/o influencias socioculturales y las preocupaciones sobre la imagen corporal” (p.90).

c. Características psicológicas y cognitivas individuales: Varios estudios longitudinales y/o experimentales sobre la imagen corporal en adolescentes mujeres muestran que ciertas características psicológicas individuales pueden hacer que algunas adolescentes sean más vulnerables a “internalizar” los ideales sociales dominantes, como equiparar delgadez con belleza, otorgando de esta forma, un alto valor a la apariencia física (Wertheim y Paxton, 2011, p.80).

La tendencia a la comparación social de la apariencia física es un factor identificado como predictor de las preocupaciones sobre el cuerpo y mayores esquemas cognitivos relacionados con la apariencia. Por su parte, estos últimos median el efecto de la exposición a imágenes idealizadas de “belleza femenina”.

Otras características individuales de personalidad asociadas con la presencia de preocupaciones e insatisfacción sobre el propio cuerpo son: el estado de ánimo depresivo, la baja autoestima, la tendencia al perfeccionismo, las dificultades en el desenvolvimiento social, el uso

de alcohol y drogas, así como posibles comportamientos de riesgo (Wertheim y Paxton, 2011, p.81).

Una investigación realizada durante cinco años por Paxton y sus colegas identifica a la autoestima como factor de riesgo de la insatisfacción corporal, a diferencia de estudios más cortos que no encuentran esta relación y tampoco que los síntomas depresivos puedan predecir la insatisfacción corporal en las adolescentes (Wertheim y Paxton, 2011, p.81).

Esto lleva a pensar en la manera compleja en que estos procesos actúan tanto en varones como mujeres haciendo poco probable la identificación de un tipo de causalidad lineal. Al contrario, dichos factores parecen hacerse presentes en un mismo momento en múltiples interacciones.

Según Wertheim y Paxton (2011), los estudios longitudinales realizados en mujeres adolescentes encuentran que “la imagen corporal se mantiene bastante estable en el tiempo y las alteraciones corporales más graves también se pueden mantener durante meses o años” (p.81). En una revisión de 21 estudios prospectivos, estos autores junto con Blaney encontraron en 16 de ellos un factor relevante: la presencia de preocupaciones sobre el peso y la forma, tanto para las adolescentes en la escuela intermedia como en principios de secundaria, puesto que predicen posteriores incrementos en problemas de alimentación, tales como la dieta, la obsesión por la delgadez, síntomas bulímicos, los atracones de comida, conductas compensatorias y síndromes parciales de bulimia nerviosa, durante periodos que oscilan entre 8 meses a 4 años (en Wertheim y Paxton, 2011, p.81). Asimismo, se encontró que este tipo de preocupaciones sobre la imagen corporal predecían en muchos casos el empeoramiento de síntomas depresivos, así como de la autoestima global.

Estos autores concluyen que al ser identificada “la alta prevalencia de dichas preocupaciones sobre el propio cuerpo, su estabilidad en el tiempo y las posibles consecuencias negativas sobre la insatisfacción, es requerida una comprensión profunda de la imagen corporal durante este periodo” (en Wertheim y Paxton, 2011, p. 81). También sugieren la comprensión de los distintos factores de riesgo y protección, su modo de operar, su mediación sobre el impacto negativo en la imagen corporal.

Todo ello deja entrever que los cambios físicos producidos en la adolescencia traen consigo un ajuste y reconfiguración sobre la propia imagen corporal previamente construida, donde interactúan diferentes procesos. Las dificultades presentes respecto a ésta, ya sea como

insatisfacción o como preocupación no desaparecen fácilmente. Por otro lado, son relevantes el grupo de pares, así como las normas o modelos estéticos imperantes en una sociedad, la manera de interiorizar éstas, su relación con los esquemas cognitivos de procesamiento de información relacionada con la apariencia física.

A partir de lo expuesto, surge la pregunta sobre las formas de expresión de estas variables en la población de adolescentes con una diferencia visible, en este caso, con un tipo de secuela de quemadura, ya que la adolescencia constituye una etapa del desarrollo en la que las preocupaciones y la insatisfacción con la imagen corporal son frecuentes.

## **2. Autoconcepto**

### **2.1 Antecedentes históricos sobre la noción de “autoconcepto”.**

Desde sus inicios, el autoconcepto ha sido considerado como uno de los factores centrales en la construcción de la personalidad de un individuo. Por otro lado, siendo de utilidad para la comprensión de la noción de *Sí mismo* (Self) ha generando mucho interés en diversas disciplinas científicas, como la psicología.

Shavelson, Hubner y Stanson (1976) definen el autoconcepto como “las percepciones del individuo sobre sí mismo, las cuales se basan en sus experiencias con los demás y en las atribuciones que él mismo hace de su propia conducta” (en Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011, p.7).

Por otro lado, estos autores manifiestan que la percepción, integración y organización de las experiencias de los seres humanos en el autoconcepto constituye “una clave explicativa para el adecuado funcionamiento comportamental, cognitivo, afectivo y social”. Para García y Musitu (1999), el autoconcepto implica las representaciones o los conceptos que un individuo tiene de tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual (en Fuentes et al., 2011, p.7).

Uno de los precursores en la definición del autoconcepto es William James que a comienzos de 1900 en su obra “Principios de psicología” realiza sus formulaciones sobre el *Self* (Sí mismo) elaborando una distinción entre el *yo* (yo-sujeto que conoce) y el *mi* (yo-objeto a ser conocido) (Palacios, 2003, en Veliz, 2010, p.28). Dicho modelo teórico caracterizado por la introspección e intuición plantea que el Self está compuesto por tres tipos de *mi*: el Self material, el Self social, el Self espiritual, organizados jerárquicamente, mientras que por otro lado sitúa al “puro ego” (Veliz, 2010, p. 28; Goñi, 2009, p.21). A partir de esta diferenciación, remarca que el estudio del

ego corresponder a la filosofía, en tanto que el estudio del Self, a la psicología (Goñi, 2009, p. 21).

Para autores como Burns (1982), James, además de destacar la multidimensionalidad de las representaciones y concepciones sobre el Sí mismo, enfatiza su naturaleza social (en Veliz 2010, p.28).

Por su parte, Mead (1903,1910, 1934), desde una perspectiva sociogenética y siguiendo las concepciones de James acerca de la estructura, el funcionamiento y el carácter multifacético del Self, plantea dos nociones generales sobre el Sí mismo. Por un lado, la noción de que el Self supone “el mayor nivel del proceso de integración y reedición de una persona” (en Valsiner y Van der Veer, 1996, p.65). De esta forma, la internalización constituye un proceso que facilita la construcción del self en la conciencia. Por otro lado, que este proceso de internalización tiene su base en la experiencia social. Así, se destaca el origen social del Self al igual que sucede con la conciencia. Esta afirmación, lleva a Mead a identificar el Self como un “fenómeno emergente” constituido a partir del proceso de interacción que guía la construcción intra-self de la conciencia (Valsiner y Van der Veer, 1996, pp: 62-63-65-66). En otras palabras, “la organización específica de la experiencia social funciona como la base de la autoconstrucción de la persona” (Mead, 1910, en Valsiner y Van der Veer, 1996, p.66).

Por su parte, Cooley (1903), considerado como uno de los precursores del interaccionismo simbólico al igual que Mead, formula la noción del yo como espejo, la cual implica que las personas significativas para un sujeto constituyen el espejo en el que se mira para tomar conciencia de la visión que tienen de él, aspecto que es incorporado en la propia forma de verse a sí mismo (Palacios, 2003, en Veliz, 2010, p.29).

Goñi y Fernández (2008) sintetizan las principales teorías que guiaron el estudio del Self y del autoconcepto en diferentes momentos históricos:

- El interaccionismo simbólico prioriza la experiencia social en la construcción del autoconcepto.
- El conductismo considera únicamente criterios e indicadores directamente observables y medibles, por lo cual centra su atención en el ambiente.
- El aprendizaje social si bien parte de la conducta observable considera algunos procesos internos como el autorrefuerzo.



- La teoría psicoanalítica desarrolla su formulación del aparato psíquico en la segunda tópica freudiana, constituida por tres instancias: el yo, el ello y el superyó.
- La fenomenología destaca los procesos subjetivos de percepción interiorizados por cada individuo.
- La psicología humanista, a partir de Rogers, remarca en su teoría de la personalidad el papel central del Self incluyéndolo en su modo de abordaje terapéutico.
- La psicología social pone énfasis en la presencia de determinadas condiciones ambientales en su formación.
- El cognitivismo, a partir de la noción de esquemas cognitivos de procesamiento de información, considera el autoconcepto como una estructura jerárquica de esquemas vinculados con la visión particular del mundo y con la motivación de cada sujeto (en Goñi, 2009, p.20).

## **2.2 La concepción unidimensional y la concepción multidimensional del autoconcepto.**

A partir de los años 1970, la psicología centra nuevamente su atención en el estudio del autoconcepto (self- concept), desarrollándose distintas pruebas e instrumentos de medida.

Durante los años 1960 hasta inicios de 1980, a través de autores como Rosenberg (1963) y Coopersmith (1967), predomina una visión unidimensional del autoconcepto: “un único autoconcepto que serviría para justificar las diferentes conductas humanas en diferentes contextos” (en Veliz, 2010, p.30).

Desde esta perspectiva, Brookover, Thomas, y Patterson (1964), Rosenberg y Coopersmith (1967), Marx y Winne (1978) defienden la idea de que el autoconcepto es principalmente unitario y que sus posibles dimensiones se hallan fuertemente dominadas por este factor general, por lo que no pueden diferenciarse adecuadamente (en Goñi, 2009, p.21). En cambio, el autoconcepto general puede ser claramente distinguido, de forma que esta noción debe guiar el estudio del autoconcepto (Marsh, Byrne y Shavelson, 1992, en Veliz, 2010, p.41).

En contraposición a esta postura, Shavelson et al. (1976) plantean que a la vez que existe un autoconcepto global, éste incorpora diferentes dimensiones o dominios específicos que explican los comportamientos de las personas en situaciones diversas (Veliz, 2010, p.31). En este modelo del autoconcepto, también denominado modelo jerárquico, los dominios específicos se encuentran bajo un autoconcepto más amplio, más general. De igual manera, se piensa que el

autoconcepto global es más estable que los dominios específicos, más dependientes del contexto (Shavelson et al. 1976, Moritz, Read, Clark, Callahan y Albaugh, 2009, en Veliz, 2010, p.40).

Desde este enfoque, el autoconcepto global es el producto “de un conjunto de percepciones parciales del propio yo (multidimensionalidad), que se estructuran en una organización jerárquica: el autoconcepto general se compondría del autoconcepto académico y del no-académico y este último, a su vez, incluiría tanto el autoconcepto social como el personal y el físico” (Goñi, 2009, p.9). Por su parte, cada una de estas dimensiones estaría compuesta por subdimensiones o componentes más específicos.

Desde esta lógica, Shavelson et al. (1976) definen el autoconcepto como: “La percepción que una persona tiene de sí misma, que se forma a partir de las experiencias y relaciones con el medio, en donde juegan un importante papel tanto los refuerzos ambientales como los otros significativos” (p.411, en Goñi, 2009, p.23).

Este modelo fue revisado posteriormente por Shavelson y Marsh en 1985, quienes remarcan que el autoconcepto está constituido por las autopercepciones producidas en las experiencias sociales y en las interpretaciones del medio ambiente.

Shavelson et al. (1976) y Marsh (2005) desarrollan su modelo partiendo de definiciones existentes y de componentes previamente estudiados (componentes académico, social y físico), subrayando siete características principales del autoconcepto:

a. El autoconcepto está estructurado y organizado, es un proceso por el cual las personas categorizan información sobre el mundo y sobre sí mismas. Las personas utilizan estas categorías para representarse a sí mismas (en Veliz, 2010, p.43).

b. El autoconcepto es multidimensional o multifacético, está compuesto por dominios que reflejan el sistema de categorías construido (en Goñi, 2009, p.24).

c. El autoconcepto presenta una estructura jerárquica: en la base se encuentra la percepción de la conducta personal en situaciones concretas, en el medio las inferencias respecto a las diferentes dimensiones, y en la cima el autoconcepto global (en Veliz, 2010, p.43).

d. El autoconcepto varía en estabilidad de acuerdo con la jerarquía: el autoconcepto global es estable, mientras que las dimensiones dependen de situaciones concretas (en Goñi, 2009, p.24).

e. El autoconcepto tiene un carácter evolutivo, las dimensiones varían y adquieren diferenciación de acuerdo con el desarrollo evolutivo de los sujetos de la niñez a la adultez.

f. El autoconcepto tiene un aspecto descriptivo y otro evaluativo. En determinadas circunstancias, la evaluación parte de lo que se constituye como ideal, producto de una reflexión personal basada en la comparación con los pares o en las expectativas percibidas en otras personas (en Veliz, 2010, p.43).

g. El autoconcepto adquiere diferenciación respecto de otros constructos teóricamente relacionados, como la personalidad, la autoeficacia, etc. (en Veliz, 2010, p.43; Goñi, 2009, p.24).

La mayoría de las definiciones actuales considera el autoconcepto desde una perspectiva multidimensional (Swann, Chang-Schneider y McClarty, 2007, en Veliz, 2010, p.33). De igual manera, el modelo jerárquico del autoconcepto es el que ha recibido mayor apoyo empírico (Byrne y Shavelson, 1986, Marsh, 1990, Marsh y Craven, 2006, Marsh, Craven y Debus, 1991, Moritz, Read, Clark, Callahan y Albaugh, 2009, en Veliz, 2010, pp.40-41).

Por todo ello, Marsh y Craven (1997), afirman que las investigaciones realizadas sobre el autoconcepto desde un enfoque multidimensional y jerárquico muestran que su propuesta es consistente y que sus componentes son altamente diferenciables (en Veliz, 2010, p.42). De acuerdo con Goñi (2009), este modelo es ampliamente aceptado y considerado un punto de referencia para el estudio del autoconcepto. Además, dio lugar a la creación de nuevos modelos dimensionales sobre el autoconcepto (p.23).

### **2.3 Dimensiones del autoconcepto.**

Para Shavelson et al. (1976), el autoconcepto tiene cuatro componentes: autoconcepto académico, emocional, social y físico, que conforman un nivel medio o secundario debajo del autoconcepto general. Por otro lado, estos componentes se clasifican en una dimensión académica (autoconcepto académico) y en otra no académica (emocional, social y físico) (en Esteve, 2005, p.103).

García y Musitu (1999); basándose en los postulados de Shavelson et al. (1976), proponen un modelo multidimensional del autoconcepto ampliamente utilizado en la actualidad, a partir del cual construyen el cuestionario de autoconcepto AF-5. Estos autores plantean en su instrumento una estructura de cinco factores o dimensiones: autoconcepto académico, autoconcepto social, autoconcepto familiar, autoconcepto emocional y autoconcepto físico. De acuerdo con García, Musitu, Riquelme, E. y Riquelme, P. (2011), diferentes estudios empíricos confirman la validez de la propuesta estructural de las cinco dimensiones, de la misma forma que dejan entrever

relaciones teóricas de consistencia entre las dimensiones postuladas en el AF-5, y otros constructos psicológicos (p.649).

A continuación se describen las cinco dimensiones del autoconcepto.

### ***2.3.1 Autoconcepto académico.***

Para Shavelson et al. (1976), el autoconcepto académico se subdivide en la percepción de competencia en distintas materias (inglés, historia, matemáticas). Por debajo de éste, se presentan subdominios más específicos, dependientes de situaciones concretas (en Goñi, 2009, p.27).

A partir de un estudio efectuado con pre-adolescentes, Marsh y Shavelson (1985) precisan dos tipos de autoconcepto académico básicos: el autoconcepto académico verbal referido a los contenidos lingüísticos y el autoconcepto académico matemático, que no presentan relaciones significativas entre ellos, pero sí se relacionan de manera notable con el autoconcepto académico general, situado en una posición superior.

García et al. (2011) definen el autoconcepto académico como “la percepción que el sujeto tiene de la calidad de su desempeño del rol de estudiante (o trabajador)” (p.649). También señalan que este autoconcepto varía en dos etapas: académica y profesional, de acuerdo con los momentos cronológicos en los contextos de trabajo.

### ***2.3.2 Autoconcepto social.***

Como se mencionó anteriormente, James y Mead destacaron el carácter social del autoconcepto y el lugar de la interacción social en su construcción, nociones que llevan a definirlo como un producto social (Rosenbeg y Kaplan, 1982, Webster y Sobiezet, 1974, en Goñi, 2009, p.44). A partir de ello, se desarrollaron tres modelos sobre la estructura interna del autoconcepto social.

Shavelson et al. (1976) plantean que el autoconcepto social está constituido por dos dimensiones: la primera relacionada con los pares y la segunda con los “otros significativos”. Song y Hattie (1984), a partir de un estudio con adolescentes indican que el autoconcepto social se clasifica en autoconcepto de los pares y autoconcepto familiar. Por su parte, Byrne y Shavelson (1986) identifican con base en modelos teóricos previos la relevancia de la comparación social y la interacción con otros, lo cual les lleva a afirmar que hay un autoconcepto social relacionado con el contexto escolar (compañeros y padres) y un autoconcepto relacionado con la familia (hermanos/as y padres) (en Goñi, 2009, pp.43-44).

Gofi (2009) a partir una revisión de la estructura interna de las dimensiones del autoconcepto, distingue dos vertientes de estudio del autoconcepto social: aquella que lo define a partir de criterios contextuales y aquella centrada en competencias (p.48). La primera de ellas asume que “la autopercepción como ser social varía en función de las interacciones en los distintos entornos en los que el ser humano interactúa” (p.47). Mientras que en la dimensión de competencias “el autoconcepto social representa la autoevaluación que las personas realizan de las conductas activadas en situaciones sociales” (p.49). Este autor se inclina por esta última corriente, y clasifica en tres las dimensiones del autoconcepto social: la aceptación social, la competencia social y la responsabilidad social. Así mismo, integra junto con otros autores las subdimensiones aceptación social y competencia social en una sola obteniendo un modelo bidimensional (p.49).

Para García et al. (2011), el autoconcepto social consiste en:

La percepción que el sujeto tiene de su desempeño en las relaciones sociales, sus redes sociales, en la facilidad o dificultad para ampliar y mantener su red social, así como a algunas cualidades importantes en las relaciones interpersonales (como ser alegre y amable). (p.649).

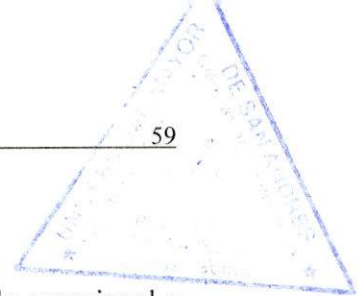
### ***2.3.3 Autoconcepto familiar.***

De acuerdo con García et al. (2011), el autoconcepto familiar se refiere a “la percepción que el sujeto tiene de su desenvolvimiento, participación e integración en la familia” (p.649).

### ***2.3.4 Autoconcepto físico.***

Desde las primeras definiciones de autoconcepto, Shavelson et al. (1976) plantean que el autoconcepto físico está constituido por dos sub-dimensiones, la habilidad física y la apariencia física, las mismas que son estudiadas desde finales de los años 1980. Según Gofi (2009), fueron varias las propuestas sobre las sub-dimensiones o los dominios del autoconcepto físico, y en todos ellos se repiten las dimensiones planteadas en el modelo de Shavelson et al.

En esta lógica, para García y Musitu (1999), el autoconcepto físico se refiere a “la percepción que el sujeto tiene de su apariencia física y condición física” (en García et al., 2011, p.640).



### **2.3.5 Autoconcepto emocional.**

El autoconcepto emocional es “la percepción que un sujeto tiene de su estado emocional y sus respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en la vida” (en García et al., 2011, p.649). Esta dimensión presenta dos fuentes de información, la primera referida a la percepción general que tiene un sujeto sobre su estado emocional (estoy nervioso, me asusto con facilidad), y la segunda referida a situaciones específicas en las que las personas involucradas tienen un rango superior, como el profesor (me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor) o un superior en el trabajo (en García et al., 2011, p.649).

### **2.4 El autoconcepto en la adolescencia.**

El progreso del autoconcepto en la adolescencia es complejo por el desarrollo del pensamiento abstracto, el pensamiento hipotético-deductivo, los cambios físicos y afectivos y los consecuentes nuevos modos de desenvolverse socialmente. La manera de representarse a sí mismos resulta problemática no sólo en lo que respecta a la elaboración de una descripción de sí mismos acorde con los ideales presentes, sino a la hora de construir la identidad (Palacios, 2003, en Veliz, 2010, p.38).

El autoconcepto juega una posición determinante en el proceso de desarrollo psicosocial de los individuos, sobre todo a partir de la interacción en diferentes contextos, como el social, académico, familiar, físico y emocional (Torres, Pompa, Meza y Ancer, 2010, p.299).

Por otro lado, este constructo tiene diferentes relaciones con la salud mental en los jóvenes y es un predictor de la internalización de problemas (Nishikawa, Sundbom, Hägglöf, 2010, Goetz, Cronjaeger, Frenzel, Lüdtke, Hall, 2010, en Torres et al., 2010, p.299).

Varios autores afirman que “el bajo autoconcepto incide en diferentes problemáticas, como: trastornos alimenticios (Gual, Pérez, Martínez, Lahortiga, Irala y Cervera, 2002), la adicción al tabaco (Ferrerías, Guzmán y Carulla, 1998) y al alcohol (Izquierdo, 2001), problemática familiares (Musitu y García, 2004; Arranz, Yenes, Olabarrieta y Martín, 2001), el pobre desarrollo escolar (Rodríguez, Cabanach, Valle, Núñez y González-Pineda, 2004) y la violencia intrafamiliar (Aznar, 2004)” (en Torres et al., 2010, pp. 299-300).

Desde esta perspectiva, el autoconcepto ha sido considerado por numerosos autores como un importante correlato del bienestar psicológico y del ajuste social (Fuentes et al., 2011, p.7).

### 3. La Depresión Infanto-Juvenil

Desde las primeras descripciones clínicas de la depresión infantil y adolescente, se encontraron complicaciones al intentar precisar una definición común y compartida en el ámbito científico.

En 1946, Spitz y Wolf observaron a niños de edades entre 6 y 11 meses cuando se les separaba de sus cuidadores. Estos autores evidenciaron que los infantes desarrollaban síntomas similares a los de la depresión en adultos, síndrome al que denominaron “depresión anaclítica” caracterizada por “la tristeza, expresión facial aprensiva con progresión a través del llanto y los gritos, apatía, un balbuceo reducido, menor actividad física, retraimiento, abatimiento y desapego” (en Gordillo, 2012, p.23). Dichos síntomas iban acompañados de una mayor susceptibilidad a presentar enfermedades, así como un deterioro en el desarrollo intelectual que podía durar más de cinco meses, como se observó en muchos casos (en Gordillo, 2010, p.23).

Años después Bowlby (1951) publica su libro *Cuidado Materno y Salud Mental*, que fue auspiciado por la OMS. En dicho trabajo, destaca la relevancia de los vínculos afectivos entre madres e hijos en los primeros 3 años, principalmente entre los 6 meses y el primer año, periodo crítico para el establecimiento del apego (Del Barrio, 2007, en Gordillo, 2010, p.23). Las complicaciones en este vínculo primario pueden verse relacionadas con distintas patologías en la infancia, en especial con la vulnerabilidad a desarrollar una depresión (Gordillo, 2010, p.23).

A finales de la década de 1960, se pensó que la depresión infantil se mostraba “enmascarada” por otros síntomas emocionales y conductuales. De esta forma, “se diagnosticaban depresiones enmascaradas en jóvenes que manifestaban hiperactividad, comportamiento agresivo o delincuencia, cuando niños o adolescentes mostraban ocasionalmente un estado de ánimo deprimido y se referían a temas depresivos o pesimistas en los tests proyectivos” (Cytryn y McKney 1972, en Waslick, Kandel y Kakourous 2003, p.1). Así mismo, se brindaba este diagnóstico en presencia de ciertas quejas somáticas, como dolores de cabeza, de estómago, en presencia de enuresis y ante ciertos problemas escolares, como fobia escolar, problemas de aprendizaje (Mitchel, Varley y McCauley, 1998, en Gordillo, 2010, p.24). Estos síntomas eran pensados como correlatos depresivos y, en la actualidad, algunos de ellos podrían ser interpretados como comórbidos de la depresión o propios de otras entidades clínicas específicas.

La depresión infantil fue admitida por primera vez como desorden mental en 1970, en el Cuarto Congreso Europeo de pado-psiquiatría. Así, se dio inicio a la progresiva aceptación de

esta entidad (Gordillo, 2010, p.24), se avanzó cada vez más sobre sus características y particularidades, gracias a los conocimientos sobre el desarrollo evolutivo en la niñez y la adolescencia.

En 1980, con la publicación del DSM III, se logró un consenso entre distintas posiciones teóricas respecto a la existencia de la depresión infantil, y fue formalmente reconocida (Kaslow et al., 1999, en Ramírez, 2009, p.2).

Seligman (1980) realizó un estudio longitudinal sobre la depresión, con el que comprobó que los problemas sociales como las riñas de los padres y el rechazo por parte del grupo pares constituyen en muchos casos la raíz de la depresión (en Gordillo, 2010, p.24).

### **3.1 Definición y criterios diagnósticos.**

Se desarrollaron varias líneas de investigación sobre la depresión infanto-juvenil, entre las que surgieron discrepancias respecto a la equiparación de los síntomas en niños y adolescentes, con los síntomas de los adultos, y en relación a la necesidad de construir criterios evolutivos específicos para el diagnóstico.

A continuación se presentan los criterios establecidos para el diagnóstico de la depresión en los dos sistemas de clasificación internacional: el DSM-IV TR, propuesto por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA, 2000) y el CIE-10, propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007). De acuerdo con estas clasificaciones internacionales, basadas en criterios categóricos de los trastornos afectivos, la depresión infantil y adolescente es comparable a la depresión en los adultos, salvo por algunos criterios que las diferencian.

Para el DSM IV-TR (APA, 2000), la depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por el estado de ánimo depresivo o irritable (en niños y adolescentes), la pérdida de interés o la capacidad para sentir placer (anhedonia), sumados a cinco o más síntomas de un grupo de siete: pérdida o aumento importante de peso (p.ej., más del 5% en un mes), o pérdida o aumento del apetito (en niños y adolescentes un fracaso en lograr el aumento de peso esperado para la edad); insomnio o hipersomnia casi cada día; agitación o enlentecimiento psicomotores cada día; fatiga o pérdida de energía casi cada día; sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados, baja autoestima; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi cada día; pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida con o sin planificación o intentos de suicidio previos.



La gravedad del cuadro (leve moderado o grave) considera el número, tipo e intensidad de los síntomas y el deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad de un sujeto. Dichos síntomas deben hacerse presentes en un episodio de por lo menos dos semanas de duración (APA, 2000, en Gordillo, 2010, p.179)

Al igual que el CIE-10, especifica si la gravedad se encuentra o no asociada a síntomas psicóticos, y hace referencia a la remisión de los síntomas (parcial o total). De la misma forma, menciona si se presenta un solo episodio o si la depresión se produce de forma recurrente o recidivante (APA, 2000, en Gordillo, 2010, p.179).

Por otro lado, una categoría diagnóstica incluida dentro de los trastornos depresivos unipolares y descrita en ambas clasificaciones es el trastorno distímico. Este trastorno es definido como una depresión de larga duración (al menos dos años en adultos), en la que se presenta un estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, de la mayoría de los días (APA, 2000, en Gordillo 2010:179)

Según el DSM-IV TR, en niños y adolescentes, la irritabilidad puede manifestarse como equivalente al estado de ánimo depresivo. Al encontrarse en proceso de crecimiento físico, se deben tener en cuenta como indicadores importantes, la falta de apetito y/ de peso esperado para cada edad (Waslick et al., 2003, p.7). La distimia se diagnostica a partir de una duración de un año.

El CIE-10 establece como criterios para la depresión infantil y adolescente seis síntomas necesarios: el descenso del ánimo, la reducción de energía, la disminución de las actividades diarias y una disminución de la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración. Además, estos síntomas pueden ir acompañados de otros nueve síntomas que facilitan la identificación de la gravedad (en Gordillo, 2010, pp. 26-27).

En ambos sistemas se consideran los denominados trastornos adaptativos, que hacen referencia a la depresión infantil reactiva a estresores escolares y académicos. Asimismo, el CIE-10 incluye, dentro del apartado *desórdenes emocionales y conductuales con inicio en la infancia y en la adolescencia*, el trastorno mixto de depresión y conductas de desorden que considera síntomas similares a los síntomas en los adultos (en Gordillo, 2010, p.27).

Del Barrio en el 2010, en un artículo de análisis sobre la depresión infantil en la época actual, refiere que hasta ese momento no se presentaron cambios paradigmáticos en la interpretación de la Depresión. Agrega que las definiciones realizadas por Spitz (1965) sobre la sintomatología de

la Depresión son similares a las actuales, y especifica la inclusión de síntomas a nivel cognitivo, presentes en adolescentes, que Spitz no definió al realizar su estudio únicamente con niños entre 6-18 meses (Del Barrio, 2010, p.50).

Según esta autora, no se identifican variaciones determinantes en los años 2000-2010 sobre el concepto o el marco teórico que explica la depresión. Un aspecto innovador es el realce de la concepción de la depresión como un afecto negativo procedente de la emoción básica de miedo, en contraposición a concepciones más cognitivas. Aspecto que hace patente el carácter emocional de la depresión infantil (Del Barrio, 2010, p.50).

Con base en una revisión del borrador del DSM-V, esta autora indica que se mantienen los síntomas del DSM-IV, con la posibilidad de incluir la disforia combinada con otros trastornos del humor en una nueva categoría de los trastornos de la niñez.

### **3.2 Criterios evolutivos sobre los síntomas depresivos.**

Algunos autores especifican la lectura de los síntomas propuestos en los sistemas de clasificación de acuerdo con criterios de desarrollo evolutivo. Kowatch, Emslie y Kennard (1996), y Del Barrio (2005) refieren que la participación del desarrollo evolutivo se manifiesta principalmente en los desencadenantes, en la forma en que se expresan los síntomas, en el curso y pronóstico del trastorno (en Ramírez, R., 2009, p.5).

Del Barrio (2005) hace una síntesis de los síntomas habituales de la depresión infantil y los clasifica en seis categorías:

- a. Síntomas emocionales: los sentimientos de tristeza, la pérdida de placer en las actividades, la falta de sentido del humor, los cambios bruscos de humor, la irritabilidad, así como la ausencia de interés y el llanto excesivo.
- b. Síntomas motores: hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, inmovilidad, torpeza, estupor y atonía, o hiperactividad e inquietud.
- c. Síntomas cognitivos: falta de concentración, pérdida de memoria y descenso en el rendimiento académico, así como pesimismo, desesperanza, indecisión, ideas y sentimientos de culpa, baja autoestima e posible ideación suicida. Estos síntomas se manifestarían con diferencias en niños y adolescentes debido al desarrollo cognitivo en cada etapa.
- d. Síntomas sociales: aislamiento, retraimiento, evitación e incompetencia social.

e. Síntomas conductuales: las protestas, las riñas, la desobediencia, las rabietas, la indisciplina escolar, la delincuencia, el consumo de drogas y la piromanía.

f. Psicosomáticos: enuresis, fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas, cambios en el sueño y el apetito, disminución de las defensas inmunológicas, dermatitis y alergias.

Del Barrio desarrolla algunas características de la depresión según cuatro edades. En el caso de la adolescencia (12-18 años), refiere que los episodios depresivos se muestran con mayor frecuencia y más intensamente. De la misma forma, afirma que los aspectos cognitivos y afectivos relacionados se tornan más importantes, mientras que los aspectos motores de las edades anteriores disminuyen (en Ramírez, R. 2009, pp.7-8).

Además de estos, se pueden hacer presentes el disgusto con la imagen corporal y con el desempeño, los sentimientos de inferioridad, el pesimismo, la ideación suicida, el comportamiento aislado, el comportamiento agresivo (desafiante y opositor), así como la posibilidad de presentar problemas de anorexia, bulimia e hipersomnia (Cuevas y Teva, Del Barrio, Tomas et al., 1996, en Ramírez, R., 2009, p.8).

### **3.3 Etiología y factores de riesgo.**

Waslick et al. (2003) refieren que al igual que en la depresión en adultos “no hay una causa única, clara y definida para muchos o incluso la mayoría de los casos de depresión infantil” (p.21). De esta forma “las depresiones en jóvenes pueden ser expresiones fenotípicas del final de un curso común de muchos procesos etiológicos” (Waslick et al., 2003, p.21). Al no especificarse una causa única, la investigación se centra en ciertas variables consideradas como factores de riesgo (o correlatos etiológicos). Por ello, estos autores proponen un modelo biopsicosocial.

De forma similar, Del Barrio (2007) afirma que para que aparezca una depresión en la infancia o en la adolescencia deben existir algunas condiciones que actúan en conjunto o separadamente, como la vulnerabilidad genética (Mill, et al., 2008, Oldehinkel, Veenstra, Ormel, de Winter y Verhulst, 2006, en Gordillo, 2010, p.27), la aparición de acontecimientos psicosociales negativos (Moreno, Del Barrio, y Mestre, 1996, en Gordillo, 2010, p.27) y una determinada estructura de personalidad (Humprich, 1998, en Gordillo, 2010, p.27). Del Barrio (2010) sugiere el estudio de los factores de riesgo en diferentes etapas y en distintos contextos situacionales, y destaca la importancia de los estudios longitudinales (p.56). A continuación se describen los factores de riesgo más importantes para la depresión.

### **3.3.1 Correlatos biológicos.**

a. Genéticos: Varios estudios con familias sugieren el componente genético como factor etiológico de la depresión, por ejemplo estudios basados en historias y entrevistas familiares muestran que los trastornos depresivos son más frecuentes en familiares de adultos y adolescentes con depresión (Waslick et al., 2003, p.21). Por otro lado, estudios de “alto riesgo” encontraron que personas descendientes de padres con trastornos del estado de ánimo presentaban altas tasas de este tipo de trastornos en la infancia y en la adolescencia a diferencia de muestras de sujetos control (Angold et al., 1987, Weissman et al., 1997, en Waslick et al., 2003, p.22). De la misma forma, estudios con gemelos adolescentes presentaban mayores tasas de concordancia de depresión para gemelos monocigóticos que para gemelos bicigóticos (Eaves et al., 1997, en Waslick et al., 2003, p.22).

A pesar de estos resultados, Waslick et al. (2003) refieren que no existen evidencias concluyentes debido a que hay otras explicaciones además de la genética a partir de correlatos familiares. Por lo tanto, no se establece que una “alteración genética específica o polimorfismo (...) confiera un riesgo elevado de desarrollar depresión mayor unipolar en niños, adolescentes o adultos” (Waslick et al, 2003, p.22).

b. Temperamento: El temperamento es “un estilo constitucional presumiblemente heredado por el niño y hasta cierto punto desempeña un papel de modulador de la interacción entre organismo y el medio ambiente” (Waslick et al., 2003, p.22). Incluye comportamientos observables durante el primer año de vida, como el nivel de actividad, la adaptabilidad al cambio y a los estímulos novedosos, los niveles de intensidad de respuestas a acontecimientos ambientales y la perseverancia en el afrontamiento de problemas. Varios estudios pretendían establecer al temperamento como un factor predictor de futuros trastornos psicopatológicos, por ejemplo, estudios que sugieren la asociación entre el tipo de temperamento denominado inhibición conductual con el desarrollo de trastornos de ansiedad en jóvenes (Bierdeman et al., 1993), pero no aportaron pruebas concluyentes de trastornos del estado de ánimo en niños (en Waslick et al., 2003, p.22).

c. Factores neurobiológicos: En los años 2000, los estudios se centraban especialmente en los niveles de cortisol, la hormona del crecimiento y alteraciones del sueño REM. La diferencia en los últimos años se debe a que los estudios se centran en alteraciones estructurales y funcionales en la amígdala, el cíngulo, hipocampo y la asimetría frontal derecha (Coan y Allen, 2004, en Del

Barrio, 2010, p.52). Esto se debe según Del Barrio (2010) a “la activación emocional ligada a factores genéticos (...) los cuales hacen más o menos proclives a los sujetos a reaccionar diferencialmente ante el estrés, los refuerzos o la adversidad” (p.52).

Desde un punto de vista neuroendocrino, se han realizado estudios con sujetos deprimidos sobre las diferentes reacciones ante el refuerzo y el castigo intentando identificar las causas o consecuencias entre dichos acontecimientos y la depresión. Se comprobó que las adolescentes de alto riesgo de depresión familiar, ante el refuerzo, presentaban menos activación en el putamen y en la ínsula izquierda que las del grupo de bajo riesgo de depresión familiar, pero que presentaban mayor activación en la ínsula derecha. Las adolescentes del grupo de alto riesgo presentaban ante el castigo, una mayor activación en la zona dorsal del giro cingulado anterior que las adolescentes de bajo riesgo que presentaban activación en el núcleo caudado y en el putamen. Estos resultados demuestran la diferencia del procesamiento neuronal en adolescentes del grupo de alto riesgo para desarrollar una depresión (Gotlib, Hamilton, Cooney, Singh, Henry y Joorman, 2010, en Del Barrio, 2010, p.52).

Por otro lado, Del barrio (2010) destaca los estudios que explican la depresión desarrollada tempranamente con el aumento de estrógenos; estudios que se relacionan con la obsesidad, que explican la depresión a partir de la influencia de los lípidos sobre los neurotransmisores. Pero agrega que en ambos casos es evidente la intervención de otros factores, como los factores sociales relacionados con la imagen corporal (p.52).

Varios estudios realizados a nivel de neurotransmisores con muestras de niños y adolescentes indican que la función serotoninérgica podría estar alterada. Algunos de estos estudios utilizaron marcadores periféricos de la función central catecolaminérgica, como los niveles de serotonina en la sangre (Hugues et al., 1996, en Waslik et al., 2003, p.24) o los receptores de serotonina plaquetaria (Sallee et al., 1998, en Waslik et al., 2003, p.24)

### ***3.3.2 Correlatos psicológicos.***

Antes de describir algunos factores psicológicos relacionados con la depresión, se puntualizan tres postulados teóricos tradicionales sobre la depresión:

a. Psicoanálisis: Freud (1917) en su obra *Duelo y melancolía* describe algunos síntomas depresivos a partir del concepto de *duelo*. El duelo se produce como una reacción normal ante la pérdida de un ser querido o una abstracción que haga las veces de éste, como la patria. Éste

proceso de duelo implica una retirada progresiva de la libido o energía sexual del objeto perdido, la que luego retorna a investir el yo en primer lugar y pasa posteriormente a investir otros objetos. En el proceso, así como en el trabajo de elaboración del duelo, se hacen presentes diferentes reacciones de tristeza, abatimiento, etc. similares a las descritas posteriormente en el cuadro de la depresión. Por otro lado, Freud describe el fenómeno de la melancolía como la identificación absoluta con el objeto perdido, fenómeno que puede presentarse principalmente en los casos de psicosis.

b. Conductismo: En 1967, Seligman realizó un estudio junto con un equipo de la Universidad de Pensilvania. Con base en los resultados obtenidos formula el término de *indefensión aprendida*, que identifica casualmente a partir de la teoría de aprendizaje en animales. A partir de este modelo, se destaca que ciertas manifestaciones conductuales observadas en animales presentan similitud con características de la depresión en humanos.

De acuerdo con Seligman (1984), “el paradigma de la desesperanza aprendida” implica la existencia de un organismo sometido a experiencias no deseadas, frente a las cuales sólo pueden ejercer un mínimo control regulador (en Waslik et al., 2003, p.26).

De esta forma, los animales y probablemente los humanos expuestos a situaciones “sin escapatoria”, acontecimientos negativos de la vida, presentan una percepción de descontrol sobre las circunstancias externas reforzadoras, lo que conduce a vivencias de inseguridad, cierta pasividad ante las respuestas, parálisis, desesperanza, de forma similar a la indefensión aprendida (García, A., 2009, pp. 95-96). Según Waslick et al. (2003), estos síntomas, al realizar un examen superficial, pueden parecerse a los síntomas neurovegetativos de la depresión, por ejemplo: enlentecimiento psicomotor, decaimiento y déficit en comportamientos orientados a un objeto (pp.25-26).

Lewinson y cols. (2001) afirman que este modelo no dispone de amplia evidencia empírica con adolescentes jóvenes (Waslick et al., 2003, p.26).

c. Teoría cognitiva: Aaron Beck-uno de los principales exponentes de la terapia cognitiva- describe en 1964 un determinado estilo de procesamiento cognitivo como fundamental para explicar la depresión, caracterizado por una visión pesimista de uno mismo, del mundo y del futuro, a la vez relacionado con sesgos o distorsiones cognitivas definidas como “proposiciones que suponen errores lógicos y sistemáticos que facilitan el mantenimiento del humor depresivo”

(Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983, en Rodríguez-Testal, Carrasco, Del Barrio, Catalán, 2002, p.410).

Beck (1991) plantea que el procesamiento de la información de personas deprimidas ante una situación de pérdida o fracaso se caracteriza porque estas filtran ciertas señales negativas focalizando la atención sobre aspectos negativos o contrarios (Rodríguez-Tesal et al., 2002, p.411).

Para Beck (1991), el origen de las distorsiones cognitivas se sitúa en las primeras etapas del desarrollo “constituyendo un factor predisponente para la depresión, mantenedor de los esquemas cognitivos y de la triada depresiva cuando el trastorno anímico hace aparición” (en Rodríguez-Tesal et al., 2002, p.410). Según Clark y Beck (1997), el estado de ánimo depresivo incrementa la probabilidad de aparición de las distorsiones cognitivas, y éstas por su parte agravan el humor depresivo (en Rodríguez-Tesal et al., 2002, p.410).

De acuerdo a Beck (1991), si bien estas distorsiones representan síntomas concomitantes y agravantes de las alteraciones anímicas, no son directamente causales de la depresión (en Rodríguez-Tesal et al., 2002, p.410).

Por su parte, Gotlib y Abramson (1999) refieren que existen diferentes publicaciones médicas que sostienen la presencia de alteraciones cognitivas depresógenas en pacientes con depresión (en Waslick et al., 2003, p.25), a partir de las cuales se planifican las intervenciones terapéuticas en adolescentes y adultos.

Un estudio realizado por Rodríguez-Tesal et al. (2002) con 1288 adolescentes de edades entre 12 y 17 años, dio como resultado una “sólida relación positiva entre las distorsiones cognitivas y la sintomatología depresiva, principalmente con la baja autoestima y los síntomas somáticos” (p.409). De la misma forma, se encontró que la sintomatología depresiva y los errores cognitivos aumentan progresivamente con los años, siendo significativa la edad de los 13 años. Estos resultados podrían vincularse con el incremento de las capacidades cognitivas, que se relacionan a su vez con la aparición de diferentes distorsiones cognitivas (Rodríguez-Tesal et al., 2002, p.410). Las distorsiones cognitivas más frecuentes en este estudio son: el razonamiento emocional, el absolutismo y la maximización. Por otro lado, en edades mayores se hicieron presentes dos tipos de inferencias y el razonamiento emocional. En lo que respecta a las diferencias de género, las adolescentes presentaron más sintomatología depresiva y distorsiones cognitivas.

### **3.3.3 Factores situacionales y sociales.**

a. Acontecimientos negativos de la vida: De acuerdo con Waslick et al. (2003), los modelos de depresión basados en los efectos del estrés consideran las experiencias relacionadas con acontecimientos negativos como factores precipitantes de depresión en adolescentes. Entre estos acontecimientos, Monroe et al. (1999) mencionan episodios de pérdida, como la muerte de un familiar cercano, el rompimiento en una relación de pareja. Estos autores refieren que el suicidio de un amigo, hermano o familiar incrementa el riesgo de desarrollar una depresión mayor, así como pensamientos suicidas después de seis meses de dicho evento (Brent y cols., 1993, Cerel y cols., 1999, en Waslick, 2003, p.25).

Por otro lado, Lewinson et al. (2001) describen que la interacción entre esquemas cognitivos y las experiencias de fracaso en el ámbito escolar y social pueden inducir o mantener estados disfóricos (en Waslick et al., 2003, p.25).

b. Factores sociales-familiares: En un estudio longitudinal, Jhonson et al. (2001) sugieren que un “comportamiento inadaptado” de los padres puede convertirse en factor de riesgo inespecífico para varios cuadros psicopatológicos en sus hijos, entre ellos la depresión infantil y adolescente (en Walisck et al., 2003, p.25).

En esta misma dirección, para Kovacs (2010) existe relación entre depresión materna y depresión infantil, donde la primera es el mejor predictor para la depresión infanto-juvenil (en Del Barrio, 2010, p.51). Del mismo modo, Del Barrio (2010) reporta que varios estudios realizados en niños entre 4 y 12 meses de edad muestran una relación causal entre la depresión materna y la depresión infantil. Dicha relación se produciría desde edades tempranas, siendo crítico el primer año de vida (Bagner, Pettit, Lewincohn y Seeley, 2010, en Del Barro, 2010, p.51).

De acuerdo con estudios de autores como Morris, Ciesla y Garber (2010), hay interacciones entre la depresión materna y la depresión en adolescentes (de 12 a 18 años) (Del Barrio, 2010, p.51). A partir de ello, se destaca la importancia de identificar el contexto de las relaciones sociales, así como otras variables intervinientes y/o mediadoras en cada caso.

Algunos autores citan como factores ambientales a los problemas diarios, los acontecimientos vitales traumáticos, la carencia de apoyo social, la victimización, la exposición crónica a acontecimientos vitales indeseables (Ezpeletta et al., 2000, Hutchinson y Williams,



2007, Luby, Belden y Spitznagel, 2006, Moreno et al., 1996, Watts y Markham, 2005, en Gordillo, 2010, p.38).

### **3.3.4 Curso de la depresión infanto-juvenil.**

Una característica importante de la depresión infantil es la continuidad temporal, que puede afectar en el modo de manifestación de los síntomas, como en su evolución (Gordillo, 2010, pp.27-28).

De acuerdo con algunos autores, como Agudelo et al. (2007), Kovacs y Paulaukas (1984), Kovacs y Devlin (1998), una vez que sucede un trastorno depresivo, éste aumenta su recurrencia en diferentes etapas del desarrollo de un niño (en Gordillo, 2010, p.28). Por otro lado, se apunta que a mayor precocidad, mayor el riesgo de recurrencia, dificultándose la recuperación, así como incrementando la probabilidad de comorbilidad (Gordillo, 2010, p.28)

De esta forma, la depresión en la adolescencia sigue un curso evolutivo y continuo: aquellos que presentaron episodios depresión en la infancia tienen mayor riesgo de recaídas y presentar mayor gravedad y duración (Dunn y Goodyer, 2006, Harrington, Fudge, Pickles, y Hill, 1990, Harrington et al., 1994, en Gordillo, 2010, p.28).

En cuanto a la gravedad, se estima que una depresión mayor grave tiene una duración de tres años aproximadamente, mientras que una depresión leve dura tres meses (Dunn y Goodyer, 2006, en Gordillo, 2010, p.28). La mayor severidad se relaciona muchas veces con intentos de suicidio, síntomas psicóticos y autolesiones.

Respecto a las diferencias de sexo, se calcula que los adolescentes varones presentan depresiones más crónicas (Dunn y Goodyer, 2006), mientras que las mujeres presentan un inicio más temprano, con más recurrencia y comorbilidad, cerca del doble que de los varones (Canals, et al. 2002, Dunn y Goodyer, 2006, Garber, Kriss, Koch y Lindholm, 1988, Hazler y Mellin, 2004, Keenan y Hipwell, 2005, Rowe et al., 2006, en Gordillo, 2010, pp. 28-29).

## **4. Definición de quemaduras**

De acuerdo con Francisco L. Tapia (2008), la quemadura o lesión térmica es:

Un tipo específico de lesión de los tejidos blandos que conlleva un daño o destrucción de la piel y/o su contenido, bien por agentes físicos (calor, frío, radiaciones, electricidad), agentes químicos o agentes biológicos o cualquiera de sus combinaciones. (p.8).

Es decir, son aquellas lesiones producidas en la piel por cualquier agente que “origina una variación térmica local” (Burd, 2008, p.45).

Para comprender este tipo de lesiones, así como sus implicaciones, es necesario comprender las propiedades y funciones que tiene la piel en el cuerpo humano. La piel es considerada como el mayor órgano del cuerpo, ya que la misma cubre toda la superficie corporal representando la sexta parte de su peso (Fernández-Segoviano y Esteban, 1998, p.36). Está, tiene tres componentes o capas cutáneas: la epidermis, la dermis y la hipodermis. La primera está formada por un epitelio estratificado que presenta queratina en sus células, por lo que aporta la capacidad de regeneración y protección. La dermis es la segunda capa de la piel, está formada por tejido conjuntivo a base de fibras colágenas y elásticas que le otorgan resistencia, (Tapia, 2008, p.4). La hipodermis es la capa más profunda de la piel, formada por colágeno y células grasas que sirven para conservar el calor y proteger al cuerpo de las lesiones (Tapia, 2008, p.5)

Las funciones principales de la piel son: la función protectora frente agentes físicos, químicos y biológicos (Tapia,2008, p. 20); la función de percepción sensorial, como órgano que proporciona información sobre estímulos exteriores a través del tacto, la presión, el dolor y la temperatura (Fernández-Segoviano y Esteban, 1998, p.36); la función termorreguladora de control de la temperatura del cuerpo; la función metabólica que permite la síntesis de vitamina D, el metabolismo de los lípidos y el equilibrio hidroelectrolítico (Tapia,2008,p. 20); la función inmunológica en la que se presenta como barrera defensiva frente a microorganismos; es importante también la función de la piel en la interacción y comunicación social (Tapis, 2008, p.20)

Entre las quemaduras más frecuentes, se encuentran aquellas que se producen en el hogar, representando aproximadamente el 60% de los casos. De estos, un 85% son estos accidentes que suceden a mujeres, a menores de 10 años de edad y a personas mayores de 69 años. En segundo lugar, se encuentran las quemaduras producidas en contextos laborales, las mismas que son frecuentes en personas entre los 30 a 40 años de edad. Finalmente los accidentes térmicos por accidente de tráfico, más frecuentes en personas entre los 10 y 29 años de edad (Tapia, 2008, p.27).

Los agentes más comunes dependerán de los contextos geográficos en que se produzcan los accidentes. De acuerdo con Tapia (2008), los más frecuentes son: la llama de fuego (50%) y los líquidos calientes (20%). Los accidentes con fuego se presentan con más frecuencia en varones, y

los accidentes con líquidos en mujeres, mientras que en los niños son más frecuentes las escaldaduras por efecto del vapor caliente y del agua hirviente (pp.9-29).

De acuerdo a Burd (1998), el espectro clínico producto de las quemaduras es amplio, varía desde una quemadura superficial a la destrucción masiva de la extensión corporal (Pág. 45). Este autor, destaca como factores relacionados con la evolución y la mejora, la extensión del área quemada, el periodo de tiempo de exposición, el agente y la temperatura del mismo.

Para Tapia (2008), las secuelas con mayores repercusiones a nivel estético, funcional y psíquico son aquellas producidas por la lumbre baja y por la electricidad, esta última por su parte, produce una alta tasa de amputación (pp.8-29). El pronóstico dependerá de la profundidad y localización de las lesiones (p.42).

La gravedad de las quemaduras será proporcional a: la intensidad del agente y su ubicación en el cuerpo, siendo las más graves, aquellas producidas en el rostro, en los pliegues y comisuras, en los genitales y en las vías respiratorias; la extensión y profundidad de la quemadura; la edad, siendo las más graves las que se producen en lactantes y en ancianos; el estado físico previo, considerando los antecedentes clínicos de diabetes, cáncer, infecciones, etc.; y la conductividad de los tejidos que se encuentran involucrados (Tapia, 2008, pp.9-21).

De acuerdo a la profundidad, es decir, al grado en que afecta en el espesor de la piel, las quemaduras se clasifican en:

**4.1 Quemaduras de primer grado.** Estas afectan a la epidermis o capa externa de la piel y son las más leves, pueden producirse tras una exposición prolongada a los rayos ultravioleta del sol o al contacto mínimo con algún otro agente, como las brasas. Estas quemaduras producen un eritema (enrojecimiento de la piel), dolor debido a que las terminaciones nerviosas se irritan, y ligero edema por la vasodilatación de los capilares dérmicos (Fernández-Segoviano y Esteban, 1998, p.46, Tapia, 2008, pp.42-43).

En este tipo de quemaduras se conserva intacta la capacidad de regeneración de la piel, por lo que se curan espontáneamente entre 4 a 5 días, sin producir secuelas permanentes, solo en algunos casos pueden dejar cicatriz o algún tipo de hiperpigmentación (Tapia, 2008, pp.42-43).

**4.2 Quemaduras de segundo grado.** Afectan a la epidermis y a la dermis, denominadas también de espesor parcial debido a que generalmente quedan conservados elementos que permitan la regeneración de los epitelios (Tapia, 2008, p.44).

Este tipo de quemaduras, se dividen en: superficiales o de 2º grado superficial, y profundas o de 2º grado cutáneo. Las primeras afectan a la epidermis y al nivel más superficial de la dermis. Su característica principal es la formación de ampollas, que cuando se rompen, la zona afectada presenta un color rosado mostrándose sensible a cualquier estímulo, por lo que llegan a ser dolorosas. Generalmente, se producen por el contacto con líquidos calientes o tras una exposición breve a llamas de fuego. Estas se curan espontáneamente, aproximadamente a las 2 semanas, la piel conserva su elasticidad, así como el folículo piloso. Su secuela principal es la despigmentación cutánea (Tapia, 2008, p.45)

Las segundas de esta clasificación llegan a afectar a toda la epidermis y la dermis, pudiendo quedar ilesas solamente algunas células epiteliales de la zona más profunda de los folículos pilosos y de las glándulas sudoríparas (Tapia, 2008, p.46). Son de color rojo o amarillo blanquizco, no producen ampollas y generalmente producen menos dolor que las anteriores por la destrucción de terminaciones nerviosas, esto dependerá de la región nerviosa sensitiva afectada (Tapia, 2008, p.46). En algunos casos puede haber también pérdida de masa muscular.

La curación demora más tiempo y la re-epitalización es más lenta, proceso que dura un tiempo aproximado mayor a las tres semanas, como consecuencia de estas se presentan las cicatrices hipertróficas, en algunos casos contracturas musculares (Tapia, 2008, p.47).

**4.3 Quemaduras de tercer grado.** Son las más graves y profundas, afectan a todo el espesor de la piel, epidermis, dermis y estructuras profundas (3º grado superficial). En ciertos casos llegan a quemar la grasa y la áreas subcutáneas, músculos, tendones o huesos (3º grado profundas) (Tapia, 2008, p.43). Estas generalmente son indoloras por la destrucción de ciertas terminaciones nerviosas. Sus lesiones se caracterizan por la decoloración, mostrándose entre pálidas a negruzcas, en algunos casos presentan un aspecto carbonizado. Generalmente, se producen por el contacto prolongado con elementos calientes, corrosivos o por electricidad.

## Capítulo Tres

### Metodología

#### 1. Diseño de Investigación

De acuerdo con la finalidad de la presente investigación, se optó por un tipo de estudio no-experimental, ya que “se busca comprender el objeto de estudio en su ambiente natural, sin introducir modificación alguna en los objetos/sujetos, sin provocar variaciones artificiales en las variables de estudio” (Tintaya, 2008, p.24).

Además, se utiliza un diseño de investigación transversal correlacional. Según Tintaya (2008), éste “permite identificar si existe relación entre dos o más variables en un momento determinado; conocer en qué medida las variaciones de una variable (X) influyen en las variaciones de otra variable (Y), y viceversa” (p.163). Con esta estrategia metodológica, se procura conocer y describir las principales propiedades de la imagen corporal, el autoconcepto y la depresión, sus dimensiones, niveles de manifestación, así como la posible existencia de relación entre estas variables, en la población estudiada.

Para Tintaya (2008), el carácter científico de una investigación consiste en organizar los métodos y técnicas con relación a la complejidad del objeto de estudio y no de forma inversa (p.75). Este autor define la investigación científica como “un proceso cuantitativo y cualitativo de construcción de conocimientos”, cuyo propósito es “comprender y reproducir la vida en las diferentes esferas del mundo, de la naturaleza y de la sociedad humana” (Tintaya, 2008, p.36). Este proceso se organiza a través de estrategias específicas de investigación, las mismas que dependen “del contexto específico, de la disciplina, de las necesidades prácticas y del objetivo del estudio” (Tintaya, 2008, p.36).

En el caso del presente estudio, por la particularidad de la población y de las variables, se utilizan técnicas cualitativas y cuantitativas en la recolección de información: técnicas cualitativas para la medición de la variable imagen corporal y técnicas cuantitativas para el abordaje del autoconcepto y la depresión.

En el caso de la imagen corporal, se pretende construir categorías referidas a sus dimensiones, identificar las percepciones y los significados que tienen los sujetos sobre su propio cuerpo, sobre su apariencia física y sobre las secuelas de quemadura. Su medición se realiza a través del análisis de contenido de la expresión verbal (oral y escrita) referida a estos tópicos. En

esta lógica, se aplica una entrevista abierta sobre los pensamientos y las emociones que tienen los sujetos respecto a su imagen corporal, la satisfacción con su apariencia física, las interpretaciones que efectúan sobre la forma en que son percibidos por su entorno social a partir de su apariencia física. De igual manera, se aplica un cuestionario escrito semi-estructurado sobre las percepciones y los significados que los sujetos presentan sobre sus secuelas de quemadura, y una técnica de composición titulada “como me veo a mi mismo”, ambos de elaboración propia. A partir de ello, se realiza el análisis de las categorías emergentes, como indicadores verbales de la variable mencionada.

Para la evaluación del Autoconcepto y la Depresión se emplean: el Cuestionario de Autoconcepto AF-5 de García Musitu y el Inventario de depresión infantil de Kovacs (CDI), respectivamente. El primero identifica los diferentes niveles de autoconcepto de manera global y dimensional, mientras que el segundo identifica puntajes críticos y no críticos de depresión. Inicialmente se establecen puntajes numéricos que posteriormente son interpretados posteriormente desde categorías específicas.

De acuerdo con Tintaya (2008), la investigación en el ámbito de la psicología consiste en intentar comprender

la heterogeneidad y complejidad de la realidad, los modos singulares de ser y obrar de los sujetos, la especificidad de las prácticas y los valores que construyen, las experiencias y los significados, los sentidos que poseen sus desplazamientos y creaciones personales. (pp. 19-20).

Por ello, se necesita crear y/o adecuar métodos específicos que permitan el acercamiento y la lectura precisa de la complejidad de las vivencias subjetivas.

## **2. Variables**

En este apartado, se efectúa la definición conceptual y operacional de las variables Imagen corporal, Autoconcepto y Depresión, que son estudiadas en adolescentes con secuelas de quemadura atendidos en la Fundación Pro Centro del Quemado.

## **2.1 Definición conceptual.**

### **2.1.1 Imagen corporal.**

Según Rosa María Raich (1996):

La imagen corporal es un constructo complejo, que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de 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 los sentimientos que experimentamos. (en Fernández, 2004, p.170).

La imagen corporal es un constructo multidimensional y multifacético, con tres componentes: la dimensión perceptiva, la dimensión cognitivo-afectiva y la dimensión conductual. Estas dimensiones se diferencian por la manera en que cada persona percibe su propio su cuerpo y su apariencia física, así como por la manera en que cada uno se percibe valorado o evaluado socialmente, es decir, siguiendo a Slade (1988) se distingue “la forma en que vemos nuestro cuerpo y la forma en que creemos los demás lo ven” (en García, 2004, p.100).

### **2.1.2 Autoconcepto.**

A continuación se presenta la definición de autoconcepto propuesta por Marsh y Shavelson (1985) con base en el modelo jerárquico y multidimensional de Shavelson et al. (1976):

El autoconcepto brevemente definido, es la percepción que tiene una persona de sí misma. Esta percepción se forma a través de las interpretaciones que hacemos sobre las experiencias que nos ocurren. Y está influido especialmente por las evaluaciones que hacen los otros significativos, por los refuerzos y por las atribuciones que hacemos sobre nuestra propia conducta. (Marsh y Shavelson, 1985, p.107, en García, 2001, p.31)

Para García y Musitu (1999), el Autoconcepto implica las representaciones o los conceptos que un individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual (en Fuentes et al, 2011, p.7). Estos autores señalan las siguientes dimensiones del autoconcepto: académica-laboral, social, emocional, familiar y física. Estas dimensiones forman un autoconcepto global.

### **2.1.3 Depresión.**

Para el DSM IV-TR (APA, 2000), la depresión es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por el estado de ánimo depresivo o irritable (en niños y adolescentes), la pérdida de

interés o la capacidad para sentir placer (anhedonia), sumados a cinco o más síntomas de un grupo de siete: pérdida o aumento importante de peso (p.ej., más del 5% en un mes), pérdida o aumento del apetito (en niños y adolescentes un fracaso en lograr el aumento de peso esperado para la edad); insomnio o hipersomnía casi cada día; agitación o enlentecimiento psicomotores cada día; fatiga o pérdida de energía casi cada día; sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados, baja autoestima; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi cada día; pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida con o sin planificación o intentos de suicidio previos.

La gravedad del cuadro (leve, moderado o grave) depende del número, tipo e intensidad de los síntomas y el deterioro clínicamente significativo a nivel social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad de un sujeto. Dichos síntomas deben hacerse presentes en un episodio de por lo menos dos semanas de duración (APA, 2000, en Gordillo, 2010, p.179).

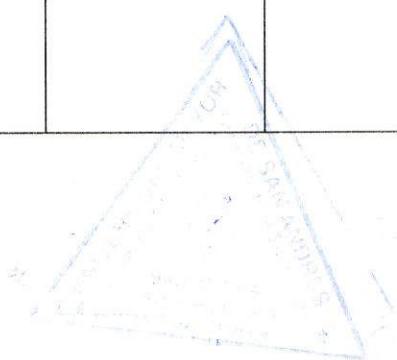
**2.2 Definición operacional.**

**Cuadro 3.1 Definición operacional de la variable imagen corporal.**

<b>Variable: Imagen corporal</b>				
El análisis del contenido de las respuestas verbales y la construcción de categorías se basa en las dimensiones propuestas por Cash (2011) y en los significados emergentes de los sujetos sobre su Imagen corporal.				
<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medidores</b>	<b>Escalas</b>	<b>Técnicas e Instrumentos</b>
<b>1. Evaluación de la apariencia física.</b> Valoraciones referidas al cuerpo y al aspecto físico propio, sobre los rasgos, cualidades, características, forma y tamaño del mismo.				-Técnica de composición "Cómo me veo a mí mismo" -Guía de entrevista
<i>1.1. Tipos de evaluación.</i>				
<i>1.1.1. Evaluación optimista.</i> Actitudes positivas sobre el aspecto físico propio, sobre los	Expresiones verbales sobre la evaluación positiva que realizan los sujetos de su	Presencia	1=Si 0=No	



<p>rasgos y atributos, dirigidas a reafirmar y fortalecer el mismo. Se presentan con la intención de percibir la condición física de manera favorable, otorgando un lugar significativo a la funcionalidad del cuerpo.</p>	<p>aspecto físico, como ser:                      -“Estoy bien, me veo bien y me siento bien”                      -“Estoy feliz por verme así”                      -“yo me quiero a mi mismo, porque uno tiene que quererse a sí mismo ”                      -“yo me veo con unas secuelas pero todo funciona bien, puedo moverme, puedo correr, puedo caminar, puedo echarme, levantarme, todo normal”</p>			<p>-Cuestionario sobre la percepción de las secuelas de quemadura</p>
<p><i>1.1.2. Evaluación pesimista.</i>                      Implica un juicio negativo de la imagen corporal. En muchos casos surge a partir de la comparación social.</p>	<p>Expresiones verbales caracterizadas por el uso de adjetivos desfavorables sobre el aspecto físico, como ser:                      -“soy fea”                      -“siento que me dejaron por mi aspecto”                      -“pienso que soy como la mancha negra”</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Si                      0=No</p>	
<p><i>1.1.3. Evaluación indefinida.</i>                      Presentan un sentido ambiguo en el que no se precisa claramente una dirección en la evaluación de las condiciones físicas propias.</p>	<p>Expresiones como:                      “no sé si soy bonita o fea, no pienso mucho en eso”</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Si                      0=No</p>	
<p><b>2. Tipos de respuestas.</b>                      Modos de evaluar el aspecto físico, tomando en cuenta la</p>				



focalización o no de las secuelas de quemadura en el cuerpo.			
<b>2.1 Evaluación de la apariencia física que evita consideraciones sobre la secuela de quemadura.</b>	Verbalizaciones sobre el aspecto físico, como: “Al verme al espejo, digo quien es ese joven tan guapo, pero no de esto nunca me he fijado”	Presencia	1=Si 0=No
<b>2.2 Evaluación de la apariencia que incluye a la secuela de quemadura</b>	Expresiones verbales como: “La mayoría de mi cuerpo está bien físicamente, solo el rostro es un poquito que tengo las medio machas”	Presencia	1=Si 0=No
<b>2.3 Evaluación de la apariencia centrada en una parte (la secuela de quemadura)</b>	Expresiones verbales como: “Me veo un poco inseguro al pensar lo que las personas dicen de mí por esto mismo (señala su cicatriz), solo por eso”.	Presencia	1=Si 0=No
<b>3. Significados sobre la presencia de la secuela quemadura en el cuerpo.</b> Hace referencia a las representaciones que los adolescentes tienen de las secuelas de quemadura	Expresiones verbales sobre la forma en que los adolescentes representan sus secuelas de quemadura, como:		
<b>3.1 La secuela de quemadura como rasgo o cualidad.</b>			
<b>3.1.1 Rasgo de fealdad</b>	“Porque tengo cicatriz, feo puedo ser”	Presencia	1=Si 0=No
<b>3.1.2 Marca de</b>	“Es lo único que me hace	Presencia	1=Si

<p><i>diferencia/normalidad.</i></p> <p>Como un rasgo que los distingue de las personas en su medio social. Por otro lado, la noción de normalidad en contraposición a la idea de diferencia, o como funcionalidad física, o bienestar emocional.</p>	<p>ver diferente hacia las demás personas”</p> <p>-“Una marca que nadie más la tenga y si sé como los demás se admiran”</p> <p>-“Para mí es algo normal, algo que a cualquiera persona le podría pasar”</p> <p>- “Es estar normal y hacer las cosas como todos”</p>		<p>0=No</p>	
<p><i>3.1.3. Atributo que resalta a la vista.</i></p> <p>Como un rasgo físico que implica notoriedad y notabilidad.</p>	<p>“Trato de ser como un joven normal, aparte de que mis cicatrices sean notables, por eso puedo tener miedo”</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Si</p> <p>0=No</p>	
<p><i>3.1.4. Rasgo de villano de película.</i></p> <p>Alude a estereotipos e ideales sociales sobre la apariencia, provenientes de medios de comunicación, películas y telenovelas.</p>	<p>“En las novelas el bueno es el galán, el malo siempre tiene una cicatriz en su cara”</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Si</p> <p>0=No</p>	
<p><i>3.2. La secuela como déficit o impedimento social, físico y laboral.</i></p>	<p>-“las demás chicas no tienen las cosas que yo tengo se les hace más fácil”</p> <p>- “las personas de nuestra edad de sexo opuesto, no se fijan en las personas con cicatrices”</p> <p>-“hago con dificultad las cosas que hacen mis compañeros, en los</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Si</p> <p>0=No</p>	

	<p>concursos o danzas ellos se ponen el traje y listo y yo no”</p> <p>-“no puedo jugar futbol porque me duele mucho”</p>			
<p><b>3.3. La secuela en su razón de ser (porqué y para que).</b></p> <p>Se relaciona con la búsqueda de un motivo o una explicación respecto al porqué y para qué de la secuela de quemadura.</p>				
<p><b>3.3.1. Como designio o castigo de Dios.</b></p>	<p>-“Tengo la cicatriz por lo que Dios dice”</p> <p>-“Para mí la secuela de quemadura es una desgracia, Dios nos ha castigado”</p>	Presencia	<p>1=Si</p> <p>0=No</p>	
<p><b>3.3.2. Enfermedad.</b></p>	<p>“Es estar enfermo”</p>	Presencia	<p>1=Si</p> <p>0=No</p>	
<p><b>3.3.3. Ganancia de saber.</b></p> <p>Como un factor que repercute en el estilo de vida y promueve una ganancia de saberes. Como una posibilidad de aprender y superarse en la vida</p>	<p>-“te enseña muchas cosas, a no dar valor a lo que dice la gente, a las cosas que te lastiman”</p> <p>-“te enseña a ser fuerte”</p> <p>-“experiencia de algo que te ha podido suceder, pero que has podido levantarte, sin hacerte a un lado”</p>	Presencia	<p>1=Si</p> <p>0=No</p>	
<p><b>3.4. Motivo de prejuicio y discriminación.</b></p> <p>Como un factor por el que pueden recibir burlas y apodos,</p>	<p>-“Las personas que no me conocen como soy por dentro sacan conclusiones de cómo estoy por fuera”</p>	Presencia	<p>1=Si</p> <p>0=No</p>	

<p>ser objeto de prejuicios sociales.</p>	<p>-“Solo afecta físicamente en lo que las personas sacan falsas conclusiones, talvez se piensa que soy maleante”                  -“piensan que ese accidente no hubiera sido una equivocación”                  -“Me pueden culpar por mis heridas”                  -“Algunos se sienten mal por lo que les insultan”</p>			
<p><b>2. Satisfacción con la apariencia física.</b>                  Incluye los sentimientos y valoraciones sobre el cuerpo, las partes del mismo u otros aspectos de la apariencia física, como ser: las experiencias de placer, displacer, agrado o disgusto.</p>				<p>-Técnica de composición                  “Cómo me veo a mí mismo”-</p>
<p><b>2.1 Percepción del atractivo físico.</b>                  Se basa en la preferencia o cercanía observada en las personas de su entorno hacía su persona y en la comparación que realizan con sus pares sobre su propio atractivo físico</p>	<p>Expresiones verbales referidas al grado de atractivo que perciben los sujetos en ellos mismos, como ser:                  -“Mí amigo tiene muchas chicas y es muy simpático, mucho juegan con él, conmigo no juegan”                  -“las chicas le molestan a él nomás, yo no soy simpático”</p>	<p>Tipos de percepciones</p>	<p>1. Percibirse mayormente atractivos                  2. Percibirse más o menos atractivos                  3. Percibirse poco atractivos                  4. Percibirse menos atractivos que sus pares</p>	<p>-Guía de entrevista                  -Cuestionario sobre la percepción de las secuelas de quemadura</p>

<p>2.2 Agrado y bienestar con la apariencia física.</p> <p>Alude a los sentimientos de bienestar, satisfacción, gusto y agrado que los sujetos perciben y reportan sobre su cuerpo y su apariencia física.</p> <p>Se establecieron cuatro tipos de respuestas posibles sobre esta actitud:</p>				
<p>1. Agrado y bienestar con la apariencia física</p>	<p>Expresiones verbales sobre el gusto o agrado con el propio cuerpo, como:</p> <p>-“Me siento bien con mi cuerpo”</p> <p>-“Siempre me gusta presumir, decir que tengo un cuerpo atlético, siempre hago ejercicios y creo que así me siento bien”</p> <p>-“soy feliz como soy y me veo que cada día estoy mejor”</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Si 0=No</p>	
<p>2. Sentirse más o menos bien o mal con la apariencia física</p>	<p>-“No me siento ni bien, ni mal con mi cuerpo”</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Si 0=No</p>	
<p>3. Malestar e inconformidad, disgusto con la apariencia física</p>	<p>Descripción verbal de disgusto, insatisfacción con el aspecto físico, como:</p> <p>-“Me siento como un tonto porque estoy quemado...me estorba”</p> <p>-“Me siento mal porque me</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Si 0=No</p>	

	<p>discriminan, me dicen quemado, asqueroso, tostado, me enojo y reniego, ya no tengo ganas, me arrepiento de lo que me hecho”</p> <p>-“más me siento mal que bien, solo se me acercan por lástima o por conveniencia”</p>			
<p>4. Disgusto con algunos componentes del aspecto físico, como las secuelas de quemadura.</p>	<p>-“No me siento conforme con mi cuerpo, no me gusta lo que me ha pasado, mis secuelas”</p> <p>-“Me siento un poco inseguro al pensar en lo que las personas dicen de mí por la cicatriz”.</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Si</p> <p>0=No</p>	
<p>2.3 Relevancia afectiva que se otorga a la apariencia física. Valor que los sujetos otorgan a sus atributos físico. Importante como recurso subjetivo en la auto-evaluación. Se establecen los siguientes criterios:</p>				
<p>1. Resta importancia a la apariencia física y otorga relevancia a los aspectos subjetivos (opiniones, valores, sentimientos).</p>	<p>-“Yo me veo en lo externo no tan bien, pero en lo interior del alma bien, me siento bien porque el corazón y el alma vale mucho más que lo externo”</p> <p>-“No es importante lo físico, porque puedes ser</p>			

	por fuera lo que sea, pero por dentro tampoco eres lo mismo, lo que vale es el corazón”		
2. Otorga el mismo valor a la apariencia física y a los aspectos subjetivos	“un chico se tiene que fijar en una chica por sus sentimientos y por su aspecto, valen los dos”		
3. Resta relevancia a la apariencia física			
4. Resta importancia a la apariencia física, otorga relevancia a su vestimenta			
5. Resta importancia a su apariencia física y otorga relevancia a su familia			
6. Destaca la apariencia física	“En la calle sí es importante, solo se mira la apariencia, no como uno se siente”		
2.4 Sentimientos de tristeza asociados a la secuela de quemadura.	Esta categoría se fundamenta en el análisis semántico de las manifestaciones verbales referidas a los afectos, sentimientos e ideas de contenido depresivo, como la tristeza asociada a la presencia de la secuela de quemadura en el cuerpo: -“Me veo triste por mi cuerpo, por la cicatriz”	Frecuencia	1. Presente siempre 2. muy frecuentemente 3. Presente regularmente 4. Presente ocasionalmente 5. Nunca 6. Presente anteriormente



	<p>Estas surgen cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Los sujetos piensan en las implicaciones de las secuelas de quemadura en su cuerpo,</li> <li>-Cuando se miran al espejo</li> <li>-Cuando ven a otros niños o jóvenes que también tienen una secuela de quemadura</li> <li>-Cuando reciben preguntas sobre el origen de la quemadura</li> <li>-Cuando reciben una valoración negativa a causa de la misma.</li> </ul>			
<p>2.5 Expectativas y los anhelos de recuperación del aspecto físico.</p> <p>Se establecen tres criterios:</p>	<p>Expresiones referidas a la intención de recuperación de las secuelas de quemaduras.</p>			
<p><i>2.5.1. Recuperación parcial.</i></p> <p>Expectativas que consideran los límites y posibilidades particulares del proceso de rehabilitación</p>	<p>-“vengo a tratamiento porque quiero mejor, lo más que se pueda, aunque no sea todo”</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Sí 0=No</p>	
<p><i>2.5.2. Recuperación total.</i></p> <p>Señalan anhelos de una rehabilitación total o curación plena de las secuelas de quemadura.</p>	<p>-“Sé que un día se me va a curar”</p> <p>-“No acepto mis cicatrices porque quiero estar sano y con un cuerpo normal”</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Sí 0=No</p>	
<p><i>2.5.3. Mantenerse sin cambios en su apariencia.</i></p> <p>Preferencia por no cambiar su</p>	<p>“A veces prefiero quedarme así, sinceramente estoy feliz”</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Sí 0=No</p>	

<p>aspecto físico actual, evitando realizar tratamientos sobre las cicatrices de la quemadura.</p>				
<p>2.6 Aceptación de las secuelas de quemadura. De acuerdo con Cash (2011), es una actitud de aceptación racional, caracterizada por diversas actividades cognitivo-comportamentales, como: -el uso del auto-cuidado -la auto-verbalización racional -la aceptación de las propias experiencias Se establecieron cuatro criterios referidos a los momentos de dicho proceso de aceptación.</p>				
<p>2.6.1. <i>Aceptación racional de la permanencia de las secuelas de quemadura en el cuerpo.</i></p>	<p>“Al final uno acepta las cosas que tiene y aprende a quererse a sí como es”</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Sí 0=No</p>	
<p>2.6.2. <i>En proceso de aceptación de la secuela de quemadura.</i> Implica una subjetivación de las secuelas de quemadura en la imagen corporal.</p>	<p>“Ha sido difícil aceptar que estaba así, al principio me dolía, veía y no creía que estaba así, que iba a estar así, decía: “porque estoy así, porque no otros niños, porque siempre a mí”, pero me he ido superando, ahora no le doy importancia, cuando me veo en el espejo</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Sí 0=No</p>	

	no me fijo en esto”			
<p><b>2.6.3. Poca aceptación de la secuela de quemadura.</b></p> <p>Aceptación inicial con pocas respuestas elaboradas sobre la presencia de la cicatriz en el cuerpo, con dificultades para integrar la experiencia de la quemadura.</p>	<p>“Lo miro normal, tarde o temprano va a pasar, si no cambia difícilmente lo voy a aceptarlo”</p>	Presencia	<p>1=Sí</p> <p>0=No</p>	
<p><b>2.6.4. Rechazo de la secuela de quemadura en el cuerpo.</b></p> <p>Se caracteriza por evitar mirar la propia imagen en el espejo y por la utilización de expresiones verbales que denotan no aceptación.</p>	<p>-“Me arreglo y aun así siguen ahí todos los rasgos, el maquillaje casi no tapa mucho, me siento fea”</p> <p>-“No me gusta ver mi aspecto en dibujos”</p> <p>-“En el álbum de fotografías no van a encontrar muchas fotos mías, están en mi cuarto, pegadas del reverso, no me gustan”</p>	Presencia	<p>1=Sí</p> <p>0=No</p>	
<p><b>3. Percepción de la valoración social sobre la apariencia física propia.</b></p> <p>Se analizan las interpretaciones acerca de la valoración social. Se establecieron los siguientes criterios:</p>				
<p><b>3.1 Tipos de valoraciones percibidas.</b></p> <p>Los criterios se basan en reacciones gestuales y verbales percibidas en la interacción</p>				

<p>social, como: la curiosidad e interrogantes generados, las burlas y apodos recibidos, la percepción de ser objeto de miradas y la percepción de rechazo social. Se establecen tres tipos de criterios:</p>				<p>-Técnica de composición "Cómo me veo a mí mismo" -Guía de entrevista -Cuestionario sobre la percepción de las secuelas de quemadura</p>
<p><b>3.1.1 Valoración positiva.</b> Percepción de aprobación, aceptación e inclusión en su medio social.</p>	<p>"Me ve cómo una persona normal, las personas me hablan, tengo amigos"</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Sí 0=No</p>	
<p><b>3.1.2 Valoración negativa.</b> Implica la creencia de ser percibidos y valorados de forma desfavorable por otras personas a partir de su aspecto físico y por la presencia de las secuelas de quemadura.</p>	<p>"En el colegio me discriminan, me dicen quemado, me dicen así asqueroso"</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Sí 0=No</p>	
<p><b>3.1.3 Valoración ambigua.</b> Integra aspectos de valoraciones tanto positivas como negativas, sin expresar claramente una sola tendencia.</p>	<p>"Es un problema social, no te aceptan algunas personas, a veces me sorprende porque parece que les gusta a algunas chicas"</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Sí 0=No</p>	
<p><b>3.2. Reacciones emocionales y conductuales producidas en las personas.</b> Las valoraciones se especifican al analizar las respuestas emocionales y conductuales</p>				

percibidas por los sujetos en las personas con las interactúan cotidianamente. Estas incluyen reacciones verbales y gestuales de:				
3.2.1. <i>Susto</i>	“Al ver mi cara se asustan y ¡ahhh! dicen, se escapan en mi escuela”	Presencia	1=Sí 0=No	
3.2.2. <i>Asco</i>	“¡Qué asco dicen las chicas! ¡iuucccl!”	Presencia	1=Sí 0=No	
3.2.3. <i>Admiración</i>	“Así ponen sus caras, como ¡hay qué te has hecho!”	Presencia	1=Sí 0=No	
3.2.4. <i>Incomodidad/disgusto</i>	-“¡qué feo!” -“cuando no intentamos incomodar es donde incomodamos más”	Presencia	1=Sí 0=No	
3.2.5. <i>Curiosidad/ Interrogantes</i>	“Me ven y dicen: “¿Qué ha pasado?”, “¿Por qué te has hecho?”, “¿Cómo te has hecho?”, “¿Con qué te has hecho?””	Presencia	1=Sí 0=No	
3.2.6. <i>Compasión/lástima</i>	“no sé si cuando me ven sienten lastima, sienten asco o sienten que les voy a dar mala suerte”	Presencia	1=Sí 0=No	
3.2.7. <i>Burlas/apodos</i>	-“Al ver mi cara todos se ríen” - “Los del kínder, otros chiquitos y las chicas me dicen: “monster y feo”	Presencia	1=Sí 0=No	
3.2.8. <i>Miradas.</i> Se refiere a la percepción de	-“Me miran raro” -“Me miran mal”	Se establecieron	1. Presente siempre	

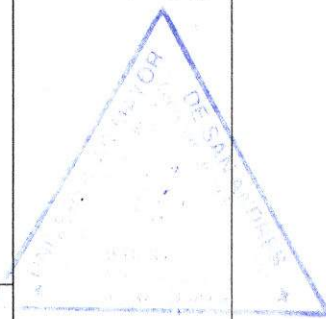
<p>ser objeto de miradas a partir del cuerpo y de los atributos físicos.</p>	<p>-“Me miran mucho”                  “Lo difícil es que la gente te mira, casi todos, como si tuviéramos algo, como no fuéramos normales”                  “Te miran como si fueras de otro mundo”</p>	<p>n cuatro sub-categorías, de acuerdo con la frecuencia de aparición:</p>	<p>2. Presente muy frecuentemente                  3. Presente regularmente                  4. Presente Ocasionalmente</p>
<p><b>3.2.9. Rechazo</b>                  Implica la percepción de alejamiento/distancia de las personas, la dificultad para establecer amistades, para la inclusión en juegos y actividades sociales, igualmente se relaciona con la interacción con pares del sexo opuesto.</p>	<p>Expresión verbales, como ser:                  -“me siento mal por mi cara, me siento solo en el colegio, no tengo amigos con quien jugar, a nadie le gusta jugar conmigo”                  -“Tuve enamorado y siento que me dejaron por mi aspecto”                  -“las personas de nuestra edad de sexo opuesto no se fijan en nosotros como en las otras personas que están sin cicatrices”</p>	<p>Frecuencia</p>	<p>1. Presente siempre                  2. Presente muy frecuentemente                  3. Presente regularmente                  4. Presente ocasionalmente                  5. Presente con anterioridad</p>
<p><b>3.3 Preocupación sobre la valoración negativa y sobre el rechazo social.</b>                  Las valoraciones sociales percibidas pueden generar ideas de preocupación sobre el lugar de los sujetos en la interacción social, concretamente respecto a la posible valoración negativa y a</p>	<p>-“Me veo como alguien capaz de enfrentar las dificultades pero un poco inseguro al pensar qué es lo que las personas dicen de mí por mi aspecto”                  -“En una entrevista de trabajo, tal vez en ciertas carreras que estudie, tal vez pierda el trabajo</p>	<p>Frecuencia</p>	<p>1. Presente siempre                  2. Presente muy frecuentemente                  3. Presente regularmente                  4. Presente ocasionalmente</p>

<p>ser objeto de algún tipo de rechazo social futuro.</p> <p>Esta categoría fue organizada de acuerdo a cuatro criterios:</p>	<p>simplemente por mi aspecto físico”</p> <p>-“Veo un rechazo de la sociedad”</p> <p>-“Tengo miedo a lo que los demás me insulten o me hagan sentir mal con sus miradas”</p>			
<p><b>4. Estrategias compensatorias</b></p> <p>Se emplean como recursos para hacer frente a la angustia producida por la imagen corporal</p> <p>Incluyen aquellas actividades cognitivo-comportamentales secundarias a la percepción de la apariencia física</p>				<p>-Técnica de composición</p> <p>“Cómo me veo a mí mismo”</p> <p>-Guía de entrevista</p>
<p><b>4.1 Evitar la focalización de pensamientos y emociones autoconscientes referidas a la imagen corporal.</b></p> <p>Implica no prestar atención a la información procedente de la percepción y valoración de la apariencia física.</p> <p>-Evitar mirarse en el espejo</p> <p>-Evitar pensar en su propio cuerpo</p> <p>-Enfocar su interés en otras actividades.</p>	<p>“Casi en ningún momento pienso en mi aspecto, porque más me dedico a jugar o preocuparme de mis estudios”</p> <p>-“Me dedico a otras cosas para no pensar en mi aspecto”</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Sí</p> <p>0=No</p>	<p>-Cuestionario sobre la percepción de las secuelas de quemadura</p>
<p><b>4.2 Conducta de camuflaje u</b></p>	<p>Expresiones como:</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Sí</p>	

<p><b>ocultamiento.</b> Consiste en utilizar prendas de vestir o cosméticos para evitar que la parte del cuerpo afectada por la secuela de quemadura sea vista por otras personas.</p>	<p>“Cuando me veo digo: “estoy medio fea así, me arreglaré un poco”, pero aun así siguen ahí, siguen todos los rasgos así, el maquillaje casi no tapa mucho”</p>		<p>0=No</p>	
<p><b>4.3 Exponer el cuerpo en diferentes actividades (deportivas, laborales).</b> Exposición del cuerpo (o del área del cuerpo afectada por la secuela de quemadura) en contextos deportivos y laborales. En ciertos casos como un intento de reducir el grado de impedimento físico, llegando a poner en riesgo la rehabilitación física.</p>	<p>“Siempre he tratado de buscar mis propios medios para conseguir aquello que quiero, sin importar las consecuencias que tenga que llevar mi cuerpo propio”</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Sí 0=No</p>	
<p><b>4.4 Realizar cuidados personales sobre la apariencia física.</b></p>	<p>“Siempre me gusta andar limpio, es en lo que más me fijo, camino bien, me arreglo bien”</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Sí 0=No</p>	
<p><b>4.5 Corrección de la apariencia.</b> Implica conductas orientadas a alterar o corregir los aspectos de la apariencia física percibidos como deficientes. Entre ellas, la realización de cirugías y tratamientos</p>	<p>- “Estoy haciendo un tratamiento con cremas para las cicatrices” - “vengo a la fundación para que curen las cicatrices”</p>	<p>Presencia</p>	<p>1=Sí 0=No</p>	



médicos, la participación en tratamientos de belleza.				
<b>4.6 Realizar rituales de comprobación de la apariencia.</b>	“Me veo en el espejo muchas veces hasta verme bonita, luego me vuelvo a mirar y veo que las cicatrices siguen ahí “	Presencia	1=Sí 0=No	
<b>4.7 Conductas instructivas.</b> Informar a las personas sobre los cuidados que deben tener para evitar los accidentes de quemadura. Esta conducta se orienta principalmente a personas del entorno escolar.	“Les digo no tienes que hurgar nunca fuego, no tienes que hurgar esto, te vas a lastimar les digo” “les digo que se cuiden del fuego para que no sufren como yo sufrí”	Presencia	1=Sí 0=No	
<b>4.8 Dedicarse a estudiar, a obtener buenas calificaciones evitando pensar en su aspecto físico.</b>	“Casi en ningún momento pienso en mi aspecto, porque más me dedico a jugar o preocuparme de mis estudios”	Presencia	1=Sí 0=No	
<b>4.9 Realizar las tareas de otras personas para no pensar en su apariencia física.</b>	“Yo prefiero estudiar, hacer la tarea de otros para no pensar en esto”	Presencia	1=Sí 0=No	
<b>4.10 Obtener logros personales para sobresalir entre las personas (académicos, de aprendizaje).</b>	“Siempre me gusto sobresalir entre las personas, obtener buenas notas, cada vez que alcanzo un logro, me siento bien conmigo mismo”	Presencia	1=Sí 0=No	
<b>4.11 Crear un personaje ficticio.</b> Centrar gran parte de sus intereses personales en la	“En los juegos en red arme mi personaje, elegí su raza, le puse cabello, como a mí me ha gustado, invertí	Presencia	1=Sí 0=No	



construcción de un personaje virtual.	mucho tiempo”			
<b>4.12 Desarrollar actividades artísticas</b>	“Desde joven aprendí a tapar mis defectos visuales, aprendiendo cosas que los demás no conocían, como la música”	Presencia	1=Sí 0=No	
<b>4.13 Dedicarse a actividades laborales</b>	“Me puse a trabajar para no pensar en esto, desde esos años yo trabajo”	Presencia	1=Sí 0=No	
<b>4.14 Aprender oficios para compensar el déficit percibido</b>		Presencia	1=Sí 0=No	
<b>4.15 Conducta sociable.</b> Dirigida a hacer amigos y obtener apoyo afectivo en la familia.	“No me ha afectado el tener una cicatriz, porque siempre he sido sociable y siempre me ha gustado hablar con cualquier persona”	Presencia	1=Sí 0=No	
<b>4.16 Realizar actividades deportivas</b>		Presencia	1=Sí 0=No	
<b>4.17 Realizar actividades físicas para cuidar su cuerpo</b>	“Siempre me gustó mantener mi cuerpo atlético”	Presencia	1=Sí 0=No	

**Cuadro 3.2 Definición operacional de la variable autoconcepto.**

<b>Variable: Autoconcepto</b>				
<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medidores</b>	<b>Escalas</b>	<b>Tec.e inst.</b>
<b>1.Autoconcepto Académico-laboral</b>	-Sumatoria de los puntajes obtenidos en la dimensión autoconcepto	Nivel	1=Bajo	AF5- Auto- Concepto García

	<p>académico (ítems:1,6,11,16, 21 y 26)</p> <p>-Reactivos relacionados con la percepción del desempeño de su rol como estudiante y de cualidades, competencias específicas valoradas en este contexto.</p>		<p>2=Medio</p> <p>3=Alto</p>	Musitu
<b>2.Autoconcepto Social</b>	<p>Sumatoria de los puntajes obtenidos en la dimensión autoconcepto social (ítems: 2,7,12,17,22 y 27)</p> <p>-Reactivos relacionados con la percepción del desempeño en las relaciones sociales.</p>	Nivel	<p>1=Bajo</p> <p>2=Medio</p> <p>3=Alto</p>	AF5- Auto- Concepto García Musitu
<b>3.Autoconcepto Emocional</b>	<p>Sumatoria de los puntajes obtenidos en la dimensión Autoconcepto emocional (ítems: 3,8,13,18,23 y 28)</p> <p>-Reactivos relacionados con la percepción del</p>	Nivel	<p>1=Bajo</p> <p>2=Medio</p>	AF5- Auto- Concepto García Musitu

	estado emocional y las respuestas a situaciones específicas, con cierto grado de compromiso e implicación en la vida cotidiana.		3=Alto	
<b>4.Autoconcepto Familiar</b>	Sumatoria de los puntajes obtenidos en la dimensión Autoconcepto familiar (ítems: 4,9,14,19,24 y 29) -Reactivos relacionados con la percepción de la participación, implicación e integración en el medio familiar.	Nivel	1=Bajo	AF5- Auto- Concepto García Musitu
			2=Medio	
			3=Alto	
<b>5.Autoconcepto Físico</b>	Sumatoria de los puntajes obtenidos en la dimensión Autoconcepto físico (ítems: 5,10,15,20,25,30) -Reactivos relacionados con la percepción sobre el aspecto y la condición física.	Nivel	1=Bajo	AF5- Auto- Concepto García Musitu
			2=Medio	
			3=Alto	
<b>Autoconcepto Global</b>	Sumatoria de todos los ítems	Nivel	1=Bajo	AF5- Auto- Concepto García
			2=Medio	

			3=Alto	Musitu
			*Niveles obtenidos a través de la media y la desviación típica al no contar baremos contextualizados.	

**Cuadro 3.3. Definición operacional de la variable depresión**

Variable: Depresión				
Dimensiones	Indicadores	Medidores	Escalas	Técnicas e instr.
<b>Depresión</b>	- Puntaje obtenido en el inventario de Depresión (sumatoria de puntajes directos)	Nivel	1=Puntajes no críticos de sintomatología depresiva: 0-14	CDI Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (7 a 17 años)
			2=Puntajes probablemente críticos de sintomatología depresiva: 15-18	
			3=Puntajes críticos de sintomatología depresiva: 19-54 -Punto crítico: 15(Rearteguí), 19(Kovacs)= Posible depresión Mayor	

### 3. Población y Sujetos

La población estudiada está conformada por personas que presentan secuelas de quemadura, que fueron atendidas en la Fundación Pro Centro del Quemado. Esta institución tiene 37 años de antigüedad, y realiza actividades dirigidas al proceso de rehabilitación, investigación, prevención y capacitación en secuelas de quemadura y/o deformidades congénitas o adquiridas. Las unidades de observación fueron 20 adolescentes que en la actualidad presentan algún tipo de secuela de quemadura en el cuerpo.

El tipo de muestra de este estudio es *no probabilística de sujetos tipo*. De acuerdo con Hernández et al. (2006) “una muestra no probabilística es aquella donde la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino, de causas relacionadas con las características de la investigación y de la decisión de un investigador o grupo de encuestadores” (Hernández et al., 2006, p.241, en Tintaya, 2008, p.209). En este caso, el tipo de muestra y el número de sujetos que la conforman, fueron elegidos de acuerdo a los objetivos de la investigación y la población específica de pacientes atendidos en Fund Acción.

La muestra está integrada por aquellos sujetos que decidieron participar en el estudio voluntariamente, previa aprobación de sus familiares mediante un consentimiento informado. Son 20 sujetos de edades comprendidas entre los 12 y 19 años, mujeres y varones escolarizados que sufrieron un accidente de quemadura entre 3 y 18 años antes de la evaluación. La mayoría de los sujetos proviene del departamento de La Paz, viven en El Alto o regiones aledañas y presentan un nivel socio-económico bajo o medio bajo.

Los criterios de selección se centraron en el tipo de pacientes atendidos en dicha fundación (personas con secuela de quemadura), sobre los que se obtuvo información para realizar el contacto y accedieron a participar voluntariamente en la investigación.

En el siguiente cuadro se exponen las características de la muestra.

**Cuadro 3.4 Características de la muestra.**

Sujetos (nombres ficticios)	Sexo	Edad	Lugar del cuerpo que presenta la secuela de quemadura	Edad en la que sufre el accidente
Pablo	M	12 años	La frente y la región del rostro próxima a la oreja derecha	6 años

Carmen	F	12 años	La pierna derecha	5 años
Lucía	F	12 años	El cuello y la mejilla izquierda	5 años
José	M	12 años	Ambas mejillas, mentón, ambas manos, pie izquierdo	7 años
Alberto	M	12 años	La mano izquierda	7 años
Ana	F	13 años	El mentón y el antebrazo derecho	5 años
Antonio	M	13 años	El mentón, el cuello y la pierna derecha	6 años
Mario	M	13 años	El antebrazo derecho, la región estomacal y la espalda	5 años
Aldo	M	14 años	El rostro y ambas manos	7 años
Lucio	M	14 años	La mano derecha	10 años
Viki	F	14 años	El mentón	9 años
Camila	F	14 años	La región torácica, cerca de la axila derecha y el brazo derecho	10 años
Roger	M	14 años	Ambos miembros inferiores, la región del mentón y ambas manos	9 años
Sandra	F	16 años	Región axilar izquierda y antebrazo izquierdo	3 años
Esteban	M	16 años	El cuello, ambas manos y pierna derecha	10 años
Lola	F	17 años	El rostro (región del mentón) y la pierna derecha	3 años
Richard	M	17 años	El cuello y el rostro (región del mentón, boca,	5 años

		años	mejillas)	
Héctor	M	19 años	El rostro (región del mentón, lado izquierdo)	3 años
Daniela	F	19 años	El cuello	1 año
Jorge	M	19 años	El rostro (región de las mejillas y el mentón), y ambas manos	13 años

Como se observa en el cuadro 3.4, 12 sujetos son de sexo masculino y 8 de sexo femenino. En cuanto a la edad, 5 sujetos tienen 12 años, 3 tienen 13 años, 5 tienen 14 años, 2 tienen 16 años, 2 tienen 17 años y tres 19 años. Por otro lado, se distingue que una gran mayoría de los sujetos tuvieron el accidente en la niñez y que uno solo en la adolescencia temprana. Con respecto a la región corporal donde se encuentran las secuelas de quemadura, 12 sujetos las tienen en diferentes sectores de la región facial, mientras y ocho en otras áreas del cuerpo.

#### 4. Técnicas e Instrumentos de Investigación

Las técnicas que se emplearon en esta investigación son: la entrevista abierta, la técnica de composición y un cuestionario semi-estructurado para el estudio de la imagen corporal, y pruebas psicométricas para el estudio del autoconcepto y la depresión.

Los instrumentos seleccionados son: ficha de datos personales, guía de preguntas de la entrevista, técnica de composición "Cómo me veo a mí mismo/a", Cuestionario sobre la percepción de las secuelas de quemadura, Cuestionario de autoconcepto de García-Musitu (AF-5) y el Inventario de Depresión infantil de Kovacs (CDI).

##### 4.1 Ficha de datos personales.

Se elaboró una ficha de datos personales con el objetivo de recopilar información de interés para el estudio, como ser: sexo, edad, grado de escolaridad, composición familiar. Asimismo, se registraron datos clínicos relevantes, entre ellos el lugar en el que presenta la secuela de quemadura, el tipo de secuela y año en el que se produjo el accidente de quemadura.



## **4.2 Guía de entrevista.**

Se realizó una entrevista abierta basada en una guía de entrevista (Véase Anexo A3). Ésta estuvo orientada a evaluar la manera en que los sujetos perciben su apariencia física, su cuerpo con secuelas de quemadura, los significados y sentidos producidos que forman parte de la imagen corporal. Tuvo una duración de 30-40 minutos.

Las dimensiones fueron identificadas en estudios referidos a la imagen corporal y en el modelo teórico propuesto por Cash (2011), previamente descrito. Por otro lado, como parte del desarrollo y de la organización de la guía de entrevista sobre los tópicos de la imagen corporal, se consideraron algunos elementos recolectados mediante entrevistas realizadas a pacientes de la Fundación Pro Centro del Quemado antes de la investigación. Fueron 7 pacientes que presentaban secuelas de quemadura en distintas regiones del cuerpo (regiones faciales y no faciales), de diferentes edades (8, 12, 13, 14, 17, 22, 36 y 55 años), dos pacientes con el problema congénito de microtia (de 13 y 16 años) y una paciente que presentaba una cicatriz en la región de la nariz.

En estas entrevistas exploratorias, se identificaron algunas percepciones referidas a la Imagen corporal, por ejemplo: la percepción de ser objeto de miradas y valoraciones sociales negativas, la preocupación respecto a la valoración social, la percepción de déficit debido a la apariencia física. Al parecer estos aspectos generaban angustia y dificultaban la interacción social.

A partir de estas referencias, la guía de entrevista configurada abordó los siguientes tópicos:

a. Evaluaciones referidas a la apariencia física, significados sobre las secuelas de quemadura, para sí mismos y para otras personas.

b. Sentimientos y valoraciones sobre la apariencia física, las secuelas de quemadura.

c. Percepción de la valoración social a partir de la apariencia física.

d. Dimensión conductual de la imagen corporal (estrategias compensatorias).

Estos tópicos fueron abordados según el siguiente procedimiento: información sobre los objetivos de la entrevista; aclaración de dudas; preguntas sobre las diferentes dimensiones; cierre.

Para complementar la entrevista, se aplicaron la técnica de composición “Cómo me veo a mí mismo” y el cuestionario sobre la percepción de la secuela de quemadura.

En un segundo momento, a través del análisis del contenido de las respuestas verbales y su organización en una plantilla de evaluación, se identificaron los indicadores referidos a las

categorías propuestas sobre las dimensiones de la imagen corporal, su presencia/ausencia, tipos de sentidos de manifestación.

### **4.3 Técnica de composición.**

La técnica de composición con el título “Cómo me veo a mí mismo/a” fue utilizada como recurso para estimular la producción verbal escrita de percepciones sobre la imagen corporal.

De esta forma, a partir de las descripciones que los sujetos realizaron sobre sí mismos de manera global, se identificaron elementos relacionados con las percepciones y valoraciones específicas referidas a su imagen corporal, es decir, las evaluaciones de su apariencia física y valoraciones respecto a la satisfacción con ésta. Dicha técnica fue aplicada de manera individual y tuvo una duración de 15 a 30 minutos.

De acuerdo con Tintaya (2006) las técnicas de composición son:

Técnicas proyectivas que frecuentemente se emplean en las investigaciones y prácticas psicológicas. Tienen como objetivo conocer los sentidos y significados que los sujetos elaboran de forma escrita u oral ante la presentación por parte del investigador de un estímulo general o poco claro. El análisis de los conceptos y de las ideas que expresa el sujeto permite identificar necesidades, experiencias, concepciones y aspiraciones. (p.234.).

Son proyectivas en el sentido en que se sitúa al sujeto frente a una situación poco estructurada a partir de un tema o título que lleva en sí poca especificidad o nivel de concreción.

La técnica de composición fue creada por Fernando González (1985/1989) para comprender “la organización y la dinámica que caracteriza la personalidad de los sujetos” (en Tintaya, 2008, p.32). De acuerdo con Tintaya (2008), su validez y confiabilidad no está definida por “la especificidad métrica con que se mide el objeto de estudio, sino por observar la densidad de significados de los sujetos” (p.32).

Para la aplicación de la técnica de composición, en primer lugar, se les dio a los sujetos de la muestra la consigna de escribir una composición sobre el tema “Cómo me veo a mí mismo/a” (véase anexo A4). Los sujetos elaboraron de forma escrita las percepciones e interpretaciones, pensamientos y emociones evaluándose a sí mismos de manera global. En algunos casos, hicieron referencia a la apariencia física y la secuela de quemadura. Su evaluación se realizó por medio

del análisis de contenido de las respuestas verbales y su organización en una plantilla de evaluación (utilizada para la entrevista no estructurada). Se identificaron los indicadores referidos a las categorías y los conceptos propuestos sobre las dimensiones de la imagen corporal, su presencia/ausencia, tipos de sentidos de manifestación.

#### **4.4 Cuestionario sobre la percepción de las secuelas de quemadura.**

Se presentó un cuestionario semi-estructurado compuesto por tres preguntas formuladas de forma abierta referidas a la percepción sobre las secuelas de quemadura: 1) “¿Qué es para ti tener algún tipo de secuela de quemadura?”, 2) “¿Cómo te sientes por tener algún tipo de secuela de quemadura?”, y 3) “¿Cómo crees que se sienten otros niños o jóvenes con secuelas de quemadura?” (Véase anexo A5). Este cuestionario tiene el objetivo de identificar las principales interpretaciones y significados, pensamientos y emociones de los sujetos sobre sus secuelas de quemadura. Fue aplicado de forma individual, con una duración de 10 a 15 minutos. Luego, se aclararon las dudas planteadas por los sujetos. Su evaluación se realizó por medio del análisis de contenido de las respuestas verbales (escritas y orales) y su organización en una plantilla de evaluación precisando los significados y sentimientos asociados a la presencia de las secuelas de quemadura en el cuerpo.

#### **4.5 Cuestionario de autoconcepto af-5 García-Musitu.**

Para evaluar el autoconcepto, se utilizó el Inventario de autoconcepto forma 5 (AF5) elaborado en España por Fernando García y Gonzalo Musitu (1999) (Véase anexo A6). Esta prueba es una versión ampliada de AFA (autoconcepto forma A).

El AF-5 es en una escala de auto-reporte compuesta por 30 ítems que evalúan el autoconcepto de manera global y específica, es decir, el modo en que el sujeto se percibe en cinco dimensiones (académica, social, emocional, familiar, física) y de forma global. La aplicación puede ser de manera individual o colectiva. En el presente estudio, se aplicó de manera individual en un tiempo de 10 minutos aproximadamente. La versión original de dicho instrumento se dirige a personas de 10 a 62 años de edad.

Varios estudios confirman sus propiedades psicométricas (García y Musitu 1999, Tomás y Oliver, 2004, en Palpan et al., 2007, p.7), por lo que ha sido ampliamente utilizado en países como España, México y Perú, en los últimos años.

Inicialmente, García y Musitu trabajaron con una muestra de 6843 sujetos y obtuvieron un coeficiente alfa de consistencia interna de 0.815.

Cerca de Bolivia, por ejemplo, en Chile, un estudio realizado el 2010 con estudiantes universitarios obtuvo la consistencia interna de las subescalas del AF 5: la escala académico laboral alcanzó 0.807, la escala de autoconcepto social obtuvo 0,760, la escala emocional obtuvo 0.760, la escala familiar 0.567, y el auto concepto físico 0.725 (Véliz, 2010, p.138).

Por otro lado, en un estudio realizado en Lima- Perú el 2007, con adolescentes de 14 a 18 años, se identificó un coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0.867. Mediante un análisis de los ítems, se logró determinar que el instrumento presenta validez de constructo (Palpan, et al., 2007, p.14).

Los 30 ítems del cuestionario son respondidos mediante un puntaje que va de 1 a 99, según el grado de conformidad con la sentencia presentada. La lógica utilizada es la siguiente: mayores puntajes dan cuenta de mayor autoconcepto.

El procedimiento de corrección de acuerdo con el manual publicado por TEA, consiste en lo siguiente: se agrupan los ítems en 5 dimensiones, se suman los diferentes puntajes para hallar valores directos en cada dimensión y valores invertidos para algunos ítems (3, 4, 8, 11, 13, 14, 18, 21, 23 y 28, en los que se resta de 100 la respuesta dada). Originalmente, para identificar las puntuaciones directas por dimensión se suman las respuestas y se las divide entre 60. Luego se convierten las puntuaciones directas en centiles, comparando con los baremos, a fin de encontrar el centil que corresponde (en Pérez, Vidal, Villarán, 2009, p.13).

En la presente investigación, por la ausencia de baremos contextualizados, se realizó la interpretación después de determinar las medias y desviaciones típicas de cada dimensión. Se identificaron tres niveles de autoconcepto (alto, medio y bajo) para cada dimensión y para el autoconcepto global.

#### **4.6 Inventario de depresión infantil de María Kovacs (CDI).**

Para identificar las principales manifestaciones clínicas de la depresión en los adolescentes, se optó por el instrumento CDI de María Kovacs (Véase anexo A7) tomando como base sus tres adaptaciones realizadas en Perú, particularmente aquella efectuada por Ramírez (2009) en el contexto de Cajamarca.

El CDI (Childrens Depression Inventory) fue publicado por primera vez en 1983 ante la necesidad de evaluar síntomas depresivos en niños. Es un inventario de auto-reporte que consta de 27 ítems, elaborados a partir de una adaptación del inventario de depresión de Beck. Este instrumento puede ser aplicado a niños y adolescentes en edades entre 7 y 17 años, de manera individual o grupal, y exige una comprensión de lectura básica. En el presente estudio, se realizó la aplicación de manera individual con una duración de 10 a 20 minutos.

Los ítems del CDI (Childrens Depression Inventory) corresponden con los síntomas que aparecen en clasificaciones internacionales como el DSM-IV-TR, el CIE-10, por lo que es considerado como un procedimiento adecuado para el screening (en Melo-Vega, 2009). El CDI facilita la identificación de aquellos síntomas de depresión mayor, salvo por los criterios 3 y 5 del DSM-IV.

Actualmente, el CDI es reconocido como uno de los instrumentos más efectivos y más utilizados para medir sintomatología depresiva en la infancia (Davanzo, Kerwin, Nikore, Esparza y Forness, 2004, Haquin, Larraguibel, Cabezas, 2004, Ladrón, Alcalde y De la Viña, 2000, Mantilla, Sabalza, Díaz y Campo-Arias, 2004, Vinaccia, Gaviria, Atehortúa, Martínez, Trujillo y Quiceno, 2006, en Melo-Vega, 2009, p.28).

Para demostrar la consistencia interna del CDI en las versiones anteriores a la del 2004, se realizaron 24 estudios entre 1978 y 2003, en países como Kuwait, Egipto, Estados Unidos, Inglaterra, Italia y España, tanto con muestras clínicas como no clínicas. La mayoría los resultados obtenidos indican que el instrumento es fiable, pues el Alfa de Cronbach varía entre 0.70 y 0.94, (Kovacs, 2004, en Ramírez, R., 2009, pp.22, 23).

En Perú, Reategui (1994) encuentra que el CDI obtiene una alta consistencia interna 0.81, y similar consistencia en los resultados logrados con la población de escolares ( $n=570$ ;  $\alpha= 0.80$ ) y la población clínica ( $n=62$ ;  $\alpha= 0.77$ ) (en Ramírez, R., 2009, p.23).

En la adaptación efectuada por Renato Ramírez (2009), en la población de Cajamarca, en la que participaron 623 sujetos en edades comprendidas entre 7 y 15 años, se alcanzó una confiabilidad aceptable (0.79) y una adecuada correlación ítem-test corregida en la mayoría de los ítems, mostrando una estabilidad temporal positiva considerable de 0.776, en un lapso de 30 días.

En la última versión del CDI (2004), base de la adaptación de Ramírez, cada ítem presenta tres frases que muestran la presencia de depresión en distintas intensidades o frecuencias.

En cuanto a la calificación e interpretación del CDI, la misma se realiza a partir de la sumatoria de los puntajes obtenidos en las 27 preguntas del inventario, con lo cual se consigue una puntuación directa de depresión. Posteriormente esta puntuación directa puede ser transformada en percentiles (Ramírez, R., 2009, p.22).

Un dato importante a la hora de interpretar los puntajes tiene que ver con el punto de corte. Según Kovacs (2004), el punto de corte de 19 es el más apropiado, ya que permitiría identificar verdaderos positivos y menos proporción de falsos negativos. Por otro lado, Reátegui considera un punto de corte a partir de 15 (en Ramírez, R., 2009, p.27).

Con base en estas últimas referencias y en los objetivos del estudio relacionados con identificar puntajes de riesgo y no riesgo para la depresión, se optó por establecer 3 categorías de interpretación: sujetos con puntajes entre 0 y 14 fueron situados en la categoría *puntajes mínimos no críticos de depresión*, sujetos con puntajes entre 15 y 18 fueron asignados a la categoría *puntajes probablemente críticos de depresión* y sujetos con puntajes directos entre 19 y 54 fueron situados en la categoría *puntajes de riesgo de depresión*. De la misma forma, se hizo el análisis de los ítems más significativos según su intensidad de manifestación (baja, media y alta).

#### **4.7 Consentimiento informado.**

Para la inclusión de los sujetos adolescentes en la investigación se realizaron dos consentimientos informados: uno para los padres o tutores de los sujetos (véase anexo A1) y otro para los propios adolescentes (véase anexo A2).

El consentimiento informado para los padres de los adolescentes comienza con una descripción del estudio y su propósito, es decir, conocer la situación de los adolescentes con secuelas de quemadura, tiempo después de la etapa de hospitalización, intentando establecer la manera que estas repercuten a nivel de las variables Imagen corporal, Autoconcepto y Depresión.

Luego de ello, se presenta a la persona responsable del estudio, los alcances y el impacto social esperado, como la creación de propuestas de atención y el seguimiento a mediano y largo plazo. Se aclara que el adolescente fue seleccionada/o porque previamente fue atendido en la fundación. Seguidamente, se solicita la autorización de los padres para la participación del hijo especificando el procedimiento a seguir: contestar una ficha de datos personales, participar en las entrevistas y los cuestionarios referidos a la imagen corporal, el autoconcepto y la depresión. Se informa sobre la duración de las actividades y el número de sesiones posibles de evaluación.

Se precisa que los datos obtenidos son anónimos y confidenciales, que no se identificarán individualmente a las personas una vez finalizado el estudio y que los resultados servirán para los fines de la investigación.

Se informa que la participación del adolescente es voluntaria, es decir puede retirarse en cualquier momento si lo desea. Se aclara que el procedimiento no produce daños previsibles para la salud del participante o de su familia. Luego se le consulta si autoriza que su hijo participe en la investigación y se le solicita la firma respectiva.

El consentimiento informado para los adolescentes fue presentado después de obtener el consentimiento de los padres o tutores. Allí se les invitó a participar del estudio, se les informó sobre los propósitos y alcances, el motivo por el que fueron seleccionados, la persona encargada del proyecto, el procedimiento y el tiempo requerido. Asimismo, se destacó el carácter anónimo de su participación y la confidencialidad respecto a sus respuestas y el hecho de que su participación es voluntaria, que pueden retirarse si lo ven conveniente. Una vez leído el formulario, se les consultó si consentían participar voluntariamente en el estudio y firmar el consentimiento.

## **5. Ambiente de Investigación**

El trabajo de campo de la presente investigación se realizó en los consultorios de la Fundación Pro Centro del Quemado, que se encuentran en inmediaciones de la Plaza Isabel La Católica, en la ciudad de La Paz. Los ambientes se caracterizan por su comodidad, por su tamaño e iluminación adecuados. No se identificaron factores perturbadores para el desarrollo del trabajo de campo.

## **6. Procedimiento**

En primer lugar, se presentó la solicitud para efectuar la investigación de tesis de licenciatura en la Fundación Pro Centro del Quemado. Una vez obtenida la autorización, se presentó la propuesta formal del proyecto de investigación y se seleccionó a los pacientes que cumplían los criterios pre-establecidos.

El paso siguiente fue establecer el contacto telefónico con los sujetos y sus familiares. En algunos casos, se visitó los hogares de los pacientes. En este primer contacto, se describió el procedimiento del proyecto de investigación, sus fines y alcances, y se les invitó a participar en él. Después de obtener la autorización de los padres o tutores, así como de los propios

adolescentes, mediante un consentimiento informado, se coordinaron los horarios para la aplicación de los instrumentos.

El tiempo aproximado para la aplicación de las pruebas fue de 1 hora 30 minutos, por lo que se vio conveniente realizar la evaluación en dos sesiones de 60 minutos.

En la primera sesión, se procedió al llenado de los datos personales y clínicos (10 minutos), además, se realizó una breve entrevista sobre las principales expectativas del estudio, se aclararon dudas y se identificaron posibles problemáticas de interés. Luego, se aplicó la técnica de composición "Cómo me veo a mí mismo/a" (10 minutos), la entrevista no estructurada (30-40 minutos) y el cuestionario sobre las secuelas de quemadura (10 minutos).

En la segunda sesión, se aplicaron el Cuestionario de autoconcepto de García-Musitu (15 minutos) y el Inventario de depresión de Kovacs (15 minutos), con algunas variaciones según los sujetos y las situaciones particulares.

Es importante precisar que no todos los sujetos participaron en todas las pruebas. En la entrevista, técnica de composición y cuestionarios sobre la percepción de la secuela de quemadura participaron 18 sujetos. El Cuestionario de autoconcepto de García-Musitu fue aplicado a 18 sujetos y el Inventario de depresión de Kovacs a 19 sujetos. En parte, esto se debió a que algunos de los sujetos dejaron de asistir a su rehabilitación médica, y fue difícil retomar el contacto y programar nuevas citas.



## **Capítulo Cuatro**

### **Presentación de los Resultados**

En este capítulo, se presentan los resultados obtenidos sobre la Imagen Corporal, el Autoconcepto y la Depresión en los adolescentes con secuelas de quemadura atendidos en la Fundación Pro Centro del Quemado (Fund Acción).

Inicialmente, se exponen los resultados descriptivos de las tres variables. De la imagen corporal, se muestran las diferentes dimensiones y categorías construidas, su frecuencia de aparición, así como algunos ejemplos que ilustran el sentido y significado que los sujetos atribuyen a su imagen corporal.

De la misma forma, se describen los niveles de las dimensiones del autoconcepto (autoconcepto global, autoconcepto académico, autoconcepto social, autoconcepto emocional, autoconcepto familiar y autoconcepto físico).

En cuanto a la depresión, se presentan los tres tipos de puntajes obtenidos (puntajes no críticos de depresión, puntajes con probabilidad de riesgo y puntajes críticos o de riesgo de depresión), de acuerdo a su frecuencia de aparición.

En segundo lugar, se describen las relaciones estadísticas entre las tres variables de estudio: autoconcepto e imagen corporal, depresión e imagen corporal y autoconcepto y depresión. Posteriormente, se analizan cuatro casos desde el marco de interpretación propuesto, para ilustrar el despliegue y manifestación de las tres variables: las expresiones de la Imagen corporal en niveles altos y bajos de autoconcepto, así como en puntajes críticos y no críticos de depresión.

Finalmente, se presenta un análisis global de los resultados, así como una breve discusión de los datos inesperados y aparentemente contradictorios con las expectativas iniciales de la investigación.

### **1. Resultados Descriptivos**

#### **1.1 Imagen corporal.**

El análisis de las entrevistas, composiciones y cuestionarios referidos a la imagen corporal y a la percepción de las secuelas de quemadura se basa en el enfoque interpretativo, para precisar los sentidos y significados que los sujetos construyen sobre su Imagen Corporal. De esta manera,

se establecieron categorías de análisis que permitieron una lectura clara de las experiencias y los significados que presentan los adolescentes con secuelas de quemadura sobre su imagen corporal.

Se determinaron cuatro dimensiones de la imagen corporal, cada una con sus respectivas categorías de análisis:

**1.1.1 Evaluación de la apariencia física.**

**1.1.2 Satisfacción con la apariencia física.**

**1.1.3 Percepción de la valoración social sobre la apariencia física propia.**

**1.1.4 Estrategias compensatorias.**

Estas dimensiones comprenden la imagen corporal en sus esferas cognitiva, afectiva y conductual.

**1.1.1 Evaluación de la apariencia física.**

**1.1.1.1 Tipos de evaluación.**

Se registraron varios tipos de evaluación de la apariencia física elaborados por los sujetos, que denotan sentidos y orientaciones singulares en su caracterización.

**Cuadro 4.1. Tipos de evaluación de la imagen corporal.**

Tipos de evaluación	Frecuencia	%
1. Evaluación optimista	9	50
2. Evaluación pesimista	6	33,3
3. Evaluación indefinida	1	5,6
4. Respuesta indiferenciada	2	11,1
Total	18	100

Como se observa en el cuadro 4.1, el 50% de los adolescentes manifiestan evaluaciones optimistas sobre su apariencia física. Este tipo de evaluaciones aluden a actitudes optimistas sobre la propia apariencia física, así como a una intención de fortalecimiento de la misma dejando entrever un proceso dinámico, en construcción. En menor frecuencia, un 33,3% de los sujetos reportó evaluaciones que implican un sentido pesimista o negativo de la imagen corporal,

mientras que un 5,6% efectuó la evaluación con un sentido indefinido, en la que no se precisa claramente una dirección.

Ejemplo 1:

Yo me veo a mi mismo bien, sano, tengo salud, mi físico no me importa mucho porque yo soy como soy o igual a las demás personas, (...) estoy bien, me veo bien y me siento bien, estoy feliz por verme así, tal como soy yo, yo me quiero a mi mismo porque uno tiene que quererse a sí mismo (...) hay que decir que yo soy bueno, no soy malo (...) yo me veo con unas secuelas pero todo funciona bien, puedo moverme, puedo correr, puedo caminar, puedo echarme, levantarme, todo normal (Antonio, 13 años).

Ejemplo 2:

No me veo normal, no sé si soy bonita o fea, una vez la pregunte a mi mamá pero obviamente diría que sí soy bonita, pero más bonita es mi hermana, (...) Tuve enamorado y siento que me dejaron por mi aspecto (...) no sé cómo ya pintarme!, como verme al espejo, o sea me miro y digo...me voy a arreglar un poquito y cuando me arreglo y salgo a la calle y digo aquel chico está bonito me acerco por ahí o no, cómo me va a mirar, pero sé que me va a mirar raro(...) y cuando te miran dicen, mmm, voltean (...)...pienso que soy (...) como la mancha negra, así todo blanco, pero ahí nomas, solo hasta ahí, no te acerques ahí porque talvez te pase algo... mmm es lo que pienso que piensan ellos (Lola, 17 años).

En el primer caso, el sujeto muestra una actitud optimista hacia la evaluación de su apariencia, así como una intención de reafirmarse: "uno tiene que quererse a sí mismo". De esta manera, resta la posibilidad de valoraciones negativas que den cuenta de la percepción de déficit. Con la intención de percibir su físico positivamente, otorga un lugar significativo a la funcionalidad física. En el segundo caso, la adolescente comienza dudando sobre su apariencia, pero luego su evaluación se torna negativa. Al compararse con otras muchachas de su entorno (su hermana), se percibe menos atractiva. Asimismo piensa que los demás ven de manera negativa su aspecto físico.

1.1.1.2 Tipos de respuestas.

Otra dimensión categórica relacionada con la evaluación de la apariencia pone énfasis en los tipos de evaluaciones presentadas por los sujetos. Se identificaron tres tipos de evaluaciones, como se observa a continuación.

**Cuadro 4.2 Tipos de respuestas.**

Tipos de respuestas	Frecuencia	%
1.Evaluación global de la apariencia/evita consideraciones sobre la secuela de quemadura	3	16,7
2.Evaluación global de la apariencia /incluye la secuela de quemadura	12	66,6
3.Evaluación de la apariencia centrada en una parte (la secuela de quemadura)	0	0
4. Respuesta indiferenciada	3	16,7
Total	18	100

Como se indica en el cuadro 4.2, el 66,6% de los sujetos formularon evaluaciones globales de la apariencia que incluyen expresiones referidas a la secuela de quemadura en el cuerpo. Por otro lado, el 16,7% manifestó una tendencia a evitar el tema de las secuelas de quemaduras en las evaluaciones globales de su apariencia.

Ejemplo 3:

Físicamente estoy bien ¿no?, el rostro nomas un poquito..., la mayoría de mi cuerpo está bien físicamente, solo el rostro es un poquito que tengo las medio macha no? eso (Esteban, 16 años).

Ejemplo 4:

Me veo como alguien capaz de enfrentar las dificultades, tener confianza en mí mismo, más un poco inseguro al pensar que es lo que las personas dicen de mí (...) es por esto mismo (señala su cicatriz), solo por eso, porque las personas como digo siempre buscamos la perfección (Héctor, 19 años).

Ejemplo 5:

mmm a ver no sé, es algo gracioso (al verse al espejo), siento que me están creciendo más granitos, pero no de esto nunca me he fijado...bueno me fijo así, mayormente

así, cuando me estoy fijando en el espejo estoy apurado, me pongo mi crema y me voy o me peino así (...) pero bueno me veo normal, bueno, siempre me gusta decir a mi o presumir, cuando me veo en el espejo siempre digo quien es ese joven tan guapo que está ahí, y salgo así, yo mismo me rio y estoy saliendo así feliz (Richard, 17 años).

En este último ejemplo, el adolescente efectúa una evaluación global evitando considerar su secuela de quemadura, esta permite una valoración optimista de su apariencia.

### *1.1.1.3 Significados sobre la presencia de la quemadura en el cuerpo.*

Otra área importante en la evaluación de la apariencia física se denominada *significados sobre la secuela de quemadura*. Ésta alude a la interpretación que realizan los sujetos sobre el hecho de tener una secuela de quemadura en el cuerpo. Estas categorías fueron incluidas como parte de la imagen corporal por la manera en que ciertos atributos del propio cuerpo, de la apariencia física (en este caso, las secuelas de quemadura), pueden representar singulares sentidos para cada sujeto.

Los significados sobre las secuelas de quemadura que manifestaron los sujetos de la muestra fueron clasificados como: *rasgo o cualidad, déficit o impedimento*, a partir de su *razón de ser (un porqué y un para qué)* y otros, en función de su *percepción de la valoración social*.

Cuadro 4.3. Significados sobre la secuela de quemadura.

Significados sobre la secuela de quemadura	Frecuencias	%
<i>La secuela de quemadura como rasgo o cualidad</i>		
1. Rasgo negativo de apariencia	5	27,8
1.1. Rasgo negativo de apariencia para pares de sexo opuesto	2	11,1
2. Marca Diferencia /Normalidad	11	61,1
3. Atributo que resalta a la vista	9	50
4. Rasgo de villano de película	1	5,6
<i>La secuela como déficit o impedimento</i>		
5. Déficit o impedimento para participar en actividades sociales, laborales y físicas	7	38,9
<i>La secuela en su razón de ser (porqué y para qué)</i>		
6. Designio de Dios	5	27,8
7. Enfermedad	1	5,6
8. Ganancia de saber	6	33,3
<i>La secuela de acuerdo con la percepción de la valoración social</i>		
9. Motivo que genera prejuicios sociales	7	38,9
10. Motivo de burlas- apodos	10	55,6
11. Motivo de discriminación	7	38,9

Dentro de la clasificación de la secuela de quemadura como rasgo o cualidad, se destaca en un 61,1% de los sujetos, la percepción de ésta como una *marca de diferencia*, en ciertos casos como opuesta a la *normalidad*. Los sujetos conciben la secuela de quemadura como un rasgo de la apariencia física que los distingue de las personas de su medio social. De la misma manera, da cuenta de la *marca* que puede llegar a representar un atributo físico adquirido, por sus efectos en la subjetividad, en la construcción de sentidos y comportamientos, como en relación al lugar que los sujetos ocupan en la interacción social.

Ejemplo 6:

Es no sé, lo único que me hace, es lo único que me hace ver diferente hacia las demás personas. Una marca que nadie más lo tenga solo yo y si sé como los demás se admiran (Lola, 17 años).

Ejemplo 7:

Nadie me ha insultado, nadie me ha dicho cosas...*quemado* (...) pienso que es algo feo (...) bien feo, mucho...es como decir yo soy diferente y tu eres diferente a mí, eso sería para mí (Antonio, 13 años).

Con respecto a la noción de *normalidad* utilizada por algunos sujetos respecto a su apariencia física y a la secuela de quemadura, se observa que ésta adquiere varios significados: algunos la conciben en contraposición a la noción de diferencia, mientras que otros como mantenimiento de la funcionalidad física, o del bienestar emocional.

Ejemplo 8:

Para mí es algo normal ya que tener una secuela de quemadura es algo que a cualquiera persona le podría pasar (...) Sí, y así siempre lo he sentido se que no siempre puede ser por una secuela de quemadura, también puede ser así por otro tipo de secuela, pero pase lo que pase siempre vamos a ser gente normal, no hay una diferencia (Richard, 17 años).

El 50% de los sujetos mencionó que la secuela de quemadura es un *atributo físico que resalta a la vista*. La perciben como un rasgo físico que implica notoriedad y notabilidad.

Ejemplo 9:

Nops trato de ser cómo un niño normal, le decía un joven normal y nops (...) no, aparte de que mis cicatrices sean notables (...) si, es un poco notable, yo digo que...y eso nomas...por eso puedo tener miedo más o menos (Jorge, 19 años).

El 27,8% representa la secuela de quemadura como un *rasgo negativo de apariencia*. En algunos casos, este criterio se presenta específicamente en la interacción social con sus pares del sexo opuesto (11,1%).

Ejemplo 10:

Porque tengo cicatriz, digo feo puedo ser, puedo estar así (Aldo, 14 años)

Un significado peculiar sobre la secuela de quemadura en el cuerpo es la de un *rasgo de villano de película*. Ello implica el uso de estereotipos e ideales sociales sobre la apariencia articulados a mensajes provenientes de medios de comunicación, películas y telenovelas.

Ejemplo 11:

Digamos como en lo físico hablamos nove, que los galanes de las novelas (...) digamos el malo de la novela (...) siempre tiene una cicatriz en su cara y todas esas cosas no? (Jorge, 19 años).

Otro de los sentidos atribuidos a la secuela de quemadura es el *déficit o impedimento*. Para el 38, 9% de los sujetos, representa un déficit o impedimento en las actividades sociales, físicas y laborales.

Ejemplo 12:

Lo que ha cambiado para mi, en mi vida es lo que ya *no puedo hacer las mismas cosas, como hacen mis compañeros*, ósea ellos hacen normalmente las cosas pero yo lo hago con un poco de dificultad...o sea, al haber concursos o danzas o bailes ellos normalmente se ponen el traje y listo y yo no, pero casi, lo que importa para mí no es eso (Viki, 14 años).

Ejemplo 13:

Es no sentirme feliz porque no puedo jugar futbol porque me duele mucho (Roger, 14 años)

Ejemplo 14:

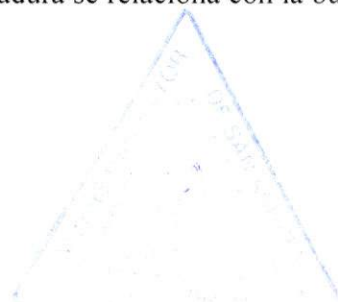
Para mi tener una quemadura es un poco incómodo porque cuando nos toca educación física la profe dice mostrar sobacos y manos y a mí me da miedo mostrar mi sobaco y no puedo estirar bien mi sobaco, cuando estiro a la fuerza se rompe mi piel y sangra mucho (Sandra, 16 años).

La idea de *déficit* descrita por algunos sujetos surgió también al comparar su apariencia física con sus pares, o al representarla como un defecto físico.

Ejemplo 15:

La envidia que le tengo a las demás chicas...de que sean más altas, por ejemplo, yo soy la más pequeña de mi curso, que sean más altas, sean más bonitas (...) la cosa es que ellas no tienen las cosas que yo tengo (...), esto, (señala sus secuelas) se les hace más fácil (...) las personas de nuestra edad de sexo opuesto, no se fijan como las otras personas que están sin cicatrices (Lola, 17 años).

Otro de los significados atribuidos a la secuela de quemadura se relaciona con la búsqueda de un motivo, una explicación respecto *al porqué* de la misma.





Ejemplo 16:

Por algo haya sido pss (...) no sé, puede ser por lo que dios dice, que solo encuentras un camino y tienes un...por el lugar que vayas vas a llegar a un solo camino (...) son obstáculos que hay que sobrellevar (Viki, 14 años).

Ejemplo 17:

Para mi tener una secuela es muy triste, pero ni modo así Dios lo quiso y él sabe que hace las cosas, a veces quisiera ser como otra chica que no tienen ningún problema que no se preocupa por nada (Sandra, 16 años).

Ejemplo 18:

Para mí la secuela de quemadura es una desgracia... que Dios nos ha castigado (José, 12 años).

El 27,8% de los sujetos manifestó un motivo divino sobre la ocurrencia de la quemadura, como un designio o un castigo de Dios.

Por otro lado, el 33,3% de los sujetos encuentra en su secuela de quemadura una posibilidad de aprender y superarse en la vida. Ellos conciben la secuela de quemadura como un obstáculo, un impedimento a superar, un factor que repercute notablemente en su estilo de vida y que promueve una ganancia de saberes.

Ejemplo 19:

Mmm, no sé tener una secuela, tener una secuela sería como una experiencia de algo que te ha podido suceder, pero que has podido levantarte no? sin hacerte a un lado, sin dejar de estudiar así (Esteban, 16 años).

Ejemplo 20:

A parte digamos que te enseña muchas cosas...claro te enseña a no dar valor a lo que dicen gente que no conoces digamos, a las cosas que te lastiman (...) te enseña por eso a ser fuerte, a que hay cosas que te duelen, a darle menos valor a esas cosas, apoyarte con lo que te ayuda digamos, como yo, mi familia (...) es una enseñanza, se aprende mucho de ello (Jorge, 19 años).

Desde otra perspectiva, la secuela de quemadura generó la producción de significados relacionados con la valoración social posible, provenientes de la interacción con su entorno social o de la percepción de los sujetos respecto a ésta. De esta forma, algunos adolescentes destacaron

la secuela como un factor por el que pueden ser valorados negativamente, recibir burlas y apodos, ser objeto de prejuicios sociales o de algún tipo de discriminación.

Como se observa en el cuadro 4.3, el 55,5% de los sujetos presentó el significado de la secuela de quemadura como un *motivo por el que pueden recibir burlas y apodos*.

Ejemplo 21:

Creo que algunos (los jóvenes que tiene secuelas de quemadura) se sienten mal por lo que les ha pasado o por lo que se aigan hecho y algunas personas les insultan (Antonio, 13 años).

El 38,9% representó la secuela de quemadura como un motivo por el que pueden ser valorados de manera negativa y/o recibir prejuicios. Este tipo de categoría se basa en experiencias previas de los sujetos, así como en inferencias y elaboraciones propias. Estas apreciaciones se relacionan también con atribuciones de culpa respecto al origen de la quemadura.

Ejemplo 22:

Las personas que no me conocen como soy por dentro sacan conclusiones de cómo estoy por fuera (...) solo afecta físicamente en lo que las personas sacan falsas conclusiones...es como que con lo que me ha pasado el accidente, la gente no sabe lo que me ha pasado, talvez se piensa que es maleante o kolero esos que se embriagan,...oliendo clefa (Esteban, 16 años).

Ejemplo 23:

Algunas personas lo malinterpretan (...) o sea, he porque piensan que yo, o sea, ese accidente no hubiera sido solamente hubiese sido solo una equivocación, sino hubiera sido otra cosa que hubiera hecho yo misma (Viki, 14 años).

Ejemplo 24:

Me siento mal porque eso para mí, es algo me dice en mi vida de que se me puede acusar...acusar de todo...Me pueden culpar a mí de mis heridas, o de algo. E: ¿te ha pasado alguna vez? S: No, pero sé que algún día, me va a pasar (Pablo, 12 años).

Como se observa en los ejemplos, la preocupación sobre la valoración social se vincula con la posibilidad de recibir juicios respecto al origen de las heridas. De esta manera, los sujetos experimentan sentimientos de culpa. Asimismo, estos significados se relacionan con inferencias respecto al propio cuerpo, la marca física en él, y el temor a los estigmas y el rechazo social.

### 1.1.2 Satisfacción con la apariencia.

Para el abordaje de esta temática, se consideran los siguientes tópicos: la percepción del atractivo físico, el agrado y percepción del bienestar con la apariencia física, la relevancia afectiva que se otorga a la apariencia física. Como aspectos complementarios, se precisan algunas categorías relacionadas con la secuela de quemadura, por ejemplo: los sentimientos de tristeza asociados a la secuela de quemadura, las expectativas y los anhelos de recuperación de su apariencia física y la aceptación de las secuelas de quemadura.

#### 1.1.2.1 Percepción del atractivo.

Esta categoría incluye ideas o expresiones verbales que dan cuenta del grado de atractivo que perciben los sujetos en ellos mismos. Para ello, se crearon cuatro subcategorías: a) percibirse mayormente atractivos/as, b) percibirse más o menos atractivos/as, c) Percibirse poco atractivos/as, d) percibirse menos atractivos que sus pares.

**Cuadro 4.4 Percepción de atractivo.**

Percepción del atractivo físico	Frecuencia	%
1. Percibirse mayormente atractivo/a	5	27,8
2. Percibirse más o menos atractivo/a	4	22,2
3. Percibirse poco atractivo/a	8	44,4
4. Respuesta indiferenciada	1	5,6
Total	18	100

El 44,4% manifestó sentirse poco atractivos, mientras que el 27,8% se percibe mayormente atractivos. Por otro lado, el 22,2% expresó respuestas neutras, como “más o menos atractivos”, sin identificar claramente una dirección.

En un 22,2% de los casos se identificó que el criterio de *no percibirse atractivos* se relaciona con la comparación que realizan con sus pares sobre su propio atractivo físico, o con la preferencia o cercanía observada hacia personas en su entorno.

Ejemplo 25:

El sujeto 9 refiere no sentirse atractivo con su apariencia física, sin identificar claramente un porqué. Él indica: “pienso a veces, cuando mi amigo tiene muchas chicas...eso pienso...y muy simpático es...mucho juegan con él, conmigo no juegan...si porque a mí no me pescan las chicas (...) le molestan las chicas a él nomás, así y cuando una chiquita mucho le mira, eso nomás” E: ¿tú dices que tu amigo es muy simpático y tú te consideras simpático? S:...poquito (Aldo, 14 años).

1.1.2.2 Agrado y bienestar con la apariencia física.

Esta categoría se refiere al gusto y bienestar por la apariencia física propia. Se identificaron cuatro tipos de respuestas que dan cuenta de esta actitud: a) agrado y bienestar con la apariencia física, b) ni malestar, ni bienestar con la apariencia c) desagrado y malestar con la propia apariencia física, d) desagrado e inconformidad con algunos aspectos de la propia apariencia física, como la secuela de quemadura.

**Cuadro 4.5 Agrado y bienestar con la apariencia física.-**

Agrado y bienestar con la apariencia física	Frecuencia	%
1. Bienestar con la apariencia física	8	44,4
2. Ni malestar, ni bienestar; sentirse más o menos bien o mal con la apariencia física	5	27,8
3. Malestar con la apariencia física	5	27,8
4. Respuesta indiferenciada	0	0
Total	18	100

En el cuadro 4.5, se observa que el 44,4% de los adolescentes manifiesta bienestar con su apariencia física, a través de expresiones como: “me siento bien”, “estoy tranquilo con mi apariencia” “me gusta cómo me veo”. Mientras que el 27,8 % reporta malestar e inconformidad con la misma.

Ejemplo 26:

“Me veo normal, bueno, siempre me gusta decir a mi o presumir, cuando me veo en el espejo siempre digo quien es ese joven tan guapo que está ahí, y salgo así, yo

mismo me rio y estoy saliendo así feliz (...) a ver que podría cambiar, mi cabello, lo único, pero así me siento bien siempre digo que tengo cuerpo atlético, siempre hago ejercicios y creo que así me siento bien". E: ¿Cómo te sientes por esto de tener una secuela de quemadura? S: Pues me siento bien, ya que soy feliz como soy y veo que cada día estoy mejor (Richard, 17 años).

Ejemplo 27:

¿Cómo te sientes cuando te miras al espejo? S: Me siento como un tonto (...) Porque estoy quemado...me estorba, me siento otra clase...me siento mal porque me discriminan diciendo quemado y me dicen asqueroso y también me dicen tostado... me reniego (...) me enojo y reniego...ya no tengo ganas...reniego...y ahí nomás...pienso, me arrepiento de lo que me hecho (Mario, 13 años).

Ejemplo 28:

E: ¿Cómo te sientes por tener algún tipo de secuela de quemadura? S: ni bien ni mal, son cosas que tal vez le pueda pasar a cualquiera, pero me paso a mí, más me siento mal que bien, a veces siento que solo se me acercan por lástima o por conveniencia (Lola, 17 años).

Un motivo que genera insatisfacción y malestar con la apariencia física en el 72,2% de los sujetos es la percepción de la secuela de quemadura como parte de la imagen corporal.

Ejemplo 29:

Me veo como alguien capaz de enfrentar las dificultades, tener confianza en mí mismo, más un poco inseguro al pensar qué es lo que las personas dicen de mí (...); E: ¿Qué es lo que te hace sentir inseguro? S: Es por esto mismo (señala su cicatriz), sólo por eso, porque las personas como digo siempre buscamos la perfección (Héctor, 17 años).

En este ejemplo, se constata la importancia de la percepción de la secuela de quemadura en la subjetivación y construcción de la imagen del propio cuerpo. Asimismo, es un criterio relevante en la comparación con los ideales de apariencia.

### *1.1.2.3 Grado de relevancia de la apariencia física.*

Esta categoría se refiere al valor o relevancia afectiva que los sujetos otorgan a su apariencia física. En el siguiente cuadro, se exponen los tipos de respuestas obtenidos.

**Cuadro 4.6 Grado de relevancia de la apariencia física.**

Grado de relevancia de la apariencia física	Frecuencia	%
1. Resta importancia a la apariencia física y otorga relevancia a los aspectos subjetivos	7	38,9
2. Otorga el mismo valor a la apariencia física y a los aspectos subjetivos	1	5,6
3. Resta relevancia a la apariencia física	3	16,5
4. Resta importancia a la apariencia física, otorga relevancia a su vestimenta	1	5,6
5. Resta importancia a su apariencia física y otorga relevancia a su familia	1	5,6
6. Destaca la apariencia física	1	5,6
7. Respuesta indiferenciada	4	22,2
Total	18	100

En el cuadro 4.6, se observa que el 38,9% de los sujetos resta relevancia a la apariencia física, otorgando importancia a otros aspectos, como los factores subjetivos (opiniones, valores, sentimientos), aspectos relacionados con la vestimenta y el arreglo personal, la familia y las relaciones interpersonales. El 5,6% de los sujetos otorga la misma importancia a los atributos físicos y subjetivos, y otro 5,6% destaca solamente la relevancia de la apariencia física.

**Ejemplo 30:**

Yo me veo en lo externo no tan bien pero en lo interior del alma bien me siento bien porque el corazón y el alma vale mucho más que lo externo (...). E: ¿Es importante para ti la apariencia? S: No...porque puedes ser por fuera lo que sea, pero por dentro tampoco es lo mismo...o sea no aparentas, puedes ser por ejemplo, puedes ser maldita y por fuera puedes ser bonita, lo que vale es el corazón...casi no le doy mucha importancia para mí (a la secuela de quemadura)...yo no, casi no le doy importancia a eso, más que todo, en mis estudios nomás (Viki, 14 años).

Ejemplo 31:

E: ¿Qué piensas de la apariencia física? ¿Crees que es importante? S: Hum hum (...) en la calle sí, solo se mira la apariencia, no lo como uno se siente, pero para que sea mi enamorado, tengo que mirar a fondo (...) a veces dicen que un chico se tiene que fijar en una chica por sus sentimientos y no por su aspecto y a veces yo digo que valen los dos (Lola, 17 años).

Esta categoría es importante a la hora de analizar los recursos subjetivos con los que cuentan los sujetos para la evaluación de su apariencia física. El hecho de restar importancia a un solo factor, como la apariencia física, permite apreciar otras esferas del ser humano, como los sentimientos, los valores, las opiniones, las habilidades personales, así como los recursos sociales con los que cuentan. Por otro lado, la relevancia otorgada a los aspectos subjetivos surge como una estrategia para compensar la posible inconformidad o disgusto que puedan generar algunas características de la propia apariencia física.

1.1.2.4 Afecto depresivo- sentimientos de tristeza asociados a la apariencia física.

Esta categoría fue identificada a partir del análisis semántico de expresiones verbales referidas a afectos e ideas de contenido depresivo, sentimientos de tristeza y malestar emocional asociados a la presencia de la secuela de quemadura en el cuerpo.

**Cuadro 4.7 Afecto depresivo-sentimientos de tristeza asociados a la apariencia física.**

Afecto depresivo- sentimientos de tristeza asociados a la apariencia física o a algún aspecto de ésta	Frecuencia	%
1. Siempre	0	0
2. Presente muy frecuentemente/ casi siempre	0	0
3. Presente regularmente / muchas veces	5	27,8
4. Presente ocasionalmente	8	44,4
5. Nunca	0	0
6. Presente anteriormente	2	11,1
7. Respuesta indiferenciada	3	16,7
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Como se observa en el cuadro 4.7, el 72,2% de los adolescentes reportó sentimientos de tristeza asociados a la presencia de la secuela de quemadura en el cuerpo. El 27,8 % indicó que este tipo de sentimientos se presenta regularmente, el 44,4% ocasionalmente, y el 11,1% lo experimentaron con anterioridad.

Ejemplo 32:

Yo me veo a mi mismo, me veo hay veces me veo feliz y hay veces me veo triste y me veo jugando balón, jugando pesca pesca, cuando juego balón me veo feliz y cuando lloro mucho me veo inútil, no me da ganas de hacer nada y también me veo en el espejo me veo como un tonto sin ganas y cuando me pongo a hacer mi tarea pienso harlo para hacer bien. E:¿Qué es lo que te hace triste? S: Mi cuerpo (...) por esto (señala la región que presenta una cicatriz) E: ¿Cuándo lloras te ves inútil?;S: Estoy triste (llanto) (...) sin hacer nada así (...) mis amigos también me discriminan, me dicen quemado (...) algunos, no todos(...) ya no me da ganas de hacer casi nada (...) seguido pasa... E:¿Y qué haces en ese momento? S: Estoy triste... así nomas (Mario, 13 años).

Este tipo de sentimientos e ideas depresivas surgen cuando los sujetos piensan en las implicaciones de la secuela de quemadura en su cuerpo, cuando se miran al espejo, cuando ven a otros niños o jóvenes que también tienen una secuela de quemadura, cuando les preguntan sobre el origen de la quemadura o cuando por este motivo reciben una valoración negativa, principalmente al interactuar en el contexto escolar, donde con frecuencia reciben apodos.

#### *1.1.2.5 Expectativas de cambio y recuperación.*

En esta categoría, se encuentran aquellas expresiones referidas a las expectativas y los anhelos sobre la recuperación de la secuela de quemaduras.



**Cuadro 4.8 Expectativas de cambio y recuperación.**

Expectativas de cambio y recuperación.	Frecuencia	%
1. Recuperación parcial	2	11,1
2. Recuperación total	8	44,5
3. Prefiere mantenerse sin cambios en su apariencia	2	11,1
4. R. Indiferenciada	6	33,3
Total	18	100

Como se indica en el cuadro 4.8, el 44,5% de los sujetos señalan expectativas y anhelos de una recuperación total o curación plena de las secuelas de quemadura. Solo el 11,1% de los adolescentes manifestó expectativas de recuperación parcial, es decir, un proceso que implica límites y posibilidades particulares.

El 11,1% de los sujetos expresaron que prefieren no cambiar su apariencia física evitando la realización de tratamientos sobre la secuela de quemadura. Uno de estos sujetos, al parecer, está resignado con su apariencia física, mientras que el otro quiere evitar las posibles complicaciones médicas de los tratamientos.

Ejemplo 33:

Sé que un día se me va a curar...me siento mal por eso, pero algo me dice en mi vida de que se me puede curar, todo tiene remedio (Pablo, 12 años.)

Ejemplo 34:

E: ¿Tú aceptas tu cuerpo, tu apariencia física? S: No, porque quiero estar sano y un cuerpo normal (Aldo, 14 años).

Las expectativas o los anhelos de recuperación presentes en los sujetos, así como las respuestas de resignación, expresan lo difícil que puede ser la experiencia de vivir con secuelas de quemadura en el cuerpo, y la aceptación de la propia apariencia física y/o de la cicatriz.

#### *1.1.2.6 Aceptación de la secuela de quemadura.*

En esta categoría se analiza la aceptación de la secuela de quemadura como factor relevante para la construcción de la imagen corporal. De acuerdo con Cash (2011), la aceptación de la apariencia o de los aspectos que la constituyen consiste en un tipo de actitud de aceptación

racional, caracterizada por actividades cognitivo comportamentales centradas en el uso del autocuidado, la autoverbalización racional, la aceptación de las propias experiencias.

A partir de esta definición, se establecieron cuatro categorías sobre los momentos en los que los sujetos se ubican frente a la aceptación de su apariencia y de la secuela de quemadura: a) aceptación racional de la permanencia de la secuela de quemadura en el cuerpo, b) en proceso de aceptación de la secuela de quemadura, c) aceptación inicial de la secuela de quemadura, d) rechazo de la secuela de quemadura en el cuerpo.

**Cuadro 4.9 Aceptación de la secuela de quemadura.**

Aceptación de la secuela de quemadura	Frecuencia	%
a) Aceptación racional de la permanencia de la secuela de quemadura en el cuerpo	1	5,6
b) En proceso de aceptación de la secuela de quemadura	3	16,6
c) Aceptación inicial de la secuela de quemadura (poca aceptación)	12	66,7
d) Rechazo de la secuela de quemadura	2	11,1
e) Respuesta indiferenciada	0	0
Total	18	100

En el cuadro 4.9, se observa que el 66,7 de los sujetos se encuentran en una etapa de aceptación inicial de la secuela de quemadura, es decir, presentan un tipo de aceptación con pocas respuestas elaboradas sobre la presencia de la cicatriz en el cuerpo, con dificultades para integrar la experiencia de la quemadura. El 16,6% de los sujetos presentan respuestas correspondientes a la categoría *en proceso de aceptación*, que expresan una mayor subjetivación de esta vivencia en la construcción de la imagen corporal. Llama la atención que sólo el 5,6% manifestó aceptación racional y el 11,1% mostró rechazo a la secuela de quemadura. Esta última se caracteriza por el rechazo a mirar la propia imagen frente al espejo y por la utilización de expresiones verbales que denotan no aceptación o rechazo.

Ejemplo 35. Rechazo de la apariencia física a partir de la secuela de quemadura:

S: ¿Cuando me veo digo estoy medio fea así no? Me arreglaré un poco, pero aun así siguen ahí, sigue todos los rasgos así, el maquillaje casi no tapa mucho (...) y hay

algo que está allí (...) no me gusta ver mi aspecto en dibujos y un día mi primo me ha dibujado mi retrato yy he hecho una locura, jajajja lo quería matar con un cuchillo, jajaj (...) yo era similar, similar, similar, vivo retrato así (...), no me gustó (...) verme así, con todas sus manchitas aquí así yyy me ha molestado (...) si el rostro estaba feo, no me gustó (...) en el álbum de fotografías mayormente no van a encontrar muchas fotos mías, los dejo yo, están en mi cuarto, y están así pegadas del reverso (...) no me gusta ver esas fotos (Lola, 17 años).

Ejemplo 36. Poca aceptación o aceptación inicial de la secuela de quemadura en el cuerpo:

A la edad de los 14 a los 17 años (evita que las personas miren el lugar del cuerpo que presenta las secuelas de quemadura)...ahora lo miro normal diciendo tarde o temprano... yo creo en todas las cosas que son posibles y digo tarde o temprano va a pasar (...) es como un viaje, que tengo que hacer, y tengo que hacer ciertas cosas antes de sufrir aquello que desearía tener, hasta entonces no importa mucho lo que piensen, más siempre y cuando, pueda cambiarlo más adelante, ahora si no cambia, difícilmente voy a poder cambiar de pensamiento (Héctor, 19 años).

Ejemplo 37. En proceso de aceptación de la secuela de quemadura en el cuerpo:

E: ¿Que ha sido lo más difícil de este proceso? S. Aceptar que estaba así, mmm, no aceptaba a un principio. E: ¿Como era no aceptar esto? S: mmm o sea me dolía (énfasis) y al mismo tiempo veía y no creía que estaba así (...) físicamente, me dolía, en parte físicamente, en parte psicológicamente (...) me sentía triste al verme así, y no, no aceptaba que iba a estar así y decía porque estoy así, porque no otros niños y decía porque siempre a mí...pero me he ido superando (...).

En lo personal la apariencia no es mucho para mí, pero siempre me gusta así, andar limpio, en eso es lo que yo más me fijo, siempre camino bien, me arreglo bien, o que otras personas estén bien así (...) mmm a ver no sé, es algo gracioso (cuando se ve en el espejo), siento que me están creciendo más granitos, pero no, de esto nunca me he fijado (...) bueno me fijo, así, mayormente así, cuando me estoy fijando en el espejo estoy apurado, me pongo mi crema y me voy o me peino así (Richard, 17 años).

Ejemplo 38. Aceptación de la secuela de quemadura como parte de la apariencia física:

Es una forma de vida (la secuela de quemadura), es parte de mi vida, una enseñanza (...) te das cuenta también que hay cosas que no puedes cambiar, mmm que quisieras

cambiar pero no puedes cuando eres niño y tal vez dices que una cicatriz, que (con) una operación se va a borrar todo, entonces ahí no sé, creces y te das cuenta que hay cosas que no se pueden, que no se pueden cambiar, te ayuda a asimilar las cosas, a darte cuenta, que no puedes cambiar y aceptar las cosas que tienes, aceptar y quererte así como eres (Daniela, 19 años).

En los ejemplos, se observan varios tipos de respuestas de acuerdo con el grado de aceptación-rechazo que presentan los sujetos sobre sus secuelas de quemadura, es decir, según la integración y subjetivación de las mismas en la Imagen Corporal. De esta forma, se expresan diferentes momentos de un proceso de aceptación de un rasgo físico adquirido. Los sujetos sitúan un antes, momento consecuente al accidente, relacionado con la hospitalización y post-hospitalización, y un después, en el que localizan las diferentes reacciones subjetivas frente a su propio cuerpo, así como la valoración social de las personas que configuran su entorno. Se destaca que, a pesar del tiempo transcurrido desde la ocurrencia del accidente de quemadura, la aceptación de las secuelas físicas no parece evolucionar de manera lineal. La misma sigue un proceso singular en cada sujeto, relacionándose en cada momento con la historia de vida y con las interacciones significativas en el entorno social.

### ***1.1.3. Percepción de la valoración social sobre la apariencia física.***

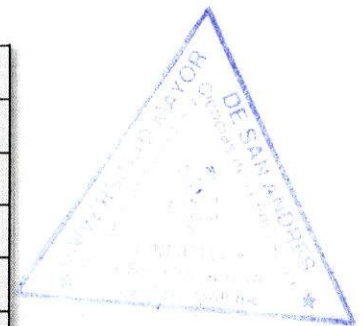
En este apartado, se analizan las interpretaciones de los sujetos entrevistados acerca de la valoración social sobre su apariencia física y sobre la secuela de quemadura. Para ello, se establecieron las siguientes áreas temáticas: a) tipos de valoraciones percibidas, b) tipos de respuestas o reacciones emocionales y conductuales percibidas, c) percepción de rechazo, d) preocupación sobre la valoración negativa y sobre el rechazo social.

#### ***1.1.3.1 Tipos de valoraciones.***

Esta clasificación abarca la manera en que los sujetos perciben la valoración social a partir de su apariencia física. Así, se establecen tres tipos de valoraciones: positiva, negativa y ambigua.

**Cuadro 4.10 Tipos de valoraciones.**

Tipos de valoraciones	Frecuencia	%
1. Valoración positiva	2	11,1
2. Valoración negativa	7	38,9
3. Valoración ambigua o indefinida	8	44,4
4. Respuesta indiferenciada	1	5,6
Total	18	100



En el cuadro 4.10, se observa que el 44,4% manifestó una valoración indefinida o ambigua. Ésta integra aspectos de valoraciones tanto positivas como negativas, sin expresar claramente una sola tendencia. A través de este tipo de respuestas, se identifican diferencias entre las propias valoraciones y las que reciben de otras personas. Por otro lado, un 38,9% creen ser percibidos y valorados negativamente por otras personas a partir de su apariencia física y la presencia de la secuela de quemadura en el cuerpo. Mientras que sólo el 11,1% de los adolescentes expresaron una percepción de valoración social positiva.

#### Ejemplo 39. Valoración indefinida o ambigua:

Un problema social lo llamaríamos a más o menos como que, como que no te aceptan algunas personas, sólo para algunas, pero y no así tanto, también (...) no aceptan sino...más o menos que, mmm un poco de...o sea diríamos que, como se podría decir, no tanto así, pucha que la gente se aleje pero sí, pero no tanto así...un poco (...). E: ¿por qué se alejarían? S: No sé, ¿sería por mi problema de quemadura?. E: ¿Tú piensas que es por eso? S: Pues sí, pero poco (...) poco y eso digamos que eso ya lo supere, pero a veces me sorprende porque...no sé los amigos pucha son amigos y a veces me sorprende, incluso las chicas no? (...) no, pucha ya no, no sé, parece que les gusto así, mmm esa sorpresa me llevo a veces (Jorge, 19 años).

#### Ejemplo 40. Valoración negativa:

Mis amigos también me discriminan, me dicen quemado (...) en el colegio. E: ¿Cómo tú piensas o crees que otras personas te ven? S: Mal (...) porque no ve sabemos ir a la piscina...una señora me ha visto y se ha ido (...) me dicen quemado, después me dicen así asqueroso, das asco (sujeto 8, masculino 13 años).

#### Ejemplo 41. Valoración positiva:

Mmm, casi, siento que me ven así ¿no?, como una persona normal, ahora ¿no? (...) hay veces también que veo a niños que hacen lo mismo que antes (mirarle constantemente), pero no tampoco ya no lo siento así raro... ya no...o sea, tal vez se me haya sido la costumbre que se me ha vuelto algo normal eso...mayormente siempre camino con mis amigos, casi mi vida medio monótona (...) estoy hablando con mis amigos, les estoy viendo a amigos y hay veces que ni veo que me están viendo a otras personas, en otras palabras o sea con mis amigos nomas ando (...) tampoco nunca se han referido a esto, a lo que tenía mis secuelas, siempre como una persona normal me han hablado (Richard, 17 años).

En el ejemplo 39, se observa que el sujeto presenta una preocupación sobre la valoración negativa y el rechazo social, que es contrastada por la interacción en su medio social, con pares del mismo sexo o de sexo opuesto, de quienes percibe mensajes de aceptación. A pesar de esto, persiste la duda sobre la posible valoración negativa a partir de su apariencia física.

En el ejemplo 40, se observa una tendencia a percibir una valoración negativa sobre su cuerpo, lo que le genera sentimientos de tristeza y pensamientos depresivos.

En el ejemplo 41, el adolescente percibe una valoración social positiva. El procura rodearse de personas que le brindan su apoyo y una retro-alimentación positiva. También él distingue que las miradas de otras personas ya no le incomodan como antes. Este sujeto le da importancia sólo a la valoración social de un grupo selecto de amigos

### *1.1.3.2 Reacciones emocionales y conductuales producidas en las personas.*

Las valoraciones previamente descritas, se especifican mejor al analizar las respuestas emocionales y conductuales percibidas por los sujetos, en las personas con las interactúan cotidianamente. Estas fueron identificadas mediante expresiones verbales y gestuales.

**Cuadro 4.11 Reacciones emocionales y conductuales percibidas.**

Reacciones emocionales y conductuales percibidas.	Frecuencia	%
1.Reacción de susto	1	5,6
2.Reacción de asco	3	16,7
3.Admiración	3	16,7
4.Incomodidad/disgusto	4	22,2
5.Curiosidad/ Interrogantes	9	50
6.Compasión/lástima	2	11,1
7.Burlas/apodos	7	38,9
8.Miradas	9	50
9.Rechazo	7	38,9

Como se observa en el cuadro 4.11, entre las reacciones reportadas por los sujetos, se destacan las expresiones gestuales y verbales relacionadas con la curiosidad e interrogantes, así como las miradas invasivas (Ej.:“me miran raro/extraño”, “me miran mal”, “me miran mucho/demasiado”), presentes cada una de ellas en el 50% de los sujetos.

En segundo lugar, se ubicaron las conductas relacionadas con las burlas y los apodos recibidos, y aquellas relacionadas con el rechazo social (percepción de alejamiento/distancia de las personas, dificultad para establecer amistades, para la inclusión en juegos y actividades sociales), reportas cada una en el 38,9% de los adolescentes. Las reacciones vinculadas con la incomodidad/disgusto, reacciones de asco, admiración y sorpresa, reacciones de susto, y las reacciones gestuales y/o verbales de compasión/lástima se presentaron en menores porcentajes.

De acuerdo con la interpretación (atribución subjetiva) de los adolescentes, estas conductas se producen por su apariencia física o por algún atributo asociado a esta, como la secuela de quemadura.

Ejemplo 42. Reacciones de curiosidad e interrogantes:

Los de kínder ya han pasado a primero de primaria me ven así, ¿Qué ha pasado?, ¿Por qué te has hecho? ¿Cómo te has hecho? ¿Con qué te has hecho? me preguntan y hay que responder (Antonio, 13 años).

Ejemplo 43. Burlas y apodos percibidos:

Al ver de mi cara todos se ríen, unos chiquitos se asustan y ¡ahhh! dicen, se escapan en mi escuela (...) los del kínder, otros chiquitos más chiquitos y las chicas más...mi hermanita (de 11 años), me dice monster y feo (...) me siento mal lo que me dicen...las chicas nomas iuuucc...mal me sentía cuando decían chistes (Aldo, 14 años).

Ejemplo 44. Reacciones de disgusto e incomodidad:

Así ponen sus caras, sus caras me ponen...como así ¡hay qué te has hecho!; ¡qué feo!, con sus caras, yo no les hago caso, porque son niños, ellos no me conocen (Antonio, 13 años).

Ante las reacciones que los adolescentes perciben de su entorno social, efectúan ciertas interpretaciones que, en algunos casos los llevan a sacar conclusiones de manera arbitraria.

Ejemplo 45:

Es como cuando llevas demasiado bulto dentro de un carro, yo lo visualizo digamos entrando a un minibús, estas llevando (...) maletas grandes y de repente entras en un lugar lleno de personas que no tienen nada y alguien te dice (...) tengo que bajar y vos vas a tener que bajar todo lo que tú tienes (...) una vez que la persona baje, no sabes como la persona va a bajar, que es lo que va a decir de ti, si es lo que va a decir: *porque sube con esos bultos*, porque todas las personas piensan así, la mayoría, porque cuando no intentamos incomodar es donde incomodamos más (Héctor, 19 años).

Las respuestas relacionadas con las miradas percibidas fueron organizadas de acuerdo con su frecuencia de presentación, en cuatro sub-categorías:



**Cuadro 4.12 Percepción de miradas**

Percepción de miradas	Frecuencia	%
1. Presente siempre	0	0
2. Presente muy frecuentemente/ casi siempre	5	27,8
3. Presente regularmente/muchas veces	2	11,1
4. Presente ocasionalmente/pocas veces/algunas veces	2	11,1
5. Respuesta indiferenciada	9	50
Total	18	100

Como indica el cuadro 4.12, el 27,8% de los adolescentes señalaron que las miradas de otras personas hacia su cuerpo, en ciertos casos invasivas son muy frecuentes, el 11,1% manifestó que perciben esto regularmente, y otros 11,1% ocasionalmente.

Ejemplo 46:

Lo difícil es que la gente te mira (...) casi todos (...) como si tuviéramos algo, como no fuéramos normales (...) en ese momento, casi para mí me parece que no saben lo que ha pasado así que no tienen por qué hablar nada, si me están viendo, que me vean ps. (Viki, 14 años).

Ejemplo 47:

Cuando una persona te mira demasiado, vos desconfías (...) las personas quieren saber qué es lo que ha pasado, porque esta así (...) las personas miran como diciendo es algo extraño, es algo que no se ve todos los días (...) porque, como se ha hecho, es lo que tratan de averiguar...hasta qué punto se han hecho (Héctor, 19 años).

Ejemplo 48:

...miedo a lo que los demás me insulten o me hagan sentir mal con sus miradas, o sea es clarito cuando una persona te mira medio raro, y vergüenza pues si (...), siempre te van a mirar algo raro... como si fueses de otro mundo (...) yo siento que me están mirando raro (...) no sé si cuando me ven sienten lastima, sienten asco o sienten que les voy a dar mala suerte (Lola, 17 años).

De la misma forma, las respuestas verbales y gestuales relacionadas con la percepción de rechazo fueron organizadas en cinco sub-categorías:

Cuadro 4.13 Percepción de rechazo.

Percepción de rechazo.	Frecuencia	%
1. Presente siempre	0	0
2. Presente muy frecuentemente/ casi siempre	2	11,1
3. Presente regularmente/muchas veces	2	11,1
4. Presente ocasionalmente/ algunas veces	3	16,7
5. Presente con anterioridad	2	11,1
6. Respuesta indiferenciada	9	50
Total	18	100

Como se observa en el cuadro 4.13, el 11,1% de los sujetos reportó que la percepción de rechazo es muy frecuente, el otro 11,1% manifestó que la misma se produce regularmente, mientras que el 16,7% expresó que percibe ocasionalmente rechazo por su apariencia, y el 11,1% restante indicó que esta se produjo con anterioridad.

**Ejemplo 49:**

Muy triste porque no puedo correr y también me siento mal en mi cara como si fuese yo solo en el colegio, igual porque no tengo amigo con quien jugar, a nadie le gusta jugar (Roger, 14 años).

De la misma forma, en pocos casos se encontró, que el tipo de rechazo percibido se relaciona con la interacción con pares del sexo opuesto. Así lo muestra el siguiente ejemplo.

**Ejemplo 50:**

Tuve enamorado y siento que me dejaron por mi aspecto (...), el primero me ha engañado tal vez porque la chica haya sido más bonita que yo (...), el segundo quiere terminar conmigo, pero no me dice cual es la razón, simplemente quiere terminar como amigos(...), no sé porque me está dejando, no sé si le hago ver mal ante sus amigos o conocidos (...), las personas de nuestra edad de sexo opuesto, no se fijan como las otras personas que están sin cicatrices (Lola, 17 años).

*1.1.3.3 Preocupación sobre la valoración negativa y sobre el rechazo social.*

De acuerdo con los resultados obtenidos, a la mayoría de los sujetos, las valoraciones sociales percibidas les generan ideas de preocupación sobre su lugar en la interacción social,

concretamente respecto a la posible valoración negativa y a ser objeto de algún tipo de rechazo social futuro. Los adolescentes creen que esto podría ocurrir por su apariencia física y por la presencia de la secuela de quemadura en su cuerpo.

**Cuadro 4.14 Preocupación sobre la valoración negativa.**

Preocupación sobre la valoración negativa.	Frecuencia	%
1. Presente siempre	0	0
2. Presente muy frecuentemente/ casi siempre	4	22,2
3. Presente regularmente/muchas veces	1	5,6
4. Presente ocasionalmente/ pocas veces	8	44,4
5. Respuesta indiferenciada	5	27,8
Total	18	100

En el cuadro 4,14, se observa que a un 44,4% de los sujetos les preocupa la valoración social negativa de manera mayormente ocasional, mientras que a 22,2% esto les inquieta muy frecuentemente.

Ejemplo 51:

Me veo como alguien capaz de enfrentar las dificultades, tener confianza en mí mismo, más un poco inseguro al pensar qué es lo que las personas dicen de mí (...) Yo pienso que es más al ámbito social, por ejemplo (...) en una entrevista de trabajo tal vez, o qué sé yo (...) tal vez, en ciertas carreras (...), yo pienso que si estas carreras que estudie, tal vez en una facultad y tal vez pierda ese trabajo simplemente por mi aspecto físico, como decía, racismo, pienso, tal vez no puede ser el caso, más lo que veo en la actualidad es más digamos, un rechazo de la sociedad (Hector, 19 años).

Este sujeto expresa un temor o preocupación respecto a la posible valoración social futura. El considera su apariencia física como un impedimento u obstáculo en la interacción social, incluso para el desempeño laboral y académico futuros.

Asimismo, cinco adolescentes manifiestan su *preocupación por recibir un rechazo* de las personas, en ciertos casos, de sus pares del sexo opuesto.

**Ejemplo 52:**

El miedo siempre viene a causa de, como se dice, de lo desconocido, aquello que no sabemos qué va a pasar (...) que pasaría si hago esto con las personas, o si me acerco a las personas y lo que antes pensaba, siempre era que va a ser *no*, solo que nunca lo intentaba, nunca he sabido si me iban a decir nada (Jorge, 19 años).

***1.1.4 Estrategias compensatorias.***

Las estrategias compensatorias incluyen aquellas actividades cognitivo-comportamentales secundarias a la percepción de la imagen corporal, que al parecer intentan reducir los efectos de malestar que implican las secuelas de quemadura en la construcción de la imagen corporal. Estas estrategias fueron organizadas de la siguiente manera:

**Cuadro 4.15 Estrategias compensatorias de la imagen corporal.**

<b>Estrategias compensatorias de la imagen corporal.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
1. Evitar la focalización de pensamientos y emociones autoconscientes referidos a la imagen corporal	7	38,9
2. Conducta de camuflaje u ocultamiento	9	50
3. Exponer el cuerpo en diferentes conductas (actividades deportivas, actividades laborales)	2	11,1
4. Realizar cuidados personales sobre la apariencia física (aseo y limpieza de la vestimenta)	1	5,6
5. Corrección de la apariencia	4	22,2
6. Realizar rituales de comprobación de la apariencia	1	5,6
7. Conductas instructivas	3	16,7
8. Dedicarse a estudiar, a obtener buenas notas evitando pensar en su aspecto físico	3	16,7
9. Realizar las tareas de otras personas para no pensar en su apariencia física	1	5,6
10. Obtener logros personales para sobresalir entre las personas (académicos, de aprendizaje)	1	5,6
11. Crear un personaje ficticio	1	5,6
12. Desarrollar actividades artísticas	1	5,6
13. Dedicarse a actividades laborales	1	5,6
14. Aprender oficios para compensar el déficit percibido	1	5,6
15. Conducta sociable dirigida a hacer amigos/obtener apoyo social-afectivo (en la familia)	3	16,7
16. Realizar actividades deportivas	1	5,6
17. Realizar actividades físicas para cuidar su cuerpo	1	5,6

Como se observa en el cuadro 4.15, las estrategias compensatorias más utilizadas por los sujetos de la muestra son las conductas de camuflaje-ocultamiento, presente en el 50% de los sujetos, y evitar la focalización de pensamientos y emociones autoconscientes referidas a la parte del cuerpo afectada por la secuela de quemadura, manifestada en el 38,9%.

Otro tipo de estrategias presentes en menor porcentaje son: la corrección de la apariencia (22,2%), la conducta instructiva (16,7%), dedicarse a estudiar para evitar pensar en la apariencia física (16,7%), y la conducta dirigida a la obtención de apoyo social (16,7%).

A continuación se exponen ejemplos de estas estrategias.

*-Conducta de camuflaje:* consiste en utilizar prendas de vestir o cosméticos para evitar que la parte del cuerpo afectada por la secuela de quemadura sea vista por otras personas. Esta estrategia la manifestó la mitad del grupo de los adolescentes de la muestra.

Ejemplo 53:

Cuando me veo digo estoy medio fea así ¿no? Me arreglaré un poco, pero aun así siguen ahí, sigue todos los rasgos así, el maquillaje casi no tapa mucho. E: ¿Utilizas el maquillaje para tapar algo? S:...y hay algo que está allí (Lola, 17 años).

*-Evitar la focalización de pensamientos y emociones autoconscientes:* Esta estrategia cognitivo-comportamental, implica no prestar atención a la información procedente de la imagen corporal, de la percepción y valoración de la apariencia física, por ejemplo: no mirarse al espejo, evitar pensar en su propio cuerpo, enfocar su interés en otras actividades.

Ejemplo 54:

E: ¿Con qué frecuencia piensas en tu apariencia física? S: Casi en ningún, porque más me dedico a jugar o preocuparme de mis estudios (...) mmm, cuando pienso bien, me dedico a otras cosas que no pensar en esto. E: ¿Cuando piensas en esto cómo te sientes? S: Yyy, yo digo por algo haya sido psss...casi no le doy mucha importancia para mí...casi nada siempre (Viki, 14 años.).

*-Corrección de la apariencia:* implica conductas orientadas a alterar o corregir los aspectos de la apariencia física percibidos como deficientes. Entre ellas, la realización de cirugías y tratamientos médicos, la participación en tratamientos de belleza, como lo expresa el siguiente ejemplo.

Ejemplo 55:

S: En la tele dice que hay cirugías plásticas donde te sacan un pedazo de la carne de la parte más sana y entonces te lo llevan a tu rostro. E: ¿Piensas en esto? S: Si hubiese una oportunidad (...) estoy haciendo un tratamiento con cicatricure (Lola, 17 años).

-*Conducta instructiva*: consiste en informar ante las preguntas de las personas sobre los cuidados que deben tener para evitar los accidentes de quemadura. Esta conducta se orienta principalmente a personas de su entorno escolar.

Ejemplo 56:

Con qué te has hecho me preguntan y hay que responder (...) les respondo, no tienes que hurgar nunca fuego, no tienes que hurgar esto, te vas a lastimar les digo (...) soy una experiencia viva para recomendar a otras personas, no tienes que manejar esto, les recuerdo que nadie sufra más, para que nadie sufra como yo he sufrido (Antonio, 13 años).

-*Conducta sociable*: esta conducta surge ante la preocupación sobre la valoración social negativa. Se dirige a hacer amigos y a obtener apoyo social-afectivo (en la familia).

Ejemplo 57:

Mmm, no, no me ha afectado (habla sobre la secuela de quemadura) (...) tal vez haya sido porque siempre he sido un poco sociable y siempre me han gustado hablar con cualquier persona, siempre estoy hablando en la calle así, hay gente que me habla bien (Richard, 17 años).

-*Exponer el cuerpo en diferentes conductas*: se refiere a la exposición del cuerpo (o del área del cuerpo afectada por la secuela de quemadura) en contextos deportivos y laborales, aparentemente como intento de reducir el grado de impedimento físico llegando incluso a poner en riesgo la rehabilitación física.

Ejemplo 58:

Siempre he tratado de buscar mis propios medios para conseguir aquello que quiero sin importar las consecuencias que tenga que llevar mi cuerpo propio (comenta Hector al referirse a su trabajo de carpintería).

Las estrategias compensatorias se emplean como recursos para hacer frente a la angustia o al malestar emocional producido por la imagen corporal en el proceso de subjetivación de las secuelas de quemadura. Algunas de ellas son utilizadas, además, como instrumento para establecer vínculos sociales y, de esta forma, ocupar un lugar en la interacción social.

En síntesis, a partir del análisis de contenido y de la construcción de categorías, se establecieron cuatro dimensiones de la imagen corporal: a) evaluación de apariencia física, b)

satisfacción con la apariencia, c) percepción de la valoración social, y d) estrategias compensatorias.

En la dimensión *Evaluación de la apariencia*, la mayoría de los sujetos reportó una evaluación optimista, la misma que implica una actitud de reafirmación de los atributos físicos. En ciertos casos, esta valoración remite a una evaluación global de la apariencia que evita la inclusión de las secuelas de quemadura, así como a la utilización de diferentes estrategias compensatorias.

Los significados más frecuentes son: la secuela como *marca de diferencia*, la secuela como un *rasgo visible* para las personas y la secuela como un *rasgo negativo de apariencia*.

En la dimensión *Satisfacción con la apariencia física*, se identificó que la mayoría de los sujetos se perciben como poco atractivos. Esta percepción se vincula con las comparaciones efectuadas con los pares de su entorno social. Por otro lado, varios adolescentes manifestaron sentir disgusto y malestar con su apariencia física debido de la presencia de la secuela de quemadura en el cuerpo.

En la dimensión *Percepción de la valoración social de la apariencia*, los sujetos reportaron principalmente valoraciones ambiguas o indefinidas, así como valoraciones negativas. Algunos de los criterios se basaron en reacciones gestuales y verbales percibidas en la interacción social, como: la curiosidad e interrogantes generados, las burlas y apodos recibidos, la percepción de ser objeto de miradas y la percepción de rechazo social.

En la dimensión *Estrategias compensatorias*, se encontró que un gran número de sujetos tienen una conducta de ocultamiento o camuflaje de su secuela de quemadura. De manera similar, emplean la estrategia de evitación de pensamientos y emociones autoconscientes referidos a algún aspecto de su imagen corporal.

## **1.2 Autoconcepto.**

En este apartado, se exponen los resultados obtenidos con la aplicación del Test de autoconcepto AF-5 de García y Musitu (1999) a 18 de los 20 sujetos que participaron en el estudio. Para ello, se consideran los niveles de autoconcepto de manera global y dimensional.

### **1.2.1 Autoconcepto global.**

En el siguiente cuadro se presentan los resultados sobre el nivel de autoconcepto global.



**Cuadro 4.16 Nivel de autoconcepto global.**

Autoconcepto global	Frecuencia	%
Nivel bajo	3	16,6
Nivel medio	10	55,6
Nivel alto	5	27,8
Total	18	100

Como se observa, el 55,6% de los sujetos se ubicaron en un nivel medio de autoconcepto global, el 27,8% en un nivel alto y el 16,6% en un nivel bajo. Es decir, la mayoría de los sujetos presentó un nivel medio de autoconcepto global, un menor grupo obtuvo un nivel alto de autoconcepto global y otro grupo reducido obtuvo niveles bajos de autoconcepto global.

**1.2.2. Dimensiones del autoconcepto.**

A continuación se describen los niveles de autoconcepto obtenidos en cada una de sus dimensiones.

**1.2.2.1 Nivel de autoconcepto académico.**

En el siguiente cuadro, se exponen los niveles de autoconcepto académico.

**Cuadro 4.17 Nivel de autoconcepto académico**

Autoconcepto académico	Frecuencia	%
Nivel bajo	2	11,1
Nivel medio	12	66,7
Nivel alto	4	22,2
Total	18	100

De acuerdo con los resultados obtenidos, el 66,7% de los adolescentes alcanzaron un nivel medio de autoconcepto académico, el 22,2% un nivel alto y el 11,1% un nivel bajo. Se destaca nuevamente la tendencia a presentar niveles medios, seguidos de niveles altos y bajos, estos últimos con menores frecuencias.

1.2.2.2 Nivel de autoconcepto social.

A continuación se presentan los niveles de autoconcepto social.

**Cuadro 4.18 Nivel de autoconcepto social.**

Autoconcepto social	Frecuencia	%
Nivel bajo	3	16,7
Nivel medio	12	66,6
Nivel alto	3	16,7
Total	18	100

Como se observa en el cuadro 4.18, el 66,6% de los sujetos se ubicaron en un nivel medio de autoconcepto social, el 16,7% en un nivel bajo y el 16,7% restante en un nivel alto.

1.2.2.3 Nivel de autoconcepto emocional.

En el siguiente cuadro se exponen los niveles obtenidos del autoconcepto emocional:

**Cuadro 4.19 Nivel de autoconcepto emocional.**

Autoconcepto emocional	Frecuencia	%
Nivel bajo	3	16,7
Nivel medio	11	61,1
Nivel alto	4	22,2
Total	18	100

De acuerdo con los resultados obtenidos, el 61,1% de los adolescentes alcanzaron un nivel medio de autoconcepto emocional, el 22,2% un nivel alto y el 16,7% un nivel bajo.

1.2.2.4 Nivel de autoconcepto familiar.

A continuación se describen los niveles de Autoconcepto Familiar.

**Cuadro 4.20 Nivel de autoconcepto familiar.**

Autoconcepto familiar	Frecuencia	%
Nivel bajo	4	22,2
Nivel medio	11	61,1
Nivel alto	3	16,7
Total	18	100

En el cuadro 4.20, se observa que el 61,1% de los sujetos se ubicaron en un nivel medio de Autoconcepto familiar, el 22,2% en un nivel bajo y el 16,7 en un nivel alto.

#### 1.2.2.5 Nivel de autoconcepto físico.

A continuación, se describen los niveles de Autoconcepto Físico.

**Cuadro 4.21 Nivel de autoconcepto físico.**

Autoconcepto físico	Frecuencia	%
Nivel bajo	3	16,7
Nivel medio	11	61,1
Nivel alto	4	22,2
Total	18	100

Como se observa en el cuadro 4.21, el 16,7% de los adolescentes alcanzaron un nivel medio de autoconcepto físico, el 22,2% un nivel alto y el 16,7% un nivel bajo.

Es importante aclarar que para la evaluación del nivel de autoconcepto físico se tomaron en cuenta dos categorías involucradas en el concepto: la percepción de la habilidad física y la valoración del atractivo físico.

En el siguiente cuadro, se exponen los niveles de *habilidad física percibida*.

**Cuadro 4.22 Nivel de habilidad física.**

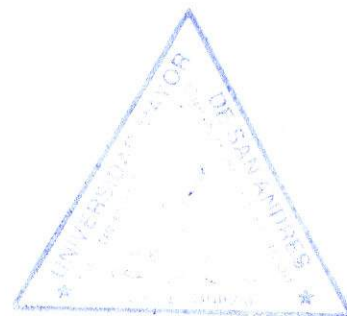
Habilidad física	Frecuencia	%
Nivel bajo	4	22
Nivel medio	11	61
Nivel alto	3	17
Total	18	100

Según los resultados obtenidos, 61,1% de los sujetos se ubicaron en un nivel medio de percepción de su habilidad física, 22,2 en un nivel bajo y 16,7 en un nivel alto.

A continuación se presentan los niveles de *atractivo físico* percibidos por los sujetos de la muestra.

**Cuadro 4.23 Nivel de atractivo físico.**

Atractivo físico	Frecuencia	%
Nivel bajo	2	11,1
Nivel medio	14	77,8
Nivel alto	2	11,1
Total	18	100



En el cuadro 4.23, se observa que 77,8% de los adolescentes alcanzaron un nivel medio de atractivo físico percibido, 11,1% un nivel alto y 11,1% un nivel bajo.

#### 1.2.2.6 Comparación de las medias de los puntajes del autoconcepto.

A continuación se presentan los puntajes medios obtenidos en las dimensiones y subdimensiones del Autoconcepto:

**Cuadro 4.24 Comparación de las medias de los puntajes del autoconcepto.**

Comparación de las medias	Medias de los puntajes
Autoconcepto global	63,7019
Autoconcepto académico	62,213
Autoconcepto social	64,389
Autoconcepto emocional	57,120
Autoconcepto familiar	75,185
Autoconcepto físico	59,602
Habilidad física	64,630
Atractivo físico	54,574

Como se observa en el cuadro 4.24, la dimensión con mayor puntaje es el autoconcepto familiar, mientras que la subdimensión con menor puntaje es la percepción del *atractivo físico*.

En cuanto al análisis de puntajes obtenidos en los 30 ítems del cuestionario, se observa que aquellos con menores puntajes son: a) Me considero elegante, b) Soy una persona atractiva, c) Cuando los mayores dicen algo (no) me pongo nervioso, d) (No) Me cuesta hablar con desconocidos.

**1.2.3 Análisis de fiabilidad de la prueba autoconcepto AF-5 de García- Musitu.**

El análisis de fiabilidad a través del Alfa de Cronbach, arrojó los siguientes puntajes.

**Cuadro 4.25 Análisis de fiabilidad de la prueba AF-5**

Análisis de fiabilidad	Alfa de Cronbach
Autoconcepto global	.864
Autoconcepto académico	.864
Autoconcepto social	.675.
Autoconcepto emocional	.606
Autoconcepto familiar	.677
Autoconcepto físico	.775.
Habilidad física	.671.
Atractivo físico	.793

Como se observa en el cuadro 4.25, la prueba AF-5 tanto a nivel global como dimensional tiene una buena fiabilidad.

### 1.3 Depresión.

#### 1.3.1 Puntajes de depresión.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el Inventario de depresión de Kovacs, que fue aplicado a 19 de los 20 sujetos de la muestra.

**Cuadro 4.26 Puntajes de depresión.**

Depresión	Frecuencia	%
1.Puntajes no críticos de depresión	13	68,4
2.Puntajes con probabilidad de riesgo	3	15,8
3.Puntajes de riesgo de depresión	3	15,8
Total	19	100

En el cuadro 4.26, se observa que 68,4% de los adolescentes obtuvieron puntajes *no críticos de depresión*, 15,8% alcanzaron *puntajes con probabilidad de riesgo* y otros 15,8% *puntajes de riesgo de depresión*. Se utilizó el punto de corte de 19 puntos, que es sugerido por Kovacs para la

detección de una posible depresión mayor. Este criterio tiene la finalidad de brindar mayor sensibilidad a la prueba en la identificación de falsos positivos y falsos negativos. Por otro lado, algunos investigadores, como Reátegui, sugieren el punto de corte de 15 puntos para una mayor especificidad en la prueba. De esta forma, se establecieron tres niveles en la interpretación: 1) puntajes mínimos, no críticos de depresión, entre 0 y 14 puntos, 2) puntajes con probabilidad de riesgo de depresión, entre 15 y 19 puntos y 3) puntajes de riesgo de depresión, de 19 a 54 puntos.

De acuerdo con los resultados obtenidos, los ítems presentes con mayor intensidad son: a) Autoimagen física negativa, b) Autoimagen negativa en comparación con los pares, c) Indecisión, d) Disminución de la motivación en tareas escolares.

### ***1.3.2 Análisis de fiabilidad del test de depresión de Kovacs.***

Con el análisis de fiabilidad se obtuvo un Alfa de Cronbach de .824, esto significa que el Test de depresión de Kovacs posee buen grado de confiabilidad.

## **2. Análisis relacional de las Variables Imagen Corporal, Autoconcepto y Depresión**

En este apartado, se presentan las relaciones estadísticas encontradas entre las variables autoconcepto e imagen corporal, depresión e imagen corporal, autoconcepto y depresión.

En primer lugar, se describen los niveles de autoconcepto (dimensional y global) y las categorías descritas por los sujetos sobre su imagen corporal. En segundo lugar, se exponen las relaciones de los puntajes de depresión y las variables de la imagen corporal. Finalmente, se presentan las relaciones entre el autoconcepto y la depresión.

Se utilizó el estadístico Chi cuadrado para identificar la existencia de relación (asociación) estadística entre las variables. Si la significación obtenida es menor que 0,05, se rechaza la hipótesis nula, que afirma la independencia de variables y se acepta la hipótesis alterna, que plantea que la dependencia entre las variables es significativa. En cambio, si se obtienen puntajes mayores a 0,05, se mantiene la hipótesis de independencia estadística de las variables.

Debido a que no se cumplen todos los requisitos de la prueba Chi Cuadrada (presenta un número alto de frecuencias esperadas menores de 5), se utilizó la Prueba Exacta IMB SPSS Exact Tests, para establecer el valor de la significancia exacta para Chi cuadrado. Este test proporciona más de 30 pruebas exactas, que abarcan un amplio espectro de datos no paramétricos y categóricos para conjuntos de datos grandes o pequeños, así como datos de muestras menores.

**2.1 Relaciones autoconcepto-imagen corporal.**

**2.1.1 Autoconcepto global-imagen corporal.**

Se encontraron relaciones estadísticas entre: Autoconcepto global y la secuela de quemadura como *rasgo negativo de apariencia* (categoría de la subdimensión *significados sobre la secuela de quemadura*); y Autoconcepto global y Bienestar/malestar con la apariencia física (categoría de la subdimensión *satisfacción con la apariencia física*)

**2.1.1.1 Autoconcepto global- Rasgo negativo de apariencia.**

A continuación se presentan las relaciones entre el Autoconcepto Global y la percepción de la secuela de quemadura *como rasgo negativo de apariencia*.

**Tabla de contingencia 4.1. Autoconcepto global-rasgo negativo de apariencia**

Autoconcepto Global	Rasgo negativo de apariencia					
	Ausencia	%	Presencia	%	Total	%
Nivel bajo	0	0	2	12,5	2	12,5
Nivel medio	8	50	2	12,5	10	62,5
Nivel alto	4	25	0	0	4	25
Total	12	75	4	25	16	100

\* Chi cuadrada significancia exacta =0.033; V de Cramer=0,683

En la tabla 4.1, se observa que el 50% de los sujetos de la muestra obtuvo un nivel medio de autoconcepto global y no expresó el significado de la secuela de quemadura como rasgo negativo de apariencia. De igual forma, el 25% presentó un nivel alto de autoconcepto global sin manifestar la percepción del rasgo negativo. Por otro lado, se distingue que ésta categoría se hizo presente en un 12%, en los sujetos que se ubicaron en un nivel bajo de autoconcepto global y en el otro 12 % restante, en los sujetos con un nivel medio de autoconcepto global.

El nivel de significancia obtenido a través de la prueba exacta Chi cuadrada es de 0.033, lo que confirma la hipótesis de dependencia entre las variables. De acuerdo con el estadístico V de Cramer (0,683), ambas variables tienen un grado de relación moderadamente significativo.



2.1.1.2 Autoconcepto global - bienestar/malestar con la apariencia física (Imagen corporal-Satisfacción con la apariencia física).

A continuación se describen las relaciones entre las variables Autoconcepto Global y Bienestar/malestar con la apariencia física.

**Tabla de contingencia 4.2. Autoconcepto global-bienestar con la apariencia física.**

Autoconcepto Global	Bienestar/ malestar con la apariencia física						Tota	
	Frecuentemente siente malestar	%	Neutral	%	Frecuentemente siente bienestar	%	l	%
Nivel bajo	2	12,5	0	0	0	0	2	12,5
Nivel medio	2	12,5	1	6,25	7	43,75	10	62,5
Nivel alto	0	0	3	18,75	1	6,25	4	25
Total	4	25	4	25	8	50	16	100

\*Chi cuadrada significancia exacta= 0,006; Coeficiente V de Cramer= 0,645

Como se observa en la tabla 4.2, aproximadamente el 44% de los sujetos obtuvo un nivel medio de autoconcepto global y reportó sentir frecuentemente bienestar con su apariencia física. Pese a ello, una minoría de los sujetos con este nivel de autoconcepto, es decir, el 12% de los sujetos de la muestra, manifestó sentir frecuentemente malestar con su apariencia física, mientras que uno sólo expresó sentirse “más o menos bien o mal” con esta. Por otro lado, se distingue que el 12% de los sujetos obtuvo un nivel bajo de autoconcepto global a la vez que manifestó sentir frecuentemente malestar con su apariencia física. En cambio, un 19% de los sujetos se ubico en niveles altos de autoconcepto global y expresó respuestas neutrales sobre su apariencia física, mientras que un solo sujeto con autoconcepto global alto siente frecuentemente bienestar con su apariencia.

El nivel de significancia obtenido es de 0,006, lo que indica la relación entre las variables. De igual manera, a partir del coeficiente V de Cramer (0,645), se establece que la relación entre las variables es moderadamente significativa.

**2.2 Relaciones autoconcepto académico- imagen corporal.**

Se encontraron relaciones estadísticas entre Autoconcepto académico-Sentimientos de tristeza asociados a la Apariencia física.

**2.2.1 Autoconcepto académico-Sentimientos de tristeza asociados a la apariencia física (Imagen Corporal-Satisfacción con la apariencia física).**

A continuación se describen las relaciones entre las variables mencionadas.

**Tabla de contingencia 4.3 Autoconcepto académico- sentimientos de tristeza asociados a la apariencia física.**

Autoconcepto académico	Sentimientos de tristeza asociados a la apariencia física						Total	%
	Presente regularmente	%	Presente ocasionalmente	%	Presente anteriormente	%		
Nivel bajo	0	0	1	7,14	0	0	1	7,14
Nivel medio	4	28,56	7	50	0	0	11	78,56
Nivel alto	0	0	0	0	2	14,3	2	14,3
Total	4	28,56	8	57,14	2	14,3	14	100

\*Chi cuadrada significación exacta=0,011; V de Cramer=0,723

Como se observa en la tabla 4.3, aproximadamente el 79% de los sujetos se ubica en un nivel medio de autoconcepto académico y presenta ocasional y regularmente sentimientos de tristeza asociados a su apariencia física. Por otro lado, los sujetos con un nivel alto de autoconcepto académico no reportan este tipo sentimientos en el momento de la entrevista, únicamente el 14% de los sujetos de la muestra se ubica en un nivel alto de autoconcepto académico y expresa haber manifestado sentimientos de tristeza a partir de su apariencia física con anterioridad. En cambio, un solo adolescentes se encuentra en un nivel bajo de autoconcepto académico y reporta a la vez, sentimientos de tristeza sobre su apariencia física.

Se identificó un nivel de significancia exacta de Chi cuadrada de 0,011, lo que indica que hay relación entre las variables. De la misma forma, a partir del coeficiente V de Cramer (0,723), se establece que hay una relación moderadamente significativa.

**2.3 Relaciones autoconcepto social - imagen corporal.**

Se observaron relaciones estadísticas entre Autoconcepto social y Bienestar/malestar con la apariencia física (Subdimensión de Satisfacción con la apariencia); Autoconcepto Social y malestar/inconformidad con algún aspecto de la apariencia física (Subdimensión de Satisfacción con la apariencia); entre Autoconcepto social y Sentimientos de tristeza asociados a la apariencia física (Subdimensión de Satisfacción con la apariencia).

**2.3.1 Autoconcepto social- bienestar/malestar con la apariencia física.**

A continuación se expone dicha relación.

**Tabla de contingencia 4.4 Autoconcepto social-bienestar con la apariencia física.**

Autoconcepto social	Bienestar/ malestar con la apariencia física							
	Frecuentemente siente malestar	%	Neutral	%	Frecuentemente siente bienestar	%	Total	%
Nivel bajo	2	12,5	0	0	0	0	2	12,5
Nivel medio	2	12,5	2	12,5	7	43,75	11	68,75
Nivel alto	0	0	2	12,5	1	6,25	3	18,75
Total	4	25	4	25	8	50	16	100

\* Chi cuadrada significación exacta=0,049; V de Cramer 0,554

En la tabla 4.4, se muestra que aproximadamente 44% de los sujetos se ubican en un nivel medio de autoconcepto social y sienten frecuentemente bienestar con su apariencia física. Por otro lado, el 12,5% presenta un nivel medio de autoconcepto social y sentimientos frecuentes de malestar con su apariencia física, mientras que un 12% de los sujetos manifiesta un nivel medio de autoconcepto social y reporta sentirse “más o menos bien”, “más o menos mal” con su aspecto físico. Igualmente, se distingue que un 12,5% de los adolescentes expresa un nivel alto de autoconcepto social a la vez que cierta neutralidad con su apariencia física. Un solo adolescente con un nivel alto de autoconcepto social manifiesta sentir frecuentemente bienestar con su apariencia física. En cambio, el 12% de los sujetos se ubica en un nivel bajo de autoconcepto social y expresa sentimientos de malestar con su apariencia física.

Se observa que el nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,049, es decir, se ubica en el límite de la posibilidad de relación estadística. De la misma forma, se obtuvo un

coeficiente V de Cramer de 0,554, que indica que la fuerza de la relación es moderadamente significativa.

**2.3.2 Autoconcepto social-malestar con algún aspecto de la apariencia (imagen corporal-Satisfacción con la apariencia física).**

A continuación se presenta la relación entre dichas variables.

**Tabla de contingencia 4.5 Autoconcepto social-malestar con algún aspecto de la apariencia física.**

Autoconcepto social	Malestar con algún aspecto de su apariencia					
	Ausente	%	Presente	%	Total	%
Nivel bajo	0	0	2	12,5	2	12,5
Nivel medio	2	12,5	9	56,25	11	68,75
Nivel alto	3	18,75	0	0	3	18,75
Total	5	31,25	11	68,75	16	100

\* Chi cuadrada significación exacta= 0,025; V de Cramer= 0,724

Como se observa en la tabla de contingencia 4.5, el 56% de los adolescentes manifiesta un nivel medio de autoconcepto social y reporta sentir malestar con algún aspecto de su apariencia física. De manera similar, un 12,5% de los sujetos presenta un nivel bajo de autoconcepto social, a la vez que sentimientos de malestar con su apariencia física. En cambio, aproximadamente el 19% de los sujetos se ubica en un nivel alto de autoconcepto social y no manifiesta el malestar descrito.

El nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,025, lo que señala la dependencia entre las variables. Por otro lado, el coeficiente V de Cramer (0,724) indica que la fuerza de la relación es moderadamente significativa.

**2.1.3.3 Autoconcepto social-sentimientos de tristeza asociados a la apariencia física.**

A continuación se describe la relación entre dichas variables.

**Tabla de contingencia 4.6 Autoconcepto social- sentimientos de tristeza asociados a la apariencia física.**

Autoconcepto Social	Sentimientos de tristeza asociados a la apariencia física						Total	%
	Presente regularmente	%	Presente ocasionalmente	%	Presente anteriormente	%		
Nivel bajo	1	7,142	1	7,14	0	0	2	14,282
Nivel medio	2	14,286	7	50	0	0	9	64,286
Nivel alto	1	7,142	0	0	2	14,29	3	21,432
Total	4	28,57	8	57,14	2	14,29	14	100

\* Chi cuadrada significación exacta=0,048; V de Cramer=0,604

En la tabla 4.6, se observa que el 50% de los adolescentes presenta un nivel medio de autoconcepto social y manifiesta sentimientos de tristeza asociados a su apariencia física de forma ocasional, mientras que un 14% se sitúa en este mismo nivel de autoconcepto social y reporta este tipo de sentimientos de forma regular. Por otro lado, un 14% de los sujetos se ubica en un nivel bajo de autoconcepto social y expresa sentimientos de tristeza asociados a su apariencia física de forma regular y ocasional. Solo un sujeto con un nivel alto de autoconcepto social expresó que estos sentimientos se presentan regularmente, mientras el 14% restante manifiesta que estos se presentaron con anterioridad.

Se observa que el nivel de significancia exacta de Chi Cuadrado es de 0,048, lo que señala la dependencia entre las variables. Por otro lado, el coeficiente V de Cramer (0,604) indica que la fuerza de la relación es moderadamente significativa.

**2.1.4 Relaciones autoconcepto emocional - imagen corporal.**

Se identificaron relaciones estadísticas entre Autoconcepto emocional y Obstáculo a superar (Significado sobre la secuela de quemadura).

**2.1.4.1 Autoconcepto emocional-Obstáculo a superar (Evaluación de la apariencia física-significados sobre la secuela de quemadura).**

A continuación se describen las relaciones entre las variables mencionadas.

**Tabla de contingencia 4.7 Autoconcepto emocional-Obstáculo a superar.**

Autoconcepto emocional	Obstáculo a superar					
	Ausencia	%	Presencia	%	Total	%
Nivel bajo	2	12,5	0	0	2	12,5
Nivel medio	8	50	2	12,5	10	62,5
Nivel alto	0	0	4	25	4	25
Total	10	62,5	6	37,5	16	100

\* Chi cuadrada significación exacta=0,008; V de Cramer=0,757

Como se observa en la tabla 4.7, 50% de los adolescentes presentan un nivel medio de autoconcepto emocional a la vez que no perciben la secuela de quemadura como un obstáculo a superar. De igual forma, el 12% de los adolescentes que se ubica en un nivel bajo de autoconcepto emocional no manifiesta este significado. En cambio, un 25% de los adolescentes reportó un nivel alto de autoconcepto emocional asociado al significado de la percepción de la secuela de quemadura como un obstáculo a superar. De manera similar, el 12% restante, que se situó en el nivel medio de autoconcepto emocional, expreso este significado.

El nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,008, lo que indica la dependencia entre las variables. Por otro lado, el coeficiente V de Cramer (0,757) muestra que la fuerza de la relación es moderadamente significativa.

**2.1.5 Relaciones autoconcepto familiar-imagen corporal.**

Se encontraron relaciones entre: Autoconcepto familiar-Percepción de la secuela de quemadura como Rasgo negativo de apariencia para pares de sexo opuesto (Subdimensión de Evaluación de la apariencia física-Significados sobre la secuela de quemadura); Autoconcepto familiar-Aceptación de la secuela de quemadura (Subdimensión de Satisfacción con la apariencia); Autoconcepto familiar-Percepción de rechazo de los pares de sexo opuesto por la

apariciencia física (Subdimensión de Percepción de la valoración social); Autoconcepto Familiar-Respuestas de compasión/lástima (Subdimensión de Percepción de la valoración social).

2.1.5.1 *Autoconcepto familiar-Rasgo negativo de apariencia para pares de sexo opuesto.*

A continuación se presenta la relación entre las variables mencionadas.

**Tabla de contingencia 4.8 Autoconcepto familiar-rasgo negativo de apariencia para pares de sexo opuesto**

Autoconcepto familiar	Rasgo negativo de apariencia para pares de sexo opuesto					
	Ausencia	%	Presencia	%	Total	%
Nivel bajo	1	6,25	2	12,5	3	18,75
Nivel medio	11	68,75	0	0	11	68,75
Nivel alto	2	12,5	0	0	2	12,5
Total	14	87,5	2	12,5	16	100

\*Chi cuadrado significancia exacta=0,033; V de Cramer =0,787

Como se observa en la tabla 4.8, aproximadamente un 69% de los adolescentes se situó en un nivel medio de autoconcepto familiar medio y no reportó la percepción de la secuela de quemadura como un rasgo negativo de apariencia para los pares de sexo opuesto. De igual forma, el 12% de los sujetos que obtuvo un nivel alto de autoconcepto familiar, no expresó este significado. Por otro lado, un 12 % de los adolescentes de la muestra obtuvo un nivel bajo de autoconcepto familiar a la vez que expresaron el significado de la secuela de quemadura como un obstáculo a superar.

El nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,033, lo que indica la dependencia entre las variables. Por otro lado, el coeficiente V de Cramer (0,787) muestra que la fuerza de la relación es moderadamente significativa.

2.1.5.2 *Autoconcepto familiar-aceptación de la secuela de quemadura.*

A continuación se expone la relación entre las variables mencionadas.

**Tabla de contingencia 4.9 Autoconcepto familiar y la aceptación de la secuela de quemadura.**

Autoconcepto familiar	Aceptación de la secuela de quemadura								Total	%
	Rechazo	%	Poca aceptación	%	En proceso de aceptación	%	Aceptación racional	%		
Nivel bajo	2	12,5	0	0	1	6,25	0	0	3	18,75
Nivel medio	0	0	9	56,25	1	6,25	1	6,25	11	68,75
Nivel alto	0	0	1	6,25	1	6,25	0	0	2	12,5
Total	2	12,5	10	62,5	3	18,75	1	6,25	16	100

\*Chi cuadrada significancia exacta= 0,033; V de Cramer: 0,653

Como se observa en la tabla 4.9, el 56% de los adolescentes se ubico en un nivel medio de autoconcepto familiar y manifestó poca aceptación de la secuela de quemadura. Igualmente, otro 12% de los adolescentes presentó un nivel medio de autoconcepto familiar, de ellos, él 6% (un adolescente) se encontró en proceso de aceptación de la secuela de quemadura, mientras que el otro 6% expresó la aceptación racional de la permanencia de la secuela de quemadura en el cuerpo. Por otro lado, el 18% de los sujetos manifestó un nivel bajo de autoconcepto familiar, 12% expresó rechazo hacia las secuelas de quemadura en el cuerpo, y el 6% se situó en un momento inicial de aceptación de las secuelas de quemadura. En cuanto al 12 % restante, estos adolescentes obtuvieron un nivel alto de autoconcepto familiar, el 6% expresó paradójicamente, poca aceptación de las secuelas de quemadura en el cuerpo, mientras que el otro 6%, expreso un tipo de aceptación inicial de las secuelas.

El nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,033, lo que indica la dependencia entre las variables. Por otro lado, el coeficiente V de Cramer (0,653) muestra que la fuerza de la relación es moderadamente significativa.

*2.1.5.3 Autoconcepto familiar-percepción de rechazo de los pares del sexo opuesto a partir de la apariencia física.*

A continuación se presenta la relación mencionada.



**Tabla de contingencia 4.10 Autoconcepto familiar-percepción de rechazo de pares del sexo opuesto**

Autoconcepto familiar	Percepción de rechazo de pares de sexo opuesto					
	Ausente	%	Presente	%	Total	%
Nivel bajo	1	6,25	2	12,5	3	18,75
Nivel medio	11	68,75	0	0	11	68,75
Nivel alto	2	12,5	0	0	2	12,5
Total	14	87,5	2	12,5	16	100

\* Chi cuadrado significancia exacta=0,033; V de Cramer 0,787

Como se observa en la tabla 4.10, el 68% de los adolescentes reportó un nivel medio de autoconcepto familiar y el 12% un nivel alto, en ambos casos, no se expresó la percepción de ser rechazados por sus pares del sexo opuesto a partir de su apariencia física. En cambio, un 12% de los sujetos se situó en el nivel bajo de autoconcepto familiar y expresó este tipo de percepción.

El nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,033, lo que muestra la dependencia entre las variables. Por otro lado, el coeficiente V de Cramer (0,787) indica que la fuerza de la relación es moderadamente significativa.

*2.1.5.4 Autoconcepto familiar-compasión/lástima (Sub-dimensión de percepción de la valoración social).*

A continuación se expone la relación entre las variables mencionadas.

**Tabla de contingencia 4.11 Autoconcepto familiar-respuestas de compasión/lástima.**

Autoconcepto familiar	Compasión/lástima					
	Ausente	%	Presente	%	Total	%
Nivel bajo	1	6,25	2	12,5	3	18,75
Nivel medio	11	68,75	0	0	11	68,75
Nivel alto	2	12,5	0	0	2	12,5
Total	14	87,5	2	12,5	16	100

\* Chi cuadrado significancia exacta=0,033; V de Cramer 0,787

Como se observa en la tabla 4.11, el 68% de los sujetos presentó niveles de autoconcepto familiar bajos, mientras que el 12%, niveles altos, en ninguno de los dos grupos se identificó la percepción de compasión/lástima en la valoración social. En cambio, ésta se hizo presente en un 12% de los sujetos, los mismos que también reportaron un nivel bajo de autoconcepto familiar.

Por otro lado, el nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,033, lo que indica la dependencia entre las variables. Asimismo, el coeficiente V de Cramer (0,787) muestra que la fuerza de la relación es altamente significativa.

**2.1.6 Relaciones autoconcepto físico- imagen corporal.**

Se encontraron relaciones estadísticas entre: Autoconcepto físico-Sentimientos de malestar con alguna área de la apariencia física; Autoconcepto físico-Relevancia que se otorga a la apariencia física y a los aspectos subjetivos. De forma similar, se identificaron relaciones entre: Percepción del atractivo físico-Relevancia que se otorga a la apariencia física y a los aspectos subjetivos.

*2.1.6.1 Autoconcepto físico-Malestar con alguna área de la apariencia física propia.*

A continuación se presenta la relación entre las variables mencionadas.

**Tabla de contingencia 4.12 Autoconcepto físico- malestar con algún aspecto de su apariencia física.**

Autoconcepto físico	Malestar con algún aspecto de su apariencia					
	Ausente	%	Presente	%	Total	%
Nivel bajo	0	0	2	12,5	2	12,5
Nivel medio	2	12,5	9	56,25	11	68,75
Nivel alto	3	18,75	0	0	3	18,75
Total	5	31,25	11	68,75	16	100

\* Chi cuadrado significancia exacta = 0,025; V de Cramer=0,724

En la tabla 4.12, se observa que la mayoría de los adolescentes, es decir, el 56% con un nivel medio de autoconcepto físico y el 12% con un nivel bajo, manifestaron malestar con su apariencia por la presencia de las secuelas de quemadura en el cuerpo. Mientras que un 18%, obtuvieron un nivel alto de autoconcepto físico y no reportaron dicho malestar e insatisfacción. Éste tampoco se hizo presente en un 12% de los sujetos que presentaban un nivel medio de autoconcepto físico.

Se observa que el nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,025, lo que indica la dependencia entre las variables. Por otro lado, el coeficiente V de Cramer (0,724) muestra que la fuerza de la relación es moderadamente significativa.

#### *2.1.6.2 Autoconcepto Físico-Relevancia que se otorga a la Apariencia Física propia.*

En la siguiente tabla de contingencia, se presenta la relación entre las variables mencionadas.

**Tabla de contingencia 4.13. autoconcepto físico-relevancia que se otorga a la apariencia física.**

Autoconcepto físico	Relevancia que otorga a la apariencia física y a los aspectos subjetivos													
	Resta relevancia a la apariencia física y otorga relevancia a los aspectos subjetivos	%	Otorga el mismo valor a la apariencia física y a los aspectos subjetivos	%	Resta relevancia a la apariencia física	%	Resta relevancia a la apariencia física, otorga relevancia a su vestimenta	%	Resta relevancia a su apariencia física y otorga relevancia a su familia	%	Destaca la relevancia a la apariencia física	%	Total	%
Nivel bajo	0	0	1	7,14	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7,14
Nivel medio	6	42,87	0	0	3	21,43	0	0	0	0	1	7,14	10	71,44
Nivel alto	1	7,14	0	0	0	0	1	7,14	1	7,14	0	0	3	21,42
Total	7	50,1	1	7,14	3	21,43	1	7,14	1	7,14	1	7,14	14	100

\*Chi Cuadrada significación exacta=0,041; V de Cramer 0,902

Como se observa en la tabla 4.13, aproximadamente el 43% de los sujetos con un nivel medio de autoconcepto físico restan relevancia a su apariencia física y otorgan mayor valor afectivo a los aspectos subjetivos, como opiniones, sentimientos y valores, mientras que el 21% solamente le resta relevancia a su apariencia física. Por otro lado, el único sujeto con un nivel de autoconcepto físico bajo atribuye similar valor tanto a la apariencia física como a los aspectos subjetivos. Por su parte, el 21% de los adolescentes con un nivel de autoconcepto físico alto restan relevancia a la apariencia física y otorgan mayor valor afectivo a otros aspectos, como los componentes subjetivos (7,14%), la vestimenta y el aseo personal (7,14%), la familia (7,14%), entre otros.

El nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,041, lo que indica la dependencia entre las variables. Asimismo, el coeficiente V de Cramer (0,902) muestra que la fuerza de la relación es altamente significativa.

Cabe mencionar que se obtuvo un resultado similar en la relación entre la percepción del atractivo físico y la relevancia que se otorga a la apariencia física y a los aspectos subjetivos. Esta presentó un nivel de significancia exacta de Chi cuadrada de 0,011. La diferencia es que

solamente dos sujetos con un nivel alto en la percepción del atractivo físico restan relevancia a la apariencia física propia y destacan la vestimenta, y aspectos sociales, como la familia.

**2.2 Depresión-imagen corporal.**

En este apartado, se describen las relaciones estadísticas identificadas entre la depresión y las dimensiones y sub-dimensiones de la imagen corporal.

Se muestran las relaciones entre: Depresión-Rasgo negativo de apariencia (Sub-dimensión evaluación de la apariencia física-Significados sobre la secuela de quemadura); Depresión-bienestar/malestar con la apariencia física (Sub-dimensión de Satisfacción con la apariencia); Depresión-Percepción de reacciones de asco (Sub-dimensión de Percepción de la valoración social); Depresión-Percepción de reacciones gestuales de admiración (Sub-dimensión de Percepción de la valoración social); Depresión-Percepción de rechazo social (Sub-dimensión de Percepción de la valoración social); Depresión-Preocupación sobre la valoración social negativa (Sub-dimensión Percepción de la valoración social).

**2.2.1 Depresión-rasgo negativo de apariencia.**

A continuación se presenta la relación entre las variables mencionadas.

**Tabla de contingencia 4.14 Depresión y rasgo negativo de apariencia física.**

Depresión	Rasgo negativo de apariencia					
	Ausencia	%	Presencia	%	Total	%
Puntajes no críticos de depresión	11	64,8	1	5,9	12	70,7
Puntajes con probabilidad de riesgo	2	11,7	1	5,9	3	17,6
Puntajes críticos, de riesgo de depresión	0	0	2	11,7	2	11,7
Total	13	76,5	4	23,5	17	100

\*Chi cuadrada significación exacta=0,022; V de Cramer=0,695

En la tabla 4.14, se observa que el 65% de los adolescentes obtuvieron puntajes no críticos de depresión, a la vez que no representan la secuela de quemadura como un rasgo negativo de apariencia. De manera similar, el 17% manifestó puntajes con probabilidad de riesgo de depresión, de ellos, solamente uno percibe la secuela de quemadura como un rasgo negativo. Por otro lado, el 11% de los sujetos obtuvo puntajes críticos de depresión y representa la secuela de quemadura como un rasgo negativo de apariencia.

El nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,022, lo que indica la dependencia entre las variables. Por otro lado, el coeficiente V de Cramer (0,695) muestra que la fuerza de la relación es moderadamente significativa.

**2.2.2 Depresión -bienestar/malestar con su apariencia física.**

En la siguiente tabla se expone la relación entre las variables mencionadas.

**Tabla de contingencia 4.15 Depresión-bienestar/malestar con su apariencia física**

Depresión	Bienestar/ malestar con su apariencia física						Total	%
	Frecuentemente siente malestar	%	Neutral	%	Frecuentemente siente bienestar	%		
Puntajes no críticos	1	6	4	23,5	7	41,1	12	70,6
Puntajes con probabilidad de riesgo	2	11,7	0	0	1	6	3	17,7
Puntajes críticos, de riesgo de depresión	2	11,7	0	0	0	0	2	11,7
Total	5	29,4	4	23,5	8	47,1	17	100

\*Chi cuadrada significación exacta=0,033; V de Cramer = 0,533

Se observa que el 70% de los sujetos obtuvo puntajes no críticos de depresión. De ellos, el 41% reporta sentir frecuentemente bienestar con su apariencia física, el 23% expresa respuestas neutrales, mientras que el 6% indica que frecuentemente siente malestar al respecto. Por otro lado, el 17% de los sujetos alcanzo puntajes con probabilidad de riesgo de depresión, el 11% señaló que con frecuencia sienten malestar con su apariencia física, y el 6% indicó, aparentemente de manera contradictoria, que experimenta bienestar con su apariencia física.

Finalmente, el 17% restante de los adolescentes obtuvo puntajes críticos de depresión a la vez que reportan malestar frecuente con su apariencia física.

El nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,033, lo que indica la dependencia entre las variables. Por otro lado, el coeficiente V de Cramer (0,533) muestra que la fuerza de la relación es moderadamente significativa.

**2.2.3. Depresión–percepción de reacciones de asco en la valoración social.**

A continuación se presentan las relaciones entre los puntajes de depresión y algunas reacciones gestuales y verbales percibidas en la valoración social, como las reacciones de asco, de admiración, de rechazo social, a partir de la apariencia física propia.

**Tabla de contingencia 4.16 Depresión-reacción de asco**

Depresión	Reacción de asco (gestual, y/o verbal)					
	Ausente	%	Presente	%	Total	%
Puntajes no críticos de depresión	12	70,6	0	0	12	70,6
Puntajes con probabilidad de riesgo	1	5,9	2	11,7	3	17,6
Puntajes críticos, de riesgo de depresión	1	5,9	1	5,9	2	11,8
Total	14	82,4	3	17,6	17	100

\*Chi cuadrada significancia exacta=0,032; V de Cramer=0,726

En la tabla 4.16, se observa que el 70% de los sujetos obtuvieron puntajes no críticos de depresión a la vez que no perciben reacciones de asco en la valoración social. En cambio, del 17% de los adolescentes que alcanzaron puntajes con probabilidad de riesgo de depresión, el 11% manifestó percibir este tipo de reacciones. Por otro lado, el 12% de los sujetos obtuvo puntajes críticos de depresión y solamente el 6% percibió estas respuestas.

El nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,032, lo que muestra la dependencia entre las variables. Asimismo, el coeficiente V de Cramer (0,726) indica que la fuerza de la relación fue moderadamente significativa.

**2.2.4 Depresión –admiración/sorpresa**

A continuación se presenta la relación entre depresión y reacciones de admiración.

**Tabla de contingencia 4.17 Depresión y reacciones de admiración.**

Depresión	Admiración					
	Ausente	%	Presente	%	Total	%
Puntajes no críticos de depresión	12	70,6	0	0	12	70,6
Puntajes con probabilidad de riesgo	1	5,9	2	11,7	3	17,6
Puntajes críticos, de riesgo de depresión	1	5,9	1	5,9	2	11,8
Total	14	82,4	3	17,6	17	100

\*Chi cuadrado significancia exacta= 0,032; V de Cramer ,726

En la tabla 4.17, se observa que el 70% de los adolescentes obtuvieron puntajes no críticos de depresión y no perciben reacciones de admiración por su apariencia física. Por otro lado, el 17% alcanzó puntajes con probabilidad de riesgo, de ellos, solamente el 11% describió esta percepción. De igual forma, solamente el 6% de los sujetos presentó un puntaje crítico de depresión a la vez que percibe esta respuesta en la interacción social, mientras que el otro 6% con este mismo puntaje no reporta tal reacción.

El nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,032, lo que muestra la dependencia entre las variables. Por otro lado, el coeficiente V de Cramer (0,726) indica que la fuerza de la relación es moderadamente significativa.

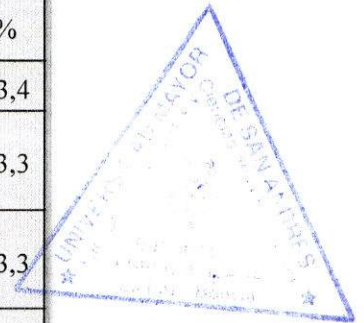
**2.2.5 Depresión y percepción de rechazo a partir de la apariencia física**

A continuación se presenta la relación entre las variables mencionadas.



**Tabla de contingencia 4.18 Depresión y percepción de rechazo.**

Depresión	Rechazo				Total	%
	Ausente	%	Presente	%		
Puntajes no críticos	9	60,1	2	13,3	11	73,4
Puntajes con probabilidad de riesgo	0	0	2	13,3	2	13,3
Puntajes críticos, de riesgo de depresión	0	0	2	13,3	2	13,3
Total	9	60,1	6	39,9	15	100



\*Chi cuadrada significancia exacta=0,011; V de Cramer=0,739

Se puede observar que el 73% de los sujetos obtuvieron puntajes no críticos de depresión, de ellos, únicamente el 13% manifestaron que perciben un rechazo social por su apariencia física. Mientras que el 13% de adolescentes que alcanzaron puntajes con probabilidad de riesgo y el 13% con puntajes críticos de depresión perciben este tipo de rechazo.

El nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,011, lo que indica la dependencia entre las variables. Por otro lado, el coeficiente V de Cramer (0,739) muestra que la fuerza de la relación es moderadamente significativa.

**2.2.6. Depresión-preocupación por la valoración social negativa.**

En la siguiente tabla de contingencia se presenta la relación entre las variables mencionadas.

**Tabla de contingencia 4.19 Depresión-preocupación sobre la valoración negativa.**

Depresión	Preocupación sobre la valoración negativa						Total	%
	Presente muy frecuentemente	%	Presente regularmente	%	Presente ocasionalmente	%		
Puntajes no críticos	2	16,7	0	0	8	66,7	10	83,4
Puntajes con probabilidad de riesgo	0	0	1	8,3	0	0	1	8,3
Puntajes críticos, de riesgo de depresión	1	8,3	0	0	0	0	1	8,3
Total	3	25	1	8,3	8	66,7	12	100

\*Chi cuadrada significancia exacta= 0,045; V de Cramer =0,796

Del 83% de los adolescentes que obtuvieron puntajes no críticos de depresión, el 66% manifestó que ocasionalmente siente preocupación sobre la posibilidad de recibir algún tipo de valoración social negativa, mientras que el 16% indicó tener esta preocupación muy frecuentemente. Por otro lado, el 8% que alcanzó un puntaje con probabilidad de riesgo de depresión señaló que regularmente se preocupa por la valoración social negativa, y el restante 8% con puntaje crítico de depresión refirió que se preocupa por este tipo de valoración muy frecuentemente.

El nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,045, lo que indica la dependencia entre las variables. Asimismo, el coeficiente V de Cramer (0,796) muestra que la fuerza de la relación es moderadamente significativa.

**2.3 Autoconcepto- Depresión.**

A continuación se describen las relaciones estadísticas entre Autoconcepto global y Depresión, Autoconcepto social y Depresión, Autoconcepto físico y Depresión, Percepción de atractivo físico y Depresión.

**2.3.1 Autoconcepto global y depresión.**

En la siguiente tabla, se presenta la relación entre las variables mencionadas.

**Tabla de contingencia 4.20 Autoconcepto global y depresión.**

Autoconcepto global	Depresión						Total	%
	Puntajes no críticos	%	Probabilidad de riesgo	%	Riesgo de depresión	%		
Nivel bajo	0	0	1	5,6	2	11,1	3	16,7
Nivel medio	7	38,9	2	11,1	1	5,6	10	55,6
Nivel alto	5	27,7	0	0	0	0	5	27,7
Total	12	66,6	3	16,7	3	16,7	18	100

\*Chi Cuadrada significancia exacta=0,047; V de Cramer= 0,740; Tau c= - 0,500

Aproximadamente el 39% de los sujetos con un nivel medio de autoconcepto global obtuvo puntajes no críticos de depresión, el 11% alcanzó puntajes con probabilidad de riesgo y el 5% puntajes de riesgo. Por otro lado, 16% de los sujetos con un nivel bajo de autoconcepto global alcanzaron puntajes de riesgo (11%) y probabilidad de riesgo (5%) de depresión. En cambio, el 27% de los adolescentes obtuvo un nivel alto de autoconcepto global y no presentaron puntajes críticos o con probabilidad de riesgo de depresión.

El nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,047, lo que indica la dependencia entre las variables. Asimismo, el coeficiente V de Cramer (0,740) muestra que la fuerza de la relación es moderadamente significativa. A través de los coeficientes Tau c (- 0,500) y Gamma (- 0.964) se establece que la relación entre dichas variables es negativa, es decir, a mayor nivel de autoconcepto global menores puntajes de riesgo de depresión, y viceversa, a menor nivel de autoconcepto global mayores puntajes con riesgo de depresión.

**2.3.2 Depresión-autoconcepto social.**

Se presenta la relación entre las variables mencionadas.

**Tabla de contingencia 4.21 Autoconcepto social y depresión**

Autoconcepto Social	Depresión						Total	%
	Puntajes no críticos	%	Probabilidad de riesgo	%	Riesgo de presión	%		
Nivel bajo	0	0	0	0	3	16,7	3	16,7
Nivel medio	9	49,9	3	16,7	0	0	12	66,6
Nivel alto	3	16,7	0	0	0	0	3	16,7
Total	12	66,6	3	16,7	3	16,7	18	100

\*Chi cuadrada significancia exacta =0,003; V de Cramer 0,729; Tau c de Kendall= - 0,500

Como se observa en la tabla 4.21, el 66% de los sujetos con un nivel medio de autoconcepto social y el 16% con un nivel alto de autoconcepto no obtuvieron puntajes de riesgo de depresión. Sin embargo, 16% de los adolescentes con un nivel medio de autoconcepto social alcanzaron puntajes con probabilidad de riesgo de depresión. Asimismo, 16% de los sujetos con un nivel bajo de autoconcepto social obtuvieron puntajes críticos de depresión.

El nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,003, lo que indica la dependencia entre las variables. Por otro lado, el coeficiente V de Cramer (0,729) muestra que la fuerza de la relación es moderadamente significativa. A través del coeficiente Tau c (- 0,500), se establece que la relación entre dichas variables es negativa, es decir, a mayor nivel de autoconcepto social menores puntajes de riesgo de depresión, y viceversa, a menor nivel de autoconcepto social mayores puntajes de riesgo de depresión.

**2.3.3 Depresión-autoconcepto físico.**

A continuación se presenta la relación entre las variables mencionadas.

**Tabla de contingencia 4.22 Autoconcepto físico- depresión.**

Autoconcepto físico	Depresión						Total	%
	Puntajes no crítico	%	Probabilidad de riesgo	%	Riesgo de depresión	%		
Nivel bajo	0	0	0	0	3	16,7	3	16,7
Nivel medio	8	44,4	3	16,7	0	0	11	61,1
Nivel alto	4	22,2	0	0	0	0	4	22,2
Total	12	66,6	3	16,7	3	16,7	18	100

\*Chi cuadrada significancia exacta= 0,001; V de Cramer=0,739; Tau c de Kendall= -0,528

En la tabla 4.23, se observa que del 61% de los sujetos que tienen niveles medios de autoconcepto físico, 44% obtuvieron puntajes no críticos depresión, y 16% alcanzaron puntajes con probabilidad de riesgo de depresión. Por otro lado, 22% de los sujetos se ubicó en un nivel alto de autoconcepto físico y no presentó puntajes críticos de depresión o puntajes con probabilidad de riesgo para la misma, mientras que los adolescentes con niveles bajos de autoconcepto físico, es decir, el 16% de la muestra, manifestaron puntajes críticos de depresión.

El nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,001, lo que indica la dependencia entre las variables. Por otro lado, el coeficiente V de Cramer (0,739) muestra que la fuerza de la relación fue moderadamente significativa. A través del coeficiente Tau c (- 0,528), se establece que la relación entre dichas variables es negativa. Es decir, a mayor nivel de autoconcepto físico menores puntajes de riesgo de depresión, y viceversa, a menor nivel de autoconcepto físico mayores puntajes de riesgo de depresión.

### 2.3.4 Depresión - nivel de atractivo físico.

A continuación se presenta la relación entre Depresión y Nivel de atractivo físico. Dicha relación considera dos criterios de los puntajes de depresión: puntajes críticos y no críticos de depresión.

**Tabla de contingencia 4.23 Percepción de atractivo físico y depresión.**

Percepción de atractivo físico	Depresión				Total	%
	Puntaje no crítico	%	Puntaje de riesgo	%		
Nivel bajo	0	0	2	11,1	2	11,1
Nivel medio	13	72,2	1	5,6	14	77,8
Nivel alto	2	11,1	0	0	2	11,1
Total	15	83,3	3	16,7	18	100

\*Chi cuadrada significancia exacta=0,039; V de Cramer= 0,793; Tau c= -0,395

Como se observa en la tabla 4.23, del 78% de los sujetos con niveles medios en la percepción de su atractivo físico, el 72% alcanzó puntajes no críticos de depresión y el 5% presentó un puntaje crítico. De la misma forma, el 11% de los sujetos se ubicó en un nivel alto en la percepción de su atractivo físico y no manifestó puntajes de riesgo de depresión. En cambio, los adolescentes con niveles bajos en la percepción de su atractivo físico, es decir el 11% de la muestra, manifestó puntajes críticos de depresión.

El nivel de significancia exacta de Chi Cuadrada es de 0,039, lo que indica la dependencia entre las variables. Asimismo, el coeficiente V de Cramer (0,793) muestra que la fuerza de la relación fue moderadamente significativa. A través del coeficiente Tau c de Kendall (- 0,500), se establece que la relación entre dichas variables es negativa. Es decir, a mayor nivel de percepción del atractivo físico, menores puntajes de riesgo de depresión, y viceversa, a menor nivel de percepción del atractivo físico, mayores puntajes de riesgo de depresión.

### 3. Análisis de Casos

A continuación se analizan elementos importantes de los casos estudiados, que permiten ilustrar la manera en que se manifiestan las variables Imagen Corporal, Autoconcepto y

Depresión, así como las relaciones entre ellas. Esto permitirá identificar la forma en que se presenta la imagen corporal, en puntajes críticos y no críticos de depresión, al igual que en los distintos niveles del autoconcepto. Para ello, se consideran los cuatro casos más llamativos.

### **3.1 Caso Aldo.**

Este caso fue elegido para el análisis porque presentó un nivel bajo de Autoconcepto Global y un puntaje con probabilidad de riesgo de depresión. En este contexto, se pensará la manifestación de la Imagen corporal en sus diferentes dimensiones.

Aldo tiene 14 años de edad, cursa el sexto de primaria, es de La Paz, vive con su padre y sus hermanas. Aldo sufrió un accidente de quemadura (quemadura con alcohol) a la edad de 7 años, cuando acompañaba a algunos de sus familiares que quemaban basura sintética. Producto de dicho accidente, actualmente presenta secuelas de quemadura en la rodilla, el rostro y las manos. Acude a la Fundación Pro Centro del Quemado para su rehabilitación, donde se sometió a 3 cirugías.

En cuanto a la imagen corporal, Aldo muestra una evaluación pesimista de esta, que incluye la consideración de su secuela de quemadura. Utiliza adjetivos como “feo” o “chistoso” para referirse a su apariencia física o a la región de su cuerpo que presenta la secuela de quemadura: “mi nariz parece de un payaso”.

Este atributo físico adquirido es interpretado por el adolescente de manera singular como un rasgo negativo de apariencia, principalmente para sus pares del sexo opuesto. Manifiesta un tipo de percepción de déficit de atractivo, por lo que se ve menos “simpático” en comparación con sus pares. De la misma forma, Aldo representa sus secuelas de quemadura como rasgos visibles para otras personas, lo que genera que evite la mirada en la parte del cuerpo afectada, a través de conductas de ocultamiento, como la utilización de vestimenta específica (chalinas, sombreros, guantes). En este caso, él percibe las secuelas de quemadura como motivos de burla en su entorno social, principalmente escolar.

Con respecto a la satisfacción con su apariencia, Aldo reporta sentirse poco atractivo, expresa disgusto con su apariencia. Describe las secuelas de quemadura como las partes de su cuerpo que le generan desagrado y malestar (“sentirse mal”) con su imagen corporal. Otro aspecto importante es que este adolescente experimenta cierto tipo de afecto depresivo, sentimientos de tristeza cuando se ve en el espejo o cuando piensa en su apariencia física. Estos factores en

diferente medida llevan a Aldo a desarrollar expectativas y anhelos de recuperación plena de su secuela de quemadura, así como a la no aceptación de éstas “quiero estar sano y (tener) un cuerpo normal”.

Estos aspectos se relacionan también, con los tipos de valoraciones percibidas en las personas de su entorno social a partir de su apariencia física, es decir, con los significados provenientes del contexto social y la manera en que se cree visto por los otros. Aldo observa un tipo de valoración social negativa, centrada en aspectos específicos de su apariencia física, en este caso, los lugares que abarca la secuela de quemadura. En la interacción cotidiana, percibe gestos y expresiones verbales, como, reacciones de susto, asco, admiración y sorpresa, burlas constantes provenientes de su medio escolar y familiar, y frecuentes miradas hacia su persona a partir de su secuela de quemadura, como lo expresa en el siguiente relato:

Al ver de mi cara todos se ríen, unos chiquitos se asustan y ¡ahh! dicen, se escapan en mi escuela (...) los del kínder, otros chiquitos más chiquitos y las chicas mas...cuando hey entrado al colegio después poquitos me dicen, unos cuantitos me dicen, las chicas nomas iuuucc.

Asimismo, Aldo percibe un rechazo de sus pares de sexo opuesto, quienes evitan la cercanía o proximidad física con él.

Ante ello, como se comentó previamente, Aldo desarrolla ciertas estrategias compensatorias, como la conducta de camuflaje, que consiste en cubrir la parte del cuerpo afectada por la secuela de quemadura, la corrección de la apariencia mediante tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas.

Por otro lado, Aldo tiene un nivel bajo de Autoconcepto global, y especialmente en las dimensiones autoconcepto académico y autoconcepto familiar. Mientras que el autoconcepto social, emocional y físico presentan niveles medios. Si bien este adolescente tiene un nivel medio de autoconcepto físico, algunas respuestas a los ítems de esta dimensión (Me cuido físicamente=40/100; Me considero elegante: 50/100; Me gusta como soy físicamente: 40/100; Soy una persona atractiva: 60/100), expresan un nivel entre bajo y medio. Esto es importante a la hora de precisar la forma en que se manifiestan las categorías de la imagen corporal, como la satisfacción con la apariencia, donde Aldo manifiesta expresiones de desagrado, disgusto y malestar con su apariencia física.

En lo que respecta a la depresión, Aldo presenta puntajes con probabilidad de riesgo y síntomas de relevancia como: la disminución del apetito y de la motivación para efectuar tareas escolares, la reducción del interés social, los sentimientos de culpa y la autoimagen física negativa. Este último aspecto coincidente con las respuestas de malestar y desagrado con su apariencia física, y con los puntajes bajos o medios correspondientes a la dimensión autoconcepto físico.

En síntesis, este caso muestra relaciones entre las dimensiones de la Imagen Corporal (la evaluación pesimista de su apariencia, la percepción de la secuela de quemadura como rasgo negativo de apariencia para sus pares del sexo opuesto, la insatisfacción y malestar con su apariencia a partir de las secuelas de quemadura, la percepción de la valoración social negativa) y el nivel bajo de autoconcepto global.

Se pueden establecer correlaciones entre la variable imagen corporal y la autoimagen física negativa de la variable depresión. A su vez, éstas parecen vincularse con el nivel bajo de autoconcepto global, y éste con el puntaje con probabilidad de riesgo de depresión.

En este contexto, Aldo utiliza distintas estrategias compensatorias, principalmente evitativas como el ocultamiento de las secuelas de quemadura, más que otras dirigidas al establecimiento de vínculos sociales, que no fueron identificadas.

### **3.2 Caso Lola**

Lola tiene 17 años de edad, es del departamento de La Paz y reside en la ciudad de El Alto con sus hermanos y su madre, mientras que su padre trabaja en una provincia del departamento de La Paz. Cursa el sexto de secundaria.

Lola sufrió un accidente de quemadura con aceite a la edad de tres años, en un festejo familiar. Cuando su madre cocinaba, utilizando un sartén con aceite, ella tropezó y cayó sobre éste. Desde ese momento comenzó su travesía por los tratamientos médicos relacionados con la rehabilitación de las secuelas de quemadura, acudiendo a la Fundación Pro Centro del Quemado, en el año 2005. Desde entonces, se sometió a seis cirugías. Producto de este accidente, presenta secuelas de quemadura en el rostro, en la región del mentón y cerca de la oreja derecha. Actualmente, sólo sigue un tratamiento con cremas cosméticas.

En cuanto a la imagen corporal y sus dimensiones, Lola manifiesta una de evaluación negativa o pesimista de su apariencia física. En dicha evaluación, efectúa una extrapolación de la



percepción de la secuela de quemadura a su imagen corporal de manera global. Utiliza expresiones como: “no me veo normal”, “pienso que soy como la mancha negra, así todo blanco, pero ahí nomas, solo hasta ahí, no te acerques porque tal vez te pase algo”.

Inicialmente, la autoevaluación sobre su atractivo físico se retroalimenta y refuerza con la percepción de valoraciones sociales negativas y creencias subsecuentes que, por ejemplo, la llevan a sentirse “dejada” (abandonada) en sus relaciones de pareja.

Las creencias e interpretaciones elaboradas sobre las secuelas de quemadura en el cuerpo, incluyen la percepción de éstas como atributos o rasgos negativos de apariencia, principalmente para sus pares del sexo opuesto. Lola dice: “las personas de nuestra edad del sexo opuesto, no se fijan como las otras personas que están sin cicatrices”. Esto implica verse en desventaja al comparar su apariencia física con la de sus pares, como su hermana o compañeras de colegio, a quienes percibe como más bonitas por no presentar las secuelas de quemadura: “la cosa es que ellas no tienen las cosas que yo tengo, esto, (señala sus secuelas) se les hace más fácil...”. Asimismo, esta adolescente concibe la secuela como una marca de diferencia: “lo único que me hace ver diferente hacia las demás personas...una marca que nadie más la tenga”.

Lola representa la razón de ser de sus secuelas de quemadura como un designio de Dios, interpretación construida a partir de preguntarse “por qué ella tuvo que vivir ese accidente”.

Además, representa las secuelas de quemadura como motivos por los que puede ser valorada negativamente, recibir burlas o ser discriminada, con base en experiencias de su historia de vida, principalmente relacionadas con la interacción en el ámbito escolar: “Eran niños, siempre me han dicho son niños (...) y bueno los niños lo que ven, la tele (...) me decían mounstro, fea, no sé (...) cualquier cosa (...)”.

En cuanto a la satisfacción con su apariencia, Lola manifiesta sentirse poco atractiva y, como se mencionó anteriormente, menos atractiva que sus pares. Expresa cierto disgusto y malestar con su apariencia:

“E: ¿Cómo tú te sientes con tu aspecto físico? S: Mal (...) ¡no sé cómo ya pintarme!, cómo verme al espejo (...) yo he visto en el espejo como me veo, cuando río, cuando hago así o cuando (...) cualquier tipo de gestos, sé cómo me veo (...) cuando me veo por mucho mucho tiempo, digo que, me veo bien pero cuando simplemente me veo así, digo ah eres tu (...); E: ¿Y cómo te sientes, en ese momento? S: mmm, mal (...) simplemente mal”

Este relato parece relacionarse con la producción de afecto depresivo y sentimientos de tristeza asociados a su apariencia física.

Es importante el rechazo que esta adolescente muestra hacia su secuela de quemadura y, por ende, de su apariencia física. Esto se hace evidente cuando contempla su imagen en un espejo, por ejemplo, o a través de la actitud que asume respecto a su imagen fotografiada: "...en el álbum de fotografías mayormente no van a encontrar muchas fotos mías, están en mi cuarto y están así pegadas del reverso, no me gusta ver esas fotos".

La valoración social negativa percibida a partir de su apariencia física retroalimenta sus propias percepciones respecto a sus secuelas de quemadura y participa en la construcción de la imagen corporal e incluso en la construcción de su autovaloración: "Tuve enamorado y siento que me dejaron por mi aspecto (...) tuve dos, el primero me ha engañado tal vez porque la chica haya sido más bonita que yo(...) (el segundo) no sé porque me está dejando, no sé si le hago ver mal ante sus amigos o conocidos".

Lola saca conclusiones sobre la valoración social a partir de algunas reacciones emocionales y conductuales de personas con las que interactúa, por ejemplo: algunas reacciones de asco, admiración, incomodidad, disgusto, compasión. Se siente constantemente mirada por los otros a partir de su apariencia física: "siempre te van a mirar algo raro...como si fueses de otro mundo (...) yo siento que me están mirando raro (...) no sé si cuando me ven sienten lástima, sienten asco o sienten que les voy a dar mala suerte, no sé exactamente, porque ya me lo han dicho una vez en la Ceja con mi mamá estaba: "*Ay hijito, no le mires de mala suerte es*". Una señora le dijo eso a su hijito".

Ante el malestar emocional que le produce su imagen corporal, Lola emplea algunas estrategias compensatorias como: evitar la focalización de pensamientos y emociones autoconscientes referidos a su imagen corporal, la conducta de camuflaje de la parte del cuerpo afectada por su secuela de quemadura, la búsqueda de corrección de su apariencia y la realización de rituales de comprobación de su apariencia. A continuación se presenta un ejemplo sobre el primero de estos mecanismos: "E: ¿Qué has hecho para sobrellevar estas dificultades? S: No pensar en mí, en sí (...)o sea, no pensar en cómo me estoy viendo en este momento, siempre he estado en mis cosas, pero no en las cosas en mi reflejo. E: ¿Cómo es eso de no pensar en ti? S: O sea, ya no (...) pensar en otras cosas pero menos en mí, concentrarme en lo que estoy haciendo

pero no en mí, ya no más (...) ya no sentir esas ganas de llorar a cada rato cuando los demás me están mirando mal”.

Otro tipo de estrategias para evitar pensar en su aspecto físico son: dedicarse a estudiar, a obtener buenas calificaciones y la realización de las tareas de otras personas, evitando con ello pensar en su aspecto físico: “...siempre he hecho tarea de los demás para olvidar algún problema que tenía y lo sigo haciendo (...) me pagaban (...) las sabía hacer, exactamente en matemáticas, física y química, (...) hasta ahora”.

Lola presenta un nivel medio de autoconcepto global. De manera específica, tiene un nivel medio de autoconcepto académico y autoconcepto emocional, y niveles bajos en autoconcepto familiar, autoconcepto social y autoconcepto físico. En este último, se destaca un nivel bajo de la percepción del atractivo físico. Estos resultados coinciden con lo descrito por Lola sobre su imagen corporal, respecto principalmente a las categorías *percepción de atractivo y percepción de la valoración social* a partir de la secuela de quemadura. Se podría también, los niveles del autoconcepto tienden a ser medios, especialmente por los puntajes en las dimensiones de autoconcepto académico, autoconcepto emocional, y la percepción del nivel de habilidad física.

Por otro lado, Lola presenta el puntaje más alto en el inventario de depresión de Kovacs, lo que corresponde a un nivel crítico de depresión. Ella manifiesta puntajes relevantes en lo que respecta a disturbios de sueño, fatiga, disminución del apetito, síntomas relacionados con la interacción social, como ser sentimientos de soledad, aislamiento social, otros como la anhedonia, pérdida de interés para la realización de actividades, anhedonia en el colegio y el odio hacia sí misma.

Respecto a los ítems relacionados con la autoimagen y la autoimagen física negativa, los puntajes muestran una intensidad media. En el último ítem, por ejemplo, Lola manifiesta disgusto con algunas partes de su cuerpo.

Con relación a este puntaje crítico de depresión, llama la atención la forma en que se manifiestan ciertas vivencias subjetivas de la adolescente respecto a su imagen corporal, concretamente los sentimientos de tristeza asociados a la presencia de la secuela de quemadura en el cuerpo.

En síntesis, hay correlación entre las dimensiones de la imagen corporal (evaluación pesimista de la apariencia física, percepción de las secuelas de quemadura como rasgos negativos de apariencia para pares del sexo opuesto, percibirse poco atractiva y sentir disgusto y malestar

con su apariencia, rechazo a su apariencia física y a las secuelas de quemadura) y los niveles medios de autoconcepto global, y niveles bajos de autoconcepto físico, social y familiar. A su vez, estas variables se relacionan con los puntajes de riesgo de depresión, con la presencia de síntomas de intensidad relevante ya mencionados.

### **3.3 Caso Viki.**

Viki tiene 14 años de edad, es de La Paz, reside en El Alto con su madre y su hermano, cursa el sexto de primaria. Viki tuvo un accidente por una explosión de garrafa en la cocina cuando tenía 9 años de edad. Como consecuencia de ello, presenta secuelas de quemadura en la cara y manos. Desde entonces participó en varios tratamientos en la Fundación Pro-Centro del Quemado, cuatro cirugías y rehabilitación por fisioterapia.

Se presenta el caso Viki debido a que esta adolescente obtuvo un nivel alto de autoconcepto global y puntajes sin riesgo de depresión. Este es el contexto para analizar la variable imagen corporal.

Viki manifiesta un tipo de evaluación optimista de su apariencia física. En lugar de centrarse en su apariencia física, destaca o valora los aspectos subjetivos: “Yo me veo en lo externo no tan bien, pero en lo interior del alma bien me siento bien porque el corazón y el alma vale mucho más que lo externo”.

Entre los significados construidos por Viki sobre sus secuelas de quemadura, se encuentran: la secuela de quemadura como una *marca de diferencia*, la secuela como un *impedimento para participar en actividades sociales*. Sobre esto último refiere lo siguiente: “lo que ha cambiado para mí, en mi vida es lo que ya no puedo hacer las mismas cosas como hacen mis compañeros, o sea ellos hacen normalmente las cosas, pero yo lo hago con un poco de dificultad (...) al haber concursos o danzas o bailes ellos normalmente se ponen el traje y listo y yo no, pero casi, lo que importa para mí no es eso”. Llama la atención que Viki no destaca el significado de la secuela de quemadura como un rasgo negativo de apariencia, a diferencia de la mayoría de los sujetos de la muestra.

Por otro lado, la secuela de quemadura es interpretada como un designio de Dios a la vez que un obstáculo a superar. También la representa como un motivo por el que puede ser valorada negativamente e incluso juzgada: “algunas personas lo malinterpretan (...) o sea, porque piensan que yo, o sea, ese accidente no hubiera sido solamente una equivocación, sino hubiera sido otra cosa que hubiera hecho yo misma”.

En cuanto a la satisfacción con la apariencia, se identifica que las variables percepción de atractivo, agrado con su apariencia y bienestar presentan manifestaciones medias o neutras. A pesar de ello, se destaca que la secuela de quemadura es un aspecto de su apariencia física que genera disgusto.

Como ya se mencionó, Viki otorga más importancia a los aspectos subjetivos que a su apariencia física. Al parecer, ello la protege de las evaluaciones negativas que podrían generarle angustia y malestar, a lo que se suman otro tipo de estrategias compensatorias. Sobre este punto comenta: “E: ¿Es importante para ti la apariencia? S: No (...) porque puedes ser por fuera lo que sea, pero por dentro tampoco es lo mismo (...) o sea no aparentas, puedes ser por ejemplo, puedes ser maldita y por fuera puedes ser bonita, lo que vale es el corazón (...) casi no le doy mucha importancia para mí (al referirse a la secuela de quemadura) (...) yo no, casi no le doy importancia a eso, más que todo, en mis estudios nomas...”.

De esta manera, Viki muestra poca aceptación de la permanencia de la secuela de quemadura. No querer saber sobre la secuela, denota poca elaboración o simbolización de la misma. A ello, se suma cierta indiferencia y poco interés en seguir tratamientos médicos.

Por otro lado, Viki se percibe valorada negativamente a partir de su apariencia física en el ámbito social, se siente constantemente observada. Al respecto la adolescente comenta: “E: ¿Qué ha sido lo más difícil? S: mmm, acostumbrarme a los demás con sus miradas. Nada más, eso ha sido (...) a las personas que no saben lo que me ha pasado (...) lo difícil es que la gente te mira (...) como si tuviéramos algo, como no fuéramos normales (...) en ese momento, casi para mí me parece que no saben lo que ha pasado, así que no tienen por qué hablar nada, si me están viendo, que me vean”. Este tipo de valoración parece contrastar con la percepción de apoyo social de las personas cercanas de su contexto escolar, como compañeros de curso.

Entre las estrategias compensatorias observadas, se encuentra el evitar la focalización de pensamientos y emociones autoconscientes referidas a la imagen corporal, aspecto que se complementa con la dedicación al estudio y a la obtención de buenas calificaciones. Sobre esto, Viki comenta: “E: ¿Con qué frecuencia piensas en tu cuerpo, en tu apariencia? S: *casi en ningún, porque más me dedico a jugar o preocuparme de mis estudios* (...) mmm, cuando pienso bien, me dedico a otras cosas que no pensar en esto (...) y, yo digo por algo haya sido psss (...)”. Otra estrategia compensatoria es la conducta sociable dirigida a hacer amigos y a obtener apoyo social afectivo en la familia.

En cierta medida, estos resultados contrastan con los niveles altos de autoconcepto global, emocional, social, académico y físico de Viki y con su nivel medio de autoconcepto familiar. Respecto al autoconcepto físico, se observan ciertas diferencias en sus subdimensiones, como un puntaje alto en el nivel de habilidad física y medio para el atractivo físico. En esta subdimensión, se observa el puntaje de 60 para el ítem “me considero atractiva”, puntaje más bajo en las respuestas del cuestionario.

En cuanto a la variable depresión, Viki se sitúa en el grupo sin riesgo para la depresión. A pesar de esto, ella reporta que algunas partes de su apariencia no le agradan. Este resultado se relaciona con lo expresado por la adolescente sobre la satisfacción con su apariencia, el disgusto con algunas áreas de su cuerpo, en particular la región que presenta secuela de quemadura.

A pesar de que Viki presenta niveles altos de autoconcepto y bajos de depresión, manifiesta ciertas dificultades en lo que respecta a su imagen corporal, como la poca aceptación de la secuela de quemadura, el malestar y disgusto con la secuela de quemadura, la percepción de significados negativos provenientes de las personas de su entorno social, ante lo que emplea ciertas estrategias o recursos subjetivos.

Hay correlación entre los puntajes altos de autoconcepto global y los puntajes no críticos de depresión, con la evaluación optimista de su apariencia física, las respuestas neutras en las variables de satisfacción con su apariencia. A pesar de esto, la secuela de quemadura se presenta como un aspecto de su apariencia que genera disgusto, lo que produce poca aceptación de la permanencia de la cicatriz física en el cuerpo. Un aspecto llamativo es que le resta relevancia a su apariencia física y destaca los aspectos subjetivos. De la misma forma, sobresale el uso de diferentes estrategias compensatorias, como el evitar la focalización de pensamientos y emociones autoconscientes referidas a la imagen corporal, que se complementan con la dedicación al estudio y a la obtención buenas calificaciones.

### **3.4 Caso Richard.**

Richard tiene 17 años de edad, es de la ciudad de La Paz, cursa quinto de secundaria, vive con su madre y su abuelo. Su padre falleció cuando él tenía ocho años. Richard sufrió un accidente de quemadura a la edad de 5 años, cuando su abuelo construía una tea para el festejo del 16 de julio utilizando gas licuado. Richard derramó el líquido en su pierna y, sin saber sus consecuencias, momento después encendió una bengala. Se generó fuego en la parte del cuerpo impregnada con gas produciendo combustión en varias regiones de su cuerpo. A partir de ese

momento, Richard inició varios tratamientos médicos (a los 5 y los 11 años de edad). Por el tiempo requerido para la internación y la tramitación de documentos, interrumpe su asistencia a la escuela, abandonando la misma en dos oportunidades. Acude a la Fundación Pro Centro del Quemado a sus 11 años.

Producto del accidente de quemadura este adolescente presenta secuelas en su rostro y manos. Actualmente, no realiza ningún tratamiento físico. Es más, prefiere evitarlo por las posibles complicaciones de las intervenciones quirúrgicas.

Este caso fue elegido porque permite ilustrar la manera en que puede manifestarse la imagen corporal en un sujeto que presenta un nivel alto de autoconcepto y un nivel no crítico de depresión.

De esta forma, en su imagen corporal, se observa un tipo de evaluación optimista destacándose como recurso la evitación de la focalización de las secuelas de quemadura. En este sentido, Richard expresa lo siguiente.

“E: ¿Cómo te sientes cuando te miras al espejo? S: mmm, a ver no sé, es algo gracioso, siento que me están creciendo más granitos, pero no, de esto (señala su secuela de quemadura) nunca me he fijado (...) bueno me fijo así, mayormente así, cuando me estoy fijando en el espejo estoy apurado, me pongo mi crema y me voy o me peino así (...) pero bueno me veo normal, siempre me gusta decir a mí o presumir, cuando me veo en el espejo siempre digo quien es ese joven tan guapo que está ahí, y salgo así, yo mismo me río y estoy saliendo así feliz...”.

Un significado atribuido por Richard a su secuela de quemadura es una *marca de diferencia*, principalmente por algunas experiencias en la etapa escolar, como recibir apodosos, que le hacían percibirse “raro”. A pesar de ello, menciona haberse acostumbrado a esta situación, por lo que en la actualidad representa la secuela como algo *normal*, como “algo que podría pasar a cualquier persona”, y niega la diferencia: “pase lo que pase, siempre vamos a ser gente normal, no hay una diferencia”. Además, antes veía en la secuela de quemadura un motivo de burlas y discriminación, lo que ya no ocurre en la actualidad.

En cuanto a la dimensión satisfacción con su apariencia, manifiesta percibirse atractivo, expresa agrado y bienestar con su aspecto físico: “me siento bien siempre digo que tengo cuerpo atlético, siempre hago ejercicios y creo q así me siento bien (...)”.

Al autoevaluarse, Richard evita la inclusión de la secuela de quemadura, resta relevancia a su apariencia física, y se la otorga a otros aspectos como su vestimenta y aseo personal: “E: ¿Qué

piensas tú de la apariencia, para ti es importante? S: En parte sí, sí y no sería (...) en lo personal la apariencia no es mucho para mí, pero siempre me gusta así, andar limpio, en eso es lo que yo más me fijo, siempre camino bien, me arreglo bien, o que otras personas estén bien así”.

En cuanto a la aceptación de la secuela de quemadura, Richard no manifiesta una aceptación propiamente dicha ni un rechazo. A ello, se suma la idea de evitar tratamientos sobre su secuela de quemadura y la falta de expectativas y anhelos de recuperación.

Richard describe un proceso de aceptación de la secuela de quemadura en su cuerpo y de los cambios en su imagen corporal. Manifiesta que en un comienzo al mirarse en el espejo tenía dificultades para aceptar la permanencia de dichos cambios, experimentando sentimientos de tristeza y dificultades en la interacción. Estos aspectos fueron compensados, en cierta medida, por el apoyo que percibe de sus amigos y vecinos: “he tenido que aceptar que (...), cuando uno es niño sí, cuando es pequeño, sí siente que lo ven así, y se siente raro así al principio, pero luego ves y aceptas que tienes esto y, hay veces que ves que hay otros niños que ven así y ya se te hace normal, y hasta hay veces que yo he enseñado a niños (...)”.

Richard percibe una valoración social positiva a partir de su apariencia física, la cual no considera la secuela de quemadura. Un aspecto que parece contribuir a ello, es la restricción de su entorno social a amigos de colegio y vecinos. A pesar de ello, manifiesta la percepción frecuente de ser objeto de miradas debido sus secuelas de quemadura, ya que para él, éstas generan curiosidad e interrogantes.

Al respecto, Richard expresa: “mmm, casi, siento que me ven así ¿no?, como una persona normal, ahora ¿no? (...) hay veces también que veo a niños que hacen lo mismo que antes, pero no tampoco ya no lo siento así raro (...) tal vez se me haya sido la costumbre que se me ha vuelto algo normal eso. E: ¿A qué crees que se deba ese cambio? S: Mayormente siempre camino con mis amigos, casi mi vida medio monótona es, estoy hablando con mis amigos, les estoy viendo a amigos y hay veces que ni veo que me están viendo otras personas (...) tampoco nunca se han referido a esto, a lo que tenía mis secuelas, siempre como una persona normal me han hablado (...)”.

Si bien Richard no percibe algún tipo de rechazo en su medio social, manifiesta preocupación ocasional sobre la valoración negativa y cierto temor a ser rechazado por sus pares del sexo opuesto: “hay veces que me da vergüenza cuando mis amigos me dicen anda a hablarle a aquella chica (...) un poquito me da miedo (...) es que piensas “¿me hará caso?” o quiero ir así y un



ratito pienso (...) siento un poco de duda hay veces (...) voy y hay veces (...) cuando se que no me van a hacer caso, no voy tampoco”.

Entre las estrategias compensatorias con las que Richard hace frente a las posibles dificultades de su apariencia física, están: el evitar la focalización de pensamientos y emociones autoconscientes referidas a la imagen corporal, la conducta de camuflaje, los cuidados personales sobre su apariencia física (aseo y limpieza de la vestimenta), la realización de actividades físicas para cuidar su cuerpo, la conducta instructiva, la obtención de logros, la creación de un personaje virtual y la conducta sociable.

Estas categorías de la variable imagen corporal se presentan en niveles altos de autoconcepto global, familiar, social, académico y físico y niveles medios del autoconcepto emocional.

En lo que respecta a la depresión, Richard presenta puntajes no críticos de depresión. A pesar de ello, en el ítem de autoimagen física negativa, manifestó desagrado respecto a algunos aspectos de su apariencia física.

En síntesis, se observan niveles altos de autoconcepto global y puntajes no críticos de depresión, asociados a evaluaciones optimistas de su apariencia física, respuestas de satisfacción con su apariencia física, la percepción de la valoración social positiva.

Es importante aclarar que el contexto en el que se presentan las evaluaciones optimistas y las respuestas de satisfacción con su apariencia física, se vinculan con respuestas como evitar la focalización de la secuela de quemadura. De la misma forma, se destaca que la percepción de la valoración social positiva se basa en una interacción reducida al grupo de pares y al vecindario.

Finalmente, el uso de estrategias compensatorias, como evitar la focalización de pensamientos y emociones autoconscientes referidos a la imagen corporal, la conducta de camuflaje, los cuidados personales sobre su apariencia física y las actividades para cuidar su cuerpo, la conducta instructiva, la obtención de logros, la creación de un personaje virtual y la conducta sociable, pueden estar relacionados con los niveles altos de autoconcepto y los puntajes no críticos de depresión.

#### **4. Análisis Global**

A continuación se analizan los resultados obtenidos en el presente estudio, tanto de cada una de las variables como de las relaciones entre ellas.

Para el estudio de la variable imagen corporal, se consideran sus cuatro dimensiones: 1) Evaluación de la apariencia física, 2) Satisfacción con la apariencia, 3) Percepción de la valoración social, y 4) Estrategias compensatorias.

En la dimensión Evaluación de la apariencia, la mayoría de los sujetos reporta un tipo de evaluación optimista, que implica la actitud o intención de percibirse de forma positiva, reafirmando sus atributos físicos. De acuerdo con estudios previos, se podría esperar la mayor presencia de evaluaciones pesimistas sobre la apariencia, y no sólo en la tercera parte de los sujetos como sucede en este estudio. Por ello es necesario entender esta categoría en relación con las categorías de las otras tres dimensiones.

En ciertos casos, esta evaluación remite un tipo de respuesta elaborada, como la evaluación global de la apariencia que evita consideraciones de la secuela de quemadura, o al empleo de diferentes estrategias compensatorias, como la evitación de pensamientos y emociones autoconscientes referidas a la apariencia física.

Aquí también es importante considerar los cuatro tipos de significados presentados sobre la secuela de quemadura: *la secuela de quemadura como rasgo o cualidad, la secuela como déficit o impedimento, la secuela en su razón de ser (porqué y para qué), la secuela de acuerdo con la percepción de la valoración social.*

La secuela como *marca de diferencia*, se refiere a un atributo que genera distinción respecto a las personas que no lo tienen y, a la vez alude a la idea de normalidad. La secuela como un rasgo visible y llamativo notable para el otro social, motivo por el que puede ser valorado negativamente, generando prejuicios sociales y/o rechazo social. En menor frecuencia, la secuela como un rasgo negativo de apariencia.

De la misma forma, aparece el significado de la secuela como un déficit en comparación con sus pares del sexo opuesto, un impedimento o limitación para participar de actividades físicas, sociales y/o laborales.

Un aspecto que resulta interesante se refiere a la construcción de explicaciones relacionadas con el porqué de la secuela. Varios sujetos señalan la idea de que la cicatriz de la quemadura, así como el accidente producido son parte del designio o del castigo de *Dios*. En algunos casos, ello implica sentimientos de culpa sobre el evento. Para otros adolescentes, la secuela de quemadura es percibida como un obstáculo a superar, como una experiencia de aprendizaje y superación.

En cuanto a la dimensión Satisfacción con la apariencia física, la mayoría de los sujetos se percibe poco atractivo físicamente. La idea de atractivo parece estar ligada a la forma en que los sujetos *se ven* interesantes o agradables físicamente para los demás. En algunos sujetos, esta percepción de atractivo físico se basa en la comparación con los pares de su entorno social.

La mayoría de los adolescentes reporta sentir disgusto y malestar con su apariencia física, e identifica la secuela de quemadura en el cuerpo como el aspecto que genera desagrado y sentimientos de tristeza. Estas ideas sobre la percepción social parecen basarse en la satisfacción y complacencia que presentan para sí mismos.

Gran parte de los sujetos de la muestra le resta importancia a su apariencia física y destaca el valor afectivo de algunos aspectos subjetivos (sentimientos, valores y opiniones), la vestimenta y el arreglo personal, la familia y las relaciones interpersonales.

Asimismo, se observa que la mayoría de los sujetos muestra poca aceptación respecto a la secuela de quemadura, con pocas respuestas elaboradas sobre la presencia de la cicatriz en el cuerpo y con dificultades para integrar la experiencia de la quemadura. Mientras que pocos sujetos reportan respuestas de rechazo y uno solo muestra una actitud de aceptación racional de las experiencias relacionadas con la permanencia de la secuela de quemadura.

La dimensión Percepción de la valoración social de la apariencia, alude a los significados que los sujetos perciben en su entorno social sobre su apariencia física y algún aspecto de ésta. La mayoría de los sujetos señalan principalmente valoraciones ambiguas o indefinidas, y negativas. Algunos de los criterios se basan en reacciones gestuales y verbales percibidas en la interacción social, como: curiosidad e interrogantes, burlas y apodos, percepción de ser mirado de forma intrusiva, percepción de rechazo social, y, en menor medida, reacciones de incomodidad y disgusto, asco y admiración, lástima y susto. A su vez, estas valoraciones generan en varios sujetos ideas de preocupación sobre el posible rechazo o la valoración negativa.

La dimensión Estrategias compensatorias implica actividades cognitivo-comportamentales orientadas a reducir los efectos y el malestar que produce la secuela de quemadura en la construcción de la imagen corporal. Varios adolescentes buscan ocultar o camuflar su secuela de quemadura utilizando prendas de vestir y maquillaje cosmético.

Asimismo, reportan la estrategia de evitación de pensamientos y emociones autoconscientes referidas a algún aspecto de la imagen corporal. En algunos casos, esta estrategia implica focalizar los intereses personales en actividades académicas, como el estudio escolar, la

obtención de buenas calificaciones. De esta forma, estas personas evitan pensar en su aspecto físico.

Por otro lado, se destaca la estrategia de corrección de la apariencia, que consiste en un intento de cambiar los elementos de la apariencia percibidos como deficientes a través de la realización de cirugías, tratamientos médicos y/o estéticos.

En menor frecuencia los sujetos reportan conductas instructivas, como informar a las personas sobre los cuidados que deben tener para evitar los accidentes de quemaduras. Esta información la brindan los adolescentes cuando reciben preguntas de personas de su contexto social. Otra actividad con una finalidad también social es aquella denominada conducta sociable dirigida a hacer amigos y a obtener apoyo social afectivo en la familia.

En escasa frecuencia, se reportan las actividades dirigidas al aprendizaje de competencias para compensar el déficit percibido, entre ellas, actividades artísticas, laborales, académicas.

En cuanto a la variable autoconcepto, la mayoría de los sujetos presenta un nivel medio de autoconcepto global, académico, social, emocional, familiar y físico, presentándose ligeras variaciones en sus dimensiones en lo que respecta a niveles altos y bajos. Estos últimos que se presentan en menor frecuencia.

Es imprescindible leer estos resultados desde la multidimensionalidad del constructo autoconcepto, y de la forma en que está construido el Cuestionario AF-5 de García y Musitu, que se diferencia de otros cuestionarios, como AFA, autoestima de Rosemberg, por la especificidad de sus dimensiones. Además, presenta ítems específicos teóricamente relacionados con la Imagen corporal, como la autoestima física, concretamente la subdimensión Evaluación del atractivo físico. En el presente estudio, a través del análisis de medias, se observa que el puntaje más bajo corresponde al nivel de evaluación del atractivo físico, subdimensión del autoconcepto físico.

Con respecto a la variable Depresión, se distingue que la mayoría de los sujetos presenta puntajes no críticos, mientras que una frecuencia menor tiene puntajes con probabilidad de riesgo, y puntajes críticos o de riesgo de depresión. A pesar de ello, la mayoría de los adolescentes manifiesta disgusto con algunos aspectos de su apariencia física, en el ítem referido a la autoimagen negativa.

Por otro lado, se establecen relaciones entre las variables Imagen Corporal, Autoconcepto y Depresión. Los puntajes medios de autoconcepto y depresión sin riesgo orientan el análisis en cada tabla de contingencias por su mayor frecuencia. A pesar de ello, los puntajes altos y bajos en

las dimensiones de autoconcepto y los diferentes tipos de puntuación de depresión marcan la especificidad de la relación, por ejemplo: puntajes críticos de depresión en puntajes bajos de autoconcepto y niveles altos de autoconcepto en puntajes no críticos de depresión.

Es importante mencionar que en las relaciones identificadas se encuentran algunos casos aparentemente contradictorios, por ejemplo: una escasa frecuencia de sujetos que presentan niveles medios de autoconcepto global, a la vez, reportan la secuela de quemadura como un rasgo negativo de apariencia, o muestran malestar con su apariencia física; sujetos con niveles altos de autoconcepto global emiten respuestas neutras o ambivalentes respecto al bienestar con su apariencia física; varios sujetos con un nivel bajo de autoconcepto físico expresan malestar con algún aspecto de su apariencia física (como la secuela de quemadura); muy pocos adolescentes con puntajes de probabilidad de riesgo y riesgo de depresión perciben un rechazo social o muestran preocupación por la valoración negativa a partir de su apariencia física.

Es posible entender algunos de estos casos a partir del análisis de las dimensiones de la imagen corporal. Las dificultades con la apariencia física inciden de diferente manera en cada sujeto, como el significado de la secuela de quemadura como un rasgo negativo de apariencia, el malestar o insatisfacción con la apariencia física o algún aspecto de ésta. Ésta categorías están presentes en la mayoría de los sujetos, aunque tengan niveles medios de autoconcepto, o puntajes sin riesgo de depresión.

Por otro lado, llama la atención la ausencia de relaciones estadísticas entre algunas categorías de la variable Imagen corporal y las variables Autoconcepto y Depresión, por ejemplo: la evaluación de la apariencia (optimista-pesimista), los diversos significados de la secuela de quemadura (marca de diferencia, motivo por el que puede recibir burlas), los tipos de percepción de la valoración social o algunas estrategias compensatorias reportadas en mayor frecuencia (evitación de pensamientos y emociones autoconscientes, la conducta de camuflaje, la conducta instructiva).

Este tipo de respuestas que se manifiestan sin diferencias o independientemente de las variables Autoconcepto y Depresión, no deben ser analizadas de manera aislada, sino en relación con la construcción y emergencia de otros elementos del caso, otras variables, por ejemplo: cierto tipo de evaluaciones optimistas surgen como respuestas a la ausencia de consideración de la secuela de quemadura en el cuerpo, o gracias a la evitación de pensamientos focalizados sobre la

apariencia física, o cuando se resta importancia a la apariencia física y se atribuye más valor afectivo a aspectos subjetivos.

Es necesario recordar que las categorías de la variable Imagen corporal surgen durante el análisis de contenido de los resultados del estudio. Se emplearon tres técnicas de recolección de información cualitativa: la entrevista no estructurada, la técnica de composición y el cuestionario no estructurado. De esta forma, muchas de las categorías fueron emergiendo a lo largo de la investigación, sin que se tenga un conocimiento pleno a priori sobre su organización o tipo de manifestación.

Así por ejemplo, algunas de las categorías denominadas estrategias compensatorias fueron identificadas en el análisis de resultados, una vez concluido el trabajo de campo. Además, esto permitió tomar en cuenta la singularidad de sentidos otorgados por los sujetos

## Capítulo Cinco

### Conclusiones y Recomendaciones

En este capítulo, se exponen las conclusiones y recomendaciones de la presente investigación. Éstas consideran la producción de conceptos respecto a las variables de estudio, así como las sugerencias para su posterior abordaje en investigación e intervención psicosocial.

#### 1. Conclusiones del Estudio

Con respecto a la variable imagen corporal la población estudiada plantea diferentes tipos de evaluaciones de la apariencia física que denotan sentidos y orientaciones singulares en su caracterización.

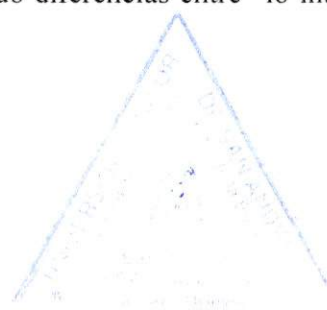
Las evaluaciones optimistas no necesariamente implican la aceptación de la secuela de quemadura o la satisfacción con la propia apariencia física. Al parecer, este tipo de evaluación surge como recurso para afrontar las problemáticas subjetivas relacionadas con la presencia de la secuela de quemadura en el cuerpo y su integración en la imagen corporal. En ciertos casos, es una respuesta ante la presencia de determinadas estrategias compensatorias, como la evitación de pensamientos y emociones sobre la parte del cuerpo afectada por la secuela de quemadura.

Por otro lado, las evaluaciones pesimistas incluyen consideraciones sobre las secuelas de quemadura, y les otorgan un lugar de relevancia en la evaluación global de la apariencia.

Los significados elaborados por los adolescentes sobre las secuelas de quemadura participan en la subjetivación y construcción de su imagen corporal. Éstos se basan en la valoración que reciben de personas de su entorno social, hipótesis y teorías personales sobre la manera en que se creen percibidos por otras personas, ideales de apariencia física y distintas elaboraciones personales.

Respecto a la dimensión Satisfacción con la apariencia, se observa que, a pesar de que las variables percepción de atractivo, agrado y bienestar con la apariencia presentan manifestaciones medias o neutras, la secuela de quemadura es un aspecto de la apariencia física que genera disgusto e insatisfacción, independientemente del lugar donde se localice.

Los adolescentes con secuelas de quemadura atribuyen valor afectivo a otras áreas psicosociales diferentes de la apariencia física. En ciertos casos, destacan aspectos subjetivos, como las opiniones, los valores y los sentimientos, haciendo diferencias entre “lo interno” y “lo



externo". También mencionan las relaciones interpersonales o aspectos físicos, como la vestimenta y el aseo personal.

Es importante analizar los recursos subjetivos con los que cuenta cada sujeto en la evaluación de su apariencia física. El hecho de restar importancia a un único factor, como la apariencia física, permite el acceso a la valoración de otras esferas. Por otro lado, esto surge como una estrategia ante la insatisfacción con algunos atributos de la apariencia física considerados desagradables.

La aceptación de la parte del cuerpo afectada por la secuela de quemadura no depende directamente de la edad en la que los sujetos tuvieron el accidente o del tiempo transcurrido desde entonces. La evolución de ésta sigue un proceso singular en cada sujeto relacionándose en cada momento con su historia de vida, con las elaboraciones personales respecto a la apariencia física, con las interacciones significativas en el entorno social, así como con las posiciones asumidas frente a dichas interacciones.

Los sujetos efectúan interpretaciones acerca de las valoraciones provenientes de las personas de su entorno social, respecto a su apariencia física y la secuela de quemadura, aspectos que en muchos casos generan temor a los estigmas y al rechazo social. Estas interpretaciones provienen de reacciones gestuales y respuestas verbales que los sujetos perciben en su entorno social, así como de inferencias y procesos de generalización, en algunos casos arbitrarios.

Por su parte, las valoraciones percibidas se retroalimentan con las propias percepciones de la secuela de quemadura y participan en la construcción de la imagen corporal, incluso en la autovaloración personal. Se observan diferentes modos de asumir estas valoraciones sociales, por ejemplo: percibir prejuicios y valoraciones negativas en el entorno social sobre el origen de la lesión, dejan vislumbrar, en ciertos casos, sentimientos de culpa sobre el accidente; preocupaciones excesivas sobre la valoración social negativa que contrastan con interacciones favorables en el entorno social, dejan entrever cierta insatisfacción con la propia apariencia física.

Muchos de los sujetos sitúan como referente en la construcción de su imagen corporal la valoración social negativa percibida, principalmente, en el entorno escolar y en la interacción con personas no conocidas. En cambio no se precisan estas valoraciones de personas del entorno familiar cercano, como padres, tíos y abuelos, de quienes se reporta la presencia de apoyo social.

Los sentidos construidos por los sujetos sobre su apariencia física y el grado de satisfacción con ésta, producen efectos a nivel cognitivo-conductual. Desde esta perspectiva, las estrategias



compensatorias surgen como esfuerzos para reducir o hacer frente a la angustia y el malestar emocional producido por la imagen corporal. Además, algunas de estas estrategias son utilizadas como instrumentos para establecer vínculos afectivos y ocupar lugares sociales en el contexto.

La mayoría de los sujetos se ubica en un nivel medio en las dimensiones del autoconcepto (autoconcepto académico, social, emocional, familiar y físico), así como en el autoconcepto global. Mientras que una minoría presenta niveles de autoconcepto alto y autoconcepto bajo. Esto no implica la ausencia de ciertas dificultades e insatisfacción respecto a su apariencia física. En otras palabras, los sujetos con niveles medios de autoconcepto también manifiestan problemas con su imagen corporal, que son específicas para cada uno de ellos.

De igual manera, no sólo los adolescentes con puntajes de riesgo y con probabilidad de riesgo de depresión muestran dificultades con su imagen corporal. Estos problemas también están presentes en algunos sujetos con puntajes no críticos. A esto se suma que la mayoría de los sujetos reporta disgusto o malestar con algún aspecto de su apariencia física (la secuela de quemadura), así como sentimientos de tristeza asociados a ésta.

A nivel teórico, se establece que existe cierta similitud conceptual entre la dimensión satisfacción con la apariencia física y el autoconcepto físico. Las diferencias se encuentran en que este último posee dos sub-dimensiones: percepción de la habilidad física y percepción del atractivo físico. Por otro lado, de acuerdo con los tipos de respuesta manifestados por los adolescentes, en la satisfacción con la apariencia, se distinguen tres categorías: percepción de atractivo (para los demás), agrado con la apariencia (para sí mismo) y bienestar/malestar con la apariencia física.

Por todo lo expuesto, se confirma la hipótesis fundamental: “Existe relación entre la imagen corporal, el autoconcepto y la depresión en los adolescentes con secuelas de quemadura atendidos en la Fundación Pro Centro del Quemado”. Se establecieron relaciones según las dimensiones y los puntajes específicos de cada variable.

Se destaca la relación entre la satisfacción con la apariencia (bienestar con la apariencia física) y el nivel medio de autoconcepto global. Aclarando que existe una minoría de casos con un nivel medio de autoconcepto global que reportan respuestas neutras o malestar respecto a su apariencia física.

También existe relación entre la insatisfacción con la apariencia física (subdimensión bienestar/malestar con la apariencia física) y los puntajes críticos de depresión. Es importante

aclarar que si bien todos los adolescentes con puntajes críticos de depresión muestran malestar con su apariencia física, los sujetos con puntajes con probabilidad de riesgo de depresión y un sujeto con un puntaje no crítico de depresión también presentaron dicho malestar.

Por último, se establece la relación entre el autoconcepto global y la depresión. En este caso, niveles bajos de autoconcepto global se relacionan con una fuerte presencia de síntomas depresivos (puntajes con probabilidad de riesgo y puntajes de riesgo de depresión, no así en sujetos con puntajes no críticos de depresión). De la misma forma, se determina que los adolescentes con niveles altos de autoconcepto global presentan puntajes no críticos de depresión.

## **2. Recomendaciones**

Al efectuar la investigación sobre Imagen corporal, autoconcepto y depresión en los adolescentes con secuela de quemadura atendidos en la Fundación Pro Centro del Quemado, se encontraron los siguientes aspectos positivos: a) el logro de los objetivos principales de la investigación; b) la formalización de un sistema conceptual interpretativo para comprender la imagen corporal de los adolescentes con secuelas de quemadura; c) la obtención de los niveles de autoconcepto de los sujetos; d) la identificación de puntajes de depresión; y e) el establecimiento de relaciones entre las variables de estudio.

Como aspecto negativo, se destaca que durante el trabajo de campo y la recolección de datos, no hubo continuidad por parte de algunos sujetos en la participación y realización de las pruebas. De los 20 sujetos de la muestra, 18 participaron en la entrevista, la técnica de composición y el cuestionario sobre los significados de la secuela de quemadura, mientras que 18 participaron en el Cuestionario de autoconcepto y 19 en el Inventario de depresión de Kovacs. Estas dificultades también se vincularon con la falta de adherencia al tratamiento de rehabilitación propuesto por Fund Acción.

Los resultados obtenidos en esta investigación serán de utilidad para el abordaje clínico de los sujetos que viven esta problemática, para la creación de estrategias de intervención paralelas a la rehabilitación médica, que den lugar y acojan algunas de las principales dificultades subjetivas de esta población. De esta forma, se pueda contribuir a su rehabilitación psicosocial y a su calidad de vida.

Por otro lado, este modo de abordaje de las variables de estudio sirve como antecedente para futuras investigaciones sobre la problemática de las quemaduras, brindando información adecuada a nuestro contexto social.

A partir de lo mencionado, en un nivel práctico, se recomienda la profundización del abordaje de ciertas áreas relacionadas con la imagen corporal, específicamente el estudio de las estrategias compensatorias que utilizan los sujetos respecto a su apariencia física, ante las dificultades que puedan presentar. Éstas sirven como recursos subjetivos que facilitan la recuperación y el establecimiento de vínculos sociales.

También se sugiere estudiar la Imagen corporal en otras poblaciones con diferencias visibles, producto de accidentes o de origen congénito, con el fin de ampliar las concepciones desarrolladas sobre este tema.

A través de la psicología clínica o la psicología comunitaria, es necesario elaborar programas relacionados con estrategias de afrontamiento y habilidades sociales para favorecer la deconstrucción de la percepción de la valoración social negativa que presentan muchos sujetos con secuelas de quemadura.

Igualmente, se plantea el abordaje clínico individual y, de esta forma, brindar espacios para el despliegue y organización de las principales vivencias subjetivas de cada sujeto. Esto podría favorecer en el modo en que afrontan su rehabilitación y motivarles a asumir una postura responsable con su tratamiento.

Es fundamental que los sujetos con puntajes de riesgo de depresión y con niveles bajos de autoconcepto reciban una atención clínica oportuna para confirmar o descartar los resultados obtenidos y, a la vez, proporcionar espacios para el tratamiento de estos cuadros, de acuerdo con los requerimientos de cada caso.

Asimismo, es necesario el trabajo clínico sobre la aceptación de la secuela de quemadura, puesto que es evidente que muchos de estos sujetos y sus familias presentan un tipo de negación respecto su problemática, al punto de *no querer saber* sobre ésta.

Esto se observa en algunas actitudes asumidas por los propios padres, no sólo por la falta de información sobre el tratamiento de rehabilitación, sino por las dificultades socio-afectivas que conlleva un accidente de tal magnitud. Por ello, también es conveniente el abordaje psicosocial de los familiares cercanos de los pacientes que sufrieron accidentes de quemadura.

Las intervenciones informativas sobre los accidentes de quemadura pueden sensibilizar a la población con las personas que los vivieron o respecto a la importante tarea de la prevención. Esto no significa ubicar a estas personas en posición permanente de víctimas. Por el contrario, estas deben implicarse en su problemática, asumiendo la responsabilidad respecto a sus propias vivencias, respuestas subjetivas y decisiones de vida.

En esta dirección, es necesario considerar los significados singulares elaborados por cada sujeto respecto a su apariencia física y su sentido de vida, comprender los efectos que tienen en la subjetividad y los comportamientos sociales. Se deben resignificar las construcciones elaboradas por los sujetos en ciertos casos, así como destacar otras fortalezas que puedan presentar.

Puede ser de gran ayuda en el abordaje terapéutico considerar las estrategias compensatorias, incluso las evaluaciones optimistas, puesto que éstas son parte de los mecanismos que emplean actualmente los sujetos para hacer frente a la insatisfacción y la dificultad con la apariencia física.

### Referencias Bibliográficas

- Botella, L., Ribas, E., y Benito, J. (2009). Evaluación psicométrica de la imagen corporal: Validación de la versión española del multidimensional body self relations questionnaire (MBSRQ). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 8, 253-264, Recuperado de: [http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/494/racp\\_xviii\\_3\\_pp253\\_264.pdf](http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/494/racp_xviii_3_pp253_264.pdf)
- Burd, A. (1998). Cuidados inmediatos y resucitación precoz del paciente quemado. En Lorente, J.A., y Esteban, Y.A., *Cuidados intensivos del paciente quemado*, (1-16). Barcelona, España: Springer-Verlag Ibérica
- Cash, T.F., y Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body Image, Second Edition: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*. Ney York: The Guilford Press.
- Céspedes, M.C. (1990). *Representación corporal de un niño con secuelas de quemadura*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Mayor de San Andrés. Bo.
- Chávez, P. (2002). *Modelo de evaluación cognitivo-comportamental de los esquemas de autoevaluación, expectativas y afrontamiento en niños con secuelas de quemadura*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Católica Boliviana. Bo.
- Corry, N., Pruzinsky, T., y Rumsey, N. (2009). Quality of life and psychosocial adjustment to burn injury: Social functioning, body image, and health policy perspectives. *International Review of Psychiatry*, 21 (6), 539–548. Recuperado de: <http://hls.uwe.ac.uk/research/Data/Sites/1/CAR/corrypruzinskyrumsey09.pdf>
- Del Barrio, V. (2010). La depresión Infantil a la altura de nuestro tiempo. *Información psicológica*, 100, 4-59. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3642738>

- Delgado, G., y Moreno, I. (2010). Variables psicológicas y familiares implicadas en las quemaduras infantiles. Una revisión. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 17-21. Recuperado de: [http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS\\_6\\_esp\\_17-21.pdf](http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_6_esp_17-21.pdf)
- Esteve, J. (2005). *Estilos parentales, clima familiar y autoestima física en adolescentes*. (Tesis doctoral, Universidad de Valencia). Recuperado de: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/10184/esteve.pdf?sequence=1>
- Fernandez, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1 (2-3), 169-180.  
Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1958467>
- Fernandez-Segoviano, A., y Esteban, A. (1998). Histología de la piel, Cambios en el quemado. En Lorente, J.A., Esteban, Y.A., *Cuidados intensivos del paciente quemado*, (36-50). Barcelona, España: Springer-Verlag Ibérica.
- Fuentes, M.C., García, J.F., Gracia, E., y Lila, M. (2011). Autoconcepto y Ajuste Psicosocial en la adolescencia. *Psicothema*, 23(1), 7-12. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3842.pdf>
- Franulic, A., y González, X. (2000). Adaptación psicológica y social del paciente quemado: seguimiento a 6 meses. *Boletín Científico Asociación Chilena de Seguridad*, 8(4), 40-44.  
Recuperado de: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/04/Pagina%2040.PDF>
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. En *Sigmund Freud Obras Completas Vol. XIV, Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico-Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916)*, (235-241), Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
- García, A. (2009). La depresión en adolescentes. *REVISTA DE ESTUDIOS DE JUVENTUD*, 84, 85-105, Recuperado de: <http://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>

- García, A. (2001). Desarrollo y validación de un cuestionario multidimensional de autoconcepto. *RIDEP*, 11(1), 29-54, Recuperado de: [http://www.aidep.org/03\\_ridep/R11/R112.pdf](http://www.aidep.org/03_ridep/R11/R112.pdf)
- García, J.F., Musitu, G., Riquelme, E., y Riquelme, P. A. (2011). Confirmatory Factor Analysis of the "Autoconcepto Forma 5" Questionnaire in Young Adults from Spain and Chile. *The Spanish Journal of Psychology*, 14 (2), 648-658. doi: 10.5209/rev\_SJOP.2011.v14.n2.13
- García, J. (2006). *Evaluación de la calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 1: el caso del hospital universitario Ntra. Sra. De Candelaria de Tenerife*. (Tesis doctoral. Universidad de Laguna).  
Recuperado de: <ftp://tesis.bbtk.ull.es/ccssyhum/cs213.pdf>
- Gonzalez, J. V. (2007). *Nivel de Autoconcepto en el escolar con quemaduras en el Servicio de Quemados del Instituto Nacional de Salud*. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de:  
[http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/525/1/gonzales\\_dj.pdf](http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/525/1/gonzales_dj.pdf)
- Goñi, E. (2009). *El autoconcepto personal: estructura interna, medida y variabilidad*. (Tesis de doctorado, Universidad del país Vasco). Recuperado de:  
[http://www.ehu.es/argitalpenak/images/stories/tesis/Ciencias\\_Sociales/EI%20autoconcepto%20personal.%20Estructura%20interna,%20medida%20y%20variabilidad.pdf](http://www.ehu.es/argitalpenak/images/stories/tesis/Ciencias_Sociales/EI%20autoconcepto%20personal.%20Estructura%20interna,%20medida%20y%20variabilidad.pdf)
- Gordillo, R. (2010). *Análisis longitudinal de la relación entre depresión y agresión física y verbal en población infanto-juvenil*. (Tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia). Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/tesisuned:Psicologia-Rgordillo/Documento.pdf>
- Guzmán, V. (2006). *La narrativa como recurso terapéutico para disminuir los niveles de ansiedad en niños hospitalizados*. (Tesis de maestría, Universidad de Colima).

Recuperado de: [http://digeset.ucof.mx/tesis\\_posgrado/Pdf/VERONICA\\_MIRIAM\\_GUZAN\\_SANDOVAL.pdf](http://digeset.ucof.mx/tesis_posgrado/Pdf/VERONICA_MIRIAM_GUZAN_SANDOVAL.pdf)

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4ta ed.) México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.

Melo-Vega, C. (2009). *Sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a escuelas públicas de Lima Metropolitana*. (Tesis de licenciatura, Universidad Católica del Perú). Recuperado de: [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/417/MELO-VEGA\\_CLAUDIA\\_SINTOMATOLOGIA\\_DEPRESIVA\\_EN\\_NI%C3%91OS.pdf?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/417/MELO-VEGA_CLAUDIA_SINTOMATOLOGIA_DEPRESIVA_EN_NI%C3%91OS.pdf?sequence=1)

Martínez, L., Reyes Ticas, A., y Meléndez (2006). Impacto de la intervención en crisis en la población infantil que ha sufrido quemaduras. *Revista médica de los Post Grados de Medicina UNAH*, 9 (3), 427-436. Recuperado de: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2006/pdf/Vol9-3-2006-22.pdf>

Mercado, B. (2009). *Autoconcepto en relación a las conductas antisociales de los adolescentes del centro diagnóstico terapia varones de la ciudad de La Paz*. (Tesis de licenciatura, Universidad Mayor de San Andrés).

Palpan, J., Jiménez, C., Garay, J., y Jiménez, V. (2007). Factores psicosociales asociados a los trastornos de alimentación en adolescentes de Lima Metropolitana. *Psychology International*, 18 (4), 1-25. Recuperado de: <http://www.apa.org/international/pi/2007/11/factores.pdf>

Pérez, M., Vidal, L., y Villarán, V. (2009) Estudio exploratorio del autoconcepto en docentes de educación primaria de escuelas públicas de comas y puente piedra. Recuperado de: <http://www.idieperu.org/portal/upload/publicaciones/EstudioAutoconcepto%20InformeFinalv27ene09.pdf>



- Pinto, B., Montoya, T. (2010). Hipnosis para el control del dolor en pacientes con quemaduras. *Ajayu*, 8(2), 122-156. Recuperado de:  
<http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v8n2/v8n2a6.pdf>
- Raich, R.M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en psicología latinoamericana*, 22, 12-27. Recuperado de:  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2741880>
- Ramirez, R. (2009). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*. (Tesis de licenciatura, Universidad Católica del Perú). Recuperado de:  
[http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/409/RAMIREZ\\_BARRANTES\\_RENATO\\_ADAPTACION\\_INVENTARIO\\_DEPRESION.pdf?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/409/RAMIREZ_BARRANTES_RENATO_ADAPTACION_INVENTARIO_DEPRESION.pdf?sequence=1)
- Ramírez, X. (2009). *Duelo por la piel. Como dispositivo psicoanalítico de intervención a niños hospitalizados por quemaduras*. (Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de San Luis de Potosí).
- Ricciardelli, L.A. y McCabe, M.P. (2011). Body Image Development in Adolescent Boys. En Cash, T. F. y Smolak, L. (Eds.), *Body Image, Second Edition: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*, (85-92). Ney York: The Guilford Press.
- Rodriguez-Testal, J.F., Carrasco, M.A., del Barrio, M.V., y Catalán, M. C. (2002). Errores cognitivos en jóvenes y su relación con la sintomatología depresiva. *Anuario de psicología*, 33(3), 409-432. Recuperado de:  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=275511>
- Salaberria, K., Rodríguez, S., y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183. Recuperado de: <http://hedatuz.euskomedia.org/4564/1/08171183.pdf>
- Tapia, F.L. (2008). TCAE en la unidad de quemados. Malaga, España: Vértice,

- Tintaya, P. (2008). *Proyecto de Investigación*. La Paz, Bolivia: Gráfica Singular.
- Tintaya, P. (2011). "Identidad mestiza, ¿Quién la necesita?". En Rivero, V. (Coord.), *Colección Horizontes en psicología 6-Psicología Cultural II-Saberes e identidades*, (15-66). La Paz, Bolivia: Gráfica Singular.
- Tintaya, P. (2011). Investigaciones estructuradas y emergentes. En Tintaya, P. (Coord.), *Colección Horizontes en psicología 5-Problemas metodológicos en psicología*, (11-65). La Paz, Bolivia: Gráfica Singular.
- Torres, F., Pompa, E., Meza, C., Ancer, L., y González, M. (2010). Relación entre autoconcepto y apoyo social en Estudiantes Universitarios. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 5(2), 298-307. Recuperado de: [http://www.spentamexico.org/v5-n2/5\(2\)298-307.pdf](http://www.spentamexico.org/v5-n2/5(2)298-307.pdf)
- Valsiner, J., y Van der Veer, R. (1996). Desde el sesgo hasta el self: perspectivas comunes en las sociopsicologías de George Herbert Mead y Lev Vygotski. En Páez, D. & Blanco, A. (Eds.) *La teoría sociocultural y la psicología social actual*, (63-74). España: Gráficas Rogar, Navalcarnero
- Véliz, A. L. (2010). *Dimensiones del Autoconcepto en estudiantes chilenos: un estudio psicométrico*. (Tesis doctoral, Universidad del país Vasco). Recuperado de: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?fichero=19823>
- Waslick, B., Kandel, R., y Kakourous, A. (2003). La depresión en niños y adolescentes. En Shaffer, D., y Waslick, B. (Eds.). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*, (1-39). Barcelona: Ars Médica.
- Wertheim, E.H., y Paxton, S.J. (2011). Body Image Development in Adolescent Girls. En Cash, T. F. y Smolak, L. (Eds.), *Body Image, Second Edition: A Handbook of Science, Practice, and Prevention*, (76-84). Ney York: The Guilford Press.

World Health Organization. (2008). *World report on child Injury prevention*. Geneva: Pedden, M. et al. (Eds). Recuperado de:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf)

# ANEXOS

**ANEXO A1**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES DE LOS/LAS  
ADOLESCENTES**

**Título: Imagen corporal, autoconcepto y depresión en adolescentes con secuelas de quemadura**

**Investigador: Raúl Ernesto Arancibia Benavides**

Estimado/a señor/a, su hijo/a está siendo invitado/a a participar en una investigación que tiene el objetivo de medir la imagen corporal, el autoconcepto y la posible presencia de indicadores de depresión en adolescentes con secuelas de quemadura.

Esta investigación pretende conocer la situación de los adolescentes con secuelas de quemadura, tiempo después de la etapa de hospitalización, intentando describir la manera en que podría repercutir la presencia de las secuelas de quemadura en el cuerpo, a nivel de las variables anteriormente mencionadas.

Esta investigación es realizada por Raúl Ernesto Arancibia Benavides, egresado de la carrera de psicología de la Universidad Mayor de San Andrés.

La investigación podrá favorecer la creación de propuestas de atención y seguimiento a mediano y largo plazo, a nivel de un proceso de rehabilitación psicosocial paralelo y complementario a la rehabilitación médica.

Su hijo/a fue seleccionado/a debido a que fue atendido/a anteriormente en la fundación Pro Centro del Quemado. Se espera que la muestra del estudio esté conformada por aproximadamente 20 personas adolescentes de ambos sexos.

Si usted acepta la participación de su hijo/a, se le solicitará que permita que él/ella siga el procedimiento de la investigación, que consiste en contestar una ficha de datos personales, participar en las entrevistas y los cuestionarios referidos a la imagen corporal, el autoconcepto y la depresión, así como una sección de pruebas gráficas. El procedimiento durará 1 hora 30 minutos aproximadamente, por lo que resulta conveniente coordinar dos sesiones de evaluación, de acuerdo con su disponibilidad de tiempo.

Los datos que su hijo/a proporcione son absolutamente anónimos y confidenciales, es decir, la información se unirá al conjunto de datos del grupo de pacientes entrevistados, sin que se pueda identificar individualmente a las personas una vez finalizado el estudio, y servirá para la investigación. Si desea conocer los resultados de la investigación, será informado/a una vez finalizado el estudio. Cualquier información adicional que desee conocer, le será facilitada por la persona responsable de la investigación en cualquier momento, durante su participación.

La participación en este estudio no es obligatoria, es voluntaria, pudiendo su hijo/a retirarse en cualquier momento si lo considera conveniente. Ninguna de las pruebas que se le aplique será perjudicial, es decir, el procedimiento no genera daños previsibles a la salud del participante o de su familia.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento la participación de mi hijo/a en esta investigación

-----  
Firma del padre, madre o apoderado

**ANEXO A2**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS/LAS ADOLESCENTES**

**Título: Imagen corporal, autoconcepto y depresión en adolescentes con secuelas de quemadura**

**Investigador: Raúl Ernesto Arancibia Benavides**

Estás siendo invitado/a a participar en una investigación que tiene como objetivo medir la imagen corporal, el autoconcepto e identificar la posible presencia de indicadores de depresión en adolescentes con secuelas de quemadura.

Esta investigación pretende conocer la situación de los/las adolescentes con secuelas de quemadura, tiempo después de la etapa de hospitalización, intentando describir la manera en que podría repercutir la presencia de las secuelas de quemadura en el cuerpo, sobre la percepción de sí mismos, los pensamientos y sentimientos relacionados con la visión del propio cuerpo, cómo podría afectar en el autoconcepto e identificar algún tipo de malestar o consecuencia emocional.

Esta investigación es realizada por Raúl Ernesto Arancibia Benavides, egresado de la carrera de psicología de la Universidad Mayor de San Andrés.

La investigación podrá favorecer la creación de propuestas de atención y seguimiento a mediano y largo plazo, a nivel de un proceso de rehabilitación psicosocial paralelo y complementario a la rehabilitación médica.

Fuiste seleccionado/a para participar debido a que anteriormente recibiste atención médica en la Fundación Pro Centro del Quemado. Se espera que el estudio esté conformado por aproximadamente 20 personas adolescentes.

Si tú aceptas participar, se te solicitará que contestes una ficha de datos personales, entrevistas y cuestionarios referidos a la imagen corporal, el autoconcepto y la depresión, así como una sección de pruebas gráficas. El procedimiento durará 1 hora 30 minutos aproximadamente, por lo que resulta conveniente coordinar dos sesiones de evaluación de acuerdo con tu disponibilidad de tiempo.

Los datos que brindes son anónimos y confidenciales, es decir, la información se unirá al conjunto de datos del grupo de pacientes entrevistados, sin que se pueda identificar individualmente a las personas, y servirá para la investigación.

Si deseas conocer los resultados de la investigación, te informaremos una vez finalizado el estudio. Cualquier información adicional que desees conocer, te será brindada consultando a la persona responsable de la investigación en cualquier momento.

Tu participación en este estudio no es obligatoria, es voluntaria, puedes retirarte en cualquier momento si tú lo desees. Ninguna de las pruebas te ocasionará daño alguno, no será perjudicial para ti, ni para tu familia.

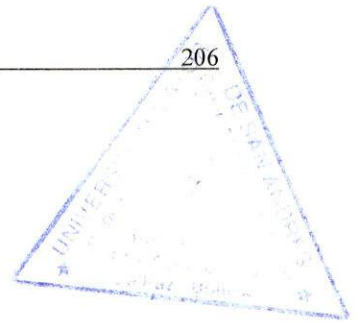
He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente deseo participar en este estudio.

-----  
Firma del adolescente



ANEXO A3

GUÍA DE ENTREVISTA



GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE IMAGEN COPORAL

Nombre:.....Sexo: 1.Femenino.....2.Masculino.....Edad.....  
Personas con las que vive:.....Escolaridad: Si....No....Curso:.....  
Fecha de la entrevista:...

**Tópicos de la entrevista (Preguntas generales)**

1. Evaluación de la apariencia: ¿Cómo te ves a ti mismo? (pregunta desarrollada de manera escrita en la técnica de composición “Cómo te ves a ti mismo”, que es profundizada en la entrevista); ¿Cómo te describes físicamente (óomo te ves físicamente)?

1.1. Creencias sobre la presencia de la quemadura en el cuerpo: ¿Qué es para ti tener una secuela de quemadura? (pregunta desarrollada de manera escrita en el cuestionario sobre la percepción de la secuela de quemadura, que es profundizada en la entrevista)

2. Percepción de la valoración de las personas sobre su apariencia física: ¿Cómo crees que otras personas (familiares, amigos, compañeros de colegio, etc.) te ven (en relación a tu cuerpo, a tu apariencia)? ¿Cómo te sientes cuando te miran? ¿Cómo crees que te afecta la forma en que los demás te ven? ¿Te preocupa que alguna persona diga algo sobre tu apariencia física, o sobre alguna parte de tu cuerpo?

3. Satisfacción con su apariencia física

Agrado y bienestar con la apariencia física: ¿Cómo te sientes con tu apariencia física? o ¿Cómo te sientes cuando te miras al espejo? ¿Hay alguna parte que te gusta más o alguna que te gusta menos de tu cuerpo? ¿Te gustaría cambiar alguna parte de tu cuerpo? ¿Hay alguna parte con la que no estés satisfecho?

Percepción de atractivo: ¿Tú crees que es importante la apariencia física? ¿Por qué? ¿Te consideras atractiva/o, simpático/a?

Preocupaciones sobre su cuerpo: ¿Con que frecuencia piensas en la forma de tu cuerpo, en tu apariencia física? ¿Con qué frecuencia piensas en la secuela de quemadura? ¿En qué momentos?

4. Conductas secundarias: ¿Evitas que otras personas te miren (tu cuerpo o alguna parte de este)? ¿Cómo lo haces? ¿Evitas mirar tu cuerpo o alguna parte de este? ¿Qué ha sido lo más difícil para ti, en qué ha afectado la secuela de quemadura? ¿Qué crees que te ayudó a salir adelante? ¿Qué hiciste para sobrellevarlo?



**ANEXO A5 CUESTIONARIO SEMI-ESTRUCTURADO**

**CUESTIONARIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LAS SECUELAS DE QUEMADURA**

Nombre:.....Sexo: 1. Fem....2.Masc....Edad:.....  
Escolaridad: Si....No....Curso:.....Fecha de realización:.....

A continuación encontrarás tres preguntas referidas a los sentimientos y significados que producen en ti las secuelas de quemadura en el cuerpo. No existen respuestas verdaderas o falsas. Es importante responder con sinceridad.

**¿QUÉ ES PARA TÍ TENER UNA SECUELA DE QUEMADURA?**

-----  
-----  
-----  
-----

**¿CÓMO TE SIENTES POR TENER ALGÚN TIPO DE SECUELA DE QUEMADURA?**

-----  
-----  
-----  
-----

**¿CÓMO CREES QUE SE SIENTEN LOS NIÑOS/AS Y LOS /AS JÓVENES QUE TIENEN UNA SECUELA DE QUEMADURA?**

-----  
-----  
-----  
-----

**ANEXO A 6**

**CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO AF-5 (GARCÍA Y MUSITU, 1999)**

Nombre:.....Sexo: 1. Fem....2.Masc....Edad:.....  
Escolaridad: Si....No....Curso:.....Fecha de realización:.....

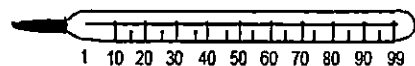
**INSTRUCCIONES GENERALES**

A continuación encontrarás una serie de preguntas relacionadas con el Autoconcepto.

No hay respuestas verdaderas o falsas, responde lo que pienses sinceramente. Es muy importante que contestes todas las preguntas, valorando de 0 a 99 en función del grado en que estés de acuerdo con el contenido de la pregunta, a mayor acuerdo mayor puntuación.

A modo de ejemplo tenemos:

1. Solo voy a hacer deporte cuando estoy de buen humor



--	--

Si señalaras el 0, querría decir que estás en total desacuerdo con la pregunta:

1. Solo voy a hacer deporte cuando estoy de buen humor

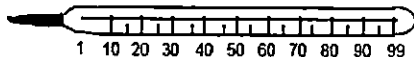
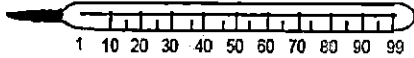
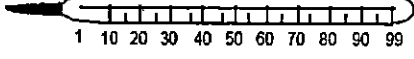
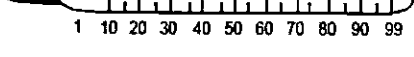
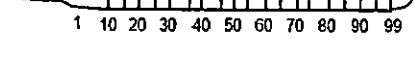
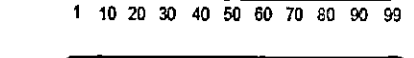
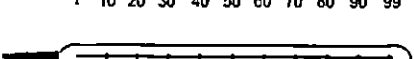
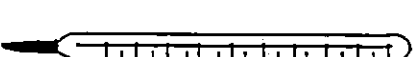
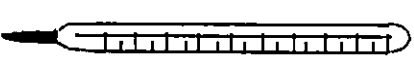
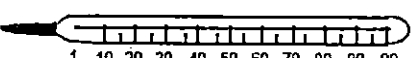
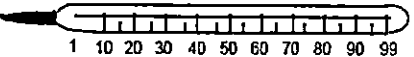
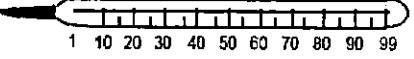
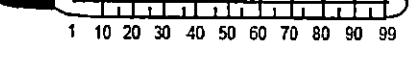
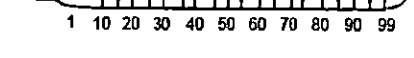
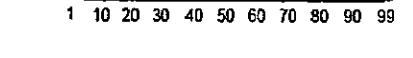

Si pusieras el 99 estarías totalmente de acuerdo con la pregunta:

1. Solo voy a hacer deporte cuando estoy de buen humor

**ANOTA LA PUNTUACIÓN QUE MÁS SE APROXIME A LO QUE TU CREES.**

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**

CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO AF -5

1. Consigo fácilmente amigos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hago bien los trabajos escolares (profesionales)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo miedo de algunas cosas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Soy muy criticado/a en casa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me cuido físicamente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Soy una persona amigable		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mis superiores (profesoras/es) me consideran un buen trabajador/a		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Muchas cosas me ponen nerviosa/o		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me siento feliz en casa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me buscan para realizar actividades deportivas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Es difícil para mí hacer amigos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Trabajo mucho en clase (en el trabajo)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me asusto con facilidad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mi familia está decepcionada de mí		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me considero elegante		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Soy un chico/a a legre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Mis superiores (profesoras/es) me estiman		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Cuando los mayores me dicen algo me pongo muy nerviosa/o		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mi familia me ayudaría en cualquier tipo de problemas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me gusta como soy físicamente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Me cuesta hablar con desconocidos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Soy un buen trabajador/a (estudiante)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me pongo nerviosa/o cuando me pregunta el profesor/a (superior)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Mis padres me dan confianza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Soy buena/o haciendo deporte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tengo muchos amigos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Mis profesores/as (superiores) me consideran inteligente y trabajador/a		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Me siento nervioso/a		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Me siento querido/a por mis padres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Soy una persona atractiva		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Items extraídos de Esteve (2005, pp. 551, 552, 553)

ANEXO A 7

**INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL DE KOVACS (CDI)**

Nombre:.....Sexo: 1. Fem....2.Maśc....Edad:.....

Escolaridad: Si...No....Curso:.....Fecha de realización:.....

# CDI

## INSTRUCCIONES

Los chicos y chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas. De cada grupo, señala una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA** cómo te has sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS**. Una vez que termines con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente señala la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS SENTIDO** últimamente. Pon una equis (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta.

Hagamos un ejemplo. Pon una equis junto a la frase que **MEJOR** te describa:

**EJEMPLO:**

- Siempre leo libros
- De vez en cuando leo libros
- Nunca leo libros

**RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.**

**DE LAS TRES FRASES QUE SE PRESENTAN EN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.**

**PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE.**



<p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> De vez en cuando estoy triste.</li> <li><input type="radio"/> Muchas veces estoy triste.</li> <li><input type="radio"/> Siempre estoy triste.</li> </ul>	<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Nunca me va a salir nada bien.</li> <li><input type="radio"/> No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien.</li> <li><input type="radio"/> Las cosas me van a salir bien.</li> </ul>
<p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> La mayoría de las cosas las hago bien.</li> <li><input type="radio"/> Muchas cosas las hago mal.</li> <li><input type="radio"/> Todo lo hago mal.</li> </ul>	<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Muchas cosas me divierten.</li> <li><input type="radio"/> Algunas cosas me divierten.</li> <li><input type="radio"/> Nada me divierte.</li> </ul>
<p>5.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Siempre soy malo o mala.</li> <li><input type="radio"/> Muchas veces soy malo o mala.</li> <li><input type="radio"/> Algunas veces soy malo o mala.</li> </ul>	<p>6.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> A veces pienso que me pueden pasar cosas malas.</li> <li><input type="radio"/> Me preocupa que pasen cosas malas. Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.</li> </ul>
<p>7.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Me odio.</li> <li><input type="radio"/> No me gusta como soy.</li> <li><input type="radio"/> Me gusta como soy.</li> </ul>	<p>8.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Todas las cosas malas son por mi culpa.</li> <li><input type="radio"/> Muchas cosas malas son por mi culpa.</li> <li><input type="radio"/> Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.</li> </ul>
<p>9.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No pienso en matarme.</li> <li><input type="radio"/> Pienso en matarme pero no lo haría.</li> <li><input type="radio"/> Quiero matarme.</li> </ul>	<p>10.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Todos los días tengo ganas de llorar.</li> <li><input type="radio"/> Muchos días tengo ganas de llorar.</li> <li><input type="radio"/> De vez en cuando tengo ganas de llorar.</li> </ul>
<p>11.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Siempre me preocupan las cosas.</li> <li><input type="radio"/> Muchas veces me preocupan las cosas.</li> <li><input type="radio"/> De vez en cuando me preocupan las cosas.</li> </ul>	<p>12.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Me gusta estar con la gente.</li> <li><input type="radio"/> Muchas veces no me gusta estar con la gente.</li> <li><input type="radio"/> Nunca me gusta estar con la gente.</li> </ul>
<p>13.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No puedo decidirme.</li> <li><input type="radio"/> Me cuesta decidirme.</li> <li><input type="radio"/> Me decido fácilmente.</li> </ul>	<p>14.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Soy simpático o simpática.</li> <li><input type="radio"/> Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.</li> <li><input type="radio"/> Soy feo o fea.</li> </ul>

<p>15.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Siempre me cuesta hacer las tareas.</li> <li><input type="radio"/> Muchas veces me cuesta hacer las tareas.</li> <li><input type="radio"/> No me cuesta hacer las tareas.</li> </ul>	<p>16.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Todas las noches me cuesta dormir.</li> <li><input type="radio"/> Muchas veces me cuesta dormir.</li> <li><input type="radio"/> Duermo muy bien.</li> </ul>
<p>17.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> De vez en cuando estoy cansado o cansada.</li> <li><input type="radio"/> Muchos días estoy cansado o cansada.</li> <li><input type="radio"/> Siempre estoy cansado o cansada.</li> </ul>	<p>18.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer.</li> <li><input type="radio"/> Muchos días no tengo ganas de comer.</li> <li><input type="radio"/> Como muy bien.</li> </ul>
<p>19.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No me preocupan el dolor ni la enfermedad.</li> <li><input type="radio"/> Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad.</li> <li><input type="radio"/> Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad.</li> </ul>	<p>20.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Nunca me siento solo o sola.</li> <li><input type="radio"/> Muchas veces me siento solo o sola.</li> <li><input type="radio"/> Siempre me siento solo o sola.</li> </ul>
<p>21.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Nunca me divierto en el colegio.</li> <li><input type="radio"/> Sólo a veces me divierto en el colegio.</li> <li><input type="radio"/> Muchas veces me divierto en el colegio.</li> </ul>	<p>22.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Tengo muchos amigos.</li> <li><input type="radio"/> Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.</li> <li><input type="radio"/> No tengo amigos.</li> </ul>
<p>23.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Mi trabajo en el colegio es bueno.</li> <li><input type="radio"/> Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.</li> <li><input type="radio"/> Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien.</li> </ul>	<p>24.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Nunca podré ser tan bueno como otros niños.</li> <li><input type="radio"/> Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.</li> <li><input type="radio"/> Soy tan bueno como otros niños.</li> </ul>
<p>25.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Nadie me quiere.</li> <li><input type="radio"/> No estoy seguro de que alguien me quiera.</li> <li><input type="radio"/> Estoy seguro de que alguien me</li> </ul>	<p>26.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Generalmente hago lo que me dicen.</li> <li><input type="radio"/> Muchas veces no hago lo que me dicen.</li> <li><input type="radio"/> Nunca hago lo que me dicen</li> </ul>
<p>27.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Me llevo bien con la gente.</li> <li><input type="radio"/> Muchas veces me peleo.</li> <li><input type="radio"/> Siempre me peleo.</li> </ul>	

**ANEXO B**

**CARTA INSTITUCIONAL DE AUTORIZACIÓN PARA  
REALIZACIÓN DE TESIS**



**Fund Acción**  
Pro Centro del Quemado

PERSONERIA JURIDICA R.S. 192826 DE 26/06/80  
REGISTRO VIPFE O.N.G. N° 410

La Paz 15 de julio de 2013

CITE: DEJ/070/2013

Consultorio  
Plaza Isabel la Católica  
Ed. Mercedes N° 2498  
Piso 1 of. C  
Telf. 591 - 2 - 2444405  
Casilla postal 7365  
fundaccionbolivia@hotmail.com  
La Paz - Bolivia  
Sud América

Oficina  
C. Rosendo Reyes Barbero  
Pasaje J No. 50  
Cota-cota  
Tels. 591-2-7799975  
591-2-7790962  
Fax. 591-2-7773544

Señora.

**Lic. Susana Aramayo**

**Directora de la Carrera de Psicología**

**Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación**

**Universidad Mayor de San Andrés**

Presente.-

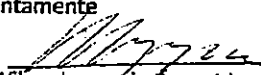
**Ref. - Certificación de autorización para la realización de tesis de licenciatura**

Distinguida Señora Directora:

A tiempo de saludarle, me dirijo a usted y a la Carrera de Psicología de la UMSA para certificar que el universitario egresado de la Carrera de Psicología Raúl Ernesto Arancibia Benavides, ha sido autorizado para realizar en la institución que dirijo; el trabajo de campo de la tesis de licenciatura titulada "Imagen Corporal, Auto concepto y Depresión en adolescentes con secuelas de quemaduras atendidos en la Fundación pro Centro del Quemado (Fund Acción)". Asimismo, se le brindó información médica, orientación sobre algunos criterios referentes a dicha población y se le facilitó el contacto con los pacientes que acuden a nuestra institución, así como sus familiares.

Cabe destacar que previamente el estudiante se acercó con su propuesta de investigación a comienzos de la gestión 2012, luego de ello tras el conocimiento de la población de estudio, fue definido el título de dicho estudio, precisando las unidades de observación, las variables del estudio y el tipo de investigación.

Sin otro particular y felicitando por sus laborales académicas me despido con un cordial saludo. Atentamente

  
Dra. Wilma Lopez de Benavides

DIRECTORA EJECUTIVA FUND ACCION

c/c Arch.

