

" El proceso de deterioro de la imagen corporal en la
esquizofrenia simple, detectado mediante el Test de
la Figura Humana ".



Tesis Profesional.

Presentada por : Rogelio Aguirre Bortoni

Asesores: Lic. Anne Marie Brüggmann

Lic. Haroldo Elorza

U.N.A.M.

1980.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



£5053.08
UNAM 89
1980

M.- 23282

Apr. 642

AGRADECIMIENTOS:

Este trabajo de investigación fué asesorado por la Lic. --
Anne Marie Brüggmann y por el Lic. Haroldo Elorza.

A la primera le debo la conducción y asesoría global del trabajo.
Al segundo la asesoría en el manejo de los asuntos de la Estadística.

El panorama, en este plano de la asesoría no pudo ser más grato:
abundancia -riqueza- de comentarios agudos, signos, claves, silencios decifrados, gratas horas de compañía y trabajo, persistente visión profesional, clara intención -precisa- de sembrar la semilla, no de la seguridad conceptual sino de la inquietud perceptual: hay que ver bien antes de hablar, lo que vemos es -engañoso.

La transcripción a máquina devino en acto de traducción: de creación. La heroína de la empresa: Micaela Islas.

Finalmente, los pacientes.

No tengo palabras, sí sentimientos. Quién pudiera dedicarles tiempo, esfuerzos: ubicarse en su realidad.

La enseñanza, la experiencia (¿Cuál es la diferencia ?) obtenida en el contacto con ellos no está descrita aquí. Imposible. La memoria -la mía, la colectiva- se encargará de sacralizar el sentido de sus vidas.

A Homero y Beatriz, mis padres.

Con orgullo por doble partida:

el egoista, el mío, el de ver un feliz termino a tantas cosas.

El otro, el de ustedes, el de las esperanzas sembradas, el de las preocupaciones y desvelos que cristalizan hoy por hoy.

Misión Cumplida.

I N D I C E

		PAG.
	SUMARIO	
I.-	INTRODUCCION	1
II.-	PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS	5
III.-	REVISION TEORICA.	
	Definición	6
	Etiología	15
IV.-	LA IMAGEN CORPORAL	
	Definición	20
	Formación:	
	La Teoría Epistemológico-Genética	24
	La Teoría Psicoanalítica	31
	Otras Teorías	40
	Deterioro	47
	Los Tests Gráficos	53
	El Test DFH	57
V.-	PRINCIPALES INTERROGANTES	
	Relación entre puntajes y escolaridad	61
	Relación entre la edad y el deterioro de la imagen corporal	62
	El deterioro porcentual	64
	El tamaño de las figuras dibujadas	64
	La ubicación espacial de las figuras	65
	La diferenciación sexual de las figuras	65
VI.-	METODO	66
VII.-	PROCESAMIENTO ESTADISTICO	71
VIII.-	RESULTADOS	84
IX.-	DISCUSION	100
X.-	CONCLUSIONES	107
	ANEXOS	116
	BIBLIOGRAFIA	125

... si el hombre se ha convencido que no es tan fácil
ocultar el cuerpo bajo los vestidos, y sobretudo
que intenta suprimir lo que el atuendo tiene como
símbolo de una clase o estado social, queda la --
figura humana como el instrumento más autentico y
desnudo para revelar u ocultar la intimidad ".

j.j. lópez ibor

S U M A R I O .

Se estudiaron dos grupos de pacientes varones, mayores de edad, hospitalizados con el Diagnóstico de Esquizofrenia tipo simple. El primer grupo (" A ") -- integrado por 34 pacientes de 20 a 29 años de edad; y el segundo grupo (" B ") por 31 pacientes de 40 a 49 años. Cada uno de ellos dibujó una figura Masculina (H) y una Femenina (M) haciendo un total de 130 dibujos.

Se aplicó la Escala de Goodenough-Harris para calificar los dibujos. Con los resultados se aplicaron medidas Estadísticas para obtener:

- a). El porcentaje de deterioro inter e intragrupal e inter e intrafigural
- b). la correlación entre los puntajes obtenidos y el nivel de Escolaridad (prueba " F "). Además, se comparó el tamaño, la ubicación espacial y se detectó la diferenciación sexual de las figuras.

Se encontró que el deterioro de ambos grupos con respecto al puntaje máximo obtenible por figuras supera al 50% . Se comprobó que no existía relación alguna entre los puntajes obtenidos y los niveles de Escolaridad. El tamaño promedio de las figuras fué de 14 cm. en el grupo " A " y de 13 cm. en el grupo " B " cuando en situaciones normales esta medida alcanza los 19 o 20 cm.. La mayoría de los dibujos se orientan en el ángulo superior izquierdo de la hoja (85% de los casos).

Finalmente, la capacidad de diferenciar sexualmente las figuras presentó un deterioro, pues mientras que el 82% de los pacientes del grupo " A " realizó esa diferenciación, solamente el 48% de los del grupo " B " lo hizo.

Se comprobó que en la Esquizofrenia Simple hay un deterioro notable de las funciones intelectuales y que abarca el concepto que el sujeto tiene de sí mismo.

Este deterioro es progresivo y la prueba de F. Goodenough demostró ser útil para detectar este proceso patológico.

I. INTRODUCCION.

La investigación presente acerca de la imagen corporal en pacientes diagnosticados como Esquizofrénicos del tipo simple, tiene una gestación larga y se origina en el contacto con pacientes psiquiátricos hospitalizados (del sexo masculino), y con los problemas que implica todo cuestionamiento acerca de su mundo específico -- tan amplia y profundamente estudiado por la Psicología -- Clínica y disciplinas afines como la Psiquiatría y el -- Psicoanálisis. El tema no representa ninguna novedad -- para aquellos interesados y que se mantienen al día en información . Por el momento resulta muy importante -- aclarar las motivaciones que me indujeron a realizar es ta tarea y que tienen mucho que ver con intereses tanto personales como profesionales.

I.1. Motivo del Estudio.

I.1.1. Profesionales:

Mis razones profesionales son múltiples y variadas. En primer lugar quiero mencionar que de acuerdo a las estadísticas del Hospital en que fué llevado a cabo el estudio (Hospital Psiquiátrico Campestre " Dr. Samuel Ramírez Moreno " de la Secretaría de Salubridad y Asistencia) un 20% aproximado de la población se encuentra hospitalizado con ese diagnóstico, por lo que es un número bastante importante y que, además de acuerdo a los 50-

mentarios de los Psiquiatras con experiencia que trabajan en el lugar, es una población destinada inexorablemente a volverse " crónica "; es decir: a permanecer mucho tiempo en el Hospital.

Este tipo de pacientes, además, poseen un bajo nivel socio-económico y -por lo tanto- educativo, por lo que en la práctica cotidiana del Psicólogo Clínico resulta difícil, en ocasiones, realizar una valoración Psicológica completa, quedando como único recurso (a nivel de aplicación de pruebas) que el paciente dibuje una figura humana o algo similar que no incluya respuestas verbales de cierta complejidad o el entendimiento de oraciones o preguntas complejas para ellos (la mayoría no entienden las preguntas, --- contestando otra cosa o simplemente no contestando). Si a su bajo nivel educativo añadimos el grado de deterioro producido por su enfermedad, el panorama es más deplorable. En síntesis, una prueba de tipo gráfico ofrecía -a nivel -- profesional- un buen camino para examinar algunos aspectos de su patología psíquica.

1.1.2. Personales:

El trato continuo y cotidiano con estos pacientes me planteó un sinúmero de interrogantes que de alguna manera tenía que resolver para disminuir la angustia natural que acompaña al desconocimiento y la duda. Convencido de la técnica a utilizar, entendí que se trataba de encontrar alguna res-

puesta en el estudio de una experiencia primigenia y --
común a todos: la experiencia del cuerpo y sus connota
ciones mentales o psíquicas. Acercarme a su mundo --reto
ineludible en el trabajo diario-- era acercarme en primer
lugar a sus cuerpos. Estar con ellos era con-vivir, com-
partir los cuerpos de unos y de otros, compartir las pre-
sencias físicas y afectivas. La pregunta básica era: ¿co
mo se conciben a sí mismos ? .

La segunda convicción era de que esa experiencia del cuer-
po es el fundamento de muchas experiencias y vivencias --
posteriores que determinan las bases y el desarrollo de -
la personalidad.

En gran medida-- y ésta es la tercera convicción-- la idea
que tenemos de nosotros mismos parte de la idea que tene--
mos de nuestro cuerpo. Entender algo de la dinámica del -
Esquizofrénico representaba, en primer término, localizar
de manera objetiva y mensurable la idea que tiene de sí --
mismo a través de la expresión gráfica, en este caso con-
creto, mediante el dibujo de la figura humana.

Confío en que las razones anteriormente expuestas son de --
suficiente peso para justificar mi trabajo y las intencio--
nes del mismo. Los resultados del trabajo hablarán por sí
mismos de mi interés personal y profesional (indisociables
a estas alturas) y de la modesta aportación que pudiera --

obtenerse como corolario final que motive a más personas a insistir sobre el tema tan complejo, tan variado y tan sutilmente sugestivo, como lo es el de la Esquizofrenia y -- también de igual importancia-- el del papel que juegan las pruebas psicológicas en la comprensión del problema.

II. PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS.

Gran parte de este trabajo consiste en cuantificar --según las técnicas mencionadas más adelante-- el esquema --mental o idea que el Esquizofrénico simple tiene de su --cuerpo. La hipótesis principal que sustento aquí es que ese esquema mental que tienen de sí mismos (o Autoimágen corporal) se deteriora con el tiempo. Es decir, que ocurre lo contrario a lo que le sucedería a una persona normal en situaciones en las que necesariamente se va enriqueciendo la idea que tiene de sí misma debido al contacto --continuo con el medio ambiente social y familiar. Estos --pacientes, contrariamente a lo que ocurre en la vida de relación, empobrecen la idea global que tienen de sí mismos -- de modo paulatino -- a partir de como viven su mundo --- exterior y su persona misma.

III. REVISION TEORICA.

III.1. La Esquizofrenia Simple.

III.1.1. Definición:

La Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades elaborada por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en 1975 define la Esquizofrenia Simple de la siguiente manera: "Psicosis con despliegue gradual de conducta extravagante, incapacidad para afrontar las demandas de la Sociedad y declinación en el desempeño total. Las ideas delirantes no se ponen en evidencia y el estado psicótico es menos obvio que en los tipos hebefrénico, catatónico y paranoide de la Esquizofrenia. Con el progresivo empobrecimiento social, el paciente puede dedicarse a la vagancia y tornarse ensimismado, perezoso y carente de objetivos ". (1-Págs. 194 y 195). La definición de la O.M.S. habla de tres grandes factores en juego en la caracterización de este tipo de enfermedad; a saber:

1. Ausencia explícita de ideas delirantes.
 2. Despliegue gradual de la enfermedad; y
 3. Progresivo empobrecimiento social e interpersonal que se manifiesta en la incapacidad para afrontar las demandas de la sociedad, llámense
- situación básica o elemental a nivel

escolar, desempeño en alguna área laboral - específica, cumplimiento de roles sociales y familiares específicos como el de hijo, hermano, amigo, esposo, etc.

Aunque la historia del estudio de este tipo de enfermedades ya es larga y abundante el material escrito sobre la misma, me limitaré a citar algunos autores importantes, cuyas obras y opiniones fundadas en su experiencia personal o grupal, sirven para aclarar la visión que se tiene actualmente sobre la enfermedad. Henry Ey y colaboradores la definen como una " forma menor " entre -- las Esquizofrenias y enumeran sus más importantes características clínicas: " ... corresponde a una evolución que progresa muy lentamente ... por lo general se hace -- en diez, quince años o más, y termina en una forma de -- déficit simple. En los antecedentes del sujeto se encuentran los rasgos de carácter esquizoide (el aislamiento, la introversión, la rareza, la rigidez, etc.). Los que lo rodean a menudo están alerta, bien porque el paciente se queja de trastornos somáticos vagos y múltiples, bien porque cae en una apatía o en una inercia invencibles. Pero esta fatiga o esta depresión cubren una serie de -- posiciones psicóticas ya antiguas: desinterés hacia una actividad perseguida automáticamente, apragmatismo sexual, conducta afectiva paradójica (frialdad, brutalidad con -- sus allegados, por ejemplo.) ... Casi siempre es posible --

aunque a veces muy difícil, captar en el curso de esta evolución una cierta actividad delirante o alucinatoria de forma discreta que los que le rodean ni siguiera -- habían notado ". (2-Págs. 576-577).

Estos autores afirman además, que para este tipo específico de Esquizofrenia, el pronóstico es, en promedio, -- negativo, pues es una forma de enfermedad que tiene comienzo incidioso y lentamente progresivo. " Alrededor del 50% de los casos terminan, después de una duración más o menos larga, en un estado más o menos vecino a la demencia... un estado de decadencia donde se mezclan la inercia, la rareza de los propósitos y de las conductas, con un rechazo más o menos activo para salir del autismo" . (Ibidem- Pág. 583). En contraposición, las formas cíclicas e intermitentes (éste no es el caso) se reservan mejor pronóstico y mejoría. La definición de Ey y Colaboradores concuerda casi en todos sus aspectos con la de la O.M.S. y con la mayoría de los autores investigados. W. Mayer Gross y sus colaboradores señalan de nueva cuenta las características principales de la enfermedad: -- "... el cuadro clínico se desarrolla ordinariamente de una manera insidiosa y no presenta los síntomas de tipo más florido ... la superficialidad de la respuesta emocional (su poca profundidad), la indiferencia o el encallecimiento combinados con la ausencia de voluntad son los principales síntomas ... la enfermedad progresa durante años y lleva lentamente a la destrucción de la personalidad ".

(15- Págs. 397, 398 y 399).

Otros autores clásicos coinciden con las definiciones anteriores. De muy similar manera lo exponen Noyes y Kolb (17- Pág. 406); E. Minkowski (16- Págs. 125, 128 y 129); H. S. Sullivan (23- Págs. 232 y 239); entre otros tantos autores. Aunque, como se dijo al principio, los estudios sobre el tema actualmente son múltiples, resulta innecesario y redundante citar a -- otros tantos más, pues de alguna manera u otra existe -- entre ellos un consenso general y universalmente acepta do sobre las características de la enfermedad. La gran síntesis de casi todas las concepciones serias y actuales que hay sobre la enfermedad, es la de la O.M.S. que es el resultado de investigaciones de años, producidas por gente dedicada y con experiencia en el campo, la su ficiente como para estar respaldada por una organización de prestigio internacional y de carácter normativo.

No se deben pasar por alto dos vertientes en boga en lo que respecta a estudios y experimentos con las distin-- tas formas de Esquizofrenia. Una de ellas es el pensa-- miento " existencialista " cuyos aportes consisten en -- una visión distinta de la enfermedad, considerándo a -- ésta como " una forma más de ser y estar en el mundo " -- (11 -Pág. 335) cuya característica primordial es la --- vivencia específica, es decir: los contenidos de esas -- vivencias del mundo que se refieren a las mismas cosas --

que vivenciamos los normales, pero que en los casos de -
ésta enfermedad, sucede lo que K. Jaspers define como --
" transformaciones del contenido de la vivencia " (Ibi
dem- Pág. 334) . Es decir, el mundo, siendo el mismo -
de todos los humanos, sufre una transmutación o transfor-
mación y se vuelve otro distinto, incomunicable e incom-
prendible para los demás, por lo que en la práctica coti-
diana se habla del " mundo propio " del esquizofrénico -
como algo fuera de este mundo, por la irracionalidad apa-
rente que conlleva como lógica interna, o también de que
el esquizofrénico " se encierra en su mundo " y se ale-
ja del de los normales a los que nos niega el acceso me-
diante un lenguaje poco inteligible (verbal o corporal)
para nuestra mentalidad cotidiana y racional. K. Jaspers
y otros pensadores que siguen la misma línea de pensa-
miento, se colocan en una posición distinta y hacen suya
la sana intención de entender ese " mundo " particular,
atendiendo sobre todo a la categoría de particularidad -
que ofrece cada caso y cada persona que se encuentra en
esta situación especial, intentando " aprehender " la to-
talidad de ese " mundo " construido aparte, y en cierta
medida extremo, pero que sirve como " espejo " de nuestro
mundo por representar una situación humana pero de tipo -
límitrofe y tan cotidiana que se escapa fácilmente al in-

telecto y a todo intento de comprensión fundada en la racionalidad que pretende hacer generalizaciones donde el problema es la particularidad de la visión de las cosas, que se presenta siempre, y ante los ojos de todos, como algo extravagante e irrepetible. Estas concepciones especiales sobre la enfermedad, más cerca de la Filosofía y de la Antropología Filosófica que de la Medicina y de la Psicología tradicional, representan un deseo humanitario y serio de ir más allá de la clasificación de la enfermedad, (toman como dato, sin embargo, el diagnóstico), para comprender al sujeto que vivencia esta forma particular de ser y que actúa en consecuencia directa a ésta visión del mundo.

La otra vertiente interesante por radical y de la que conviene hacer mención por las consecuencias (las más de las veces caóticas) que ha producido su efímera existencia es la llamada -equivocadamente- " Antipsiquiatría ".

" Equivocadamente " llamada así pues el trasfondo de las hipótesis que se manejan no atañen directamente a la validez y confiabilidad demostrada de los tratamientos propios de la Psiquiatría o de los métodos y técnicas de ésta rama de la medicina, sino que son un producto de trabajos críticos que ponen en tela de juicio la concepción clásica de la enfermedad mental -territorio no exclusivo de la Psiquiatría- y los sistemas enajenantes en las relaciones humanas.

No es gratuita la formación " existencial " de los más importantes expositores de esta escuela (R.D. Laing y D. Cooper) cuya temática principal ha sido de tendencia filosófica y crítica. No se intenta hacer una exposición de sus más importantes teorías ni criticar -- abiertamente la metodología y los logros o fracasos de sus trabajos, pues no es tema de este trabajo. Sin em bargo es importante señalar varias cosas:

1. Su sincero interés en las enfermedades menta les y los señalamientos interesantes y agudos que hacen al respecto;
2. Su concepción de la enfermedad mental como - producto de un sistema de relaciones " enfer- mas ";
3. La importancia de la familia enferma como ges tora y promotora de la enfermedad mental;
4. El papel psicodinámico del enfermo mental den tro de un sistema familiar de relaciones ambi valentes;
5. Y finalmente el hecho de que directa o indi-- rectamente, han llamado la atención sobre el - mundo de la enfermedad mental, provocando como reacción positiva que gran cantidad de personas interesadas hayan tomado consciencia de la pro- blemática humana de los pacientes psiquiátricos y se hayan avocado a realizar investigaciones - serias con metodología científica e interdisci- plinaria, obteniendo como producto resultante -

de su preocupación un sinúmero de publicaciones que --
abren nuevos campos en la comprensión de las enfermedad
des mentales (dando prioridad a la Esquizofrenia bajo
sus distintas formas).

A este respecto, cabe aquí mencionar los estudios de --
Erving Goffman, Don D. Jackson, F. Basaglia, entre otros
muchos.

Todas las definiciones mencionadas o las escuelas que --
representan, que pueden aparecer como dispares a primera
vista, tienen en común elementos que no pueden pasar de--
sapercibidos dada la importancia que revisten. En primer
lugar su acercamiento a la realidad inegable de la enfer-
medad mental con una metodología específica y poco discu-
tible que ha tenido y tiene sus implicaciones en la prác-
tica cotidiana de los especialistas en la salud mental;

En segundo término, el hecho de señalar a la enfermedad --
denominada " Esquizofrenia " como uno de los problemas más
complejos y poco comprensibles dentro de las enfermedades
mentales y cuyo estudio promete cada vez más, y esto en --
lo que se refiere no sólo a la " comprensión " de la diná-
mica propia del enfermo, sino sobre todo en cuanto al tra-
tamiento y las técnicas Psicoterapéuticas que modifican --
sensiblemente la relación entre el especialista en salud
mental y el paciente que sufre de la enfermedad.

No cabe duda que en la actualidad, la Esquizofrenia en --

sus distintas manifestaciones representa todo un reto para el verdaderamente interesado en ella. Las definiciones -por más radicales o tradicionales que estas sean- representarán siempre un instrumento válido y confiable para entender la persona del enfermo y sobre todo para - dar la atención y el tratamiento adecuados que requiere el paciente. Resulta incesario invalidarlas del todo. Lo mejor que se puede hacer es conocerlas a fondo y respetar su autoridad, ya que siempre son producto de gentes interesadas y dedicadas a su trabajo profesional. En el último de los casos, representan solamente la -- otra cara de una misma moneda.

III.1.2. Etiología:

En el punto anterior se abordaron las distintas definiciones de la Esquizofrenia Simple a través de autores renombrados y de la O.M.S., máxima autoridad ésta última, en los terrenos de la clasificación y definición de las enfermedades de cualquier índole y a nivel humano. Todas las definiciones abordan el problema - a través de los síntomas más importantes y definitorios, y de la forma de aparición de los mismos, enfatizando las actitudes más relevantes del enfermo frente al medio que lo rodea (familiar, social, laboral, interpersonal, etc.,) y frente a sí mismo.

El siguiente paso lógico a tratar es el del origen de la enfermedad. A este respecto, las disputas, las convergencias y las divergencias son cuantiosas y, en muchas ocasiones, irreconciliables en apariencia.

En este apartado cabe señalar la importancia de la discusión aunque someramente y de manera superficial, pues en los tres últimos decenios se ha acentuado de manera notoria y resulta poco saludable que los Psicólogos Clínicos se mantengan al margen alegando razones de ignorancia o de desinterés. El hecho evidente e irrefutable es que el estudio genérico sobre el origen de la Esquizofrenia ha generado y desarrollado tendencias teóricas y prácticas dentro de la Psiquiatría como de la Psicología y de las Ciencias Sociales en general, que cuestionan --

algunas la validez de las interpretaciones diagnósticas; otras los métodos de estudio, y algunas más radicales, las " ideologías " que subyacen detrás de cada trabajo publicado al respecto. La nota interesante en todo esto es la aguda preocupación -bastante justificable y saludable- de aclarar y definir -- de una buena vez el origen de la enfermedad, delimitando hasta donde sea posible, el factor o factores que intervienen de manera determinante en la aparición y desarrollo de la enfermedad. A este respecto, Don D. Jackson realizó en 1960 una compilación, por lo demás interesante, de los trabajos e investigaciones más importantes sobre el origen de la enfermedad. Para --- acentuar su relevancia, en la introducción al texto, - Jackson menciona que " ... a partir de 1940 han aparecido en la literatura Médica alrededor de 500 trabajos referentes a la etiología de la Esquizofrenia ... " (10- Pág. 9). Jackson seleccionó un grupo de trabajos representativos y en cierto modo complementarios unos de otros en los que se abordan factores etiológicos de tipo Genético (Jan A. Book; Ibidem, Págs. 29 a 42); otros de tipo Bioquímico (L.G. Abood, et all; Ibidem, Págs. 97 a 151) que vienen a representar una de las " escuelas " más controvertidas y criticadas; además se incluyen estudios Fisiológicos en los que se -- investigó el efecto del suero de pacientes Esquizofrénicos en organismos inferiores con resultados perturbadores en los organismos; se añaden otras investiga--

ciones sobre la relación del medio prenatal con los datos estadísticos que se tienen y con experimentos controlados (Nicholas A. Bercel et all; Ibidem, Págs. 163 a 192). Dentro de esta variada gama de investigaciones se encuentran las propiamente Psicológicas en las que se encontraron, más que elementos etiológicos propiamente dichos, deficiencias notorias en varias -- áreas:

- a). En el área intelectual,
- b). En el área del funcionamiento Psicomotor, con localización en la motricidad fina,
- c). En el área de la percepción (con cambios notorios en la percepción del tamaño de las personas),
- d). Serios conflictos en la estructura del concepto de sí mismos (mediante el Rorschach),
- e). Niveles altos de ansiedad que bloqueaban la capacidad de adaptación reduciendola al mínimo,
- f). Y finalmente, poca habilidad para retener lo aprendido.

Las investigaciones de índole Psicológica señalan los deterioros por áreas, lo que implica suponer una etiología de aparición o causas precisas pero que abarca de manera progresiva, distintas áreas del rendimiento mental de los

pacientes estudiados (C.L. Winder y Paul McReynolds; Ibidem, Págs. 195 a 298).

La metodología propia de la Sociología aporta resultados interesantes (John A. Claussen et all; Ibidem, Págs. -- 301-a 326) que han servido de base a otros estudios como los de E. Goffman; y finalmente, las aportaciones sobre la dinámica de la familia del Esquizofrénico que son el resultado de estudios interdisciplinarios de equipos - completos de profesionistas de la Salud Mental y que en la actualidad representan una alternativa compleja y promisoria que puede contestar con buenos elementos a la pregunta básica sobre el origen de la enfermedad.

En síntesis, el texto resulta de suma importancia para el trabajo presente pues la conclusión más ventajosa supone una etiología multifactorial donde significan mucho más los factores de tipo dinámico (familiares, sociales, psíquicos) que otros de tipo más inespecífico como los - orgánicos.

Además de que la mayoría de los autores coinciden en el - origen cronológico de la enfermedad, remontándola a las - primeras experiencias infantiles. A este respecto, se puede suponer que si el origen es infantil, por regla, la enfermedad irá deteriorando diversas áreas de la persona enferma, entre ellas la que se refiere a la autoimagen corporal.

Una segunda ventaja de la concepción multifactorial en la Etiología de la Esquizofrenia es la de que se entiende el ser humano como un todo, o como diría acertadamente A.L. Merani, como un " ser Biopsicosocial ", por lo que la visión del fenómeno completo no queda reducida a sólo un factor de tipo unilateral, sino que se comprueba la interrelación de distintos elementos en juego en la aparición y desarrollo de la enfermedad. Este concepto del ser humano como una unidad Biopsicosocial servirá - como marco de referencia explícito para explicar el origen y desarrollo de la imagen corporal, siguiente tema del trabajo.

IV. LA IMAGEN CORPORAL.

IV.1. Definición:

Para que cualquier persona pueda convivir con los demás, comunicar sus experiencias y vivencias mediante el lenguaje verbal o corporal, y asimilar las experiencias y vivencias de los demás, es necesario que -como punto de partida- tenga una idea de sí mismo como algo real y tangible, y una idea de la existencia también real y tangible de las demás personas que lo rodean y de los objetos materiales que lo circundan cotidianamente. Es decir: para que nos podamos relacionar con los demás es necesario que sepamos algo de lo que somos, de que podemos estar en pie, de que podemos hablar, saludar y realizar un sinúmero de acciones propias de nuestra especie humana. Por principio de cuentas, somos un cuerpo que ocupa un lugar determinado en el espacio, y que tiene límites físicos y reales (la piel) donde -- empiezan y terminan posibilidades de experiencias propiamente humanas. El cuerpo, en su realidad física, tiene en su crecimiento y desarrollo, dimensiones y alcances, después de los cuales no es posible realizar o planear acciones (salvo en la fantasía) fuera de las que posibilita el mismo cuerpo.

Tenemos una idea de nuestro cuerpo -real o deformada- pues con él y mediante él actuamos, caminamos, tocamos y sentimos, aunque nunca estemos plenamente conscien--

tes de esa idea. Con esto quiero decir que nuestra --
movilidad, nuestros sentimientos y acciones dirigidas
a los demás suponen siempre nuestro cuerpo y la idea -
que tenemos de él, particularmente matizada por nuestra
personalidad específica, pero compartiendo con los demás
una variada gama de factores complejos de los que se ha-
blará después. Sabemos que cuando actuamos, somos noso-
tros los que actuamos. Soy yo, con mi cuerpo, el que --
actúa, se mueve en el espacio, siente el frío y el calor,
el placer o el displacer, el dolor, etc.. La idea que -
tengo sobre mi persona y sobre las acciones que realizo -
mediante ella, son parte de la idea que tengo sobre mi --
cuerpo. O más bien: son producto de la imagen que tengo -
sobre mi propio cuerpo. La idea global que tengo de mí -
mismo se origina en la idea que tengo sobre mi cuerpo, --
además de los elementos que en el transcurso de mi vida -
se le han añadido, unos de naturaleza más duradera que --
otros y que son parte de las experiencias en sociedad con
determinada cultura y costumbres, a las que me veo sometido y en las que participo de manera voluntaria y activa.

Al hablar de idea o imagen del cuerpo, se hace referencia
a la representación mental que tengo de mi propio cuerpo
y además de su característica primordial: de que es un -
fenómeno más inconsciente que consciente, que tiene zonas
más cerca de la consciencia que otras, algunas oscuras, -
otras transparentes, unas cargadas de dolor y otras de pla-
cer, etc.. Paul Schilder estudió durante muchos años el -

riencia humana, y lo define así: " Por imagen del cuerpo humano entendemos aquella representación que nos formamos de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos aparece. " (21- Pág. 15). Pero una cosa es el cuerpo tal cual es, y otra es la imagen que tenemos de él. Cuando se habla de la imagen que tenemos de nuestro cuerpo, se habla del aspecto puramente mental, producto de nuestras experiencias vividas con él, y que se transforman en la imagen mental, no sobre el cuerpo tal cual es, sino sobre las vivencias del cuerpo. A la vivencia del cuerpo en relación con los demás, Juan José López Ibor lo llama así; " El cuerpo es el que estudia el Anatomista o el Fisólogo. La Corporalidad es la experiencia vivida, el cuerpo como realidad fenomenológica ... " (13-Pág. 16). López Ibor habla de --- " Corporalidad " para tamizar esa diferencia existente entre el cuerpo y la vivencia del cuerpo. Hay una gran distancia entre la idea de P. Schilder y la de López Ibor: en el primero está implícita la idea de que la imagen mental que tengo de mi propio cuerpo sufrirá cambios y alteraciones en el transcurso de la existencia. El segundo prefiere ser más explícito en el concepto al cambiar lo de " imagen corporal " por lo de " corporalidad ", ya que la idea de imagen puede dar a entender fijeza. " No tenemos una imagen de nuestro cuerpo, sino que ésta se está continuamente haciendo y deshaciendo, pasando de lo ignorado a lo olvidado y dejándonos sólo una ligera franja del mudable presente ". (Ibidem-Pág.64). El cuerpo, desde el punto de vista psíquico, no es solamente

una idea, sino también la vivencia cambiante y dinámica del cuerpo mismo. Esta aparente discrepancia teórica - de los dos autores citados y a los que separan 30 ó más años de diferencia (no solamente en edad sino también en la fecha de la publicación del estudio,) tiene como objeto enfatizar varias cosas: La primera es la importancia que tiene la investigación en este campo y, la segunda, la significación y contenido dinámico de la representación mental de nuestro cuerpo que se traduce -en la -- práctica- en vivencias del cuerpo que no tienen relación significativa con la anatomía y la fisiología del mismo. Además, al hablar de dinámica y movilidad de la imagen corporal, se da a entender que puede haber procesos evolutivos o involutivos, procesos que retrotraigan o expandan, que deterioren o que enriquezcan, en fin, de suma y resta aunque esto último puede parecer muy escueto.

El concepto de " corporalidad " de López Ibor es muy extenso y complejo. En cierta medida, representa una actualización de las ideas de Schilder, y a raíz de nuevas metodologías de investigación y de teorías distintas. Para efectos prácticos de este trabajo, se seguirá utilizando la terminología de Schilder, que es más cotidiana y accesible en nuestro medio profesional.

IV.2. Formación:

El origen de la imagen que tenemos de nuestro cuerpo es -

complejo, producto de muchos factores intervinientes, y muy primitiva en el desarrollo de la personalidad. Aunque no se ha precisado un tiempo específico de su aparición o de su integración definitiva, los autores revisados coinciden en afirmar que es un proceso largo que -- tiene estrecha relación con el desarrollo normal de todas las facultades del niño. Conviene revisar algunas teorías interesantes sobre el tema. A continuación se exponen algunas de las consideraciones más importantes de 3 escuelas que tienen hasta el momento sumo interés por aclarar la complejidad del asunto; la teoría Psicoanalítica, la teoría Epistemológica, Genética y otras -- teorías que aunque no pertenecen a alguna " corriente " renombrada, realizan aportaciones que no se pueden desechar por certeras. Estas últimas se incluyen en el apartado de " otras teorías ".

IV.2.1. La teoría Epistemológica-genética:

Para Jean Piaget y su escuela de seguidores, el niño es un ser activo que " construye " el mundo a partir de las acciones que ejerce sobre él. Por "mundo" se entienden varios aspectos importantes:

- a). El sí mismo,
- b). Los otros,
- c). El lenguaje,
- d). Las operaciones concretas,
- e). El pensamiento abstracto,
- f). Las nociones de tiempo y espacio, etc..

El desarrollo del niño depende de un complejo intercambio entre sí mismo y el ambiente que lo rodea. Ese intercambio se da a través de operaciones básicas (asimilación y acomodación) que permiten un equilibrio y que tienden a él. Para pasar de un nivel de operación a otro de mayor complejidad, es necesario el equilibrio mínimo que facilite ese paso. Así, para la construcción de la imagen corporal, es preciso primero lograr un equilibrio entre la construcción de la propia imagen corporal y la imagen de los que rodean al niño.

El origen de la noción de esquema corporal, como cualquier otra noción, parte de movimientos y percepciones elementales. En el recién nacido, la zona de importancia es, primeramente, la boca. La vida mental, al nacer, "... se reduce al ejercicio de aparatos reflejos, o sea, de coordinaciones sensoriales y motrices, todas ellas ajustadas hereditariamente y correspondientes a tendencias -- instintivas, como por ejemplo, la nutrición. " (18-Pág.18).

En esta primera etapa del desarrollo del niño, existe una noción indiscriminada de las personas que lo rodean. Lo importante es la satisfacción de las necesidades fisiológicas que se logra mediante el desencadenamiento de mecanismos propiamente instintivos. En el punto de partida de este desarrollo extrauterino, el niño recién nacido " ... Todo lo refiere a sí mismo, o más concretamente, a su cuerpo " . (Idem). En esta teoría de Piaget, el cuerpo ocupa un lugar preeminente en la construcción de la vida psíquica -

humana, pues aunque en un principio sus funciones se refieren sólo a la satisfacción de necesidades de tipo Fisiológico, con el tiempo se convertirá en vehículo para el establecimiento de las pautas de relación con las demás personas que lo rodean. Por el momento, en los primeros días de vida extrauterina, no hay diferenciación entre el mundo interno del bebé y el mundo exterior. La autoimagen corporal, primitiva, e indiscriminada, no tiene límites, solamente los que establecen de manera gradual las horas de la alimentación. Piaget define a ésta etapa como la de la inteligencia sensoriomotriz y del Narcisismo. Esto último porque, dadas las condiciones especiales del niño, todo lo refiere a sí mismo. Desconoce la existencia del mundo exterior como distinto de su propio mundo aún indiscriminado, pero más cerca de su psiquismo que el mundo que lo rodea. El desarrollo, de acuerdo a Piaget, se resumiría como la diferenciación progresiva entre el yo y el no-yo. El cuerpo es el primer elemento en juego en esta diferenciación, ya que el interés central del bebé está representado por su cuerpo, sus movimientos, y los resultados que se obtienen mediante esos movimientos. La disminución progresiva de egocentrismo, que se realiza mediante el contacto del niño con los objetos y personas que lo rodean por un lado, y por otro por el establecimiento de los horarios para la alimentación, el cambio de ropa, etc., producirá un estrechamiento del campo inicial de actividades, que se transformará, al final del primer año, en la noción de "objeto"

Esta noción compleja en el niño, conducirá progresivamente a la integración diferencial de su mundo exterior. Aunque la consecución de la noción de objeto no se opera de un día a otro, es necesario señalar su importancia dentro de la teoría de Piaget, pues es la síntesis de un sinúmero de procesos de maduración y desarrollo que se dan en estrecha relación a las acciones de tipo motriz que el niño ejerce sobre el medio. Dos experiencias generales son definitorias. La primera se refiere básicamente a la nutrición y los horarios en los que ésta se efectúa. A través de la alimentación, el niño va asimilando el mundo exterior mediante su boca, o más bien, mediante las acciones de su boca. Estos movimientos no son espontáneos ni completamente pasivos, son desencadenados por estímulos específicos y completamente activos, ya que el niño va aprendiendo la mejor manera de realizarlos. Esto lo conduce a la formación de hábitos, y ésta es la segunda experiencia a la que se refiere Piaget como importante. El horario y los movimientos característicos del niño al alimentarse forman hábitos de conducta, y esto implica la noción elemental de tipo operativo (no conceptual) de esquema corporal. Piaget se refiere a esta etapa básica de la inteligencia sensoriomotriz que "... se inicia mediante un egocentrismo inconsciente e integral ... (y desemboca) en la construcción de un universo objetivo en el cual el propio cuerpo aparece como un elemento entre los demás y al cual se opone la vida interior, localizada en ese propio cuerpo". (Ibidem Pag. 23) En la construcción de --

la imagen corporal, las acciones tienen que ver con las sensaciones y las percepciones: ... " lo agradable y lo desagradable, el placer y el dolor, etc., así como los primeros sentimientos de éxito o de fracaso ". (Ibidem- Pág. 26) que vuelven hábitos las pautas motoras en la consecución y manejo de los objetos circundantes. Las experiencias en este campo de la formación de la imagen corporal resultan de índole e intensidad variada, en concordancia con el tipo de educación que el niño recibe, y con las habilidades propias del infante que han sido heredadas y cuya ejecución revestirá siempre un tono particular. El continuo intercambio entre estos factores dinámicos va modificando de manera progresiva y paulatina las acciones del niño con respecto a su medio y a sí mismo, lo que se manifestará en los movimientos del niño respecto a la satisfacción mediata o inmediata de sus necesidades, y también respecto a las personas que lo rodean, llamando la atención de éstos mediante el llanto cuando tiene hambre o cuando hay sensaciones desagradables. El denominador común de todas las acciones, en la perspectiva de Piaget, es la delimitación y diferenciación progresiva del yo y del no-yo y estas dos instancias como dos realidades distintas y complementarias desde el punto de vista operativo en un primer momento, y después conceptual. De esta manera también se gestan las nociones básicas de tiempo, y causalidad, que están íntimamente relacionadas con la praxis del cuerpo y su correlato psíquico: la imagen corporal. La habituación del niño a ciertas horas de alimen-

tación, el ritmo sueño-vigilia de los padres, el intervalo entre el llanto y la satisfacción del hambre, la lejanía física de la madre, son otros tantos elementos que determinan en el niño la aparición de la noción de espacio (la madre está presente ó ausente), tiempo -- (la madre tarda en dar el alimento), y causalidad --- (cuando aparece la madre hay expectativas de recibir - alimentación y atención). Estas nociones lógicas no aparecen en abstracto, como ya vimos. Todo esto conlleva a la diferenciación progresiva entre el yo y el no-yo, que Piaget denomina como la " construcción intelectual del objeto ... " (Ibidem- Pág. 28) o también, elección del " objeto ", la que " se encamina en primer lugar, hacia - la persona de la madre y posteriormente (tanto en positivo como en negativo) sobre la del padre y las personas - próximas." (Idem) La noción de esquema corporal, como el resto de las nociones lógicas (tiempo, espacio, etc.,) se construyen a través de acciones directas del niño sobre los objetos que lo rodean, y esto último es el meollo de la escuela de Piaget, la que, de miles de maneras, ha obtenido sus hipótesis de la práctica cotidiana y las ha corroborado en la acción. Un buen ejemplo de la aplicación de las teorías de Piaget en la práctica son los programas de estimulación multisensorial que se realizan con niños normales o con los que tienen problemas de retardo en su desarrollo. Una de las actividades sugeridas por los pedagogos para estimular la formación de la noción de esquema corporal es el uso de los rompecabezas del cuerpo humano, manejando el programa primero

a nivel visomotriz (el niño manipula las partes del rompecabezas y las ordena) y después a nivel del lenguaje (el niño nombra las partes del cuerpo mientras las señala con sus dedos, y también entona canciones en las que se hace referencia a partes generales y detalladas del cuerpo humano). Las implicaciones de la teoría de Piaget son múltiples en el plano educativo y, también, psicoterapéutico. La estimulación precoz en el área del esquema corporal no sólo permite al niño conocer su cuerpo, sino utilizarlo adecuadamente en su relación con los demás (ejemplo: la actividad lúdica), además de promover un desarrollo normal de sus potencialidades de acción concretas y un equilibrio interno que se traduce en salud mental.

Resumiendo: La teoría de Piaget sobre la formación de la autoimagen corporal, tiene algunas características específicas que vale la pena señalar:

1. La imagen corporal se forma mediante acciones concretas del niño sobre su medio y sobre sí mismo;
2. Estas acciones están relacionadas sobre todo, y en un principio, con las modalidades propias de la alimentación;
3. La diferenciación progresiva de los conceptos -

operativos de "yo" y "no-yo", que conducen a la construcción de objeto, se basa en la diferencia que establece el niño entre lo - que es su cuerpo y lo que no lo es.

Esta es, a grandes rasgos, la parte de la teoría de - Piaget relacionada con este trabajo particular. Aun-- que no es el tema central de sus trabajos la formación de la imagen corporal, es obvio que en la construcción y metodología del universo de Piaget, juega un papel - importante la noción de esquema corporal, pues de una manera directa, la supervivencia en el medio humano -- tiene como origen la acción del cuerpo en la obtención de los satisfactores necesarios.

IV.2.2. La Teoría Psicoanalítica:

En 1905, Freud publica sus " Tres Ensayos sobre Teoría - Sexual ". El trabajo está dividido en tres partes. En la segunda de ellas, Freud se refiere a " La sexualidad infantil ", y habla -entre otras cosas- de las fases evolutivas de la organización sexual. Es importante que se señale, antes de entrar de lleno en la materia, que - las fases del desarrollo psicosexual planteadas por Freud se refieren directamente y de manera explícita a la importancia que tiene el cuerpo en el desarrollo del niño. -- Causa extrañeza el no encontrar estudios psicoanalíticos en la actualidad que se refieran a la relación del cuerpo

con la dinámica psíquica y las dimensiones profundas de la corporalidad, como diría López Ibor. La extrañeza se refiere a la tradición Psicoanalítica de tipo ortodoxo sobre todo, no así con escuelas derivadas del Psicoanálisis que interpretan el problema desde el punto de vista del análisis Lingüístico y Estructuralista, como lo ha hecho J. Lacan y sus seguidores. Por el momento, hay que retomar las citas textuales de Freud, con la salvedad de que se encuentran dispersos en algunas de sus obras los comentarios agudos que hizo sobre este asunto. Es de todos conocida la división esquemática del desarrollo psicosexual del niño en etapas específicas. Hay que comenzar por decir que en estas etapas predomina una función corporal sobre otras, y que ese predominio determinará ciertas características de la personalidad en desarrollo del niño. Aún más: la denominación básica de "oral, anal, fálica y genital" se refiere en primer lugar a zonas del cuerpo y a funciones que cumplen esas zonas, como también a la satisfacción de las funciones de las zonas corporales predominantes y a la no-satisfacción. De esto se puede inferir con facilidad la enorme importancia que juega la formación de la imagen corporal en la Teoría de Freud. Como comentario de tipo complementario, hay que recordar algunos de los hechos significativos e importantes en la época de la formación profesional de Freud y también en la de su ejercicio de académico, orador y líder de un movimiento científico in-

cipiente. El primer hecho es el de la orientación básica de las ciencias del comportamiento como la Neurología y la Psicología. La primera de ellas orientada compulsivamente al descubrimiento —mediante minuciosas investigaciones— de la estructura íntima y fina del Sistema Nervioso; sede ya demostrada de las funciones mentales más complejas del ser humano. Llama la atención a ésta disciplina la correlación entre el comportamiento animal y humano, basada en las similitudes de funciones y anatómico-estructural del cerebro.

La ciencia exacta que muestra grandes avances, es la Física de Newton con sus principios de causa-efecto, que tanto influiría en las investigaciones del estudiante Freud. La segunda de ellas, la Psicología, recién nacida, no es la excepción, y sus objetivos incipientes que intentan aclarar su campo temático, siguen con la preocupación de los fenómenos físicos. La escuela de Leipzig es el semillero histórico y comprometido con la nueva disciplina que deja a un lado los altos vuelos de la Filosofía y de la Metafísica — para estudiar cuáles son los cambios que ocurren en la percepción, cambios cuantificables y mensurables, nada más para dejar a un lado el concepto etéreo de alma y olvidar un poco a Aristóteles y el escolasticismo implícito en las reflexiones sobre el espíritu y la materia. La dualidad cuerpo-mente es el reto. La Psicofísica es la alternativa. La respuesta está en el organismo. Es interesante notar que la Psicología como ciencia del comportamiento humano, más —

que de la mente, del alma o como se le quiera llamar, -
inicia su incursión en laboratorios de los que se quie-
ren extraer los fenómenos invariables del comportamiento
del hombre; Actitud que se repetirá constantemente y con
nuevos bríos a través del desarrollo de esta ciencia.

El segundo hecho de suma importancia que se ha de mencio-
nar, se refiere a la mentalidad de la gente común en la
época que a Freud le tocó vivir. La educación familiar
es sumamente moralista y poco tolerante, a pesar de los
grandes avances de las ciencias de la época, y a pesar de
que recientemente Darwin había situado al hombre en su --
dimensión exacta, como producto de una evolución natural.
Es la época de la moral " Victoriana ". Estos dos hechos
importantes, combinados, nos pueden dar una idea aproxima-
da del olvido intencional -consciente o inconsciente- en
el que se tiene al hombre común, a la vida cotidiana, al
mundo de las pasiones y deseos, al cuerpo. Freud, reyo-
lucionario por principio de cuentas, librepensador com--
prometido, parte del cuerpo. Se enfrenta a la ciencia --
actual y a toda una moralidad represiva que oculta y oscu-
rece el cuerpo. De ahí, las afrentas y rechazos abiertos
por los que pasaría Freud y que se convertirían en el pan
de cada día hasta el final de su existencia. Lo abando--
nan sus amigos, lo expulsan los científicos, el hombre co-
mún se burla. Ante la situación imperante tanto a nivel
científico como popular, Freud rescata las dimensiones con-
cretas del hombre y construye todo un universo conceptual

partiendo de las experiencias del cuerpo. No es posible, a estas alturas, negar la importancia del pensamiento de Freud y del papel relevante que juega el cuerpo y los deseos en la formación de la personalidad, en la dinámica de los conflictos humanos, etc.. Hablar -- del cuerpo es hablar de la sexualidad. Y hablar de la sexualidad es hablar de deseos, frustraciones, expectativas, fantasías; en suma: de sentimientos humanos, de movilidad psíquica. Por eso Freud se refiere constantemente a la relación directa que existe entre el desarrollo del psiquismo y la alternancia progresiva de las zonas erógenas. Hay zonas primordiales del cuerpo --por -- sus funciones directas y simbólicas-- que servirán para -- determinar esa relación estrecha entre cuerpo y psiquismo. La primera zona es la oral cuya importancia primigenia es evidente ya que el niño, al nacer, necesita alimentarse mediante ella, siendo su primera forma de relación con el mundo exterior. La actividad erótica (que incluye a la sexual pero no se reduce a ella) dice Freud, --- " ... no ésta separada de la absorción de alimentos. " (...3.- Pág. 797).

Es decir: se dan conjuntamente dos funciones: la de -- alimentarse y la del placer que otorga el acto de la -- alimentación; " El objeto de una de estas actividades es también objeto de la otra, y el fin sexual consiste

en la asimilación del objeto, modelo de aquello que - después desempeñará un importantísimo papel psíquico - como identificación . " (Ibidem- Pág. 797). Debido al crecimiento y desarrollo normales, al poco tiempo la - zona oral pierde primacía en sus funciones, transfiriéndose ésta primacía a la zona anal. Esta segunda fase del desarrollo psicosexual Freud la denomina " etapa - de la organización sádico-anal ". (ídem). La educación familiar se centra en el control de los esfínteres y el niño busca satisfacción " ... en las agresiones y en las funciones excretorias ". (4-Pág. 399). Posterior a esta etapa, hay una tercera importante: la fálica. La satisfacción se logra en el manipuleo de los genitales acompañado por la intensa curiosidad por las diferencias sexuales entre hombre y mujer. " Con la fase fálica y en el curso de ella, la sexualidad infantil --- precoz llega a su máximo ". (Idem). La consecución - final de la etapa fálica es la edípica en la que el niño " ... comienza a manipular su pene con fantasías simultáneas que tiene por tema cualquier forma de actividad sexual del mismo con la madre " . (Idem). La niña, por su parte , " ... después de su fracasado intento de emular al varón, llega a reconocer su falta de pene, o más bien, la inferioridad de su clítoris, sufriendo consecuencias - definitivas para la evolución de su carácter".(Idem). El niño con sus fantasías es castigado y existe la amenaza de castración. La niña está en desventaja frente al -

niño dada la inferioridad de su clítoris. Los dos, a su manera, se retraen, "... se apartan de la vida sexual en general ... " (Ibidem-Pág. 400). Entran en la etapa de la latencia para llegar de lleno, en la pubertad, a la etapa " genital ".

Es importante señalar que en la formación de la personalidad, y de la imagen corporal consecuentemente, aparecen dos tendencias importantes de acuerdo a Freud. La primera tendencia es la que intenta conseguir el objeto del -- placer y el placer mismo de la tendencia erótica mediante el órgano (boca, ano, genitales); tendencia instintiva y personal cuya característica central es que no distingue -- entre el "yo" y el mundo exterior. La segunda tendencia, opuesta a la primera, es la familiar y social, la que prohíbe, la que dice "NO" a los impulsos libidinales, contrayendo su energía y su ámbito de acción, sometiendo la sa-- tisfacción a un principio de realidad en el que entran --- principios de conducta sociales mediante horarios (tiempo) y lugares apropiados (espacio) para satisfacer las necesi-- dades instintivas. El cuerpo se ve impelido a reducir su espacio y su tiempo sin límite, los administra racionalmen-- te mediante la educación familiar, reflejo ésta última de -- las concepciones sociales y culturales de la convivencia. La satisfacción de las necesidades del niño en circunstan-- cias espacio-temporales específicas, lo conduce a delimitar su propio cuerpo como un cuerpo entre los demás.

Esta idea de la negación al impulso del niño impuesta por los padres primeramente y después por la sociedad mediante la educación escolar, representa para los seguidores y admiradores del Psicoanálisis, una idea muy sugestiva y aguda. René Spitz (21) la retoma para explicar la génesis de la comunicación humana, ahondando en la particular importancia que tiene en la educación y crianza de los niños. Esta idea es tan importante porque mientras las tendencias dicen "sí" a los objetos de placer y a la actividad placentera indiscriminatoria, la sociedad dice "no" - mediante la educación, sea esta familiar o escolar. Aquí es justo pensar que, de acuerdo a esta teoría, habrá zonas en la autoimagen corporal que se presentarán como conflictivas y opacas, mientras que otras serán transparentes y evidentes. Las prohibiciones, de acuerdo a la teoría Psicoanalítica, generan conflictos, ansiedad. Cuando las prohibiciones señalan algún área específica del cuerpo (boca, ano, genitales), ésta área se verá representada mentalmente conflictiva y generadora de angustia, llegando en ocasiones a desaparecer completamente del horizonte psíquico, y esto sobre todo en individuos que por diversas razones no logran superar el conflicto.

En general, la teoría de Freud sobre el cuerpo y su representación mental, está plagada de ideas sugestivas y complejas. No se intenta en este momento abarcar todo el campo temático. Se señalan solamente algunas de las ideas que parecieran ser de suma importancia para el desarrollo de es

te trabajo. Por lo mismo, la explicación de las distintas etapas del desarrollo psicosexual es escueta y poco profunda. No se puede hacer a un lado -sin embargo- el peso real que tiene la teoría de Freud en la práctica -clínica, al permitir interpretar la dinámica conflictiva de los individuos y proponer una técnica especial para -la solución de los mismos.

IV.2.3. Otras Teorías:

- A. Paul Schilder toma como base de su obra los conocimientos de la Psicología General de su época (2o. cuarto de siglo actual) y las principales aportaciones de la Teoría Psicoanalítica. Con respecto a la génesis de la imagen corporal, habla de dos grandes factores internos: " ... uno es el dolor, y otro es el control motor de nuestros miembros ... - verdad es que el dolor constituye aquí un factor de importancia. El nos ayudará a decidir qué es lo que queremos tener más cerca de nuestra personalidad, del centro de nuestro yo, y qué es lo que queremos alejar " (21 - Pág. 94). Pero estas experiencias de dolor y la motricidad, pertenecen a alguien y están dirigidas hacia y provienen de cosas y personas. Por lo tanto, las relaciones con las personas -sobre todo- son las determinantes externas que forman parte activa en la estructuración de la imagen corporal. Las personas, a través - de sus gestos de aprobación o rechazo, de sus vestimentas, de sus actitudes en situaciones específicas, pasan a formar parte también de nuestra autoimagen corporal. " Nuestra imagen corporal y las imágenes corporales de los otros, son datos primarios de la experiencia, y ... desde el principio mismo existe una vinculación sumamente estrecha entre nuestra imagen corporal y la de los demás ... las impresiones ópticas relativas a nuestro cuerpo - que tanta importancia tienen en la formación de la imagen corporal- no difieren en modo alguna las impresiones ópticas referentes a los cuerpos de los demás (Ibidem- Pag. 203).

La formación de la imagen corporal estará influida tanto por factores de tipo interno o subjetivos relacionados -- estos con la satisfacción de deseos, actitudes posturales, dolor, motricidad gruesa y fina, etc., así como también por factores externos objetivos como lo son las personas contiguas, próximas. De alguna manera Schilder amplía el campo de los factores intervinientes al referirse a los propiamente socio-culturales como lo son las actitudes de las personas y las vestimentas de moda . A continuación se reproducen algunas citas textuales que se refieren a algunos de -- los factores más importantes.

a). Las ropas:

" Las ropas desempeñan múltiples funciones ... ante todo está, naturalmente, la función protectora, pero no menos importante es quizá, la decorativa. Las ropas pasan a formar parte de la -- imagen corporal ... Cualquiera que sea la prenda que nos pongamos, pasa a formar parte inmediatamente de la imagen corporal y se llena de líbido narcisística ... Puesto que la ropa forma parte -- del esquema corporal, adquiere la misma significación que las partes del cuerpo y puede tener el -- mismo sentido simbólico que dichas partes ... nos identificamos con los demás por medio de las ropas. Gracias a ellas nos parecemos a los otros.

Imitando sus ropas modificamos nuestra imagen postural del cuerpo y adoptamos la imagen postural de los demás. El vestido puede convertirse así en un medio para modificar por completo nuestra imagen corporal " (Ibidem- Págs. 175 y 176).

b). El espacio:

"... la imagen corporal se expande más allá de los límites del cuerpo. Una varilla, un sombrero y cualquier tipo de ropas pasan a formar parte de la imagen corporal... Las tendencias libidinales son necesariamente fenómenos sociales; siempre se hallan dirigidas hacia imágenes corporales situadas en el mundo exterior... Las experiencias ópticas que llevan a la construcción de la propia imagen corporal conducen al mismo tiempo a la construcción de las imágenes corporales de los demás ... "

(Ibidem- Págs. 185 y 188).

c). Las emociones:

" La relación con las imágenes corporales de los demás se halla determinada por el factor de la proximidad o lejanía espacial y por el factor de la proximidad o lejanía emocional ... las imágenes corporales están cerca unas de otras en las zonas erógenas, donde se hallan íntimamente ligadas ... Las emociones se hallan vinculadas en sí mismas con las expresiones y también con las emociones de los demás. Nosotros percibimos la imagen corporal de los demás,

percibimos sus expresiones que lo son de emociones, y éstas emociones son, a su vez, emociones de personalidades " (Ibidem-Págs. 208 y 213).

d). La identificación y la proyección:

"... existe un continuo intercambio entre las partes de nuestra propia imagen corporal y las imágenes corporales de los demás. Hay proyección y -- personización, pero fuera de esto, también es posible tomar toda la imagen corporal de otras personas (identificación) o proyectar la nuestra en su integridad ... Las imágenes corporales de los demás y sus partes respectivas pueden integrarse completamente con nuestra propia imagen corporal formando una unidad ... " (Ibidem- Pág. 208).

e). Los aspectos sociales:

" Las imágenes corporales son, en principio, sociales. Nuestra propia imagen corporal nunca está -- aislada, sino que siempre va acompañada de las imágenes corporales de los demás ... Resulta claro que la distancia social guarda relación, en parte con el problema de la proximidad que deseamos alcanzar con respecto al cuerpo de la otra persona interesada, y que toda la concepción de la distancia social adquiere su verdadero significado sólo cuando consideramos el modelo postural del cuerpo en sus relaciones con el modelo postural de los demás " (Ibidem-Pág.209).

En síntesis: los múltiples factores que intervienen en la configuración de la imagen corporal son de naturaleza social. Los deseos y sus respectivas expresiones corporales se ven afectados y modificados en mayor o menor grado por las personas que nos rodean, sus posturas y expresiones, por las modas y los cambios que éstas exigen en la motilidad general del cuerpo y en la adopción de posturas, por las reglas de trato social, etc.. Esto quiere decir que la imagen corporal se va modificando con el tiempo y en la medida de los distintos roles sociales que se juegan durante toda la existencia. Tanto el desarrollo físico como el mental, aunados a -- ciertos marcos de relaciones y de costumbres culturales, son factores en juego que modifican de manera continua -- nuestra imagen corporal que siempre estará referida a las imágenes de otras personas.

Para finalizar esta idea de la continua dinámica cambiante de la imagen corporal, se cita una frase textual de Schilder que resulta adecuada como síntesis de la idea: " ... La imagen del cuerpo no es un fenómeno estático... La imagen corporal se adquiere, se construye y recibe su estructura merced a un continuo contacto con el mundo... no es una estructura, sino una estructuración en la cual tienen lugar permanentes cambios " (Ibidem- Pág. 152).

- B. Otro investigador del tema, aunque más contemporáneo es -- J!J. López Ibor, formado éste dentro de la tradición fuerte de la Psiquiatría Alemana de orientación Existencial.

Este autor hace especial hincapié en la significación de las zonas corpóreas en el desarrollo de la imagen corporal o "corporalidad", como prefiere denominarla. Para aclarar la formación de esa corporalidad, López Ibor recurre a Schilder y amplía sus conceptos. Al hablar de "corporalidad" se refiere a la experiencia y a la vivencia del cuerpo entre otros cuerpos, es decir, los aspectos sociales y existenciales del cuerpo. Vivir el cuerpo, vivenciarlo, significa cargarlo o llenarlo de significados, algunos de ellos presentes en la memoria reciente, otros olvidados. Hay un continuo flujo o movimiento de la corporalidad, un devenir constante que caracteriza a la vivencia del cuerpo en relación siempre a otros cuerpos que también devienen transformándose. Si toda consciencia es consciencia de algo, la vivencia del cuerpo como consciencia de algo concreto, se origina en nuestro propio cuerpo y en los cuerpos de los demás como realidades sensoriales que se van llenando de significados a través de las relaciones interpersonales. Así, se vuelve necesario hablar de cuerpos cercanos o lejanos, de cuerpos odiados o amados, de cuerpos presentes o ausentes, de zonas del cuerpo atractivas o repugnantes, actualizadas u olvidadas.

La teoría de López Ibor es compleja pero atractiva. No se intenta exponerla de manera exhaustiva. Interesa aclarar que de acuerdo a su interpretación del tema, el desarrollo de la imagen corporal o "corporalidad" está impregnada de aspectos sociales y que es una vivencia. La

vivencia no se refiere a la experiencia de tener el cuerpo como algo personal, sino de ser el cuerpo; uno mismo es su cuerpo, aparte de tenerlo como también se tienen otras cosas materiales. La significación compleja del cuerpo y -- la significación específica y profunda de sus partes son -- la pauta que marca la estructuración dinámica de la corporalidad. " Tenemos nuestro cuerpo y somos nuestro cuerpo. De esta conjunción del tener y del ser nace el sentido de la corporalidad. Por eso hay zonas de la misma más próximas y otras más lejanas del psiquismo. La lejanía o la -- proximidad derivan de lo que significan para uno mismo. La significación nace no de una idea, sino de la vivencia del cuerpo " (13-Pág. 84).

Esta idea del autor acerca de que somos nuestro cuerpo es de suma importancia para la Psicología Clínica y la Psicopatología. En los dibujos de los pacientes que se analizan en este trabajo, será interesante notar que cuando observamos una imagen gráfica de un cuerpo deteriorado con opacidades o pobreza de partes, podemos entender que se trata de personas opacas y pobres en recursos vivenciales. Estos señalamientos del autor en torno a la corporalidad, -- abren horizontes insospechados que permitirán a la larga -- una aproximación más real a la dimensión problemática de -- estos pacientes; aproximación que permite analizar, y más que nada --para seguir con López Ibor-- comprender los hechos humanos implícitos.

IV.3. Deterioro.

Somos un ser catalogado como Biopsicosocial. Si estos tres factores que definen nuestro ser y nuestro existir intervienen en la integración total de un ser humano cualquiera, las alteraciones posibles que se presenten ya sean en una de las áreas, en dos o en las tres en los casos extremos, representará un desequilibrio de la totalidad unificada, desequilibrio que conocemos con el nombre de " enfermedad ". La enfermedad es el índice de ese desequilibrio momentáneo o duradero que afecta a la unidad total, aún y cuando sea solamente de tipo físico o somático. La enfermedad es un factor que transforma la autoimagen corporal de manera especial, provocando en algunos casos el deterioro parcial o total. Sin embargo, también los factores de tipo psicológico desempeñan un papel importante. Nos podemos referir como ejemplo a la angustia y la ansiedad, también a los efectos de una educación en la que se tenga una visión extremadamente moralista de la sexualidad, todos estos como factores de tipo psíquico que deterioran la formación completa y sana, vital, de la imagen corporal. A nivel social, las actitudes de rechazo y burla de los demás, dirigidas a la libre expresión corporal de las emociones en grupo, desencadenan con el tiempo un mecanismo que silencia áreas importantes de la imagen corporal. "La imagen corporal -afirma Schilder- no sólo es destruida y puesta en peligro por el dolor, la enfermedad y la mutilación concreta, sino también por toda insatisfacción o perturbación libidinal profunda y subyacente " (21-Pág. 241).

Es necesario recordar en este momento que los primeros estudios importantes que se realizaron a principios de este siglo y sobre

la imagen corporal en especial se fundamentaron en experiencias

con individuos mutilados que a pesar de la ausencia real del miembro perdido, seguían " sintiendo " esa parte corporal - ausente como si realmente existiera. Estos individuos mantenían su auto-imagen corporal completa como una defensa ante la consciencia total de la pérdida. Con el tiempo, y ayudados por especialistas, terminaban por reconocer la pérdida. Estas primeras investigaciones sugirieron a los interesados Neurólogos la importancia básica de la imagen corporal en el horizonte psíquico de los individuos. Schilder participó directamente en estas investigaciones, pero ampliando su campo temático del estudio de los miembros " fantasmas " a las alteraciones de la imagen corporal producidas por lesiones en el Sistema Nervioso Central, terminando en asuntos relativos al papel del dolor físico y psicógeno como agentes activos que -- deterioran la imagen corporal. Encontrando que ese deterioro -- podría presentarse de manera progresiva, lenta o rápida, abarcando partes o la totalidad misma de la imagen . En lo que se refiere a la enfermedad, sabemos del dolor y de las emociones específicas que surgen como reacción ante la situación. A nivel clínico, los síntomas señalan esas áreas especiales de la imagen corporal que se han cargado de significado y de los cambios notables que se han producido en la estructura total. Esa significación se relaciona con la intensidad del dolor, la frecuencia del mismo, y la historia particular del sujeto que sufre, así como -- también de su nivel de resistencia ante el dolor. La existencia del dolor físico como realidad evidente e ineludible, nos remite de alguna manera a la idea del Hombre como unidad. Aparte de la misma objetividad del dolor y su intensidad y frecuencia, encontramos siempre una relación con los aspectos psíquicos y socia--

les de la persona. Cuando una persona sufre de un dolor, como consecuencia hay una disminución de su actividad mental y de su vida de relación. El dolor expresa, de manera inevitable, una situación crítica de la existencia pues retrae el interés del individuo por su mundo exterior, centrando la atención en el propio cuerpo y en el sufrimiento personal. El dolor es un problema netamente humano. En el dolor la gente se reconoce, confía o desconfía, se resigna humildemente y pide ayuda o huye de los demás. Para el caso presente de este trabajo, lo que interesa es no desligar lo físico de lo psíquico, pues el dolor es un factor que afecta tanto un nivel como otro. Es un factor Biopsíquico que deteriora nuestra autoimagen corporal de alguna manera duradera o transitoria que abarca partes o la totalidad de la misma. Las alteraciones no sólo abarcan de manera exclusiva la imagen corporal, sino la personalidad total y como ejemplo podemos suponer que un dolor momentáneo se torne duradero por algunas razones especiales, provocando cambios de la personalidad en lo que se refiere a su nivel de tolerancia o susceptibilidad ante el dolor. F. Sauerbruch y H. Wenke afirman que " ... todo hombre que sufre se hace inevitablemente egoísta. El dolor lo arranca de su entorno y le pone en una posición aislada. El instinto de conservación le impulsa a ocuparse demasiado de sí mismo " (20-Pág. 24). El dolor es " inhibición " de la vida, y su contrapartida, el placer, es expansión, promoción. Como veremos más adelante, las figuras dibujadas por los pacientes están como retraídas, ya sea por la falta de algunas partes, o por su tamaño pequeño. Estas características de integración incompleta y tamaño, sugieren que el dolor ha sido y es un factor significativo en la estructuración de su

imagen corporal. No es posible saber cómo influyó pero es evidente que sí actuó deteriorando su autoimagen.

El dolor puede hacer fuertes a las personas, o también puede debilitarlas. La fortaleza o la debilidad ante el dolor pueden ser características duraderas o momentáneas. La memoria se encargará de relegar a último plano los momentos dolorosos de los individuos, pero sin poder borrar la huella o estigma que deja en su personalidad. El hecho que un paciente con diagnóstico comprobado de Esquizofrenia no mantenga un contacto afectivo y efectivo con la realidad (característica Clínica de los distintos tipos de Esquizofrenias) nos habla de las relaciones sumamente dolorosas que provocaron como consecuencia que el paciente se retrayera, se " encerrara " y evitara los contactos con las personas, por el dolor que podría implicar de nuevo. S. Freud, al referirse a la actitud básica del Esquizofrénico afirma que " ... parece haber retirado realmente su libido de las personas y las cosas del mundo exterior sin haberlas sustituido por otras en su fantasía " (5-Pág. 1079). Y la causa directa de este fenómeno de conducta del Esquizofrénico -afirma Freud- es el dolor: " Todos sabemos, y lo consideramos natural, que el individuo aquejado de un dolor o un malestar orgánico, cesa de interesarse por el mundo exterior... " (Idem). Retraer la libido hacia el yo, olvidando las personas y los objetos exteriores, además de las fantasías sobre esos objetos, nos sugiere que la libido se estanca y, con el tiempo, degenera su capacidad de movimiento hacia las personas o los objetos.

Me pregunto si esta explicación que aporta Freud sobre las reacciones del Esquizofrénico podría abarcar también o incluir el

fenómeno del deterioro de la imagen corporal en el enfermo. Es necesario recordar aquí que en la Teoría Psicoanalítica, la Líbido es originariamente Narcisística y que todo Narcisismo se refiere al cuerpo como primera instancia en la vida, pues los -deseos son deseos -originariamente- del cuerpo y dirigidos al -mismo.

Si en los Esquizofrénicos no se dan los fenómenos de restitución de la Líbido hacia los objetos y personas que lo rodean, como sucedería normalmente después de una reacción ante el dolor, esto quiere decir varias cosas:

1. Que hay una incapacidad por parte del Esquizofrénico a realizar ese movimiento de adentro hacia afuera (movimiento normal y necesario de la Líbido), y que,
2. la " introversión " de la Líbido, con la consecuente pérdida del contacto con la realidad, es un proceso que se vuelve estático en un momento dado y que aumenta la sensación de enfermedad y displacer, deteriorando la vida anímica del sujeto.

Toda la teoría sobre el dolor como factor que deteriora no sólo la capacidad de establecer contacto con los demás sino también la vida intrapsíquica, me remite a una idea muy importante y -básica de este trabajo que resulta difícil comprobar en un plano empírico, pero que es necesario dejarla como un planteamiento interésante y de bastante peso, acerca del deterioro de la imagen corporal: que es difícil en la actualidad precisar el papel del dolor como probable destructor de la imagen corporal, pero que es preciso tomarlo en cuenta y suponer, además, que el Esquizofrénico es una persona que sufrió y que sufre, dándose o no cuen

ta de ello. Una posible manera objetiva de ver el grado de sufrimiento es la de pedirle al paciente que dibuje a una persona sobre un papel, dibujo que lo representará a él mismo y a personas que significan muchas cosas desde antes de su enfermedad y durante ella. Otro aspecto que hay que tomar en cuenta también es que la mayoría de estos pacientes, durante su infancia, tuvieron poco acceso a un ambiente estimulante que facilitara su desarrollo, y esto lo podemos comprobar por su bajo nivel educativo y socioeconómico. No se quiere decir con esto que la falta de estimulación adecuada sea solamente la que haya determinado la pobreza psíquica del paciente, pues implicaría aceptar una pasividad del paciente cuando niño, ante el medio. También hay que suponer que el hecho de vivir las experiencias de contacto como sumamente amenazantes o desagradables, es un factor también determinante y que supone, además, actividad por parte del sujeto frente al medio. Sin embargo, conocer la índole de la extracción social del paciente es un dato que sitúa y define las principales características de la relación del paciente con la sociedad en la que vive, y esto está relacionado de manera directa con la estructuración de su autoimagen corporal. No es posible hacer a un lado la idea de que al pertenecer a un estrato o clase social, se tienen expectativas de vida específicas, fantasías o anhelos que se traducen en cómo se concibe el sujeto a sí mismo. Todos los autores citados confluyen en que los aspectos sociales de la imagen corporal son específicos, de tal manera que afectan su formación; afección que puede ayudar a integrar de manera adecuada la imagen corporal o que pueden empobrecerla poniendo un límite a su formación.

IV.4. Los Tests Gráficos.

El uso de un test gráfico como lo es el test DFH representa una técnica sumamente accesible para medir el deterioro de la imagen corporal de estos pacientes.

La accesibilidad del instrumento tiene dos ángulos:

1. Es accesible para el paciente, su enfermedad y su nivel socio-económico y educativo.
2. Es accesible, también, para el psicólogo pues requiere de pocos elementos para su aplicación (tiempo y material).

Este principio de accesibilidad es aplicable a todos los tests gráficos. Para este y otros tipos de enfermedades psiquiátricas también resulta sumamente ventajoso como se verá más adelante.

IV.4.1. Características y ventajas de su uso.

El dibujo, según algunos de los autores citados, puede ser contemplado desde dos ángulos distintos: como actividad que sirve para expresar y comunicar algo, y -segundo ángulo- como un juego. Hay que pensar que el análisis de los dibujos revela alguna de estas dos características, y que en el caso de adultos puede ser una actividad lúdica, pero más una manera de expresarse y establecer una comunicación de tipo no-verbal.

Los Tests Gráficos son tomados, en la práctica profesional cotidiana, como formas de expresión de la personalidad. El dibujo comunica y expresa algo siempre. Mencionaré algunas de las cosas más importante que -- expresa el dibujo:

1. El nivel de desarrollo Psicomotriz y el nivel - de coordinación visomotriz (incluyendo alteraciones y anomalías), y
2. Algunos aspectos momentáneos de la personalidad del que dibuja, como lo son la estructura y dinámica de la Personalidad, sus relaciones interpersonales, su espacio vital, sus actitudes frente a su espacio vital y frente a los demás, y -- otros puntos importantes.

Esto quiere decir que los dibujos pueden ser utilizados por el Psicólogo Clínico como indicadores de nivel maduracional y como indicadores también de aspectos proyectivos de Personalidad. Estos dos usos posibles ya han sido puestos en la práctica muchas veces, obteniéndose datos como el coeficiente maduracional e intelectual y aspectos de Personalidad poco comunicables verbalmente dada su naturaleza conflictiva y olvidada.

El acto de dibujar, a través de la historia, ha servido para que el hombre exprese sus emociones y las comunique a los demás. Los Tests Gráficos aprovechan esta activi-

dad humana tan común y cotidiana para conseguir sus objetivos específicos. El dibujo es más primitivo que el lenguaje como medio de expresión. En la vida cotidiana, el lenguaje siempre es más preciso y "controlable" para expresar estados de ánimo, mientras que la acción de dibujar y el producto que queda de esa acción, están fuera de nuestro control consciente, además de que "dicen" más del que dibuja de lo que él mismo pudiera decir de manera verbal sobre lo que expresan sus dibujos. Quiero referirme, de paso además, a la actividad gráfica y pictórica de los grandes artistas que han legado a la humanidad sus obras, y cuyo análisis gráfico revela a la obra de arte y al que la realizó (la grafología, como disciplina auxiliar de la Psicología, ha reportado estudios interesantes que revelan datos a veces sorprendentes sobre la personalidad del artista a partir del análisis de la actividad gráfica -análisis que promete y que abre campos insospechados a la Psicología Clínica -).

E.F. Hammer afirmó en 1976 que los Tests Proyectivos no-verbales poseen ventajas en poblaciones tales como:

- a). "Los niños,
- b). los que poseen una escasa educación,
- c). los deficientes mentales,
- d). los mudos y los que no hablan el idioma,
- e). los individuos muy tímidos y retraídos,
- f). las personas menesterosas de bajo nivel sociocul-

tural que a menudo se sienten agobiados por una sensación de inadecuación en relación con la capacidad para la expresión verbal, y g). aquellos que tienen una orientación concreta ". (8-Pág. 365).

Como se ve, el dibujo como Test Proyectivo no-verbal - tiene innumerables ventajas en su aplicación sobre otros tests de tipo verbal. Aparte, además, de la relativa -- facilidad de su aplicación que ya es una ventaja para el Psicólogo Clínico en su trabajo profesional. Elsa Grassano de Piccolo reafirma en 1977 la tesis de Hammer sobre las ventajas prácticas de los Tests Gráficos, afirmando que estos " ... adquieren un papel central dentro del Psico diagnóstico porque son los que detectan, con mayor precisión, los niveles profundos de integración y estructura ción. La posibilidad de control intelectual y de enmas-- caramiento, consciente o inconsciente, disminuye marcada mente en estos tests, en relación con los tests verbales. Por esta razón son los que permiten determinar con mayor precisión las características estructurales y de integra ción de la personalidad " (7-Pág. 139).

En síntesis, las siguientes son algunas de las caracterís ticas centrales y ventajosas de los Tests Gráficos:

1. Representan una tarea bastante simple para el examinado,
2. se requiere de poco tiempo y de pocos recursos físicos para realizarlos (menos tiempo y menos material que cualquier otro tipo de test - proyectivo verbal),
3. no se requiere necesariamente y en la mayoría de los casos, de que el paciente exprese algo verbalmente,
4. " ... en los dibujos, el examinado se expresa en un nivel motor más concreto y primitivo ". (8- Pág. 365),
5. el garfismo es más espontáneo que el lenguaje hablado, y por lo tanto, disminuye el control intelectual y racional del examinado sobre la situación de prueba.

IV.4.2. El dibujo de la figura humana (DFH).

La actividad de dibujarse a sí mismo, se remonta a la aparición de las primeras formas de comunicación previas al lenguaje hablado y escrito. De las más arcaicas culturas se tiene conocimiento por los dibujos sobre piedra que retrataban acciones del hombre en su vida cotidiana.

Filogenéticamente, cuando el hombre se dibuja a sí mismo, es cuando tiene consciencia de sí mismo y del medio que lo rodea (espacial o personal). Ontogenéticamente cuando el niño puede plasmar en el papel su primer "monstruo" unidimensional y pequeño, es porque, ya existe dife

renciación entre su yo y el mundo exterior, al igual que el Hombre que vivió en las cavernas. Hace ya -- bastante tiempo, pues, que el Hombre se dibuja a sí mismo de múltiples maneras y en circunstancias muy diversas. Es hasta finales del siglo pasado y --sobre -- todo-- a principios de éste, cuando algunos profesionistas de la salud Humana (Psiquiatras, Psicólogos, Neurólogos) se interesan en el tema y convierten el dibujo de la Figura Humana en un instrumento más para evaluar y obtener información confiable.

(Nota: desde este momento y en adelante, por razones de obviedad, me referiré al Test del Dibujo de la Figura Humana con el Test DFH).

En la actualidad, en la formación Profesional del Psicólogo General y el Psicólogo Clínico en especial, juega un papel muy importante el conocimiento y manejo de los Tests de Karen Machover (1949) y de Florence --- Goodenough (1926) con las variantes actualizadas como la de Harris y Caligor. Se obtiene, mediante ellos, el nivel maduracional a través de puntajes (Goodenough y Harris) y rasgos importantes de Personalidad (Machover y Caligor) todo esto mediante el dibujo de la Figura Humana.

La orientación más importante en la aplicación de campo del Test DFH ha sido y es actualmente, en niños, sean -- estos normales o atípicos. El material Bibliográfico --

actual es sumamente abundante en todos los idiomas, además de que revela experiencias ricas en contenido y formadoras de mentalidades Clínicamente agudas.

El supuesto básico del que parte el Test DFH es de que el sujeto que dibuja una Figura Humana, se dibuja a sí mismo. Dice Machover que "... el proceso de dibujar la figura Humana, es para el sujeto, dese o no cuenta de ello, un problema no solamente de habilidad pictórica, sino el problema de proyectarse a sí mismo en todo lo relativo a los significados y actitudes que han venido a representarse en la imagen de su cuerpo... la figura es, en cierto modo, una representación del -- individuo que dibuja" (14-Pág. 38). Este punto de -- vista, es el proyectivo.

La otra perspectiva, la del análisis maduracional, representada por Goodenough y Harris, se basa en estudios realizados con niños en escuela y relaciona la inteli-- gencia general y el desarrollo conceptual con el DFH.

La idea fundamental de la que parte Goodenough es la de que "... la índole y contenido de los dibujos infantiles dependen primariamente del desarrollo intelectual" (6- Pág. 29). Para probar ese desarrollo intelectual a través del dibujo, Goodenough concluyó, en base a sus innumerables estudios realizados, que la figura Humana era el tema más universal en los dibujos tanto de los -- niños como de los adultos. De ahí partió para elaborar toda la metodología de análisis cuantitativo del Test

DFH, que es a través de puntajes por aciertos que califican la existencia de partes corporales obvias y la calidad de integración de la figura Humana completa.

Cualquiera de las dos versiones, la proyectiva o la maduracional, o ambas, son técnicas bastante socorridas por el Psicólogo Clínico en su práctica profesional.

Son instrumentos que, además de ser sencillos, permiten obtener información confiable sobre los examinados y son el fundamento de cualquier batería Psicológica de Test que se conciba como seria. La aplicación no solamente se realiza en la práctica clínica de tipo público o privada, sino también en la selección de personal de una empresa, en el área Educativa, en la Familiar, y en algunas otras áreas donde ha comprobado su efectividad; además de las investigaciones científicas que se realizan con propósitos estadísticos o de prevención en el área de la salud mental de la población.

El Test DFH es una técnica ampliamente investigada desde el punto de vista de su validez y confiabilidad (lo que respalda su utilización actualmente) y es tema importante en la formación Profesional del Psicólogo en todas las Universidades del mundo que cuentan con esta carrera Profesional. Su importancia y alcances están fuera de discusión. La mejor manera de comprobar esto es su aplicación cotidiana en todas partes del mundo y el prominente lugar que ocupa en la formación de profesionistas de la salud mental.

V. PRINCIPALES INTERROGANTES.

V.1. Relacion entre puntajes y escolaridad.

Si la Esquizofrenia, en su forma simple, es un padecimiento cuya característica clínica más importante es su carácter involutivo, se puede emitir la hipótesis de que esta enfermedad tiene un desarrollo negativo que puede afectar de manera directa el nivel de conocimientos obtenidos por el sujeto que la sufre.

Se puede decir que la Educación Escolar permite a la persona que la vive en forma productiva aumentar la autoestima y los niveles de control mediante el enriquecimiento de sus mecanismos de defensa, además de facilitar y promover la vida de relación, esto último, producto de la convivencia obligada por la asistencia programada y metódica a los cursos impartidos.

Es de suponerse también que a mayor escolaridad, el paciente que padece esta enfermedad, obtenga puntajes altos a la hora de calificar el DFH. Esto quiere decir que encontraríamos puntajes más altos en un paciente con estudios de Secundaria que en un paciente que solamente tiene la Primaria. Una hipótesis de este trabajo es que esa relación entre nivel de escolaridad y puntajes no existe en proporción directa y positiva (a mayor escolaridad, más altos los puntajes), sino que por la enfermedad, esa relación no existe tampoco en un sentido inversamente proporcional (a mayor

escolaridad, más bajos los puntajes).

La hipótesis es pues, que no existe relación entre el nivel de escolaridad de los sujetos y los puntajes que obtienen en el DFH, como podría suceder en un plano con personas no enfermas.

V.2. Relación entre la edad y el deterioro de la imagen corporal.

Idealmente, a medida que el sujeto vive y la edad cronológica aumenta, las experiencias también aumentan y cambian el sentido y la orientación de la vida de la persona. Normalmente hay un enriquecimiento de las experiencias personales y el individuo dispone progresivamente de mejores mecanismos adaptativos para hacer frente a las situaciones externas de convivencia, de relaciones interpersonales, de trabajo - por un lado-, y además de manejar de manera más adecuada las demandas subjetivas mediante la canalización racional y realista de sus impulsos básicos.

La madurez de la edad adulta, con sus fenómenos específicos que la acompañan y la definen, hacen aparecer al individuo frente a los demás, como alguien que vive el climax de la existencia, en el que hay el pleno ejercicio de las habilidades (que antes fueron potencialidades) y que se cristalizan en el estilo peculiar y particular de ser. Ya han quedado atrás, en el olvido, las angustias propias de la adolescencia y de la juventud -etapas formativas y ocasionalmente, de cambios bruscos- ; ahora, en esta edad adulta, ya se tiene todo un estilo de vida formado, sólido y --

firme. El sujeto tiene en su haber actual un trabajo -- específico en el que lleva años invertidos, ha procreado una familia y ha organizado su vida en torno a estos dos condicionantes socio-culturales. Es decir, que la madurez y adultez se caracterizan --entre otras cosas-- por representar una época de la vida en que hay un buen cúmulo de experiencias ya unificadas en un sentido personal, y -- que poseen, estas experiencias, una estabilidad y un equilibrio específicos.

De aquí resulta obvio suponer que una persona adulta, por el hecho mismo de serlo, posee un cúmulo de experiencias -- ricas en contenido en torno a su autoimagen corporal, y -- que está capacitada para representarlas gráficamente.

Lo que diferenciaría la autoimagen corporal de un adulto en comparación con la de un joven sería ese enriquecimiento -- cuantitativo y cualitativo que, traducido en términos cuantificables, significaría más altos puntajes en la calificación del test DFH en el caso del adulto.

Con esto se quiere decir que, en condiciones normales, hay una etapa en la vida en la que todas las capacidades del -- individuo van desarrollandose hasta llegar a una etapa climax (de los 25 años en adelante aproximadamente); climax que perdura hasta que el proceso de la vejez empieza y con éste un deterioro progresivo de estas facultades.

Suponemos que el desarrollo de estos pacientes no es ni el normal ni el ideal, y que en el momento en que se presenta la enfermedad existe un proceso involutivo de carácter precoz que no les permite llegar a ese climax de sus capacida-

des en ejercicio, ya que la enfermedad se presentó antes de esa etapa y consecuentemente, el deterioro de sus facultades no permitió el desarrollo y la aparición de las mismas.

V.3. El deterioro porcentual.

La hipótesis central del trabajo presente propone que si se cuantifican los dibujos de los pacientes mediante las escalas mencionadas más adelante y se comparan los resultados obtenidos, se podrá obtener un porcentaje promedio de un grupo con respecto al otro, y de ambos grupos con respecto al máximo puntaje obtenible en cada una de las figuras dibujadas.

En otras palabras, importa ante todo cuantificar las figuras y detectar el deterioro de las mismas a nivel de porcentajes.

V.4. El tamaño de las figuras dibujadas.

Aquí es importante saber con precisión si el deterioro que produce la enfermedad afecta también el tamaño de las figuras dibujadas y en qué sentido. ¿ Hay una disminución o un aumento ? ¿ Es aplicable aquel principio de que en el momento de dibujar las figuras existe una tendencia generalizada a utilizar la mitad o dos tercios de la hoja donde se dibuja ? .

V.5. La ubicación espacial de las figuras.

La interrogante básica de este apartado se plantea de la siguiente manera: ¿ existe alguna tendencia general por parte de estos pacientes para colocar la figura en algún área específica de la hoja donde dibujan ? .

Si existe esta tendencia predominante, nos revelará datos tan importantes como el espacio vital de los pacientes y su orientación con respecto al mismo.

V.6. La diferenciación sexual de las figuras.

El último interrogante significativo es el que se refiere a la presencia o ausencia de caracteres sexuales en los dibujos que permitan diferenciar al observador y a simple vista, si se ha dibujado a un hombre y a una mujer. El deterioro producido por la enfermedad, ¿ originará un estado tal donde el paciente no pueda distinguir a nivel gráfico las diferencias entre los sexos ? .

VI. METODO.

VI.1. Diseño Experimental.

Para contestar las principales interrogantes planteadas se procedió a utilizar un diseño CORRELACIONAL que quedaría representado de manera sucinta en los siguientes pasos:

1. Grupo " A " ----- aplicación del Test ----- Observación
2. Grupo " B " ----- aplicación del Test ----- observación
3. Correlación de las observaciones realizadas.

VI.2. Sujetos.

Grupo " A ". Se eligieron todos aquellos pacientes varones hospitalizados (Hospital Psiquiátrico Campes tre " Dr. Samuel Ramírez Moreno " de la Se-- cretaría de Salubridad y Asistencia) con --- diagnóstico de Esquizofrenia Simple cuya edad estuviese comprendida entre los 20 y los 29 - años inclusive, encontrándose 34 sujetos con estas características.

Grupo " B " De igual manera se seleccionaron todos aque-- llos pacientes con igual diagnóstico y sexo - cuyas edades estuvieran comprendidas entre - los 40 y 49 años inclusive, encontrándose un total de 31 sujetos.

VI.3. Variables.

Las variables independientes fueron:

- a. el sexo de los pacientes
- b. la edad
- c. el diagnóstico psiquiátrico
- d. el internamiento

VI.4. Escenario.

El lugar donde se realizó la investigación fué el Hospital Psiquiátrico Campestre " Dr. Samuel Ramirez Moreno " , -- unidad aplicativa dependiente de la Dirección General de Salud Mental de la Secretaria de Salubridad y Asistencia.

Las pruebas fueron aplicadas en el cubículo del Departamento de Psicología del Hospital. Es un lugar aislado, con buena iluminación y ventilación, cómodo y adecuado pra la realización de este tipo de actividades.

VI.5.

Como lo que se pretende investigar es el esquema o auto-- imagen corporal, se empleó la prueba de F. Goodenough, y para cuantificar los dibujos se utilizó la escala Goodenough Harris (anexo 1) que califica diferencialmente la figura -- Masculina de la Femenina mediante puntajes específicos.

Cada uno de los reactivos se califica con 1 o con 0 . El acierto con 1 punto y el error con 0. Aunque el objetivo específico de esta escala es el de la obtención de un coe-

ficiente intelectual en niños, aquí se utilizó para cuantificar los dibujos de los sujetos y preparar el camino para poder obtener porcentajes de deterioro y también -- para poder aplicar otros criterios de tipo paramético.

Se cuantificó también el tamaño de las figuras en centímetros mediante una regla normal de 30 cm.

Para ubicar a la figura dibujada en el espacio se dividió una hoja normal tamaño oficio (33 x 21.5 cm) en 9 partes (áreas) iguales con un nombre específico cada una:

IA	=	Izquierda Arriba
IC	=	Izquierda Centro
IB	=	Izquierda Abajo
CA	=	Centro Arriba
CC	=	Centro Centro
CB	=	Centro Abajo
DA	=	Derecha Arriba
DC	=	Derecha Centro
DB	=	Derecha Abajo

Esta nomenclatura aparece en el siguiente esquema:

IA	CA	DA
IC	CC	DC
IB	CB	DB

Así mismo, para el ordenamiento de los niveles de Escolaridad se utilizaron las siguientes claves:

<u>NIVEL DE ESCOLARIDAD</u>	<u>CLAVE</u>
Sin Escolaridad	S E
Primaria	P
Secundaria	S
Preparatoria	Pr

Finalmente, la diferenciación sexual de las figuras se maneja simplemente como positivo o negativo (SI ó NO hay diferenciación sexual).

VI.6. Procedimientos.

Los sujetos fueron detectados a través de la revisión de los expedientes clínicos del archivo activo de la unidad Hospitalaria. Los diagnósticos fueron revisados con el fin de actualizarlos. Para llevar a cabo este procedimiento, se solicitó la colaboración de los Psiquiatras respon

sables del pabellón donde estaban asignados los pacientes.

Corroborado el Diagnóstico, se procedió a citar a cada uno de los pacientes al consultorio de Psicología del Hospital para solicitar su cooperación.

A cada uno de ellos se les facilitaban dos hojas en blanco tamaño oficio y un lápiz común con buena punta y borrador.

Después de que a cada paciente se le entregaba el material de la prueba, se le daba verbalmente la siguiente consigna:

" Quiero que en esta hoja me dibuje a una persona.

Dibújela lo más completa que pueda "

Cuando preguntaban si hombre o mujer, niño o adulto, se les contestaba que lo que ellos quisieran . Al terminar el -- dibujo, se les retiraba la hoja y se les daba la siguiente consigna:

" Ahora quiero que me dibuje otra persona, pero que sea de sexo distinto a la que acaba de dibujar.

Procure también dibujarla completa "

VII.

Procesamiento Estadístico.

Para efectos de ordenamiento de los datos disponibles, cada uno de los 2 grupos (" A " y " B ") fué dividido en dos partes, debido esto a que cada paciente de cada grupo dibujó dos figuras Humanas: La del hombre y la de la mujer, por lo que resultaron 4 subgrupos:

I	II	III	IV
AH	AM	BH	BM

(Las letras A y B se refieren al Grupo. Las letras H y M, a la figura dibujada: Hombre o Mujer).

Con los productos obtenidos mediante la valoración cuantitativa de cada una de las producciones gráficas (130 en total), se procedió a obtener los siguientes datos estadísticos:

- La suma de X ($\sum X$)
- La suma de X^2 ($\sum X^2$)
- La media (\bar{X})
- La desviación Estandar (S)

Estas medidas se aplicaron en las siguientes áreas:

- Niveles de Escolaridad,
- Tamaño de las figuras dibujadas, y
- A los resultados de...

ras dibujadas.

Además, mediante el manejo de porcentajes se cuantificaron las siguientes áreas:

- El deterioro de las figuras
- La ubicación espacial de las mismas, y
- La diferenciación Sexual.

Finalmente, la relación entre los puntajes y los niveles de Escolaridad de los pacientes, fué tratada a través -- del análisis de varianza o prueba "F" . Dada la complejidad y extensión de esta Prueba "F", a continuación se ejemplifica su aplicación concreta. Se hace la aclaración que la inclusión de ésta fórmula en este trabajo -- lleva la finalidad explícita de responder a la siguiente pregunta:

¿ Afecta el nivel de Escolaridad a los puntajes obtenidos ?

La hipótesis Nula (H_0) nos dice que esa relación directa no existe, que es necesario comprobar lo contrario para poder plantear la Hipótesis Experimental (H_1). Para verificar si existe esa relación, se procedió a realizar un análisis de Varianza (Prueba "F" de Snederon-Fischer)

Los pasos fueron los siguientes:

Paso 1.

Como ya sabemos, cada uno de los grupos (" A " y " B ")

esta subdividido de acuerdo a la figura dibujada (H o M) por lo que tenemos 4 subgrupos:

AH, AM, BH, BM.

Si a esto añadimos los niveles de Escolaridad de cada Grupo para poder aplicar al análisis de Varianza, entonces tendremos 16 subgrupos:

- | | | | |
|-------------|-----------|-------------|-------------|
| 1. AHSE | 5. AMSE | 9. (BHSE) | 13. (BMSE) |
| 2. AHP | 6. AMP | 10. BHP | 14. BMP |
| 3. AHS | 7. AMS | 11. BHS | 15. BMS |
| 4. (AHPr) | 8. (AMPr) | 12. BHPr | 16. BMPr |

Cada uno de los subgrupos organizados para efectos del análisis de Varianza, tiene su respectiva población.

Sin embargo en el Grupo " A " no hubo sujetos a nivel - Preparatoria, y en el Grupo " B " tampoco hubo sujetos sin Escolaridad, por lo que aquí aparecen colocados entre paréntesis los 4 subgrupos cuya población es igual a cero. El primer paso fué pues, darles una clave a los subgrupos que en total fueron 12.

Paso 2.

Este segundo paso consistió en ordenar los datos resultantes de la aplicación de las fórmulas Estadísticas para obtener la media (\bar{X}), la suma de X -- ($\sum X$), la suma de X cuadrada ($\sum X^2$), y la Des--viación Estandar (S).

Paso 3.

El siguiente paso consistió en la aplicación de la Fórmula " F " para la obtención de la Varianza.

Se procedió a comparar a cada uno de los subgrupos en contra de otro. El contraste de los subgrupos se realizó tanto a nivel intragrupal como intergrupar. Veamos dos ejemplos ilustrativos de esta enunciación:

1. AHSE -vs- AHP
2. AHP -vs- BHP

También se procedió a reunir 3 subgrupos de una misma figura dibujada pra contrastarlos entre sí.

A continuación dos ejemplos ilustrativos:

1. AHSE -vs- AHP -vs- AHS
2. BMP -vs- BMS -vs- BMPr

Paso 4.

El siguiente paso, fué la aplicación de la fórmula "F" para obtener la Varianza, que, expresada en etapas, es la siguiente:

$$\begin{aligned}
 \text{a. } SC_{\text{Total}} &= \frac{\sum X^2_{\text{Total}}}{N_{\text{Total}}} - \frac{(\sum X)^2}{N_{\text{Total}}} \\
 \text{b. } SC_{\text{ent}} &= \left[\sum \frac{(\sum X)^2}{N} \right] - \frac{(\sum X)^2}{N_{\text{Total}}} \\
 \text{c. } SC_{\text{dent}} &= SC_{\text{Total}} - SC_{\text{ent}}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 \text{d. } g^1_{\text{ent}} &= K - 1 \\
 \text{e. } g^1_{\text{dent}} &= N_{\text{total}} - K \\
 \text{f. } MC_{\text{ent}} &= \frac{SC_{\text{ent}}}{g^1_{\text{ent}}} \\
 \text{g. } MC_{\text{dent}} &= \frac{SC_{\text{dent}}}{g^1_{\text{dent}}} \\
 \text{h. } F &= \frac{MC_{\text{ent}}}{MC_{\text{dent}}}
 \end{aligned}$$

La presente fórmula para la obtención de la Varianza está tomada de la ob. cit. de Jack Levin (12 - pags. 159 a 164).

Para ilustrar su aplicación, en seguida un ejemplo. Tomaremos 2 subgrupos para hacer una contratación inter-grupal. Ejemplo:

AMS -vs- BMS

En seguida, reproducimos los datos que necesitamos para la aplicación de la fórmula.

N =	AMS 6	BMS 9
ΣX	228	280
\bar{X}	38	31.11
ΣX^2	9,248	9,340
S	9.86	8.36

Procederemos, entonces a aplicar la secuencia enunciada anteriormente de la fórmula para obtener "F".

$$a. \quad SC_{\text{total}} = \sum X^2_{\text{TOTAL}} - \frac{(\sum X)^2}{N_{\text{TOTAL}}}$$

donde

SC_{total} = suma cuadrática total, que es igual a

$\sum X^2_{\text{TOTAL}}$ = la suma de todas las equis cuadradas de los subgrupos

$-(\sum X)^2$ = menos la suma de todas las equis de los subgrupos, elevado el producto al cuadrado,

$\frac{\quad}{N_{\text{TOTAL}}}$ = dividido entre el número total de los casos.

La fórmula aplicada queda como sigue:

$$(9,248 + 9,340) - \frac{(228 + 280)^2}{15}$$

y el resultado es el siguiente:

$$SC_{\text{total}} = \boxed{1,383.74}$$

$$b. \quad SC_{\text{ent}} = \left[\sum \frac{(\sum X)^2}{N} \right] - \frac{(\sum X_{\text{TOTAL}})^2}{N_{\text{TOTAL}}}$$

donde

$\left[\sum \frac{(\sum X)^2}{N} \right]$ = la suma de las sumas de las equis de cada grupo elevadas al cuadrado y divididas, - cada una, entre el número de casos de su respectivo subgrupo.

→ $\frac{(\sum X_{TOTAL})^2}{N_{TOTAL}}$ = a lo que se resta la suma total de las equis de los dos subgrupos elevando al cuadrado el producto y dividiéndolo entre el número total de los casos.

En este caso que ejemplificamos, la sustitución queda

como sigue: $SC_{ent} = \left[\sum \frac{(228)^2}{6} + \frac{(280)^2}{9} \right] - \frac{(508)^2}{15}$

obteniéndose como resultado:

$$SC_{ent} = \boxed{170.85}$$

c. $SC_{dent} = SC_{total} - SC_{ent}$

donde

SC_{dent} = la suma cuadrática dentro de los grupos es igual a

SC_{total} = la suma cuadrática total

SC_{ent} = menos la suma cuadrática entre los grupos,

que en este caso quedaría así:

$$SC_{dent} = 1,383.74 - 170.85$$

y el resultado es:

$$SC_{dent} = \boxed{1,212.9}$$

d. $g^1_{ent} = K - 1$

donde

g^1_{ent} = el grado de libertad entre los grupos es igual a

$K - 1$ = la suma total de los grupos (K) a comparar (dos en este caso) , a lo que se le resta una unidad (1), quedando como sigue:

$$g^1_{ent} = 2 - 1$$

por lo tanto:

$$g^1_{ent} = 1$$

d. $g^1_{dent} = N_{total} - K$

donde

g^1_{dent} = el grado de libertad dentro de los grupos es igual a

$N_{total} - K$ = el número total de los casos, menos el número total de grupos a comparar.

lo que quedaría como sigue :

por lo tanto $g^1_{dent} = 15 - 2$

$$g^1_{dent} = 13$$

f. $MC_{ent} = SC_{ent}$

donde

MC_{ent} = la media cuadrática entre los grupos es igual a

SC_{ent} = la suma cuadrática entre los grupos, dividida entre

gl_{ent} = el grado de libertad entre los grupos.

lo que quedaría como sigue :

$$MC_{ent} = \frac{170.85}{1}$$

Por lo tanto:

$$MC_{ent} = \boxed{170.85}$$

g. $MC_{dent} = \frac{SC_{dent}}{gl_{dent}}$

donde

MC_{dent} = la media cuadrática dentro de los grupos es igual a

SC_{dent} = la suma cuadrática dentro de los grupos, dividida entre

gl_{dent} = el grado de libertad dentro de los grupos,

lo que quedaría como sigue :

$$MC_{dent} = \frac{1.212.9}{13}$$



por lo tanto:

$$MC_{dent} = \boxed{93.3}$$

h.

$$F = \frac{MC_{ent}}{MC_{dent}}$$

donde

MC_{ent} = la media cuadrática entre los grupos,
dividida entre

MC_{dent} = La media cuadrática dentro de los grupos

los que quedaría como sigue

$$F = \frac{170.85}{93.3}$$

obteniéndose como producto que

$$\boxed{F = 1.83}$$

Esta "F" es la obtenida en este caso. Este dato nos habla de la variación total en un conjunto de puntajes específicos, resultado estos de un previo análisis de variación inter e intragrupal.

Este dato obtenido, por sí sólo, no dice nada si no es enmarcado dentro del análisis de el " Nivel de confianza " que pueden ofrecer los datos comparados.

Esto se refiere, en concreto, a determinar si no existe lo comunmente denominado como " error de muestreo " . Es necesario saber que cantidad (si no toda) de la muestra fué erroneamente seleccionada.

Para realizar esta comprobación, se recurrió a dos procedimientos:

- 1o. Escogemos rechazar la Hipótesis Nula (H_0) sólo si resulta que hay 5 oportunidades entre 100 de que la variación sea producto de un error de muestreo ($\alpha = .05$).
- 2o. Y también, escogemos rechazar la Hipótesis Nula (H_0) sólo si resulta que hay una oportunidad - entre 100 de que la variación sea producto de un error de muestreo ($\alpha = .01$).

Por lo tanto, hay que comparar la "F" obtenida - tanto en $\alpha = .05$ como en $\alpha = .01$.

Para lograr este procedimiento, se toman primeramente los grados de libertad inter e intragrupal ya descritos, tomando el primero como numerador y el segundo como denominador, lo que en el caso que estamos analizando quedaría así:

$$g_1 = 1/13$$

Después, se consulta la Tabla "D" de la Ob. cit. de Levin (12 - Págs. 284 y 285) utilizándola de la siguiente manera:

el g^1 ent o numerador se ubica en la parte superior de la tabla, de manera horizontal; y el g^1 dent o denominador en la parte izquierda o vertical . Se localiza el lugar - donde se cruzan y se obtiene un puntaje ("F" observada) para $\alpha = .05$ y otro para $\alpha = .01$.

Siguiendo con nuestro ejemplo, tenemos que la F_o para los niveles de confianza especificados anteriormente es de: --

F_o para $\alpha = .05$ es igual a 4.67

F_o para $\alpha = .01$ es igual a 9.07

La "Regla de Decisión " no dice que :

"Si la "F" obtenida o calculada (F_c) es igual o mayor que la "F" observada (F_o), se rechaza la Hipótesis nula (H_o)."

(R.D.: Si $F_c > F_o$ entonces H_o se rechaza)

En nuestro caso concreto, tenemos que nuestra F_c (1.83) es menor que las F_o (4.67 y 9.07); por lo tanto es aceptada la H_o de que el nivel de Escolaridad no afecta a los puntajes obtenidos.

En este caso en donde comparamos los resultados de los puntajes de los subgrupos AMS y BMS tenemos que hay un buen nivel de confianza y el error de muestreo no entra como variable, por lo que se acepta la H_0 de que el nivel de Escolaridad de los sujetos de la muestra no afecta a los puntajes obtenidos.

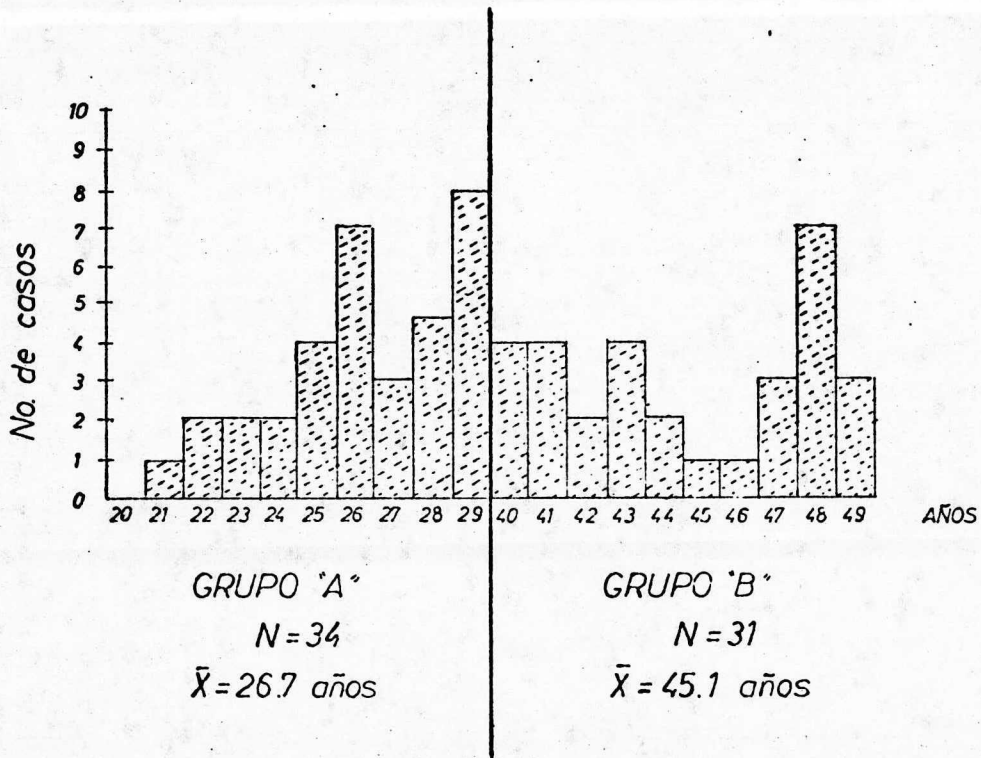
VIII.

RESULTADOS.



VIII.1. Composición de la muestra

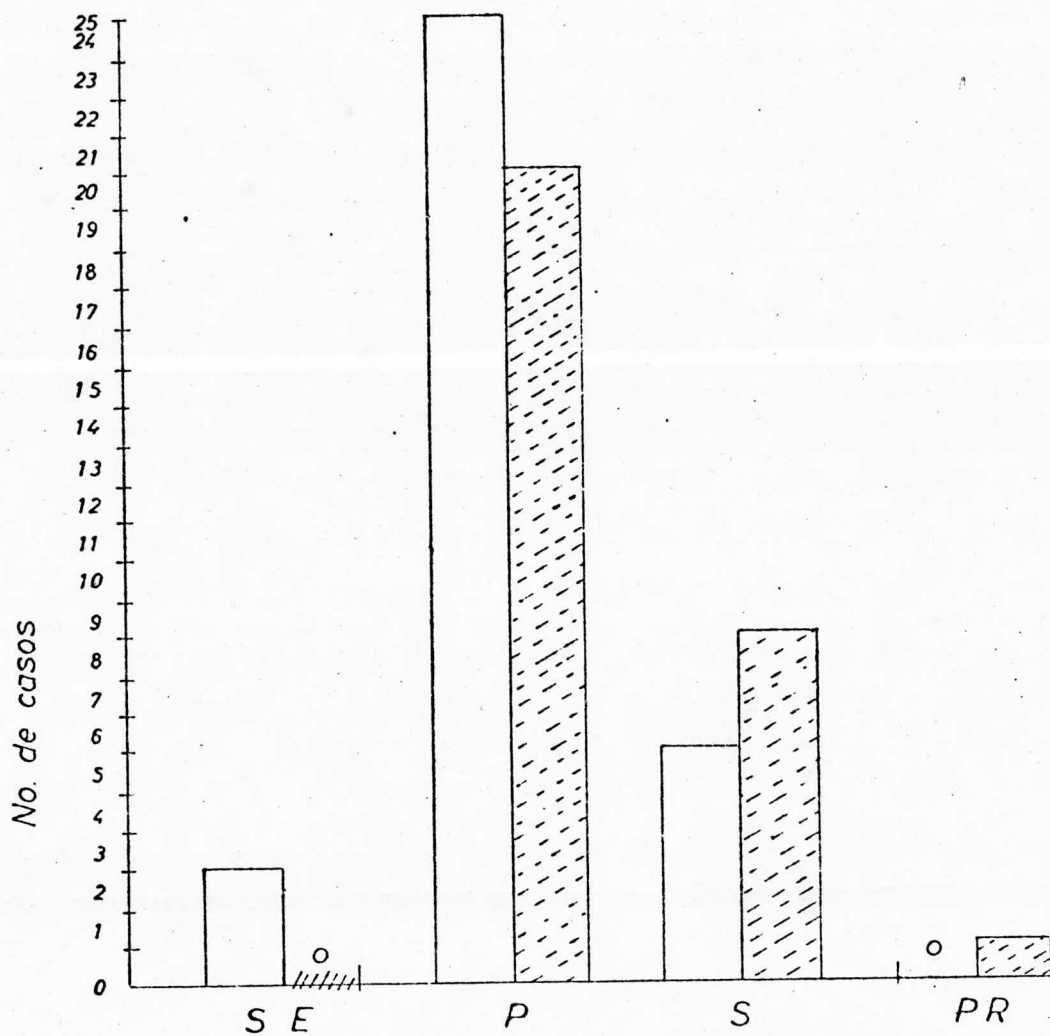
GRAFICA No. 1.

E D A D E S .



GRAFICA No. 2
ESCOLARIDAD.

GRUPO "A" 
GRUPO "B" 



SE = Sin Escolaridad

P = Primaria

S = Secundaria

Pr = Preparatoria

RELACION ENTRE ESCOLARIDAD Y PUNTAJES

NIVELES de SIGNIFICANCIA

CONFRONTACIONES		NIVELES de SIGNIFICANCIA						
	a	b	\bar{X}_a	\bar{X}_b	"F"	0.05	0.01	
1	AMSE -vs- AMP		33.66	33.64	2.42	4.22	7.72	
2	AMSE -vs- AMS		33.66	36.66	3.01	5.59	12.25	
3	AMP -vs- AMS		33.64	36.66	0.37	4.18	7.60	
4	AMSE -vs- AMP		21.00	33.48	4.49	4.22	7.72	*
5	AMSE -vs- AMS		21.00	38.00	5.72	5.59	12.25	*
6	AMP -vs- AMS		33.48	38.00	0.73	4.18	7.60	
7	BMP -vs- BMS		21.42	34.22	7.75	4.20	7.64	* *
8	BMP -vs- BMP		21.42	1.00	0.04	4.35	8.16	
9	BMS -vs- BMP		34.22	1.00	0.81	5.32	11.26	
10	BMP -vs- BMS		20.80	31.11	6.60	4.20	7.64	*
11	BMP -vs- BMP		20.80	1.00	0.003	4.35	8.16	
12	BMS -vs- BMP		31.11	1.00	1.17	5.32	11.26	
13	BMP -vs- BMP		33.64	21.42	13.52	4.08	7.31	* *
14	AMS -vs- BMS		33.66	34.22	0.01	4.67	9.07	
15	AMP -vs- BMP		33.48	20.80	14.55	4.08	7.31	* *

RELACION ENTRE ESCOLARIDAD Y PUNTAJES

CONFRONTACIONES

Niveles de
CONFIANZA

	a	b	c	\bar{X}_a	\bar{X}_b	\bar{X}_c	"F"	0.05	0.01			
17	AHSE	-vs-	AHP	-vs-	AHS	23.66	33.64	36.66	5.24	3.22	5.39	*
18	AMSE	-vs-	AMP	-vs-	AMS	21.00	33.48	38.00	2.35	3.22	5.39	
19	BHP	-vs-	BHS	-vs-	BHP _r	21.42	34.22	1.00	4.02	3.33	4.54	*
20	BMP	-vs-	BMS	-vs-	BMP _r	20.80	31.11	1.00	3.49	3.33	4.54	*

* Se acepta $L_a H_1$ en 0.05 pero no en 0.01

* * Se acepta $L_a H_1$ en 0.05 y en 0.01

CLAVES:

A = GRUPO "A"
 B = GRUPO "B"
 H = FIGURA MASCULINA
 M = FIGURA FEMENINA
 SE = SIN ESCOLARIDAD
 P = PRIMARIA
 S = SECUNDARIA
 Pr = PREPARATORIA

Y = CONFRONTACIONES INTRAGRUPALES,
 INTRAFIGURAS, CON DISTINTO
 NIVEL DE ESCOLARIDAD.

Z = CONFRONTACIONES INTERGRUPALES,
 INTRAFIGURAS, CON MISMO NIVEL
 DE ESCOLARIDAD.

VIII.2.

Porcentaje de Deterioro.

Con los resultados obtenidos respecto a la Media de cada uno de los 4 subgrupos (AH, AM, BH, BM) y aplicando una regla de tres simple, se obtuvieron los porcentajes de deterioro de la imagen corporal de los sujetos partícipes en la investigación.

A continuación, se reproducen los datos importantes para la obtención de los porcentajes :

SUBGRUPO	\bar{X}
AH	33.3
AM	33.1
BH	25.2
BM	23.2

Tomemos como ejemplo los dos dibujos realizados por el grupo " B " para detectar los porcentajes . Empezamos por tomar la media más alta como si fuera el 100% y la comparamos con la otra media que es más baja. En este caso, el puntaje más alto corresponde al dibujo de la Figura Masculina (BH) . Si 25.2 es el 100% 23.2 es el 92.06%, lo que quiere decir que hay una diferencia de 7.93% de la figura Femenina con respecto a la Figura Masculina, lo que se traduce en porcenta-

Pero lo que más interesa aquí es el grado o porcentaje de deterioro intergrupales. Analicemos el siguiente ejemplo ilustrativo:

	AM	BM
\bar{X}	33.1	23.2

De nuevo repetimos la operación anterior: La \bar{X} más alta, que es la del dibujo de la Figura Femenina del Grupo "A" la tomamos como el 100%; decimos: si 33.1 es el 100%, 23.2 (que es la \bar{X} de BM) será el 70.09%, lo que representa una diferencia de 29.9%, lo que se traduce como el porcentaje de deterioro real de un grupo con respecto al otro en el dibujo de la figura del mismo sexo (M).

Existe además otro tipo de porcentaje de deterioro detectable. Como aparece en el anexo # 1, hay una cantidad de puntos máxima obtenible en cada figura dibujada. Así, para la Figura Masculina (H) hay 73 puntos, y 71 para la Femenina (M) .

Si a estos puntajes los tomamos como el 100% y los comparamos con las medias (\bar{X}) de cada subgrupo, obtendremos lo siguiente:

- a). en AH la \bar{X} es de 33.3 y el deterioro de 54.38%
- b). en AM la \bar{X} es de 33.1 y el deterioro de 53.58%
- c). en BH la \bar{X} es de 25.2 y el deterioro de 65.47%
- d). en BM la \bar{X} es de 23.2 y el deterioro de 67.32%

En el cuadro siguiente (No. 2), se pueden observar los porcentajes de deterioro inter e intragrupal - (parte I), así como los que se refieren al máximo de puntajes obtenibles en cada figura (parte II).

CUADRO No. 2
PORCENTAJES DE DETERIORO

	GRUPO "A"		GRUPO "B"	
	H	M	H	M
$\bar{X} =$	33.3	33.1	25.2	23.2
Deterioro Intragrupal.	100%	0.60%	100%	7.93%
Deterioro Inter-GRUPAL.	100%		24.32%	
		100%		29.9%
Calificación máxima obtenible (*)	73	71	73	71
DETERIORO TOTAL	54.38%	53.38%	65.47%	67.32%

H = FIGURA MASCULINA

M = FIGURA FEMENINA

(*) = Según La Escala de Goodenough-Harris

VIII.3.

Tamaño de las figuras.

Como se aclaró antes, cada una de las figuras dibujadas fué medida con una regla.

En el cuadro siguiente se aprecian los resultados obtenidos de esta medición en cm.

C U A D R O No. 3

Subgrupo	\bar{X} (en cm.)
AH	14.04
AM	14.41
BH	12.86
BM	13.06

VIII.4.

La ubicación espacial de las figuras.

A continuación aparecen 7 cuadros (del No. 4 al No. 10, inclusive) que nos revelan los datos referentes a la ubicación espacial de las figuras.

Los primeros 4 (No. 4, 5, 6 y 7) se refieren a cada uno de los subgrupos (AH, AM, BH, BM). Los 2 siguientes (Nos. 8 y 9) reúnen a los dos grupos (" A " y " B ") en una sola figura dibujada (H para el cuadro 8 y M para el cuadro 9).

El cuadro No. 10, sintetiza la información de todos los anteriores referidos a este rubro.

CUADRO No. 4.

UBICACION ESPACIAL

SUBGRUPO -AH-

POSICION	FRECUENCIA	%
IA	9	26.4
IC	7	20.6
IB	1	2.9
CA	13	38.3
CC	2	5.9
CB	2	5.9
DA	0	0
DC	0	0
DB	0	0
	<u>N=34</u>	<u>100.0%</u>

IA 26.4% (9)	CA 38.3% (13)	DA 0% (0)	=64.7% (22)
IC 20.6% (7)	CC 5.9% (2)	DC 0% (0)	=26.5% (9)
IB 2.9% (1)	CB 5.9% (2)	DB 0% (0)	=8.8% (3)
" 49.9% (17)	" 50.1% (17)	" 0% (0)	=100% (34)

() = Número de casos.

CUADRO No. 5
UBICACION ESPACIAL
SUBGRUPO - AM -

POSICION	FRECUENCIA	%
IA	10	29.4
IC	7	20.6
IB	1	2.9
CA	11	32.4
CC	2	5.9
CB	3	8.8
DA	0	0
DC	0	0
DB	0	0
	<u>N=34</u>	<u>100%</u>

- IA - 29.4% (10)	- CA - 32.4% (11)	- DA - 0% (0)	= 61.8% (21)
- IC - 20.6% (7)	- CC - 5.9% (2)	- DC - 0% (0)	= 26.5% (9)
- IB - 2.9% (1)	- CB - 8.8% (3)	- DB - 0% (0)	= 11.7% (4)
59.9% (18)	47.1% (16)	0% (0)	=100% (34)

() = Número de casos

CUADRO No. 6.
UBICACION ESPACIAL
SUBGRUPO - BH -

POSICION	FRECUENCIA	%
IA	4	12.9
IC	6	19.4
IB	3	9.7
CA	6	19.3
CC	9	29.0
CB	2	6.5
DA	0	0
DC	1	3.2
DB	0	0
	<u>N= 31</u>	<u>100%</u>

IA 12.9% (4)	CA 19.3% (6)	DA 0% (0)	= 32.2% (10)
IC 19.4% (6)	CC 29.0% (9)	DC 3.2% (1)	= 51.6% (16)
IB 9.7% (3)	CB 6.5% (2)	DB 0% (0)	= 16.2% (5)
II 42.0% (13)	II 54.8% (17)	II 3.2% (1)	II =100% (31)

() = Número de casos.

CUADRO No. 7
UBICACION ESPACIAL
SUBGRUPO - BM -

POSICION	FRECUENCIA	%
IA	4	12.9
IC	5	16.1
IB	3	9.7
CA	8	25.8
CC	8	25.8
CB	2	6.5
DA	0	0
DC	1	3.2
DB	0	0
	N= 31	100%

IA 12.9% (4)	CA 25.8% (8)	DA 0% (0)	= 38.7% (12)
IC 16.1% (5)	CC 25.8% (8)	DC 3.2% (1)	= 45.1% (14)
IB 9.7% (3)	CB 6.5% (2)	DB 0% (0)	= 16.2% (5)
38.7% (12)	58.1% (18)	3.2% (1)	=100% (31)

() = Número de casos.

CUADRO No. 8
 UBICACION ESPACIAL
 SUBGRUPOS AH + BH

POSICION	FRECUENCIA	%
IA	13	20
IC	13	20
IB	4	6
CA	19	30
CC	11	17
CB	4	6
DA	0	0
DC	1	1
DB	0	0
	<u>N= 65</u>	<u>100%</u>

IA 20% (13)	CA 30% (19)	DA 0% (0)	= 50% (32)
IC 20% (13)	CC 17% (11)	DC 1% (1)	= 38% (25)
IB 6% (4)	CB 6% (4)	DB 0% (0)	= 12% (8)
"	"	"	"
46% (30)	53% (34)	1% (1)	=100% (65)

() = Número de casos.

CUADRO No. 9.
UBICACION ESPACIAL
SUBGRUPOS AM + BM

POSICION	FRECUENCIA	%
IA	14	22
IC	12	18
IB	4	6
CA	19	30
CC	10	15
CB	5	8
DA	0	0
DC	1	1
DB	0	0
	<u>N= 65</u>	<u>100%</u>

IA 22% (14)	CA 30% (19)	DA 0% (0)	= 52% (33)
IC 18% (12)	CC 15% (10)	DC 1% (1)	= 34% (23)
IB 6% (4)	CB 8% (5)	DB 0% (0)	= 14% (9)
46% (30)	53% (34)	1% (1)	=100% (65)

() = Número de casos.

CUADRO No. 10
 UBICACION ESPACIAL
 (SINTESIS)

SUBGRUPOS AH + AM + BH + BM

POSICION	FRECUENCIA	%
IA	27	21
IC	25	19
IB	8	6
CA	38	29
CC	21	16
CB	9	7
DA	0	0
DC	2	2
DB	0	0
	N=130	100%

IA 21% (27)	CA 29% (38)	DA 0% (0)	= 50% (65)
IC 19% (25)	CC 16% (21)	DC 2% (2)	= 37% (48)
IB 6% (8)	CB 7% (9)	DB 0% (0)	= 13% (17)
"	"	"	"
46% (60)	52% (68)	2% (2)	=100% (130)

() = Número de casos.

VIII.5. Diferenciación Sexual.

En lo que se refiere a la diferenciación sexual de las figuras dibujadas, los resultados aparecen en el siguiente cuadro (No. 11).

Hay que recordar que la valoración de esta área específica se efectuó calificando simplemente con un SI cuando se comparaban los 2 dibujos realizados por cada uno de los pacientes y a simple vista era factible concluir que se trataba de un dibujo de un hombre y otro de una mujer, es decir, - que hubiera una diferencia (ejemplo: el cabello, el vestuario, etc,); se calificaba con un No cuando esa diferencia no se percibía.

C U A D R O No. 11

DIFERENCIACION SEXUAL.

	SI	NO	TOTAL
GRUPO "A"	26 (82.4%)	8 (17.6%)	34
GRUPO "B"	15 (48.4%)	16 (51.6%)	31
	41	24	<u>65</u>

IX. DISCUSION.

IX.1. El primer punto importante y que es necesario destacar en es te momento es el que se refiere a la relación obtenida entre los puntajes de los sujetos y sus niveles de Escolaridad. Co mo se dijo antes, cabría presuponer que a mayor nivel de Es- colaridad los puntajes fueran más altos y, consecuentemente, más bajos con menor nivel de Escolaridad. Los resultados --
 demuestran que esa relación directa y proporcional no existe. Lo que demuestra que la enfermedad, es un proceso que no tie- ne relación con el nivel Educativo de los pacientes.

En solamente 3 de las 20 confrontaciones realizadas para obser- var esa relación de Escolaridad y puntajes, ésta se vió afec-- tada (los dobles asteriscos del cuadro No. 1). Sin embargo, esta afectación no nos puede conducir a generalizaciones, pues estas tres confrontaciones representan solamente el 15% de las mismas. Si se toman como excepciones, confirmarían la regla - general representada en este caso por las restantes 17 confron- taciones (85% de los casos). Por lo tanto, queda desechada la hipótesis que establece la relación directa entre puntajes obtenidos y nivel de Escolaridad y prueba además que la muestra fué bien seleccionada y representativa.

IX.2. La hipótesis central y más importante de la investigación es - la que sustenta que con la edad y en el caso de ésta enferme-- dad específica, la autoimagen corporal se deteriora; deterioro mensurable y evidenciable mediante porcentajes.

Los resultados que se muestran en el cuadro No. 2 revelan lo siguiente:

- a). En la figura femenina (M) los pacientes de -- ambos grupos obtuvieron menor puntaje (en las \bar{X}) que en la masculina (H) . En el caso de -- los pacientes del grupo " A " esta diferencia es poco significativa (0.6%), y en el caso del -- grupo "B" la diferencia en los puntajes alcanza un 8%.
- b). El dato más significativo lo representa el deterioro intergrupar, detectable mediante la \bar{X} de una figura dibujada por un grupo (ejemplo AM) con respecto a la \bar{X} de la misma figura dibujada por el grupo contrario (ejemplo: BM).

En el caso de la figura masculina (H) los puntajes más altos los obtuvo el grupo " A ". El nivel de deterioro del grupo " B " con respecto al " A " es del 24.3%; y en lo que se refiere a la figura femenina (M) el deterioro alcanza el 30% en números cerrados. Esto permite comprobar nuestra hipótesis de trabajo central.

Veamoslo por partes: En el transcurso de vida comprendido entre las medias (\bar{X}) de edades de ambos grupos (19 -- años aproximados) hay un deterioro progresivo de la autoimagen corporal que afecta los puntajes obtenidos.

- El deterioro detectado en el grupo " B " con respecto al grupo " A " es mayor en el dibujo de la figura femenina (M), tal y como se aprecia en el cuadro No. 2 parte I.

- Si se toman las medias (\bar{X}) de los puntajes obtenidos por cada grupo en cada una de las figuras dibujadas y se les compara con la calificación máxima obtenible en cada una de las figuras (anexo No. 1), el deterioro en el caso del grupo " A " sobrepasa el 50% en ambas figuras, y en el grupo " B " aún lo sobrepasa en el 65% en ambas figuras.

Aún suponiendo que una persona normal adulta, con edad similar a la de alguno de los sujetos, no obtuviese los puntajes máximos (73 para H y 71 para M), o que también un grupo o grupos de personas normales no obtuviese en promedio esas calificaciones máximas, sino que su calificación fuese aproximada, el deterioro presentado por estos pacientes siempre estaría superior al 50%.

Esto quiere decir, con palabras simples, que la autoimagen corporal de estos pacientes " vale " la mitad de lo que vale la de una persona o grupo de personas normales y que, por lo tanto, también su autoestima y niveles de aspiraciones representan la mitad de lo que representarían estos mismos aspectos dinámicos para una persona normal con vida productiva y de rela-

ciones. Además hay un deterioro conceptual al estar afectada su autopercepción.

IX.3. En el tamaño de las figuras dibujadas también existe un deterioro que se manifiesta en el empequeñecimiento de las mismas. Si se atiende al principio de que la tendencia generalizada al dibujar la figura humana es la de utilizar desde la mitad hasta 2 tercios del espacio total de la hoja (desde 16.5 cm. hasta 22 cm. en las hojas usadas por los sujetos), tenemos que aquí las \bar{X} de los tamaños apenas se aproximan - en ambos grupos - a la media inferior supuesta de 16.5 cm.. La media para la gente normal sería de 19.5 o de 20 cm. . La diferencia nos habla también de un deterioro. Además, la \bar{X} del grupo " B " es menor que la del grupo " A ", por lo que se infiere un proceso de deterioro progresivo también.

Esto se interpreta como una tendencia general al " encogimiento " de las figuras, lo que tiene estrecha relación con sentimientos de minusvalía y olvido del cuerpo y sus funciones de contacto social y personal.

La idea de desamparo o de sentimientos fuertes de abandono, - productos de la misma dinámica intrínseca a la enfermedad, se infieren de este deterioro en el tamaño de las figuras.

IX.4. Los resultados obtenidos en el área de la ubicación espacial de las figuras reafirman de manera indirecta el diagnóstico Psiquiátrico adjudicado a estos sujetos pues, como puede ob-

servarse en los cuadros No. 4 al 10 inclusive, las tendencias más significativas -por frecuentes- son las que colocan las figuras en las partes superiores de la hoja y a la izquierda de la misma. Para comprobar esto se puede proceder a sumar los porcentajes anotados en cuatro de las nueve áreas en que fué dividida la hoja para efectos de la investigación. Naturalmente, se tomarían las áreas de arriba y del lado izquierdo (IA, CA, IC, CC).

En el caso del dibujo de la figura masculina del grupo " A " (subgrupo AH) encontramos que la concentración en estas áreas es superior al 90% de los casos, es decir, 31 sujetos del total de 34 que es la población total de este grupo (cuadro No. 4).

Este mismo grupo, en el dibujo de la figura femenina (AM) la concentración asciende al 88.3%, porcentaje que representa a 30 sujetos del total de 34 (cuadro No. 5).

En el grupo " B " , figura masculina (BH) la concentración es de 80.6% (cuadro No. 6) y en la figura femenina (BM) también del 80.6% (cuadro No. 7).

Combinando ambos grupos en el caso de la figura masculina (AH + BH) la concentración alcanza el 87% (cuadro No. 8), y en el caso de la femenina (AM + BM) el 85% (cuadro No. 9).

Si se suman ambos grupos y las dos figuras (AH + AM + BH + BM) para poder tener una visión global de las tendencias generales (cuadro No. 10) la concentración en el espacio de las 4 áreas mencionadas asciende al 85% de los casos (111 dibujos del total de 130).

Según K. Machover (ob, cit. 14) y Juan N. Portuondo - (ob, cit. 19) , estos datos revelan carencia de discernimiento y bajo nivel de energía, lo que aunado a la --pequeñez de las figuras apunta hacia los sentimientos que están presentes en este padecimiento específico.

Según la Grafología Clásica, el uso combinado del área superior (que significa mundo interior dominado por fantasías) y del lado izquierdo de la hoja (introversión, ausencia de contactos interpersonales, timidez, abulia y represión) coincide con lo que se presenta en la Esquizo-frenia. Claro está que se puede asegurar aún más el diagnóstico si se analizan otros elementos del dibujo, pero - es importante señalar que estas tendencias demostradas en la ubicación de la figura en el espacio de la hoja, se hallan presentes con gran frecuencia en los casos de Esqui-zofrenias, autismo y carácter Esquizoide.

En otras palabras, la tendencia a colocar la figura Humana en estas áreas nos habla de una negativa, de un NO rotundo al mundo, sus compromisos, sus relaciones y riesgos, sus - conflictos y modos de vida cotidiana y productiva, además

de revelarnos otro mundo pobre, vacío, yermo, con fantasías cuya calidad y cantidad está en proporción a esa pobreza interna.

- IX.5. En el área de la diferenciación sexual de las figuras (cuadro No. 11) los resultados revelan que en el grupo de los jóvenes (" A ") la mayoría de ellos (82.4%) diferencia sexualmente una figura de otra. En el grupo de los adultos (" B ") una mitad diferencia y la otra mitad no. Esto nos puede indicar que en los jóvenes el deterioro producido por la enfermedad aún no ha afectado sensiblemente la capacidad de diferenciar un sexo de otro. En el grupo de los adultos, hay una incapacidad significativa para realizar esta diferenciación.

X. CONCLUSIONES.

La característica Clínica más importante de esta enfermedad -como ya se dijo de antemano- es su proceso involutivo.

Como podemos observar en este trabajo, este movimiento de retroceso o deterioro afecta a la imagen que el paciente tiene de sí mismo.

Los porcentajes de deterioro obtenidos mediante la cuantificacación de la Escala Goodenough-Harris nos permiten medir ese deterioro a nivel de cada sujeto y de cada uno de los grupos. Su magnitud sobrepasa al 50% cuando se toman en cuenta los puntajes óptimos alcanzables. Estos porcentajes nos hablan de una desintegración, de una pérdida de las facultades perceptuales, motrices, intelectivas y de relación.

El tamaño de la figura dibujada, así como su ubicación espacial nos revelan algunas características del nivel de autoestima y - de la ubicación del sujeto en el espacio vital, respectivamente.

Los resultados sugieren que en estos pacientes los niveles de - su autoestima tienen una tendencia a disminuir y además, que su espacio vital (donde se revela su capacidad de movilidad social e interpersonal) se encuentra orientado de manera importante -- hacia los mecanismos de introversión y represión como soluciones a los conflictos humanos que plantea la convivencia cotidiana -- (soluciones, por lo más, improductivas).

En síntesis, el deterioro de la imagen corporal del paciente Esquizofrénico simple nos remite a la idea de que ese deterioro progresivo empobrece sus habilidades específicas de tipo conceptual (perceptivas, motrices) afectivo (evasión y represión) y de relación.

Aunque aquí se detectó el deterioro global (no el específico, el de las partes del cuerpo), es lógico pensar que una autoimagen que se presenta deteriorada ante los ojos de los demás está en íntima relación a nivel psíquico con el deterioro en la capacidad de relación con el mundo y con los demás. Esto último -- también sugiere un " YO " deteriorado y débil ante las demandas internas y externas.

La capacidad de convivir que tiene el sujeto (capacidad física, intelectual y afectiva) se encuentra deteriorada, de tal manera que podemos suponer la existencia de un proceso irreversible de deterioro que no permite el enfrentamiento ni la solución de --- problemas.

Si la imagen que tengo de mi cuerpo es la imagen global que tengo de mí mismo --como diría López Ibor--, y de mis capacidades para convivir en este mundo de objetos, personas y relaciones, las afecciones físicas (dolor, accidentes, mutilaciones, etc,), las de tipo Psíquico (frustraciones, conflictos, etc,), las Sociales - (rechazo) y las Existenciales (pérdida del sentido y orientación de la vida personal) deteriorarán de manera específica y global la vida de relación y la capacidad para proyectarme hacia el futuro - de manera productiva, consciente y sana.

En el caso de la Esquizofrenia simple hemos detectado deterioro de la autoimagen corporal y por lo tanto, de la imagen que los pacientes tienen de sí mismos. Esto les impide llevar una vida normal, por principio de cuentas.

Hemos encontrado también que el proceso de deterioro apunta hacia una disminución o empequeñecimiento del tamaño de las figuras dibujadas que representan la idea o esquema que tienen de sí mismos; además de la orientación espacial que sugiere evasión y alejamiento del mundo de relaciones y compromisos afectivos, -- aunado a un encerramiento en un mundo psíquico pobre en fantasías y en su capacidad para elaborarlas.

la Técnica utilizada nos ha facilitado encontrar ese deterioro. El test de Goodenough y el de Machover permiten señalar algunos de los efectos notorios de ese deterioro.

La prueba del dibujo de la figura humana (Test DFH) resulta ser un instrumento adecuado y bastante accesible para la detección de aspectos importantes de la dinámica de este tipo de pacientes. -- Como se anotó al principio de este trabajo, ésta prueba tiene ventajas sobre otras verbales y de mayor complejidad pues facilita el trato con pacientes difíciles como resultan ser estos por las características de su enfermedad.

De acuerdo a los planteamientos teóricos presentados al principio del trabajo, la aparición precoz de la enfermedad y su involución dan como consecuencia la estructuración de un YO pobre, lo que es factible detectar mediante estos dibujos en los que las figuras --

aparecen como fantasmales por la ausencia de detalles finos y por los contornos de los cuerpos que parecen diluirse en el medio que los rodea.

Siguiendo a López-Ibor, estos pacientes viven un extrañamiento de su cuerpo y por lo tanto de sí mismos. Son extranjeros en su medio ambiente; extranjeros y extraños para sí mismos. Este mundo no les pertenece, no están en él ni con él. Son ajenos a la utilización de su cuerpo como vehículo de las emociones y pasiones humanas y al flujo y reflujo de las sensaciones agradables y placenteras que pudiese proporcionarles, por ejemplo, -- una buena comida, la calidez de una compañía, etc.. Algunas experiencias de dolor les preocupan y las señalan ocasionalmente en las entrevistas como la causa fundamental de su internamiento. Relatos como los que se refieren a dolencias del cuello, migrañas, golpes y contusiones, dolores de estómago y hasta de dedos de los pies (!) completan este panorama de la supuesta etiología de su enfermedad mental, según ellos mismos.

Los autores revisados (Freud entre ellos) señalaron agudamente el papel del dolor como factor importante y determinante en el proceso de la enfermedad. Pero la referencia es respecto al dolor producido por las relaciones interpersonales frustrantes.

Este dolor físico del que se quejan los pacientes es la pantalla, la cara opuesta de la misma moneda; encubre y señala al mismo tiempo la experiencia dolorosa del rechazo y del abandono real o imaginario que es uno de los aspectos más importantes de esta enfermedad. Su importancia se traduce en la manera peculiar de

percibir y sentir el mundo y las relaciones.

Estos cuerpos dibujados no son cuerpos realmente o no quieren serlo. Más bien fantasmas y apariencias pobres alejadas del ajetreo cotidiano de este mundo, volátiles en esencia y sin capacidad para detenerse a pisar el suelo, para contactarse -- con los demás, para herirse o divertirse en el juego y rejuego impredecible de las pasiones humanas. Su reino no es de este mundo. ¿Personas? No. Personajes de un drama cotidiano --- que aparece ante nosotros definido como trágico. Nuestra capacidad de comprensión no logra asirlo; es como la gota de mercurio líquido que intentamos apresar y detener con nuestros dedos. Lo tenemos en la mano pero no podemos apretarlo.

Ahí están ellos: inaccesibles.

Sólo podemos acercarnos a algunos de los yermos territorios que nos ofrece su forma de vida, una más entre tantas y humana al fin de cuentas. En el centro del remolino de su enfermedad hay una fortaleza inexpugnable. Falta aún mucho para poder llegar -- al corazón denso y oscuro de la experiencia de su enfermedad. -- Falta mucho para comprender esa totalidad que no termina completamente por definirse a sí misma pues continúa cambiando.

Los resultados numéricos producto de la aplicación de la Escala -- de evaluación y los Estadísticos nos enfrentan a una realidad innegable; la de la validez y confiabilidad que nos pueden ofrecer algunos instrumentos cuantificantes cuyo objetivo importante --entre algunos otros-- es el de asir esa realidad cambiante y presentarnos

una o varias de sus caras enigmáticas para poder contemplar las y reflexionar sobre ellas. Estos resultados nos demuestran la presencia de un proceso de deterioro producido por la enfermedad y sus contingencias. Los procedimientos Estadísticos nos han permitido contestar nuestras preguntas básicas y han orientado nuestra angustia frente a lo desconocido facilitándonos una permanencia de nuestro objeto de estudio y una instantánea de sus movimientos y sus apariencias.

Si, como dice Freud, las actividades placenteras y eróticas - promueven y estimulan ciertas pautas de la capacidad del individuo para convivir y desarrollarse en todos los sentidos; y, por lo contrario, las connotaciones displacenteras o dolorosas de las actividades pueden truncar esa capacidad, ¿ qué podemos decir de estos dibujos que representan lo que son algunos sujetos y de lo que de manera consciente e inconsciente quieren ser y aparentar ser ante los demás ?

Si el dibujar una figura humana es dibujarse a sí mismo, además de plasmarse en esta actividad el concepto que se tiene del propio cuerpo, ¿ qué nos revelan estos autorretratos respecto a -- estos puntos mencionados?

Antes que nada, ponen en evidencia una pobreza y una miseria en la imagen de su propio cuerpo. Hay cuerpos, como se puede observar en el anexo No. 2, con caracteres unidimensionales, otros sin detalles de partes como oídos, manos, pies, dedos, etc., algunos tan simples y llanos que nos pueden parecer como hechos por niños sin grado de escolaridad alguno. Si nos adentramos más, estos -- cuerpos sugieren también pobreza en la vida afectiva. La ausencia

el espacio, su reducido tamaño, el aparente poco esfuerzo con el que fueron realizados, su primitivismo, nos remiten a imágenes de desolación, de miedo, de abandono, de displacer; en una palabra, de dolor. Parece ser el dolor una de las experiencias básicas que sustenta y alimenta esta concepción del cuerpo.

A primera vista, la impresión que dejan los dibujos se acompaña de exclamaciones referidas a su mal estado. Aunque esto pueda parecer un juicio moral, tiene relación directa con la percepción visual del observador que detecta la actitud, la postura, la orientación y la integración inadecuada de las figuras, entre otras cosas. Los dibujos no nos sugieren agresividad u omnipotencia o movimiento ni nada que tenga que ver con el despliegue y ejercicio de la vitalidad. Antes bien, sugieren todo lo contrario: debilidad, necesidad de apoyo y ayuda, alejamiento, -- evasión, miedo, dolor. Hay una melancolía que petrifica sus im pulsos y sus movimientos. Su vitalidad está trabada, inerte.

Su inercia es evidente. No aparecen en esta Geografía corporal algunos puntos de contacto que nos remitan a ideas placenteras.

La gramática de estos cuerpos, sus signos, sus acentos, sus silencios, su discurso y el ritmo de ese discurso nos dice de historias trágicas y difíciles de explicación, de comprensión, de lógica. O al menos, su lógica está detrás de ese discurso aparente, de sus apariencias que son fantasmas, que son volátiles y petrificadas.

¿ Qué más se puede decir de estos dibujos pobres, pequeños, -- desintegrados que nos hablan de sujetos débiles, temerosos, inalcanzables, alejados, dolidos ?.

Aún hay algo más, discutible pero inevitable: estos dibujos sugieren también o son también un llamado a la ayuda, a la compasión. Si las actitudes corporales dicen y significan algo, uno de los mensajes de más alta frecuencia e intensidad de estos cuerpos es la solicitud dolida y ambigua de ayuda. Su ambigüedad radica en la evidencia de la solicitud, y en su actitud de alejamiento y evasión, de rechazo al contacto. Terrible dialéctica incomprensible que puede ser sintetizada y superada mediante la ayuda terapéutica.

Pero no es todo. Pensemos en algunas de las contingencias de la educación familiar y social de estos sujetos. Pensemos, concretamente, en la moralidad implícita en el proceso educativo.

¿ Qué tenemos a la vista ? Una educación que calla y oculta el cuerpo. Si estos cuerpos son presentados deformes, con fealdad, -- ¿ será arriesgado pensar que detrás hay también algunos sentimientos de culpa asociados a actos o fantasías pecaminosas ? . Aunque esto sea improbable, bien vale la pena reflexionar en ello.

Ahora, asociemos: figuras humanas dibujadas que son autorretratos y que nos hablan de dolor, de miedo, de evasión y sentimientos de culpa, de pecado; todo esto asociado a la enfermedad. Si juntamos todo esto volviéndolo unitario y poniéndolo frente a nosotros,

¿ qué tenemos ? : un " otro " al que hemos llegado por algunos caminos técnicos, por la reflexión, por procesos empáticos, por querer llegar ahí, a ese territorio lejano del " otro " enfermo. Hemos pisado así las fronteras de su vida mediante la comprensión de algunos de sus dinamismos evidentes, de su experiencia de su enfermedad que ha alterado el sentido de su vida trastocándola y volviéndola inaccesible al sentido común. Para nuestra fortuna, poseemos técnicas que nos permiten acercarnos a esa forma de vida y que nos abren las puertas principales al mundo interior, a la experiencia de la enfermedad. Esto es sólo el principio. Queda un largo camino por recorrer aún. La sed por saber más es insaciable. Quede como testimonio de ese acercamiento -- este intento honesto y profesional, con más limitaciones que logros.

A N E X O No. 1

DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA
 ESCALA REVISADA DE HARRIS.
FIGURA MASCULINA.

NOMBRE: _____ EDAD: _____ FECHA: _____
 SEXO: _____ EXAMINADOR: _____ CALIFICACION: _____

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Cabeza _____ 2. Cuello presente _____ 3. Cuello, dos dimensiones _____ 4. Ojos presentes _____ 5. Detalle de ojo: cejas y pest. _____ 6. Detalle del ojo: pupila _____ 7. Detalle del ojo: proporción _____ 8. Detalle del ojo: mirada _____ 9. Nariz presente _____ 10. Nariz en dos dimensiones _____ 11. Boca presente _____ 12. Labios en dos dimensiones _____ 13. Nariz y labios en dos dimensiones. _____ 14. Barbilla y frente presentes. _____ 15. Barbilla. Proyección diferenciada del labio inferior _____ 16. Línea de la quijada indicada. _____ 17. Puente de la nariz _____ 18. Cabello I. _____ 19. Cabello II. _____ 20. Cabello III. _____ 21. Cabello IV. _____ 22. Orejas presentes _____ 23. Orejas presentes: posición y proporción. _____ 24. Dedos presentes. _____ 25. Dedos: número correcto _____ 26. Dedos: detalle correcto _____ 27. Pulgar en oposición _____ 28. Manos presentes _____ 29. Muñeca o tobillo presentes _____ 30. Brazos presentes _____ 31. Hombros I. _____ 32. Hombros II. _____ 33. Brazos a los lados mostrando actividad. _____ 34. Articulación del codo. _____ 35. Piernas presentes. _____ 36. Cadera I. _____ 37. Cadera II. _____ 38. Articulación de la rodilla _____ 39. Pies I: indicación _____ 40. Pies II: proporción _____ 41. Pies III: Tacón. _____ 42. Pies IV: Perspectiva _____ | <ol style="list-style-type: none"> 43. Pies V: detalle _____ 44. Unión de brazos y piernas I _____ 45. Unión de brazos y piernas II _____ 46. Tronco presente _____ 47. Tronco en proporción: dos dimensiones. _____ 48. Proporción: Cabeza I _____ 49. Proporción: Cabeza II _____ 50. Proporción: Cara _____ 51. Proporción: brazos I _____ 52. Proporción: brazos II. _____ 53. Proporción: piernas _____ 54. Proporción: extremidades en dos dimensiones. _____ 55. Vestimenta I. _____ 56. Vestimenta II. _____ 57. Vestimenta III. _____ 58. Vestimenta IV. _____ 59. Vestimenta V. _____ 60. Perfil I. _____ 61. Perfil II _____ 62. Figura completa _____ 63. Coordinación motora: Líneas _____ 64. Coordinación motora: uniones. _____ 65. Coordinación motora: superior. _____ 66. Dirección y forma de las líneas: Contorno de la cabeza _____ 67. Dirección y formas de las líneas: Contorno del tronco _____ 68. Dirección y formas de las líneas: brazos y piernas _____ 69. Dirección y formas de las líneas: facciones. _____ 70. Técnica del dibujo (trazos cortos). _____ 71. Técnica de detalles (línea o sombreado) _____ 72. Movimiento del brazo _____ 73. Movimiento de la pierna. _____ |
|---|---|

DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA
 ESCALA REVISADA DE HARRIS.
FIGURA FEMENINA.

NOMBRE: _____ EDAD: _____ FECHA: _____
 TÍTULO: _____ EXAMINADOR: _____ CALIFICACION: _____

- | | | |
|--|-------|--|
| _____ 1. Cabeza presente | _____ | 46. Línea del cuello I. |
| _____ 2. Cuello presente | _____ | 47. Línea del cuello II: cuello del vestido. |
| _____ 3. Cuello, dos dimensiones | _____ | 48. Cintura I |
| _____ 4. Ojos presentes | _____ | 49. Cintura II |
| _____ 5. Detalle Ojo: cejas o pestañas | _____ | 50. Falda dibujada para indicar pliegues y drapeados. |
| _____ 6. Detalle Ojo: pupila | _____ | 51. Figura sin transparencias |
| _____ 7. Detalle Ojo: proporción | _____ | 52. Vestimenta femenina |
| _____ 8. Mejillas | _____ | 53. Vestimenta completa sin incongruencias. |
| _____ 9. Nariz presente | _____ | 54. Vestimenta de tipo definido |
| _____ 10. Nariz dos dimensiones | _____ | 55. Tronco presente |
| _____ 11. Puente de la nariz | _____ | 56. Tronco en proporción: 2 dimensiones |
| _____ 12. Orificios de la nariz | _____ | 57. Proporción cabeza-tronco |
| _____ 13. Boca presente | _____ | 58. Cabeza: proporción |
| _____ 14. Labios dos dimensiones | _____ | 59. Proporción brazos y piernas |
| _____ 15. "Labios pintados" | _____ | 60. Brazos en proporción al tronco |
| _____ 16. Nariz y labios 2 dimensiones | _____ | 61. Localización de la cintura |
| _____ 17. Barbilla y frente presentes | _____ | 62. Área del vestido |
| _____ 18. Línea de la quijada, presente | _____ | 63. Coordinación motora: uniones |
| _____ 19. Cabello I | _____ | 64. Coordinación motora: líneas |
| _____ 20. Cabello II | _____ | 65. Coordinación motora; superior |
| _____ 21. Cabello III | _____ | 66. Dirección de las líneas y forma: contorno de la cabeza |
| _____ 22. Cabello IV | _____ | 67. Dirección de las líneas y forma: pecho. |
| _____ 23. Collar o aretes | _____ | 68. Dirección de las líneas y forma: contorno de la cadera |
| _____ 24. Brazos presentes | _____ | 69. Dirección de las líneas y forma: adelgazamiento de los brazos. |
| _____ 25. Hombros | _____ | 70. Dirección de las líneas y forma: pantorrilla |
| _____ 26. Brazos a los lados mostrando actividad o detrás de la espalda. | _____ | 71. Dirección de las líneas y forma: facciones. |
| _____ 27. Articulación del codo, presente | _____ | |
| _____ 28. Dedos presentes | _____ | |
| _____ 29. Dedos: Número correcto | _____ | |
| _____ 30. Dedos: detalle correcto | _____ | |
| _____ 31. Pulgar en oposición | _____ | |
| _____ 32. Manos presentes | _____ | |
| _____ 33. Piernas presentes. | _____ | |
| _____ 34. Cadera | _____ | |
| _____ 35. Pies I: cualquier indicación | _____ | |
| _____ 36. Pies II: proporción | _____ | |
| _____ 37. Pies III: detalle | _____ | |
| _____ 38. Zapatos I: femeninos | _____ | |
| _____ 39. Zapatos II: estilo | _____ | |
| _____ 40. Localización pie, fig. apropiada. | _____ | |
| _____ 41. Unión de brazos y piernas I | _____ | |
| _____ 42. Unión de brazos y piernas II | _____ | |
| _____ 43. Vestimenta indicada | _____ | |
| _____ 44. Mangas I | _____ | |
| _____ 45. Mangas II. | _____ | |

A N E X O No. 2

NOTA ACLARATORIA DEL ANEXO No. 2.

Por razones que atañen a la presentación del --
trabajo, en los dibujos siguientes se han sacrii
ficado tanto su orientación espacial como su taa .
maño, pero se conserva el grado de integración
de las mismas.

CASOS DEL GRUPO "A"



A-3

2



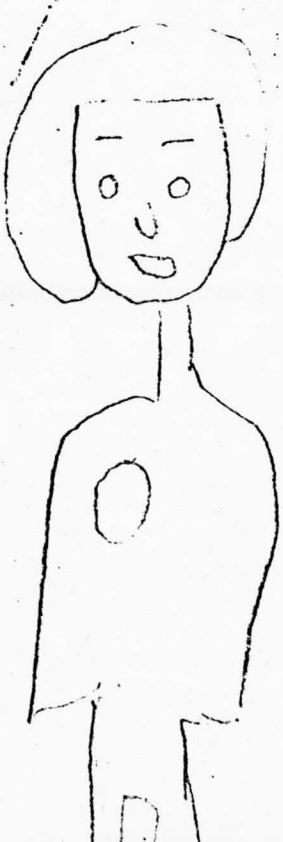
A-11

2



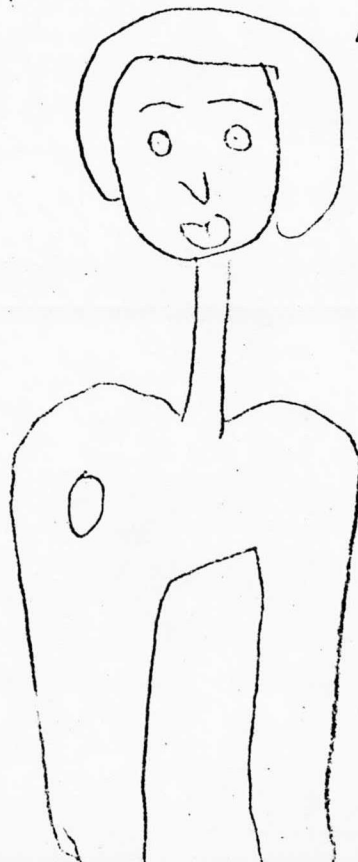
A-8

1



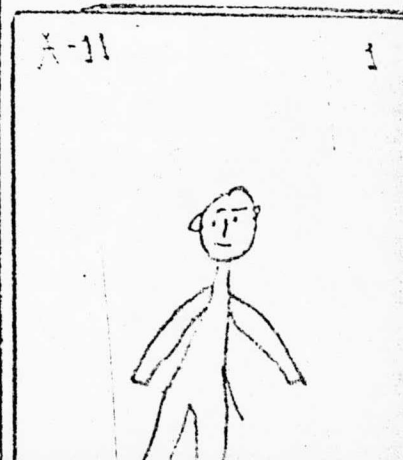
A-8

-2-

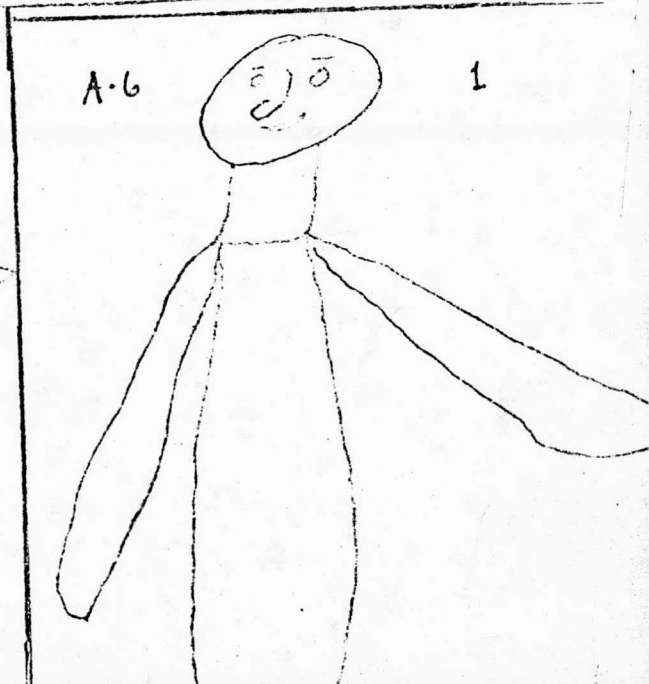
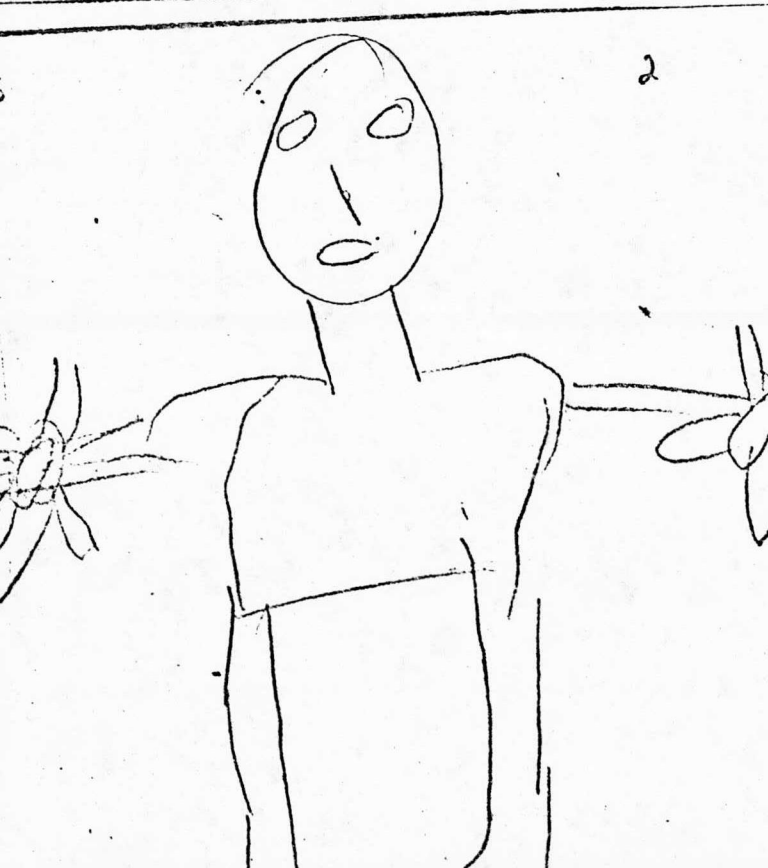
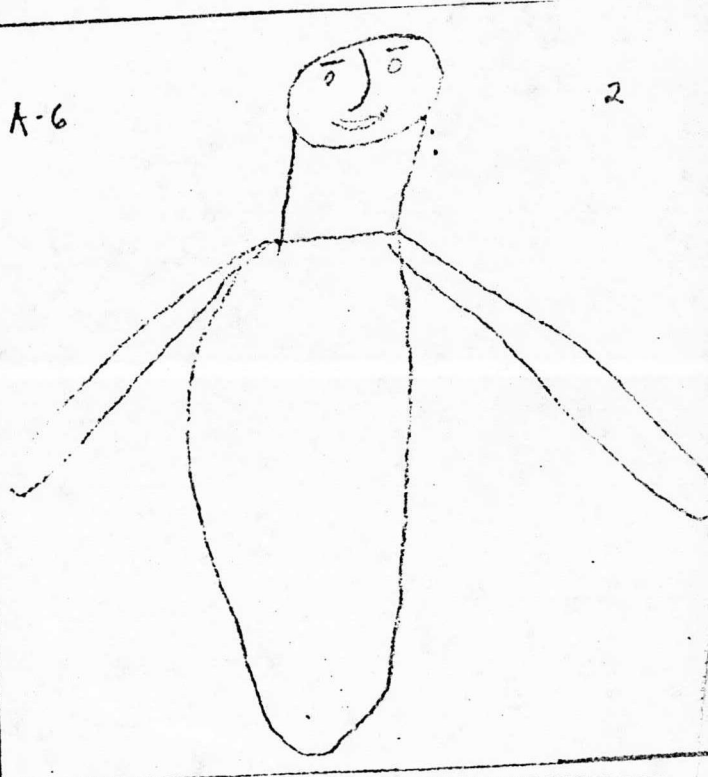
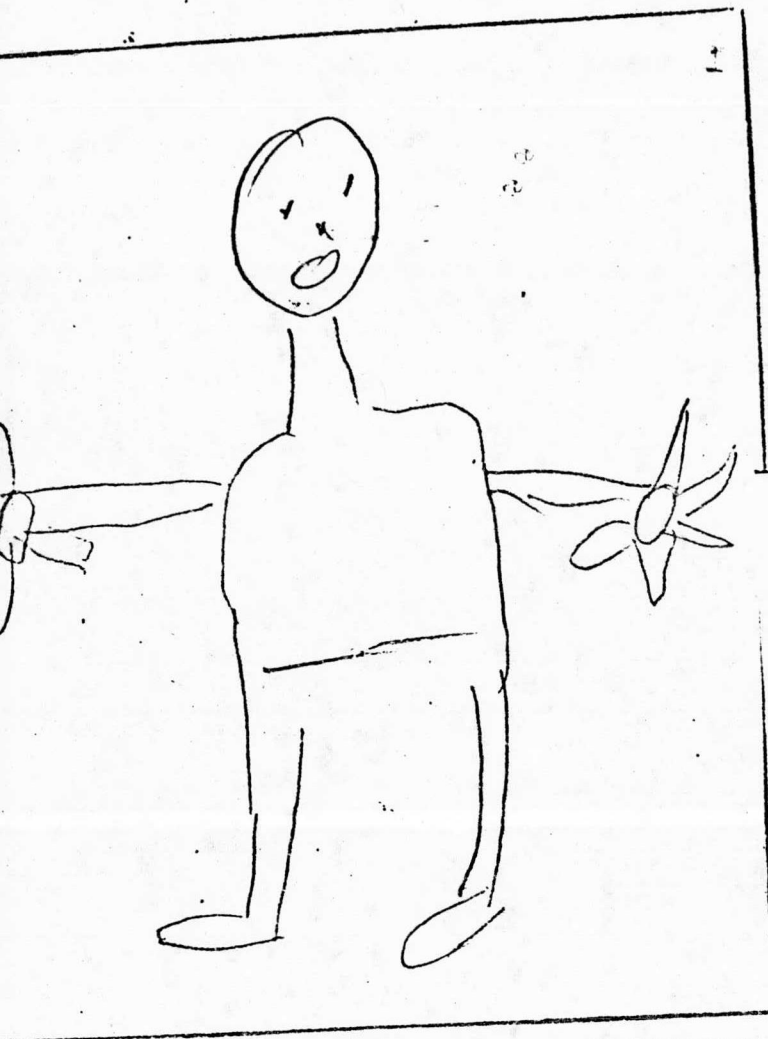


A-11

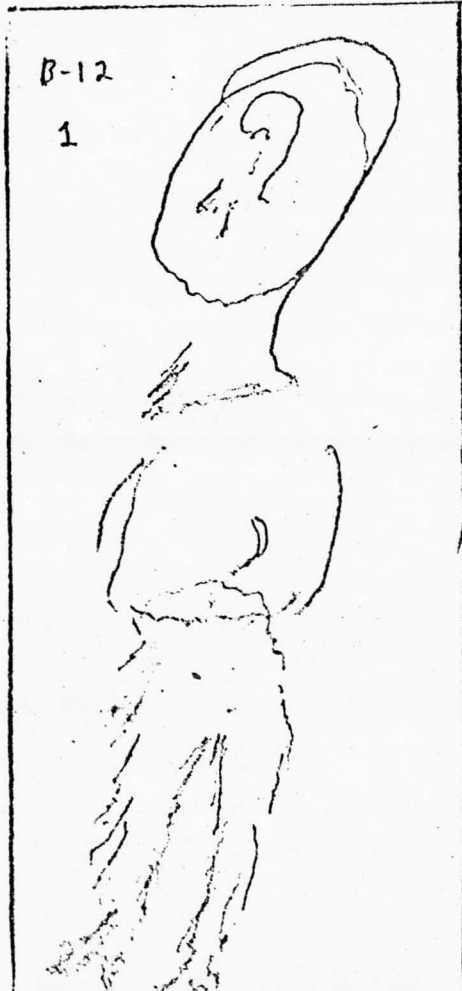
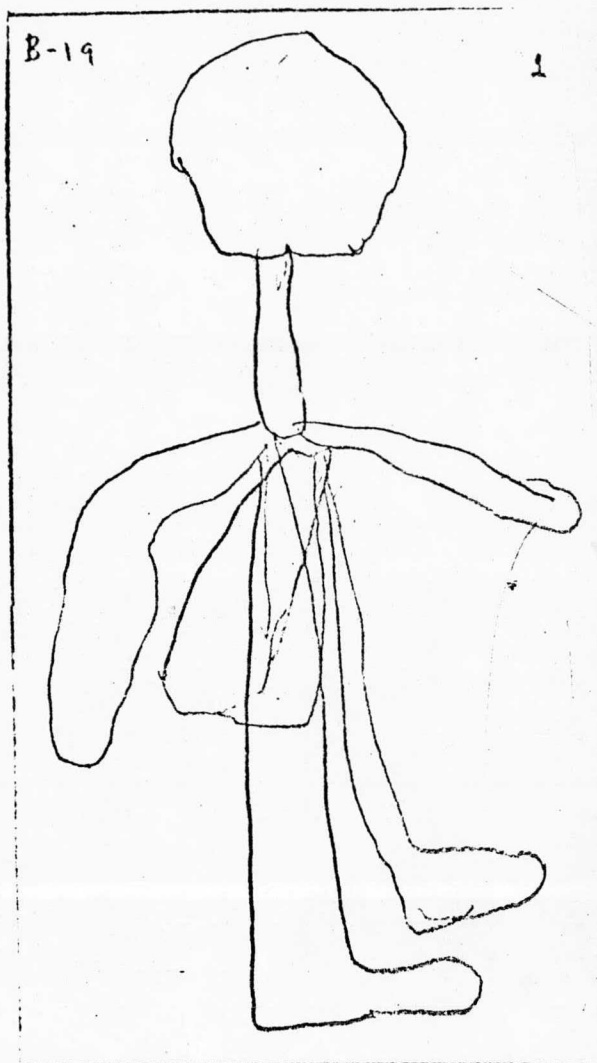
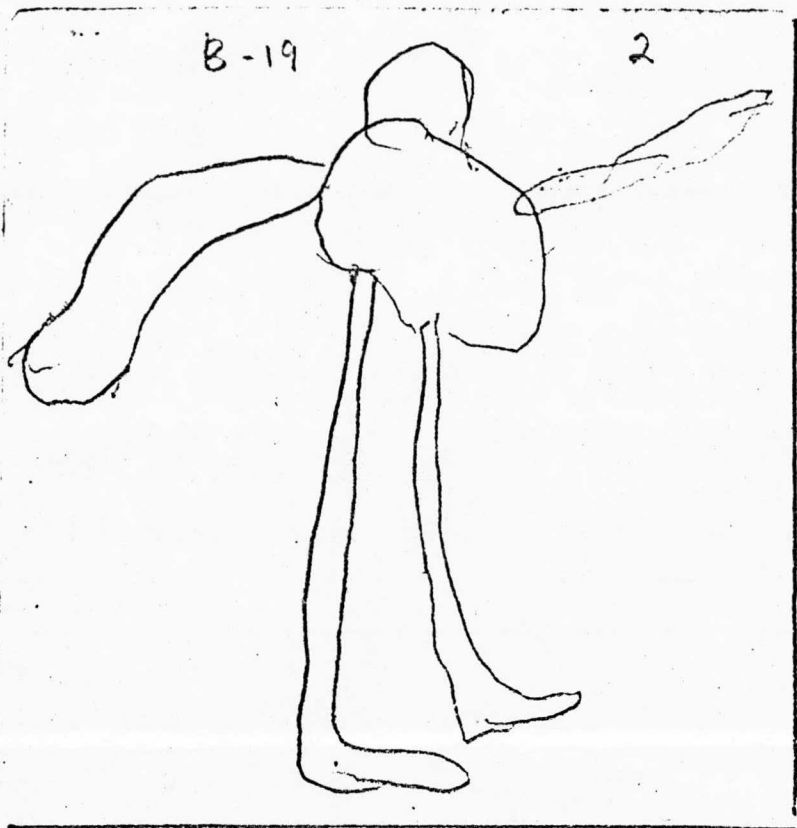
1



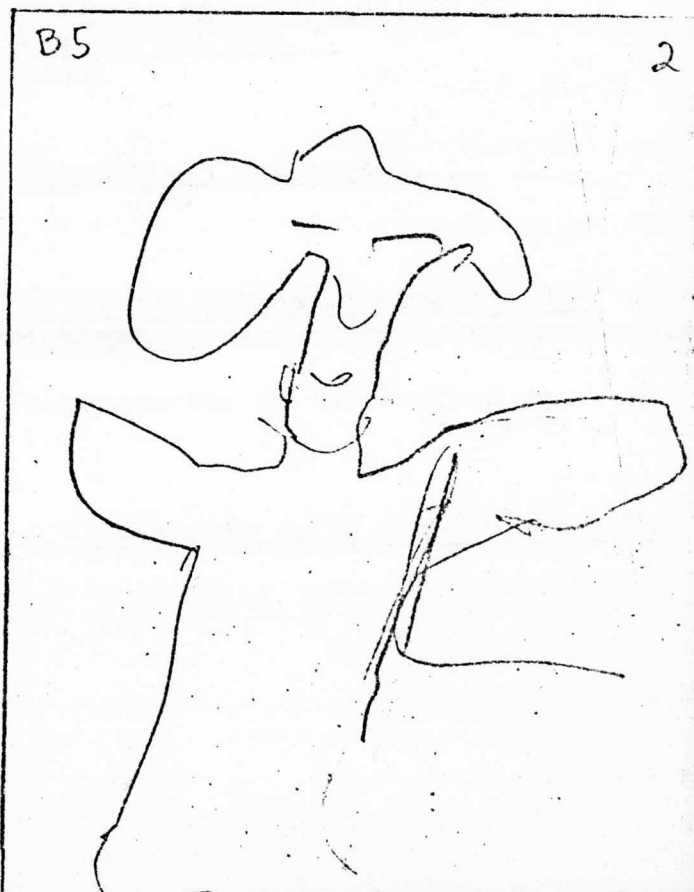
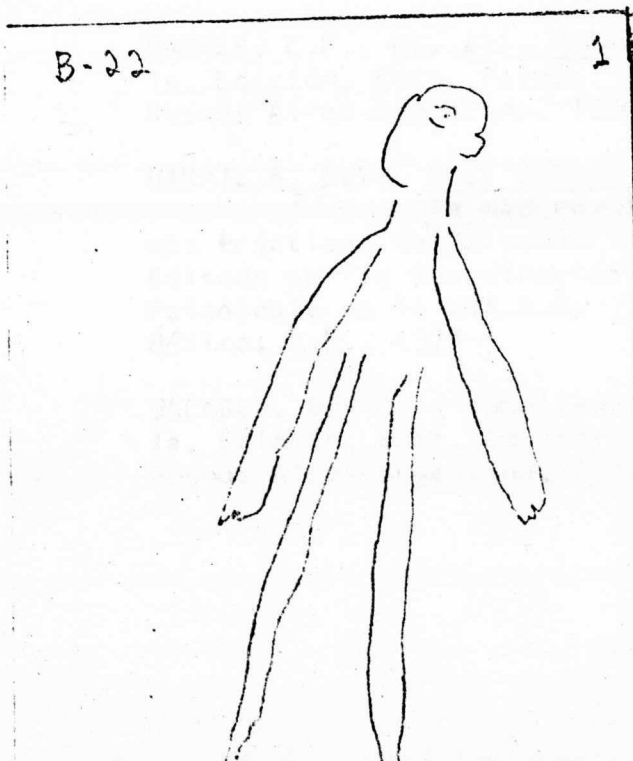
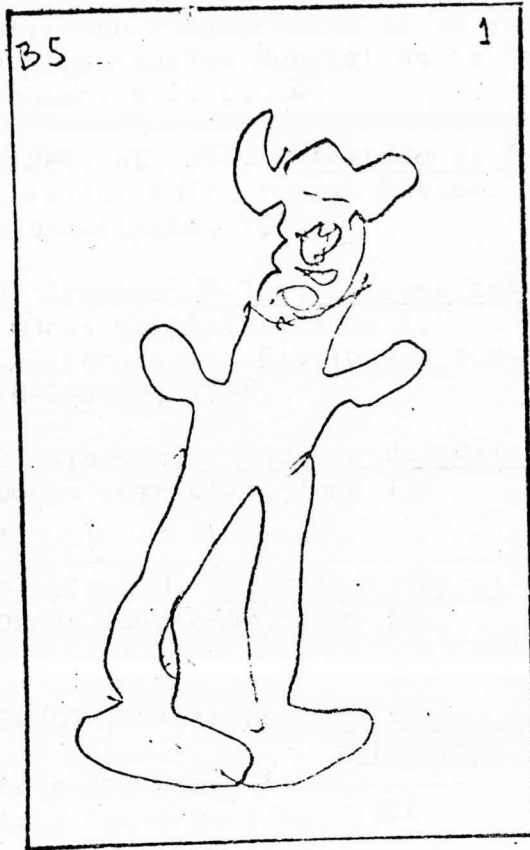
122
CASOS DEL GRUPO "A"



123
CASOS DEL GRUPO "B"



CASOS DEL GRUPO "B"



B I B L I O G R A F I A .

1. " Clasificación Internacional de Enfermedades ".
Revisión 1975, Volumen I.
Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional
de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)
Washington, D.C. E.U.A.
2. EY, HENRY. et. all. " Tratado de Psiquiatría ".
2a. Edición: Edit. Toray- Masson, S.A.
Barcelona-España, 1969.
3. FREUD, Sigmund. " Tres Ensayos sobre Teoría Sexual ".
en : Obras Completas, Tomo I.
1a. Edición, Edit. Biblioteca Nueva.
Madrid-España, 1948.
4. FREUD. Sigmund. " Esquema del Psicoanálisis ".
en: Obras completas, Tomo III
Idem.
5. FREUD, Sigmund. " Introducción al Narcisismo ".
en: Obras Completas, Tomo I.
Idem.
6. GOODENOUGH, Florence. " Test de Inteligencia Infantil -Por medio
del dibujo de la Figura Humana ".
7a. Edición, Edit. Paidós.
Buenos Aires-Argentina. 1974.
7. GRASSANO DE PICCOLO, Elsa " Indicadores Psicopatológicos en
Técnicas Proyectivas ".
1a. Edición, Ediciones Nueva Visión.
Buenos Aires-Argentina, 1977.
8. HAMMER, E.F., et. all. " Tests Proyectivos Gráficos ".
1a. Edición, Edit. Paidós.
Buenos Aires-Argentina, 1976.
9. HARRIS B, Dale. " El dibujo de la Figura Humana como medida de
la madurez Intelectual ".
en: Prácticas de Psicometría I.
Editado por la Coordinación de Laboratorios de la Facultad de
Psicología de la U.N.A.M.
México, D.F., 1978
10. JACKSON, DON D. (compilador) , " Etiología de la Esquizofrenia ".
1a. Edición, Edit. Amorrortu.
Buenos Aires-Argentina, 1974.

11. JASPERS, KARL., "Psicopatología General "
Edición s/número. Editorial Beta.
Buenos Aires-Argentina, 1955.
12. LEVIN, Jack. " Fundamentos de Estadística en la Investigación Social "
2a. Edición. Editorial Harla, S.A.
México, D.F. 1979
13. LOPEZ IBOR, J.J. y López Ibor Aliño, J.J. " El Cuerpo y la Corporalidad ".
1a. Edición. Edit. Gredos
Barcelona-España, 1974.
14. MACHOVER, Karen. " Proyección de la Personalidad en el Dibujo de la Figura Humana ".
Edición s/número. Edit. La Habana, Cultural.
La Habana-Cuba, s/f.
15. MAYER GROSS, W. et. all. " Psiquiatría Clínica ".
2a Edición, Edit. Paidós.
Buenos Aires-Argentina, 1974.
16. MINKOWSKI, E. "La Esquizofrenia ".
Edición s/número, Edit. Paidós.
Argentina, 1960.
17. NOYES ARTHUR P, y Kolb Lawrence C. " Psiquiatría Clínica Moderna"
3a. Edición, Edit. La Prensa Médica Mexicana
México, 1970.
18. PIAGET, Jean. " Seis Estudios de Psicología ".
1a. Edición. Barral Editores.
Barcelona-España, 1970.
19. PORTUONDO, JUAN N. " Test Proyectivo de Karen Machover ".
2a. Edición. Edit. Biblioteca Nueva
Madrid, España. 1973.
20. SAUERBRUCH, F., y Wenke, H. " El Dolor. Su naturaleza y significación".
2a. Edición, Edit. Zeus.
Barcelona-España, 1962
21. SCHILDER, Paul. " Imagen y apariencia del Cuerpo Humano ".
1a. Edición. Edit. Paidós.
Buenos Aires-Argentina, 1958
22. SPITZ, René . "No y sí. Sobre la génesis de la comunicación Humana ".
5a. Edición, Edit. Hormé.
Buenos Aires-Argentina, 1978.
23. SULLIVAN , H.S., " La Esquizofrenia como un proceso Humano ".
1a. Edición. Edit. Herrero Hnos.
México, 1964