



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE
CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD
EN PACIENTES LEPROSOS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MANUEL MAXIMIANO BENITEZ BORREGO

MEXICO, D. F. M-0032942

1986



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.

A la memoria de mi Madre:

SRA. MA. CRISTINA BORREGO DE BENITEZ

Donde quiera que estés... gracias!

A mi Padre:

SR. GERMAN BENITEZ LOPEZ

*Por su amor, amistad y toda
su valiosa ayuda para lograr
mis metas... gracias!*

A mis hermanos:

VIKY

PEPE

JULIO Y

LUISA

Por su cariño.

A mis sobrinos:

MARTHA

HUGO

EDGAR

FATIMA

JULIO ALFONSO

ANA CRISTINA

A mi esposa

ROSA MARIA

por su amor y comprensión

AGRADECIMIENTOS

- Quiero agradecer a la Lic. Ma. Asunción Valenzuela, su valiosa asesoría para la realización de esta tesis y sus consejos para el manejo del T D & H.
- Para el Dr. Mariano Gómez Vidal, director del Hospital "Dr.- Pedro López", por toda su ayuda prestada en el hospital, en el cual se llevó a cabo este trabajo.
- Una distinción especial para la Lic. Corina Cueva Renaud, -- por su asesoría en la parte estadística y su amistad durante y después de la realización de este trabajo.
- A la Psic. Silvia de Mendoza por su amistad durante todo este tiempo.
- A todos los pacientes del hospital "Dr. Pedro López", de la S.S.A.
- A todos mis alumnos(as) de la U.A.S.

Este trabajo se realizó en el --
Hospital "Dr. Pedro López", de--
pendiente de la Secretaría de Sa
lubridad y Asistencia. Ubicado
en Zoquiapan, Edo. de México.

INDICE

	PAG.
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
III. ASPECTOS GENERALES SOBRE LA LEPROSA	5
IV. CLASIFICACION DE LOS CASOS	8
DIAGNOSTICO -BASES-	19
COMO EMPIEZA LA LEPROSA	23
TRATAMIENTO DE LA LEPROSA	24
EPIDEMIOLOGIA	25
LA LUCHA CONTRA LA LEPROSA EN MEXICO	26
HISTORIA DEL ENFERMO LEPROSO EN MEXICO	28
DESCRIPCION DEL HOSPITAL "DR. PEDRO LOPEZ" S.S.A.	30
FUNDAMENTO TEORICO	32
EL EMPLEO DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA	35
EL TEST DE DIBUJO EN OCHO HOJAS	40
METODO	50
RESULTADOS	55
DINAMICOS	60
DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES HOMBRE Y PACIENTES MUJERES, A TRAVES DEL TD8H	63
DISCUSION	65

CONCLUSIONES	68
CONCLUSIONES DINAMICAS	70
ALCANCES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	71
BIBLIOGRAFIA	73

I. INTRODUCCION

La humanidad desde sus inicios ha padecido infecciones graves, enfermedades y pestes causando males e incluso la muerte a gran escala en las poblaciones antecesoras, estas desgracias obligaron al hombre a luchar en contra de estas inclemencias, descubriendo el alivio contra éstas en algunas plantas y raíces de ellas; de las cuales gran parte de los medicamentos de la actualidad se obtienen aún. Encontramos que al paso del tiempo la medicina poco a poco ha ido progresando, lográndose así vencer muchas de las antiguas enfermedades y otras aún en la actualidad subsisten como es el caso de la lepra. La lepra, una de las enfermedades más antiguas que ha padecido el hombre de siglos atrás y el de nuestra era; ésta enfermedad considerada por muchos como la más terrible e infecciosa; tal vez, debido a los estragos que causa en el cuerpo del desdichado que es atacado por este mal, ya que sus miembros sufren atrofias y las facciones de su rostro se tornaban grotescas causando a la vista de los demás, horror, repugnancia y asco.

Y es así, debido a los prejuicios, como el enfermo de lepra fue repudiado y marginado por la sociedad, sufriendo un rechazo social milenario. Rechazo que aún en nuestros días permanece y está mucho muy arraigado; no obstante de los avances de la medicina, aunque a decir verdad, las campañas que se realizan en las zonas endémicas curando y dando información no es suficiente, ya que se preocupan más por la no propagación de la enfermedad que del enfermo de lepra en sí. No se ha puesto atención realmente a que se trata de un ser humano que sufre, muchos son rechazados por sus propios familiares. Todo esto no se puede dejar a un lado, y de ello nacen algunas preguntas: -- ¿Qué es lo que piensa y siente el enfermo de lepra?, ¿Cuáles --

II. ANTECEDENTES

D.R. Vincin y J.M. Kerr, en 1973, llevaron a cabo la medición de cambios de actitudes hacia los leproso^s por medio de cuestionarios, dicho trabajo se realizó en el área montañosa de Papua, Nueva Guinea. La lepra se encuentra en 1% de la población de Papua, N.G. siendo la mayoría pacientes rurales de las montañas; aunque los pacientes de mejores recursos económicos han aumentado considerablemente durante los pasados 10 años, hasta aproximadamente el 5% de los 9000 pacientes conocidos en las montañas; los reportes mostraron que las actitudes tradicionales hacia leproso^s están basadas en lo sobrenatural, dicha creencia está reforzada probablemente por el fracaso de la medicina. Muchos de los pacientes reportaron relaciones amistosas normales y conductas propias en su comunidad y consideran su participación en las comunidades como normales al compararse con el "status" de un no-paciente. No obstante se notó que algunos pacientes que sufren un daño severo en los miembros y deformidades fueron rápidamente excluidos. Los pacientes reportados que todavía eran capaces de realizar alguna actividad o que podrían contribuir en algo fueron rápidamente aceptados, pero cuando fueron completamente inmóviles y dependientes fueron objeto de temor. Reportes similares de exclusión y no-participación fueron escuchados de muchos pacientes hospitalizados, esto no fue común entre pacientes que habían sido hospitalizados por períodos cortos. El aspecto económico es también importante, y muchos pacientes son privados de sus contribuciones, ocasionando falta o pérdida de sus recursos.

Douglas B. Price M.D. en 1976 realizó un estudio sobre fenómenos del miembro fantasma en pacientes con lepra. Fue Paré, quien dió la primera descripción clínica del fenómeno del-

miembro fantasma, en 1551, desde entonces ha habido una uniformidad en la descripción del fenómeno que ocurre en individuos - que han perdido un miembro o parte de él, en forma quirúrgica o traumática.

El fenómeno del miembro fantasma fue estudiado en 42 - pacientes con lepra quienes fueron amputados de un miembro y/o - cortes digitales, algunos otros pacientes tuvieron otro tipo de deformidad de miembros, tales como "mano de garra" ó "piel de gota", 38 de los pacientes (90%) tuvieron un miembro fantasma por la pérdida o deformación de éste, asociando con cada uno de los tres tipos de defectos de miembros, se encontraron dos tipos -- distintos descriptivos y experimentalmente: el paraestético o - típico y el "sin dolor" o natural.

Los resultados se compararon con varios reportes, particularmente los obtenidos por Stetter y Frederiks. De acuerdo a los resultados concluyen que para la aparición del miembro -- fantasma, la pérdida reciente de una parte del miembro, ya sea - rápida o lenta no es necesaria, sin embargo la pérdida de sus - funciones sensomotoras es suficiente.

III. ASPECTOS GENERALES SOBRE LA LEPROA

La lepra es una enfermedad en la que poco se piensa - porque se cree que no existe ya o se tiene una idea equivocada de cómo es en realidad. Es un problema de salud pública de muchos países entre ellos México, y a pesar de ser muy antigua y desconocerse su origen, sigue cargando el más injusto prejuicio que cualquier enfermedad puede tener, incluso algunos médicos y enfermeras siguen manteniendo ideas que estuvieron vigentes en la edad media y se toma a la lepra como el símbolo de todos los sufrimientos, la más temible, la más contagiosa, la peor de las enfermedades y cuán falso es todo esto a la luz de los modernos conocimientos. Estas ideas equivocadas y anacrónicas hacen más daño que la misma enfermedad.

La lepra es producida por el *mycobacterium leprae* descubierto por Hansen en 1873, de la misma familia que el *M. Tuberculosis*, pero con características muy especiales que lo individualizan: es ácido alcoholoresistente, viven intracelularmente, se agrupa en forma de masas o globias y es muy abundante como pocos en los tejidos, en cambio su virulencia es muy escasa y es muy lábil, muere pronto cuando sale de su medio habitual. Lo que lo diferencia del *M. Tuberculosis* y en general de otros microorganismos es que a pesar de repetidos intentos, hasta la actualidad no puede ser cultivado en medios artificiales. En una palabra, el bacilo de Hansen, a 100 años de haber sido - descubierto, aún no cumple todos los postulados de Koch.

El mecanismo de transmisión no es bien conocido y muchas cosas se suponen debido a la falta de inoculabilidad del bacilo.

Síntomas y Signos: El establecimiento de la lepra es

insidioso, no se sabe con certeza cómo sale y entra el bacilo, - pero si se sabe que es muy abundante en las lesiones cutáneas y mucosas y es factible que sea la vía cutánea la más viable, aun que no se deja de pensar en la vía respiratoria y hasta en la digestiva, las lesiones invaden los tejidos más fríos del organismo: Piel, nervios superficiales, nariz, faringe, laringe, -- ojos y testículos.

Las deformidades ocasionadas por la infiltración cutánea e invasión nerviosa en los casos no tratados pueden llegar a ser graves (A. Krupp M. y J. Chatton M.).

No hay vectores y la transmisión se hace de persona a persona mediante una convivencia que debe ser íntima y prolongada aún cuando no pueda determinarse el tiempo mínimo necesario para adquirir la enfermedad. Se niegan los contactos fortuitos por dar la mano o por medio de utensilios de uso personal.

No obstante, a pesar de estar expuestos a millones de bacilos que eliminan muchos pacientes, son pocos los enfermos - relativamente, la lepra conyugal no existe más allá del 3% y la posibilidad de enfermarse en el medio familiar no es más del -- 20% cuando uno de los cónyuges está enfermo y lo doble cuando -- son los dos.

Los niños y los jóvenes son los más suseptibles a enfermarse, -los adultos rara vez se han infectado- por ejemplo, - por tatuaje, en los hombres la proporción es de 3 a 1 en relación con la mujer.

Lo importante es la existencia de un factor de resistencia que la mayoría de la población posee y que le impide desarrollar la enfermedad, pero existe un grupo minoritario de la población que no posee este factor: Factor N de Rotberg, el - -

cual seguiría en su transmisión genética las leyes de Mendel, -
siendo dominante.

Para adquirir la enfermedad es necesario:

1°.- Predisposición orgánica y 2°.- Oportunidad de re-
cibir el bacilo.

A la falta de alguna de estas condiciones nos dará una
infección, pero no enfermedad. Es por ello que no es fácil ad-
quirir lepra en la escuela, en el taller, en el cine, sino den-
tro de los domicilios y en el medio familiar.

La lepra no es hereditaria, ni congénica, el niño nace
sano y si se aleja de la madre no enfermará y si convive con --
ella tiene una posibilidad entre cinco de enfermarse.

En la transmisión no parecen actuar factores raciales-
ni climáticos, pero sí la promiscuidad y las deficientes condi-
ciones higiénicas, educacionales y socioeconómicas.

IV. CLASIFICACION DE LOS CASOS

En ninguna otra enfermedad se da con tanta claridad la determinación por un mismo agente microbiano de dos tipos totalmente opuestos de la enfermedad. Antes de 1943, se reconocía que los casos de lepra eran diferentes unos de otros y se les clasificaba en base a datos puramente superficiales. Desde 1948, se aceptó internacionalmente la idea sudamericana de polaridad basada en la diferente respuesta del huésped al *Mycobacterium leprae* que hoy se sabe es de tipo inmunológico y que determina las características clínicas, basiloscópicas e histopatológicas de cada caso.

La clasificación internacional tal como se usa en la actualidad se completó en Madrid en 1953 sobre bases eminentemente inmunológicas y considera dos tipos polares: Lepromatosos y Tuberculoideos. El decir tipo hace ver la invariabilidad de las características del caso, cuando no es así, en paciente se clasifica en forma provisional en grupos, hay dos: Uno corresponde a los casos de principio de la enfermedad en los cuales las características no son suficientemente claras o faltan datos para lograr su clasificación definitiva, se les llama casos indeterminados y el otro grupo está formado por pacientes con características ambiguas por falta de definición inmunológica, se les ha llamado dimorfos o mejor interpolares. Un estudio más a fondo de estos casos, podrá permitir colocarlos en los tipos polares.

De estos cuatro grupos sólo dos son verdaderos tipos por ser completamente definidos y estables: Lepromatoso y Tuberculoide.

Un caso lepromatoso auténtico no se transforma en tuberculoide, lo contrario es igual, un caso tuberculoide no se volverá lepromatoso. Pero los casos interpolares, muchas veces de difícil clasificación, pueden definirse con el tiempo hacia alguno de los polos del espectro inmunológico, lepromatoso o tuberculoide.

De que depende que un organismo al recibir los bacilos desarrolle el tipo lepromatoso o el tipo tuberculoide, no se sabe bien aún, pero no es a causa del bacilo mismo, sino de la diferente respuesta inmunológica del huésped.

LEPRA LEPRMATOSA

Cuando el organismo que recibe el *Mycobacterium leprae* no ofrece ninguna resistencia y cuando sus condiciones inmunológicas permiten no solo la supervivencia del bacilo, si su reproducción y extensión, se origina la lepra lepromatosa, tipo polar cuyas manifestaciones son las más conocidas. Es la forma sistémica, progresiva e infectante de la enfermedad.

Sus manifestaciones principales están en la piel, las mucosas y en los nervios periféricos, cún cuando puede atacar a casi todos los organos, excepto el sistema nervioso central.

PIEL.- Existen varias formas clínicas que podemos reducir básicamente a dos. En una de ellas aparecen elementos circunscritos y en la otra toda la piel se ve afectada (Medina).

Entre los elementos circunscritos que pueden aparecer tenemos:

NODULOS.- Es la variedad nodular y la más conocida. -- Los nódulos aunque se ven en otras enfermedades crónicas como é

la tuberculosis y las micosis profundas, en la lepra tienen características especiales, se localizan sobre todo en lugares expuestos y fríos aunque pueden verse en cualquier parte. Su lugar de predilección son los pabellones auriculares, regiones ciliares, mejillas, nariz. Los gluteos son afectados con mucha frecuencia y también los podemos ver en caras externas de brazos y antebrazos y en muslos y piernas.

Lugares poco comunes son el meato urinario, el pene y el escroto y la piel cabelluda, no se ven ni en palmas ni en plantas.

Su número y tamaño es variable, escasos o tan numerosos que al confluír en grandes placas deforman la región. Los hay pequeños, como la punta de un alfiler: nódulos foliculares hasta 2 o 3 cms.

En ocasiones se llegan a ulcerar y se cubren entonces de costras melicéricas y sanguíneas. Son indoloros y no producen prurito ni ninguna otra molestia por lo que los pacientes no consultan pronto.

La agrupación de numerosos nódulos producen en la cara la muy conocida "fazie leonina" cada vez menos frecuente aunque se abusa mucho del término y se designa así cuando hay uno o dos nódulos pequeños.

PLACAS INFILTRADAS.- Histológicamente son también lesiones nodulares, pero en la clínica se ven como zonas levantadas de la piel, bien limitadas, de color rojo violáceo, de superficie lisa a veces cubierta de finas escamas, su tamaño es variable desde 1, o 2 cms. hasta 20 o 30 cms. Son también asintomáticas aunque es frecuente que haya trastornos de la sensibilidad fácilmente detectables, lo cual no es demostrable en los-

nódulos.

MANCHAS.- Preceden casi siempre a las placas infiltradas, son eritematosas, mal definidas, pequeñas o extensas, siempre anestésicas. Con frecuencia son anulares o policíclicas y en ocasiones se pueden ver manchas hipocrónicas cuyo borde es ya eritematoso o infiltrado y que revela de manera fehaciente la diferenciación de un caso indeterminado en lepromatoso.

Estas lesiones al involucrar dejarán zonas atróficas con la piel adelgazada y plegada y cicatrices cuando las lesiones se ulceran.

LEPROMATOSIS DIFUSA.- Esta variedad clínica de la lepra lepromatosa es aún poco conocida y fué descrita en México por Lucio y Alvarado en 1851, por lo que se le conoce también como Lepra de Lucio. Fué redescubierta por Latapí en 1938 y -- completado su estudio, colocándola como una variedad clínica, -- la más grave y extensa de la lepromatosis, en el extremo de la no resistencia.

Es frecuente en Sinaloa, Colima, Michoacán, Morelos y sur del D.F. y también se han descrito casos en Costa Rica, España, en Brasil y E.E.U.U.

Aquí toda la piel se afecta y no se observa ningún elemento circunscrito como parte de la lepromatosis: no hay nódulos, ni placas infiltradas, ni manchas. La piel se infiltra y aparece lisa, brillante, turgente (fase suculenta) o plegada, seca, escamosa (fase atrófica terminal). Se nota más en la cara que toma el aspecto de "luna llena", de buena salud aparente. Los lóbulos del pabellón auricular pierden su vello fino y se tornan brillantes y cuando ha pasado el tiempo, se alargan por la atrofia llegando hasta el ángulo maxilar.

ANEXOS.- Es muy conocido el hecho de la caída de cejas y pestañas por la lepra, en los casos nodulares sólo cae el pelo en donde aparecen las lesiones, pero si no hay nódulos en las regiones ciliares, las cejas estarán normales. En los casos difusos, la caída es la regla, de fuera hacia adentro y en su totalidad, igualmente afecta las pestañas (madarosis). Hay algunos casos difusos (de Colima, Michoacán, Morelos) que conservan las cejas y solo pierden las pestañas y otros que no pierden ni cejas ni pestañas.

El vello del cuerpo puede desaparecer en los casos difusos, pero no siempre se afecta el axiliar ni el pubiano y en cuanto al pelo de la cabeza, no se cae más que en raros casos, nunca por completo.

MUCOSAS.- Se afecta sobre todo la mucosa nasal, ya es raro encontrar como antes, pacientes con ataques a laringe y cuerdas vocales. Este ataque a la mucosa nasal es una característica básica de la lepra lepromatosa y a veces precede por mucho tiempo a las manifestaciones cutáneas. Primeramente la mucosa se enrojece y se congestiona produciendo constipación nasal continua con salida de mucosidad sanguinolenta o francamente epistaxis cuando hay ya ulceraciones. Todo termina con la atrofia de la mucosa y la perforación del tabique cartilaginosa y la nariz se hunde.

OJOS.- La variedad nodular ataca más frecuentemente los ojos. Los síntomas son variados, además de la madarosis que puede no existir, podemos ver nódulos en los párpados, en la córnea, que pueden obstaculizar la visión.

En los casos difusos casi no hay lesiones oculares, incluso se observa en estos casos los llamados "ojos de niño", con la esclerótica muy limpia, azulada y sin vasos sanguíneos.

OTROS ORGANOS.- El *Mycobacterium Leprae* ha sido encontrado en casi todo el organismo, menos en el sistema nervioso central y en el pulmón se confunde con otras micobacterias. -- Así se ha visto en saliva, orina, heces, semen, sangre, esputo, bilis. Se ha encontrado en el riñon, en las suprarrenales, tiroides, testículos y ovarios, vesículas seminales, yeyuno, - - ileón, estómago, hígado, bazo, ganglios linfáticos y corazón. - Sin embargo, la sintomatología dependiente del ataque de estos organos es mínima.

La orquitis y orquiepidemitis ocasionan la esterilidad del varón, no así en la mujer cuando hay lesiones ováricas en - mucho menor frecuencia.

Los enfermos lepromatosos rara vez mueren de complicaciones de la lepra misma sino de enfermedades intercurrentes como cardiopatías, diabetes, insuficiencia renal crónica, tuberculosis, cáncer, y otras enfermedades semejantes a las que pueden matar a cualquier persona no afectada de lepra. Es difícil valorar el papel que la lepra juega en la evolución de estas enfermedades, pero es indudable que ejerce importante influencia.

REACCION LEPRMATOSA.- Sólo los casos lepromatosos presentan este curioso y único fenómeno de la patología infecciosa. El paciente que casi no había sentido molestias e incluso ignoraba que estuviera enfermo, de momento se pone muy malo y - tiene que acudir al médico que se desconcierta por lo abigarrado de la sintomatología.

SINTOMAS GENERALES.- Aparece fiebre, primero ligera y vespertina, luego continúa y hasta de 40°C o más, acompañada de intensa diaforesis y escalofríos al principio, adinamia y astenia intensas, cefaleas y artralgias que llegan a veces a la flo

gosis articular, anorexia, náuseas y vómito y cuando los brotes son repetidos y frecuentes hay adelgazamiento y emaciación.

SINTOMAS CUTANEOS.- Se pueden presentar aisladamente o mezclados los tres síndromes siguientes:

a).- Eritema Nudoso.- Es el más frecuente y está constituido por nudosidades que el enfermo sabe distinguir de los nódulos. Los nódulos propios de la lepra son más superficiales bien limitados, no dolorosos y permanentes, al desaparecer dejan una zona atrófica. Las nudosidades son más profundas, malhechas, dolorosas y duran unos días desapareciendo sin dejar huella clínica. El eritema nudoso no es exclusivo de la reacción leprosa pues puede verse en la tuberculosis, la histoplasmosis, la coccidioidomicosis, en infecciones banales de las amígdalas y dientes.

b).- Eritema Polimorfo.- Se presenta en forma de manchas eritematosas, pápulas y ampollas. Se forman placas más o menos extensas bien limitadas sobre las cuales podemos ver las ampollas que al reventarse forman costras melicéricas (escamosas). En reacción leprosa se ven como el eritema nudoso, en miembros superiores e inferiores, en el tronco y en la cara.

c).- Eritema Necrosante o Fenómeno de Lucio.- Es casi exclusivo de las formas difusas de la lepromatosis aunque puede verse en algunos casos nodulares. Estas lesiones fueron descritas por Lucio en 1851, y a ellas alude el nombre que él dio a esta forma difusa de lepra: lepra manchada o lazarina.

Aparecen como al año de iniciarse la enfermedad, en las piernas, luego van subiendo hasta llegar a la cara. La secuencia de las lesiones es la siguiente: primero aparece una mancha eritematosa, ardorosa, sin forma especial que en pocos

días se torna de color rojo vinoso y de forma abigarrada, muy bien limitada, entonces suelen suceder dos cosas:

O se cubre con una ampolla que se reventará dejando -- una exulceración que se llenará de una costra o se forma una es cara seca que al desprenderse dejará la ulceración que tendrá -- la forma de la mancha y se cubrirá de costras.

SINTOMAS NEURALES.- Las neuritis preexistentes se exacerban y aumenta el dolor, la anestesia y las secuelas irreversibles que suelen producirse.

OTROS SINTOMAS.- Con frecuencia aparecen junto con las lesiones cutáneas o independientemente: adenopatías axiales e -- inguinales, iritis e iridociclitis, orquiepidimitis, hepato y -- esplenomegalia.

En ocasiones la reacción leprosa se manifiesta solo -- por fiebre y adenopatía o una intensa neuritis, o un ojo rojo -- y doloroso o una inflamación del testículo, así el diagnóstico es más difícil.

LEPRA TUBERCULOIDE

En el aspecto inmunológico de la lepra, los casos tuberculoides están en el polo opuesto a los lepromatosos y por -- tanto sus características son totalmente opuestas, como si fueran dos enfermedades distintas. Estos casos hemos dicho son -- regresivos, curan espontáneamente, no son infectantes y no se -- presentan manifestaciones sistémicas. Este tipo es poco conocido por el médico y de la gente y por ello se diagnostica poco, -- pues no se piensa en él. Sus lesiones está en la piel y en los nervios periféricos.

PIEL.- Por lo general son lesiones poco numerosas aunque a veces pueden ser muy abundantes. Se trata de placas infiltradas, eritemavioláceas, circulares, ovales, anulares o de forma caprichosa con frecuencia sus bordes policíclicos, están sembrados de pequeños nódulos, de 2 a 3 mm. La característica común y siempre presente es la alteración de la sensibilidad, - hipo o anestesia al dolor y a la temperatura, conservándose la tdtctil, fácilmente demostrable por una simple exploración, característica indispensable para el diagnóstico de lepra tuberculoides.

Las lesiones tuberculoides pueden verse en cualquier sitio, pero son más comunes en las mejillas, región maseterina, interciliar, en el tronco y en nalgas y también en miembros superiores e inferiores, son siempre asimétricas. Todas las lesiones tuberculoides sufren una involución espontánea en algunos meses y dejan siempre una zona atrófica siempre anestésicalo cual puede servir para un diagnóstico retrospectivo. La posible confusión de las placas tuberculoides con otras lesiones circinadas y bien limitadas como la tñña del cuerpo, las pintides, el lupus eritematoso discoide, el eritema pigmentado fijo desaparece al comprobarse las alteraciones de la sensibilidad - exclusivas de la lepra.

NERVIOS PERIFERICOS .- Son más intensas e importantes las lesiones en lepra tuberculoides que en la lepromatosa aunque básicamente son las mismas. Los casos tuberculoides no producen manifestaciones viscerales aún cuando se han encontrado granulomas en algunos órganos, tampoco presentan reacción leprosa. No hay lesiones oculares ni gonadales, ni mucosas y el vello solo se afecta en el sitio donde aparece una lesión.

La lepra tuberculoides se ve con mayor frecuencia en niños y ancianos y más en la mujer que en el hombre sin saberse -

la causa.

CASOS INDETERMINADOS.

Son los casos de principio de la lepra los más difíciles de diagnosticar por las escasas manifestaciones clínicas -- que presentan y que no permiten su clasificación definitiva en los tipos polares hasta que su evolución o su estudio más a fondo logra determinar el tipo a que pertenecen, es por ello una denominación provisional de un caso.

Sus lesiones están solo en la piel y en los nervios periféricos, pero estas últimas son comunes a todos los casos de lepra.

No hay lesiones viscerales ni oculares y no hay reacción leprosa ni ningún episodio agudo.

En la piel solo se observan manchas hipocrómicas variables de tamaño y número, mal limitadas, se pierde el borde en la piel sana, nunca son totalmente blancas y sobre su superficie no hay ninguna otra lesión.

El vello a nivel de la mancha está ausente, puede haber anhidrosis en las lesiones.

La topografía es habitualmente: cara, región submaxilar (signo del "babero" de Latapí), tronco, nalgas (lugar de predilección) y en otros sitios.

Cuando se nota un tinte rojizo, un borde más marcado y activo, puede decirse que la enfermedad inicia su evolución hacia la lepromatosis o hacia el tipo tuberculoide.

CASOS INTERPOLARES.

Estos casos tienen características ambíguas por algúntiempo de su evolución lo cual confunde al médico que no puede clasificarlos en los tipos polares ya que quizá su condición inmunológica no es estrictamente polar, sino en medio de los dos polos L y T y a esos casos se les ha llamado dimorfos, borderline, su sustrato inmunológico no está definido, es inestable, -- cambiante, de ahí que se mezclen las características clínicas - bacteriológicas e histopatológicas en tal grado que a veces parecen ser tuberculoides y otras lepromatosos.

La clasificación clínica es difícil hasta que pasa ese estado de duda inmunológica, hasta que se define hacia uno de - los dos polos, por desgracia más hacia el polo lepromatoso.

Es pues un estado transitorio en la evolución de un caso.

Las lesiones clínicas son variadas y confusas con ca--racterísticas L y T. En la piel tenemos la aparición de placas infiltradas eritematoescamosas, numerosas y simétricas. Cuando abarcan grandes extensiones de la piel, suelen dejar huecos de piel sana. El ataque neural es muy intenso y deja secuelas - - irreversibles.

DIAGNOSTICO -BASES-

a).- Lesiones eritematosas y nodulares o maculares pálidas con anestesia cutánea.

b).- Engrosamiento de los nervios superficiales con alteraciones sensoriales.

c).- Antecedentes de resistencia en una zona endémica durante la niñez.

d).- Bacilos acidorresistentes en las lesiones cutáneas o en el raspado nasal o alteraciones histológicas características en los nervios periféricos.

(A. Krupp M. y J. Chatton M. pág. 953).

El diagnóstico es sugerido y en algunos casos asegurado por la clínica, ya que las manifestaciones con frecuencia son lo suficientemente claras para el diagnóstico no solo de la lepra sino del tipo a que pertenecen, por ejemplo: los nódulos, la alopecia de cejas y pestañas, las zonas anestésicas, las lesiones tróficas en las manos.

Hay casos en que no es fácil por simple exploración clínica, es necesario entonces estudios complementarios de gabinete y de laboratorio.

ESTUDIOS DE GABINETE Y LABORATORIO.- Los bacilos suelen descubrirse en la forma lepromatosa y excepcionalmente en la tuberculoide.

Los frotis deben hacerse con el tejido descubierta por una pequeña incisión del corion en el sitio de una lesión infiltrada.

1o.- PRUEBA CON LEPRONINA.

Cuyo resultado es una reacción tardía semejante a la de la tuberculina, es útil para diferenciar entre la forma lepromatosa y la tuberculoide de la lepra. Hay reacciones positivas falsas (C. Saver. G. pág. 97).

Una reacción intradérmica, inmunológica que se practica con un antígeno (lepromina) preparado con nódulos de enfermos lepromatosos sin tratamiento. Se considera positivo cuando se forma un nódulo de más de medio centímetro e inclusive cuando se ulcera.

A las 3 semanas se presenta esta respuesta la cual recibe el nombre de Reacción de Mitsuda y es positiva en los casos tuberculoideos, siempre negativa en los casos lepromatosos y puede ser positiva o negativa en los casos indeterminados y en los interpolares, con posibilidad de variaciones.

2o.- PRUEBA DE LA HISTAMINA

Es un auxiliar sencillo y útil para demostrar objetivamente el trastorno de la sensibilidad sobre todo en niños o personas no capaces de responder a la exploración clínica con la aguja hipodérmica o los tubos en agua caliente y fría. Se usa en casos de manchas hipocrómicas o zonas anestésicas. Se coloca en la zona problema y en una parte no afectada de la piel una gota de histamina y se da un piquete sobre ella (no se inyecta), al cabo de unos minutos y frotando con un algodón, aparece la triple respuesta de Lewis cuando hay normalidad: prime-

no una roncha con prurito, más tarde un halo eritematoso y al final un segundo halo eritematoso que inclusive emite pseudopodos. Cuando hay un trastorno de la sensibilidad, aparece la roncha y a lo más el primer halo, pero nunca el segundo debido a la interrupción del arco reflejo. Se dice que la respuesta a la histamina es incompleta o anormal.

30.- BASTIOSCOPIA

Esta prueba se lleva a cabo en la búsqueda del bacilo de Hansen, se hace en dos sitios en la práctica, en la mucosa nasal y en la linfa cutánea.

En el primer caso es necesario raspar suavemente hasta producir un ligero sangrado, el tabique nasal y con el material extraído con la cucharilla hacer un frotis, es un poco molesto para el paciente y puede haber confusión con algunas micobacterias no patógenas.

En el segundo caso, se toma linfa de alguna lesión; -- nódulo, manchas, placa infiltrada o en los casos difusos, de -- cualquier parte de la piel, haciendo ligera presión en una pinza protegida para evitar salida de sangre y sólo tomar las pequeñas gotas de linfa transparente que salen y hacer también el frotis con ella.

40.- HISTOPATOLOGIA.

Una buena biopsia, tomada de un sitio adecuado y con suficiente profundidad puede servir para el diagnóstico de lepra y del tipo al que corresponde el caso. Debe preferirse una lesión no muy antigua, bien formada: un nódulo, una placa infiltrada y cuando no hay lesiones circunscritas en alguna zona infiltrada de la piel o en el lóbulo de la oreja que en ocasiones

es el único sitio donde se demuestran las alteraciones que hacen al diagnóstico. (A. Saúl, pág. 173, 175, 176, 177).

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS DE LA LEPROA

La lepra es una enfermedad esencialmente de la piel y de los nervios periféricos, todos los casos de lepra pueden tener manifestaciones neurológicas de ahí que es erróneo hablar de lepra neural o nerviosa ya que toda la lepra puede ser nerviosa en un momento dado. Las repercusiones en los nervios periféricos varían mucho en cada caso dependiendo de la clasificación del mismo.

El nervio es particularmente sensible y apetecible para el bacilo de Hansen, incluso se afirma por muchos, que es el primero que se afecta aún antes que la piel, llegando el bacilo ya por vía ascendente a partir de las terminaciones nerviosas o por vía descendente hematógena.

La célula de Schwann parece tener gran importancia en la invasión del cordón nervioso, ya que se ha visto la multiplificación de los bacilos en su interior.

La vía ascendente es la más aceptada y la más probable en la mayoría de los casos.

COMO EMPIEZA LA LEPROA

Es muy variada la sintomatología de principio y en ocasiones tan discreta que puede pasar inadvertida por años. En la mayoría de los casos es difícil saber cuáles fueron los síntomas de principio ya que el paciente los ignora y revela solamente aquellos que le parecieron más importantes, por ejemplo - la caída de cejas, la aparición de manchas o nódulos. Por lo general son los casos tuberculoides los más llamativos y los pacientes consultan más tempranamente, en cambio los indeterminados se diagnostican muy tardíamente o por casualidad.

La lepra puede iniciarse con sintomatología neural: zonas de hipo o de anestesia o hipertesia en los miembros superiores e inferiores. Adelgazamiento y aducción del meñique, una parálisis facial. Otras veces son zonas anhidróticas las que pueden llamar la atención. (son zonas aparentemente sanas, en las que no hay sudor y no se les pega el polvo, no se forma mugre -Signo de la mugre de Castañeda- éstas zonas también son -- anestésicas).

La mayoría de los casos empiezan indeterminados, por lo tanto las manchas hipocrómicas disestésicas son los síntomas de principio, pero pueden pasar inadvertidas y el paciente señala la otros síntomas más llamativos como de principio.

Los casos lepromatosos nodulares o difusos pueden ser secundarios a un caso indeterminado, pero también pueden ser -- primitivos, es decir aparecen los nódulos o las placas infiltradas como primer síntoma.

TRATAMIENTO DE LA LEPROA

Hasta 1941, no existía ningún tratamiento útil en lepra, todos y cada uno de los hasta entonces medicamentos no servían para nada, los casos lepromatosos seguían su evolución y los tuberculoides se curaban solos.

En 1941, en Carville, E.U., Faget, ensayó por vez primera el promín, un derivado de la diamino difenil sulfona, conocida desde 1908 y usada primero en ciertas infecciones de los ratones y luego en la tuberculosis sin éxito y por vez primera se logró la curación de casos lepromatosos tanto clínica como bacteriológicamente.

En México, se usó el promín por vez primera en diciembre 16 de 1946 por Latapí y colaboradores en el Centro Dermatológico Pascua.

EPIDEMIOLOGIA

Distribución de la lepra en el mundo y en México

Se calcula la existencia de más de 12 millones de enfermos en el mundo, especialmente en África y Asia. En América existe desde el sur de E. U. hasta Argentina, excepto Chile, Brasil y las Guayanas.

En México se piensa pueden existir entre 50 a 60000 enfermos en todo el país, pero es seguro que debe haber más.

El foco principal se inicia en el sur de Sonora, sigue por Sinaloa, Nayarit, Colima, Jalisco, Michoacán, Guerrero y Oaxaca y se mete por Guanajuato y Querétaro hasta el D.F. El foco nor-oriental abarca Nuevo León y Tamaulipas y el península a Campeche y Yucatán. Aunque puede haber pacientes en toda la República debido sobre todo a corrientes migratorias internas, son los estados de Sinaloa, Guanajuato, Jalisco, Colima y Michoacán los más afectados.

La prevalencia en todo el país es apenas de 0.42 por 1000, tipo medio, pero hay zonas del estado de Guanajuato con prevalencias hasta de 12 x 1000 comparables a las de África. (A. Saúl, p. 185).

En México, la lepra es de origen español y oriental, traída por los conquistadores y mantenida por la corriente comercial durante cuatro siglos con China y Filipinas.

Distribución de la Lepra en México.



LA LUCHA CONTRA LA LEPROA EN MEXICO

- 1513 - 1930.- Desconocimiento del problema. Apatía de autoridades. Leproserías de la Tlaxpana, San Lázaro, Hospital Juárez y Hospital General.
- 1930.- Servicio de Profilaxis de la Lepra fundado por el Dr. Jesús González Ureña, iniciador de la moderna lucha contra la lepra.
- 1930 - 1960.- La lucha se basó en la triada: leproserías, dispensarios y preventorios (para los hijos de los enfermos).
- 1937.- Inauguración del Centro Dermatológico Pascua de la ciudad de México e inicio de las nuevas ideas sobre la lepra y su control (Latapí y cols.).
- 1938.- Inauguración del Sanatorio Dr. Pedro López, única leprosería existente aún en México en Zoquiápan, Edo. de México.
- 1946.- Inicio del tratamiento sulfónico de la lepra.
- 1948.- Fundación de la Asociación Mexicana de acción contra la lepra, A.C. establecida para colaborar con las autoridades en el tratamiento de los pacientes, atención de sus necesidades, y para el estudio de la enfermedad.
- 1955.- Cambio del reglamento sobre la lepra por uno moderno, acorde con las nuevas ideas.

1960.- Un nuevo programa llamado Programa para el control de las enfermedades crónicas de la piel. -- Se inició bajo la dirección de dermatoleprólogos con las bases de establecer unidades móviles y acrecentar las actividades de los centros dermatológicos existentes en el país.

1967.- Uso en México de Talidomida.
(A. Saúl, pág. 190).

Este programa aún sigue vigente, bajo normas similares aunque con menor intensidad. Contra lo que se cree y contra los informes oficiales, no hay menos lepra en México, sino cada día más, se descubren nuevos enfermos todos los días.

La lepra existirá en un país hasta que las condiciones socioeconómicas, culturales y de higiene se modifiquen.

La lucha contra la lepra no puede dejarse a unos cuantos, sino que deben de colaborar en ella todos los instrumentos de salud con que cuenta el país y todos los sectores conscientes y responsables de la sociedad a quienes interese tener algún día un país sin lepra.

HISTORIA DEL ENFERMO LEPROSO EN MEXICO

Auctóctonos o importados, los leprosos de México tuvieron como prímero y fugaz asilo el que les hizo Cortés en una heredad suya en la antigua Tlaxpana, a raíz de la Conquista, allí por el año de 1528. Envidiando el sitio, Nuño de Guzmán, mandó derribar el asilo, alegando que por ahí pasaba el acueducto de la ciudad, de cuya agua usaban los enfermos.

El segundo hospital de Sn. Lázaro y su iglesia se debió a la filántropía del señor Dr. Pedro López, el que se abrió por el año de 1572. Esta obra pía la continuaron los herederos del fundador, hasta Don Buenaventura Medina y Picazo, nieto del Dr. López, que todavía gastó \$ 110,000.00 en la reedificación del hospital que duró siete años. Ya muy destruido fué abandonado por el Ayuntamiento en el año de 1862, durando en funciones algo más de tres siglos. Sus dos últimos directores fueron los Drs. Ladislao de la Pascua y Rafael Lucio. En 1885 Hilarión Frías y Soto hizo una descripción patética del asilo, diciendo que todo ahí era tético y repugnante, verdadera cárcelde leprosos.

El 12 de agosto de 1862 los leprosos pasaron de ahí al antiguo hospital de San Pablo, hoy Juárez, donde su suerte no mejoró, pues se les puso en unas barracas inmundas y su asistencia dejaba mucho que desear.

En 1915 los lazarinos fueron trasladados al Hospital General, a un pabellón especial que se les destinó, el 27 bis. Pero a pesar de todo, la suerte les continuó siendo adversa, pues el servicio se consideró siempre como secundario, no tuvo durante mucho tiempo médico de planta y no había en realidad de

tratamiento científico de los pacientes.

Algo peor les esperaba en el nuevo albergue que se les asignó en el Lazareto Militar de Tlalpan a donde llegaron el -- 15 de noviembre de 1938. Se les puso en un verdadero antro en ruinas, destinado quien sabe por qué justicia para castigo de -- estos desventurados.

Las leprosas escaparon entonces de esa maldición, pues debido a la iniciativa de la Señora Margarita Casasío de Sierra, fueron trasladados a un asilo simbólicamente llamado "Hogar Esperanza" y situado en la casa número 110 de la calle de -- San Antonio Tomatlán. Fue un verdadero oasis por el páramo desamparado y frío del Lazareto Militar de Tlalpan.

Por último, en su larga y dolorosa peregrinación, los leprosos legaron el 11 de diciembre de 1939 al asilo donde están ahora y el que con tanta justicia lleva el nombre del Dr. -- Pedro López. Está situado a 32 Km. de esta capital, sobre la -- carretera de Puebla, en la antigua hacienda de Zoquiapan, en -- la que renació como un nuevo fénix el asilo primitivo de aquel -- ilustre filántropo.

En este punto queda por hoy la historia de los lepro-- sos de México, los que ojalá puedan encontrar en su camino otro Hernán Cortés, otro Pedro López y otro brigadier O'Connor. (Dr. J. González Ureña).

DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL "DR. PEDRO LOPEZ" S.S.A.

El 1° de diciembre de 1939 se inauguró oficialmente el asilo "Dr. Pedro López" en la antigua hacienda de Zoquiapan, a 32 Km. de esta capital, sobre la carretera libre de Puebla. Es una institución única en su género en nuestro país, cuya construcción comenzó en enero de 1936. Tiene departamentos distintos para personal sano y enfermo, cuatro pabellones grandes y doce chicos para leprosos ambulantes, cuatro para encamados, -- uno para infecciosos diversos, en un tiempo funcionó otro para dementes, baños, lavandería, cocina desinfección, clínica con sala de curaciones y operaciones, biblioteca, panteón y en un tiempo un casino. Los pacientes ahí internados suman 300, higiénicamente alojados, con grandes terrenos para jardines y cultivo, con ropa y alimentación adecuada.

El personal médico y paramédico incluye oftalmólogo, otarrinolaríngólogo, dentista, boticario, encargado de laboratorio, oficina de estadística y secretariado. Nunca han contado con psicólogos. El personal de enfermería es numeroso ya que incluye a practicantes y titulares. Hay una orquesta formada por los mismos pacientes y periódicamente hacen fiestas teatrales. La mayor parte de los empleos de servidumbre está a cargo de los leprosos, los que reciben una remuneración adecuada por sus trabajos. Algunos enfermos se dedican al cultivo de la tierra, otros a talleres mecánicos, cría de ganado aves de corral y la cría de cerdos; otros se mantienen con pequeños comercios, unos más, en reparación de calzado.

Puede considerarse un pequeño pueblito dentro de un hospital, el cual en un tiempo contó con cárcel propia; actualmente su administración depende de la dirección médica, depen--

diente a su vez de la S.S.A.

Los enfermos pueden recibir visitas de sus familiares -
diariamente y obtienen con facilidad permisos justificados para
salir del asilo.

El sitio es pintoresco y el clima benigno. Pero, de -
acuerdo con la condición humana, los leprosos de Zoquiapan no -
están conformes con su suerte.

FUNDAMENTO TEORICO

En este capítulo nos proponemos fundamentar el empleo de una técnica proyectiva que utiliza el dibujo de un ser humano como medio de expresión del estado interno del examinado, ya que los dibujos representan una forma de lenguaje simbólico que moviliza niveles relativamente primitivos de la personalidad. - En el caso de pacientes con lepra no se han realizado hasta la fecha estudios de tipo psicológico, que permitieran tomar como base un fundamento teórico que hubiera permitido relacionar características de personalidad subyacentes a manifestaciones proyectivas observadas; por lo tanto, si partimos de la base de -- que la técnica del dibujo se apoya en el supuesto de que la personalidad no se desarrolla en el vacío, sino en el pensar, sentir y moverse de un cuerpo determinado; lo que se expresa al dibujar un ser humano se podría caracterizar como la imagen corporal y esta a su vez se puede definir como una reflexión compleja de autoconsideración (Anderson y Anderson).

Siendo la apariencia física de los pacientes con lepra lo que se ve más seriamente dañado en las fases avanzadas especialmente en las afecciones lepromatosas, es de esperarse que la imagen corporal representada por los mismos, contenga manifestaciones de desintegración, omisiones de partes del cuerpo y de alguna manera la representación gráfica de las lesiones corporales, ya que el dibujar cuerpos, estará basado en el pensar, sentir y actuar de sí mismo.

Al hablar de la imagen corporal; debemos tomar en cuenta como está integrada dicha imagen. Paul Schilder nos dice al respecto "Aparentemente existen dos factores que desempeñan un papel especial en la creación de la imagen del cuerpo. Uno es-

el dolor, y el otro el control motor de nuestros miembros". (P. Schilder, 94). De tal manera que son nuestras sensaciones las que nos permiten percibir nuestra imagen corporal; ya que tenemos impresiones táctiles, dolor, frío, etc. Recibimos sensaciones provenientes de la innervación de los músculos; y sensaciones provenientes de las vísceras, cada sensación contribuye a la construcción de la imagen corporal. Preyer destacó, sobre manera, el papel del dolor, y Bernfeld destacó el hecho de que nuestra intención actúa sobre el cuerpo de un modo más directo. Siempre que nos movemos cambiamos nuestra imagen corporal. Por lo tanto, encontramos en la base de nuestro yo corporal, una actividad continua. Elegimos y rechazamos mediante la acción. La idea mental que tenemos de nuestro propio cuerpo, sufrirá cambios y alteraciones en el transcurso de nuestra existencia, y esto es especialmente importante en pacientes que cambian o alteran su apariencia física o que poseen zonas anestésicas.

Otros factores, de no menos importancia en la formación de nuestra imagen corporal, son: la experiencia óptica, la cual desempeña un papel considerable en nuestra relación con el mundo, siendo esta experiencia mediante la acción. El siguiente factor sería, la opinión que tienen los demás de nuestro cuerpo o de algunas partes del mismo. Todas estas sensaciones, y experiencias, nos permiten formarnos e integrar nuestro propio esquema o imagen corporal.

En los pacientes con lepra la experiencia óptica que da la propia situación de reclusión (población de enfermos leprosos) junto con la opinión que otros tienen de su cuerpo (Rechazo milenarío, asco, temor, etc.) hace que la integración de la imagen corporal se matice de lo anterior y se esperarían que muestre ciertas peculiaridades.

Paul Schilder, nos da la siguiente definición de ima-

gen corporal: "Por imagen del cuerpo humano entendemos aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos aparece" (P. - - Schilder, 15).

Para J.J. López Ibor, "El cuerpo es el que estudia el Anatomista o el Fisiólogo. La corporalidad es la experiencia vivida, el cuerpo como realidad fenomenológica..." (L. Ibor, -- pág. 16).

EL EMPLEO DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

El dibujo de la figura humana se ha aplicado para estudiar los esquemas de desarrollo o crecimiento; también se ha empleado como técnica de selección para ocupaciones profesionales y para estimar el progreso y las mejoras debido al tratamiento.

En términos generales, el dibujo de la persona representa la expresión de sí mismo, o del cuerpo, en el ambiente. Lo que se expresa se podría caracterizar como la imagen corporal, que describen numerosos autores (Anderson y Anderson).

En 1936 y 1937, respectivamente, Castell, en Inglaterra, y Sears y Murray, en E.E.U.U., publicaron los primeros tests en que se utilizaba de una manera deliberada y explícita la proyección. (Anderson y Anderson, pág. 88). Los tests basados en este concepto; suponen, todos, una hipótesis proyectiva en general, a saber, la de que las manifestaciones de la conducta de una persona (incluyendo las menos y más significativas o anómalas) son otros tantos índice de su personalidad (D. Rapaport, pág. 152).

Esta técnica fué ideada con el afán de evitar los fatigosos tests, que saturaban al sujeto de datos, logrando además, con ello una situación tensa para el examinado. Estos tests, tienen como finalidad la de revelar la estructura psicológica del sujeto, tal como se presenta en la situación de prueba, sin profundizar en sus antecedentes históricos.

Todo test proyectivo debe reunir cuatro condiciones principales: estimular, tornarse observable, registrar y volver verbalmente comunicable la estructura psicológica del suje-

to. (D. Rapaport, pág. 153).

a) Estimulación: No debe insumir demasiado tiempo; - debe lograrse con materiales simples; debe ser relativamente in dependiente de toda relación "transferencial" fuerte entre suje to y examinador. Tanto los materiales como la atmósfera de la situación será igual para todos los sujetos.

b) Observación: Debe basarse en los materiales de -- prueba expuestos objetivamente como puntos de partida para los procesos mentales que se desea estimular, y en las instruccio-- nes destinadas a fijar el punto final de dichos procesos.

c) Registro: Debe ser textual "total" -es decir, sin ninguna selección- debiendo ceñirse, preferentemente, a las ver balizaciones o elecciones simples.

d) Comunicabilidad: Se logra mediante el estímulo, - la observación y el registro de aquellas respuestas que se pres tan de suyo a la sistematización objetiva en función de un sis- tema de cómputo exhaustivo, capaz de expresar las cualidades de dichas respuestas en términos cuantitativos, facilitando de este modo comparaciones inter e intrapersonales. D. Rapaport - - (153), (154).

La interpretación final de los resultados de las pruebas por parte del examinador, necesariamente contendrá algunos - factores subjetivos; -ya sea por poca experiencia- pero si toma mos en cuenta estas condiciones habremos asegurado cierto grado de objetividad de los tests proyectivos. "La técnica de analizar dibujos carece de validación experimental suficiente, raramente proporciona información inequívoca y a menudo lleva a los - incautos a formulaciones erróneas plausibles sobre la personalidad del individuo cuyos dibujos se estudian". L. Bellak, (156).

Las técnicas proyectivas suponen la existencia de aspectos no conscientes de la personalidad; los materiales de prueba y las instrucciones son preguntas indirectas.

La exploración de los tests proyectivos se convierte en una exploración de los procesos mentales. D. Rapaport, (154).

Los tests proyectivos pueden ser: a) Superficiales, como serían: el test de Frases Incompletas, los cuestionarios, etc. b) Medios, tales como el test de la figura humana, de Karen Machover, el test de dibujo en ocho hojas, de Leopold Cáligor, el H.T.P. (casa, árbol, persona), el test de proyección corpórea (T.P.C.), entre otros. Y c) Profundos: siendo estos últimos el test de apercepción temática (T.A.T.); el Rorschach, etc.

Existen gran diversidad de pruebas como podemos ver, pero sería complicado el exponer cada una de ellas ya que no es el propósito de este trabajo.

Unas de las técnicas psicológicas proyectivas relacionadas con la imagen corporal es el test de la figura humana, de Karen Machover, en el cual se le entrega al examinado un lápiz con goma de borrar y dos hojas en blanco; se le pide al examinado que dibuje una figura humana, una vez terminada, dibuje en otra hoja, otra figura humana del sexo contrario a la que hizo primero, posteriormente que haga un relato de ambas.

El test de la familia, se le pide al examinado que dibuje una familia; tenemos el test de una persona bajo la lluvia, de Arnold Abrams, el sujeto dibuja a una persona bajo la lluvia; el test de la pareja, el sujeto dibuja una pareja de personas; también tenemos el dibujo de la figura humana (D.F.H.), de

E. Koppitz, el cual consiste en dibujar una figura humana completa; el test de Goodenough aunque su propósito principal es encontrar C.I. también es utilizado como proyectivo, así tenemos también la prueba de l árbol, de Karl Koch. La tarea que debe realizar el sujeto, es la de dibujar tres árboles. En forma intermitente, se le pide al sujeto: 1) "Dibuje un árbol que no sea un pino", 2) "Dibuje un árbol frutal" y 3) "Dibuje un árbol frondoso". No se da más instrucciones; el dibujo No. 1 brinda el material fundamental de la prueba, en cambio, puede prescindirse de los otros dos. El test del árbol sirve para el diagnóstico del carácter y del desarrollo en sujetos de 5 años hasta la adultez. El test del árbol funciona: a) como test de desarrollo, b) como test grafológico y c) como test proyectivo: Permite la exploración de la personalidad a través de la interpretación de la proyección de la imagen corporal, de la interpretación de la simbólica del espacio y de la simbólica de los objetos contenidos en el dibujo: flor, hoja, fruto, ramaje y paisaje. J. E. Bell, (192).

Tenemos la técnica de Rosenberg, "Dibuje una Persona", se le entrega al examinado un equipo constituido por dos hojas abrochadas, con un papel carbónico entre ellas. Se dan las instrucciones estandarizadas correspondientes al test del dibujo de persona, y se lleva a cabo un interrogatorio modificado según la técnica de Machover, con respecto a los dibujos de la figura masculina y femenina. Posteriormente, el examinador arranca la hoja de arriba de cada juego de dibujos y conserva la copia para compararla con la modificación subsiguiente. Entrega la hoja de arriba al examinado y le dice: "Ahora tiene total libertad para modificar, borrar, tachar, o hacer lo que desee con el dibujo que hizo. Las instrucciones son tanto para la figura masculina como para la femenina. Bellak. (1969).

Test de proyección corpórea (T.P.C.), de Aniceto Figue-

ras, esta prueba consiste, en pedirle al sujeto realice, unos a ciegas, otros con visión, nueve dibujos de la figura humana, -- de ambos sexos: 5 de una persona -3 vestidas (en función social), 2 desnudas (en función sexual); y 4 del "propio cuerpo"- 3 a ciegas, de espaldas, de perfil y acostado, respectivamente (tendencias inconscientes), y uno del interior del cuerpo (tendencia a la somatización). Para la realización de los dibujos- 5, 6, y 7, se interpone una pantalla entre los ojos del examinado y el protocolo de dibujo. Se le dan las instrucciones al -- sujeto, el cual debe realizar sus dibujos en protocolos especiales de la prueba. J. Bell, (487).

La prueba del H.T.P. (casa, árbol, persona). Para su administración, se le entrega al examinado 3 hojas blancas, sólo se le ofrece una hoja por vez. Para el dibujo de la casa, - la hoja se ubica con el eje más largo paralelo al examinado, y para los del árbol y la persona con el eje más largo perpendicular a él; entonces se le pide que dibuje lo mejor que pueda una casa (luego un árbol y una persona) aclarando que puede dibujarla como desee, que puede borrar y tomarse el tiempo que necesite. El orden de presentación de los estímulos siempre es el mismo. Esto permite una introducción gradual a la tarea gráfica, pue así paso a paso se conduce al examinado a entidades que psicológicamente presentan mayores dificultades para su ejecución. Es decir que en forma gradual se va desde las representaciones más neutrales hasta las más cercanas a la propia persona. E.F. Hammer, (115).

EL TEST DE DIBUJO EN OCHO HOJAS

Otra técnica proyectiva relacionada con la imagen corporal, es el test de dibujo en ocho hojas de Leopold Cáligor. - Mismo que hemos seleccionado para el estudio que nos ocupa, ya que dicha prueba no ofrece mayor dificultad para el examinado, - con excepción de la posibilidad de manipular lápiz-papel, además de que esta prueba posee una hoja de clasificación para las valoraciones, permitiendo con esto, una ligera ventaja sobre -- otras técnicas proyectivas, donde sus interpretaciones varían -- de acuerdo a los criterios dados por diferentes examinadores. - Es una prueba que se puede aplicar tanto individual como colectivamente, y de un costo muy bajo. El material del TDSH se compone de ocho hojas transparentes de 21.5 x 28 cm sujetas en forma de cuadernillo, a una base de cartón de las mismas medidas, - consta además de una hoja de cartulina blanca de 21.5 x 28 cm.

La experiencia del autor con dibujos de figuras humanas, le indujo a pesar que la riqueza del material insinuado sería mucho más valiosa si se pudiera descifrar progresivamente. - Un sólo dibujo dejaba muchos interrogantes sin contestar. De acuerdo a Schilder si se le pudiera dar a la figura un ambiente en el cual se pudiera relacionar y compartir ¿qué es lo que haría? ¿Estructuraría su propio yo o permanecería igual? ¿Actuaría? ¿Evitaría actuar? ¿Qué defensas presentaría? Fue en 1947, cuando el autor comprendió que una serie de dibujos relacionados entre sí podrían contestar estas interrogantes. El hecho de realizar una serie de dibujos, permite al sujeto agregar, -- cambiar o dejar su dibujo como era originalmente. El autor estableció ocho dibujos, quedando este método establecido para el protocolo básico para el test de dibujo en ocho hojas.

Posteriormente, se comparó la personalidad obtenida mediante el TD8H con la de un solo dibujo. Se le pidió a tres -- psicólogos experimentados que valoraran mediante la técnica del análisis clínico la presencia o ausencia de fuertes tendencias paranoídes en un dibujo solo y en el protocolo del TD8H, los dibujos fueron realizados por esquizofrénicos paranoicos hospitalizados. Los psicólogos determinaron en base a un solo dibujo que el 25% de los enfermos mostraban fuertes tendencias paranoídes, y el 85% usando el TD8H. Comprobándose así la ventaja del TD8H sobre el de un dibujo solo.

Esto determinó que el TD8H puede ser muy valioso para el clínico, especialmente dentro de una batería de tests.

Un estudio posterior reveló que el TD8H se prestaba a evaluaciones objetivas. Se le incluyó al TD8H una escala de -- identificación masculina y femenina. La base para ello fueron los dos aspectos que se podían observar fácilmente en el dibujo: el sexo de la figura y su madurez física.

Se trabajó en el sistema de puntaje, que pudiera evaluar los aspectos del protocolo, considerados clínicamente -- por el autor. Los puntajes del manual se establecieron en valores de desviación de una norma estadística, muy similar a los -- puntajes modales obtenidos con sujetos normales. Quedando establecido el Puntaje Mayor y el Puntaje Menor según el autor; el puntaje mayor indica una clase de reacción característica. el -- puntaje menor, una tendencia secundaria o subyacente menos fundamental al funcionamiento total del individuo.

Los fundamentos proyectivos de cada rasgo gráfico que componen el protocolo del TD8H son los siguientes:

FIGURA PARCIAL-ENTERA.

La mayoría de las personas dibuja una figura entera, - dibujar una figura parcial revela una disconformidad con la - - idea que el sujeto tiene de su cuerpo.

ALTURA DE LA FIGURA.

La mayor parte de los individuos dibuja una figura de- 12.7 a 20.3 cm. de altura; los que no caen dentro de esta esca la revelan dificultad de la persona para hacer frente a su me- dio ambiente.

COLOCACION: ARRIBA-CENTRO-ABAJO E IZQUIERDA-CENTRO-DERECHA.

La mayor parte de las personas coloca la figura en el- centro, cualquier otro lugar indica escasa capacidad para hacer frente al medio ambiente en una forma adecuada.

FRENTE DE LA CABEZA.

En general las figuras dibujan figuras mirando la fren te, otra dirección refleja el modo característico del individuo de hacer frente a un medio ambiente que él imagina como una ame naza.

ANGULO DEL CUERPO.

La mayor parte de las figuras se dibujan perpendicular- mente a la base de la página. La desviación de este ángulo de- muestra falta de estabilidad en relación con el medio ambiente.

PROPORCION: ALTURA Y ANCHURA.

La mayoría de las personas dibujan figuras en las que-

las proporciones de la cabeza y el cuerpo se aproximan a la realidad. Una desviación de eso refleja una integración pobre; la persona tiene problemas en mantener equilibrio entre sus impulsos y el dominio de ellos.

POSICION DEL CUERPO.

La mayoría de las personas dibujan figuras de pie. -- Las figuras sentadas o acostadas demuestran un concepto propio y el modo de actuar con los demás, pasivo y dependiente.

SEXO DE LA FIGURA.

La mayoría dibuja de 6 a 8 figuras de su mismo sexo. -- Los individuos que dibujan 3 figuras o más, del sexo contrario revelan inquietud y disconformidad con su identificación y papel sexual.

MADUREZ FISICA.

La mayor parte de los adultos (pasada la pubertad) dibuja figuras de adultos. Las figuras de niños o infantes indican disconformidad con el papel de adulto.

TRANSPARENCIAS EVIDENTES.

La mayoría de los individuos dibujan ocho figuras con ninguna transparencia o sólo con una. Dos o más dibujos con -- transparencias revelan una aplicación pobre de la inteligencia y de la crítica de su actuación.

BORRADO.

La mayor parte de los individuos borra en dos o más dibujos, la ausencia de borrado y, en menor grado, uno o dos dibu

jos con borraduras, refleja una limitación de las facultades -- correctivas y críticas, un posible criterio pobre de la realidad, y frecuentemente una reacción lábil al estímulo. Un borrado excesivo indica hipercrítica, bloqueo o conflicto y una resistencia al estímulo excesivamente controlada.

FUERA DEL MARGEN.

La mayoría de los individuos no se sale del margen ni muestra tendencias a hacerlo. Los dibujos que se salen del margen, y en menor grados los que tienden a salirse de él, indican poca habilidad para orientarse en el medio ambiente.

CONTINUIDAD: SUPERPOSICION Y MOVIMIENTO-REPOSO.

La mayor parte de las personas sigue el bosquejo general de la figura anterior. El movimiento es índice de un potencial intenso del individuo, más flexible y acomodado; la falta de éste, indica una acción más rígida y forzada. Los individuos que soslayan deliberadamente la figura previa, indican su tendencia a eludir y escaparse de sus problemas en forma consciente. Las personas que ignoran el dibujo previo, sin seguirlo ni evitarlo, muestran su voluntad en la negación como una forma de eliminar sus problemas.

CONTINUIDAD: APROVECHAMIENTO DEL DIBUJO ANTERIOR.

La mayor parte de las personas no emplea el dibujo anterior para integrar el presente. El aprovechamiento del dibujo anterior indica una absorción por la fantasía de manera intensa, y una tendencia a pesar por alto la realidad, aunque no necesariamente a deformarla.

FONDO.

El uso de fondo demuestra la manera del individuo para tratar de reducir la inquietud, que le produce la actuación propia al realizar algo. La mayor parte de los sujetos no dibuja fondo, cuanto mayor es el número de dibujos con fondo, más válidos son los significados descritos para la realización de fondo en las figuras.

El tipo de fondo nos indica la manera que tiene el individuo para fiscalizar más su ansiedad cuando actúa.

RELLENO DEL CUERPO.

La mayoría de las personas, especialmente las personas normales y las poco perturbadas, realizan figuras con detalle - (D) o detalle con algo de sombreado (Ds). El sombreado (S) indica ansiedad conflicto y preocupación con el concepto del propio yo y su actuación. El detalle indica un mínimo de autoconciencia intelectual y realista, la falta de éste, aunque realmente es poco usual, denota patología. Dentro de relleno del cuerpo, en lo que respecta a minuciosidad, la mayoría de los individuos presentan minuciosidad común (puntaje 0); otro puntaje que no sea 0, refleja conflicto en la represión mental de la ansiedad por el concepto de sí mismo y su propia actuación general. La mayoría de los sujetos realizan sus figuras con una densidad común el hacer el relleno del cuerpo; otros puntajes indican hasta que punto se aplican los significados catalogados para tipo y minuciosidad.

CALIDAD DE LAS LINEAS. TIPO, REFUERZO, TEMBLOR, UNION Y PRESION.

En el tipo de la línea, la mayoría de las personas emplean trazos largos que son comunes, de una longitud de 6 a - -

19 mm, a los cuales no se les ha dado interpretación. Los trazos largos, de una longitud de 19 mm o más, nos indican impulsividad y labilidad frente a la inquietud. No así los trazos cortos de una longitud de 6 mm o menos, los cuales nos demuestran el intento cuidadoso y controlado de restricción del propio yo al tratar con la ansiedad.

La línea sólida continua (cs), revela rigidez en el dominio de la ansiedad. La línea continua larga (cl), denota la capacidad de la persona para manejar la ansiedad y fiscalizar la impulsividad presente para que no salga de su control.

La línea dentada (j), determina impulsividad (frecuentemente agresiva) y que el individuo tiene problemas para controlar.

La línea fragmentada (f), refleja poco conocimiento ambiental (puede ser pobre criterio de la realidad) en su respuesta a la ansiedad.

En lo que respecta a refuerzo, la mayoría de las personas dibuja el contorno de la figura con una sola línea, el uso de líneas adicionales indican preocupación del sujeto por su actuación en el medio ambiente; cuando la línea es temblorosa refleja la ansiedad transmitida físicamente. La unión de las líneas reflejan la capacidad de la persona para diferenciarse del medio ambiente de una manera integrada. Y de acuerdo a la presión que el sujeto realiza en su dibujo, refleja la cantidad de energía y fuerza transmitidas por su característico modo de comportarse.

SIMETRÍA: HORIZONTAL Y DERECHA-IZQUIERDA.

La mayor parte de los sujetos obtienen simetría común,

o sea, puntaje 0. Otros puntajes indican dificultades en controlar los impulsos y el estímulo, y la manera de enfrentar - esas dificultades.

VESTIMENTA: CANTIDAD.

La mayoría de los individuos dibujan figuras completamente vestidas. De no ser así, indican narcisismo y exhibicionismo.

OJOS: ESPECIFICACIONES DE DETALLE.

En lo general las personas dibujan ojos compuestos de tres partes (por ejemplo; globo ocular, ojo y pupila), el dibujar una sola parte denota un tipo de represión, negación y evasión; el realizar el ojo de cuatro partes denota una tendencia a la proyección.

ACENTUACION DE LA ANATOMIA.

La mayoría de las personas no acentúan lo anatómico. - La acentuación indica narcisismo y exhibicionismo.

ARTE.

La capacidad artística no ha sido correlacionada por sí misma con las características específicas de la personalidad. Sin embargo, el autor considera importante clasificar este rasgo por dos razones: a) el talento, aprendizaje o experiencia -- artísticos pueden resultar de una modificación de los tipos revelados por el TDSH, pues a veces existe corrección deliberada de las distorsiones, y b) un rendimiento artístico extremadamente limitado es un síntoma de grave perturbación.

OMISION DE PARTES DEL CUERPO.

El autor nos dice; que las personas normales tienden a no cometer más de una omisión en todo el protocolo. Cuando - - existen dos o más omisiones en los ocho dibujos, nos indica una falta de crítica, un criterio de la realidad debilitado y una - baja en la eficiencia mental (esto en los dibujos no defectuo-- sos). Cuando se omite los ojos, nariz y boca denota un deseo - de eludir el contacto con el medio ambiente.

COMPOSICION DE LA PAGINA.

La mayoría de los sujetos dibuja una figura principal. Cualquiera de las otras posibilidades, ya sea, dibujar figuras secundarias, anular una figura, dibujar el fondo sin figura, o dejar la página en blanco, indica el modo de actuar característica de la persona al relacionar y enfrentar el concepto de su propio yo.

Para la administración del TD8H, se procede a entregar se le al examinado su cuadernillo del TD8H, goma para borrar, y un lápiz No. 2. Se le da las siguientes instrucciones, "Dibuje una persona entera", a las preguntas por parte del examinado, - se deberá responder en forma ambigua. Cuando el sujeto ha terminado, el examinador desenrolla la página transparente que si gue y la extiende sobre el dibujo No. 1, cuyos trazos se distin guen a través de la hoja.

Instrucciones para los dibujos del No. 2 al No. 8, - - "Puede hacer lo que quiera ud. con esta figura de persona. Al dibujarla puede agregar algo, quitarle algo, cambiarla o dejarla como está. Solamente deberá hacer un dibujo de una persona entera". Cuando se ha terminado el dibujo N. 2, se coloca la - cartulina blanca, entre el dibujo No. 2 y el N. 1 de tal manera

que el dibujo N. 1 ya no quede visible, se desenrolla otra hoja transparente, y ahora el dibujo N. 2 queda visible a través de la hoja colocada sobre él como para calcarlo.

Se sigue el mismo procedimiento para los demás dibujos hasta el octavo (Cáligor, 10, 11, 12). Los ocho dibujos se clasifican individualmente en cada uno de los rasgos gráficos detallados en la hoja de clasificación.

Nombre _____ Sexo _____ Fecha _____ Edad _____

Rasgos Gráficos	Símbolos	Escala	Dibujos								Mayor	Menor	Escala	
			1	2	3	4	5	6	7	8				
Parcial-Entera	1 2 3 4 U ()													
Altura de la figura	++ + 0 - - - U	0-4												
Colocación: TCB	T T C C T C CB	0-6												
: LCR	L L C R C L C R RC	0-6												
Frente de la cabeza	f _o f _{1/2} f _r f _{r/2} f _{rr}	0-2												
Angulo del cuerpo	++ + 0 - - - U	0-4												
Proporción : Altura	++ + 0 - - - U	0-4												
: Anchura	0 + U													
Posición	1 L - - U													
Sexo	M F N U													
Madurez física	A C I U													
Transparencias	0 +													
Borrado	X +													
Fuera de margen	++ + 0													
Contín. : super	S1 S2 01 02 D													
: Mov.-Rep.	S+ S-													
: Aprox. dib. ant.	f _i f _{i/2} P g													
Fondo : # Dibujos	✓ X													
: Cantidad	1 2 3 X													
: Tipo	df am va X													
E. del C. : Tipo	D Ds U D/S Sd S	0-4												
: Minuciosidad	++ + 0 - - - U	0-4												
: Densidad	++ + 0 - - - U	0-4												
Cal. de líneas : Tipo	cs cl J j S+													
: Ref	S0 S- U													
: Tembl	✓ X													
: Unión	0 - - -	0-2												
: Pres.	++ + 0 - - - U	0-4												
Simetría : Horiz.	+ 0 - ()	0-2												
: L-R	+ 0 - - - U	0-3												
Vestimenta, cant.	c/c c/2 c/o U													
Dps: detalle esp.	1 2 3 4 U ()													
Acentuac. anatomía	+ 0 - U	0-2												
Arte	+ 0 - U (H)	0-2												
Omisiones	x hd i m no hr er ne t a ha l f - U													
Composición de la pág.	✓													

Sum Draw
FIG ()
FIGS ()
fig ()
R ()
()

METODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Considerando que la lepra ataca a todo el tejido cutáneo y los nervios periféricos, el enfermo va observando cómo poco a poco su piel y algunos miembros de su cuerpo se han ido -- atrofiando, todo esto repercute en su personalidad. Si consideramos además, que cada órgano o parte del cuerpo tiene un significado emocional específico para la integración de la imagen -- corporal ya que esta es maleable, responde a la acción de enfermedades, traumas, regresiones emocionales y tratamiento. Esperamos que los impedidos o atrofiados en este caso pacientes con lepra, mostrarán complejas reacciones o dificultades ante su -- imagen corporal deteriorada.

De acuerdo a todo esto surgen las siguientes interro-- gantes: ¿existen características específicas de personalidad en pacientes leprosos? De ser así, ¿se podrá obtener dichas características específicas de personalidad a través de una prueba - proyectiva? Ahora bien, ¿realmente el enfermo de lepra, proyectará las partes de su cuerpo afectadas por la lepra a través -- del TDSH?

OBJETIVOS GENERALES:

a) Obtener las características de personalidad de los pacientes con lepra.

b) Contribuir en parte el marco teórico psicológico - del que se carece en la actualidad para este tipo de pacientes.

M-0032942

OBJETIVOS PARTICULARES:

a) Estudiar las manifestaciones de personalidad que se obtengan, a través del TD8H.

b) Dar a conocer el test de dibujo en ocho hojas - - (TD8H), de Leopold Cáligor.

c) Contribuir a la comprensión y ayuda que se brinda a los pacientes del Hospital "Dr. Pedro López" de la S.S.A.

INDICADOR.

La imagen corporal de los pacientes con lepra obtenido a través del test TD8H. No obstante que este tipo de estudio - fué experimental de campo; las interrogantes planteadas en este trabajo fueron las siguientes ¿Qué tanta relación existe entre los dibujos de adultos e infantes?

VARIABLES CONTROLADAS.

Capacidad de manipulación de lápiz-papel por parte del paciente, así como el grado de incapacidad y condición física.

TIPO DE ESTUDIO.

Correlacional Bivariado.

TIPO DE DISEÑO.

Exploratorio de Campo.

DELIMITACION TEMPORAL.

El presente estudio se inició en agosto de 1982, llegando a su término en septiembre de 1983.

DELIMITACION ESPACIAL.

Se llevó a cabo en el salón de rehabilitación del Hospital "Dr. Pedro López" de la S.S.A. el cual se encuentra ubicado en Zoquiapan Edo. de México.

MUESTREO.

No probabilístico ya que se condicionó a la posibilidad de manipular el lápiz para la realización del TD8H, sin tomar en cuenta sexo ni edad; seleccionándose 30 sujetos de un total de 300 pacientes.

CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA.

La muestra estuvo compuesta de 30 pacientes leproso, 15 hombres y 15 mujeres. Siendo 29 pacientes con lepra del tipo lepromatoso y 1 del tipo tuberculoide; su edad fluctúa entre los 32 y los 77 años con una media de edad de 52 años. Los sujetos que conforman la muestra son de diferentes estados de la república, ellos fueron traídos a este hospital al ser descubierta su enfermedad, apartándolos de sus familiares, en aquellos entonces cuando eran mucho más jóvenes. El promedio de estancia hospitalaria es de diez y ocho años.

ESCENARIO.

Los pacientes fueron acomodados en sillas que se dispusieron para ello en el salón de rehabilitación del hospital an-

tes mencionado; dicha aula consta de tres mesas y sillas para trabajos manuales, tres bicicletas fijas para ejercicios físicos y colchones, posee además de buena ventilación e iluminación, siendo un salón muy amplio y limpio, sus medidas son de 5.5 m x 27 m.

MATERIAL.

Como ya se dijo anteriormente, el material se compone de cuadernillo del TD8H, un lápiz #2 con goma de borrar y la hoja de cartulina. Su administración será en forma colectiva - aprovechando las dimensiones del escenario.

PROCEDIMIENTO.

A los sujetos seleccionados se les aplicó la prueba de matrices progresivas de Raven, para darnos una idea de la capacidad intelectual de los pacientes, obteniéndose lo siguiente:

SUJETOS	C. I.	%
2	Superior al T. medio	6.67
6	Término Medio	20.0
20	Inf. al Tér. Medio	66.66
2	Deficientes	6.67
TOTAL 30		100. %

La aplicación fue en forma colectiva tanto para la prueba de Raven como para el TD8H. Una vez que los pacientes terminaron la prueba de Raven, se procedió a entregarsele a cada uno su material del TD8H y enrollando las restantes, se les dieron las siguientes instrucciones: "Por favor dibuje una persona entera, una vez que termine deberá avisarme..." a las preguntas de los pacientes tales como "de pie o acostada", o bien,

"de frente o de perfil", se les contestaba "como ud. guste", de no entender el paciente se le repetían las instrucciones. Una vez que terminaban el primer dibujo, se procedía a desenrollar la siguiente hoja transparente, dándoseles las mismas instrucciones "dibuje una persona entera".

Después de realizado el 2º dibujo, se desdobló la siguiente hoja transparente no sin antes introducir la hoja de cartulina entre los dibujos N°1 y N°2 y se dieron de nuevo las instrucciones.

Se procedió de la misma manera para el resto de los di
bujos.

SUJETO	SEXO	EDAD	Estado Civil	C. I.	TIPO DE LEPROA	CONDICIONES FISICAS	GRADO DE INCAPACIDAD
1	M	58	Casado	Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Regular
2	M	44	Casado	Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Regular
3	F	42	Soltera	Deficiente	Lepromatosa	Regulares	Regular
4	M	32	Soltero	Deficiente	Lepromatosa	Regulares	Malo
5	M	64	Soltero	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Regular
6	F	54	Unión Libre	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Regular
7	M	52	Soltero	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Bueno
8	F	49	Soltera	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Regular
9	F	45	Casada	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Regular
10	F	65	Unión Libre	Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Regular
11	M	67	Casado	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Regular
12	F	56	Casada	Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Regular
13	F	57	Casada	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Regular
14	M	66	Soltero	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Malas	Malo
15	F	54	Casada	Sup. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Regular
16	F	60	Soltera	Sup. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Bueno

Gráfica N°4 (a). Descripción de la Muestra.

SUJETO	SEXO	EDAD	Estado Civil	C.I.	TIPO DE LEPROA	CONDICIONES FISICAS	GRADO DE INCAPACIDAD
17	F	58	Soltera	Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Regular
18	M	48	Soltero	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Bueno
19	M	40	Soltero	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Bueno
20	M	52	Casado	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Bueno
21	M	63	Soltero	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Bueno
22	M	39	Soltero	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Regular
23	F	56	Casada	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Regular
24	M	55	Soltero	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Regular
25	M	77	Soltero	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Malas	Malo
26	F	50	Soltera	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Bueno
27	F	48	Casada	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Regular
28	F	70	Casada	Inf. Término Medio	Lepromatosa	Regulares	Bueno
29	M	50	Casado	Término Medio	Lepromatosa	Malas	Regular
30	F	52	Soltera	Inf. Término Medio	Tuberculoide	Malas	Malo

Gráfica N°4. (b). Descripción de la Muestra.

RESULTADOS

ESTADÍSTICOS

Para el análisis estadístico se procedió a emplear el paquete computarizado SPSS (paquete estadístico para ciencias sociales).

Se trabajó para presentar un análisis descriptivo de los datos por medio del análisis de frecuencia, para dar un panorama general de las variables más importantes, tomando como base que presentarán un mínimo de 80% de frecuencia relativa. De esta manera se seleccionaron 14 variables, que son: Figura Parcial-Entera, Colocación Izquierda-Centro-Derecha, Frente de la Cabeza, Angulo del Cuerpo, Posición de la Figura, Madurez Física, Transparencia (presencia de), Borrado (Presencia de), Aprovechamiento del Dibujo Anterior, Fondo (Ausencia de), Calidad de Línea-Temblor, Acentuación de la Anatomía, Arte y Omisiones.

En Figura Parcial-Entera, 90% de los sujetos, dibujaron la figura completa, correspondiéndoles el símbolo 4.

En cuanto a la colocación del dibujo en relación al centro de la hoja, el 83.3% de los sujetos, realizó su dibujo en el centro de la misma. (C).

El 86.7% de los sujetos realizó sus dibujos con la cabeza de frente (fo) y el 83.3% de los sujetos hizo sus figuras perpendicularmente a la base de la hoja (0), esto en ángulo del cuerpo.

En la variable Posición de la Figura, el 93.3% de los sujetos dibujaron sus figuras de pie (1). Siendo que el 86.7% de los sujetos en Madurez Física dibujaron figuras de adultos, - esto es, obteniendo el símbolo (A). Un factor importante fue - que el 80% y el 86.7% de los sujetos presentaron Transparencias y Borrado, respectivamente. El 90% de las personas no aprovecharon el dibujo anterior X, así como el 93.3% no presentaron Fondo en sus dibujos X.

Ahora bien, en relación a la Calidad de la Línea, el 93.3% de las personas realizaron sus trazos sin temblor alguno (0).

Otro resultado nos revela que el 90% de los sujetos, - hizo sus figuras sin ningún detalle de acentuación en la anatomía (-).

Haciendo una revisión de los dibujos, tenemos que, el 80% de los pacientes realizaron sus dibujos con una expresión - artística común (0), ni superior, ni primitiva. Y por último, - tenemos que un 96.7% de los enfermos presentaron omisiones en - sus dibujos. (Gráficas No. 5, 6 y 7)

Con el objeto de contestar algunas preguntas que originaron esta investigación. Se procedió a emplear las tablas de contingencia paralelamente con la distribución X^2 como prueba de significancia estadística. Se pretendió en este estudio conocer el grado de influencia que pudiera existir entre las Condiciones Físicas de los pacientes y las siguientes variables de los dibujos realizados por los mismos: Omisiones, Acentuación de la Anatomía y Madurez Física. Observándose en los resultados que solamente es en Madurez Física de los dibujos, propiamente, en dibujos de adultos e infantes, se encontró un α 97% y un α 99% de confianza para asegurar que existen diferencias es-

estadísticas significativas, tomándose un índice de significancia igual o menor a .05 ($\alpha \leq .05$). Esto nos permite afirmar en base a los resultados estadísticos y contestar una de las preguntas iniciales, que efectivamente, existe una influencia de las Condiciones Físicas de los pacientes en cuanto a Madurez Física de los dibujos (Gráficas No. 8 y No. 9).

Posteriormente se hizo lo mismo con el Grado de Incapacidad de los pacientes y las siguientes variables de los dibujos realizados: Omisiones, Acentuación de la Anatomía, Relleno del Cuerpo y Madurez Física. Mediante los resultados obtenidos se pudo constatar que no existe influencia, tomándose de nuevo un índice de significancia igual o menor a .05. Esto es, el Grado de Incapacidad del paciente no influye en la presencia de Omisiones en los dibujos, tampoco en la Acentuación de la Anatomía, Relleno del Cuerpo y Madurez Física de los mismos.

Finalmente con el objeto de presentar una visión global de algunas variables más importantes se realizó una segmentación considerando la variable Condiciones Físicas de los pacientes, con las siguientes variables: Omisiones, Acentuación de la Anatomía y Madurez Física en dibujos de adultos e infantiles.

De acuerdo al registro del Hospital "Dr. Pedro López" de la S.S.A. las Condiciones Físicas de los pacientes las dividen en tres grupos: Buenas, Regulares y Avanzadas, tenemos así que, de acuerdo a las condiciones físicas de los pacientes que conformaron la muestra dos grupos: Regulares y Avanzados.

Tomemos primero el grupo de regulares, el cual está compuesto de 26 sujetos siendo un 86%; de los cuales sólo uno no presenta omisiones en sus dibujos, representando un porcentaje de 3%.

En cuanto a Acentuación de la Anatomía el 88% (23 sujetos) no acentúan la anatomía en sus dibujos. En Madurez Física tenemos que el 80% de la muestra dibujaron figuras de adultos, significando con esto, que sí tienen madurez física los dibujos de los enfermos de lepra. Va que para L. Cáligos realizar una figura de adulto, de cualquier edad (pasada la pubertad), denota el grado de madurez de la persona que la ha realizado.

En el grupo de Condiciones Físicas avanzadas el cual está compuesto de cuatro sujetos (14%), los cuatro tienen omisiones y ausencia de acentuación de la anatomía en sus dibujos. Referente a la Madurez Física de sus dibujos, el 6% tienen buena madurez física y otro 6% no la tiene. (Ver gráfica No. 10, para una mayor visión).

Posteriormente se hizo lo mismo con la variable Grado de Incapacidad del paciente, con las siguientes variables: Omisiones, Acentuación de la Anatomía y Relleno del Cuerpo.

De acuerdo al grado de incapacidad de los pacientes -- que con formaron la muestra tenemos tres grupos: Bueno, Regular y Avanzado.

En el primer grupo (Bueno), el cual está compuesto por ocho sujetos que son el 26%, todos tienen omisiones, uno sólo acentuó la anatomía y únicamente dos tienen relleno del cuerpo en sus figuras.

En el segundo grupo (Regular), formado por 18 sujetos (6%) 17 sujetos tienen omisiones, sólo uno acentuó la anatomía como en el primer grupo, y doce personas rellenaron el cuerpo a sus dibujos.

El tercer grupo (Avanzados), compuesto de cuatro personas (13%), las cuatro presentan omisiones y no acentúan la anatomía y es solamente una de estas cuatro personas quién dibuja relleno en el cuerpo de sus figuras. (Ver gráfica No. 11, para una mayor visión).

	f_a	$f_r\%$
	3	10.0
	27	90.0
Total	30	100%

Tab.1. Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa de la Variable Fig. Parcial - Entera.

	f_a	$f_r\%$
	5	16.7
	25	83.3
Total	30	100%

Tab.2. Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa de la Variable Colocación Iza. - Cent. - Der.

	f_a	$f_r\%$
	4	13.3
	26	86.7
Total	30	100%

Tab.3. Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa de la Variable Frente de la Cabeza.

	f_a	$f_r\%$
	5	16.7
	25	83.3
Total	30	100%

Tab.4. Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa de la Variable Angulo del Cuerpo.

	f_a	$f_r\%$
	2	6.7
	28	93.3
Total	30	100%

Tab. 5. Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa de la Variable Posición de la figura.

	f_a	$f_r\%$
	4	13.3
	26	86.7
Total	30	100%

Tab. 6. Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa de la Variable Madurez Física.

Gráfica N°5. Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa de las Variables: Fig. Parcial-Entera, Colocación Iza-Cen-Der, Frente de la Cabeza, Angulo del Cuerpo, Posición de la Fig. y Madurez Física.

	f_a	$f_r\%$
	6	20.0
	24	80.0
Total	30	100%

Tab. 7. Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa de la Variable Transparencias.

	f_a	$f_r\%$
	4	13.3
	26	86.7
Total	30	100%

Tab.8. Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa de la Variable Borrado.

	f_a	$f_r\%$
	3	10.0
	27	90.0
Total	30	100%

Tab. 9. Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa de la Variable Aprovechamiento del Dibujo Anterior.

	f_a	$f_r\%$
	2	6.7
	28	93.3
Total	30	100%

Tab.10. Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa de la Variable Fondo Cantidad

	f_a	$f_r\%$
	2	6.7
	28	93.3
Total	30	100%

Tab. 11. Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa de la Variable Calidad de Línea - Temblor.

	f_a	$f_r\%$
	3	10.0
	27	90.0
Total	30	100%

Tab.12. Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa de la Variable Acentuación de la Anatomía.

Gráfica N°6. Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa de las Variables: Transparencias, Borrado, Aprov. del Dib. Anterior, Fondo Cantidad, Calidad de Línea-Temblor y Acentuación de la Anatomía.

	f_a	$f_r\%$
	6	20.0
	24	80.0
Total	30	100%

Tab. 13. Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa de la Variable Arte.

	f_a	$f_r\%$
	1	3.3
	29	96.7
Total	30	100%

Tab. 14. Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa de la Variable Omisiones.

Gráfica N°7. Frecuencia Absoluta y Frecuencia Relativa de las Variables: Arte y Omisiones.

Madurez Física. (A)

Condición Física.	2	24
	2	2

Valor de la Chi-Cuadrada = 5.3698

Significancia Estadística = 0.02

Grados de Libertad = Uno

Nivel de Confianza = 98%

Gráfica N° 8. Tabla de Contingencia de las variables: Condición Física y Madurez Física (A).

Madurez Física (I)

Condición	26	0
Física.	3	1

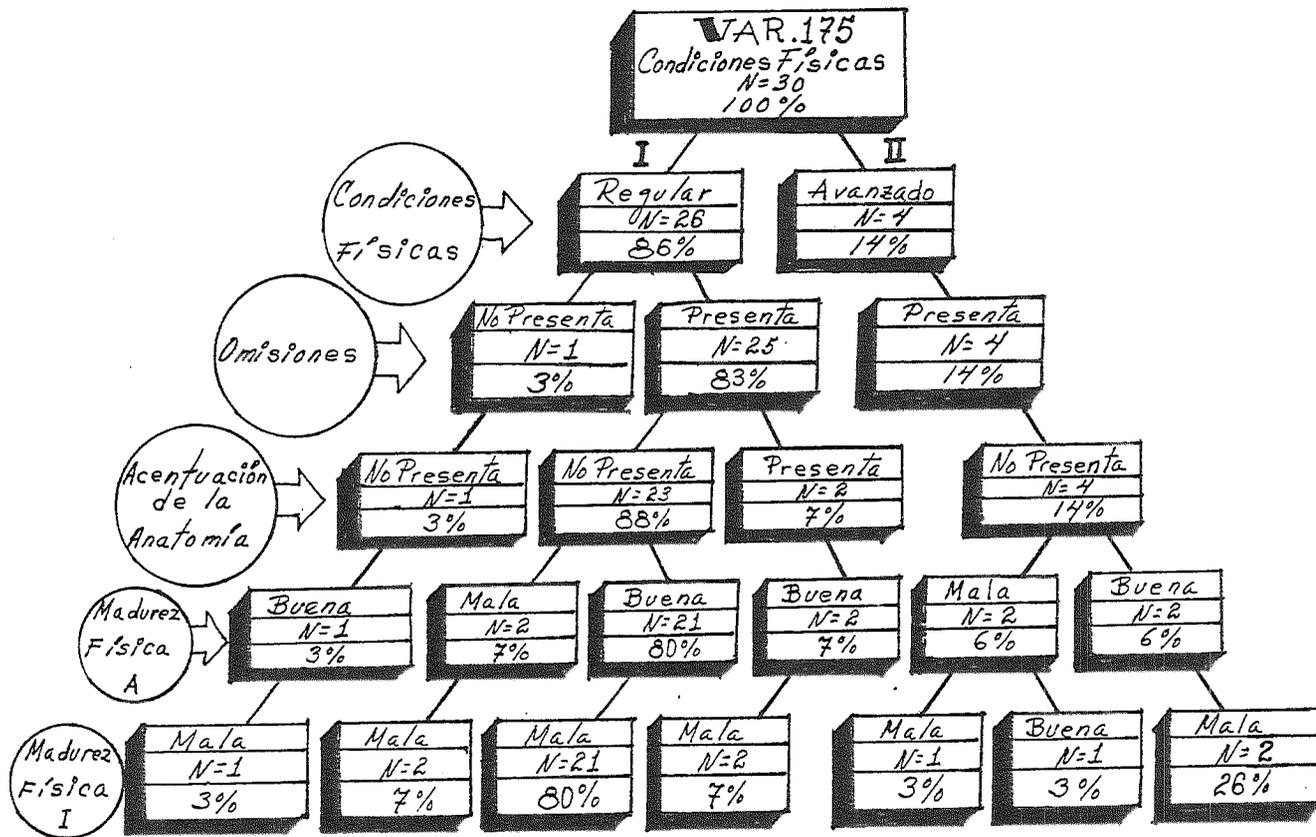
Valor de la Chi-Cuadrada = 6.7241

Significancia Estadística = 0.009

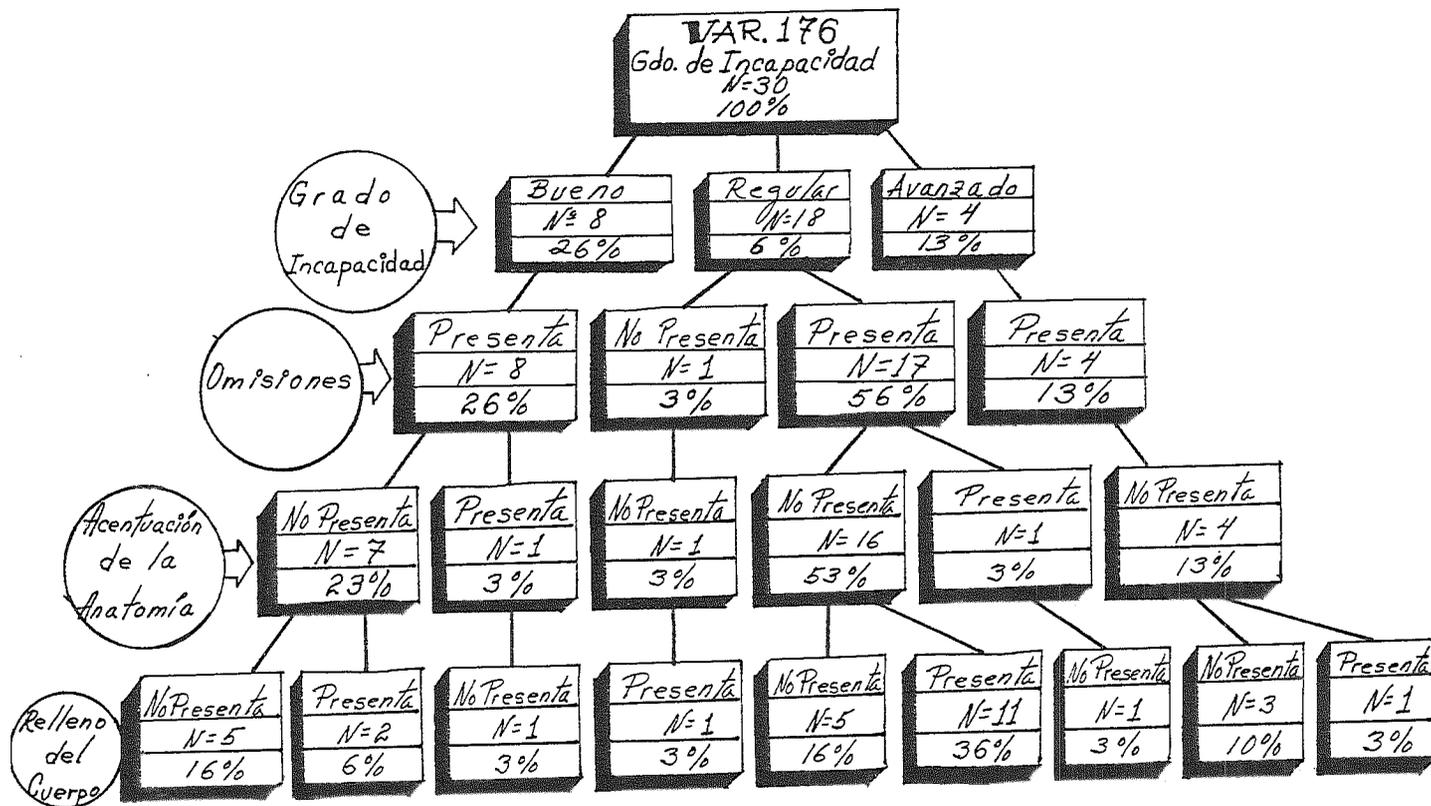
Grados de Libertad = Uno

Nivel de Confianza = 99.1%

Gráfica N°9. Tabla de Contingencia de las Variables: Condición Física y Madurez Física (I).



Gráfica N°10. Segmentación de la variable Condiciones Físicas de los Pacientes con las Variables: Opciones, Acentuación de la Anatomía, y Madurez Física en A y en I.



Gráfica N°11. Segmentación de la Variable Grado de Incapacidad de los Pacientes con las Variables: Omissiones Acentuación de la Anatomía y Relleno del Cuerpo.

DINAMICOS

Leopold Cáligor propone un análisis dinámico de las características de personalidad manifestadas en las variables que se puntúan en el TD8H. Con base a lo anterior por medio del análisis descriptivo se obtuvieron los rasgos gráficos más relevantes del grupo de pacientes leprosos, seleccionándose de ambos los siguientes resultados:

Colocación (Puntaje Mayor CT). Tendencias débiles hacia T. Inquietud e inseguridad al hacer frente al medio ambiente. Muestran tendencia a la fantasía y a retraerse ó, a rechazar las exigencias del medio ambiente.

Proporción (Puntaje Mayor ++). Refleja el uso excesivo de la fantasía y la disminución del juicio crítico. Frecuentemente hay una disminución en la capacidad de control de los impulsos a pesar de la importancia que la persona concede al intelecto, generalmente, eso da por resultado acciones impulsivas, refleja también un bajo sentido de la realidad.

Transparencias (Presencia de). Aplicación deficiente del intelecto, bajas facultades críticas ante el medio ambiente. Denotando una intensa ansiedad.

Borrado (Presencia de). Presenta hipercrítica y enorme bloqueo o conflicto, Cuando se enfrenta a estímulos ambientales que provocan ansiedad, la persona intenta resistirlo acentuando su actuación en forma minuciosa o extremadamente fiscalizada.

Continuidad-Superposición, (Puntaje Mayor 02). Indica el uso de la negación con el objeto de disimular el concepto de

sí mismo. Son personas que temen relacionarse y tienen mucho que esconder, reflejan negación extrema como mecanismo de defensa.

Movimiento-Reposo, (Puntaje Mayor S-). Indica recursos rígidicos y reprimidos de la personalidad, en base a que no hay cambios en relación al dibujo anterior (cambio y movimiento mínimo).

Relleno del Cuerpo-Tipo, (Puntaje Mayor D). Manifiesta por lo menos un grado mínimo de conocimiento intelectual y realista del propio yo y su acción general.

Relleno del Cuerpo-Minuciosidad, (Puntaje Mayor -). Muestra fracaso o falta de control de la ansiedad; está presente una inquietud sobre el concepto del propio yo. Hay una reacción impulsiva y de sumisión a la tensión ansiosa y una tendencia a deprimirse fácilmente.

Calidad de la Línea-Tipo, (Puntaje Mayor Cl.). Refleja la capacidad de la persona para manejar la ansiedad y la impulsividad presente, para que no salga de su control. Y en este caso se puede decir que los pacientes con lepra en el trazo de líneas utilizan un movimiento minucioso y precavido.

Calidad de la Línea-Unión, (Puntaje Mayor ++). Muestra gran preocupación por su concepto de la realidad necesitando un aislamiento de sí mismo del medio ambiente, para reforzar la realidad.

Simetría-Horizontal y L - R, (Puntaje Mayor -). La capacidad para defenderse de la respuesta a los impulsos y estímulo es débil o inadecuada. Hay una fuerte tendencia a reaccionar en forma inmediata y lábil.

Acentuación de la Anatomía, (Puntaje Mayor -). Sin interpretación; la mayoría de los dibujos fueron dibujados sin --acentuación anatómica.

Omisiones. (Presencia de). Es indicio de un criterio de la realidad debilitado y un declive en la eficiencia intelectual.

Composición de la Página, FIG. (Una figura principal). Se observó que el grupo que compuso la muestra, cae dentro del puntaje normal, o sea que, la persona hace una figura con la --cual se identifica y la usa como vehículo para una proyección --grafomotriz (Este puntaje no ha sido interpretado).

NOTA: Los demás rasgos gráficos, son sin interpretación.

DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES HOMBRE Y PACIENTES
MUJERES, A TRAVES DEL TD8H

De la misma manera ofrecemos a continuación las diferencias más relevantes entre hombres y mujeres que componen la muestra.

COLOCACION ARRIBA-CENTRO-ABAJO.

Mujeres, (Puntaje Mayor CB). Tendencias débiles hacia B; Refleja ansiedad e inseguridad para hacer frente al medio ambiente. Frecuentemente, existe depresión, letargo físico, inactividad, sentimientos de impotencia e intento de rechazo de la fantasía.

Hombre, (Puntaje Mayor CT). Tendencias débiles hacia T; Refleja una acentuación de la fantasía y una tendencia a retraerse o a rechazar las exigencias del medio ambiente. Hay -- una baja tolerancia a la ansiedad.

PROPORCION ANCHURA

Mujeres, (Puntaje Mayor). Hay una disminución del juicio crítico. Se presenta una disminución del control mental de los impulsos. Generalmente da por resultado una acción impulsiva y se siente una mayor necesidad de controlar los impulsos.

Hombres, (Puntaje Mayor + = 0). Sin interpretación.

CONTINUIDAD SUPERPOSICION.

Mujeres, (Puntaje Mayor 02). Indica el uso de la negación con el objeto de disimular el concepto de sí mismo. Son personas que temen relacionarse y tienen mucho que esconder, reflejan una negación extrema.

Hombres, (Puntaje Mayor D). Indica evasión (más que negación) al tratar la disconformidad entre el concepto de sí mismo y su nivel funcional. Son personas que tienen más conciencia de su disconformidad. Refleja falta de defensas adecuadas y una persona que, estando bajo presión, puede ser impulsiva y posiblemente demostrar un comportamiento regresivo. Cuando es estimulada intensamente, tiene un control inadecuado de sus impulsos y, por lo tanto, debe enfrentar concientemente al estímulo intentando eludirlo por medio de la fantasía; si esto fracasa, actúa impulsivamente.

CALIDAD DE LINEAS-REFUERZO.

Mujeres, (Puntaje Mayor). "Es indicativo de la preocupación de la persona con referencia a su actuación en el medio-ambiente". La persona tiene necesidad de aislarse y protegerse del medio ambiente, amenazada por la ansiedad.

Hombres, (Puntaje Mayor). No hay refuerzo de la línea. Sin interpretación.

SIMETRIA-HORIZONTAL.

Mujeres, (Puntaje Mayor). Poco control sobre los impulsos y el estímulo. La capacidad para defenderse de la respuesta a los impulsos y estímulo es débil o inadecuada. Hay una fuerte tendencia a reaccionar en forma inmediata y lábil.

Hombres, (Puntaje Mayor U). Sin interpretación.

DISCUSION

Desgraciadamente para los enfermos de lepra esta investigación es la primera en su tipo dentro de la psicología en México, y si no la primera, una de las primeras a nivel mundial.

En base a las observaciones que se realizaron y sobre todo a las declaraciones de los pacientes los cuales pese al esfuerzo de la S.S.A. los internos no se encuentran conformes con su suerte, algunos han sido abandonados incluso por sus propios familiares tornándolos un tanto desconfiados. Pero una vez que se les demostró confianza y afecto, los pacientes se mostraron cooperativos y entusiastas, colaborando en todas las tareas - - asignadas máxime cuando se trataba de realizar dibujos como en el caso del TD&H.

El instrumento utilizado nos permite ciertas ventajas - sobre otras pruebas proyectivas en lo referente a que posee una hoja de clasificación de los rasgos gráficos en la cual se van vaciando los puntajes que obtiene el sujeto, sin la cual, como sucede en otras pruebas proyectivas que carecen de ella, la interpretación que se le dá varía mucho en cuanto a criterio de - un entrevistador a otro. Sin embargo consideramos oportuno men cionar algunos problemas a los que nos enfrentamos con la prueba de Cáligor: tomemos por caso Madurez Física de la figura, - la cual para el autor, es la realización de una figura de adulto hecha por una persona adulta, o bien, que haya pasado la pu bertad.

Es aquí donde consideramos se debe desglosar más iQué - se entiende por madurez física de la figura? Ya que como se di jo anteriormente el 86.7% de los pacientes dibujaron figuras de adultos, con omisiones, transparencias y algunos únicamente de-

tallados, por mencionar algunos factores. Sinceramente, creemos que distan mucho de poseer una Madurez Física en sus figuras. Lo mismo que en omisiones, tomemos por caso en las manos y en los piés, el autor no toma en cuenta los dedos de ambas extremidades, siendo que los pacientes -no todos- dibujaron dedos unidos a los brazos, esto es, dedos sin existir la palma de la mano. O bién, los brazos con las palmas de las manos pero sin dedos.

Otro aspecto a considerar es que en la interpretación del TD&H únicamente se toma en cuenta el puntaje mayor y se deja a un lado el puntaje menor, o secundario. O bién, como dice el autor, "El puntaje menor es una tendencia secundaria o subyacente menos fundamental al funcionamiento total del individuo". ¿Menos fundamental? Siendo que esa "tendencia secundaria" está latente en el individuo y que tal vez en un momento dado aflore en él ¡está ahí, existe! ¿Porqué no tomarla en cuenta, para -- una mayor interpretación del TD&H de Leopold Cáligor?

De acuerdo a los resultados de la investigación, se sacó en claro que a mejores Condiciones Físicas de los pacientes, mayor madurez Física del dibujo.

Sin embargo, no dejo de pensar ¿el porqué de tantas -- omisiones en los dibujos? siendo que los pacientes no tienen -- atrofias de sus miembros y algunos las padecen aunque no tan severas. Aunque las omisiones no son tan drásticas como, la falta de un miembro en su totalidad, sino más bien, es una parte -- de él.

Soy de la idea, de que aún de sentirme en gran parte -- satisfecho con la investigación realizada, la siento un tanto -- incompleta, por lo cual es necesario un estudio más amplio o -- bien, que complete lo que hasta aquí se ha dicho. Tal vez uti-

*lizando otros tests que nos permitan explorar otros aspectos --
más relevantes del enfermo de lepra.*

CONCLUSIONES

Como ya se dijo anteriormente, por medio del análisis de frecuencia se obtuvieron los rasgos gráficos más importantes del TD8H, los cuales alcanzaron un porcentaje significativo; ob-
teniendo de ello lo siguiente:

Los sujetos realizaron una figura principal y comple-
ta, en el centro de la hoja con la cabeza de frente. Sus dibu-
jos fueron hechos perpendicularmente a la base de la hoja y de-
pie; la mayor parte de los pacientes dibujaron figuras de adul-
tos.

Hubo presencia de transparencias y borrado. No se pre-
sentó aprovechamiento del dibujo anterior ni fondo en las figu-
ras. Se pensaba que los trazos de los pacientes en sus dibujos
serían inseguros, sin embargo, no fue así, un porcentaje eleva-
do de los enfermos realizaron sus trazos sin temblor alguno. -
No detallaron la acentuación de la anatomía y realizaron sus di-
bujos con una expresión artística común, presentando además, --
omisiones en sus dibujos.

Ahora bien, por medio de la χ^2 , encontramos, de que es
solo en Madurez Física, en los dibujos de adulto e infantes, --
donde podemos hablar de la influencia que ejercen las condicio-
nes físicas de los pacientes. Mientras que, el Grado de Incapa-
cidad de los pacientes, no tienen ninguna influencia.

Las diferencias que encontramos entre pacientes muje-
res y hombres las podemos resumir de la siguiente manera:

Mientras que en las mujeres hay un intento de rechazo-

CONCLUSIONES DINAMICAS

Aquí nos gustaría mencionar las características de personalidad más sobresalientes, que se obtuvieron de los enfermos de lepra que conformaron la muestra, mediante el TD8H, Tenemos así:

1. Inquietud y baja capacidad de juicio hacia el medio ambiente con aplicación deficiente de las capacidades intelectuales.
2. Ansiedad y dificultad importante en el control de la misma.
3. Retraimiento, rechazo y evasión a las exigencias del medio ambiente.
4. Tendencia y uso excesivo de la fantasía.
5. Bajo sentido y pobre criterio de la realidad, las facultades críticas correctivas son diferentes.
6. Reflejan hipercrítica y enorme bloqueo o conflicto ante situaciones cotidianas.
7. Uso de la negación con el objeto de disimular el concepto de sí mismo. Tienen mucho que esconder y en ocasiones utilización de negación extrema.
8. En ocasiones tendencia a reaccionar en forma inmediata y lábil.
9. Tendencia a deprimirse fácilmente cuando las situaciones demandan un mayor enfrentamiento.
10. Deficiente conocimiento y aceptación del propio yo.

ALCANCES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

El presente trabajo surgió del interés por este tipo de pacientes quienes no han recibido los beneficios de la psicología y que pretende en parte colaborar y ayudar a fijar la atención de otros profesionales de la salud; ya que conociendo sus características de personalidad, permitirá al psicólogo y no únicamente a él, sino a dermatólogos, psiquiatras, sociólogos y a todo personal que esté vinculado a este tipo de enfermo; conocer mejor sus necesidades, sus sentimientos y poder comprenderlos, conocerlos interiormente, e intentar llevar a cabo una mayor investigación dentro de la psicología.

Es necesario ampliar el presente estudio, aplicar otras pruebas ya sean proyectivas o de cualquier otro tipo, la realidad es no quedarnos con los brazos cruzados cuando el psicólogo puede tomar parte en la campaña de prevención de esta enfermedad, ya sea en cualquiera de sus tres maneras: promoviendo y fomentando la salud, llevando a cabo campañas de higiene, o bien dando tratamiento psicológico oportuno en el manejo de la depresión y la aceptación de la enfermedad en el caso del paciente y en el aspecto social en la aceptación por parte de los miembros de la familia, el trabajo etc. Lo mismo que en la rehabilitación laboral, ocupacional, educacional, social, etc. del paciente.

Los resultados y las conclusiones a los que llegamos por medio del TD8H, sólo serán válidos para el grupo de sujetos que conformaron la muestra.

Se podría replicar la presente investigación lo mismo que:

1. Revisar los criterios de interpretación del TD&H y según se considere, reconsiderar el fundamento teórico.
2. La utilización de más pruebas proyectivas a varios niveles, ya sean cuestionarios, inventarios, pruebas de completamiento, etc.
3. Dar una mayor importancia a la entrevista, ampliando las áreas a cubrir.
4. Es necesario ampliar la muestra tomando como base:
 - a) Tipo de Lepra.
 - b) Tiempo de padecimiento de la enfermedad, edad de inicio.
 - c) Las condiciones físicas de los pacientes, nivel socioeconómico, cultural, etc.
5. Hacer una comparación con pacientes de consulta externa, con otros tipos de problemas dermatológicos.
6. Investigar el autoconcepto, actitudes, metas, etc.
7. Investigar las actitudes del equipo de salud hacia los pacientes con lepra.
8. Investigar los aspectos psicopatológicos asociados.
9. Ampliar las investigaciones epidemiológicas incluyendo al psicólogo en las mismas.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson y Anderson. "Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico". Madrid, España, Ed. Rialp, S.A. 1951, 2ª edición, -- págs. 394, 396.
- A. Knupp M. J. Chatton M. "Diagnóstico Clínico y Tratamiento". México, D.F. El Manual Moderno, S.A. 1979, 14ª edición, págs. 953, 1043, 1045.
- Bell J.E. "Técnicas Proyectivas" "Buenos Aires, Argentina, Ed. Paidós, 1951, 2ª reimpresión, págs. 487, 492.
- Bellak L. y L.E. Abt, "Psicología Proyectiva", Buenos Aires, - Argentina. Ed. Paidós, 1978, 2ª edición, págs. 156, 169.
- Cáligor L. "Nueva Interpretación Psicológica de Dibujos de la Figura Humana." Buenos Aires, Argentina, Ed. Kapelusz, 1960.
- C. Saver G. "Enfermedades de la Piel" México, D.F. Ed. Interamericana, 1976, 3ª edición, págs. 97.
- Cuevas Renaud, Carrascal Luna y otros "Manual de prácticas de Estadística Inferencial", Facultad de Psicología, U.N.A.M. 1983.
- González Ureña J. Dr. "El Problema de la Lepra en México" México, D.F. 1942, -s.t.r.-
- Hammer E.F. "Tests Proyectivos Gráficos." Buenos Aires, Argentina, Ed. Paidós, 1969, 1ª edición, págs. 115, 250, 265.

Lanz Mora G. "Revisión de la Prueba del Dibujo de la Figura Humana" de E. Koppitz en un grupo de Niños Mexicanos". Tesis Profesional, U.N.A.M. 1983

Nie J. y otros "spss (statistical Package for the social science)" Ed. McGraw-Hill, 1970.

Price Douglas B. "Phantom Limb Phenomenon in Patients with Leprosy" Journal of Nervous & Mental Disease, 1976, aug. Vol. 163 - (2), 108-116.

Rapaport D. "Tests de Diagnóstico Psicológico." Buenos Aires, - Argentina Ed. Paidós, 1971, pags. 152-154.

Saúl A. "Lecciones de Dermatología." México, D.F. Francisco Méndez Cervantes, Editor, 1979, 9ª edición, pags. 149, 191.

Schilder P. "Imagen y Apariencia del Cuerpo Humano" Buenos Aires, Argentina, Ed. Paidós, 1958, 1ª edición, pag. 15

Siegel, S. "Estadística no paramétrica", México, Ed. Trillas, 1978.

Vinci D.R.; Kern J.M. "Changing Attitudes to Leprosy in the High Lands Area of Papua New Guinea." New Guinea Psychologist, 1973, Dec. Vol. 5 (3), 117-122.

M-0032942