



U. N. A. M.

# “LA PRUEBA DE MACHOVER EN LA CLINICA”

FACULTAD DE FILOSOFIA  
Y LETRAS  
1969  
GENERACION 65-68

T E S I S  
QUE PARA OBTENER GRADO DE  
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA,  
PRESENTA

*Romelia del Carmen Gutiérrez Zurita*



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.

Z 5053.08

UNAM 27

1969



Z5053.08

UNAM. 27

1969

M-161063

tps. 132

AMI.

DI

A MI MADRE, EJEMPLO DE ABNEGACION,  
ESFUERZO Y TODO CARINO; Y A QUIEN  
DEBO TODO.

A MIS HERMANOS MARIA CRISTINA  
Y BELISARIO DE QUIENES TANTO  
IMPULSO RECIBI.

T. Ps. 499

A MIS TIOS ELENA MARIA Y  
SR. DR. JORGE R. MARTINEZ  
GALINDO, A QUIENES TANTO-  
RECONOCIMIENTO GUARDO POR  
SU AUXILIO OPORTUNO EN -  
LOS AVATARES DE LA VIDA.

A MI TIA LA SRITA. MARIA DEL  
SOCORRO ZURITA TORPEY Y A MI  
TIO EL SR. ING. JOSE ALFONSO  
ZURITA T., POR SU ESTRECHA Y  
CARINOSA ESPIRITUALIDAD.

AL SR. DR. CARLOS LOPEZ ELIZONDO  
ESCLARECIDO MEDICO DEL INSTITUTO  
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, QUIEN  
TANTOS BENEFICIOS HA BRINDADO AL  
PUEBLO DOLIENTE DE LA NACION.

A MI DISTINGUIDO MAESTRO EL  
SR. DR. HECTOR PRADO HUANTE  
QUIEN HIZO POSIBLE LA FINA-  
LIZACION DE ESTE TRABAJO.

A MIS PARIENTES, MAESTROS, AMIGOS  
Y A TODOS AQUELLOS QUE CON SUS --  
ATINADOS Y PRUDENTES CONSEJOS --  
COADYUVARON A LA REALIZACION DE -  
MI IDEAL: ALCANZAR UN GRADO UNI--  
VERSITARIO.

A MIS COMPANEROS DE FACULTAD  
DE QUIENES GUARDO TAN GRATOS  
RECUERDOS.

# I N D I C E

## INTRODUCCION.

### PRIMERA PARTE

#### CAPITULO I

	Página
1.- Evolución histórica del concepto de histeria	1
2.- Definiciones de histeria	8

#### CAPITULO II

1.- Sintomatología de la histeria	11
2.- Personalidad histérica	14

#### CAPITULO III

1.- El test de Machover. Introducción	17
2.- Aspectos históricos. Generalidades respecto - de la prueba	20
3.- Administración de la prueba	26
4.- Otras Investigaciones	27

### SEGUNDA PARTE

#### CAPITULO I

1.- Aplicación práctica de la prueba de Machover	33
2.- Presentación de casos de histeria de conversión	35

## CAPITULO II

	Página
1.- Resultados obtenidos en la aplicación clínica de la prueba	41
2.- Casos típicos encontrados en el test de Machover	43

## CAPITULO III

1.- Interpretación de los resultados obtenidos	54
2.- Resumen general	57

## TERCERA PARTE

C O N C L U S I O N E S	58
B I B L I O G R A F I A	60

## I N T R O D U C C I O N

Entre los motivos que me indujeron a desarrollar este tema - de tesis, el decisivo, el que influyó en mi ánimo, fué el interés que para mí revisten las enfermedades mentales del grupo de las - neurosis, siendo una de las más frecuentes la histeria de conver- sión. También, me impulsó para formular el trabajo, lo sugestivo que para mí resulta el manejo de las pruebas psicológicas que se - utilizan en la clínica, destacando la prueba de Machover.

El trabajo está dividido en tres partes, consta la primera - de tres capítulos, la segunda de tres y la tercera de sólo un ca- pítulo. En el primer capítulo de la primera parte, doy una breve revisión histórica del concepto de histeria. En el segundo, ex- - pongo las principales características de la sintomatología de los sujetos histéricos y su personalidad. El tercer capítulo incluye el test de Machover, datos en los que se basó su elaboración; ti- po de administración y otras investigaciones que se han realizado sobre el dibujo de la figura humana. En la segunda parte, el pri- mer capítulo consta de la técnica usada para la realización del - tema, al igual que presentación de los casos, en el segundo pre- - senta los resultados obtenidos en la aplicación clínica del test- de Machover y en el tercero se ve la interpretación de los resul- tados obtenidos y un resumen general. En la tercera parte, se - - dan las conclusiones del trabajo realizado.

Para el planteamiento del tema, estructuración, estudios y - conclusiones finales, realicé mis investigaciones en el Servicio- de Psiquiatría, del Hospital General, del Centro Médico Nacional, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Obtuve el permiso y - - todas las facilidades para llevar al cabo mi propósito; conté con la colaboración del Doctor C. López Elizondo, Jefe del Servicio - de Psiquiatría y de todo su competente cuerpo de colaboradores. - También obtuve la amplia ayuda del grupo de psicólogas que ahí la - boran, al igual que del encargado del archivo clínico. Para to--

dos ellos, mi reconocimiento diuturno.

Seleccioné al azar 200 expedientes con diagnóstico de histeria de conversión, con su respectivo estudio psicológico, de esos casos estudiados. Hice una selección para tener una muestra representativa de veinticuatro casos, deseché los pacientes que tuvieran mayor edad de treinta años y los menores de diez y ocho; y obtuve todos los datos requeridos. Con el libro de la autora y auxiliada por los lineamientos dados en clase por el Doctor Rafael Núñez y con la consulta bibliográfica de la especialidad, se elaboró la interpretación de la prueba.

Con este estudio pretendo demostrar que el test de Machover puede ser un útil instrumento en la clínica, ya que es comprobable que el sujeto tiende a proyectar en el dibujo de la figura humana su imagen corporal y por lo tanto, sus dificultades y conflictos con determinadas partes del cuerpo; y además expone y pone de manifiesto los rasgos de su personalidad, productos todos, de la aplicación de la técnica de Machover.

El anterior propósito, constituye la esencia de la presente tesis y conduce al alcance de las conclusiones con que se pone término, a este esfuerzo que es toda mi labor. Por otra parte, estimo que si la finalidad de todo trabajo con que culmina un proceso profesional es la de aportar en mayor o menor proporción medios prácticos y útiles para la colectividad, juzgo que algo agrego a la investigación psicológica, aunque con las limitaciones de mi inexperiencia.

## PRIMERA PARTE

### CAPITULO I

#### 1.- EVOLUCION HISTORICA DEL CONCEPTO DE HISTERIA

El concepto de histeria ha sufrido evoluciones a través del tiempo, desde la época griega hasta nuestros días. Hipócrates de Cos, en el siglo V a.c., expresó que la histeria era producida por un cambio de lugar de la matriz, (a lo que debió el nombre **ἡστέρα** = hystera = matriz) ya que necesitaba ese órgano acercarse al hígado, para humedecerse y que cuando la matriz regresaba a su sitio natural, cesaba el cuadro clínico; era un padecimiento propio de las mujeres. A las pacientes histéricas, cuyo padecimiento se atribuía a la migración del útero, les recomendaba el matrimonio. La histeria se manifestaba, violentamente, en crisis convulsivas y paroxismos.

Galeno de Pérgamo, en el siglo II d.c., estimó que la matriz era un órgano fijo. La histeria, según él, tenía su origen en la corrupción de las materias seminales en el útero; también afirmó que la histeria se presenta en el hombre, cuando se corrompen en él sus propias materias seminales.

Aecio y Pablo de Egina (siglo IV d.c.) contrariamente a lo impuesto por Galeno, introdujeron "la doctrina de los vapores". A partir de estas ideas, se tuvo el concepto de histeria como el resultado de la diseminación de los vapores del semen putrefacto en la matriz.

En la Edad Media, (500-1500 d.c.) se registra la infiltración de la Iglesia en todas las actividades humanas, se ocupaba de cuidar las almas y su dominio fué absoluto. Consecuentemente, salieron a relucir las ideas demonológicas; los demonios y los -

espíritus, luchaban por la posesión del alma del hombre. El concepto de histeria va a sufrir una transformación en esta época, encontrándose ligada a la religión; se creyó que los histéricos eran poseídos por el demonio o víctimas de las brujas. Por las condiciones sociales y culturales de esa época, se producían -- reacciones mentales colectivas, por ejemplo, la procesión de los flagelantes, la histeria colectiva que producía verdaderas epidemias de danzas, brincos y contorsiones, la posesión del demonio, etc. (10)

Carlos Lepois, en el siglo XVII d.c., dice que la matriz no tiene ninguna participación en las manifestaciones histéricas, ya que éstas son debidas a una enfermedad cerebral, con lo cual se descarta la idea de la existencia del útero migrante, así -- como la de su relación histeria-reproducción. Más tarde, -- -- Sydenham (1680), encuentra que en esa época, los médicos se alejan de la experiencia clínica y asignan a las enfermedades, fenómenos que jamás han acontecido.

En el siglo XVIII, se encuentran divididas las opiniones; entre quienes piensan, que la histeria es una enfermedad nerviosa y los que creen, que es de génesis uterina. Se le empieza a considerar como una enfermedad del plano psicológico.

En el siglo XIX, aquella idea tiene pleno auge. Brodie -- en 1837, habla del papel de la autosugestión en la histeria. -- Briquet (1859), equiparó los síntomas histéricos con las expresiones emotivas. En este mismo siglo, Duchenne (de Boulogne), -- Vulpian y Charcot, hacen una neurología a base de afecciones -- bien sistematizadas sobre cimientos anatómicos sólidos y todo lo que quedaba fuera, de esa neurología formó el grupo de las neurosis, que para muchos de ellos fué sólo un grupo provisional (coreas, enfermedad de Parkinson, epilepsia); el histerismo quedaba dentro de un lugar preponderante y cada vez mayor. Lasegue decía, que la histeria era el castillo a donde se arrojaba todo lo inclasificable.

Anton Mesmer (1734-1815), influenciado por las ideas de -- Paracelso, médico del siglo XV éste último, que había tratado de demostrar la influencia de las estrellas sobre la salud humana, decide a Mesmer a considerar las influencias magnéticas que provenían de las estrellas, inclinándolo más a ello, una demostración de curaciones por medio de placas imantadas. Poco tiempo después, conoció a un sacerdote llamado Gassner, el cual le dijo que la mano humana, era tan eficaz para magnetizar como las placas imantadas, cuya eficiencia curativa había verificado el propio Mesmer.

Con esta técnica del "Magnetismo Animal", Mesmer llegó a tratar muchas de las enfermedades, incluyendo la histeria. Fue el iniciador del hipnotismo, ya que él por medio de la hipnosis les remediaba sus males a los pacientes, haciendo que desaparecieran los síntomas que presentaban.

Charcot (1825-1893), siguió usando el hipnotismo. Para él la hipnosis era un fenómeno fisiológico, que debía interpretarse como una manifestación de la histeria, al mismo tiempo que constituía la histeria una enfermedad del sistema nervioso, -- susceptible de ser comparada y contrastada con otros diversos -- desórdenes nerviosos; o sea, la hipnosis se presentaba como una condición característica de los histéricos y el método, para investigar la predisposición histérica.

En la escuela de Nancy, se enseñaba que la hipnosis era un caso especial de sugestionabilidad normal. Observó Charcot que el sujeto histérico durante la hipnosis, atravesaba por varias etapas en donde mostraba gran variedad de síntomas, los -- que agrupó en tres etapas: letargo, catalepsia y sonambulismo. -- Hacía demostraciones, ante un grupo de más de 500 personas, entre ellos médicos de toda Europa, en sus "Lecciones de los Martes" en la Salpêtrière, ante quienes presentaba un análisis es--

pectacular de los síntomas de la hipnosis, en sus enfermos. Charcot hablaba de la gran sugestionabilidad del histérico, de la -- fuerza de su Inconsciente, del mecanismo psíquico de fijación, -- de una representación mental y su exteriorización mediante un -- acto. Fué Charcot el primero en demostrar que la histeria, es un padecimiento psíquico y no una enfermedad orgánica cerebral. -- Decía, que la única causa de la histeria era la herencia y que -- todos los demás factores etiológicos, no desempeñarían sino un -- papel de agentes provocadores.

Bernheim ( 1840-1919) contemporáneo y fundador de la es-- cuela de Nancy, sostuvo los inconvenientes de agrupar patología-- tan heterogénea para dar cabida a teorías tan expuestas; se opu-- so a las teorías y conceptos de Charcot, ya que decía que los -- fenómenos en la hipnosis sólo aparecían cuando el hipnotista, -- establecía condiciones de sugestión; le quitó al hipnotismo mu-- cho de su misterio, al demostrar que los sujetos también en esta -- do de vigilia, podían ser susceptibles de sugestión. Los sínto-- mas histéricos (ceguera, parálisis, etc.) los podía explicar, al suponer que el sujeto se sugestionaba, creyéndose incapaz de eje-- cutar funciones para las cuales no se hallaba impedido por ningun -- a perturbación orgánica conocida, por lo tanto, afirmaba, si la sugestión era causa del trastorno, podía ser remediado. Para -- Bernheim, las crisis o paroxismos, eran provocados por factores-- emotivos y fueron los únicos, a los que corresponde el nombre de histeria.

A raíz de la aparición de este criterio, surgen muchas -- teorías más, sobre la histeria, entre ellas, la de Claparede, pa -- ra quien el histerismo representa un complejo de reacciones ató-- micas y primitivas.

Pierre Janet (1859-1947), fué discípulo de Charcot, se in -- teresó por la disociación de la personalidad. (21) Esto lo con--

dujo a una concepción sistemática de la personalidad, como una integración de ideas y tendencias. En la personalidad normal, afirmaba, la integración es relativamente estable y constante, mientras que en la histeria, lo característico es una integración imperfecta, con una disminución de "la tensión psíquica", que en casos extremos puede provocar la escisión del sujeto en dos o más "personalidades alternantes". Es decir, Janet dió gran importancia al inconsciente y a la tendencia al desdoblamiento de la personalidad. Para él, lo que caracteriza a la histeria es lo que llamó "la retracción del campo personal del Inconsciente y una tendencia a la disociación y emancipación del sistema de ideas y funciones que constituye la personalidad". Introduce el término de Psicastenia, que para él era, la consecuencia de una disminución general de la energía psíquica, mientras que la histeria representaba una disminución limitada. Janet dijo que la histeria, era de origen mental y aplicó el término de psiconeurosis a este padecimiento y a otros estados similares.

Babinsky (1901), trató de limitar el campo de la histeria, pero fracasó; redujo la sintomatología a los fenómenos producidos por sugestión y reductibles por persuasión.

Joseph Breuer, neurólogo (siglo XIX). Se hallaba dedicado al estudio de la histeria y otras dolencias afines. Trató algunos pacientes con trastornos histéricos (parálisis faciales, contracciones, confusión mental), observó que los síntomas se acentuaban cuando la paciente hablaba con él, pero con las observaciones obtenidas aparecía reticente, por lo que recurrió al sueño hipnótico, observando que al revivirse algún recuerdo en estado hipnótico, traía consigo la desaparición del fenómeno mórbido.

Breuer, se pone en contacto con Freud. Este último se familiarizó con el uso de la hipnosis, como técnica para la elimi-

nación de síntomas histéricos, tales como las parálisis funcional, la anestesia, etc. Estos autores atribuyeron importancia a las experiencias emocionales traumáticas y a los procesos afectivos, en la producción de los síntomas. Mostraron, que los síntomas histéricos, aparentemente absurdos, son inteligibles cuando se les vé como expresiones de la lucha entre impulsos conflictivos.

Sigmund Freud (1856-1937), se especializó en el estudio de las enfermedades nerviosas. Pensó en ir a perfeccionarse fuera de Viena, por lo que obtuvo una beca, para ir a Paris, inscribiéndose como alumno de Charcot en la Salpêtrière. Charcot, tenía una teoría sobre la histeria, en la que decía que las crisis histéricas y el trance hipnótico, constituían una misma alteración de la personalidad. Freud siguió en parte a su maestro, -- procurando un concepto psíquico de la histeria. Freud regresó a Viena y reanuda sus relaciones con Breuer, asociando durante -- algún tiempo sus trabajos sobre la histeria. Freud, estudiando una paciente con Breuer, concluyó en la idea de la represión de origen sexual y de la importancia de la transferencia afectiva -- en la terapéutica. Más tarde, surgieron divergencias entre ---- ellos, por la interpretación de los fenómenos estudiados y su -- colaboración se rompió. Breuer (20), atribuía la inconsciencia de algunos recuerdos a un estado mental particular y fortuito, -- engendrado por algunas condiciones (fatiga, realización de una -- tarea monótona). Freud se convenció de que habría un móvil profundo para su olvido y que la sexualidad desempeñaba en ello, un papel preponderante.

También se preocupó por encontrar un método que fuera -- más fácil de aplicar que el hipnotismo y así nace "el método de la asociación libre". En este método, el paciente habla libremente (hallándose despierto, pero en un estado de relajación general). El paciente abandona todo intento consciente de dirigir

su pensamiento y se le deja en libertad, para decir lo que pasara por su mente. Con esta forma, empezó a usarse "el método psicoanalítico", como tal.

La teoría psicoanalítica (10), como un sistema que explica los motivos de la conducta normal y anormal, fué gradualmente elaborada por Freud, en 40 años subsecuentes de trabajo, durante los cuales encontró: las teorías de la motivación inconsciente, de la sexualidad infantil, de los instintos básicos, de la compulsión a la repetición, de la transferencia, etc., las que modificó en vista de nuevas observaciones.

Distinguió Freud, entre histeria de ansiedad e histeria de conversión; en la primera, la angustia flota libremente; en la segunda, mediante una introyección, se convierte en un síntoma físico simbólico, que expresa encubiertamente afectos reprimidos, en los sujetos perturbados por el complejo de Edipo, por la fijación de la libido en etapa genital. Es decir, de sus observaciones con pacientes histéricas, dedujo que las tendencias reprimidas eran impulsos de naturaleza sexual, cuyos orígenes ---- podían ser trazados en la infancia del sujeto. Freud partió de la idea, de que los síntomas se originaban y tomaban sentido, en el inconsciente de los enfermos.

A partir de Freud, se desarrollan una multitud de teorías de la personalidad y por lo tanto, la formación de escuelas psicoanalíticas.

Teoría actual: (Kaplan, 16): La teoría de la etiología de la histeria, reformulada a la luz de nuevos descubrimientos: una fijación en el desarrollo temprano psicosexual, a nivel del complejo de Edipo, con una falta a la renuncia del encadenamiento incestuoso a sus padres; que conduce a un conflicto en la vida adulta, sobre el manejo sexual debido a que retiene su cali--

dad incestuosa prohibida. La conducta está por lo tanto, sujeta a la maniobra psicológica defensiva de la represión. La energía inervante, es convertida en síntomas histéricos, lo que no solamente protege al paciente de un conocimiento consciente de la conducta, sino al mismo tiempo, a menudo proporciona una experiencia simbólica de él. En ésta nueva formulación, la histeria está concebida como una entidad clínica específica, naciendo de conflictos sexuales específicos u originándose en el período edipal del desarrollo psicosexual.

## 2.- DEFINICIONES DEL CONCEPTO DE HISTERIA.

Sauvages en 1731, dijo, que la histeria, es una perturbación puramente psíquica, caracterizada por manifestaciones diversas, que es posible reproducir por sugestión, en ciertas personas, siendo susceptibles de desaparecer aquellas manifestaciones por la influencia de la persuasión.

Louyer-Villermay, (1815), dá por origen de la histeria, la abstinencia u otros factores sexuales. Charcot, en 1868, afirmó, que la histeria se debía a representaciones e ideas fijas. Janet en el siglo XIX, afirmó que la histeria es producida por un agotamiento cerebral que provoca los problemas morales. Hoche, (1902), dijo, que la histeria no es un cuadro patológico, sino una forma especial de disposición psíquica.

Gaupp, (1911), expresó que la histeria es un modo anormal de reacción a los imperativos de la vida. Para Kretschmer, en (1927), histeria es "una forma de reacción psicógena, en la que la falsa tendencia se sirve de mecanismos preformados instintivamente, por vía refleja o de cualquier otro modo biológico."

Mayer Gross, dice que es difícil dar una definición de --

histeria, porque no puede considerarse siempre como una enfermedad.

En el siglo XX, se empieza a hacer sinónima la palabra -- histeria con la de conversión, es decir, llamando histeria exclusivamente a la conversión, ya que ambos términos han logrado ser dominantes en el cuadro clínico, siendo fenómenos específicos.

Freud consideró conversión: "a la liberación de la an--- gustia mediante su traslado al plano de los síntomas físicos". - El afecto es convertido en síntomas físicos y descargado sobre ésta vía.

Mira y López, dice que la histeria de conversión es "una- desviación de la onda emocional hacia órganos que se encuentran- sensibilizados y que le sirven de continua expresión," producien do así una conversión de los contenidos tensionales psíquicos, - en diversas disfunciones corporales.

Otto Fenichel, dice, "que los síntomas de conversión se - caracterizan por un desbaratamiento repentino del yo sobre la -- motilidad." Noyes, afirma, acerca de la reacción de conversión- que, la angustia se convierte en síntomas funcionales que afec-- tan a órganos o partes del cuerpo inervados por el sistema ner-- vioso sensorial-motor.

Para Adler, es como un medio de imponerse al medio ambiente, de ganar ventaja en la lucha por la vida, excitando el temor o la compasión.

Henri Ey, sostiene que la histeria de conversión es una- neurosis, caracterizada por hiperexpresividad somática de la - - idea, de las imágenes y de los afectos inconscientes. Sus sínto mas constituyen las manifestaciones psicomotrices, sensoriales o vegetativas de esta conversión somática.

Ramón de la Fuente, dice, que la conversión histérica es -  
"cuando la angustia puede ser eliminada por la consciencia, es -  
decir, ser reprimida y convertida en síntomas".

## CAPITULO II

### 1.- SINTOMATOLOGIA DE LA HISTERIA

Como es conocido de tiempo atrás, la histeria no sólo es un padecimiento propio de la mujer, sino también del hombre, sólo que en menor frecuencia. Se inicia en la adolescencia, o al principio de la edad adulta, aunque también se encuentra en las últimas décadas de la vida, siendo sus manifestaciones esporádicas o episódicas. La naturaleza y localización de los síntomas pueden variar en la misma persona, de tiempo en tiempo; un mismo síntoma puede hacerse crónico, rígido y persistir por años.

Cabría en este capítulo, señalar cuáles son los principales síntomas que se presentan en la histeria de conversión, ya que en el estudio realizado vamos a encontrar muchas de éstas -- manifestaciones en los casos estudiados. Sólo se enumeran, sin entrar en detalles en su diferenciación con los orgánicos. Se hizo un cuadro general, tomando en cuenta a varios autores, poniendo elementos de unos y otros para tenerlo más amplio y completo; realizándolo así, para los fines deseados en la ejecución de la tesis.

Syndenham, dijo que las manifestaciones de la reacción de conversión son variables y pueden ser el remedo de la mayor parte de las enfermedades corporales conocidas; por lo que a ésta - sintomatología la designó como "proteiforme".

Las manifestaciones de la reacción de conversión, se pueden dividir en cuatro categorías mayores (16):

- 1.- Trastornos motores
- 2.- Trastornos sensoriales
- 3.- Síntomas conversivos que simulan una enfermedad orgánica.
- 4.- Síntomas conversivos que acompañan una enfermedad - - orgánica.

1.- Trastornos motores son:

- a) Los movimientos anormales en los que existen una variedad de temblores, tics, espasmos, movimientos coreiformes y convulsiones generalizadas.
- b) Astasia abasia (incapacidad de mantenerse en pie o sentado -- sin ayuda ni apoyo especial).
- c) Parálisis y paresias, como la monoplejia, hemiplejia y la --- parplejia; éstas no corresponden a la distribución anatómica de los nervios, sino a la idea que tiene el paciente del trastorno y afecta a los músculos agonistas y antagonistas.
- d) Afonía.

2.- Trastornos sensoriales: suelen ser una incapacidad funcional. Encontramos entre otros trastornos: las anestésias, paresias, hipoestésias, hiperestésias y alteraciones de los órganos de los sentidos. La distribución topográfica de estos - - síntomas no corresponde a la distribución de los nervios, sino a las ideas que tiene el vulgo. Entre las alteraciones visuales - podemos encontrar: cegueras, estrechamiento de los campos visuales, amaurosis, diplopia, ambliopia, poliopia monocular. Las -- alucinaciones son raras. También podemos encontrar, pérdida de la audición.

Un trastorno sensorial puede afectar a cualquier parte -- del organismo, siendo más frecuente el abdomen, pueden encontrar se cólicos, espasmos, constipaciones, algias.

Se encuentran alteraciones en otros aparatos del organis-

mo humano como son: en el circulatorio se encuentran taquicardias, palpitaciones, pseudoangina de pecho, lipotimias, congestiones de la piel, etc., en el aparato respiratorio hallamos disnea, asma, hipo, tos; en el digestivo se advierten, anorexia mental, bulimia, disfagia, náusea, vómito, diarreas, cólicos.

3.- Síntomas conversivos que simulan una enfermedad orgánica; éstos síntomas pueden imitar tan claramente a cualquier padecimiento, que el diagnóstico es a menudo difícil.

4.- Síntomas conversivos que acompañan una enfermedad orgánica. Los síntomas pueden intensificarse o complicarse con síntomas conversivos. Un dolor que se inició como resultado de un proceso local, puede prolongarse como un síntoma histérico mucho tiempo después de que la lesión ha desaparecido.

Los trastornos psíquicos en la histeria se presentan en forma de accesos o crisis, van unidos a cualquier acontecimiento que suponga una conmoción emocional y son:

a) Estados crepusculares histéricos, en los cuales el paciente cree hallarse en un ambiente completamente distinto al de la realidad.

b) Síndrome de Ganser: el paciente adopta, en este síndrome una actitud aparentemente absurda con la intención de imitar una psicosis, a veces con el fin de evitar o eludir un castigo o al menos un juicio severo. Hacen, los pacientes, sistemáticamente las cosas al revés.

c) Puerilismo histérico. El sujeto aparenta comportarse, como un niño pequeño.

d) Pseudodemencia (Wernicke). En este trastorno, el paciente aparenta una ignorancia acerca de cosas elementales.

- e) Estados de estupor.
- f) Estados de sueño, que pueden durar de un segundo hasta años.
- g) Accesos histéricos, son las manifestaciones aparatosas, acompañadas de diferentes movimientos, muecas o estados de rigidez.
- h) Desmayos o vértigos.
- i) Reacciones vegetativas nerviosas.

## 2.- PERSONALIDAD HISTERICA

Podríamos decir, que la personalidad se refiere, a un -- concepto puramente teórico del ser humano como individuo, en su totalidad.

La personalidad es "la organización dinámica individual -- de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su singular -- adaptación al ambiente". (33)

Se ha encontrado que existe una relación entre los síntomas histéricos correspondientes a la estructura de la personalidad aunque ésta relación no es obligada y puede darse en diversos grados, ya que puede manifestarse la histeria en una personalidad más o menos "normal", cuando la tensión ha sido más intensa de lo habitual.

Algunos autores, entre ellos Schneider, define, la personalidad histérica como la necesidad para hacerse valer. Bumke, habla de una psicopatía histérica, con modos peculiares de reacción. También se habla de la personalidad histérica como una -- tipificación del carácter, sin la menor relación constante entre la personalidad y los síntomas.

Jaspers dice, que el histérico tiene necesidad de aparentar más de lo que es, sus sentimientos son artificiales, pero no

es simulación deliberada, ya que vive enteramente en su representación teatral, es absorbido por ella y hace que aparezca genuina.

Los aspectos afectivos en el histérico son de interés, -- puesto que la enfermedad se manifiesta, cuando un estímulo emocional lo daña severamente.

Los rasgos de personalidad que se encuentran asociados -- con los síntomas histéricos se caracterizan por: labilidad emocional, seducción, teatralidad, exhibicionismo, dependencia, manipulación, mitomanía, sugestibilidad, inmadurez emocional, tendencia al dramatismo.

Son personas con poca sensibilidad e incapacidad para vivir en lo profundo, es una limitación biológica que les impide captar los contenidos psíquicos. Sus juicios y la capacidad de valoración general, suelen ser limitados. No tienen manera de relacionarse estrechamente con verdaderas motivaciones, ya -- que son incapaces de comprensión genuina para otros.

Las funciones intelectuales son frecuentemente de bajo -- nivel o correspondiente a normal promedio, con capacidad de -- observación y atención inestable. En lo que respecta al aspecto sexual, se pueden encontrar intensas alteraciones que se caracterizan por sus contradicciones íntimas; hay una excitabilidad aumentada, pero careciendo de orgasmo y de capacidad de amar, son generalmente mujeres frías o sujetos impotentes.

Son personas muy emotivas, se dejan arrastrar por la excitación del momento. Muestran la tendencia a llamar la atención de las demás personas, por lo que son dadas a hacer pseudointentos de suicidio, que no llevan implícita la intención de morir, -- sino de controlar el ambiente, para ganar la atención y que las demás personas se sometan a ellos.

Es frecuente que el paciente con reacción de conversión - no presente anormalidades importantes en su funcionamiento mental, de allí que se les encuentre alertas, bien orientados, estableciendo buena relación con el examinador, siendo su estado de ánimo variable, sin apreciarse muy deprimido, angustiado o exaltado a esto, los autores franceses han llamado la "la belle indifference". En otros pacientes hay además, otras taras biológicas, como: mal desarrollo corporal, infantilismo, trastornos en la -- aparición de la menarca y menstruación, alteraciones en el sistema neuro-vegetativo.

## CAPITULO III

### EL TEST DE MACHOVER

#### 1.- INTRODUCCION

El dibujo se ha utilizado como una forma de comunicación entre los seres humanos; desde los tiempos más remotos los hombres prehistóricos grababan las paredes de roca con un trozo de pedernal o las embadurnaban con su dedo untando en arcilla húmeda, dentro de sus cuevas; para expresar una idea lo hacían por medio del dibujo (pintura rupestre). Era como un medio usado por el individuo para expresar su fuero interno. Estos dibujos tienden, a revelar la personalidad del sujeto.

Schilder (1935) en su libro "The image and appearance of the human body", usa la expresión "imagen del cuerpo", y la describió como "la figura de nuestro cuerpo que nos formamos en la mente". Lo consideró un concepto dinámico, es decir, que el sujeto percibe la imagen de su cuerpo como una gestalt, que se encuentra en un estado constante de transformación y reorganización, en el proceso de reaccionar a su medio ambiente.

Schilder ha señalado, que las actividades fisiológicas motoras están implicadas en estos componentes y permiten el contacto con la realidad. Las funciones fisiológicas motoras dependen de procesos, que de acuerdo con Schilder, permiten integrar el concepto de imagen corporal.

Dice él que, "la organización tiene su significado final solamente en relación a las situaciones concretas de la vida, -- las que se adaptan a los patrones de las acciones y experiencias de los sujetos".

Schilder vió la relación entre el concepto de sí mismo y su proyección en el dibujo, ya que en esto se pueden revelar dinamismos internos. También observó que los dibujos pueden estudiarse durante el análisis, lo mismo que el material de los sueños.

Este tipo de pensamiento creativo incorporó a la teoría psicoanalítica, a la proyección gráfica y a la percepción gestáltica dentro de un concepto clínico, lo que fué la base para usar el dibujo de la figura como técnica proyectiva.

El dibujo puede ser expresión de los sentimientos hacia la vida y la sociedad y va a estar determinado por factores inconscientes en su gran parte.

Cabría aquí mencionar la importancia que tiene el movimiento expresivo, como un medio para entender la personalidad, ya que ésta funciona en el tiempo y en el espacio, se establece una relación dinámica entre el organismo y su ambiente interno y externo. Existe una relación entre las necesidades psicoemocionales del sujeto y su estado orgánico.

En la medicina psicosomática y en el estudio del movimiento expresivo, se han tomado algunas ideas de la teoría psicoanalítica de Freud: él hablaba de que el organismo tiene una actuación total no por separado; insistiendo sobre la integración de la personalidad.

El psicoanálisis enseña que la vida es una pugna continua entre fuerzas destructivas y fuerzas constructivas, o entre impulsos negativos y positivos. Estas entidades no residen en algunas fases específicas de nuestras cualidades afectivas, sino que son parte de la personalidad total, la que incluye procesos de experiencia perceptual y reacciones a ésta.

Lauretta Bender, refiere las fuerzas constructivas de - - nuestra organización perceptual como "el factor becoming" (Lle--gar a ser), significando la tendencia a seleccionar, organizar - y reaccionar a los estímulos como un todo; ya que no percibimos-gestalten, sino que tenemos una tendencia innata a completar la-gestalt. Estos procesos permiten las reorganizaciones que es- - tán biológicamente determinadas por un patrón sensorio-motor de- acción. Cuando se producen variaciones pueden ser por diferen--cias en la maduración, o por estados patológicos o funcionales.

Un sujeto con un conflicto neurótico, se ve no solamente- en lo más profundo de su personalidad, sino en sus gestos, moda- les, maneras y demás. Cada una de las personas presentan una se- rie de gestos característicos, por lo tanto, sus movimientos no- son accidentales, ni por azar, sino consistentes en cualquier -- circunstancia del ambiente y en estrecha relación con las motiva- ciones básicas de su organismo.

Werner Wolff, ha hecho observaciones acerca de la expre-- sión facial, los gestos y movimientos, comparando las dos mita-- des corporales.

En el análisis del movimiento expresivo, se intenta ver - el movimiento relacionado con el significado de las alteracio--- nes que se han producido en el equilibrio, ya que éstas han deja- do su huella en el organismo.

Resumiendo, puede decirse que el movimiento expresivo es- una forma particular de respuesta, que da un sujeto. Teniendo - los mismos caracteres y el material, cada sujeto enfoca la situa- ción de una manera personal, organizándolo todo a su manera.

En los diferentes medios culturales las personas desarro- llan la misma tarea, pero con grandes diferencias en los métodos a seguir.

G.W. Allport, ha estudiado la firmeza de los movimientos-gráficos, pudiendo demostrar que la rapidez, expansión y tamaño no son accidentales, sino que revelan un considerable grado de consistencia, ligado a determinadas tendencias de la personalidad.

Allport y Vernon (1931) publicaron un estudio de los movimientos expresivos, en el que afirman que existe una evidente correspondencia entre los movimientos expresivos y las actitudes, rasgos, valores y demás disposiciones de la personalidad interna.

## 2.- ASPECTOS HISTORICOS.

Generalidades respecto de la prueba.-

Se va a exponer, brevemente, la historia del dibujo de la figura humana, en las etapas infantiles, ya que aquí se encuentran las primeras inquietudes e investigaciones de lo que posteriormente, se conocería como el test de Machover.

Los dibujos espontáneos en los infantes, nos informan sobre su desarrollo psicológico. Ya desde 1885 se publicaban artículos referentes a los dibujos infantiles, entre ellos encontramos los trabajos de Ebenezer Cooke, en donde describía las sucesivas etapas de desarrollo, tal como él las observara; y sugería que la instrucción artística en las escuelas se hiciera ajustándose más a la mentalidad e interés del niño.

Se siguió acrecentando el interés por el dibujo de los niños y se realizan grandes investigaciones al respecto; entre ellas tenemos las de Claparede en 1907, quién basándose en los dibujos infantiles, proponía un estudio de las etapas evolutivas del dibujo, con el objeto de ver si existía una relación entre la aptitud para el dibujo y la capacidad intelectual.

Kerschensteiner (1903-1905), organizó la enseñanza del di bujo en las escuelas de Munich. Duró dos años en el análisis y recolección de 100,000 dibujos, realizados por diferentes niños y bajo ciertas condiciones.

Clasificó los dibujos en tres grupos principales:

- 1.- Dibujos puramente esquemáticos, que corresponden a lo que -- Verworn llamó "etapa ideoplástica" (el niño dibuja lo que sabe y no lo que percibe).
- 2.- Dibujos ajustados a la apariencia visual. "Etapa fisicoplás--tica".
- 3.- Etapa en la que el niño intenta dar la impresión tridimensional del espacio.

Descubre Kerschensteiner, diferencias entre las producciones de ambos sexos. Los niños sobrepasan a los dibujos de las - niñas excepto en la decoración de los dibujos.

Stern, en 1907, publicó varios trabajos sobre los dibujos infantiles; en ellos destaca la diversidad de concepciones imaginativas que manifiestan los niños y la forma de representar el - espacio, según la edad.

Georges Ruoma (26), hace un estudio sobre los dibujos de la figura humana en infantes y distingue dos etapas:

A).- Etapa preliminar

- 1.- Adaptación de la mano al instrumento.
- 2.- El niño dá nombre definitivo a las líneas incoherentes que - ha trazado.
- 3.- El niño anuncia anticipadamente lo que intenta representar.
- 4,- El niño nota semejanza entre ciertos objetos y las líneas -- que ha obtenido por azar.

B).- Evolución de la representación de la figura humana.

- 1.- Primeros ensayos con intento de representación, similares a los de las etapas preliminares.
- 2.- Etapa del "renacuajo".
- 3.- Etapa de transición.
- 4.- Representación completa de la figura humana vista de frente.
- 5.- Etapa de transición entre la figura de frente y la de perfil.

A Florence Goodenough, le corresponde el mérito de lograr, por primera vez que el dibujo por sí solo sirva como recurso estandarizado de medición, en el exámen mental. Su test aparece en 1926, como "Draw-a-man test".

Se vinieron realizando al mismo tiempo que los trabajos de Goodenough otras investigaciones de los psicoanalistas como, Melaine y Klein, Anna Freud, etc., sobre el dibujo en general y el de la figura humana.

Paul Schilder (ya citado) desde 1923 hace hincapié en la sistematización del concepto gúestáltico de la imagen corporal, lo que indujo a un nuevo enfoque y valoración del dibujo; el dibujo del hombre, como expresión de la imagen corporal del dibujante.

Dallinger (1931), y Laretta Bender (1932), establecen las bases sobre las que se habría de levantar el "Draw-a-man test", como test de personalidad. Así es como se incorpora, a la batería de test proyectivo.

Una de las impulsoras de esta etapa, es la psicóloga norteamericana Karen Machover, quien inicia sus investigaciones en 1934 y después de 15 años de trabajos los dá a la publicidad, en 1949.- Los trabajos de Goodenough, dicen, "que el niño dibuja lo que siente, más que lo que ve o sabe que es cierto". Esto dió lugar a un nuevo enfoque del "Draw-a-man-test", como más dinámico-

y profundo.

La personalidad, dice Machover, no se desarrolla en el vacío, sino en el sentir, en el pensar y en el moverse de un cuerpo determinado; ya que el cuerpo con sus tensiones y esfuerzos musculares, constituyen el campo en que se enfrentan facciones de necesidades y presiones.

Los métodos proyectivos de exploración de motivaciones -- han puesto repetidamente al descubierto, determinantes profundas y tal vez inconscientes, de expresión propia, los que no podrían manifestarse en comunicación directa.

La expresión de muchas necesidades sólo puede hacerse mediante alguna actividad nueva para el sujeto, de tipo creador, -- que indica en forma indirecta los mismos conflictos que están -- embargando al individuo que los crea; podemos decir que toda actividad creadora, lleva el sello específico de conflicto y necesidades que presiona al sujeto que está creando.

Cuando un sujeto trata de dibujar, debe resolver diferentes problemas buscando un modelo a su alcance. En el proceso de selección, intervienen tres mecanismos defensivos: la identificación, la proyección y la introyección. El propio cuerpo es el punto de referencia más íntimo, en cualquier actividad.

En el dibujo de la persona, al suponer una proyección de la imagen corporal, ofrece un camino para la expresión de sus -- propias necesidades y conflictos del cuerpo. La interpretación del dibujo se basa en la hipótesis de que la figura está reflejando al examinado con la misma intimidad que puede hacerlo el -- estilo de la letra, gestos o cualquier otro movimiento expresivo. Cuando un individuo se propone "dibujar una persona", tiene que referirse necesariamente a todas las imágenes de sí mismo y de -- las demás personas que pueblan su mente. La medicina psicósomá-

tica revela, que cada órgano tiene un significado emocional específico.

La imagen del cuerpo cambia con la enfermedad física o mental, con las frustraciones, las alteraciones de adaptación y demás. La organización de todo el modelo del cuerpo se desarrolla lentamente, con el enriquecimiento de las experiencias. Los sujetos que han sido privados de movimientos o contactos con el mundo exterior, debido a sus enfermedades físicas o mentales, -- alimentan su psiquismo casi de las percepciones que derivan de su propio cuerpo y entonces suelen proyectar, o bien una forma de expresión elaborada con su fantasía interior, o bien, regresan a una figura burda, vacía, vegetativa.

El aspecto expresivo, es decir, la distribución de energía gráfica, viene indicada por las omisiones, interrupciones de la línea, perspectiva, esfuerzos, tachaduras y sombreados; se pueden interpretar en función del significado atribuido a las diversas partes del cuerpo. El dibujo, permite localizar el conflicto.

La psicóloga Karen Machover, se basó en lo anterior, para crear el exámen del dibujo de la figura humana, que se ha aplicado para estudiar los esquemas de desarrollo o crecimiento de niñas de la pubertad a la adolescencia, o como técnica de selección para ocupaciones profesionales, para estimar el progreso y las mejoras debidas al tratamiento psicoterápico. En este test, la autora señala o describe un método de evaluación de la personalidad, que abarca los aspectos estructurales y el contenido -- del dibujo.

Los principios tentativos de análisis, tuvieron crecimiento empírico, principalmente en una amplia variedad de material clínico, recolectado en clínicas y hospitales de observación mental, durante el transcurso de quince años. El incentivo para la

investigación y el foco primordial de la misma, se centró alrededor de la perfección de la técnica del dibujo como instrumento clínico para el análisis de la personalidad, más bien que alrededor de cualquier hipótesis teórica.

Este test se empezó a formular, al ver algunos rasgos de los dibujos, comparándolos con la historia clínica del sujeto. Mas tarde se le fueron agregando ideas psiquiátricas y psicológicas. Se tomó un grupo y a los integrantes se les pidió que dibujaran unas personas, tomando en cuenta sus respectivas historias y el diagnóstico; se estudió el significado que para ellos tenía el rasgo. Así se elaboró el sistema de interpretación de la prueba, pues los resultados se ajustan a las normas de validación clínica. Se les aplicó a todos los sujetos, sin excepción de edades, ni condiciones clínicas.

Machover (1953) dijo, que el dibujo tiene que ser analizado en términos del total de la personalidad.

Se estableció, que los patrones verbales son simbólicos, menos directos y más sujetos a manipulaciones conscientes, que la proyección gráfica. Los dibujos individuales se estudiaron intensamente, en coordinación con asociaciones dadas por el sujeto y con datos clínicos relevantes. Sobre la base de esos estudios, se han desarrollado formulaciones y clasificación de los principios de interpretación del producto gráfico. El refinamiento, la validación y la corrección de estos principios, han estado y están en constante progreso.

Los principios de interpretación, han recibido justificación y verificación en el uso clínico.

Después de años de experiencia en los dibujos, la autora se encuentra, aún, enormemente impresionada con lo que la gente-

procura comunicar en los dibujos. El pronóstico del curso y -- tratamiento de un problema de personalidad o desorden mental, se ha hecho frecuentemente con acuciosidad, basándose únicamente en los dibujos.

Los indicadores de pronóstico pueden ser más firmemente - establecidos, obteniendo sistemáticamente dibujos en puntos cruciales, durante el curso del tratamiento.

### 3.- ADMINISTRACION DE LA PRUEBA

La administración del test es sencilla, no requiere más - que un lápiz de dureza media, unas hojas de papel tamaño carta y una goma de borrar; se le pide simplemente al sujeto que "dibuje una persona". Al terminar se le dice que dibuje otra el sexo -- opuesto a la que figure ya; después de haberlas dibujado se procede a decirle al sujeto que haga una historia o relato acerca - de los personajes que dibujó.

Es una prueba rápida, ya que se puede ejecutar en menos - de una hora (15-20 minutos) y se interpreta directamente sin puntuación o codificación intermedia. Es decir, la puntuación es - cualitativa y comprende la preparación de una descripción com- - puesta de la personalidad, partiendo del análisis de numerosas - características de los dibujos . Una de sus ventajas por lo tan to, es que quedan reducidas las posibilidades de error.

El producto se puede conservar y analizar a gusto, pues - es un testimonio directo de la proyección del sujeto y no sola- - mente una descripción. Otra de sus ventajas consiste, en que -- se adapta al sujeto tímido o inhibido. Se le puede administrar a extranjeros y analfabetos; puede ser aplicado en grupos o in- - dividualmente; a niños y adultos. La autora señala que es prefe

rible a hombres mayores de 16 años, ya que el dibujo de la figura humana está en íntima relación con los impulsos, ansiedades, conflictos y características del propio sujeto.

Esta técnica del estudio de la personalidad en la investigación experimental, proporciona datos acerca del contenido de la personalidad, combinándole con otras pruebas psicológicas, -- aunque también se ha aplicado aisladamente.

La validación empírica fué anterior, a la formulación de un marco de referencia teórica. Quedó establecido, mucho antes, el hecho de que los dibujos de "personas", revelaban amplias dimensiones de la personalidad y de la condición clínica del sujeto.

#### 4.- OTRAS INVESTIGACIONES.

Lo que determinó la elaboración y el desarrollo del test de Machover, fueron los trabajos de Florence Goodenough, centrados sobre la figura humana; Goodenough reconoce en numerosas referencias, las posibilidades que encierra un test para el análisis de la personalidad, a pesar de que el propósito primordial del mismo es hallar el C.I. (coeficiente intelectual).

El Goodenough, tiene por objeto estudiar los factores intelectuales que intervienen en el dibujo espontáneo de los niños pequeños; por lo que se construyó una escala para la medición, -- la que se basó en el dibujo de la figura humana.

La escala consta de 51 items. Se le ha señalado como un test util del desarrollo intelectual, que se puede aplicar en la comparación de grupos y para casos individuales.

Test de Harris: (Alumno de Goodenough) Esta prueba no --

funciona más allá de los once años, su autor quiso mejorarla -- para que no dejara de funcionar hasta esa edad; no lo logró --- porque viene ya, probablemente, una proyección en el período -- de la adolescencia.

Realizó el autor, una escala para dibujar un hombre y -- una mujer, teniendo un tercer dibujo en el cual el niño se dibu ja a sí mismo; le falló en lo proyectivo. Se aplica a niños en tre 5 y 10 años; entre sus ventajas se encuentra el que no se - califica, como edad mental sino como cociente intelectual.

Se han realizado diversas investigaciones sobre el dibu jo de la figura humana, entre ellas tenemos la prueba del C.A.P (casa-árbol-persona) de Jhon Buck; éste publicó este test de -- house-treee-person, que consiste en hacer tres dibujos. Des- - pués de haber dibujado, se le pide al sujeto que defina, descri ba, e interprete los objetos dibujados y sus respectivos amtien tes, haciendo las asociaciones pertinentes. Buck, dice "que -- uno de los objetos dibujados, se debe considerar como un auto-- rretrato", y como un dibujo test-objeto, puesto que los sujetos solamente dibujan aquellas características del todo que conside ran esenciales; ya que cualquier dibujo refleja la proyección - del yo. Aquí se va a ver, a los sujetos, en relación con el -- ambiente y con sus relaciones interpersonales.

La técnica del C.A.P., no es susceptible de aplicación - general en psicología clínica, porque no se ha hecho una verifi cación experimental de sus postulados básicos, requiriendo de - estudios de validación referente a los diversos valores

Leopoldo Caligor, en 1947, relacionó una serie de ocho - dibujos creados por la misma persona, relacionados entre sí. - Se trata de dibujar una figura humana y en sucesivos papeles -- transparentes "redibujarla", hasta ocho veces, introduciendo --

las modificaciones que se deseen. Esta prueba demostró ventaja sobre el dibujo de una sola persona, dando mayores aspectos de la personalidad. Se le considera como un reflejo de la manera como el individuo encara las situaciones vitales. En esta prueba, el sujeto expresa su respuesta inicial característica hacia una nueva situación. Se demuestra que la integración de los rasgos estructurales del test y su contenido gráfico, reflejan un cuadro dinámico de la personalidad del sujeto que lo dibuje.

Independientemente de los elementos conversivos que se trata de encontrar en la prueba de Machover, me interesa citar otro tipo de investigaciones, que se han realizado con el dibujo de la figura humana.

Wayne Dennis, en 1958, investiga la posición del dibujo, diciendo que es una determinante cultural, es un hábito-transfere[n]cial, entre escribir y dibujar o sea que la posición del dibujo se ve afectada por el hábito de la escritura.

Levy L. afirma, que el dibujo en el lado izquierdo de la página, indica conocimiento de sí mismo o introversión y hacia la derecha, es signo de extroversión.

Se han realizado estudios del dibujo de la figura humana como indicador de ansiedad, Handler y Reyher en 1965 revisaron cincuenta y un estudios del dibujo de la figura humana con referencia a veintiun casos de ansiedad. Los descubrimientos fueron catalogados como: a) en acuerdo; b) en desacuerdo, o en opuesta dirección; c) no significativos. Concluyeron, que los resultados parecen apoyar la validez, de un número de casos de ansiedad.

En un total de doscientos cincuenta y cinco estudios -- revisados, se encontró que ciento cuarenta y siete, están de --

acuerdo con la interpretación tradicional. Sólo treinta fueron significativos en opuesta dirección y setenta y ocho no significativos.

Las omisiones, distorsiones, pérdida de los detalles, aumento en la presión de las líneas, disminución y simplificación de la cabeza y el tronco, tienen, consecuentemente, resultados significativos en la dirección esperada (siendo incrementos -- indicadores de ansiedad).

Algunos estudios encontraron significativas confirmaciones en el sombreado del pelo, en el borrado, en la colocación - (ángulo superior a mano izquierda y énfasis en las líneas).

Apfeldorf y Smith, estudiaron en 1966, la representación del propio cuerpo en el dibujo de la figura humana. Se ve en esta prueba, que se trató de hacer una correlación entre lo que el sujeto dibuja, en donde proyecta su propia imagen, esto en relación con la fotografía de esos mismos sujetos; es decir, se usó la fotografía en referencia al propio cuerpo.

Se le dió a un grupo de estudiantes, para que seleccionaran la fotografía, que según ellos fuera la correspondiente a los dibujos.

La fotografía y el dibujo fueron colocadas y desarrolladas de acuerdo al equilibrio y al enrejado del diseño y presentadas por cada uno de los jueces en diferentes formas y en un orden determinado por el azar, en cuadros. Ambos grupos encontraron en el dibujo y la fotografía del mismo sujeto, significativamente más alto que la oportunidad esperada ( $p < .01$ ).

Estos descubrimientos sugieren que dichos juegos técnicos,

pueden tener algún valor en las hipótesis de la proyección del propio cuerpo, en el dibujo de la figura humana.

Jacobson y Handler, en 1967, realizaron un estudio para ver introversión y extroversión y los resultados de la tensión, en el dibujo de la figura humana. Encontraron, que los sujetos extrovertidos tienden a dibujar figuras largas y los introvertidos, a dibujar figuras pequeñas. Se usaron cuarenta sujetos -- extrovertidos y cuarenta introvertidos, trataron de encontrar - en el dibujo una afinidad entre ansiedad y extro-introversión.- Los resultados de la valuación para las diferencias entre los - introvertidos-extrovertidos, no fueron significativas.

#### R E S U M E N :

El test de Machover: Karen Machover, publica su test en 1949, en donde sustenta la tesis de que "el niño dibuja lo que siente, más que lo que ve o sabe que es cierto". Para Machover el dibujo supone una proyección de la imagen corporal.

Cuando un sujeto intenta resolver el problema contenido en la orden "dibuja una persona", él mismo, se halla compelido a dibujar partiendo de algunas fuentes. Las figuras externas son muy variadas en sus atributos corporales para la representación espontánea; por lo que aparece un proceso de selección -- que envuelve la identificación a través de la proyección y la introyección. Se afirma que todos llegamos, en el curso del -- crecimiento, a asociar varias sensaciones, percepciones y emociones, con ciertos órganos del cuerpo. Esta investidura de -- los órganos del cuerpo, la percepción de la imagen del cuerpo, -- según se ha desarrollado por la experiencia personal, debe en -- alguna forma de guiar al sujeto que está dibujando, en la -- estructura específica y contenido , lo que constituye el propio ofrecimiento de "una persona"

Por lo tanto, el dibujo de una persona, al envolver la -  
proyección de la imagen de un cuerpo, ofrece un vehículo mate--  
rial de expresión de las necesidades y conflictos de su propio-  
cuerpo.

Estas fueron las bases para crear el dibujo de la figura  
humana y que sirvieron a Karen Machover para elaborar su presti-  
giada prueba.

Este test, el de Machover, es de aplicación sencilla y -  
rápida, está catalogado entre las pruebas de papel y lápiz; no-  
necesita calificación, sino que se interpreta directamente. La  
hipótesis para la interpretación se basa, en que la figura que-  
el sujeto dibuja, está reflejando a la persona examinada, en su  
intimidad, con los impulsos, ansiedades, conflictos y compensa-  
ciones características de tal persona. En un sentido, el suje-  
to que dibuja es la persona y el papel en el que dibuja, corres-  
ponde al medio ambiente. El proceso de dibujar la figura huma-  
na, es para un individuo, se dé o no cuenta de ello, un proble-  
ma de proyectarse a sí mismo en todo lo relativo a los signifi-  
cados y actitudes que han venido a representarse en la imagen -  
de su cuerpo.

Esta prueba se sigue usando en la clínica con buenos re-  
sultados, conjuntamente con otros tests.

Con dicha prueba, se realizó la investigación. En segui-  
da se proporcionan, los procedimientos y resultados.

## SEGUNDA PARTE

### CAPITULO I

#### 1.- APLICACION PRACTICA DE LA PRUEBA DE MACHOVER

La presente investigación se realizó con el interés primordial de ver cuáles eran las características o rasgos que, -- los pacientes diagnosticados como sujetos de la histeria de conversión, presentaban dentro del test de Machover, ya que como -- se ha dicho, este test consiste en el dibujo de la figura humana. Mi interés radicó, primeramente, en advertir qué tanto podrían los pacientes expresar en el dibujo, para manifestar sus síntomas conversivos. Posteriormente, me enfrente a los resultados, en cierta manera negativos, ya que el número de pacien--tes que podían agruparse en ese postulado fué reducido, ya que pocos reprodujeron en el dibujo, su enfermedad.

Además, como señalé anteriormente, me interesó encontrar qué rasgos de la personalidad se daban frecuentemente en este -- test, con pacientes catalogados clínicamente como histeria de -- conversión, ya que es sabido que el paciente tiende a proyectar su imagen corporal en el dibujo de la figura humana y por lo -- tanto, afloran sus dificultades y conflictos con su cuerpo.

Para llegar a esos fines, seleccioné 24 casos de perso--nas que tenían un diagnóstico de histeria de conversión, elegi--dos entre 200 estudios clínicos que se realizaron en el Hospi--tal General, del Centro Médico Nacional, perteneciente al Insti--tuto Mexicano del Seguro Social. Estas personas se encontraban hospitalizadas, allí se les hicieron todos los estudios conve--nientes, para descartar otros posibles padecimientos. De los -- 200 expedientes revisados, se hizo una selección para tener una muestra representativa; se desecharon los pacientes que tuvie--

ran mayor de 30 años y menor de 18 años; se sacaron los datos de la historia clínica como son: padecimiento actual, sintomatología, antecedentes personales y datos de exploración. De los pacientes se obtuvieron en interrogatorio directo, sus datos generales, como son: edad, sexo, escolaridad, estado civil lugar de origen y fecha de nacimiento.

Se les aplicaron las pruebas psicológicas entre las que se encontraba la prueba de Machover, aplicación hecha por la misma examinadora e interpretada dos veces, para revalidar la primera y evitar errores.

Las circunstancias del ambiente, fueron favorables para la ejecución de la prueba. Se procedió a darle al sujeto, unas hojas de papel blanco, tamaño carta, un lápiz de dureza media y una goma de borrar. Se le proporcionaron las instrucciones, diciéndole que "dibujara una persona". Al terminar, se les recomendó nuevamente que hicieran otra figura pero, del sexo opuesto a la que dibujaron. Para finalizar, se les pidió una historia o relato de cada uno de los personajes que dibujaron.

Surgieron comentarios de los propios pacientes en cuanto a la aplicación de la prueba, pues decían por ejemplo preguntando, "que si completa", "que si sólo podían dibujar la cara", "que si de perfil", etc. En fin numerosas preguntas, entre otras objetaban: "que no sabían dibujar", algunos que "no les gustaba", unos "que no podían". Las preguntas fueron contestadas por la examinadora. Las ejecuciones de la prueba se realizaron individualmente.

Se procedió a la interpretación de el test de Machover, de acuerdo con el libro de la autora y con los lineamientos dados en clase por el Doctor R. Núñez, basados en el original de la autora del test, agregando referencias y aportaciones que

han dado al respecto del test otros autores, entre ellos Anderson y Anderson. Béla Székely, Caligor, con todo esto se amplió la técnica de investigación.

## 2.- PRESENTACION DE CASOS:

Voy a exponer, una síntesis de la sintomatología de cada uno de los pacientes estudiados, para ilustrar en forma más objetiva este trabajo.

Los casos fueron:

1.- R.A.M. del C. : Paciente del sexo femenino, de 25 -- años de edad, enfermera, su estado civil es soltera. Presenta un cuadro de afonía total, iniciándolo con disfonía de instalación progresiva, acompañándose al mismo tiempo de disnea continúa.

Esto surge a raíz de la muerte de su madre. Entre otros síntomas se encuentra también. Paresia de miembro inferior --- izquierdo, insomnio, astenia y adinamia.

2.- E.L.M.L. : Paciente del sexo femenino de 24 años de edad, de ocupación secretaria, soltera. Presenta contractura muscular de los músculos maseteros, lo que le dificulta el habla y la masticación, presentando sialorrea, mareo y somnolencia. Ha tenido en dos ocasiones, aparente pérdida del conocimiento durante una hora, escuchando la paciente lo que le de---cían.

3.- M.E.J.: Mujer de 19 años, soltera, de ocupación mesera. Refiere tener dolor en epigastrio ( sin causa aparente), tipo pungitivo, de aparición lenta y progresiva hasta tornarse intenso con exacerbaciones y remisiones, irradiado a flanco de-

recho acompañado de diaforesis, hipertimia y vómitos de contenido gástrico y sabor amargo.

4.- R.G.L.M.: Paciente del sexo femenino de 18 años de edad, soltera, secretaria. Su sintomatología la inicia cuando presenta pérdida de la fuerza de miembros y caída sin pérdida de conocimiento, opresión torácica y disnea subjetiva, náusea y mareos. Este cuadro dura uno o dos segundos, sin malestar posterior.

5.- M.S.M. del C.: Mujer de 21 años de edad, soltera, trabaja como secretaria. Inicia su cuadro como un "desmayo", después de haber asistido a un entierro.

Desde entonces, ha presentado varios desmayos. Su cuadro empieza con hiperventilación y angustia, las que persisten por cuatro horas, apareciendo posteriormente, aparente pérdida de la consciencia.

Ha tenido dos intentos de suicidio, uno con sedantes -- (diazpan) y un segundo, en el que intentó cortarse las venas de ambos antebrazos y cuello, con una sierra, para inyecciones.

6.- P.M.G.: Paciente del sexo femenino, de 20 años de edad, su estado civil es soltera, su ocupación es secretaria. Presenta cuadro convulsivo, sin pérdida de la consciencia. A raíz de un disgusto con su novio, presenta ansiedad, temblor -- distal fino, diaforesis de manos, cefalea frontal interna, la cual dura unas horas y desaparece.

7.- V.Z.A.: Paciente del sexo femenino, de 24 años, empleada y su estado civil es soltera. Empieza su padecimiento de 4 años atrás, a raíz, de haber sufrido una fuerte impresión por la muerte de su jefe. Presenta crisis intermitentes de --

ansiedad y depresión, cefalea frontal, visión borrosa, vértigo-subjetivo y temblor generalizado.

8.- G.F.G.: Paciente de 26 años, del sexo femenino, de ocupación empleada, soltera. Su padecimiento lo inicia con sensación de gran debilidad, diaforesis profusa, cefalea, vómitos, bochornos. Este cuadro lo presenta cada 15 días y se acompaña de sensación precordial y adormecimiento en hombro y cadera izquierda.

9.- B.M.T.: Mujer de 30 años de edad, soltera, dedicada a la enfermería. Presenta un cuadro con los siguientes datos: cefalea, hipersomnio, incapacidad para caminar por sensación de adormecimiento, misma sensación en mano derecha que le impide presionar los objetos; vómito, también presenta crisis de asma.

10.- C.A.Y.: Paciente de 19 años, del sexo femenino, soltera, trabajadora social. Su sintomatología se manifiesta por aparente pérdida de conocimiento, con una duración de 15 minutos, llanto, posteriormente parestesia de miembro inferior izquierdo, sensación de adormecimiento en los muslos; 15 días después presenta otro cuadro con vómitos seguido de sensación vertiginosa, mialgias generalizadas de predominio en músculos de la nuca. Este cuadro dura una hora y cede espontáneamente.

11.- A.L.I.: Mujer de 25 años, soltera, de ocupación enfermera. Su padecimiento se inicia hace 4 años, tras intervención quirúrgica para corregir juanetes bilaterales. Posteriormente, la paciente presenta dolor localizado en "anillo", en topografía de la primera articulación metatarso-falángica bilateralmente, que se exacerba al caminar. Ha presentado también parestesias.

12.- H.O.E.: Mujer de 18 años. De ocupación archivista,

su estado civil es soltera. Los síntomas se inician cuando estando en caricias de tipo sexual incompleta con su novio, presenta crisis caracterizada por temblor generalizado, contracciones tónicas musculares, con accesos alternantes de llanto y risa, sin motivo alguno y que cedió en forma espontánea. Estos episodios, se han repetido en otras ocasiones.

13.- H.A.T.: Paciente del sexo femenino de 27 años de edad, afanadora, soltera. Ha presentado alteraciones sensitivo-motoras. Además, cefalea de predominio occipital, mareos, palpitations, disnea subjetiva, hiporexia, astenia, adinamia e insomnio persistente. Todas estas situaciones se han desencadenado, por su dificultad con sus relaciones interpersonales.

14.- Z.Q.M. del C.: Paciente del sexo femenino, de 28 años de edad, secretaria, soltera. Presenta una reacción de ansiedad, matizada con somatizaciones como de presión precordial, sensación de asfixia, parestesias, sudoración profusa y vértigos.

15.- M.de R.T.: Paciente de 19 años, casada, dedicada a las labores del hogar. Su cuadro se inicia con un estado de angustia con opresión precordial, palpitations no dolorosas, vértigo subjetivo, con sensación de que los objetos a su alrededor se mueven, sudoración profusa. Además, tiene antecedentes de crisis de llanto, pérdida del conocimiento y adormecimiento del cuerpo.

16.- M.de G.D.: Mujer de 25 años, casada, afanadora. Presenta crisis clónicas tónicas de miembro superior, con aumento de tono muscular, con falsa pérdida del conocimiento, imposibilidad para hablar, polipnea, angustia.

17.- F.de V.H.: Mujer de 27 años, casada dedicada a las labores del hogar. Su padecimiento tiene 9 años de evolución,-

caracterizado por sensación de tumoración (de bola), en la garganta, dificultad para tragar y vómitos. Esto se desencadenó, al ver a su novio bailando con otra mujer.

18.- C.de O.A.: Paciente de 30 años, dedicada a las --- labores del hogar, casada. Entre sus síntomas se encuentran: - que fallece en forma repentina, incapacidad para mover las piernas, llanto, mareos, náusea. También se diagnosticó urticaria, de etiología alérgica.

19.- B.P.N.: Mujer de 30 años, casada, de ocupación secretaria. Comienza su enfermedad con una crisis nerviosa, - - caracterizada por caída al suelo, sin pérdida de conocimiento, - ni movimientos anormales. Recuperándose después, al cabo de -- breves minutos esta crisis la ha presentado cada 3-4 días. Tam bien se advirtió diaforesis, disnea y paresia del miembro superior izquierdo.

20.- G.G.W.: Mujer de 24 años, casada, dedicada a su hogar. Presenta paraparesia, incapacidad de sostenerse en pie y caminar, disartria, contracción de los músculos de la boca; dolor lumbar a nivel epigástrico.

21.- R.G.F.M.: Paciente del sexo masculino, de 19 años. Soltero, técnico electrónico. Entre sus síntomas encontramos - pérdida de fuerza muscular, parestesias generalizada tipo hormigueo en todo el cuerpo, cuando existen situaciones emocionales - se presenta este cuadro. También presentó cuadro de pérdida de la consciencia, hormigueo generalizado, sensación de asfixia y temblor en todo el cuerpo.

22.- D.L.T.: Hombre de 30 años, casado, empleado. Su cuadro se inicia cuando al ir caminando presenta sensación de - sentirse mareado, vista nublada, adinamia; posteriormente, pe--

santez de nuca, excitación, palpitaciones. Ese mismo día, presenta también hiperventilación, acroparestesias, espasmo en - - miembro superior.

23.- G.O.J.: Hombre de 21 años. Casado. Obrero. Inicia su padecimiento con cambios de conducta; ansiedad y crisis de - excitación psicomotriz. Ha presentado paresias de las extremidades inferiores, vértigos.

24.- F.P.E.: Hombre de 27 años, vendedor, soltero. Presenta cuadro de nerviosismo, sudoración, sensación de angustia, lipotimias ocasionales (ligadas a situaciones de tensión) y síntomas digestivos, mal sistematizados.

CUADRO DE GENERALIDADES

NOMBRE	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	DIAGNOSTICO *
1.- R.A.M.	Fem.	25 años	Enfermería	Reacción conversiva
2.- E.L.M.L.	Fem.	24 "	Comercio	Reacción conversiva
3.- M.E.J.	Fem.	19 "	5o. Primaria	Síndrome Conversivo
4.- R.G.L.	Fem.	18 "	Comercio	Reacción conversiva
5.- M.S.M.	Fem.	21 "	Comercio	Reacción Psiconeurótica mixta
6.- P.M.G.	Fem.	20 "	Comercio	Reacción Psiconeurótica mixta
7.- V.Z.A.	Fem.	24 "	Comercio	Reacción Psiconeurótica mixta
8.- G.F.G.	Fem.	26 "	Comercio	Reacción Psiconeurótica mixta
9.- B.M.T.	Fem.	30 "	Enfermería	Síndrome Conversivo.
10.- C.A.Y.	Fem.	19 "	Trabajo Social	Histeria.
11.- A.L.I.	Fem.	25 "	Enfermería	Reacción Psiconeurótica mixta
12.- H.O.E.	Fem.	18 "	Archivista	Reacción Psiconeurótica mixta
13.- H.A.T.	Fem.	27 "	Primaria	Reacción Psiconeurótica mixta
14.- Z.Q.M.	Fem.	28 "	Comercio	Reacción Psiconeurótica mixta
15.- M.de R.	Fem.	19 "	Secundaria	Reacción Psiconeurótica mixta
16.- M.de G.	Fem.	25 "	5o. Primaria	Reacción Conversiva
17.- F.de V.	Fem.	27 "	Primaria	Reacción Psiconeurótica mixta
18.- C.de O.	Fem.	30 "	Comercio	Reacción Psiconeurótica mixta
19.- B.P.N.	Fem.	30 "	Comercio	Reacción Psiconeurótica mixta.
20.- G.G.W.	Fem.	24 "	Bachillerato	Reacción Psiconeurótica mixta
21.- R.G.M.	Mas.	19 "	1ª Ingeniería	Cefalea tensional con fenómenos conversivos.
22.- D.L.T.	Mas.	30 "	Contador Privado	Reacción psiconeurótica mixta
23.- G.O.J.	Mas.	21 "	1ª Secundaria	Reacción Conversiva
24.- F.P.E.	Mas.	27 "	Secundaria	Reacción Psiconeurótica mixta

\* Los diagnósticos citados en este cuadro, fueron copiados de los expedientes de los pacientes; por lo tanto, dichos diagnósticos, son basados en el criterio de los Médicos del I.M.S.S. En este cuadro, encontramos datos generales, como son la edad, el sexo, escolaridad, además del diagnóstico de cada uno de los pacientes. Vemos que en este grupo, la mayoría de los sujetos son mujeres, solteras, con una preparación de estudio máxima, hasta la subprofesión de comercio o bien de enfermería. Sólo 6 son casadas. De este grupo de 24 personas, sólo son 4 del sexo masculino y 20 del femenino.

CAPITULO II

1.- RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACION CLINICA DEL TEST.

CUADRO DE RASGOS QUE CON MAYOR FRECUENCIA, APARECEN EN LOS PACIENTES HISTERICOS, CUANDO SE APLICA EL TEST DE MACHOVER.

RASGOS	NUMERO DE PACIENTES QUE LO PRESENTAN	PACIENTES QUE NO LOS TIENEN	% DE PACIENTES - QUE LO PRESENTAN
1.- Problemas sexuales	24	0	100 %
2.- Agresividad	22	2	91 %
3.- Egocentrismo	22	2	91 %
4.- Narcisismo	19	5	79 %
5.- Preocupación por lo sexual	17	7	70 %
6.- Inseguridad	16	8	66 %
7.- Control de impulsos	15	9	62 %
8.- Conflictos sociales	15	9	62 %
9.- Atención a la opinión ajena	12	12	50 %

Contrariamente a los rasgos que yo esperaba encontrar en este test, me enfrenté con -- los resultados de que los pacientes histéricos, no siempre presentan en su prueba de -- MACHOVER, rasgos como:

RASGOS	NUMERO DE PACIENTES QUE LO PRESENTAN.	PACIENTES QUE NO LOS TIENEN	% DE PACIENTES- QUE LO PRESENTAN
1.- Introversión	11	13	45%
2.- Deficiente identificación - Psicosexual	10	14	41%
3.- Deseo de ocultamiento	10	14	41%
4.- Pobreza de contenido	7	17	29%
5.- Infantilismo	6	18	25%
6.- Carácter pasivo	6	18	25%
7.- Impulsividad	5	19	20%
8.- Ansiedad	3	21	12%

Además, otros autores como Anderson y Anderson, Béla Székely, Caligor, en sus investigaciones de la prueba, encontraron algunos rasgos que sería interesante señalar, ya que Machover no los había investigado, y que son:

RASGOS	NUMERO DE PACIENTES QUE LO PRESENTAN	PACIENTES QUE NO LOS TIENEN	% DE PACIENTES - QUE LO PRESENTAN
1.- Inmadurez emocional	20	4	83 %
2.- Tendencia a la evasión	19	5	79 %
3.- Deseos de parecer más inteligente	19	5	79 %
4.- Dependiente	18	6	75 %
5.- Receptivo	14	10	58 %
6.- Tendencia a las fantasías de -- tipo sexual	12	12	50 %

## 2.- CASOS TIPICOS ENCONTRADOS POR EL TEST DE MACHOVER.

Importa a la investigación, presentar estos seis casos - que podrían ser representativos de los Machover realizados por pacientes con una personalidad histérica y con un diagnóstico - de histeria con somatizaciones, ya que en ellos vemos los dibujos clásicos que ellos representan.

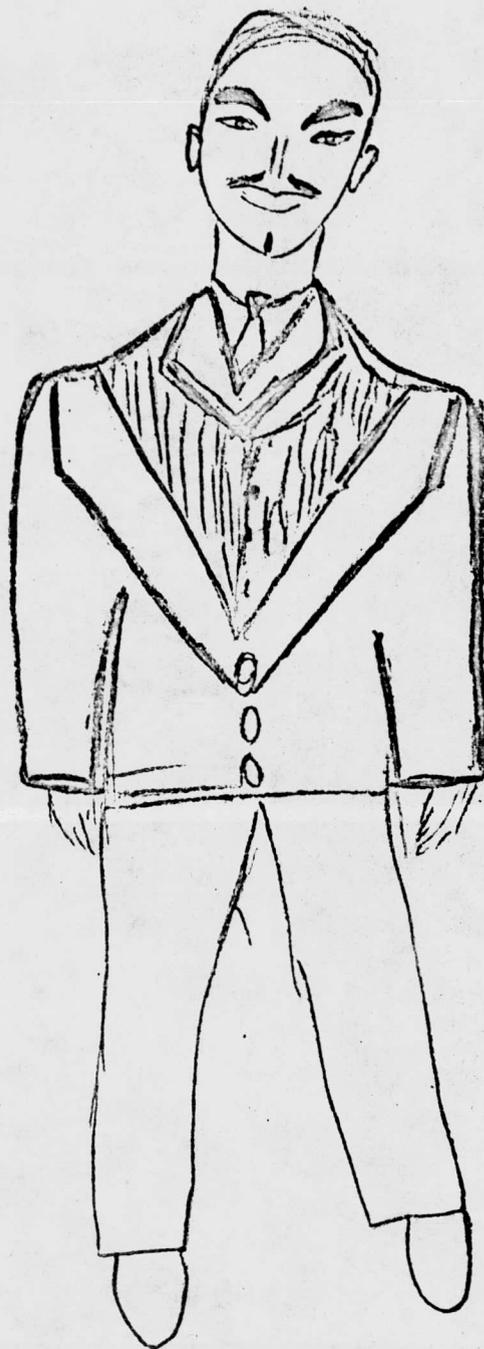
Hallamos en estos pacientes una exaltación del ego (egocentrismo), preocupación por los aspectos sexuales y conflictos en esta esfera, narcisismo, excesiva preocupación por el quedar bien tratando de realizar su figura muy bien terminada. Todos los dibujos nos dá la impresión de no faltarles detalles, es decir una necesidad de presentar una buena apariencia, siendo narcisistas en el vestir; en su aspecto, las figuras dan la sensación de una actitud seductora. Presentan rasgos agresivos; también vemos conflictos en la esfera social, con sus relaciones - interpersonales.

EJEMPLOS ILUSTRATIVOS



EJEMPLO # 1

(V.Z.A.) MUJER DE 24 AÑOS, SOLTERA



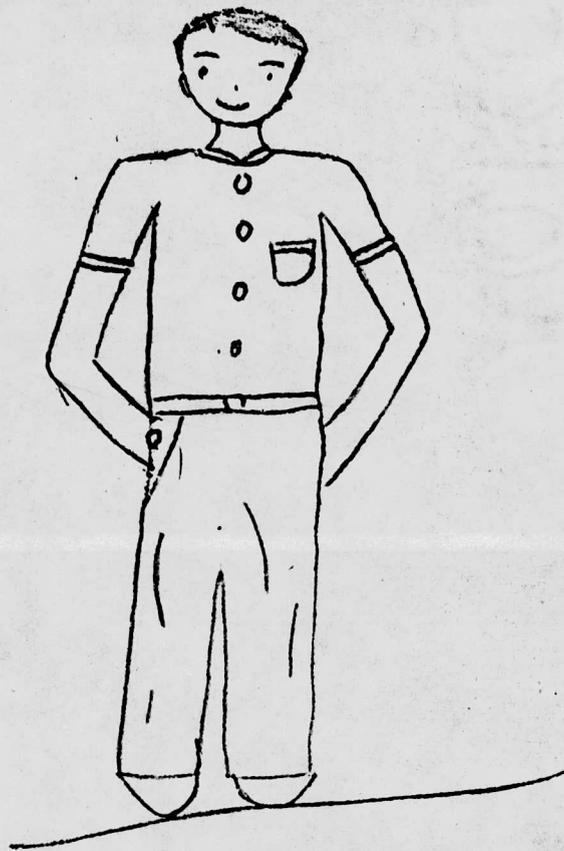
EJEMPLO # 2

(G.G.W.) MUJER DE 24 AÑOS, CASADA



EJEMPLO # 3

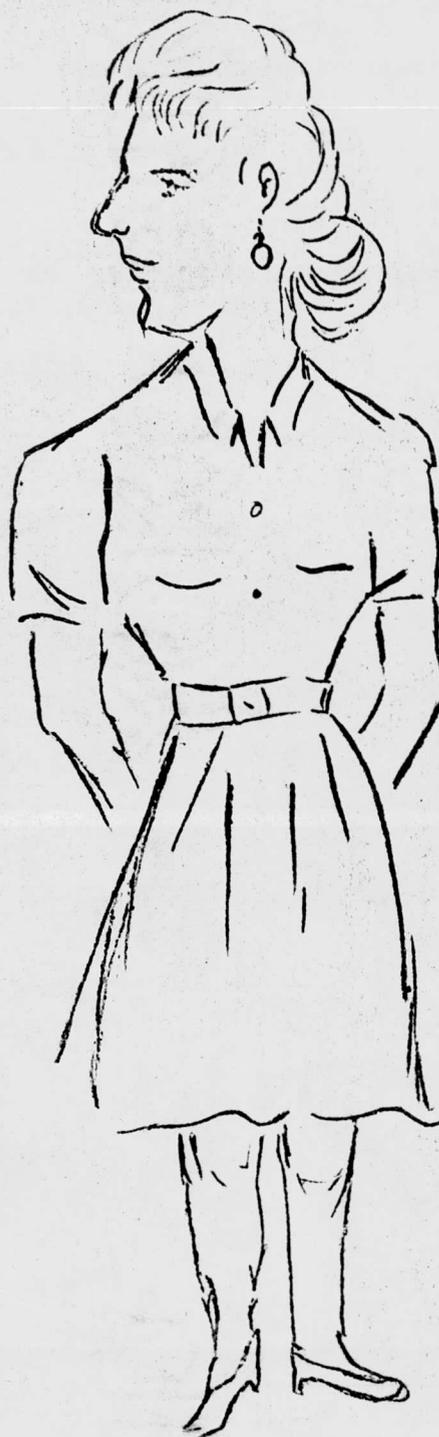
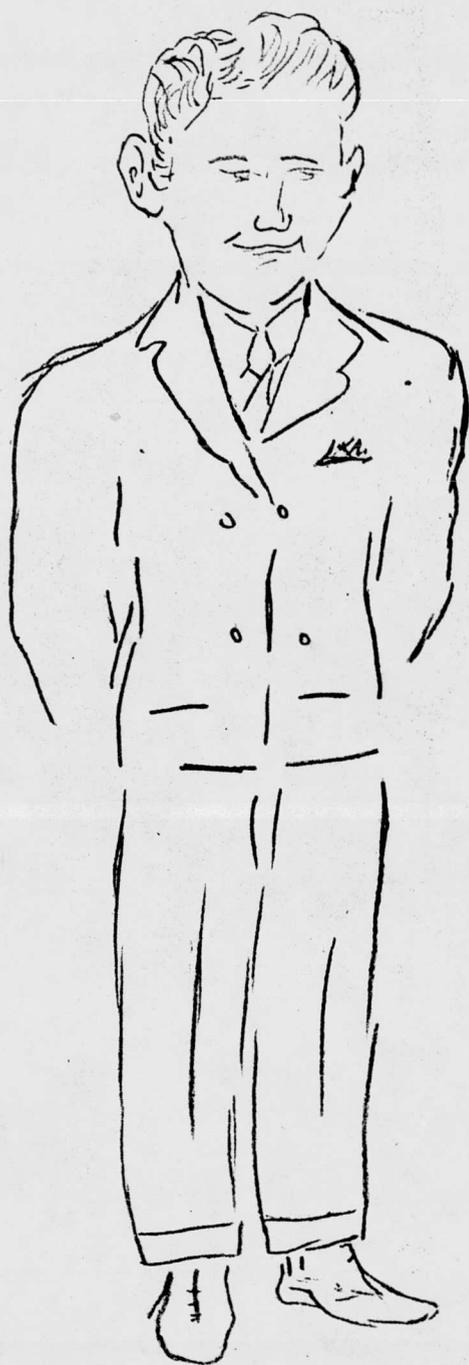
(R.G.L.M) MUJER DE 18 AÑOS, SOLTERA



EJEMPLO # 3

(R.G.L.M) MUJER DE 18 AÑOS, SOLTERA

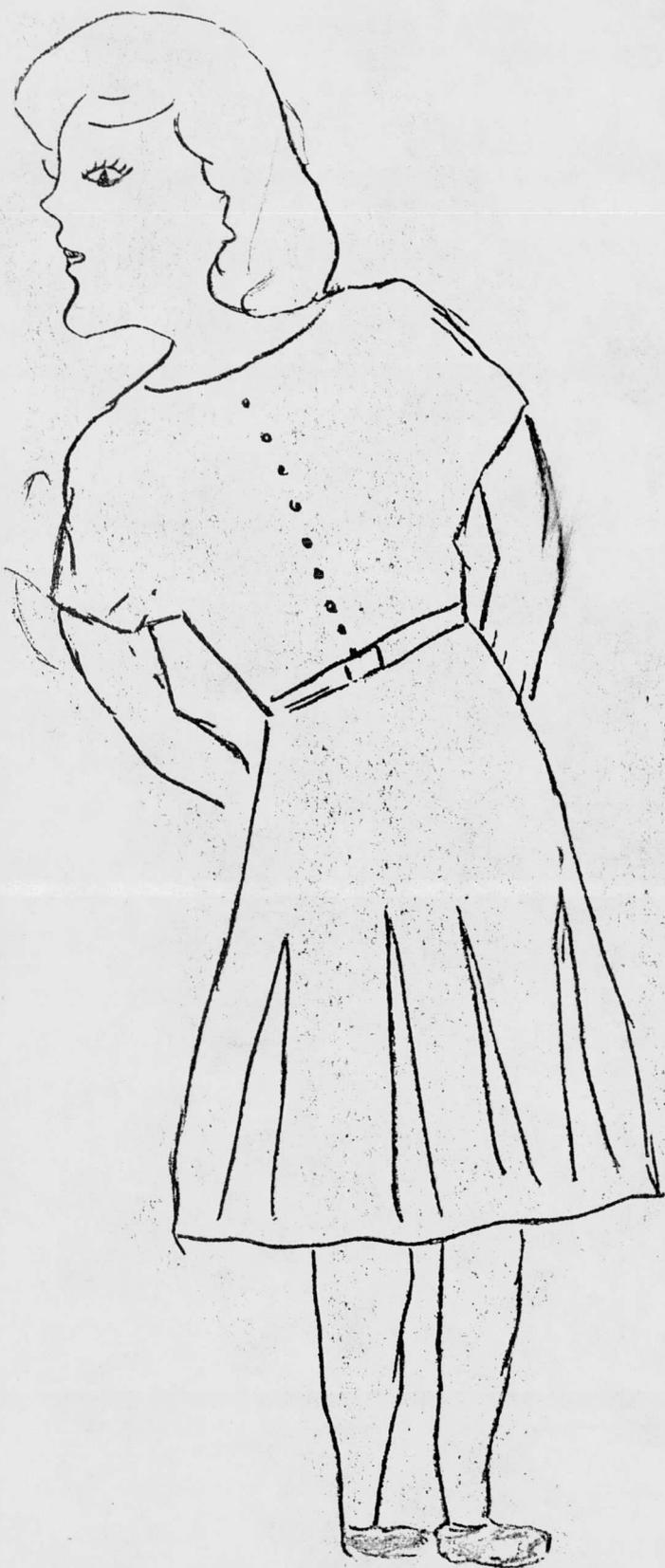
46 bis



EJEMPLO # 4

(B.MT)

(B.M.T.) MUJER DE 30 AÑOS, SOLTERA



EJEMPLO # 5

(B.P.N.) MUJER DE 30 AÑOS. CASADA



EJEMPLO # 6

(M.S.M. del C.) MUJER DE 21 AÑOS. SOLTERA

49

Se presentan estos dibujos porque encontré que había una proyección de su conflictiva somática, ya que viéndolos con detenimiento y leyendo su sintomatología, advertí que en el área de la expresión de sus conflictos evidenciaron éstos en forma más demarcada, haciendo hincapié en esa área o presentando borraduras, omisiones y demás en la misma circunscripción.

En el primer ejemplo, perteneciente a C.A.Y., la paciente como se dijo anteriormente en la presentación de datos, presenta parestias de miembros inferiores; examinando sus dibujos encontramos que al realizar la primera gráfica no le alcanzó -- una hoja, por lo que uso otra más, dibujando solamente los pies en el otro papel. Se podría objetar aquí, que esto podría ser normal, ya que la paciente le hizo falta papel, pero encontramos que en su segunda figura la masculina, no hay ese problema, además que no es frecuente que una persona use dos hojas de papel para un solo dibujo. Con otra característica que de los 24 casos presentados sólo en ella se presenta esa situación.

Ejemplo segundo: En esta paciente seleccionada (A.L.I.) encontramos que tuvo problemas de dolor, localizado en topografía de la primera articulación metatarso-falángica bilateral. Al ver sus dibujos observamos que hace énfasis en las piernas, especialmente las rodillas, lo cual no es frecuente que hagan hincapié en ellas; aquí lo reforzamos porque se presenta en las -- dos figuras. Además encontramos que en sus dibujos hay pobreza de contenido, siendo muy primitivo; sin embargo dibuja las rodillas con una insistencia a considerar.

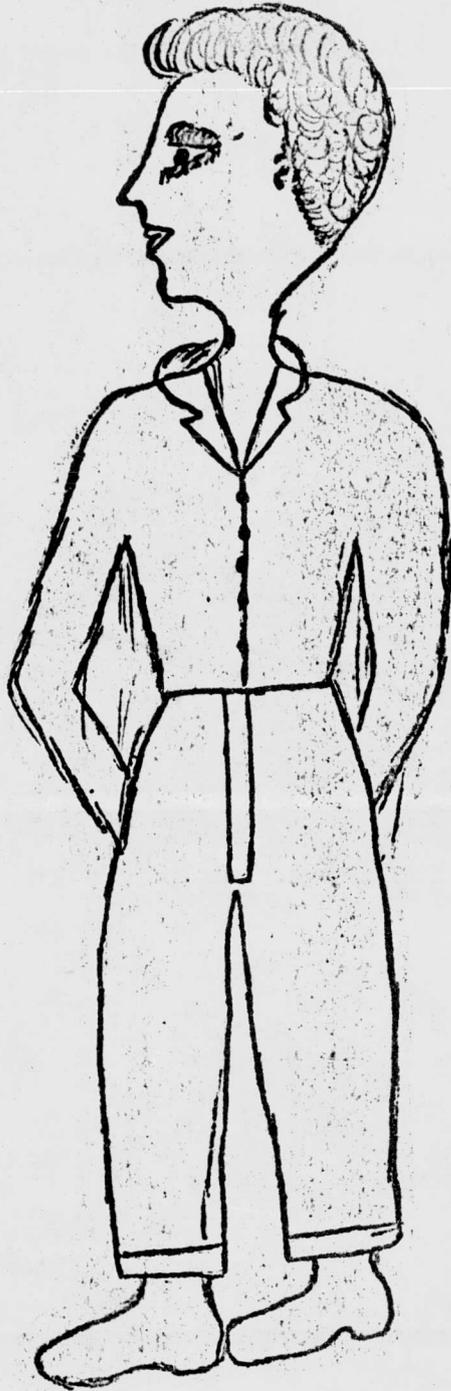
Tercer ejemplo: (G.O.J.), presenta en sus síntomas parestias de extremidades inferiores, en sus dibujos encontramos que en las piernas el sujeto las corta, por eso están incompletas.-- Lo que podría ser representativo de la expresión de sus conflictos físicos.



EJEMPLO # 1

(C.A.Y) MUJER DE 19 AÑOS. SOLTERA

20.-

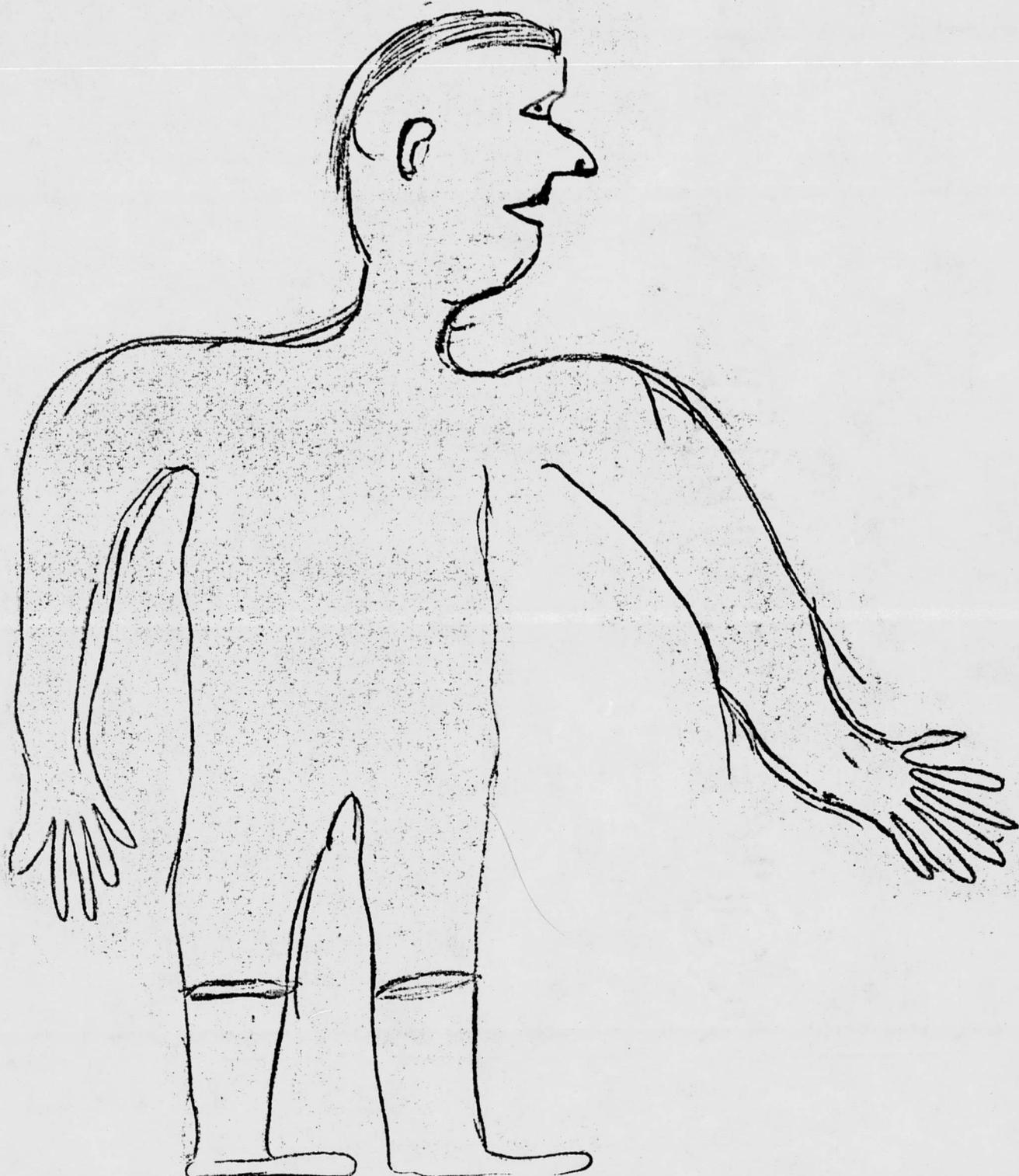


Hombre.-

EJEMPLO # 1

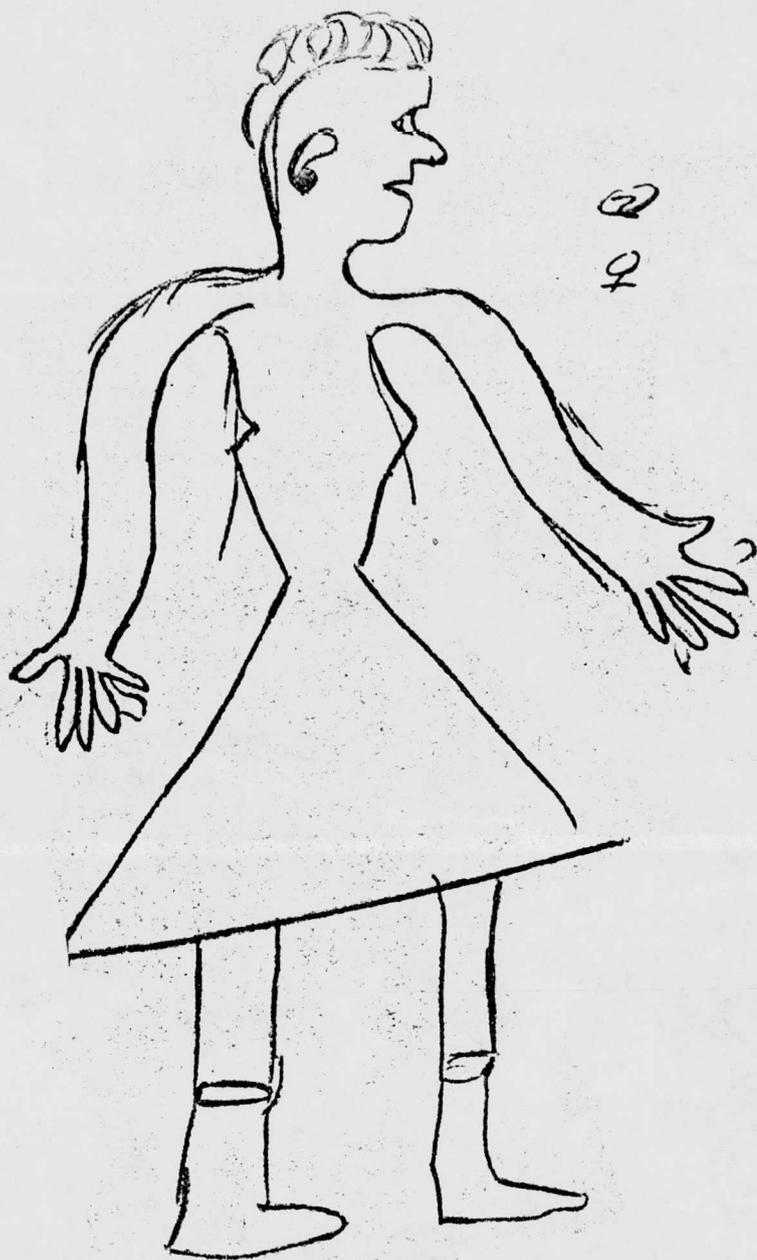
(C.A.Y) MUJER DE 19 AÑOS. SOLTERA

51 bis



EJEMPLO # 2

(A.L.I.) MUJER DE 25 AÑOS. SOLTERA



EJEMPLO # 2

(A.L.I.) MUJER DE 25 AÑOS. SOLTERA

52 bis



EJEMPLO # 3

(G.O.J.) HOMBRE DE 22 AÑOS. CASADO

### CAPITULO III

#### 1.- INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.

En el estudio realizado, advertimos que los rasgos de -- personalidad que presentan los pacientes en su prueba de Machover, concuerdan con los encontrados en pacientes con personalidad histérica desde un punto de vista clínico. Por lo tanto, a nivel de prueba psicológica, existe una comprobación de los rasgos clínicos de las personas que presentan una personalidad histérica y una reacción de conversión.

A continuación, se presentan los rasgos de personalidad encontrados en la prueba de Machover y que también se advierten en la clínica:

a) PROBLEMAS EN LA ESFERA SEXUAL. Este síntoma lo podemos ver en los antecedentes personales de los pacientes, tratándose de mujeres, éstas han tenido experiencias sexuales tempranas bien en la niñez, bien en la pubertad, productos de violaciones, incestos, etc.; también vemos que han tenido unas madres rechazantes y dominantes.

Las mujeres casadas no logran tener la felicidad conyugal, ya que muchas veces el impulso sexual se satisface por medio de la fantasía de tipo sexual. Al mismo tiempo que existe rechazo, tiene una gran preocupación por los aspectos sexuales, dándoles mucha importancia.

b) AGRESIVIDAD. Estas personas tienden a ser muy agresivas en sus relaciones interpersonales, lo cual es muy manifiesto en la ejecución de sus dibujos; tiene un tipo de conducta caracterizado por la disposición a atacar.

c) EGOCENTRISMO. Los sujetos de esta variante, están -- muy fijados a su propio cuerpo, con grandes manifestaciones de amor hacia ellos mismos, queriendo ser el centro de atención, -- para la satisfacción de su egocentrismo. Tienen un acendrado -- imperativismo para cubrir sus propias necesidades, pero desde -- un punto de vista primitivo, es decir circundando todas las -- reacciones a la satisfacción de su "yo".

d) NARCISISMO. Como vimos anteriormente son sujetos muy egocéntricos, lo que tiene estrecha relación con el narcisismo, presentado también éste, o sea tienen amor hacia ellos mismos. -- Psicoanalíticamente diríamos que es una persistencia de una fase primitiva de desarrollo psicosexual, en que el objeto sexual u objeto de amor sigue siendo el yo.

e) PREOCUPACION POR LO SEXUAL. Son aspectos que para -- ellos tienen mucha importancia, dándoles un lugar primario, -- sin embargo no logran tener una conducta adecuada en ésta esfera.

f) INSEGURIDAD. Los pacientes de ésta situación, manifiestan en forma reiterada, la incertidumbre de no encontrar -- orientación adecuada a su conducta; esto es, no presentan rasgos distintivos hacia las diferentes variantes de que se ha hablado, su inseguridad es manifiesta en cuanto a orientación y -- firmeza del dibujo que trazaron.

g) CONTROL DE IMPULSOS. Este aspecto de la prueba es -- revelador de cómo los sujetos de la misma, gráficamente expresan su angustia de sumisión sexual, contradiciendo el grafismo de la misma prueba, que aflora o pone de manifiesto el ahogamiento sexual pretendido.

h) CONFLICTOS SOCIALES. Las relaciones de los sujetos --

son superficiales, no pudiendo llegar a tener amistades duraderas. Constantemente tienen conflictos en sus relaciones interpersonales, por sus problemas de inseguridad y narcisismo.

i) ATENCION A LA OPINION AJENA. Estas personas le dan demasiada importancia a la crítica de la sociedad, tomando en cuenta todas las expresiones que de ella exponen al respecto de su persona, pues son susceptibles a los comentarios y críticas.

Las investigaciones realizadas por los otros autores que se citan en un cuadro anterior, encontramos rasgos que también serán característicos de este tipo de pacientes y son:

1.- INMADUREZ EMOCIONAL: Para la escuela psicoanalítica, implica una fijación a la infancia, que ciertos sujetos presentan bajo la forma de una persistencia de actitudes infantiles y una detención de la sexualidad que permanecerá en sus estadios iniciales. Este retraso en la maduración de la afectividad se pone de manifiesto en un egocentrismo.

2.- TENDENCIA A LA EVASION: La actitud de estas personas son con una tendencia a la huida, cuando debe de hacer frente a ciertas situaciones. Son incapaces de enfrentarse a ellas, pues tienden a huir antes.

3.- DESEOS DE PARECER MAS INTELIGENTE: Tratan tanto en sus dibujos, como en su manera de actuar, de dar la impresión de personas inteligentes; en su trazo encontramos esos rasgos, enfatizándolos.

4.- DEPENDIENTE: Son aquellos sujetos que entablan una relación social de una persona con otra, de tal forma que el sujeto dependiente recibe ayuda del otro y está bajo su control. Son individuos que necesariamente dependen de alguna gente.

5.- RECEPTIVO: Se caracterizan los sujetos, por el querer estar recibiendo, sin que ellos puedan aportar nada, todas las cosas deben ser fuera de su propio cuerpo.

6.- TENDENCIAS A LAS FANTASIAS DE TIPO SEXUAL: Los afectados, lo toman como un instrumento para desviar el impulso sexual, ya que no lo logran en el aspecto de las relaciones sexuales.

## 2.- RESUMEN GENERAL.

Se realizó una investigación sobre la prueba de Machover con el objeto de ver, cuales eran los rasgos que frecuentemente presentan los pacientes, catalogados, como conversivos; además, de ver si existía una proyección de su conflictiva somática, -- en el dibujo.

Este trabajo se elaboró, tomando en cuenta a 24 casos -- de personas que tenían un diagnóstico de histeria de conversión aplicándoseles la prueba de Machover. Estos sujetos fueron de diferentes edades, fluctuando entre los 18 años como mínimo y 30 años como máximo. Entre ellos había sujetos del sexo femenino y masculino; algunos casados, sin embargo la mayoría son solteros.

Los resultados nos reportaron datos positivos, ya que se encontró una comprobación de los datos clínicos con los rasgos hallados a nivel de prueba psicológica, es decir los rasgos característicos de la personalidad que presentan los pacientes -- histéricos, los hallamos también en su dibujo de la figura humana, por medio de la interpretación gráfica del test.

Sólo se encontraron tres ejemplos de proyección de su -- conflictiva somática en el dibujo, los cuales se presentan en -- fotocopias; los 21 restantes no manifestaron en el dibujo sus -- síntomas corporales.

## TERCERA PARTE

### CONCLUSIONES

PRIMERA: La prueba de Machover, es un útil instrumento, tanto en su aplicación clínica, como en otras áreas de trabajo.

SEGUNDA: El Test estudiado, no satisface cuando se utiliza para la proyección de la conflictiva somática, puesto que a los pacientes a quienes se les aplicó no presentan, los síntomas corporales típicos, indicadores de tal padecimiento, que sí se encuentra al buscarse a través de técnicas médicas.

TERCERA: Como ya se dijo, el examen de la figura humana ideado por Machover, no sólo es de aplicación relevante en la clínica, sino en otras esferas de trabajo como en el campo industrial para selección de personal, como auxiliar pedagógico, para la orientación vocacional y ocupacional de los jóvenes; y sobre todo, en la actividad médica, para apoyar diagnósticos y pronósticos, porque revela características de la personalidad del sujeto. Además, se puede emplear esta prueba de Machover, por la eficiencia que encierra y que fué verificada en tantos nuevos sectores de la actividad humana y que a diario el progreso revela, poniendo al alcance del hombre una técnica más.

CUARTA: Independientemente del relevante valor científico de la prueba de Machover, su sencillez y valor económico reducido, se manifiestan al darse los elementos de trabajo que no son otros, sino un lápiz y una hoja de papel blanco.

QUINTA: Es finalmente, la substantividad del trabajo que se presenta, una contribución modesta, pero de tal manera práctica y de resultados provechosos a la humanidad doliente, que se hace con la incipiente preparación de un estudiante, --

pero con el devoto fervor que dá el convencimiento alcanzado --  
a través de la investigación.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Anderson y Anderson: "Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico". Rial, Madrid. 1963.
- 2.- Annastasi Anne: "Tests psicológicos". Aguilar, México. 2a.- edición. 1966.
- 3.- Apfeldorf Max y Smith Walter J.: "The representation of - - the body self in human figure drawings". Journal of projective technique. Vol. XXX, p. 283-289. 1966.
- 4.- Baruk Henri: "Psychoses et nérvroses" Press universitaires de France, Paris. 4a. edition. 1946.
- 5.- Bender Lauretta: "Test gúestáltico visomotor". Paidós, Buenos Aires, 2a. edición. 1964.
- 6.- Bleuer Eugen. "Tratado de psiquiatría". Espasa Calpe, S.A., - Madrid. 1967.
- 7.- Caligor Leopoldo: "Nueva interpretación psicológica de dibujo de la figura humana". Kapelusz, Buenos Aires. 1960.
- 8.- Fenichel Otto M.D.: "Teoría psicoanalítica de las neurosis" Nova, Buenos Aires. 1946.
- 9.- Freud Sigmund: "Obras completas de Freud". Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.
- 10.- De la Fuente M. Ramón: "Psicología Médica". Fondo de Cultura Económica, México-Buenos Aires. 5a. edición. 1964.
- 11.- Goodenough Florence L.: "Test de inteligencia infantil". - Paidós, Buenos Aires. 5a. edición. 1965.
- 12.- Handler L. y Reyher J.: "Figure drawing anxiety indexes". - Journal of projective technique. Vol. XXIX, p. 305-313. 1965
- 13.- Henri Ey, P. Bernard, Ch. Brisset: "Tratado de psiquiatría". Toray-Masson S.A., Barcelona. 1965.
- 14.- Hoffling Charles K.: "Tratado de psiquiatría". Interamericana S.A., México D.F. 1a. edición. 1967.
- 15.- Jacobson Howar y Leonard Handler: "Extroversion-introversion and effects of stress on the draw-a-person test". - - Journal of consulting psychology. Vol. XXXI, p. 433. 1967.

- 16.- Kaplan M., Freedman M.D., Alfred M., Harold I.: "Compre--  
hensible text-book of psychiatry". Williams Wilkings Compa  
ny, Baltimore 12 edition, 1967.
- 17.- Kretschmer Ernest: "Histeria, reflejo, e instinto". Labor  
S.A., Barcelona Madrid. 6a. edición, 1963.
- 18.- Machover Karen: "Personality Projection in the drawing --  
of the human figure". Springfield, Ill Chas. C. Thomas, --  
1948.
- 19.- Mayer Gross: "Psiquiatría clínica". Paidós, Buenos Aires.-  
1958.
- 20.- Mira y López E.: "Psiquiatría Básica". El Ateneo, Buenos -  
Aires, 1947.
- 21.- Mueller F.L.: "Historia de la Psicología" Fondo de Cultura  
Económica, Buenos Aires - México. 1a. edición. 1963.
- 22.- Murphy Gardner: "Introducción histórica a la psicología --  
contemporánea". Paidós, Buenos Aires. 2a. edición, 1964.
- 23.- Noyes Arthur, Kolb Lawrence: "Psiquiatría clínica moderna".  
Prensa Médica Mexicana, México. 3a. edición, 1966.
- 24.- Pichot Pierre: "Los tests mentales". Paidós, Buenos Aires.  
1a. edición, 1960.
- 25.- Porot A.: "Diccionario de Psiquiatría". Labor S.A., Barce-  
lona 1962.
- 26.- Reichart M.: "Psiquiatría general y especial". Gredos, --  
Madrid. 4a. edición. 1958.
- 27.- Ruoma Georges: "El lenguaje gráfico del niño". El Ateneo  
Buenos Aires. 1947.
- 28.- Schilder P.: "The image and appearance of the human body"  
London and Company, Ltd. 1935.
- 29.- Sluchevski I.F.: "Psiquiatría". Grijalvo. 1a. edición, --  
1960.
- 30.- Sole Sagarra, Karl Leonhard: "Manual de Psiquiatría". --  
Morata, Madrid. 1a. edición, 1953.
- 31.- Székely Béla: "Los tests. Manual de técnicas de explora-  
ción psicológica". Kapelusz, Buenos Aires, 5a. edición, 1966.