

35
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

AUTOCONCEPTO EN NIÑOS CON
ACONDROPLASIA.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
MARTIN CONSUEGRA NIETO

Director de Tesis:

Lic. Alma Mireya López Arce

México, D. F.

1992.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES.....	5
MARCO TEORICO	
ASPECTOS GENETICOS.....	12
CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ACONDROPLASIA.....	18
ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA ACONDROPLASIA.....	25
AUTOCONCEPTO E IMAGEN CORPORAL.....	48
TEORIA FENOMENOLOGIA.....	54
TEORIA NEUROLOGICA.....	62
TEORIA PSICOANALITICA.....	93
METODO	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	128
HIPOTESIS.....	128
DEFINICION DE VARIABLES.....	128
POBLACION.....	129
SUJETOS.....	129
ESCENARIO.....	130
INSTRUMENTOS.....	131
PROCEDIMIENTOS.....	132
ANALISIS DE RESULTADOS.....	133
INTERPRETACION.....	147

DISCUSIONES.....	149
CONCLUSIONES.....	158
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	163
REFERENCIAS.....	180

ANEXOS

ANEXO 1.....	187
ANEXO 2.....	188
ANEXO 3.....	189
ANEXO 4.....	190
ANEXO 5.....	202

INTRODUCCION

El ser humano siempre ha mostrado cierta preocupación por su aspecto físico, ya que de éste depende en gran parte de la manera como se relaciona con su medio social.

Aquellas enfermedades que llevan consigo algún tipo de limitación física o cambios en el aspecto físico, generan toda una problemática en el individuo, en su familia y en sus relaciones sociales; en donde difícilmente podrán ser aceptados por sus características especiales.

Las pautas o estándares que el grupo social impone son muy rígidas y cualquier persona que por diferentes circunstancias no cumpla con los atributos propuestos por su medio social, lleva consigo las connotaciones de "ser diferente", "es extraño", "es raro", "es curioso", etc. Por desgracia la apariencia física ha relegado a otros hámbitos menos importantes al verdadero sentimiento del ser humano.

La acondroplasia es un padecimiento genético que se manifiesta en la estructura corporal del sujeto, en donde se da una desproporción de sus miembros.

El hecho de que un niño acondroplásico tenga una estructura corporal diferente al resto de la gente, implica el hecho de que éste va a repercutir en su autoconcepto y en el establecimiento

de un tipo de relación social muy particular.

El presente trabajo de tesis hace un análisis de la problemática a 3 niveles:

- 1) En el niño,
- 2) En la familia,
- 3) A nivel social.

Lo que aquí se pretende, es mostrar un enfoque biopsicosocial del padecimiento; y se propone un plan de intervención psicoterapéutica para cada nivel.

De aquí surge la siguiente reflexión: Si éstos niños sufren alteraciones en su esquema corporal debido a su padecimiento; ¿Existen o no cambios en su imagen corporal, es decir, en la representación mental que tienen de su cuerpo y cómo afecta ésto a su autoconcepto?

El título del presente trabajo de tesis, hace referencia al autoconcepto del niño acondroplásico y ésto permite tener una aproximación al estudio de la imagen corporal.

La investigación se basa en tres corrientes teóricas que se enfocan al estudio del cuerpo desde el punto de vista fenomenológico, neurológico y psicoanalítico.

De aquí se plantea una aproximación al estudio de la imagen -

corporal, en donde las aportaciones de cada teoría permiten entender el concepto del cuerpo en toda su extensión.

El nacimiento de éstos niños genera todo un impacto emocional en los padres y en la familia, en donde se provoca toda una movilización de la estructura familiar.

Aquí se analizan las reacciones de los padres y de la familia, así como las repercusiones a nivel social. De esto depende en gran parte la adecuada aceptación de sí mismo del niño acondroplásico.

La hipótesis que aquí se plantea, es que el padecimiento afecta de igual manera el autoconcepto tanto de los niños como de las niñas acondroplásicos. Por lo que metodológicamente se hizo la comparación entre dos grupos para determinar si existen o no diferencias significativas entre ambos.

Para tener un conocimiento del autoconcepto y la imagen corporal en estos niños, se recurrió a las pruebas proyectivas: El Frases Incompletas para el autoconcepto y el test de la Figura Humana de K. Machover para la imagen corporal y rasgos de personalidad.

A partir del análisis de los resultados estadísticos y de la interpretación clínica de las pruebas, se hizo una interpretación descriptiva de las pruebas utilizadas y que permitió obtener el conocimiento del autoconcepto y la imagen corporal en estos niños.

El autoconcepto de estos niños es devaluado debido a que el medio ambiente en el que se desenvuelven no permite el adecuado desarrollo de sus potencialidades, sin embargo, se observa que la imagen corporal o la representación mental de su cuerpo va de acuerdo a su estructura corporal, lo que permite aseverar que el Self de estos niños está integrado a su personalidad, lo que preserva su sentimiento de identidad como acondroplásico.

De aquí surge la relevancia de las relaciones objetales en éstos niños, por lo que hipotéticamente se deduce que la relación de éstos con su madre fue del todo satisfactoria y que éstas cumplieron con su función en cuanto al establecimiento de un vínculo afectivo con el niño durante el curso de su desarrollo.

ANTECEDENTES

Desde la antigüedad, las anomalías en el tamaño de las personas, ha sido un tema de interés no solo para la medicina, la genética etc; sino que también se ha extendido a otros ámbitos como el arte, la literatura y recientemente en la psicología.

Tradicionalmente se ha relacionado el "ser grande" con el poder. Esto se observa desde tiempos muy primitivos, en donde por motivos de supervivencia, la persona grande en estatura, tuvo ventaja en el combate o en la caza (Rogers, 1970). (52).

Sin embargo, los primeros datos que se conocen sobre estas personas, datan de alrededor de 7000 años A.C. (Bailey, 1973) (6).

En el presente capítulo, se utilizará el término de enano, para hacer referencia a aquellas personas que presentan estatura baja, acompañadas de alteraciones en su estructura corporal. El motivo de utilizar éste término, se debe al hecho de que ésta es la manera más común de denominar a estas personas y que en ningún momento se pretende usar el término en forma despectiva.

Así, a lo largo de la historia, el enano siempre ha estado rodeado de pensamientos mágicos, y esto impide el tener una visión histórica real y objetiva de estas personas. Un ejemplo de esto, es el hecho de que en ocasiones eran abandonados al nacer, ya que se "creía" que el tener un hijo enano, era un castigo "divino" y un "presagio" de mala suerte.

Algunos eran asesinados al nacer, otros corrían con mejor suerte, si se puede llamar así al hecho de que eran regalados a cualquier circo, para formar parte del espectáculo (Estrada,1990) (23).

En otras sociedades eran símbolo de adoración: Los Egipcios se referían a éstos como dioses, representados por el dios Bes y la diosa Ka. También eran útiles como guardianes de las joyas de los emperadores, principalmente los adolescentes. (Scott.M.D, 1977) (54).

Dentro de la sociedad Egipcia, eran estimados por su deformidad física y en ese tiempo estuvo de moda, el tener a algún enano dentro de la corte o en la servidumbre. (Estrada,1990) (23).

Existe la escultura de un enano, perteneciente a la V dinastía de los faraones y tenía como nombre "Seneb". Se encuentra con su familia, su esposa e hijos de tamaño normal y cuenta la historia que éste enano servía al faraón, que se casó y tuvo familia.

En esta época, ya divertían en las cortes reales y en algunas ocasiones eran enterrados junto con el faraón, para servirle y divertirlo durante su viaje al mundo de los muertos.

En la sociedad Griega, también eran estimados por su rareza y se les relacionaba con seres mitológicos, principalmente como mensajeros de los dioses en donde comunicaban los mensajes divinos.

Cuando un enano era muy deforme, era sacrificado. (Estrada,1990)(23). También servían como bailarines, acróbatas, guardianes, bufones y como acompañantes de los consajeros ancianos (Bailey,1973) (6).

Durante el Imperio Romano, el tener un hijo enano era un privilegio, ya que el gobierno otorgaba una pensión por tener un hijo con tales características. Los emperadores los utilizaban como gladiadores y en circos para su propia diversión. (Bailey, 1973; Estrada, 1990 y Scott, Jr, 1977) (6, 23 y 55).

En la Edad Media, en las cortes reales se utilizaban como bufones y durante ésta época, personas como Catherine de Medici y el Rey Luis XIV, crearon leyes en las cuales no se permitía el matrimonio entre enanos o con otra persona, a fin de evitar la reproducción de éstos. (Scott, Jr, 1977)(55).

Así, nobles y reyes tenían enanos en sus cortes como símbolo de buena suerte. Estos vivían en los palacios, formando parte de la familia real y eran indispensables en los viajes, pero solamente escogían a los más divertidos.

Durante el Renacimiento, se hizo hasta cierto punto una moda el tener enanos en las cortes reales y también se hizo muy común que éstos sirvieran como niferas de los niños de los reyes.

Hasta el momento, se ha realizado una breve revisión del papel que estas personas han desempeñado en diferentes civilizaciones de Europa y Medio Oriente; sin embargo, también en varias culturas mesoamericanas como la Maya, la Azteca y Teotihuacana; se han encontrado datos o vestigios, que nos permiten tener una idea de la posición del enano en éstas culturas.

Por medio de descubrimientos arqueológicos, se sabe que no

eran vistos como un ser común, sino que eran respetados y estimados por su inteligencia y su aptitud para ciertas tareas. La deformación era considerada como algo estético y también eran símbolo de adoración, por encontrarse muy relacionados con los dioses (Estrada, 1990)(23).

Como se señaló, el status del enano trasciende a otras situaciones dentro de la sociedad, como lo es al ámbito religioso; en donde su presencia era importante en las celebraciones religiosas.

En el Museo Nacional de Antropología de la Ciudad de México, se encuentra una estatuilla que representa a un enano de expresión llorosa y se piensa que tiene alguna relación con el dios de la lluvia (Tlaloc). La figurilla presenta el cráneo deformado, los párpados hinchados y las comisuras caídas y ésta pertenece a la cultura teotihuacana, en donde su origen parece remontarse al siglo VI A.C. (Estrada, 1990)(23).

El enano era considerado como un tipo particular de dios, ya que se pensaba que al morir una persona, ésta se convertía en un enano; principalmente aquel que muere vinculado con el agua. (Estrada, 1990)(23). Así, la idea era de que toda persona que muere en alguna causa relacionada con el agua (ahogado, durante la lluvia, etc.), pasaba a vivir a través del dios del agua y quedaba en calidad de subordinado al Dios Tlaloc.

La función que se atribuye a los que mueren de esta manera, es convertirse en enano y seguir trabajando para Tlaloc en la tierra, en el cielo o debajo de la superficie de la tierra. Esta transformación los hacía "invisibles" o "Chanes", al cuidado del dios.

En general, se observa cómo la situación del enano, varía de acuerdo al contexto cultural en el que se le ubique. Sin embargo es importante señalar la serie de mitos y leyendas que rodean a estas personas y que generalmente se les relacionaba con alguna cuestión divina.

Otro de los ámbitos en donde vemos la participación del enano, es en los cuentos y novelas y en lo que se refiere a novelas de terror o suspenso, Edgar Allan Poe escribe una novela llamada: "Hop-Frog", en donde narra la historia de un enano que debido a sus movimientos grotescos y a su deformidad que se asemejaba a una rana, el rey decide llamarlo Hop-Frog. Dentro de la novela se encuentra otro personaje, una enana llamada Trippeteta; ambos servían de bufones al rey. La historia relata como Hop-Frog cansado de tanta humillación por parte del rey, decide matarlo y escapa con Trippeteta.

Otro escritor que en sus cuentos y novelas incluía dentro de sus personajes a enanos fue Oscar Wilde, quien escribe su cuento: "El cumpleaños de la Infanta", en donde narra la historia de un enano que se enamora de la hija del rey y que al mirarse al espejo, descubre su deformidad y muere de la impresión.

En estas novelas o cuentos, encontramos cómo el enano es concebido como un ser diferente y que la intención del autor al incluir a éstas personas dentro de los personajes, es el de promover cierto miedo o terror. Pero en cambio, en otros cuentos se les ha tomado como hombrecillos traviesos y trabajadores, representando jovialidad-

con su vestimenta de colores alegres. Se podría mencionar algunas obras como Blanca Nieves y los 7 enanos, Los viajes de Gulliver, El señor de los anillos, etc.

Con lo mencionado anteriormente, tenemos una idea más o menos clara de la situación del enano a través de hallazgos arqueológicos, de historias, novelas, leyendas, etc. Sin embargo, pocas personas han escrito sobre su vida, tal es el caso de Francisquillo de Zuñiga, quien escribe su autobiografía en donde describe la Corte Real Española desde su perspectiva como enano y bufón. También, algunos de ellos fueron representados en algunas pinturas, como lo demuestra el cuadro del pintor español Velázquez: "Las meninas", en donde plasma a éstos personajes dentro de las cortes españolas.

Realmente, si se quiere hablar de la historia del enano, generalmente se hace en relación como un ser mitológico, en donde se llega a confundir el mito con la realidad. Por lo que se llegaría a la conclusión de que no se tiene un conocimiento histórico real y objetivo de éstas personas, debido a que, gran parte se conoce de estos, es por hallazgos arqueológicos y por todo el pensamiento mágico que les rodea. Sin embargo, muchas de estas ideas se han preservado y otras se han ido desapareciendo, gracias a los avances en el campo de la medicina, la genética, etc; y al hecho de que el enano se ha ido ganando un status digno dentro de la sociedad.

Pero, por desgracia, aún continúa la idea de que el lugar del enano debe estar en los circos, donde se les emplea como payasos.

Quiero señalar, que muchas de éstas personas que trabajan en circos, se han enfrentado a una realidad falsa, ya que ni en el circo se les toma en cuenta como enano; sino como parte de un espectáculo y que ven en su cuerpo eso: un atractivo, pero un atractivo falso sin una realidad objetiva de su propia deformidad.

J.Hampson y J.Money, estudiaron los trastornos del desarrollo físico, en donde hacen un análisis de cómo el enano da lugar a todo tipo de burlas y en base a esto, cómo organiza su personalidad como un mecanismo de defensa ante las agresiones externas; y la manera de entrar en el juego es haciéndose burla de sí mismo para hacer reír a los demás. Con esto, se piensa que es preferible la risa que el temor a la crítica de los demás. (Ajuriaguerra, 1983)(3).

Señalaron que ésta gente tiende a hacer burla de su propia pequeñez con el fin de evitar la agresión externa así como la angustia que ésta le provoca. Debido a esto, es difícil conceptualizar al enano dentro de un puesto ejecutivo, médico, etc; debido en gran parte, a toda la mala información que se tiene con respecto a éstas personas; que ha sido el de el mito, la leyenda y la fantasía.

Por último señalaré que el enano, es enano desde que nace y que nunca dejaré de ser algo sorprendente.

ASPECTOS GENETICOS

Las características que constituyen al organismo humano en sus aspecto morfológicos y de comportamiento, en sus formas específicas de reacción ante al medio ambiente y ante la enfermedad, se deben a cactores hereditarios y ambientales.

Puede afirmarse lo que es el hombre en determinado momento y esto se debe a la interacción herencia-ambiente: al nacer algunas características ya están fijadas, otras son potencialidades virtuales que se manifestarán de acuerdo a la influencia del medio ambiente a la que el organismo se ha incorporado. (Guizar-vazquez, 1988)(31).

De esta manera, el terreno donde se instala la enfermedad es ante todo definido por lo que se hereda de los progenitores, luego cae en el ámbito de la genética humana y después es modificado progresivamente por el ambiente, para de ahí, manifestarse en el individuo. Esta noción de la importancia de lo heredado y de lo que corresponde al medio ambiente, justifica el interés en el estudio de la genética.

La genética estudia la transmisión del material genético de una generación a otra así como su expresión durante el desarrollo en la vida del individuo. (Egozcue, 1976; Ey, 1978 y Nyhan, 1978) (21, 24 y 47).

Sin embargo, en ocasiones la herencia o sus mecanismos son directamente responsables de cuadros mórbidos, mortales o incompatibles con la adaptación adecuada a la vida. (Guizar-Vazquez, 1988) (31).

Antes de estudiar los aspectos genéticos de la acondroplasia, es importante que se revisen algunas nociones generales de la genética, para de ahí poder comprender mejor el padecimiento del presente trabajo.

De acuerdo con los conceptos fundamentales de la genética clásica, los genes son considerados como los elementos físicos de la herencia y en cierto modo, los responsables de las características estructurales y metabólicas de la célula así como de la transmisión de esas características de una generación a otra.

El gen es la unidad de la herencia y se encuentra formado por ADN, que tiene como clave la herencia. Los genes se encuentran localizados en los cromosomas, que son los vehículos de la transmisión hereditaria. (Estrada, 1990 y Nasón, 1968) (23 y 46).

Cada cromosoma está compuesto por muchos genes dispuestos en orden lineal en donde cada gen ocupa un lugar determinado o locus sobre cada cromosoma. (Nasón, 1968) (46).

Las células humanas contienen 46 cromosomas (23 pares) de los cuales 44 (22 pares) son idénticos en ambos sexos y se denominan autosomas, y un par es el que determina el sexo: XX para la mujer y XY para el varón. (Estrada, 1990) (23).

Para comprender la forma de transmisión hereditaria, es importante señalar que:

a) Las formas alternativas de un gen que ocurren en el mismo lugar o locus de dos cromosomas homólogos, se denominan alelos.

- b) Cuando dos alelos son idénticos, el individuo es homocigoto con respecto a ese par de genes, si por el contrario son diferentes, se le denomina heterocigoto.
- c) Cuando un gen manifiesta clínicamente su efecto en la persona heterocigota, se dice que su efecto es dominante, mientras que su homólogo se dice ser recesivo y la manifestación se da en el individuo homocigoto.
- d) Se denominan genes autosómicos a aquellos que se encuentran en cualquiera de los autosomas y los ligados al sexo en el sexo-cromosoma. (Carnevale, 1988)(31).

Así, la transmisión del material genético de una generación a otra se lleva a cabo por la gametogénesis y la fecundación.

Por otro lado, la meiosis es la división que ocurre en las células germinales y tiene por objeto, formar los gametos (óvulos u y espermatozoides), que se caracterizan por contener únicamente 23 cromosomas, uno de cada par cromosómico (22 autosomas y un sexo-cromosoma). (Carnevale, 1988)(31).

Durante la fecundación, la unión de los dos gametos, restablece el número cromosómico normal (46) en el cigoto y define el sexo cromosómico del nuevo ser, dependiendo del sexo-cromosoma X o Y que aporte el espermatozoide. Por consiguiente, cada individuo tiene en realidad 23 pares de cromosomas que pueden o no diferir en su calidad de información. Sin embargo, cuando un óvulo o espermatozoide, provenientes de un padre o de una madre sano, sufren de una alteración en el ADN de sus cromosomas; el producto se

ve afectado y se dice que ha ocurrido una mutación de novo.

Esto se ha relacionado con la edad paterna avanzada. (Díaz,1988; Carnevale,1988; Opitz,1969; Bouvet)(18, 31 y 12).

Esto fue investigado en la Unidad de investigación Genética en Francia, cuyos resultados de la investigación fueron los siguientes:

- a) La elevación de la edad paterna está significativamente ligada a la incidencia de la acondroplasia.
- b) La edad materna es significativamente superior, cuando no se tiene en cuenta la edad paterna.
- c) El promedio de edad varía, sin embargo, el rango general es de 36 años en la edad paterna y 31 años para la edad materna. (J.P Bouvet)(12).

Así, un cambio o alteración en la constitución genética se le llama: mutación. (Egozcue,1976; Carnevale,1988; y Nasón,1968) (21,31 y 46). Este cambio puede ocurrir a nivel de uno o más cromosomas y ocasionar lo que sería una anomalía cromosómica a nivel de un gen que afecta la estructura en la síntesis de una proteína determinada.

De esta manera, con lo mencionado anteriormente se aprecia lo difícil que resulta la demostración del efecto de un gen que dado sobre el conjunto de características y de comportamiento humano. Sin embargo, podemos hacer una clasificación de las enfermedades que tienen un componente etiológico genético, clasificándolos

en 3 grupos:

- 1) Cromosómicos,
- 2) Mendelianos,
- 3) Multifactoriales.

Los padecimientos cromosómicos representan alteraciones numéricas y estructurales de los cromosomas y los multifactoriales son el resultado de una interacción pligénica y ambiental.

Con respecto a la clasificación de los padecimientos mendelianos, estos dependen del efecto del gen dominante o recesivo y de su localización (en el autosoma o en el sexo-cromosoma).

Así las enfermedades mendelianas se clasifican en:

- 1) Autosómicas dominantes,
- 2) Autosómicas recesivas,
- 3) Ligadas al X recesivas,
- 4) Ligadas al X dominante. (Carnevale, 1988)(31).

Las características de la herencia autosómica dominante son las siguientes:

- 1) El carácter se manifiesta en el homocigoto y en el heterocigoto.
- 2) El carácter afectado se manifiesta en todas las generaciones y se transmite por alguno de los progenitores.
- 3) Se puede presentar por igual en ambos sexos. Como el gen autosómico no tiene relación con la segregación del cromosoma X o Y en los espermatozoides, ambos sexos pueden estar afectados por igual.

4) El individuo afectado suele ser heterocigoto y presentar un riesgo del 50% de heredar el carácter a su descendiente, esto suele darse, cuando ocurre la unión entre un padre afectado y un no afectado.

Si ambos padres están afectados por igual, los riesgos serán diferentes, ya que tendrán una probabilidad del 25% de que sean homocigotos dominantes y un 50% de que sus hijos sean también heterocigotos así como un 25% de que no tengan en ninguno de sus cromosomas el gen afectado, o sea que sean homocigotos sanos.

La acondroplasia es un padecimiento genético cuyas características se transmiten de una generación a otra. Varios autores concuerdan en el hecho de que la acondroplasia es una enfermedad congénita de tipo hereditaria, con un rasgo de transmisión dominante y que en el 80% de los casos se consideran como mutaciones de novo (Díaz y cols, 1989; Guizar-Vázquez, 1988 y Tavares, 1976) (19, 24, 31 y 59).

En el capítulo siguiente, se expondrán las características clínicas de la acondroplasia.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA ACONDROPLASIA.

Como se observó en el capítulo anterior, existen diferentes ideas con respecto a este padecimiento y que en el presente, se mostrarán las características clínicas y radiológicas de la acondroplasia.

Los avances en el campo de la medicina y la genética, han esclarecido muchas de las ideas que se tenían con respecto al padecimiento, lo que permitió dar un diagnóstico, manejo y tratamiento adecuado. Ya que con frecuencia se cometía el error de diagnosticar a cualquier niño con pequeña estatura como acondroplásico, cuando en realidad no cumplían con las condiciones clínicas necesarias.

El error consistía en que se definían los padecimientos, en base a la corta estatura.

El término de acondroplasia proviene del griego a - negativo + chandros - cartílago - plassein - formar; siendo una afección o defecto del desarrollo del cartílago en la epifisis de los huesos largos y lo cual produce una forma particular de enanismo. (McCrani, 1986)(44).

Hasta 1983, en México se conocían más de 80 padecimientos diferentes que cursan con talla baja; de los cuales la acondroplasia es el que se presenta con mayor frecuencia afectando a 1 de cada 40.000 nacimientos y cuyas características clínicas y radiológicas

se pueden establecer con claridad y son evidentes desde el nacimiento. (Díaz y cols, 1989. Am. Radiologic, 1983). (19 y 34).

Así, las características clínicas de la acondroplasia son las siguientes:

En los pacientes con acondroplasia, son constantes la talla baja desproporcionada de tipo micromélico, con megalocefalía, frente prominente, puente nasal deprimido e hipoplasia facial media. (Carnevale, 1988; Díaz, 1988; Díaz y col. 1989; Opitz, 1969) (31, 18, 19 y 48).

Como se mencionó, el área de la base de la nariz es achatada u oprimida y con una pobre estructura dental, resaltada de la parte superior hacia afuera.

Los dientes se encuentran aglomerados, principalmente los superiores y se encuentran pobremente alineados con los dientes inferiores. (Scott, M.D, 1977) (54). Los problemas dentales causados por la aglomeración de los dientes (especialmente los superiores que se asemejan a "dientes de tiburón"), pueden ocurrir. Estas malformaciones por pequeñas que sean, dan como resultado que estos niños se encuentren con dificultades de higiene dental, en adición a las ordinarias caries. Y en algunos casos, la ortodoncia es necesaria. La causa básica de este problema, se debe a las deformaciones en la estructura de los huesos del cráneo.

Otras complicaciones, incluyen la tendencia a adquirir infecciones en el oído, debido al estrechamiento del canal auditivo.

Si esas infecciones no son tratadas a tiempo, el niño puede sufrir pérdidas importantes en sus niveles de audición.

Durante los primeros 5 o 6 años de vida, estos problemas óticos son frecuentes y los episodios de otitis media, se relacionen con el pobre desarrollo de los huesos de la cara así como las deformaciones en las trompas de eustaquio. (Scott, M.D. 1977)(54).

Llama la atención que el perímetro cefálico y torácico se encuentra dentro de la media normal, aunque aparentemente se aprecie un perímetro cefálico y torácico mayor. Son sujetos que conservan un cráneo y un tronco de desarrollo normal, lo cual entraña una desarmonía corporal llamativa. (Carnevale, 1988 y Opitz, 1969)(31, 48).

Presentan una hidrocefalia no progresiva, y en algunos casos, el tamaño de la cabeza puede ser muy superior al normal, el paciente puede sufrir de trastornos neurológicos muy severos que alteren sus funciones mentales. (Goodman, 1973)(30).

Los recién nacidos con acondroplasia, pueden tener o no la cabeza grande, sin embargo, generalmente presentan un crecimiento desproporcionado de esta con el resto de su cuerpo durante los primeros 2 o 3 años de vida. (Langer & Baumann, 1967)(37).

Existen casos de macrocefalia en donde no puede presentarse la hidrocefalia, las anomalías acondroplásicas como la cabeza grande, suelen ser confundidas con la hidrocefalia (exceso de agua en el cerebro). Sin embargo, es posible que la hidrocefalia se pueda desarrollar, pero esto es muy raro y en estos casos se recurre a tratamiento quirúrgico.

con respecto a la columna vertebral y el tronco, éste último se aprecia largo en relación con las extremidades y presenta hiperlordosis lumbar. (Carnevale, 1988; Díaz, 1988 y Opitz, 1969)(31, 18, 48)

Como se mencionó, hay un aparente perímetro torácico mayor, el tórax es aplanado en sentido antero-posterior y el abdomen suele ser prominente y largo, lo que da la apariencia de un tronco mayor en relación con los miembros pélvicos, afectando con menor daño a los segmentos superiores; sin embargo, los segmentos inferiores como la talla sentado, son los que más sufren del defecto genético.

En ocasiones tienden a tener la columna vertebral derecha, recta en la parte superior con una exagerada deformación a nivel de la parte baja de la espina dorsal; siendo muy comunes los problemas de columna vertebral debido a que el canal espinal es muy estrecho, principalmente en la parte baja a la altura de la cadera y espalda.

Otra de las manifestaciones clínicas, es el de una paraplejía progresiva y que probablemente se relacione al estrechamiento del canal medular entre la región torácica inferior y el lumbar superior a consecuencia de la malformación vertebral. De este modo, la talla del cuerpo es esencialmente normal, sin embargo, los brazos y las piernas son pequeños en comparación con el resto del cuerpo. Este tamaño pequeño de las extremidades, es particularmente notable en la porción rizomélica de las partes superiores como son los brazos y los muslos.

A consecuencia de ésto, en niños de mayor edad y en los adultos, frecuentemente sufren de entumecimientos, fatigas y/o dolores en la columna vertebral, en caderas y en los muslos.

Otras de las complicaciones son los de los problemas musculares simples, que no requieren de cuidados especiales. Si las molestias persisten, la persona puede ser atendida mediante ejercicios físicos de rehabilitación. (Bailey, 1973)(6).

Los acondroplásicos presentan una alteración en el crecimiento de la longitud de los huesos largos de todo el esqueleto, además de que los miembros cortos son encorvados. (Opitz, 1969)(48).

Sus piernas son en la mayoría en forma arqueada exagerada, y en la parte del antebrazo (a la altura de los codos), el arco es más amplio. Al haber éste encorvamiento de las piernas, presentan lo que se conoce como "marcha de pato", aunado al ensanchamiento de las caderas y de las deformaciones de la columna vertebral en la parte inferior; generando así, limitaciones en la motilidad de las articulaciones.

Usualmente los brazos no pueden desarrollarse completamente, por lo que durante algún tiempo, el niño se encuentra imposibilitado en sus habilidades por la deformación de los codos y sus brazos difícilmente llegan a alcanzar la altura de la cadera.

Presentan limitación en la extensión de los codos, las manos y los pies son cortos, los dedos en el 70% de los casos muestran una separación entre el tercero y cuarto dedo, el cual se le ha

denominado "signo de tridente". (Carnevale,1988 y Díaz y cols, 1989)(31 y 19). Otro signo es el de la pérdida de las coyunturas, causadas por la relajación de los ligamentos, lo que permite que muchos niños acondroplásicos puedan flexionar de manera exagerada sus dedos, las muñecas de sus manos así como de sus rodillas, y con gran facilidad; debido a esta degradación anormal y al rompimiento de los ligamentos. (Bailey,1973)(6).

Otras de las complicaciones, es el de una hipotonía moderada con un desarrollo motor lento, debido a las complicaciones de la columna vertebral. Por ejemplo: el adecuado control cefálico no ocurre sino hasta los 3 o 4 meses de edad. Generalmente estos niños sufren de retraso psicomotor, sin embargo, los problemas motores tienen solución mediante programas de estimulación. Posteriormente, el desarrollo del niño se vuelve normal. En estos niños la inteligencia no se encuentra afectada. (Díaz,1988; Opitz,1969 y Rogers,1970)(18, 48 y 52).

Tanto en los niños como en los adultos es importante que se tenga cuidado con su dieta alimentaria, ya que con frecuencia tienen problemas de sobrepeso.

Con respecto a la talla promedio de estas personas, los adultos pueden llegar a alcanzar 1.31 cm. para los hombres con un peso de 55 Kg; la estatura de la mujer puede ser hasta de 1.24cm. con un peso de 46Kg. (Díaz y cols,1989)(19).

Radiológicamente, los signos característicos son:

- Acortamiento de la base del cráneo.

- Agujero occipital pequeño,
- Disminución de la distancia interpedicular en dirección caudal.
- Pélvis corta y plana,
- Huesos tubulares cortos y con ensanchamiento metafisiario.
- Frente prominente,
- Desproporción cráneo-cara,
- El peroné más largo que la tibia. (Bailey, 1973; Díaz, 1988; Am. Radiologic, 1983)(6, 18 y 34).

El tratamiento médico y quirúrgico, se realiza como método preventivo para corregir las complicaciones que se presentan a consecuencia del padecimiento.

En el siguiente capítulo, se analizarán las reacciones emocionales ante el padecimiento, ya que el nacimiento de un niño con acondroplasia, genera una serie de reacciones emocionales.

ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA ACONDROPLASIA.

Con los avances en el campo de la genética, ortopedia, etc; en la actualidad se puede hacer una diferenciación adecuada de los diferentes tipos de enanismo, lo cual ha permitido dar un diagnóstico más acertado a cada padecimiento. Sin embargo, las alteraciones psicológicas asociadas al padecimiento (acondroplasia) son de suma importancia.

En el presente capítulo, se analizará la situación del padecimiento, en cuanto a los efectos psicológicos en el niño, en la dinámica familiar (que incluye la relación entre los padres) y a nivel social.

Comenzaré por señalar que la enfermedad forma parte de la vida del niño acondroplásico y aunque en el adulto no es más que un acontecimiento pasajero en el transcurso de su existencia; en el niño es sentido de una manera muy particular y la vive de una forma muy compleja. (Ajuriaguerra, 1983; Fdez. y Martínez, 1989) (3 y 25).

Generalmente los sentimientos que acompañan al padecimiento son de ansiedad, rechazo, frustración, enojo, culpa y depresión (Brostein, 1988) (31).

Siguiendo esta idea, los pacientes de todas las edades presentan problemas para aceptar y adaptarse a su enfermedad. Hay personas que de una u otra forma han aprendido a conocer su enfermedad, a afrontarla y a vivir con ella; sin embargo, hay quienes aún no han aceptado que tienen un padecimiento genético que hace que

su constitución física no sea la "normal" dentro de los estándares de la gente.

A un niño, debido a lo limitado de su capacidad de razonamiento, le cuesta aún más trabajo entender su enfermedad (Lipkin & Cohen, 1980)(38). El niño responde a su mundo de fantasías - su mundo psicológico interno - y lo que sucede en dicho mundo, difiere mucho de lo que sucede en el mundo real.

De este modo, el niño acondroplásico se da cuenta de que su estructura corporal presenta algunas alteraciones y que no es igual a la de los demás, sin embargo, aún no alcanza a comprender el por qué de su padecimiento, el por qué no se desarrolla físicamente como los demás, el por qué tiene que someterse a procedimientos médicos que en ocasiones son dolorosos y que afectan su autoestima.

Debido a que el niño maneja un tipo de pensamiento mágico, puede experimentar éstos eventos como algo que nada tiene que ver con su salud y que esto último bien vale de algunas experiencias desagradables (Lipkin & Cohen, 1980)(38). Los experimenta como una amenaza, puede pensar que se le está agrediendo intencionalmente y que se está poniendo en peligro su integridad tanto física como emocional. De este modo, se aprecia cómo el niño puede vivir su deformidad como un castigo, su alteración en el esquema corporal puede ser tomado como una evidencia de que, el "no estar sano" es tomado como el "no ser bueno" y que tal vez haya sido

castigado por alguna fuerza desconocida para él. (Fdez. y Martínez, 1989)(25).

La enfermedad provoca en el niño ciertas modificaciones a medida que se da cuenta que físicamente es diferente a los otros, haciendo se sentir distinto a sus compañeros y esto hace que de una u otra forma se sienta marginado del grupo social en que se desenvuelve, generando diferentes reacciones emocionales como lo sería el de una tendencia al aislamiento, situaciones de ansiedad, frustración, etc; y que cuando aparecen éstos se recurre a lo que se conoce como los mecanismos de defensa. El término de "defensa", es el más antiguo representante del punto de vista dinámico en la teoría psicoanalítica. S. Freud lo emplea en 1894, para describir las luchas del Yo contra ideas y afectos dolorosos e insoportables, cuyo propósito es el de la protección del Yo contra las exigencias instintivas (A.Freud,1990)(28).

Anna Freud se refiere a los mecanismos de defensa a aquellos recursos psicológicos típicos por los cuales el aparato psíquico, buscando preservar el sentimiento placentero de seguridad, se resguarda contra las angustias de los conflictos internos al igual que de las amenazas del medio exterior. (A.Freud,1990; Caruso, 1987; Horowitz,1987)(14 y 29). Estas defensas psicológicas se aprenden desde la más temprana edad y generalmente se dan a niveles inconscientes; siendo los más comunes:

- 1) Regresión: Que se manifiesta en un retorno a etapas anteriores del desarrollo.
- 2) Racionalización: El empleo de justificaciones o pretextos que tienen mucho sentido, con bases lógicas y racionales.
- 3) Negación: Un ejemplo sería, cuando el niño no acepta su enfermedad y evita ver y hablar de los aspectos desagradables de sí mismo.
- 4) Proyección: Generalmente se le atribuyen a otras personas los sentimientos tanto positivos como negativos que le son propios.
- 5) Represión: El niño recurre al olvido de situaciones desagradables.
- 6) Compensación: El encubrimiento o disfráz de un rasgo indeseable simulado en uno deseable y exagerando sus manifestaciones.
- 7) Conversión a lo contrario: Encubrir con una expresión opuesta el sentimiento verdaderamente percibido. (Brostein, 1988; A. Freud, 1990)(31 y 28).

Así las repercusiones de la enfermedad en el niño con acondroplasia, no solo se refieren a una situación no placentera; sino también a una perturbación en sus relaciones interpersonales y en una pérdida de la autonomía, de la motivación y de la capacidad adaptativa.

Toda enfermedad severa trae consigo efectos psicológicos muy complejos y que no solo se manifiestan en el niño, sino que también se hace extensivo a la familia; principalmente a los padres del niño. (Rogers, 1970; Lipkin & Cohen, 1980)(52 y 38). Los sistemas

biológicos, psicológico y social están relacionados entre sí, de modo que, una sobrecarga de uno hará impacto sobre los otros sistemas. (Horowitz, 1987)(29).

La llegada de un nuevo ser en la familia, representa un evento muy significativo para los miembros de la familia así como un evento social muy importante. El nacimiento de un niño provoca una serie de movimientos en la estructura familiar, los roles o funciones que cada miembro tenía asignado, se ven modificados por éste nuevo miembro familiar.

cuando el médico da la noticia a la pareja de que van a ser padres, se vive un momento de alegría en ambos, principalmente en la madre. Se realizan proyectos a futuro, se piensa en continuar con la generación familiar etc.

Cuando los padres forman una unión para concebir a un hijo, no tienen conciencia de que su hijo podrá tener algún problema y cuando el impedimento físico se hace manifiesto en el recién nacido, las reacciones de alegría antes señaladas se ven transformadas en diferentes reacciones emocionales en ambos conyuges.

Al darles el médico la noticia de que su hijo tiene un padecimiento genético, todas las ilusiones y proyectos que se tenían con el niño se ven derrumbadas ante el diagnóstico médico. Se puede decir, que desde este momento comienza el problema psicológico tanto en el niño como a nivel familiar. Y más aún, si el diagnóstico es prenatal, el niño suele ser etiquetado como persona no

grata para la familia. (Estrada,1990)(23). Así, después que el médico les anuncia que son padres de un niño con acondroplasia, el impacto al diagnóstico provoca diferentes reacciones en éstos. (Rogers,1970; Ajuriaguerra,1983; Estrada,1990)(3, 23 y 52). Frecuentemente sufren lo que se llama un "choque emocional" ante el diagnóstico, generando diversas reacciones como un fuerte sentimiento de tristeza ya que el hijo esperado no llegó con las condiciones favorables que se esperaba; en otras ocasiones se experimenta una fuerte ira hacia el otro cónyuge etc.

Cabe señalar que, que también para el médico es una situación incómoda el dar el diagnóstico de acondroplasia a los padres, debido a que no siempre se dan noticias agradables y que en ocasiones se tiene temor de las reacciones de los padres ante el diagnóstico médico. El médico, aparte de darles el diagnóstico, debe de darles toda la información con respecto a la etiología del padecimiento, sus causas, sus tratamientos etc; ya que a los padres se les despiertan muchas ideas que en ocasiones rebasan los límites de la realidad. El trabajo del psicólogo será el de brindar apoyo psicoterapéutico a éstos, en cuanto a ayudarles a aceptar el padecimiento de su hijo.

Elizabeth Kubler-ross, en sus trabajos con pacientes terminales, hace un análisis de las diferentes reacciones emocionales por las cuales pasa un individuo o los padres ante algún evento catastrófico o ante situaciones imprevistas como lo sería el del -

diagnóstico de acondroplasia en el niño. Estas fases pueden mantenerse durante algún tiempo, pueden sucederse reemplazando una a otra o pueden presentarse simultáneamente.

Las reacciones psicológicas consisten en una intensificación de la actividad de los procesos cognoscitivos y emocionales, en especial las que valoran el mundo exterior en relación con las percepciones interiores de "como deberían ser las cosas". (Horowitz 1987)(29). No es anormal la capacidad de reacción ante el evento, sin embargo, las reacciones excesivas pueden ser patológicas.

Es importante señalar que lo que persiste en todas las fases es lo que se conoce como "la esperanza", es decir, se mantienen ciertas ideas, ilusiones con respecto al padecimiento en cuestión.

Esto se manifiesta en situaciones como el creer que el niño crecerá de tamaño normal, que se han inventado nuevas medidas terapéuticas en el campo de la ortopedia, genética etc. Estas ideas son las que frecuentemente se observan en los padres con un niño con acondroplasia y en estos casos se mantiene la esperanza de que se invente alguna fórmula o de que se de un "milagro", variando las reacciones en cada uno de ellos. Cuenta mucho la historia de cada individuo y los patrones del carácter del mismo afectarán el orden de ocurrencia de las fases, el tiempo dedicado a cada uno de ellas y las manifestaciones clínicas dentro de cada fase. (Horowitz, 1987)(29).

Así, la primera fase o etapa en la elaboración del diagnóstico se conoce como:

1.- Negación: "No, no es posible. Esto no pudo habernos sucedido a nosotros". Respuestas de éste tipo son las que generalmente se formulan los padres cuando reciben el diagnóstico médico. Aquí los padres conservan la esperanza de que pueda existir un error en el diagnóstico médico. La negación es un evento parcial que puede aparecer en otras fases, siendo una defensa temporal y que puede ser reemplazada por una aceptación parcial. El conservar la negación, no permite la adecuada elaboración y/o aceptación de la situación y conduce a un incremento de la angustia.

2.- Agresión: En la medida que los padres van asimilando el evento, mediante el establecimiento de un juicio de realidad, la negación va perdiendo terreno en la elaboración dando paso a la presencia de la segunda fase: La agresión. Aquí, alguno de los padres puede culpar al otro y agredirse mutuamente. Pueden no aceptar ver al niño, denotando un rechazo con alguna carga agresiva hacia éste.

Lo que suele suceder, es que el enojo es desplazado al personal médico, a la religión, a la vida, etc. Es muy importante tener muy en cuenta estas reacciones de ira en los padres y entender que se trata de reacciones naturales como parte de un proceso en la elaboración del diagnóstico; ya que en muchas ocasiones es difícil comprender el enojo de éstos, lo que provoca que el

médico, la enfermera o el mismo psicólogo se involucre en el conflicto emocional de los padres. El sentimiento de agresión se debe en gran parte a los sentimientos de impotencia y frustración que sienten los padres, en cuanto a no poder hacer ya nada para resolver la situación. La ira es una reacción natural ante la frustración.

Por extraño que parezca, un aspecto importante después de los acontecimientos productores de tensión, es la ira contra cualquier imagen simbólica que pudiera; por irracional que sea, considerarse la causa. La agresividad entra en conflicto con la conciencia y culmina con sentimientos de culpabilidad o vergüenza (Horowitz, 1987)(29). En la medida que el enojo sea expresado, se abre el camino hacia la tercera fase llamada:

3.- La negociación: Después que se han expresado todos los sentimientos de enojo y frustración aparece la negociación. Aquí los padres todavía no aceptan del todo la enfermedad del niño, sin embargo, se muestran abiertos al diálogo y a la negociación tanto con el médico como con el niño. El expresar su enojo, les permite analizar objetivamente su situación, lo que permite entrar a la cuarta fase de:

4.- La depresión: Como se acaba de señalar, la expresión del enojo permite a los padres reflexionar y analizar la situación tanto de ellos como del niño en la familia, en la sociedad, etc; y es cuando aparecen conductas de agotamiento físico y mental, falta de apetito, apatía, aumento en las horas de sueño, etc; siendo éstas manifestaciones clínicas de una situación depresiva en el individuo. (Bellack & Siegel, 1986)(8).

Es de suma importancia el tener en cuenta éstas manifestaciones de depresión en cada uno de los padres, ya que en ocasiones la depresión puede ser tan fuerte, que puede durar mucho tiempo y llegar a alterar el estado emocional del individuo; por lo que hay que poner especial interés en éste punto.

5.- Aceptación: El permitir a los padres el expresar sus miedos y angustias, el pasar por un período de depresión, etc, permite una aceptación del problema. Esta aceptación puede ser parcial o total y puede durar mucho tiempo o en ocasiones se pueden presentar épocas de crisis en donde alguna de las fases anteriores pueden volver a presentarse. (E.Kubler-Ross, 1969, Horowitz, 1987)(36 y 29).

Es importante mencionar que no existe una clara delimitación entre cada fase, es decir, no se puede afirmar que determinada persona se encuentra en el límite de la depresión, sino que las conductas o reacciones señaladas anteriormente son las que frecuentemente se presentan ante un evento doloroso.

De esta manera, es importante el permitir a los padres la expresión de sus sentimientos tanto positivos como negativos, de la impotencia, de su frustración, de su enojo y que si en algún momento éste último está siendo desplazado a otras personas o situaciones; hacerles la observación del padecimiento y que en la medida que se de éste, podrán aceptar a su hijo. Todo esto, dentro de un marco terapéutico.

La relación empática que se establezca con los padres en éstos momentos es de suma importancia, ya que permite que vuelvan a establecer la confianza en ellos mismos para que puedan brindar apoyo y confianza a su hijo, que es importante en el adecuado desarrollo de su autoestima.

La comunicación entre la pareja es básica en los momentos de crisis, cuando empiezan a perturbarse los sistemas de comunicación, se llega a situaciones de aislamiento progresivo y de una desintegración; cuyas repercusiones se dan tanto en el plano individual como en lo social: el de una desintegración, fragmentación y división en las relaciones. (Pichón-Rivière, 1988)(50). Los padres deben compartir sus sentimientos, vivir su tristeza, su enojo y expresarlo, para que ambos lleguen a acuerdos y encuentren soluciones correctas a eventos posteriores.

Hay que tener en cuenta las reacciones de los padres ante el hecho de tener un hijo acondroplásico, ya que de éste depende la fortaleza o la desintegración de los lazos familiares. Cuando estos son inicialmente fuertes, la misma experiencia dolorosa los fortalece, en cambio, si los lazos son débiles, tienden a romperse ante éste evento. Si en algunos casos, el nacimiento de un niño acondroplásico puede crear conflictos en las relación familiar, en otros casos puede crear determinado vínculo.

Cuando los lazos familiares son fuertes, se facilita la incorporación del niño acondroplásico a la dinámica familiar y esto le

brinda seguridad que le permite el desarrollo de sus capacidades.

De esta manera, si queremos tener la información exacta acerca de la verdadera naturaleza del niño acondroplásico, se obtendrá mediante la relación que establece con la gente más cercana a él: la familia y principalmente la relación con sus padres.

Una atmósfera familiar segura y feliz, permitirá el surgimiento de los estados más abiertos, en contraste, un ambiente hostil hacia el niño, generará obstáculos en cuanto a el establecimiento de relaciones en su medio social.

Como en la historia individual, la familia también sufre de periodos de crisis, que requieren de ciertos cambios y ajustes para superarlos. (Minuchin, 1989)(45). Entendiendo una crisis, como un evento que de alguna manera rompe con el equilibrio u homeostasis interna, como lo sería el nacimiento de un niño con acondroplasia. (Brostein, 1988; Minuchin, 1983)(31 y 45).

La familia es el modelo básico de la estructura social, la cual se encarga de varias funciones, como lo es la socialización de los miembros que a su vez transmiten la ideología de una sociedad determinada, satisface necesidades físicas, emocionales como sociales; así como la supervivencia, la ayuda mutua, la afectividad, etc. (Minuchin, 1989)(45).

Las acciones del individuo se encuentran regidas por las características del sistema familiar y éstas características incluyen

los efectos de sus propias acciones. El contexto familiar afecta los procesos internos de sus miembros, los modifica, etc. El nacimiento de un niño acondroplásico genera diversas reacciones en cada uno de los miembros de la familia.

Ajuriaguerra señala que, al igual que en el individuo se observan diferentes reacciones ante la enfermedad de un niño, en la familia también se observan reacciones similares. Estas varían en cada familia y las reacciones del niño ante el padecimiento dependerán del carácter agudo o progresivo de la enfermedad y de la actitud de la familia ante éste. (Ajuriaguerra, 1983)(3).

Las reacciones de la familia evolucionan de diferentes maneras, distinguiéndose 3 fases sucesivas a esta evolución:

- 1) Un período de conflicto inicial,
- 2) Un período de lucha contra la enfermedad y finalmente;
- 3) Un período prolongado de reorganización y adaptación. (Ajuriaguerra, 1983)(3).

De esta manera se observa, cómo la familia sufre una "sacudida" en su estructura y sus repercusiones van más allá del individuo mismo. (Brostein, 1988)(31).

El tener un niño acondroplásico, es romper con los estatutos de los roles dentro de la familia. Es adquirir a un ser humano que difícilmente podrá ser aceptado por sus padres y la sociedad.

Al nacer un niño con tales características, es rechazado por la gente que le rodea, es decir, su deformidad física difícilmente podrá ser aceptada por la familia. (Estrada,1990)(23).

Durante el trabajo con éste tipo de pacientes he observado, cómo los padres llegan a pensar que han fallado, sintiéndose frustrados y piensan en cómo le van a hacer para enfrentarse a la familia y a la sociedad. Pueden llegar a sentir vergüenza de su hijo, en cuanto a que piensan en las reacciones de crítica de parientes y amigos, llegando a tal grado que el niño se convierta un an "tabú" dentro de la familia. Es decir, los padres, por sus propios temores y angustias, no muestran al niño a sus amistades por temor al rechazo y a la crítica de éstos. Otro tipo de tabú es, cuando desde el nacimiento se le rodea al niño con ideas falsas , no se le da la información necesaria sobre su padecimiento, de que no se fije en su deformidad, etc.

Es frecuente suponer que los niños no desean saber sobre su enfermedad. Por ésta suposición errónea, se cae en lo que se conoce como "la conspiración del silencio", en donde no se habla del padecimiento ni de su tratamiento, pensando que de ésta manera se está "protegiendo" al niño de su situación dolorosa.

Como señalé anteriormente, por el tipo de pensamiento mágico en el niño, éste se angustia más por sus fantasías que por la

realidad. Se crea más confusión en el niño si se le deja sacar sus propias conclusiones, que en ocasiones rebasan los límites de la realidad, que el explicarle sobre su padecimiento.

Uno de los principales motivos por los cuales los padres recurren a la ayuda psicológica, se debe al hecho de que no saben cómo manejar la información a su hijo con respecto a su padecimiento. En algunos casos, uno de los padres se muestra renuente a dar la información al niño por temor a "lastimarlo", o en ocasiones, ambos se muestran renuentes.

Durante el trabajo con este tipo de pacientes, he visto como los padres manejan muchas dudas con respecto al padecimiento de su hijo, estas ideas en ocasiones rebasan los límites de la realidad y piensan que el futuro de su hijo es muy pobre, en cuanto a que a lo más que el niño puede aspirar es a un trabajo no profesional o en un trabajo de circo; como parte del espectáculo.

El asesoramiento genético es de suma importancia, en cuanto a que ayuda a aclarar las dudas e ideas a los padres con respecto al padecimiento de su hijo y baja los niveles de ansiedad de éstos.

Pero esto se retomará posteriormente en cuanto a la participación del médico genetista dentro del trabajo de equipo multidisciplinario.

Siguiendo con la idea anterior, es indispensable que el niño tenga los elementos necesarios para hacer su ajuste emocional interno, por lo cual, es necesario que esté bien informado con respecto a su padecimiento. Esta información debe ser proporcionada por los padres, tomando en cuenta su edad, su madurez emocional y sin excesiva angustia por parte de éstos, para que el niño pueda afrontarla. Debe conocer sus áreas afectadas así como las no afectadas, (Brostein,1988)(31). Es preferible explicarle claramente lo que habrá de suceder, que dejarlo sacar sus propias conclusiones (Lipkin & Cohen,1980)(38). En la medida que el niño conozca sus aspectos positivos y negativos de su padecimiento, influirá en la manera de cómo se sienta consigo mismo.

La confianza que un niño tiene a las personas que le rodean, dependerá del tipo de relaciones que haya sostenido con los adultos en el pasado (padres y familiares). Si estos le ocultaron su deformidad, pensando que al hacerlo lo estaban "protegiendo", es posible que al niño le cueste trabajo el establecimiento de determinado vínculo con las personas de su medio ambiente. (Lipkin & Cohen,1980)(38).

F. Dolto señala que lo que convierte a un niño mal socializado y hasta caracterial, es aquel a quien sus padres (para ésta autora, principalmente la madre), nunca le quiso hablar de su enfermedad, mientras él observa muy bien la diferencia existente entre su cuerpo

y el de los demás niños. (F.Dolto,1986)(20). Para esta autora, la evolución sana de un niño, depende de la relación emocional del niño con sus padres y de que muy precozmente éstos le hayan ofrecido con palabras, la información real con respecto a su estado físico. Estos intercambios dependerán en gran parte, en la manera de que los padres hayan aceptado o no la invalidez de su hijo, de que sus sentimientos de angustia hayan sido manejados. (F.Dolto, 1986)(20).

Se debe animar a estos niños a hablar de sus problemas, de sus temores y fantasías, pero el nivel de discusión debe colocarse no en relación a su enfermedad, sino al desarrollo mental y emocional del niño. De esta manera se aprecia cómo el niño acondroplásico se vuelve un niño diferente a los demás, con un régimen peculiar en su vida diaria, modificando la dinámica familiar y escolar, como consecuencia de los tratamientos a los que tiene que someterse.

El tener un niño acondroplásico, genera un cambio en las funciones de cada miembro familiar. He observado en varias ocasiones, que la madre del niño, se ve en la necesidad de dejar su empleo para atenderlo en cuanto a que requiere de cuidados más especiales, en sus consultas en el Hospital, etc; repercutiendo en la relación de la pareja como en la relación con sus otros hijos. Esta situación genera ciertas actitudes de los hermanos del niño acondroplásico, como lo son sentimientos de abandono, celos hacia el hermano,

ya que debido a su padecimiento, requiere de más cuidados por parte de sus padres y que de una u otra manera, la atención de éstos y de la familia se centre más en el niño acondroplásico.

De esta manera, él o los hermanitos recurren a ideas de "estar enfermo" como el hermanito, para que ellos acudan también a consultas con los padres. Al igual que en el niño acondroplásico surgen muchas dudas con respecto a su padecimiento, en los hermanos también surgen preguntas en relación a el estado de su hermano como lo son: El por qué de las atenciones especiales al hermano, por qué tiene que ir al hospital, de qué está enfermo, por qué tengo que quedarme en casa o con otros parientes mientras mis papás llevan a mi hermano al doctor, por qué no puedo ir yo, etc.

Frecuentemente, los padres recurren a la ayuda de parientes, para el cuidado del hermano del niño acondroplásico, mientras éste acude a sus consultas médicas; generando así, toda una movilización de las pautas de conducta, rutinas, convivencias familiares, etc, que sufren de transformaciones y que vienen a romper con una dinámica familiar ya establecida.

Al igual que al niño acondroplásico se le debe dar la información necesaria del padecimiento, a los familiares también se les debe informar acerca de éste, su manejo tratamiento, etc. También a los hermanitos se les debe explicar el por qué del padecimiento de su hermano y del por qué ellos también tienen que participar en el manejo de éste. Los padres deben permitir que sus hijos

participen en las cuestiones relacionadas con su hermano, ya que esto no les hará sentirse excluidos de una problemática en donde todos los miembros de la familia se ven involucrados. Mediante su cooperación y apoyo, les hará sentirse útiles en una problemática que incumbe a todos los miembros familiares. De esta manera, el apoyo de miembros familiares es de suma importancia en el adecuado desarrollo emocional del niño acondroplásico, en cuanto a que un ambiente familiar tranquilo y de cordialidad entre sus miembros, facilitará el desarrollo de las capacidades del niño acondroplásico; un ambiente hostil de ansiedad y de rechazo, provocará serios problemas en la personalidad del niño acondroplásico y esto repercutirá en sus relaciones sociales.

La educación recibida por la familia, juega un papel muy importante en la socialización del niño acondroplásico. Si al niño siempre se le sobreprotegió y no enfrentó los obstáculos que se le presentaron debido a que se pensó que su limitación física no le permitiría realizar sus actividades normales; le costará mucho trabajo adquirir cierta independencia y seguridad de sí mismo en su medio ambiente (Scott. I, Jr. M.D, 1977)(54).

La sociedad también tiene mucho que aprender con respecto a su actitud hacia el niño acondroplásico: La gente debe aprender a tratar a éstos niños de acuerdo a su edad y nivel de desarrollo

intelectual y emocional, no a su estatura.

Generalmente éstos niños son blanco de burlas por parte de la gente que le rodea, principalmente sus compañeros de escuela, y ésto influye de una forma determinante en la manera del cómo se sientan consigo-mismos. Si el niño conoce lo suficiente de su padecimiento, conoce los aspectos positivos y negativos de éste, etc; le permitirá tener los elementos necesarios para enfrentar éstas críticas de la gente, y de que las pueda manejar de una manera óptima para que no influyan en la adecuada aceptación de sí mismo.

La gente con pequeña estatura puede reaccionar de manera favorable a las responsabilidades sociales, ya que frecuentemente se relaciona la limitación física con la limitación de las capacidades de la persona. Es cierto que éstos niños, debido a su limitación física, presentan dificultades para tareas que se requiere de la destreza física, sin embargo, el niño puede desarrollar otras aptitudes que no necesariamente se requiere de la destreza física para realizarlas, ya que como se señaló anteriormente, el coeficiente intelectual de éstos niños no se ve afectado por el padecimiento y que en ocasiones es muy superior al de los demás niños "normales" que no presentan limitaciones en su estructura corporal.

Con ésto se observa que aún existen ciertas ideas o actitudes erróneas de la gente con respecto al niño acondroplásico y que el adecuado ajuste de éstos a la sociedad, se dará en la medida en que se reconozcan sus capacidades para hacerlos productivos dentro de la sociedad.

En nuestros días, la tendencia general hacia el mejoramiento social ha conducido directamente a descuidar por completo, el material humano de que se compone la sociedad. El error radica en el hecho de que los individuos tienden a identificar su auto-imagen con los que ellos valen para la sociedad (Feldenkrais, 1980) (26). Estos son los puntos que deben tomarse en cuenta, cuando se quiere apreciar en toda su amplitud, la abrumadora influencia que tiene la actitud del individuo hacia sí mismo en el momento en que, de nuevo, quiere facilitar su propio crecimiento; o sea, permitir que sus cualidades propias se desarrollen y maduren.

Es importante señalar que si un niño acondroplásico desea mejorar el concepto que tiene de sí mismo, en primer lugar, debe aprender a valorarse como individuo aún si cree que sus defectos, como miembro de la sociedad, pesan más que sus méritos.

Aquellos a quienes se les ayuda a mirarse con un sentimiento humanitario lo bastante amplio como para tener por sí mismos un

respeto firme, son capaces de alcanzar "grandes" metas. En cambio, quienes se consideran inferiores a raíz de sus insuficiencias y no las logran superar, tienden a transformarse en adultos duros y amargados.

Para reconocer el propio valor, es importante el emprender la tarea del mejoramiento de sí mismo, pero el logro de todo mejoramiento real, exige el respeto por sí mismo; si no se alcanza una etapa en el que ese respeto deja de ser la principal fuerza motivadora, cualquier perfeccionamiento que se logre alcanzar, no bastará para satisfacer al individuo.

De esta manera se observa, cómo es imposible separar la enfermedad del marco familiar y social y que de éstos depende el adecuado desarrollo psicológico del niño acondroplásico.

Por último señalaré que el camino hacia la aceptación de éstas personas dentro de la sociedad aún es largo, ya que en nuestro país no se cuentan con asociaciones como la "Little people of america"; en donde éstas personas se encuentran unidas y que han hecho que el enano haya logrado un status digno dentro de la sociedad. Por desgracia, en nuestro país, no existen éste tipo de agrupaciones que se encargan de la ayuda mutua entre sus miembros y que éstas personas se encuentran dispersas en todo el país;

siendo ésto un gran obstáculo en cuanto a la aceptación del acondroplásico dentro de la sociedad mexicana.

AUTOCONCEPTO E IMAGEN CORPORAL

Como se ha señalado en capítulos anteriores, el padecimiento afecta indiscutiblemente la personalidad del niño acondroplásico, principalmente en el sentimiento que tiene de sí mismo. De aquí surge el interés en el estudio del autoconcepto, debido a la importancia que tiene este factor para el óptimo desenvolvimiento del individuo en todos los aspectos de su vida.

Indiscutiblemente es un hecho de que una persona que posea un mayor nivel de autoconcepto, demuestre una mejor adaptación tanto psicológica como en su medio ambiente. De esta manera, es importante señalar que el tema del autoconcepto se ha venido estudiando desde hace tiempo; por lo que existen varias definiciones del término y que es natural que varíen de acuerdo a cada autor.

Ya en 1899, William James señala que el autoconcepto representa un sentido de unidad de la personalidad (Azar, 1991)(5). En ese entonces, se consideraba al autoconcepto como una estructura central para comprender al hombre y su comportamiento; siendo éste integrado por la suma total de las propias características del individuo: capacidades, relaciones interpersonales, aspecto físico etc.

Rubin en 1965, señala que el autoconcepto debe entenderse como la imagen total que el sujeto tiene de sí mismo, en donde se incluyen atributos físicos, necesidades biológicas, rasgos y actitudes de la personalidad, así como roles familiares y sociales sobre las cuales se realiza una serie de interacciones (Azar, 1991)(5).

Otro aspecto importante para el estudio del autoconcepto, es la adquisición del conocimiento del individuo a través de su desarrollo, en donde va adquiriendo un mayor conocimiento de sí mismo así como del mundo que le rodea; ya que tiende a incorporar a su propia persona las consecuencias generales de cuanto va aprendiendo. Cabe explicar que más que un simple conocimiento, se trata de un conjunto de actividades vivenciales cuyo aprendizaje varía en cada individuo. Si esta vivencia no es del todo gratificadora se tiende a repercutir en la personalidad del individuo y en su autoestima.

Rosenberg en 1973, define la autoimagen como una actitud hacia un objeto, entendiéndose como "actitud"; el designar hechos, opiniones, valores y orientaciones favorables y/o desfavorables con respecto a sí mismo (Martínez y García, 1991)(42). Se parte del supuesto de que la gente tiene una actitud hacia los objetos y de que el sí mismo es uno de los objetos hacia el cual dirigen

las actitudes. Para este autor, la autoestima es sinónimo de auto-evaluación y se utiliza para indicar cómo se evalúa el individuo con respecto a una característica en particular. Es decir, que es la aceptación o rechazo de sí mismo por parte del individuo.

A su vez, Hamacheck (1981), menciona que el autoconcepto es la parte cognoscitiva del yo, en tanto que la autoestima constituye la dimensión afectiva indicando el grado de admiración o valor que le concede al yo (Martínez y García, 1991)(42).

Rodríguez Estrada (1988), considera al autoconcepto como parte de un proceso de la formación de la autoestima, en donde el autoco-nocimiento significa conocer las partes que componen el yo, sus manifestaciones, necesidades y habilidades, a través de las cuales el individuo conoce por qué y cómo actúa y siente (Martínez y García, 1991)(42).

De esta manera se puede decir que el concepto de sí mismo designa al conjunto de ideas y actitudes de las que se tiene conciencia en un momento determinado en donde también se puede considerar como una estructura cognoscitiva organizada y derivada de las experiencias del Yo personal.

En la autoevaluación, el individuo refleja la capacidad interna de evaluar las cosas como buenas cuando le permiten la plena realización de sus facultades tanto en el plano psicológico como en

lo social; y considerarlas como malas cuando no le satisfacen, carecen de interés, le hacen daño y no le permiten crecer.

Hurlock (1949), indica que existen diferentes factores que influyen en el desarrollo de la personalidad y que modifican el concepto que uno tenga de sí mismo:

- 1.- Estructura corporal: Se refiere al tipo físico que se posee y al grado en que éste se acerca a las normas que el grupo cultural acepta como correctas.
- 2.- Defectos físicos: Están en relación con aquellas características físicas, aunque sean mínimas, que lleguen a alterar la estructura corporal.
- 3.- Condición física: Se relaciona con cualquier elemento que afecte la homeostasis del cuerpo, en forma temporal o permanente.
- 4.- Vestimenta: Representa un símbolo de status social, ya que el vestido crea un efecto sobre el autoconcepto y que influirá en la aceptación social.
- 5.- Autoconcepto: Es la imagen total integrada por atributos físicos, rasgos y actitudes de la personalidad, así como roles familiares y sociales.
- 6.- Imágen corporal: Es un elemento inconsciente del sí mismo que posee atributos estructurales y valores emocionales (Azar, 1991)(5)

Con respecto a la definición de la imagen corporal, se retomará la propuesta por P. Schilder (1935), que la define como "aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que ésta se nos presenta". (Ajuria-guerra, 1983 y P.Schilder, 1935)(3 y 57). De acuerdo a esta definición, la imagen corporal es un concepto que no sólo incluye nociones derivadas del esquema visual del organismo, sino que también incluye esquemas táctiles, olfatorios, gustativos, del equilibrio, del tono muscular, de las posiciones relativas de sus diferentes segmentos entre sí, etc; teniendo así que la imagen corporal es algo más que una simple imagen y en segundo lugar, que no se trata de una estructura mental estática sino dinámica en un constante deshacerse y rehacerse; lo cual P. Riviere (1941) lo convierte en un esquema tetradimensional que incluye al factor tiempo.

Así, el término de imagen corporal se adoptó para designar un marco de referencia actitudinal que define el concepto del cuerpo del individuo y que automáticamente influye en su percepción de sí mismo.

"Cuando un individuo percibe su propio cuerpo, se establece una compenetración única con el Ego e introduce disposiciones sistémicas previas que pueden darle a conocer mucho acerca de sí mismo" (Megargee, 1971)(43).

Sin embargo, existen diferentes formas de concebir el estudio del cuerpo y que en ocasiones no necesariamente se dirigen a una misma entidad corporal ni a fenómenos equivalentes, sino que responden a modos distintos de concebir o entender el funcionamiento del individuo. De esta manera, el concepto varía dependiendo de la corriente teórica que se está estudiando.

Así, existen 3 corrientes teóricas que se interesan en el estudio de la imagen corporal:

- 1) Teoría Fenomenológica,
- 2) Teoría Neurológica,
- 3) Teoría Psicoanalítica.

El interés por revisar las teorías mencionadas, se debe al hecho de tener una visión general del tema de estudio; en donde no se le resta importancia alguna a cada teoría, ya que se podría revisar solo una posición teórica, sin tomar en cuenta a las demás, por lo que se pretende evitar caer en eclecticismos.

Así, se expondrán los aspectos más relevantes de cada teoría, sus aportaciones a la teoría de la imagen corporal así como sus principales autores.

Por último, el presente trabajo se enfoca al estudio del auto-concepto y de la imagen corporal en los niños con acondroplasia.

TEORIA FENOMENOLOGICA

Las teorías psicológicas sobre la personalidad, en sus intentos por aprehender y conceptualizar en qué consisten y de qué dependen la unidad y la singularidad del individuo; se ha ido multiplicando a consecuencia del enorme cúmulo de datos que han aportado al estudio del individuo. La riqueza y variedad de la información sobre el comportamiento humano, ha permitido que se pueda contar con diferentes enfoques, para de ahí tener diferentes marcos teóricos.

Cabe señalar que cualquiera que sea el punto de vista adoptado, se estima siempre incluir la función de los factores fenomenológicos en el estudio de la organización total de la personalidad.

Para esta corriente teórica, el cuerpo se conceptualiza como una entidad física con una superficie, su peso, su profundidad y cuya actividad propia evoluciona de lo automático a lo voluntario, volviéndose más tarde a automatizar con una libertad de acción para hacerse económicamente capaz de hacer compatible la fuerza y la habilidad (Aisenson, 1981 y Ajuriaguerra, 1983)(2 y 3).

En el transcurso de su evolución, el cuerpo que al principio actúa manejado por la acción de otro, posteriormente se volverá actuante y transformador.

En el presente capítulo, se estudiarán las aportaciones teóricas de 2 exponentes de la teoría fenomenológica: Gabriel Marcel y Merlau-Ponty.

GABRIEL MARCEL

Marcel fue el primer autor que llevó el tema del cuerpo a una consideración filosófica en términos de la vivencia subjetiva, en donde analiza desde su punto de vista "esa especie de invasión irresistible de mi cuerpo sobre mí mismo, que es el fundamento de mi condición de hombre y de criatura". (Aisenson, 1981)(2).

Según este autor, el hecho de que el hombre es un ser vivo con un cuerpo físico, constituye un rasgo radical en su existencia.

Lo que Marcel propone es hacer entendible para la reflexión filosófica, esa experiencia concreta e inmediata del hombre, con los rasgos que presenta en el aquí y el ahora; en donde la experiencia le sea sentida como entrañablemente suya. De esta manera se entiende que lo concretamente vivido por el individuo mediante su cuerpo, se convierte en el instrumento de la investigación filosófica de Marcel, así como la vía que debe seguir la misma.

De tal manera que se puedan determinar "las condiciones de la existencia personal" y con ello se habrá tocado un fundamento sólido de lo que Marcel denomina: "Un existencial indubitabile".

La propuesta de este autor es que cuando el individuo se pregunta por su existencia, es precisamente ese "existencial indubitable" al que Marcel hace referencia: "Yo existo", es una unidad cuya certeza se da en una conciencia particular; una conciencia exclamativa.

Afirma Marcel que ante todo, parte de "mi Yo" en cuanto pronuncio juicios de existencia y la condición de las demás existencias es el de "Yo existo" y en base a esta existencia, las existencias de los demás resultan impensables dentro de un marco de referencia que las dota de sentido. Es decir, para el individuo le es revelado que no existe únicamente para sí mismo, sino que se manifiesta en otras existencias; es decir, "soy reconocible para los demás en la medida que sea reconocible para mí mismo" (Aisenson, 1981)(2).

Al hacer conciencia de ese "Yo existo", el niño acondroplásico se compenetra con el sí mismo. Esto último necesariamente nos hace referirnos a un concepto básico en la teoría de Marcel: "La posesión de mi cuerpo"; en donde señala que un ser sólo podrá aparecerse a sí mismo como personalidad si se aparece como enlazado a mi cuerpo. Al quedar constituida la propia existencia, quedan necesariamente excluidos el pensar y la intelectualidad, pues el simple hecho de la corporeidad no surge como un problema apropiado para la especulación intelectual: el cuerpo debe ser sentido y vivido.

Sugiere que la interrogación por el mismo ser, debe pasar previamente por la persona que se la formula: Yo, que pregunto por mi existencia. Por eso, antes de fijar la atención a cualquier otra cosa, primero hay que dirigirse al propio cuerpo.

Para este autor, el cuerpo se halla constantemente presente para uno mismo a modo de centro ordenador de la totalidad de la experiencia. Es importante hacer notar que es el cuerpo vivido por cada individuo y sentido como su cuerpo al que alude aquí Marcel y este rasgo determina que su significación sea empresa difícil, en donde la prioridad de la que goza el cuerpo se torne de hecho en una instancia impensable.

La experiencia del propio cuerpo del niño acondroplásico, experiencia que se da ante todo como un sentir, es el de una función entre el cuerpo y el Yo. Lo que en concreto significa "mi cuerpo" para Marcel, es un apreciarse a sí mismo como un cuerpo determinado, con respecto del cual no resulta posible ni establecer una distinción, ni por el contrario identificarse.

Para Marcel, el distinguirse e identificarse, son operaciones comprensibles dentro del campo de la lógica y que pueden practicarse en relación a los objetos; es decir, en tanto que "mi cuerpo", el cuerpo que cada sujeto vive, no es un objeto ni algo situado frente a él ni algo que se pueda pensar: "mi cuerpo deja de ser mío al ser racionalizado o pensado, debe ser sentido y vivido".

De esta manera se observa que para este autor, el cuerpo no es un objeto, lo es cuando deja de sufrirlo como propio y lejos de ser un objeto, resume la condición de cada objetividad; siendo el fundamento de todo conocimiento científico. Señala que, es verdad que el cuerpo puede ser estudiado como algo separado de uno mismo, pero entonces ya no se trata del cuerpo propio.

Acaso se debiera concluir que el cuerpo es un instrumento de que se vale el Yo; de esto, Marcel deduce lo siguiente: "Si considero mi cuerpo como un instrumento no puedo a la vez considerarlo como mío. Mi cuerpo, en lugar de ser instrumento, es él mismo instrumentista, en lugar de ser poseído al modo de una cosa, es él el que poseé" (Wapner & Werner, 1969)(63).

De lo anteriormente expuesto se deduce que el cuerpo propio es el existente, sólo en relación o virtud del cual puede existir a merced de otros existentes, en donde se califica precisamente del cuerpo como el punto de referencia de todos los existentes.

Es decir, Marcel conceptualiza al cuerpo como el centro del universo personal, en donde, si las cosas existen para un sujeto esto se podrá dar en la medida en que se establezca una relación con las cosas; en donde esta mediación hace posible que el cuerpo trascienda del plano de lo plenamente espiritual.

Gracias al cuerpo, formamos parte de nuestra propia historia pues en él se hallan registradas las experiencias anteriores y

en relación con las experiencias actuales, en donde se establece una relación de "simpatía" con las cosas que se encuentran estrechamente ligada con la función instrumental del cuerpo.

De lo expuesto por Marcel, se podría concluir que el niño acondroplásico organiza su universo en base a su cuerpo; lo que lo dota de una individualidad propia, lo que corresponde a una prioridad absoluta.

MERIAU-PONTY

En la teoría de este autor, se manifiesta el esfuerzo por demostrar cómo el cuerpo en su integridad tanto en su calidad de ente biológico como en su dimensión vivencial; participa en la organización de la vida personal.

Tal concepción es generada en este autor del convencimiento de que la conciencia del hombre es fundamentalmente lo que denomina "una conciencia comprometida", porque siempre su vida transcurre en el mundo en una íntima relación con las cosas y en su conducta se da una compenetración entre el plano de lo subjetivo y lo objetivo.

Para Merleau-Ponty, el esquema corporal es un sistema de equivalencia dada por las distintas funciones motrices y que no son automáticas es decir, que no solamente es "la experiencia de mi cuerpo", sino además una experiencia de mi cuerpo en el mundo

y que es este quien le da un sentido motor. Continúa señalando que: "yo no estoy ni en el espacio ni en el tiempo. Mi cuerpo se aplica a ellos y se abraza, ni cosa ni instrumento: mi cuerpo es el ser Yo en el mundo" (Ajuriaguerra, 1983 y Bernard, 1985) (3 y 20). De esta manera se aprecia que, aquí tampoco el cuerpo del sujeto puede entenderse como un simple conjunto de órganos, sino que obedece a un principio de organización conforme de movimiento general de ser-en-el-mundo. En esta teoría de Merleau-Ponty, el nombre se describe siempre como ser-en-el-mundo o como un ser en situación y es lo que revela toda la auténtica descripción fenomenológica. De esto se desprende que, el cuerpo en cuanto es concebido como un medio perceptivo y activo posibilita justamente este ser-en-el-mundo y trascender de la conciencia hacia las cosas, entendiéndose que no es un agregado material separado o indiferente en la existencia, sino que entra en su relación más íntima con el mundo.

Así, el cuerpo es aquello en nosotros que está correlacionado con los objetos exteriores y se halla ligado al mundo mediante una relación pre-objetiva que constituye una "intencionalidad operante", no pensada y mediante las funciones perceptivas, permite comprender el sentido de las diversas artes (Wapner & Werner, 1969) (63). De este modo, caracterizar al hombre como ser-en-el-mundo, es un rasgo importante en la teoría de Merleau-Ponty y este concepto constituye el centro de su reflexión teórica. Pero, si ser-en-

el-mundo o conciencia de sí, significa que el ser humano sólo en cuanto es cuerpo y en el constante intercambio con los demás alcanza su posibilidad de realización; vemos también que el mundo termina de hacerse por obra del hombre. Esto nos da por una parte, un cuerpo vivido, que se organiza en un esquema corporal y por otro lado un cosmos que se estructurará según la propia manera del individuo.

Por lo que toca a la relación del sujeto en su propio cuerpo, corresponde a la índole de la existencia, el hecho de que en cada individuo, el cuerpo posea características particulares. A fin de cuentas, es en la experiencia de cada sujeto y de su cuerpo en donde se da esa peculiaridad de las distintas partes del organismo físico y que prestan a cada una una determinada parte y expresión. De aquí, se pueden encontrar las diversas características psicológicas que convierten al individuo en la persona que es.

A manera de resumen de lo que se ha venido presentando de la teoría fenomenológica, se observa cómo estos autores sitúan al cuerpo en un espacio y en un tiempo que el mismo individuo va formando en la medida en lo que éste se sitúa en el concepto de su propio cuerpo como vivido y existente.

TEORIA NEUROLOGICA

Las teorías neurológicas más o menos mecanicistas, proponen que: tanto el sentimiento como el comportamiento del cuerpo están íntimamente ligadas a la integración de un cierto número de circuitos aferoeferenciales y que dan al cuerpo su unidad y le permiten crearse un modelo. Aquí se pone de manifiesto a la propicceptividad al sistema sensorial y a la motricidad, observando de esta manera, todo un mundo de sensaciones y emociones que se van a organizar en forma de sentimientos y que permiten la vía al conocimiento del cuerpo y al mundo de los objetos.

El modo de pensar de esta teoría, está basado en una patología lesional y que con los hallazgos en el campo de la investigación neurológica, han enriquecido la forma de entender el conocimiento del cuerpo.

Históricamente, estos conceptos hacen en el terreno de la neurología: en el siglo XVII, Ambrosio Paré, hace referencia a una serie de fenómenos observados en pacientes cuyo miembro ha sido amputado. En base a sus hallazgos, señala que las sensaciones persisten en la mente del amputado como si aún formara parte de su cuerpo, más bien, del esquema que el paciente se había formado de su propio cuerpo. A este fenómeno lo llamó: "El miembro fantasma". (Rincón, 1971)(51).

A finales del siglo XIX, Sir Henry Head, en base a las investigaciones de Paré, propone el concepto de "esquema corporal"

o de "modelo postural del cuerpo", ya que para éste, el modelo que tenemos de nuestro cuerpo en la mente, reposa en los cambios posturales (Bernard, 1985 y Rincón, 1971)(10 y 51).

Para Head, la postura o los datos posturales, constituyen elementos esenciales para el conocimiento de nuestro cuerpo y señala que la imagen ya sea visual o motriz no es el patrón fundamental por el que hay que medir o reconocer los cambios posturales, ya que cada cambio postural reconocible, penetra en la conciencia y se relaciona con algo que sucedió con anterioridad. De esta manera, a cada momento se está construyendo un nuevo modelo postural de nosotros mismos y que este sufre de una transformación constante.

Así, cada nueva postura o cada nuevo movimiento, se registra en un esquema ya establecido y la actividad cortical pone en relación al esquema con cada nuevo grupo de sensaciones suscitados por la nueva postura. Para designar ese patrón mediante el cual se unifican todos los cambios en la postura antes de penetrar en la conciencia, Head propone el término de "esquema": "todo cuanto participa por medio de los movimientos concientes de nuestro cuerpo, se agrega a un modelo que tenemos de nosotros mismos y que ya se encuentra establecido y en lo sucesivo formará parte de nuevos esquemas". (Rincón, 1971)(51).

Según Head, estas impresiones pueden aparecer en la conciencia

en forma de imagenes, pero es más frecuente que queden afuera del centro de la conciencia, ya que es ahí donde se organiza y se forman los modelos de nosotros mismos; los que denominó esquemas (Rincón, 1971)(51). Es por la existencia de estos esquemas que tenemos la capacidad de reconocer cualquier postura, movimiento o punto local, más allá de los límites de nuestros propios cuerpos y la evidencia de que se dá esta integración a nivel central y que hace posible la integración del esquema corporal.

De esta manera, la participación del movimiento, sirve como base para el conocimiento del cuerpo, es decir, no nos damos cuenta de lo que sucede en nuestro sistema nervioso hasta que cobramos conciencia de los cambios operados en nuestra postura.

La teoría neurológica se sustenta en los trabajos sobre el sistema nervioso y mediante la observación de las conductas del individuo ya que para ésta, el sistema nervioso está constituido en niveles diferentes de integración, existiendo varios aspectos generales en la forma de experimentar nuestro cuerpo. De esta forma, la principal ocupación del sistema nervioso, es el del movimiento, por lo que necesitamos saber al mismo tiempo en dónde y en qué posición nos encontramos.

La capacidad para moverse influye sobre la propia valorización y es probable que para la autoimagen de una persona, su contextura física y su capacidad para moverse serán más importantes que cualquier

otro factor. Así se pone de manifiesto que el cuerpo se concibe como una unidad que está en constante cambio y desarrollo: todos los sentimientos y sensaciones que una persona ha experimentado, se vincularán en algún momento con los procesos de asociación mental. La postura y la sensación, el sentimiento, el pensamiento así como los procesos bioquímicos y hormonales; se combinan de tal modo que forman un todo que no puede dividirse en distintas partes. (Bernard, 1985; Ajuriaguerra, 1983 y Rincón, 1971)(10, 3 y 51).

Se estructurarán algunos de los principales exponentes de esta corriente teórica: Henry Wallon y Paul Schilder.

HENRY WALLON

H. Wallon, postula un esquema del desarrollo infantil, en donde la motricidad y la función postural del cuerpo, juegan un papel importante dentro de la evolución psicobiológica del niño. Este autor pretende demostrar, cómo el niño llega poco a poco a adquirir conciencia de su propio cuerpo como realidad única y dinámica, distinta de los objetos y de los demás seres vivos. Insiste en el primer desarrollo neuromotor y especialmente a la función postural, ya que esta última por sí sola, ofrecerá la posibilidad de reacciones orientadas por medio de las respuestas reflejas del recién nacido.

Para este autor, las primeras reacciones psicológicas del niño se basan en reacciones técnico-emocionales, ya que en sus inicios, la emoción es provocada por una serie de impresiones posturales y que al mismo tiempo sirve como base de la postura (Wapner & Werner, 1969 y Wallon, 1975) (63 y 61). Al igual que J. Piaget, postula una serie de estadios dentro del desarrollo psicobiológico del niño. Sin embargo, no hace una delimitación clara entre un estadio a otro, es decir, no habla de nuevos o estadios anteriores; sino que se basa en cuanto a que las conductas del niño realmente han prevalecido durante algún tiempo, así como cuando un nuevo tipo de conducta en el niño y la conducta anterior se hayan establecido plenamente.

H. Wallon parte del desarrollo emocional y la socialización señalando que estos esquemas afectivos están basados en mecanismos sensoriomotores. (Ajuriaguerra, 1983, Wapner & Warner, 1969 y Wallon, 1975) (3, 63 y 62). Para éste autor, las etapas pueden variar en cada persona y esto depende de las condiciones cerebrales sensiblemente más autónomas y más simples.

Al nacer, la principal característica en el recién nacido, es la actividad motora-refleja y llamó a éste: primer estadio impulsivo puro. Aquí, la respuesta motora a los diferentes estímulos (propioceptivos y exteroceptivos), están basados en una res-

puesta refleja. Aquí el niño actúa en forma de grandes descargas impulsivas, sin ejercer el menos control en su respuesta. H. Wallon señala que esto se debe al hecho de que los centros corticales superiores del sistema nervioso del niño, aún no son capaces de ejercer un control autónomo. También aquí, el niño aún no distingue su propio cuerpo de el mundo exterior, en donde su cuerpo absorbe algo que aún no puede distinguir claramente, obedeciendo a una especie que H. Wallon denominó de "solipsismo elemental" para la sensibilidad. Esta sensibilidad es, en efecto, bastante rudimentaria y se desarrolla paulatinamente hasta los 6 meses aproximadamente cuando el niño va descubriendo los movimientos de sus manos, dedos y pies, con cierta sorpresa y los llega a percibir como objetos ajenos a él. Durante éste período, el niño comienza a experimentar un vivo interés en el palparse su cuerpo: primero se lleva las manos a la cara, luego a la boca, el pecho, los pies, etc; como un reconocimiento de las partes de su cuerpo. (Ajuriaguerra, 1983, Wapner & Werner, 1969 y Wallon, 1977) (3, 63 y 61). El segundo estadio ocurre aproximadamente después de los 6 meses de edad, el cual denominó: estadio emocional; caracterizándolo como el de una simbiosis afectiva que es posterior a la auténtica simbiosis de la vida fetal. Simbiosis que, por otra parte, continúa con la simbiosis alimentaria de los primeros meses de

vida.

H. Wallon atribuye gran importancia a la aparición de las primeras muestras de orientación del niño hacia su medio ambiente.

Para él, el niño de esta edad se relaciona primeramente con personas (madre, padre, familiares, etc), antes de relacionarse con objetos e interactuar con ellos; haciendo principal incapié en la relación afectiva madre-hijo. El modo de relacionarse del niño con su madre, según H. Wallon, se da en 2 niveles:

- 1) Un plano psicológico, por medio de impresiones subjetivas de empatía y/o antipatía y;
- 2) Un plano fisiológico, por medio de las modificaciones tónicas y de cambio postural.

En este estadio adquiere gran relevancia para el niño, los cuidados maternos, así como las muestras de afecto por parte de quienes le rodean (principalmente de la madre). Los estímulos provenientes de la madre, como los son los contactos cutáneos, representados por las caricias, los besos, la manipulación en el momento de la atención, etc; desempeñan un papel predominante en el desarrollo del niño.

De esto, H. Wallon desprende un concepto de orden general: cuanto más rico en estimulaciones cutáneas sea el universo del niño, mayor serán las posibilidades de adaptación emocional a

nuevas situaciones. Para este autor, la emoción domina absolutamente la relación del niño con su medio, no sólo extrae sus emociones del medio ambiente, sino que tiende a compartirlas con los adultos; razón por la cual H. Wallon llama: simbiosis. En donde el niño interactúa con su medio, compartiendo plenamente sus emociones tanto placenteras como desagradables.

El niño establece sus primeras relaciones en función de sus necesidades elementales: alimentación, que lo acunen, que lo muevan de un lado a otro, etc; actividades que adquieren toda su importancia a los 6 meses. De esta manera se observa, cómo el niño no es capaz de hacer nada por sí solo y que necesita de otras personas que lo muevan y lo manipulen. Sin embargo, es en los movimientos que le hacen las demás personas, en donde el niño formará sus primeras actitudes. Esto permite al niño el conocimiento postural de su cuerpo, lo que le permitirá una localización de su cuerpo en un contexto ambiental y de que en la medida que adquiere una mayor organización de las partes de su cuerpo; lo permitirá una mejor relación con su medio ambiente. Viendo así, los principios de la socialización en el niño.

En síntesis, en los comienzos del desarrollo, el niño se provee de los demás, principalmente de los movimientos maternos que el niño irá asimilando poco a poco en el esquema conceptual de su cuerpo a niveles muy primitivos. Por otro lado, la amplitud, la

frecuencia y el ritmo de los gestos del lactante están íntimamente relacionados en la amplitud, la frecuencia y el ritmo de las respuestas maternas.

El espacio postural, es decir, el lugar que ocupa su cuerpo en un sitio o lugar determinado, está determinado mediante el espacio postural de su madre, lo que involucra una relación que se ve infundida de un carácter puramente emocional; en donde las muestras de cariño o rechazo de la madre son lo más importante para el desarrollo del niño. A través de estas actividades que incluyen las reacciones tónico-emocionales, es donde se forman las primeras expresiones del infante.

H. Wallon considera que estas reacciones tónico-emocionales, se basan en mecanismos en donde el niño, tono y psiquismo se encuentran ligados y representan 2 aspectos de una misma función.

La expresión del cuerpo, sobre todo en sus manifestaciones tónicas, se traducen en otro registro, que son el de las manifestaciones emocionales y afectivas profundas, ya sean conscientes o inconscientes. (Bernard, 1985)(10). Es importante señalar que, estos esquemas afectivos nunca se independizarán de las reacciones tónicas y posturales y que permiten su expresión en lo que H. Wallon denominó "el diálogo tónico", siendo éste el principal lenguaje de la afectividad y por ese motivo desempeña una función determinante en la adquisición de la vivencia del cuerpo. El tono

postural desempeñará en etapas posteriores (específicamente en el 5o. estadio), un papel fundamental en la adquisición de la conciencia de sí mismo y en la distinción del "yo" y de "los demás" ya que es sobre la base de un buen equilibrio en el tono postural, que el niño podrá desarrollar la función transitiva del movimiento y por ende, de la actividad voluntaria eficaz y coordinada (Ajuriaguerra,1983; Bernard,1985; Wapner & Werner,1969; Wallon, 1977)(3, 10, 63 y 62).

El tercer estadio, es el llamado sensoriomotor y aparece al final del primer año o al comienzo del segundo año, el cual H. Wallon denominó: "de la sociabilidad incontinente". Aquí el autor concede gran importancia a dos aspectos del desarrollo: el caminar y la palabra, que contribuyen a que se de un cambio total del mundo infantil, por ejemplo: el espacio se transforma por completo al caminar, debido a las nuevas formas de desplazamiento con las que cuenta el niño. En cuanto al lenguaje, se convierte en una actividad verdaderamente simbólica, donde H. Wallon la define como la capacidad de atribuir a un objeto una representación (imaginada) conjunta a una representación verbal (signo); cosa que ya es definitiva a partir del año y medio a los dos años. (Ajuriaguerra,1983; Wapner & Werner,1969 y Wallon,1977)(3, 63 y 61).

El siguiente estadio es llamado: Proyectivo, en el que la acción se vuelve ya estimuladora de la actividad mental o lo que H. Wallon llamó: La conciencia. Aquí el niño tiene un conocimiento del objeto únicamente a través de su acción sobre él mismo, es decir, el acto se hace acompañar de la acción, insistiendo en la importancia de la acción mediante la postura.

H. Wallon lo denominó proyectivo, ya que aquí el niño siente una necesidad de proyectarse en las cosas para percibirse a sí mismo. Esto quiere decir que, sin el movimiento, sin una expresión motora; el niño no podrá captarse en su medio exterior, ya que para H. Wallon, la función motora es el instrumento de la conciencia sin la cual no existiría nada. Aquí comienza propiamente la vida mental del niño, por lo que es fundamental que tenga el sistema motor a su entera disposición.

En cuanto a el pensamiento, éste es proyectado hacia el exterior, por medio de los movimientos que lo expresan, ya que para éste autor, no es posible que subsista el pensamiento sin una proyección mediante una expresión corporal. (Ajuriaguerra, 1983; Bara, 1975 y Wapner & Werner, 1969) (3, 7 y 63).

Un quinto estadio lo denomina de: Personalismo, en donde aparece lo que el autor llama "el sincretismo diferenciado", en donde el niño llega a prescindir de situaciones en las que él se halla

implicado y ésto le permitirá reconocer su propia personalidad como independiente de las situaciones exteriores. Aquí, el niño adquiere la "conciencia de Yo", que nace cuando es capaz de tener formada una imagen de sí mismo; representación que una vez formada se afirmará de una manera indudable con el negativismo y con la crisis de oposición típicos de los dos años y medio a los tres años.

El hecho de que el niño tiene ya una auténtica conciencia de sí mismo, lo da a entender, por primera vez, mediante sus reacciones ante los demás. Lo que H. Wallon la diferencia del miedo; el niño ve ahí el miedo a ser juzgado por los otros en la época en el que la presencia del otro tiende a hacer al niño consciente de sus actividades que operaban recientemente en él, sin que pueda aún identificarlas y respecto a las cuales se siente obligado a hacer una elección. Aquí el niño llega a sentir vergüenza, cuya característica es motivada por el hecho de representarse a sí mismo tal y como lo ven los demás y es en la forma de verse en base a como lo ven los otros, que el niño se afirmará y extraerá las consecuencias de su propia afirmación.

Esta presencia del niño en el mundo, se le revelará mediante el descubrimiento de sus sentimientos de placer y dolor, expresados a través de su corporeidad. Vamos cómo la emoción vuelve a

tomar parte importante en éste estadio, ya que las expresiones tanto placenteras como las displacenteras, podrán inscribirse profundamente en el cuerpo del niño e influir en sus relaciones futuras.

La identificación representará una faceta de ese diálogo entre el niño y su mundo, ya que por medio de la identificación, el niño "internaliza" un aspecto de otra persona y se transforma en función de ésta, de manera que es una tendencia a la unificación y permite la concordancia del niño con su medio. De manera que el niño va a integrar las actitudes tanto de aceptación como de rechazo de los demás, y las llegará a "sentir" literalmente en su cuerpo, en virtud de su propio juego tónico. De esta manera, el niño podrá vivir en realidad, corporalmente hablando, los sentimientos de los demás, ya sean estas afectuosas o agresivas en un determinado número de esquemas tónico-corporales.

Hacia los 3 años se genera un cambio brusco en la manera de relacionarse del niño con su medio ambiente. Esto se logra, cuando puede dejar de estar como "flotante" y "disperso" entre las diferentes partes que se encuentran unidas, renunciando a su ubicuidad, es decir, retirándose de aquello que no sea él mismo; disociando la experiencia que vive mediante la categoría del Yo y el No-Yo.

En este camino, la distinción del Yo y del No-Yo, es una de las primeras etapas. Sin embargo, no se produce aisladamente, sino que se da en la medida en que el niño va teniendo una mayor objetividad en sus reacciones y en sus motivos de acción. No reacciona ya sólo a impresiones presentes, sino también a las imágenes que guarda del pasado. La aptitud de reaccionar, ya no pertenece únicamente al plano de lo consciente y lo actual, sino que comienza a dirigirse hacia un plano en el que lo real se refiere a nociones estables y más o menos capaces de resistir a las fluctuaciones momentáneas de la sensibilidad o de las disposiciones subjetivas.

A partir de los 3 años, emerge la necesidad en el niño de afirmarse, por medio de un repliegue en sí mismo, como esfuerzo por liberarse de la dominación del medio, en donde aparece la edad negativista del "no", del "yo" y del "mío"; durante el cual adquirirá la conciencia de que su personalidad es distinta de los modelos que se le habían impuesto, descubriendo así la verdadera existencia de los demás frente a él y a comenzar a desarrollar su "yo social". Este desdoblamiento, le permitirá al niño adquirir cierta conciencia de su propia personalidad y va a hacerla reconocer

ante los demás. El niño busca su afirmación en la oposición de los demás. Para el niño de esta edad, este período es muy importante en el desarrollo de su personalidad. (ajuriaaguerra,1983 y Wapner & Werner,1969)(3 y 63). Al llegar ala edad escolar, a los 6 años aproximadamente; poseé ya los medios intelectuales y la ocasión de individualizarse claramente. Es la fase de la "personalidad polivalente", que le llama H. Wallon, en donde el niño puede participar simultáneamente en la vida de diversos grupos y que puede influir en ellos, abriendole toda una gama de posibilidades en las relaciones sociales.

H. Wallon recalca la importancia de los intercambios sociales del niño en la edad escolar y los beneficios que esto le aporta (Wepner & Werner,1969)(63). Este autor considera que el estudio de las conductas humanas, consiste en una observaci ón del hombre en movimiento y en la dialéctica que se establece con su medio social. Para H. Wallon, el movimiento aprendido como acto voluntario, lleva a concebir el cuerpo como una unidad, como una totalidad primordial. De esta manera, los movimientos son descritos como modos primordiales de relacionarse entre un organismo con su medio de objetos y personas. Los movimientos expresan una determinada manera de ser de la personalidad y revelan emociones y

sentimientos que el niño experimenta. (Bara,1975)(7)

La armonía entre el cuerpo y el medio, se expresan mediante una soltura en la expresión corporal, que sólo es posible en la medida de que el niño se sienta agusto consigo mismo, así como con su medio social; que se establezca una relación de empatía entre ambas partes.

En contraste, el malestar en la relación con los demás, se manifiesta por el estancamiento en la actitud, la falta de naturalidad e incluso en los movimientos inarmónicos; dejando entrever, toda una tensión interior que se exteriorizará por medio de las manifestaciones tónicas inconscientes. (Wapner& Werner,1969)(63).

Así pues, para H. Wallon, la socialización tiene como objetivo el permitirnos dar a los demás una imagen de nosotros mismos conforme a lo que se espera de nosotros; merced a determinadas actitudes, mímicas o a un estilo de lenguaje y a un cuidado en la vestimenta propia.

Para Wallon, las emociones son los primeros sistemas de reacciones que se organizan bajo las influencias del medio ambiente que tienden a realizar por medio de sus manifestaciones, una fusión entre el individuo y el medio que le rodea.

Sin duda, en la teoría de H. Wallon, podemos ver el origen

de la conciencia, ya que por el juego de determinadas actitudes, éstas expresan y fijan para el niño, ciertas disposiciones específicas de su sensibilidad. Pero representan el punto de partida de su conciencia personal mediante su intervención en el grupo; con el cual comienza a fundirse. Se observa cómo en cada una de las etapas existe un sincretismo riguroso, en donde el lenguaje está ligado a la existencia y a la moderación de centros cerebrales sin los cuales no podría desarrollarse éste.

Por último, como se observó en el presente capítulo, el proceso de la génesis de la conciencia del cuerpo y del desarrollo de la personalidad en el niño; se desarrolla mediante un proceso dialéctico en la relación de uno mismo con el medio y en la imagen percibida de uno mismo en los demás.

Y como en cada estadio de la evolución se da una ruptura, una rectificación y una reanudación de los sistemas, es decir, una superación del sistema anterior como parte de la evolución psicobiológica en el niño.

PAUL SHILDER

Los problemas de los cuales P. Shilder se ocupó hace tiempo con respecto a la imagen corporal, surgen de sus observaciones de las lesiones cerebrales que impiden el reconocimiento de las

partes del cuerpo. En 1923, publica su libro llamado: "El esquema corporal", donde estudia aquellos mecanismos del sistema nervioso central que tienen importancia en la construcción de la imagen espacial que cada persona tiene de sí mismo y propone que en un estudio de ésta naturaleza, la psicología juega un papel complementario junto con la fisiología y la neuropatología, en el estudio del conocimiento del esquema corporal.

Para Shilder, sería erróneo suponer que la fenomenología y el psicoanálisis pueden separarse de una teoría neurológica y sugiere que para el estudio del organismo puede y debe ser incorporada el papel de la psicología que vea al organismo como una totalidad.

De ahí propone su definición de imagen corporal: "Por la imagen del cuerpo humano se entiende a aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos aparece". Esta imagen se integra por medio de las sensaciones: de dolor, impresiones térmicas-táctiles así como en la observación de algunas partes de la superficie corporal.

Estas sensaciones provienen de los músculos y de las vísceras y fuera de ello se encuentra la experiencia inmediata de una unidad corporal; siendo ésta unidad algo más que una simple percepción. (P.Shilder, 1935)(57). Así, el término nos indica que la imagen corporal ni es la mera suma de sensaciones o una simple imaginación,

sino que es una apariencia propia del cuerpo que aunque proviene de los sentidos no es una simple percepción. (P. Schilder, 1935; Dr. Vives, 1982 y Wapner & Werner, 1969) (57, 60 y 63).

Para P. Schilder, la imagen corporal es un concepto que incluye nociones derivadas no sólo del esquema visual del organismo sino también involucra a esquemas táctiles, olfativos, gustativos, del equilibrio, del tono muscular, así como de las diferentes posturas del cuerpo. Para él, la imagen corporal no se trata de la mera suma de sensaciones o de una imaginación, sino de una apariencia propia del cuerpo que aunque proviene de los sentidos, no es una simple percepción: "No es cierto que una suma de sensaciones nos haga saber lo que está sucediendo dentro de nosotros. Sólo cuando cada sensación se conecta con el modelo postural de nuestro cuerpo es cuando adquirimos conciencia de nosotros mismos". (P. Schilder, 1935) (57).

El estudio de los mecanismos cerebrales que influyen en la percepción y la acción, contribuyó a que Schilder procurara una comprensión más profunda de las actitudes psicológicas ya que para éste autor no existe un abismo entre lo orgánico y entre lo funcional. Así, tendremos que la imagen corporal es, en primer término, algo más que una imagen, y en segundo lugar, que no es una estructura mental estática, sino en dinámica y constante des-hacerse y re-hacerse. (Dr. Vives, 1982) (60).

Para la concepción teórica de la imagen corporal, Shilder retoma algunas nociones de las teorías de Head & Holmes: Los trabajos de éstos autores se enfocaban a estudiar a aquellas investigaciones que aportaban datos neurológicos sobre los fenómenos del miembro fantasma, revelando la persistencia sensorial de esa imagen de sí mismo en sujetos con algún miembro amputado. Para éstos autores, la imagen de uno mismo, en sí, era un fantasma que formaba parte de uno mismo y que le informa a la persona el cómo integrar sus posturas mediante un registro sensorial formado por la suma de sensaciones que se van integrando, yuxtaponiendo una huella mnémica sobre la otra y en la continuidad y contigüidad de las mismas, se van asociando los recuerdos posturales; llegando así a la definición de "esquema". Cada cambio postural es registrado y penetra a la conciencia, impregnado dentro de la relación de algo que ha sucedido anteriormente siendo el producto final, la apreciación de una postura que entra en la conciencia como un cambio postural que previamente fue afectado por un modelo, y denominaron a éste modelo: "esquema".

Esto nos conlleva a la idea de que el organismo, desde los inicios de desarrollo, está dotado de estructuras inherentes que le permiten aprehender los eventos de la experiencia, organizándolos e integrándolos hacia nuevas categorías con las característi-

cas de generalidad, abstracción y síntesis. (P. Shilder, 1935 y Rincón, 1971)(57 y 51).

Condillac, Hume y otros, considerados como asociacionistas-mecanicistas, presentaban a una imagen mental pasiva y meramente receptiva (no en constante construcción como la conciben H. Wallon y P. Shilder), la que registra la naturaleza de los eventos externos por medio de los sentidos y cuyos registros sensoriales reflejan con relativa exactitud, las experiencias pasadas. Aquí la memoria adquiere relevancia, ya que es el almacén de los recuerdos y la que proporciona a la conciencia y a la psique, el material de las ideas; concibiendo a la conciencia como la mera suma de sensaciones. (Wapner & Werner, 1969)(63).

De acuerdo con la teoría de las huellas mnémicas, la actividad del material reposa en la asociación de ideas y la organización de la memoria se basa en la importancia de las experiencias (pasadas) y que varían en grado e intensidad. Así, el material de la memoria se va gestando en base a la experiencia y cada una de éstas genera una réplica de sí misma, es decir, se da una copia fiel de esa experiencia al recordar el pasado; el cual tiene que ser exacto y verídico.

Esta es la dirección que pretende la teoría de los esquemas de Head and Holmes: el de una aprehensión de las experiencias

en un entrar en contacto con el mundo de los objetos, dentro de una estructura que desde sus inicios indica ya una organización previa, ya sea neurofisiológica o mental. P. Shilder, fundamenta su teoría no en la reconstrucción del recuerdo basado en hechos fiables y exactos del pasado, sino en un reacomodo de los recuerdos. Llega a la conclusión de que el recuerdo implica una reconstrucción del pasado y de que los eventos de la memoria difieren generalmente en forma significativa del evento original. Pero esas diferencias giran en torno al factor emocional que es el que condiciona la actitud seleccionadora de las experiencias.

De esta manera, P. Shilder llega a las siguientes conclusiones:

- 1) Un esquema es un sistema de registro, un procedimiento organizado para retener, coordinar y clasificar los datos sensoriales.
- 2) Los esquemas son más bien clasificaciones de direcciones, no contenidos ni huellas, sino direcciones para percibir, pensar, y presentar una conducta. Estas clasificaciones son persistentes, profundamente arraigadas y de óptima organización.
- 3) No existe en realidad un esquema general, sino diferentes esquemas que se unifican en un todo (Gestalt). (P. Shilder, 1935)(57).

Lo interesante de la aportación de ésta teoría al conocimiento de la imagen corporal, es el elemento organizador conceptual y no necesariamente del material psíquico. De esta manera se deduce

que el modelo postural se va creando en base a modelos anteriores interiorizados, siendo la reconstrucción del pasado, el esfuerzo por obtener un nuevo concepto o un significado que se va organizando. La concepción teórica de Shilder, expone que un fenómeno tal como la representación mental no es un simple añadido a la percepción y a la sensación, sino que los mecanismos que hacen posible esa estructura, son la esencia misma de la percepción y a la sensación y la acción. También retoma algunas nociones de las teorías de Head & Holmes en cuanto al establecimiento de una relación entre las impresiones posturales y táctiles con la imagen corporal. Head & Holmes ven en la impresión postural, la base del modelo postural del cuerpo, ya que existe un patrón de las posturas sobre cuya base se miden todas las percepciones nuevas. Señalan que, aún cuando el sujeto conserve una imagen visual pero su postura se encuentre afectada, el individuo no podrá reconocer los puntos de su cuerpo en donde se le ha estimulado.

P. Shilder da gran importancia a los sentidos (táctil, auditivo, visual, etc) para el reconocimiento del cuerpo. Sin embargo, para éste autor, el sistema óptico juega un papel predominante sobre los otros sentidos, en cuanto a que permite el establecimiento de relaciones espaciales y que la imagen óptica que se obtenga, guarda una estrecha relación con la percepción. (Rincón, 971)(51).

Estas observaciones reafirmaron la importancia para P. Shilder de la participación óptica en el modelo postural del cuerpo. Así, señala este autor que todo contacto provoca una imagen mental de la parte tocada, siendo para esto, esencial la parte óptica para la localización de un miembro. Este sentido de localización no se da por la simple percepción, sino que toda sensación cualitativamente bien localizada, lleva consigo una representación visual de sus relaciones espaciales.

Este autor se siente inclinado a señalar que la imagen corporal y especialmente sus partes ópticas, son necesarios para la inclinación del movimiento y que sin la parte óptica sería difícil la localización táctil. La creación del espacio en el ejercicio de la acción, es una de las características de la imagen corporal: "la imagen corporal es una imagen en el espacio y no hay experiencia humana sin la experiencia del propio cuerpo, ya que las percepciones se encuentran fuera del cuerpo". (P. Shilder, 1935)(57).

De esta manera, para P. Shilder, la percepción y la sensación están en el espacio, todo lo que vemos se encuentra en un espacio, estableciéndose a la vez, una relación entre las experiencias y las acciones del individuo. Sin embargo, el espacio óptico no es independiente y se encuentra íntimamente relacionado con el

self (Yo) y el cuerpo, ya que no sólo existe un espacio fuera del cuerpo sino que existe un espacio que es llenado por el cuerpo. (P. Schilder, 1935; Rincón, 1971 y Wapner & Werner, 1969) (57, 51 y 63).

Para él, la imagen corporal se extiende en un espacio y al mismo tiempo se crea una percepción de ese espacio: La percepción de sí mismo en ese espacio.

De ésta manera, P. Schilder resume lo siguiente:

- 1) El sentido de la postura desempeña cierto papel en la construcción del conocimiento que tenemos de nuestro cuerpo.
- 2) En cuanto a la localización, existe la posibilidad de elaborar un conocimiento de la relación que guardan entre sí las distintas partes de una superficie.
- 3) Existe una imagen óptica del cuerpo muy independiente de las sensaciones táctiles.
- 4) Las partes simétricas del cuerpo se hallan interrelacionadas entre sí, tanto fisiológica como psicológicamente.
- 5) La percepción óptica y las imágenes hacen resaltar la similitud táctil de los puntos asimétricos.
- 6) Las imágenes ópticas concientes y las percepciones, sólo constituyen una pequeña parte de lo que ocurre dentro de la esfera óptica. (P. Schilder, 1935) (57).

Parece ser que para iniciar los movimientos hace falta o una percepción óptica o una imagen óptica, pero éste enunciado sería erróneo si por imagen entenderíamos solamente una representación plenamente inconsciente como lo propone P. Schilder.

Hay personas que no poseen imágenes ópticas y son capaces de iniciar sus movimientos, aún con los ojos cerrados. De esta manera, los factores ópticos pueden ser reemplazados por las experiencias Kinestésicas, ya que los estímulos ópticos como los Kinestésicos, se hallan vinculados con un alto nivel de actividad cortical. Siendo las impresiones táctiles como las Kinestésicas, útiles para la orientación relativa del cuerpo cuando las impresiones ópticas son insuficientes.

De esta manera, se observa que a la vez que se construye el espacio exterior en el ejercicio de la acción, se construye un espacio interior en una imagen espacial de sí mismo. De aquí la compleja fenomenología entre el discernimiento de lo que pertenece al cuerpo y lo que no, entrelazados en la construcción del espacio-sujeto-objeto y que en un principio de la vida, se hallan en estrecha relación y mediante esto, el sujeto obtiene gradualmente el conocimiento de sí mismo.

Para P. Schilder, la creación del espacio en el ejercicio de la acción, es una de las características de la imagen corporal.

De ahí la denomina como "tentáculo del Yo", como función relacional y comunicativa para aprehender la realidad exterior, y al hacerlo, permite crear un mundo interior en donde se hace referencia a las vivencias. (P. Schilder, 1935; Rincón, 1971 y Wapner & Werner, 1969) (57, 51 y 63).

Esto nos permite entender que el mundo va a ser introyectado por el cuerpo y mediante él mismo se va a proyectar al mundo exterior, proyectando un interior sui generis. El cuerpo es un instrumento para penetrar dentro de lo que hay de vibrante y significativo en el objeto, capaz de hacernos percibir, no sólo lo más esencial para el conocimiento, sino una pluralidad de elementos ricos para la percepción y para las posibilidades de acercamiento. La personalidad no puede diluirse en aquello que aprehende y contempla: debe mantener su integridad y a la vez saber mantener relaciones satisfactorias con el medio.

En la construcción del mundo de los objetos, es decir, penetrar en el medio, relacionarse con el objeto y reconocerlo, P. Schilder señala que se da una relación entre dos motilidades: la del movimiento propio del sujeto de experiencia y del movimiento inherente al sistema nervioso central del sujeto que entabla una relación.

El pulsar constante del sistema nervioso, las actitudes tónicas y la motilidad física, son los medios de establecer ese contacto.

(P. Schilder, 1935)(57). De esta manera, las acciones se manifiestan en el campo perceptual mediante las actitudes tónicas posturales y con ellas las constelaciones que van vinculadas en la percepción o en la representación: las imágenes internalizadas. La unificación de las sensaciones de los diferentes órganos dentro de esta concepción totalitaria del cuerpo, que es la unidad sensorio-motora-vegetativa-afectiva, se encuentra sostenida mediante la unificación de las motilidades de esos órganos en la actitud tónica.

De aquí se desprende el término de cinestesia, o sea, la respuesta sensorial matizada de distintas gamas sensoriales, colores y sonidos, unidos a las imágenes. Así, en la integración de la imagen corporal y en su paulatino desarrollo, la maduración natural de la motilidad y de los aspectos sensoriales, son fundamentales.

Destaca P. Schilder los tipos de tonos musculares que influyen en el desarrollo del modelo postural del cuerpo: el tono vestibular, el cerebelar de hiperflexión, el tono de los reflejos de enderezamiento, los cambios parieto-occipitales, el tono de persistencia sensorial, etc. Retoma algunos lineamientos de la psicología de la Gestalt, que para él es importante para el entendimiento de la imagen corporal.

Köler señala que el modelo postural está formado por estructuras dotadas de cualidades específicas en su carácter de totalidades

y por consiguiente susceptibles de ser consideradas verdaderas unidades, lo que se entiende como una Gestalt.

La Gestalt es una experiencia inmediata y según sus autores (Wertheimer, Köler y Kafka), es perfecta y completa, en su necesidad interna, que se basa en la mera percepción.

Kafka, junto con Wertheimer, señalan que no deben considerarse los procesos psíquicos centrales como la suma de irritaciones aisladas, sino como procesos totales configurados.

"El yo corporal, esquema del cuerpo o imagen del cuerpo - según P. Schilder-, es una creación, una construcción, no dádiva. No se trata de una figura, en el sentido de Wertheimer y Köler, sino de la producción de una figura. La imagen del cuerpo no es un fenómeno estático, sino que se adquiere, se erige, se logra en un continuo contacto con el mundo, como no es una estructura sino una estructuración, sufre cambios continuos en relación con los hechos internos y externos. La imagen corporal es mutable, puede retraerse, dilatarse, introducir parte del mundo dentro de sí y se reedifica en cada momento". (A. Aberastury, 1987)(1).

Se observa en ésta noción, los atributos que P. Schilder da de una Gestalt., que es la base de lo que para este autor sería: la unidad-totalidad, forma perfecta y suficiente en sí misma.

También confiere al esquema dentro de ésta Gestalt, ya que al asimilar y acomodar sus elementos constitutivos, va integrando conexiones a su estructura, lo que hace que cambien sus límites y ensanchando sus dominios; pero siempre conservando su unidad y sus características que lo definen como esquema. Ese hacerse y deshacerse, buscando la postura más adecuada con su valor real ante los objetos y como valor psicológico (símbolos), está revelando que la imagen corporal toma el lugar del objeto (o de la representación mental), y hace una copia fiel de ese objeto, obteniendo la información que requiere para aprehenderlo (la imitación y la identificación, mediante los mecanismos de introyección), y que son importantes para la construcción de ese instrumento.

P. Schilder menciona que el modelo postural de nuestro cuerpo se halla relacionado con el modelo postural de los demás, en cuanto a que al experimentar los esquemas corporales de los otros; experimentamos nuestra imagen corporal estableciéndose una relación íntima. Así como nuestras emociones y acciones son de los demás son inseparables de sus cuerpos.

Cuando el conocimiento de nuestro propio cuerpo es incompleto y defectuoso, todas aquellas acciones que exigen dicho conocimiento particular, también serán defectuosos. De esta manera, señala

Schilder que necesitamos de la imagen corporal para iniciar los movimientos y en especial cuando las acciones se hallan dirigidas hacia nuestro propio cuerpo. Toda alteración en la percepción habrá de conducir a una alteración en las acciones del individuo.

Es notable que las dificultades experimentadas en las acciones relacionadas con las partes del propio cuerpo vayan acompañadas, en su mayoría, por dificultades con las partes de los cuerpos de los demás. (P. Schilder, 1935)(57). Así, se observa la importancia de la imagen corporal en la construcción de una representación interior, así como en la actividad del ser dentro de un contexto ambiental y cómo influye éste en el adecuado sentimiento de sí mismo.

TEORIA PSICOANALITICA

En el presente capítulo, se expondrá la manera de concebir a la imagen corporal desde el punto de vista psicoanalítico, en donde los conceptos del Self y del Yo, adquieren particular relevancia.

En los trabajos psicoanalíticos, la noción del cuerpo se ve relacionada con las zonas erógenas del cuerpo, ya que el conocimiento que tenemos de nuestro cuerpo, dependerá en buena parte de la manifestaciones de erotismo, a través de sus diferentes zonas; cuya libido determinará que unas porciones se vayan cargando (catectizando) más que otras.

En su teoría de la libido, S. Freud señala que el cambio hacia nuevas fases, se origina por la fijación de la libido en determinada zona erógena del cuerpo. Una característica derivada de la acción de la libido narcisista (la que depositamos en nosotros mismos), sobre el esquema corporal, se observa cuando se siguen las fases evolutivas del impulso erótico durante el desarrollo psicosexual y que va privilegiando diferentes zonas del cuerpo: zona oral, anal y genital; siendo esta última región corporal la que más conservará la valoración y significación máxima durante el resto de la existencia. (Ajuriaguerra, 1983 y Escamilla, 1989) (3 y 22).

S. Freud(1914) en sus estudios sobre el narcisismo, describió el fenómeno que denominó "la retracción de la libido al Yo", mediante el cual señala que un sujeto al enfermar, deja de interesarse en todo lo que le rodea, para concentrarse en sí mismo; desahucando todo lo que no tenga que ver con su enfermedad, explicando así el fenómeno de la concentración de la libido en sí mismo. (Vives,1982)(53). Para él, el estadio más profundo, por ser el primero de todos, es el del llamado: amor narcisista. Siendo éste necesario, ya que el amor, para poder evolucionar y volverse altruista, necesita tener una base firme; que es llamado narcisismo. (Caruso,1987)(14).

Con respecto al término de Self, Freud lo utiliza para designar éste objeto de amor narcisista, dirigido a la persona como totalidad y no al Yo, como instancia particular dentro de la personalidad. Al igual que Hartmann, señala que el narcisismo está relacionado con la libido depositada en el Self, y éste, de la fase narcisista. Se da en una unidad dual; es un Self dual; a dúo, carente de Yo, ya que para éstos autores, el recién nacido todavía no tiene esa instancia psíquica llamada Yo y que ésta se va formando en la medida que el niño va separándose de lo que le rodea.

Kohut expone los lineamientos generales de una psicología del sí mismo, ubicando al sí mismo en el centro de la personalidad.

Este autor traduce la expresión de sí mismo para hacer referencia al self en base a los estudios sobre el narcisismo. (Kohut, 1990)(35).

Con ésto se aprecia, que los trabajos de Freud sobre el narcisismo, abren el camino para el estudio de los orígenes del self en el individuo; en donde se observa que desde los inicios de la vida encontramos la expresión del sentimiento del ser en una etapa anterior a la formación del Yo.

Rollo May, menciona: "Tanto lo que es llamado Yo, como el sentimiento del ser, presupone la emergencia de un darse cuenta de sí mismo, lo que sucede en un lapso de los dos primeros meses de vida hasta los dos años de la infancia. Este es el lapso de la plena formación del Yo. El Yo se dice ser especialmente débil en la niñez, débil en el sentido de la poca penetración de la realidad y de la escasa relación con la misma. Si en un principio, el sentimiento del ser puede manifestarse en forma particularmente intensa, esto comienza a disminuir cuando el niño empieza a sucumbir ante las tendencias conformistas, es decir, cuando comienza a experimentar su existencia como un reflejo de la evaluación que los otros hacen de él" (Ajuriaguerra, 1983)(3).

La omnipotencia de las ideas y la concepción grandiosa que tiene el niño de sí mismo y otros fenómenos del narcisismo primario

que S. Freud destacó, aparecen en esas primeras etapas en la expresión del ser.

Freud distingue dos tipos de narcisismo: El primario y el secundario.

El narcisismo primario designa a un estado precóz en el que el niño carga toda su libido (esfuerzo pulsional amoroso) sobre sí mismo.

El narcisismo secundario, designa una vuelta sobre el Yo de la libido, retirada de sus catexias objetales. (Caruso, 1987)(14).

Según las expresiones de Freud, el narcisismo primario forma a "tientas", "seudópodos" u órganos de contacto, en dirección a los objetos (personas y medio exterior). Se considera ya, un amor a sí y a una persona de referencia, aunque en un trasfondo no muy diferenciado, debido a que aún no están plenamente diferenciadas la libido de las pulsiones del Yo en ésta diada. El narcisismo secundario, es un intento defensivo de la tendencia de volver al punto de partida donde la libido aún no está separada de las pulsiones del Yo, para posibilitar una nueva formación; tanto del propio Yo como de las relaciones con el mundo.

Se trata, por llamarlo así, de una regresión provocada por la necesidad inconsciente de dar un alcance al desarrollo. (Caruso, 1987)(14). De esta forma se puede apreciar que el narcisismo primario no es realmente un amor a sí mismo o al Yo, porque, para que

se de una plena formación del Yo, se debe dar una etapa de separación-individuación en la diada madre-hijo. Aquí no es el Yo (todavía inexistente), el que se encuentra verdaderamente investido con la pulsión amorosa, sino más bien es en esa unidad dual madre-hijo de donde se deduce que el llamado narcisismo primario desempeña un papel social, dinámico y decisivo en el desarrollo humano.

Como en el estadio prenatal aún no se perciben las fronteras del propio cuerpo, el narcisismo primario significa un amor a la diada y en la diada; un amor a un estado todavía no individual del que puede nacer el Yo ulterior. Por lo que se consideraría al narcisismo primario como un amor microsociedad que indiscutiblemente contiene las raíces de la propia estimación. Sin embargo, si éste amor narcisista no evoluciona, ésta catexis secundaria de la liido, después de su vuelta a los objetos del mundo exterior, no se verá efectuada y se considerará al Yo como débil y amenazado.

S. Freud estudió el papel del narcisismo en la formación del llamado ideal del Yo, o sea, en la catexización libidinal de un Yo idealizado que desempeña un papel de los que le rodean, principalmente de la madre, era el origen de todo desarrollo posterior. (M. Salles, 1986)(41). Esto lo explica en cuanto a que el recién nacido satisface su necesidad de apego y hambre en el pecho de su madre y precisamente por éste hecho, el neonato todavía no puede responder con una plena formación del Yo a su relación

con ésta. La orientación libidinosa hacia el mundo, necesita de una formación del Yo, que se da mediante una disgregación gradual en la diada madre-hijo. Como parte de la estructura mental, el desarrollo del Self y de los objetos, forman una de las regiones centrales y de mayor importancia en la formación del Yo. (M.Salles, 1986)(41).

En la teoría psicoanalítica, se observa que la noción del cuerpo va a la par con la del desenvolvimiento del Yo, dando relevancia particular a las relaciones con los objetos, así como la importancia que cobran tanto la caloración del Yo y del Self; considerando a la imagen corporal como una de las facetas del Self.

El Self, desde el punto de vista psicoanalítico, se define como una estructura intrapsíquica que se origina en el Yo del sujeto y que permanece ligada a él en forma indisoluble (Kerberg, 1975; Thomas & Chess, 1980)(25).

O. Kernberg (1975), considera al Self como la suma de representaciones del Self en íntima relación con la suma total de las representaciones de los objetos; entendiendo como representación del Self a el conjunto de representaciones de carácter inconsciente y conciente de nuestra imagen corporal.

Para Sullivan, la denominación del Yo, a menudo se ve sustituida por el Self, el cual considera como el sentimiento más profundo

de la autoidentidad; en donde la personificación del Self se logra cuando se refiere a sí mismo como "Yo", o cuando se hace referencia a algo de sí mismo como "mi" o "lo mio".

Jung considera al Self como el centro de la personalidad. Para éste autor, el Yo sólo puede considerarse como el centro de la conciencia, y se añaden a éste los contenidos inconscientes. El sí mismo incluye al consciente como al inconsciente.

Erikson, Shafer y Silder, señalan que los primeros valores en la infancia serán adquiridos en base a el conocimiento del propio cuerpo y que mediante éste, se aprende a distinguir lo que es del Yo de lo del no-Yo. El cuerpo sirve como el núcleo formativo del Self; la autorepresentación de la propia persona.

Con lo mencionado anteriormente, se puede decir que el Self hace referencia a la totalidad de la personalidad, incluidas las partes del cuerpo así como de una organización psíquica; en donde el Self corporal, físico y psicológico son consideradas como partes diferenciadas del Self como totalidad. (Jacobson, 1954)(3).

De esta manera, se puede observar cómo el Self se encuentra íntimamente relacionado con el sentimiento que posee el individuo sobre sí mismo.

A continuación se expondrán las teorías de Hartmann, P. Silder, M. Mahler y R. Spitz, así como su contribución al estudio de la imagen corporal.

HARTMANN

La teoría psicoanalítica ha intentado valorar en el funcionamiento de la psique, la importancia del inconsciente y especialmente de los impulsos -primordialmente los sexuales- elaborando una teoría de la psique desde el punto de vista dinámico en términos de conflicto, de interacciones y oposiciones de las fuerzas existentes; en función de problemas planteados por las estructuras del sistema psíquico y por las tres instancias del aparato psíquico: Ello, Yo Y Super Yo.

Freud formuló estos principios para de ahí explicar la tendencia del organismo a reducir las tensiones: el principio de placer-displacer. Hartmann sigue el criterio del deseo freudiano de la frustración a una necesidad y de una espera anhelante hacia la fuente de satisfacción. Para este autor, existe una "privación parcial" a la satisfacción de las necesidades, sin embargo, lo importante de la aportación de Hartmann, es el hecho de que ésta ambivalencia ante el objeto, en la espera y en la frustración; surgen la distinción entre el Yo y el no-Yo.

Los mecanismos de la percepción, la motilidad, etc; sirven de base para las funciones del Yo y son activadas en el niño mediante las necesidades pulsionales, formando parte de las características congénitas del Yo. (Ajuriaguerra, 1983) (3).

Hartmann expone su teoría sobre la génesis del Yo, en donde señala que el desarrollo se inicia a partir de una matriz indiferenciada, única para el Ello (impulsos) y el Yo; en donde emerge la libido y la agresión. (M. Salles, 1986)(41). Opina, que en los primeros estadios del desarrollo, el cuerpo sirve de asiento y es origen de sensaciones aunadas al placer-displacer. Los impulsos se van a vincular tempranamente con las experiencias de satisfacción derivadas del proceso de alimentación y se relacionan con los conglomerados de trazos de memoria provenientes de los canales perceptivos: visuales, auditivos, olfativos, táctiles, etc; así como de las experiencias provenientes de los receptores del equilibrio, de la posición en el espacio, de presión de temperatura etc; en donde el cuerpo es el receptor de esas experiencias.

Con respecto a la libido y la agresión, éstas van matizando la interacción humana temprana y en unión a los trazos de memoria provenientes de los sentidos y de la experiencia corporal, se irán organizando en lo que se conoce como el afecto y mediante éste se establece una relación Self-afecto-objeto; de lo que Hartmann considera a ésta relación afectiva, el vínculo primordial entre Self y objeto. En un principio, los afectos representan disposiciones innatas a la experiencia subjetiva en la dimensión placer-displacer y se da un proceso en donde se activan los patrones de conductas innatas y que producen acciones ambientales recíprocas.

Hartmann señala que durante la interacción, aumenta la percepción de los estímulos tanto externos como internos y como consecuencia se llega a lo que éste autor llama "la memoria afectiva" y que consiste en una constelación primitiva que incorpora a componentes del Self, del objeto y del estado afectivo mismo; siendo éstos los primeros intentos de organización del Yo. (M. Salles, 1986)(41).

De esta manera, en los primeros intentos de organización del Yo, el cuerpo en sí, representa la fuente de instigación de las sensaciones, deduciendo así la importancia de la relación de objeto.

Así, al principio el Yo es considerado ante todo como un Yo corporal, agregando que el Yo no sólo es una entidad de superficie; sino entendiéndolo como el que constituye la proyección de una superficie. (M. Salles, 1986 y P. Shilder, 1935)(41 y 57). Al hablar de un "Yo corporal", Hartmann propone la idea de un Yo organizador el cual controla la motilidad y la percepción del mundo exterior y probablemente la del sí-mismo.

Identifica al Self con la imagen corporal en los primeros meses de vida, en donde señala que existe una fase de indiferenciación entre el Ello y el Yo en el infante, y que la libido y la agresividad, están centradas en el Self, de donde presupone que no existe una real distinción entre el Self y el medio exterior. Para éste autor, el Self se cimienta en el ejercicio de la motilidad como

aparato de descarga de la agresividad contra los objetos, que se conciben como "malos"; en donde la musculatura y la motilidad contribuyen decisivamente a que se establezca la diferenciación entre el Self y el medio exterior. Especialmente en ésta diferenciación del Self y del medio exterior, es donde la influencia de la imagen corporal es decisiva, ya que gradualmente ésta establece un contacto con el medio bajo el control del Yo.

Aquí surge una pregunta: ¿En qué momento tiene la aparición el Yo? En la opinión de Hartmann, no se puede hablar de un Pre-Yo, desde el punto de vista de los fenómenos observables y sólo podemos hablar de un Yo, a partir de determinadas condiciones:

1) Cuando la actividad del lactante se vincula a estímulos actuales provenientes del medio exterior.

2) En la evolución perceptivo-motriz, se observa cómo el lactante pasa del condicionamiento de señales a la diferenciación de ciertas conductas que adquieren su valor tanto positivo como negativo para el infante.

3) En el mismo sentido, la aprehensión, así como la manipulación de los objetos, contribuyen a la formación del binomio antitético: Yo (como conciencia de existencia) y "exterior a mí". (Ajuriaguerra 1983)(3).

De esta manera, se aprecia cómo se concibe al Yo, no como un sistema elemental, sino como lo define Freud (1923); como la organi-

zación coherente de los procesos mentales.

Por último, Federn considera el sentimiento del Yo como el de una unidad en continuidad y considera a la imagen corporal como el representante en el constante conocimiento mental del propio cuerpo; es decir, es la presentación cambiante del propio cuerpo, representada en la propia mente. Para él, la imagen, el esquema y el Yo, no son considerados como entidades somáticas, y esto es lo relevante de su aportación; que los considera como fenómenos mentales.

PAUL SHILDER.

Shilder es otro de los autores que considera al cuerpo como el primer objeto del Yo: "El concepto de las relaciones de objeto es fundamental en todos los aspectos en la teoría psicoanalítica y que nos permite la sugerencia de que consideremos al cuerpo como un objeto ligado al Yo, lo que no es sino una extensión de la definición operacional del Yo. La idea de que el Yo se relaciona con el cuerpo como si fuera un objeto, no es nueva sino que la cuestión consiste en ver si el Yo se relaciona de la misma manera en todas sus experiencias, y primeramente cuál es su relación con el cuerpo". (P. Shilder, 1935)(57).

Este autor concede gran importancia al desarrollo del Yo, ya

que sin éste no es posible concebir, y el registro pleno de sí está aprehendiendo y que tiene responsabilidades ante el mundo; en el que tiene que actuar, sentir, gozar, defenderse, realizarse: vivir. Si se quiere hablar de una imagen corporal, se tiene que hacer referencia antes que nada al Yo.

Según este autor, el cuerpo está más cerca del Yo en tanto que el mundo está más distante que el Yo, en donde el Yo siempre confronta todo sus objetos y dentro de los cuales se encuentra el cuerpo; ya sea mediante imágenes, pensamientos, sentimientos, percepciones, etc; en donde el Yo siempre significa una intención hacia el objeto. Pero, el contraste entre el Yo y el objeto, es incompleta si no se representa en una región media, que referiremos como "mi cuerpo". (P. Schilder, 1935)(57).

Esta apreciación sugiere que el sujeto está registrando los eventos del medio ambiente a través de su cuerpo y que aprende a hacer parte de sí las percepciones y las sensaciones.

En la teoría de P. Schilder, se considera al organismo en un aspecto unitario en base a la respuesta y en la receptividad de una unidad sensorio-motora-vegetativa-afectiva. A diferencia de la teoría de Hartmann, Schilder señala que no se trata de los instintos en el Yo, lo que hace posible esa relación estrecha con los objetos, sino que se establece a través de la vista, del oído y de los sentidos del gusto, olfato y tacto; y sugiere que cada

imagen, ya sea en su percepción o en la representación, cada pensamiento y ciertamente todo lo que implica una relación con los objetos, contiene en sí una respuesta motora expresada mediante la acción en donde cada sensación tiene una respuesta motora.

Con respecto al Self, enfatiza su distinción a partir de la construcción de una relación con los objetos mediante el propio cuerpo, en donde viene a ser tanto percibido como sentido (Rincón, 1971; P. Schilder, 1935 y Wepner & Werner, 1969) (51, 57 y 63).

Es importante recordar que para éste autor, el Yo lo considera como la personalidad total y al Self como uno de los aspectos integrantes de la misma. Señala que desde los inicios de la vida, en el hecho de registrar un evento mediante el cuerpo, se da la tendencia a obtener un concepto en el que se fija y se consolida el conocimiento de uno mismo. Los primeros conocimientos son rudimentarios, pero desde el inicio, no sólo son la simple expresión de una actividad vital del individuo que está entrando a un mundo; sino que potencialmente existen ciertos mecanismos que generan la posibilidad de construir y crear un marco espacial y que son del dominio de la imagen corporal, en donde Schilder los denominó como: los mecanismos de contacto.

Para Schilder, la percepción realiza una labor eminente constructiva en la real participación del sujeto en su medio ambiente y

de ahí es necesario retomar el concepto Shilderiano de la zona de indiferenciación; lo que nos permite entender lo que corresponde a la sensación y lo que es de la percepción. Y una vez establecida la participación decisiva del sujeto en su medio ambiente, se delimitará lo que es del cuerpo y lo que no es, o sea, lo que es del self.

Como se ha venido mencionando, en los primeros estadios del desarrollo, tanto la personalidad como el mundo externo, están estrechamente unidos. En ese estado de indiferenciación, para que el organismo pueda conocer sus propias experiencias, se puede lograr mediante el establecimiento de una relación del organismo con el ambiente. La resultante de esto es una zona de indiferenciación, misma que hará posible que se den los fenómenos de proyección los de personificación y los de identificación. Esta zona de indiferenciación a la que Shilder hace referencia, no es privativa de la infancia, sino que acompaña al hombre en toda su vida y la considera como la expresión mismo del esfuerzo constructivo en que el objeto penetra en el mundo interior del sujeto cuya máxima posesión como vivencia incompatible es: la sensación de sí mismo. (Rincón, 1971)(51).

Winnicott también hace mención de una zona intermedia que se da en la experiencia entre el sujeto y el objeto, en el que el

primero tiene durante toda su vida, la posibilidad de crear valores e ideales. De esta manera, entre lo que se espera valorar en la relación entre el sujeto y el objeto, ya sea en forma de sensaciones, percepciones, respuestas motoras o el mundo de las representaciones, se encuentra la imagen corporal que "llena" ésta zona intermedia y que sirve como el vínculo entre el sujeto y el objeto, en donde se abriga así un microcosmos representado por el mismo cuerpo.

Con respecto a la imagen corporal, Shilder señala que en todas las esferas de la vida psíquica, está la presencia de la imagen corporal, reconociéndola como un "Yo perceptivo", o un "Yo perceptual" y que adquiere particular relevancia en las primeras facetas del desarrollo del Yo.

Como origen del Yo, la considera como "tentáculo del Yo", para aprehender la realidad exterior, en donde la imagen corporal sirve como una estructura que por excelencia, actúa como órgano que parte de la sustentación de actitudes. De estas apreciaciones surge la pregunta: ¿Por qué no considerar la imagen corporal como un tentáculo del Self? Esta es la primera condición para que exista la imagen corporal, que para Shilder es la imagen del Self, de sí, del individuo, del la autoidentidad; que lleva en sí la semilla de la autoconciencia y de la autorrealización.

Por último, señalaré que, al actuar se crea un espacio y se

consolida una percepción y una sensación dentro de sí para de ahí interiorizar una realidad al igual que una imagen trascendental; cambiante, plena de espejismos, pero una imagen de sí como punto de referencia de uno mismo sobre todas las cosas.

M. MAHLER

Esta autora estudia el desarrollo del niño en la interacción con su madre y observa los progresos de la individuación. Al observar éste progreso que le permite al niño su autonomía, describe cuatro fases del desarrollo:

1) Autismo normal: Se extiende desde el nacimiento hasta el segundo mes. Inicialmente se concibe un sistema psíquico aislado de estímulos del mundo exterior y que puede satisfacer de un modo autístico sus necesidades de alimento. En forma simbólica, esta autora conceptualiza el estado sensorio de las primeras semanas de vida como autismo normal, por el estado de desorientación alucinatoria primitiva en el cual, la satisfacción de la necesidad, pertenece a su propia órbita omnipotente autista.

Las necesidades y satisfacciones que proporciona la madre para reducir la tensión, no pueden ser aisladas ni pueden ser diferenciadas por el pequeño de sus propios intentos de reducción de tensión (Yo primitivo). (Mahler, 1985)(40). El neonato no advierte que la satisfacción de sus necesidades dependen de otro ser, ya

que son satisfechas en forma periódica por una madre con una sensibilidad particular.

La catexia corporal limitada a los procesos endógenos, se extiende a los órganos sensoriales para la percepción del no-Yo, gracias a su función, el lactante ya se percata de que la satisfacción de sus necesidades dependen de una fuente externa a su Yo corporal. Este logro marca la transición de la siguiente fase:

2) Simbiosis: del segundo mes en adelante, inicia el conocimiento confuso del objeto satisfactor, pues la figura materna aún no se percibe como una persona totalmente separada del infante, sino como una especie de extensión de su propio ser. El término de simbiosis, es tomado de la biología e implica que el infante es absolutamente dependiente del socio simbiótico (la madre). Es un estado de indiferenciación, de fusión con la madre en el que lo interno y lo externo sólo se empiezan a sentirse como gradualmente diferentes. (Escamilla, 1989)(22). Es en la imagen corporal donde se da el cambio de catexias propioceptivas hacia las catexias sensorio-perceptivas, denotando un gran avance en el desarrollo y que es un pre-requisito fundamental para la formación del Yo corporal. Así, dentro de esta matriz de dependencia, la figura de la madre lleva a la organización gradual del individuo: el Yo. Por medio del cuidado materno (Yo auxiliar), el infante es sacado gradualmente hacia un mayor estado de alerta sensorial

y a un mayor contacto con su medio ambiente.

Este estrecho contacto corporal con la madre, es un pre-requisito para que el niño vaya reconociendo poco a poco un mundo fuera de sí mismo, una realidad externa representada por la madre. De acuerdo a las secuencias de placer-displacer, se demarcan las expresiones del Yo corporal dentro de la matriz simbiótica que son depositadas en lo que se conoce como : la imagen corporal (Mahler, 1985)(40).

De esta manera, las representaciones del cuerpo contenidas en el Yo primitivo del infante, sirve como mediador entre las percepciones internas y externas. Por otro lado, Mahler señala que, por un lado el Yo se moldea bajo el impacto de la realidad y por otro lado por el impacto de los impulsos instintivos. En donde el cuerpo contiene dos clases de autorrepresentaciones.

Hay un núcleo interno de la imagen corporal con un límite que es volcado hacia el interior del cuerpo y lo divide el Yo y una capa externa de engramas corporales sensorio-perceptuales que contribuye a los límites del ser corporal. En este sentido, las sensaciones internas forman "el núcleo del ser" del cual se establecerá una sensación de identidad. (Escamilla, 1989 y Mahler, 1985) (22 y 40). A partir de estas vivencias proporcionadas bajo el

marco de una relación simbiótica, se va formando una imagen interna de la madre y que paradójicamente facilita el desprendimiento que debe realizarse en la siguiente fase;

3) Separación individuación: De los ocho meses en adelante, en éste periodo se disuelve el vínculo intenso que unía al lactante con su madre. La maduración neurológica, capacita al infante a movilizarse independientemente; lo que le produce una sensación de placer y de independencia.

Con respecto a éste proceso de separación, Mahler señala lo siguiente: "la separación consiste en los logros, en la formación de sus propias características individuales". (Mahler, 1985)(40).

4) La consolidación de la individuación y los comienzos de la constancia objetal, en donde se da una estabilización de su imagen interna así como el logro cognitivo-afectivo de una conciencia de separación y de la estructura Yoica.

La teoría de esta autora, no considera los procesos impulsivo y objetal como separados, sino que postula una interacción esencial y que participan en el proceso del desarrollo de la estructura de la personalidad.

RENE SPITZ

Describe las etapas de la evolución psicogenética en base a la relación que el infante establece con la figura materna. Estudió

minuciosamente las partes corporales que se van activando durante el curso del desarrollo así como las funciones fisiológicas infantiles que se despliegan posteriormente durante el curso del desarrollo. Este autor mantiene la idea de Freud con respecto a que la libido es la fuerza que se encuentra presente durante el curso de la evolución del infante, en donde la libido juega un papel muy importante y decisivo en el desarrollo de los primeros contactos humanos, especialmente en la relación madre-hijo; la cual considera como un catalizador indispensable que le permite que la libido fijada en las distintas zonas erógenas del cuerpo, se ligen a los objetos externos en términos de lo que llama Spitz: de una relación objetal (Escamilla,1989)(22).

El desarrollo hacia el establecimiento de esas relaciones de objeto, es favorecido por el perfeccionamiento progresivo del sistema de comunicación en la diada, que parte de una base afectiva.

Spitz señala que este sistema de comunicación empieza por el contacto corporal más primitivo y culmina con la formación del lenguaje y esto permite que los dos seres -uno en formación y el otro maduro -, se encuentren en perpetua comunicación; en donde la conducta de uno, engendra una respuesta en el otro, lo que a su vez sirve de estímulo para una nueva conducta en el primero.

Así, Spitz desarrolló tres etapas que se distinguen por las diferentes características que se dan en el niño, mediante la

relación que establece con su madre:

1) Pre-objetal (0 a 3 meses): Aquí el niño funciona mediante los reflejos, respuestas a sensaciones "precarias" y responde a la simple recepción de estímulos. Aquí no existe una representación psíquica del infante, en donde su Yo es rudimentario y se encuentra en formación; en lo que se podría llamar de una fase de indiferenciación, en donde su interacción con el medio es puramente fisiológica. Aquí no existe una distinción entre el yo y el no-Yo, entre el sí mismo y la madre, en donde toda la fuente de satisfacción proviene del propio cuerpo del infante.

2) Precursor del objeto (3 a 7 meses): El primer organizador marca un cambio fundamental especificado por la aparición de la sonrisa en el niño, en donde se presenta como una respuesta al rostro humano y es testimonio de los primeros establecimientos de la formación del Yo. Esto se debe al resultado de tres aspectos primordiales: de la relación objetal, de la maduración somática y del desarrollo psíquico.

Según este autor, el objeto es el rostro humano y se llama precursor, por lo que el niño aún no reconoce el rostro humano de determinada persona, sino percibe sólo una pequeña señal. No es un objeto real, sino una Gestalt, es decir, una estructura que se caracteriza por su forma y al ser su presencia constante;

provoca la aparición de la organización del Yo en el niño y que es auxiliado por su madre.

3) Objeto libidinal (8 meses en adelante): Aquí la respuesta del niño ya se vuelve selectiva, es decir, el niño ya no siente a cualquier rostro, sino sólo el que él conoce. Esto hace que el niño se da cuenta de la presencia de su madre, lo que permite que se de una superación del proceso de fusión previo. Ello implica la unión de dos impulsos: el libidinal y el agresivo, lo cual ocurre cuando la madre es suficientemente gratificante y además es capaz de facilitar la diferenciación.

Aquí aparece el segundo organizador de la psique, que es la capacidad de reconocer cognitivamente el rostro de la madre y el indicador de la angustia ante los extraños testifica la integración progresiva del Yo, así como su nueva capacidad para distinguirlo del no-Yo, y de la división entre la madre; que es la principal característica en la relación madre-hijo. El logro fundamental es el cambio que se establece en el área de la comunicación.

Aquí, la transmisión directa de los mensajes corporales, se transforma en un medio de comunicación muy primitivo, en donde la primera abstracción que el infante hace es el "no", el cual es un indicador de que está organizando lo que Spitz llama: "la comunicación semántica". El uso de un signo semántico afirma la

independencia del niño y al mismo tiempo limita su acción impulsiva, en donde le permite llegar a la distinción entre el sí mismo y el objeto materno; y en consecuencia, ésto permite al niño entrar en el campo de las relaciones sociales. (Escamilla, 1989 y Spitz, 1978)(22 y 58).

Como se ha venido apreciando, Spitz habla de organizadores, para hacer referencia a tres estadios de la organización psíquica:

El primer organizador de la psique, que se da mediante la percepción pura y que establece los inicios del Yo. El segundo integra las relaciones de objeto con las pulsiones y considera al Yo como una estructura psíquica organizada con una variedad de sistemas y funciones. El tercero abre el camino para el desarrollo de las relaciones de objeto, lo que hace posible la emergencia del Self, así como los inicios de las relaciones humanas.

De esta manera se observa la importancia de las primeras relaciones de objeto que el niño establece con su madre y que ésto sirve de precursor para el desarrollo posterior del Yo y del sí mismo.

A manera de resumen, se hace incapié en la importancia de los aportes de cada teoría del estudio del autoconcepto y la imagen corporal. Se observa que existen diferentes enfoques o teorías para el estudio de la imagen corporal y que la definición del

término, varía dependiendo del punto de vista de cada autor. Aquí se adoptó la definición propuesta por P. Schilder, el que define a la imagen corporal como la figura de nuestro cuerpo que nos formamos en la mente, la manera en que el cuerpo aparece ante nosotros mismos.

Sin embargo, es importante hacer una clara especificación de los términos esquema corporal e imagen corporal ya que ambos conceptos se encuentran íntimamente ligados en una relación subjetiva y que en ocasiones se presta a ciertas dudas o confusiones. Pero antes de esto, es importante hacer un pequeño paréntesis y ubicarnos en la teoría de los esquemas para esclarecer los conceptos de esquema y representación mental.

La necesidad de contar con modelos amplios y abstractos que permitan explicar la representación mental, se origina en la gran cantidad de investigaciones que se han realizado en el campo de la cognición. El estudio de la representación comenzó en 1879, cuando Ebbinghaus inició un programa experimental que revolucionó la psicología cognoscitiva de su tiempo. (Figuerola y cols, 1982)(27).

Su tema de interés era la memoria estudiada experimentalmente e impresionado por la aplicación del método experimental al estudio de las sensaciones, cambió la idea de aplicar la misma -

aproximación al estudio de la memoria. Para demostrar que la memoria podría estudiarse dentro de un laboratorio, realizó una serie de investigaciones basadas en las concepciones asociacionistas de los filósofos empiristas, puesto que consideraba que la memoria estaba compuesta por datos sensoriales aislados y sin significado, los cuales, mediante un mecanismo asociativo podrían encadenarse.

Ebbinghaus postuló, que la asociación era el mecanismo que regia los procesos centrales de la memoria. No nos detendremos a explicar con detalle los experimentos de Ebbinghaus, sino los resultados de éstos. De esta manera las aportaciones de sus estudios fueron que las informaciones que nos proporciona el medio ambiente son representaciones directas, fijas e inmutables; las cuales se almacenan en la memoria del individuo.

El mecanismo asociativo es lo que permite la activación de una de estas unidades de representación y conduce necesariamente a la re-activación de aquellas otras con las que está asociada.

La aportación de Ebbinghaus nos permite entender la idea de que el individuo es un ser receptivo cuya actividad se reduce a establecer una serie de asociaciones.

Bartlett en 1932, siguiendo los estudios de Ebbinghaus, termina o completa el estudio de la representación mental. (Figuroa y cols, 1982)(27).

Bartlett sugiere que nuestro conocimiento del mundo se compone de un grupo de modelos o esquemas basados en nuestra propia experiencia, de manera que cuando se presenta un nuevo material, basamos el nuevo aprendizaje en esquemas ya existentes. de esta manera se observa que el mundo está representado en esquemas, los cuales se construyen mediante nuestras experiencias en éste. Tanto el aprendizaje como el recuerdo son vistos como procesos activos que involucran un esfuerzo cognoscitivo y también como procesos constructivos; ya que lo que se aprende y se recuerda, además de que depende de los esquemas pre-existentes; recrea el original.

El concepto de esquema fue la clave en la explicación Bartletiana y éste concepto fue retomado por Sir Henry Head, quien lo usa para referirse a "la imagen corporal o modelo en el que se mantiene la posición relativa de nuestros miembros". (Figueras y cols,1982) (27). De esto, Paris, Piaget y Bartlett, sostienen que los niños no almacenan imágenes u oraciones como copias estáticas de las originales, sino que incorporan relaciones secuenciales de representaciones unificadas que proporcionan un significado del material del lactante. Por lo que las representaciones formadas, están expuestas a sufrir transformaciones durante el curso del desarrollo del niño.

De esta manera, la representación mental para estos teóricos, estaba relacionada al cómo trabaja la mente, en dónde la problemática pasó a ser la búsqueda de un modelo teórico que permitiera explicar los mecanismos que subyacen a tales procesos en donde prefirieran ofrecer explicaciones del por qué sucedía un hecho, más que la simple descripción de lo que había pasado en una situación experimental.

Después de esta revisión sobre la teoría de los esquemas, se pasarán a definir los términos de esquema corporal e imagen corporal, de donde se pretende tomar en cuenta las aportaciones de las teorías fenomenológica, neurológica y psicoanalítica y englobarlas en una sola idea, para explicar cómo se da el conocimiento del propio cuerpo.

El esquema corporal especifica al individuo como representante de una especie y es considerado como el interprete de la imagen corporal, en el sentido de que permite la objetivación de una intersubjetividad expresada en el lenguaje, la mímica, el dibujo o modelado, en la relación con otros, etc. Así se hace referencia al cuerpo en un espacio físico determinado, en donde ese espacio es construido por el propio cuerpo.

El esquema corporal es una realidad de hecho y en cierto modo

es nuestro vivir carnal al contacto con el mundo exterior. Se estructura mediante el aprendizaje y la experiencia ya que nuestras experiencias de la realidad y durante el curso del desarrollo, dependen de la integridad del organismo o de sus lesiones transitorias o permanentes, en donde el esquema corporal está ligado al sujeto y a su historia. De esta manera, el esquema corporal reposa en los cambios posturales, en donde la postura constituye un elemento esencial para el conocimiento de nuestro cuerpo. Cada postura o movimiento se registra en un esquema previamente establecido y la actividad cortical establece una relación con un nuevo grupo de sensaciones suscitadas por la nueva postura.

En el esquema, todo evento participa por medio de los movimientos corporales, se agrega a un modelo que tenemos y que se encuentra establecido, lo que quiere decir que el esquema corporal se va formando en base a esquemas pre-establecidos, y se integra mediante la capacidad de reconocer cualquier postura o movimiento.

En lo que se refiere a la imagen corporal, como el término lo define, es la representación mental que el individuo tiene sobre su propio cuerpo. En la imagen corporal se da la síntesis de las experiencias emocionales y está formado por material inconsciente, en el sentido de que toda la vivencia relacional con

el medio ambiente, se integra a una huella mnémica y al mismo tiempo se encuentra en una situación dinámica.

En el esquema corporal, su estructuración se basa en las experiencias gratificadoras o negativas, en donde el cuerpo va asimilándolas a su estructura o esquema; en la imagen corporal sucede algo similar en el sentido de que ésta se estructura mediante la huella mnémica o memoria que el individuo va asimilando en su inconsciente, por lo que ha sido referida exclusivamente a lo imaginario o a la representación mental.

Así como en el esquema corporal cada postura se registra en un esquema pre-establecido y que sirve como principio para la organización de esquemas posteriores, en la imagen corporal los sentimientos o emociones se registran en la memoria al asociarse con los eventos del medio ambiente, se va integrando la representación mental del cuerpo.

Gracias a nuestro esquema corporal que se encuentra relacionado con la imagen corporal, podemos entrar en comunicación con otros, por eso se dice que el esquema corporal permite la objetivación de una intersubjetividad. de esta manera se explica que en la medida que se da una actividad mediante el cuerpo del niño acondroplásico, ésta actividad va transformando su experiencia de acuerdo

a la vivencia de su cuerpo; de donde las experiencias agradables o desagradables se integrarán en la actividad física.

Mediante su cuerpo, el niño acondroplásico genera la percepción de sí mismo y esto le sirve como principio organizador de su percepción. Así la percepción de sí mismo comienza con la vivencia de su propio cuerpo, en donde se da una compenetración y un encuentro consigo mismo; su propio cuerpo, así como la percepción de éste organiza las cosas de su mundo. Sin embargo, el conocimiento del cuerpo se da en la medida que se cuestiona por sí mismo, es decir, el darse cuenta de sí mismo como un ser vivo con un cuerpo físico. Aquí toman particular importancia los movimientos posturales del cuerpo, ya que éstos expresan una determinada forma de ser de la personalidad y revelan emociones y sentimientos que el niño acondroplásico experimenta.

De esta manera se entiende que lo concretamente vivido se convierte en uno de los puntos básicos para el conocimiento del cuerpo en el acondroplásico. Mediante la experiencia de su cuerpo, experiencia que se da ante todo como un sentir; su cuerpo deja de formar parte de los objetos y pasa a formar parte de sí mismo.

De aquí queda claro que el cuerpo no es un agregado material separado de la existencia individual, sino que entra en relación

con el mundo. Por eso, los accidentes en nuestra constitución corporal desempeñan un papel de mediadores a condición de que deben ser sentidos como hechos puros que nos denominan y mediante la conciencia que se tomen de ellos, se convertirá en un medio de ampliar el conocimiento de sí mismo.

Al situar el cuerpo en un espacio y un tiempo que el mismo niño acondroplásico va construyendo, se dará en la medida que reconozca el concepto de su propio cuerpo como algo que tiene que ser vivido. De aquí que la experiencia que obtenga mediante su cuerpo, debe sentirla como entrañablemente suya, compenetrada en sus Self en donde establecerá un puente entre él y las cosas: mundo y cuerpo se hallan ligados en una relación en donde las cosas forman parte del mundo que le rodea.

El cuerpo del niño acondroplásico representa el punto de referencia y el medio de crear un espacio. Por un lado porque es el "aquí" como un verdadero centro-eje y por otra parte, el medio de captar un espacio polidimensional, por lo que este espacio exterior se constituye por la simple acción del cuerpo y que posee el poder de dar un sentido al sentimiento de sí mismo.

Así la motricidad va a organizar todo un mundo de sensaciones y emociones que se manifiestan en sentimientos y que permiten la vía del conocimiento del cuerpo y del mundo de los objetos.

Toma particular relevancia la participación del movimiento para el conocimiento del cuerpo, en donde se tiene que cobrar conciencia de los cambios operados en la postura. La capacidad para moverse, influye en la propia valorización y para el conocimiento del cuerpo en el acondroplásico, en donde es importante su contextura física y su capacidad para moverse.

Como se señaló en apartados anteriores, la motricidad y la función postural del cuerpo, juegan un papel importante dentro de la evolución psicobiológica del niño acondroplásico, en el sentido de que mediante los movimientos posturales el niño adquiere conciencia de su propio cuerpo y que junto con las emociones permiten el conocimiento de sí mismo.

Las primeras emociones se basan en impresiones posturales y sirven como base de la postura y aquí se establece el primer tipo de comunicación entre el niño acondroplásico con su medio. Junto con la experiencia vivencial de su cuerpo mediante las impresiones posturales y el reconocimiento de éstos, permiten al acondroplásico el conocimiento de su cuerpo, es decir, se da una relación entre lo experiencialmente vivido y la función postural del cuerpo, en donde primero el niño tiene que reconocer su existencia como "ser en el mundo", para después reconocer los movimientos posturales de su cuerpo. De esta manera, en la medida que el niño acondro-

plásico va localizando su cuerpo en el medio ambiente, va adquiriendo una mayor organización de las partes de su cuerpo. Las reacciones tónicas del cuerpo se traducen en un registro que son las manifestaciones emocionales y afectivas.

La presencia del niño acondróplásico se dará mediante el descubrimiento de sus sentimientos de placer-displacer expresados a través de su corporeidad, en donde debe sentirlos como entrañablemente suyos.

Se observó que la noción del cuerpo también va a la par con el desenvolvimiento del Yo, donde toman particular relevancia la relación objetal en los primeros meses del desarrollo y durante el curso de éste.

Los primeros valores de la infancia serán registrados en base al conocimiento del cuerpo del niño acondroplásico. El cuerpo de estos niños sirve de asiento y es origen de sensaciones aunadas de placer-displacer, de donde los impulsos se van a vincular temporalmente con las experiencias de satisfacción derivadas de la relación madre-hijo así como de sus contactos físico. Independientemente del medio ambiente en el que el niño acondroplásico y su madre se desenvuelven y se relacionan; la importancia en el vínculo de ambos sirve como principio organizador del Self en

éstos niños. Es decir, mientras más afectivo sea el vínculo entre el acondroplásico, mediante una relación que vincula tanto las palabras de afecto como el contacto corporal amoroso de su madre; se dará el verdadero Self o sentimiento de sí mismo en estos niños.

De esta manera se observa que tanto la teoría neurológica, fenomenológica y psicoanalítica aportan un amplio conocimiento por el conocimiento del cuerpo en el acondroplásico, en donde se da una interrelación entre cada una. Es decir, en la teoría fenomenológica vemos la importancia de la experiencia del cuerpo y de los conceptos de cuerpo-vivido y cuerpo-sentido. Aquí se vinculan los movimientos posturales del cuerpo, y el papel de la motricidad; lo que aporta la teoría neurológica.

De esto, van a conformar el conocimiento del cuerpo que van a vincularse con el profundo sentimiento de sí mismo. De aquí que se siga la idea propuesta por P. Schilder, el cual señala que sería un error suponer que la fenomenología y el psicoanálisis pueden separarse de una teoría neurológica, y sugiere que para el conocimiento del cuerpo puede y debe ser incorporada una teoría psicológica que vea la personalidad como una totalidad.

METODO

El trabajo con éste tipo de pacientes, ha permitido observar que el padecimiento afecta de igual manera al autoconcepto tanto de niños como de niñas con acondroplasia.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las diferencias en el autoconcepto entre niños y niñas con acondroplasia, dependiendo del sexo de cada uno?

2. HIPOTESIS

Ho: No habrá diferencias significativas en el autoconcepto tanto en niñas como en niños con acondroplasia. Es decir, el padecimiento afecta de igual manera sin importar el sexo de cada uno.

Hi: Si habrá diferencias significativas en el autoconcepto tanto en niñas como en niños con acondroplasia. Es decir, el padecimiento afecta de diferente manera dependiendo del sexo de cada uno

3. DEFINICION DE VARIABLES

V.D AUTOCONCEPTO: "Es la idea que tiene el individuo de sí mismo, que resulta ser un componente primario de la autopercepción. Es decir, la representación que la persona tiene de sí misma". (Cooper-smith, 1967)(5).

IMAGEN CORPORAL: "Se define a la imagen corporal como la figura

de nuestro cuerpo que nos formamos en la mente, la manera en que el cuerpo aparece ante nosotros mismos" (P. Schilder, 1935)(57).

V.I: SEXO: "Es la conducta sexual de un individuo, no solamente depende de su morfología y del aspecto de sus órganos genitales; sino también de la educación y sus hábitos". (Merani, 1986)(44).

4. POBLACION

La población o muestra fue obtenida del Servicio de Genética y atendidos por consulta externa en el Departamento de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría.

El tipo de muestra es determinística, ya que se seleccionaron los sujetos en base a los criterios de inclusión y exclusión.

El tipo de muestra es descriptiva, ya que se hizo una comparación inter-sujetos, es decir, entre niños y niñas con acondroplasia.

5. SUJETOS

Para la obtención de la muestra, se seleccionaron a 10 niños en base a los siguientes criterios:

a) CRITERIOS DE INCLUSION:

- 5 pacientes del sexo masculino.
- 5 pacientes del sexo femenino.
- Pacientes diagnosticados con acondroplasia.
- Comprendidos entre los 6 a 12 años.

b) CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes con deficiencia mental u otra encefalopatía.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos.

Para finalidad de los criterios de exclusión, los sujetos se sometieron a la administración de las pruebas de Bender y WISC₂ usando los criterios establecidos por el propio autor, en el caso de WISC y los de Koppitz en el caso del Bender.

El tipo de muestra es determinística ya que se seleccionaron a los sujetos en base a los criterios antes mencionados. Cabe señalar, que la muestra fue obtenida del Servicio de Genética y atendidos por consulta externa en el Departamento de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría.

6. ESCENARIO

Tanto las entrevistas como la aplicación de instrumentos, se realizaron en el Instituto Nacional de Pediatría, en alguno de los consultorios del Departamento de Salud Mental. Los sujetos fueron previamente canalizados del Servicio de Genética y fueron atendidos por consulta externa. Los consultorios contaron con las condiciones necesarias para la aplicación: amplio espacio, buena ventilación, así como la adecuada iluminación. Es importante señalar que los instrumentos psicológicos se aplicaron bajo

condiciones especiales, favorables para los niños acondroplásicos.

Es decir, la mesa de trabajo y las sillas fueron pequeñas, en donde el psicólogo se adaptó a las condiciones de éste mobiliario acorde a la estatura de éstos; los que les permitió a los niños un mayor nivel de confianza en la realización de la prueba y en la relación con el psicólogo.

7. INSTRUMENTOS

Para motivos de control; se realizó una ficha de identificación, la cual se conformó con los siguientes puntos:

FICHA DE IDENTIFICACION:

- Nombre.
- Edad.
- Sexo.
- Fecha de nacimiento.
- Fecha de reporte.
- Nivel socioeconómico
- Procedencia.
- Estatura.
- Diagnóstico.

TEST DE LA FIGURA HUMANA DE KAREN MACHOVER:

Es una prueba proyectiva que consiste en dibujar en una hoja blanca una figura humana completa. Posteriormente se le pide al

sujeto que dibuje en una segunda hoja, una figura humana del sexo opuesto a la primer figura. El sujeto tiene que escribir una breve historia de cada una de las figuras. El material consiste en hojas blancas, lápiz de preferencia del #2 y goma de borrar.

TEST DE FRASES INCOMPLETAS PARA NIÑOS DE SACKS. (F.I.S.).

Es una prueba proyectiva semi-estructurada y consta de 55 frases. La edad de aplicación es de los 6 a los 13 años 11 meses. El trabajo del sujeto consiste en completar la frase de acuerdo a lo que él piense. Estos reactivos se agrupan en 3 áreas representativas de la personalidad:

- 1) Relaciones familiares,
- 2) Relaciones interpersonales,
- 3) Autoconcepto.

Siendo ésta última área de nuestro interés

8. PROCEDIMIENTO

Previamente, los sujetos fueron canalizados por el servicio de Genética. Se obtuvo una entrevista inicial con los padres y/o tutor del niño, en donde se les invitó a que su hijo participe en el presente trabajo. se les informo acerca de ésta y de que la información obtenida sería confidencial y de que sóloamente ellos conocerían los resultados de la valoración

Se les explicó la importancia de la participación de su hijo

en la investigación, en cuanto a que los resultados obtenidos en ésta, nos permitirán conocer mejor las reacciones emocionales por los cuales atraviesa el niño, debido a su padecimiento.

Al aceptar, se les pidió que firmaran una carta de consentimiento informado, en donde se da constancia de la participación del niño y de que los padres están de acuerdo y dan su consentimiento de la participación de su hijo. (Ver hoja de anexos).

Así, se procedió a realizar la ficha de identificación y posteriormente se estableció la línea de trabajo a seguir con el niño:

Se les explicó que el niño tendría que acudir a 3 sesiones de una hora aproximadamente, una vez a la semana. El horario quedó a disposición de los padres, con el fin de que no se interrumpieran las actividades escolares del niño. También se les informó con respecto a los instrumentos psicológicos que se utilizaron.

9. ANÁLISIS DE RESULTADOS

RESULTADOS DEL FRASES INCOMPLETAS.

- 1) Para tener un conocimiento sobre el autoconcepto de los niños con acondroplasia, se utilizó la prueba de F.I.S. de Sacks.(Ver anexos).
- 2) El análisis de confiabilidad se realizó por inter-jueces;
 - Se seleccionaron a 3 jueces, cuyo criterio fue, que sean psicólogos clínicos con experiencia en el manejo de la prueba. (Titulados).
 - Es importante señalar que la forma de calificación para niños

es diferente que para la de adolescentes y adultos. Por ejemplo; en el F.I.S. de adolescentes y adultos, los reactivos se encuentran agrupados en 4 áreas que a su vez se dividen en actitudes, organizadas de la siguiente manera:

Actitud hacia el padre (Frasas 1, 16, 31 y 46).

Actitud hacia la madre (Frasas 14, 29, 44 y 59).

Actitud hacia la familia (Frasas 12, 27, 42 y 57).

- En la prueba de F.I.S. para niños, la interpretación se basa en el análisis del contenido de las respuestas para cada reactivo, es decir, los reactivos no están organizados de tal manera que estén divididos en actitudes.

- Es por esto que se les pidió a los jueces que a su criterio señalaran de los 55 reactivos, cuáles miden autoconcepto; quedando un total de 16 reactivos:

- 1.- (1) Si yo fuera grande....
- 2.- (2) Me gustaría...
- 3.- (5) Oh, como me gustaría...
- 4.- (7) Lo que me entristece...
- 5.- (14) Me gustaría ser...
- 6.- (15) Si yo fuera más inteligente...
- 7.- (18) Mis amigos creen...
- 8.- (19) Lo que más me gustaría...
- 9.- (21) Cuando sea mayor voy a...

- 10.- (24) Me enoje porque...
- 11.- (25) A veces pienso que seré...
- 12.- (36) Me parezco a...
- 13.- (39) Ora gente piensa que soy...
- 14.- (40) Me gustaría ser...
- 15.- (43) A veces me siento triste porque...
- 16.- (51) Me gusta ser...

3) Se procedió a la calificación de los sujetos, con base a sus respuestas en la prueba, en donde se analizaron los reactivos en base a los siguientes criterios:

- (0) Máximo nivel de aceptación o ausencia de conflicto.
- (1) Aceptación del conflicto.
- (2) Mediana aceptación del conflicto.
- (3) Pobre aceptación o presencia de conflicto no muy severo.
- (4) Rechazo de sí mismo o presencia importante de conflicto.
- (5) Máximo nivel de rechazo o respuesta francamente conflictiva.

4) Se capturaron tres matrices con las calificaciones de los jueces para los 15 reactivos y los 10 sujetos en cada uno.

5) Se verificó la consistencia entre jueces, tomando como (1) donde coincidía la misma calificación en los tres y como (0) cuando no existía coincidencia entre los jueces.

6) Se verificó la consistencia con una aproximación de ± 1 entre

las calificaciones de los jueces. (X1).

7) Se verificó la consistencia con una aproximación de ± 2 entre las calificaciones de los jueces. (X2).

8) La única combinación que resultó ser significativa, correspondió a la de los jueces 1-3; en donde se eliminó al juez #2 debido a que no presentaba consistencia en su calificación.

9) Se efectuó un estudio de consistencia interna para las respuestas dadas por los jueces 1 y 3, tomando (1) como coincidencia total y (0) como no coincidencia total.

10) Para el cálculo del índice de consistencia interna, se recurrió a la fórmula de correlación por aproximación al análisis de varianza múltiple. 1.

- Las sumas eliminaron al reactivo #14 por no ser consistente

11) Se recurrió a la fórmula binomial para determinar las diferencias significativas entre los dos grupos: niños y niñas.

12) Mediante la comparación entre las medias aritméticas de los dos grupos, se obtuvieron las respuestas de los sujetos.

Resultados:

- No existen diferencias significativas en el autoconcepto entre niños y niñas con acondroplasia.

- Sus respuestas son francamente conflictivas, por lo que se habla

de la presencia de conflicto entre los dos grupos, en donde existe un rechazo de sí mismo.

- Existen muchas respuestas de (0), lo que nos habla que los niños muestran mecanismos de negación al conflicto.

1. Fórmula derivada por Miguel Angel Rosado del análisis de varian-
za, siguiendo los puntos señalados por F. Kerlinger (Investigación
del comportamiento, técnicas y metodologías, pp 461), basado en
Hoyt (Test Reliability obtained by analysis of variance. Psychometria.
VI (1949), pp. 153) y en Cronbach (Coefficient Alfa and the internal
structure of the test. Psychometrika. XVI (1951), pp. 297).

RESULTADOS DEL MACHOVER

- Se obtuvieron 275 rasgos para la figura humana de K. Machover.
- Se seleccionaron a 3 jueces cuyo criterio fue de que sean psicólogos clínicos titulados, con experiencia en el manejo de la prueba.
- Se hizo un análisis de confiabilidad:
 - a) Por jueces,
 - b) En base a los criterios de asignación de reactivos: se le pidió a cada juez, que de los 277 reactivos señalara cuáles miden auto-concepto.
- Se procedió a la calificación de los sujetos, en donde se le pidió a cada juez que señalara con (1) cuando había presencia de rasgo y con (0) como ausencia de rasgo en la figura.
- Se hizo un análisis de consistencia a dos niveles:
 - a) Para los indicadores,
 - b) entre los jueces.
- Se realizó la Consistencia interna de la prueba, en donde se determinó la confiabilidad del instrumento.
- Se hizo un análisis por rasgo y por reactivo; si no existía consistencia en las respuestas de los jueces, se invalidaba el reactivo, es decir, se eliminaron aquellos reactivos cuando la frecuencia de respuestas era significativamente baja, quedando:

53 reactivos para la figura #1 y 53 reactivos para la figura #2.

Figura #1:

- 1.- (1) Cabeza grande.
- 2.- (4) Cabeza con pocos detalles.
- 3.- (6) Enfasis exagerado de la cabeza.
- 4.- (8) Expresión alegre de la cara.
- 5.- (24) Línea de la boca fuerte.
- 6.- (26) Línea de la boca amplia, tornada hacia arriba.
- 7.- (59) Omisión de orejas.
- 8.- (72) Nariz corta.
- 9.- (76) Cuello destacado.
- 10.- (77) Cuello alargado.
- 11.- (80) Cuello ancho.
- 12.- (86) Manos toscas y mal hechas.
- 13.- (102) Brazos fuertes.
- 14.- (104) Brazos largos.
- 15.- (105) Brazos cortos.
- 16.- (113) Brazos tensos.
- 17.- (117) Dedos cortos y redondos.
- 18.- (124) Menos de 5 dedos.
- 19.- (128) Castración de un dedo.
- 20.- (130) Dedos en forma de manopla.
- 21.- (133) Omisión de dedos.

- 22.- (136) Piernas pequeñas.
- 23.- (138) Piernas toscas.
- 24.- (140) Piernas en línea.
- 25.- (145) Piernas asimétricas.
- 26.- (147) Piernas tensas.
- 27.- (153) Pies pequeños.
- 28.- (155) Pie volando.
- 29.- (162) Tronco cerrado en la parte inferior.
- 30.- (163) Tronco delgado.
- 31.- (166) Dificultad en cerrar la pelvis.
- 32.- (167) Incapacidad de cerrar la pelvis.
- 33.- (180) Línea de cintura.
- 34.- (213) Rigidez.
- 35.- (219) Figura #1 del propio sexo.
- 36.- (221) Figura del propio sexo más grande que el opuesto.
- 37.- (223) Figuras pequeñas.
- 38.- (224) Figura como volando.
- 39.- (225) Dibujo mocrográfico.
- 40.- (230) Figura mal equilibrada.
- 41.- (231) Figura con piernas rígidas.
- 42.- (232) Figura rígida.
- 43.- (233) Línea sólida.
- 44.- (234) Línea quebrada.
- 45.- (236) Línea reforzada.

- 46.- (237) Línea fina.
- 47.- (238) Línea gruesa.
- 48.- (239) Cambio brusco de línea.
- 49.- (240) Línea gruesa y pesada.
- 50.- (250) Omisiones.
- 51.- (251) Figura pequeña pobremente desproporcionada.
- 52.- (252) Figuras infantiles.
- 53.- (254) Cuadrante superior izquierdo.

Figura #2:

- 1.- (1) Cabeza grande.
- 2.- (4) Cabeza con pocos detalles.
- 3.- (8) Expresión alegre de la cara.
- 4.- (24) Línea de la boca fuerte.
- 5.- (26) Línea de la boca amplia tornada hacia arriba.
- 6.- (59) Omisión de orejas.
- 7.- (76) Cuello destacado.
- 8.- (77) Cuello alargado.
- 9.- (79) Cuello delgado.
- 10.- (80) Cuello ancho.
- 11.- (86) Manos toscas y mal hechas.
- 12.- (87) Manos grotescas.
- 13.- (102) Brazos fuertes.
- 14.- (105) Brazos cortos.

- 15.- (110) Brazos demandantes.
- 16.- (113) Brazos tensos.
- 17.- (124) Menos de 5 dedos.
- 18.- (128) Castración de un dedo.
- 19.- (130) Dedos en forma de manopla.
- 20.- (133) Omisión de dedos.
- 21.- (136) Piernas pequeñas.
- 22.- (145) Piernas asimétricas.
- 23.- (147) Piernas tensas.
- 24.- (153) Pies pequeños.
- 25.- (155) Pie volando.
- 26.- (158) Omisión de dedos.
- 27.- (160) Tronco angulado.
- 28.- (162) Tronco cerrado en la parte inferior.
- 29.- (163) Tronco delgado.
- 30.- (166) Dificultad en cerrar la pelvis.
- 31.- (167) Incapacidad de cerrar la pelvis.
- 32.- (177) Hombros anchos.
- 33.- (178) Tronco cuadrado.
- 34.- (180) Línea de cintura.
- 35.- (213) Rigidez.
- 36.- (219) Figura #1 del propio sexo.
- 37.- (221) Figura del propio sexo más grande que el opuesto.
- 38.- (223) Figuras pequeñas.

- 39.- (224) Figura como volando.
- 40.- (225) Dibujos miclográficos.
- 41.- (230) Figura mal equilibrada.
- 42.- (231) Figura con piernas rígidas.
- 43.- (232) Figura rígida.
- 44.- (234) Línea quebrada.
- 45.- (235) Línea fragmentada.
- 46.- (236) Línea reforzada.
- 47.- (238) Línea gruesa.
- 48.- (240) Línea gruesa y pesada.
- 49.- (244) Borraduras.
- 50.- (250) Omisiones.
- 51.- (251) Figura pequeña pobremente desproporcionada.
- 52.- (252) Figuras infantiles.
- 53.- (254) Cuadrante superior izquierdo.

Con respecto a la confiabilidad por jueces, permitió determinar la existencia de estabilidad y consistencia en la prueba mediante la correlación Phi.

$$\text{Phi} = \frac{(AD - BC)}{\sqrt{(A+B)(C+D)(A+C)(B+D)}}$$

Correlación sujeto total.

- Una vez obtenida la consistencia entre jueces así como la ocurrencia del rasgo, se procedió a la comparación entre las figuras de los 10 sujetos:

1) Figura #1 Vs. Figura #1. Aunque mostró mayor número de diferencias, no es muy significativa.

2) Figura #2 Vs. Figura #2. No hay diferencias significativas en la ejecución.

3) Figura #1 Vs. Figura #2. No hay diferencias significativas en la ejecución.

Esto se determinó mediante una prueba de T para muestras pequeñas.

Fórmula:
$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}} = > 1.96.$$

Significativa

- Se utilizó una fórmula binomial para determinar diferencias en la frecuencia de respuestas entre niños y niñas con acondroplasia:

Fórmula:
$$Z = \frac{NP - (x + .5)}{\sqrt{NPq}} = \begin{matrix} \geq 1.960 (P.05) \\ \geq 2.576 (P.01). \end{matrix}$$

- Se analizaron los rasgos de las figuras:

RESULTADOS

Dentro de los reactivos seleccionados, se observó que las características clínicas del padecimiento, se ven realizadas en la ejecución de los dibujos, como lo son:

- 1.- Cabeza grande.
- 2.- Énfasis exagerado de la cabeza
- 3.- Nariz corta.
- 4.- Cuello ancho.
- 5.- Manos toscas y mal hechas.
- 6.- Brazos fuertes.
- 7.- Brazos cortos
- 8.- Dedos cortos y redondos.
- 9.- Piernas pequeñas.
- 10.- Piernas toscas.
- 11.- Pies pequeños
- 12.- Figuras pequeñas.
- 13.- Dibujo micrográfico.
- 14.- Figura pequeña pobremente proporcionada.
- 15.- Manos grotescas.
- 16.- Piernas asimétricas.
- 17.- Piernas tensas.
- 18.- Dificultad en cerrar la pelvis.

- 19.- Hombros anchos.
- 20.- Tronco cuadrado.
- 21.- Figura mal equilibrada.

De esto, se deduce que la imagen corporal de estos niños se encuentra en función de su estructura corporal, es decir, hablamos de que el niño acondroplásico percibe su imagen o esquema corporal de acuerdo a su padecimiento. Por lo tanto no hay alteración en la imagen corporal.

La prueba carece de consistencia interna debido a que el margen de error es mayor que la consistencia por el poco número de sujetos.

La prueba mostró tener criterio de validez para la técnica proyectiva.

No existe diferencia significativa en la ejecución de las figuras entre niños y niñas con acondroplasia, por lo tanto; no existe diferencia en el autoconcepto entre ambos grupos. Por lo que se concluye que la prueba carece de confiabilidad y no de validez, por lo que la interpretación del estudio es descriptivo.

INTERPRETACION CLINICA DE LA FIGURA

El análisis de las figuras se realizó con base a los criterios establecidos por K. Machover, para la interpretación clínica:

- a) Tamaño y posición de la figura en la hoja.

b) Postura y expresión de la figura.

c) Tipo de línea, borraduras y omisiones.

d) Contenido de la figura: -Cabeza,

-Rasgos de la cara: Ojos,

Orejas,

Nariz

Boca,

Cabello,

Cuello,

-Brazos, manos y dedos,

-Piernas y pies,

-Tronco,

-Ropa, etc.

10. INTERPRETACION

Existe una adecuada identificación psicosexual tanto en niños como en niñas, ya que en ambos grupos, la primer figura que realizaron fue la que corresponde a su mismo sexo.

Al ubicarse las figuras en el cuadrante superior izquierdo nos habla de sentimientos de inadecuación en cuanto a la seguridad en su vida emocional, mostrando inseguridad, tendencia a la introversión, siendo nostálgicos, fantasiosos, con tendencia a la depresión.

Lo señalado anteriormente hace que presenten sentimientos de

minusvalía que se aprecia en el dibujo microgáfico. En el tipo de línea quebrada, las borraduras y omisiones denotan inseguridad, ansiedad, nerviosismo, vivacidad e ímpetu creador. En la línea gruesa, la línea de la boca fuerte, las manos en forma de manoplas denotan agresión encubierta en donde adoptan una actitud básicamente defensiva, ya que su medio ambiente lo sienten hostil; por lo que son cautelosos en sus relaciones sociales por temor al rechazo.

Los brazos demandantes denotan su temor al rechazo, con gran necesidad de afecto y reconocimiento de los demás, por lo que muestran éste ímpetu creador con la intención de querer impresionar a sí mismos y a otros con el deseo de aceptación y de agradar a los demás.

En la omisión de orejas, se observa que muy pocas veces escuchan las opiniones de los demás como defensa a las críticas y al rechazo.

La cabeza grande con pocos detalles, muestran mecanismos de defensa de tipo intelectual y debido a sus limitaciones físicas, recurren a la fantasía como compensación a los sentimientos de inseguridad o vergüenza. Demuestran aspiraciones y metas muy altas. Denotan preocupación por su poder físico y le conceden gran importancia a su estructura corporal.

DISCUSIONES

Al incursionar en el estudio del autoconcepto y la imagen corporal, se observa que la actitud del niño acondroplásico con respecto a su propio cuerpo, reflejan aspectos importantes de su personalidad. Los sentimientos individuales que éstos niños presentan con respecto a su propio cuerpo, nos proporciona mucha información acerca del concepto que tienen de sí mismos y de la manera particular con que se relacionan con los demás.

El hecho de que el niño acondroplásico ha encontrado alguna imperfección en alguna parte de su cuerpo y que lo hace diferente a los demás, nos permite aseverar que su descubrimiento afectará considerablemente su conducta.

Retomando los principales aspectos de cada teoría, así como de los resultados obtenidos en el análisis estadístico, se pretende explicar lo que sucede en el niño acondroplásico en cuanto a su autoconcepto y su imagen corporal.

A la conclusión que se llegó en el presente trabajo de tesis es que el autoconcepto del niño acondroplásico es pobre y devaluado.

Sin embargo, la imagen corporal no se encuentra afectada por el padecimiento, es decir, la representación mental de su propio cuerpo corresponde a su estructura corporal.

De aquí surgen dos cuestionamientos: ¿De qué depende que el niño acondroplásico tenga un concepto de sí mismo devaluado y que éste no afecte su imagen corporal? y ¿Cómo se asevera que la imagen corporal no está afectada por el padecimiento?

Para la explicación de la devaluación del autoconcepto, es necesario referirse a la relación del niño con su medio ambiente. Esto se explica mediante los procesos de interacción social que intervienen en el autoconcepto y que se manifiestan en la conducta del acondroplásico, en donde el niño se convierte en objeto social ante sí mismo y los demás y esto sucede en el momento de asumir actitudes. Es importante hacer la observación de que la acondroplasia es un padecimiento que se manifiesta desde el nacimiento y que permanece durante toda la vida y más aún, puede ser transmisible a generaciones futuras. De esta manera, la manifestación del padecimiento desde el nacimiento hace difícil la aceptación de estos niños tanto para los padres como en su ambiente familiar y social.

Desde el momento del diagnóstico, al acondroplásico resiente ese rechazo afectivo en sí mismo, en la pobre aceptación de la gente.

Como se ha venido señalando, el niño acondroplásico se desenvuelve en un medio ambiente hostil en donde difícilmente podrá se

aceptado debido a sus características físicas especiales. De esto se explica el por qué éstos niños tienden a adoptar una actitud defensiva a las agresiones externas como son la burla, la crítica, etc. Otra variante de las agresiones externas se basa en "las miradas"; es decir, en la forma que la gente mira u observa a estos niños, llevan cierta carga de rechazo, burla o curiosidad ante su estructura corporal.

En realidad, los acondroplásicos son vivaces, con una gran necesidad de afecto y comprensión, con la intención de ser aceptados por la gente que les rodea. Esta agresión encubierta, hace que muestren cautela en sus relaciones sociales, así como inestabilidad emocional ante el temor al rechazo.

Haciendo un análisis de esto se explica el por qué muchas de estas personas recurren al trabajo de payasos en circos, en donde es preferible hacerse burla de su propio cuerpo para hacer reír a los demás.

El acondroplásico da lugar a todo tipo de burlas y en base a esto organiza su personalidad como defensa a las agresiones externas y la manera de entrar en el juego es haciéndose burla de sí mismo. Esta es la manera en que pueden ser aceptados por la sociedad, como enanos de circo, ya que como es difícil que

sean aceptados como una persona con sentimientos propios y capacidades; adoptan el del trabajo de circo como parte de la diversión y el espectáculo.

Así, el autoconcepto se da conforme de lo que se espera del individuo a merced de determinadas actitudes, estilos de lenguaje y a un cuidado de la vestimenta propia y en base a determinadas actitudes, el niño acondroplásico organiza su personalidad mediante su intervención en el grupo social.

La intelectualización y la negación son los mecanismos de defensa básicos a los que recurren éstos niños para evitar la angustia y el dolor que les provoca el rechazo de los demás.

En éstos niños existe un conflicto psicológico que no se ha elaborado y que influye en su autoconcepto. El rechazo de los demás, está determinado el adecuado concepto de sí mismo como individuo con capacidades y potencialidades que no han podido ser ejecutadas o manifiestos debido a que el medio social no le permite el adecuado desenvolvimiento de éstos. Es como decir: "Si no me aceptan como soy, con una forma de ser y con una estructura corporal que no está dentro de los estándares de la sociedad, cómo puedo aceptarme a mí mismo". El hecho es que el acondroplásico no ha podido tener un adecuado autoconcepto debido a que no

ha sido aceptado dentro de su medio social, recurriendo a la intelectualización y a la negación de éste conflicto que afecta su autoestima. De esta manera se entiende que el autoconcepto es un proceso psicológico cuyos dinámismos son determinados socialmente, el cual comprende a un conjunto de percepciones, sentimientos, atribuciones, juicios de valor referentes a sí mismo. En el autoconcepto se da la síntesis de todos los procesos como una serie de actitudes y concepciones que se tienen de uno mismo como individuo y que es de vital importancia en las relaciones interpersonales.

De esta manera surgen las ideas o conceptos sobre la clase de persona que cada individuo piensa ser y ésta se encuentra en función de los valores e ideales que marca la sociedad.

Hay que resaltar el hecho de que no se puede considerar al autoconcepto únicamente como una actitud hacia uno mismo, sino entenderlo como un proceso que forma parte del desarrollo de la autoestima y que se va generando poco a poco durante el transcurso de la vida y por lo mismo está sujeto a variaciones dependiendo del periodo, las experiencias y el estado emocional del individuo.

Un elemento de fundamental importancia es el desarrollo del autoconcepto es la relación que el niño acondroplásico establece

con su madre, la cual satisface sus necesidades elementales.

De acuerdo a las teorías psicoanalíticas del desarrollo (Shilder, Wallon, Mahler y R. Spitz), la relación objetal madre-hijo, juegan un papel muy importante en el desarrollo del Self y de la imagen corporal. El desarrollo hacia el establecimiento de esas relaciones de objeto, es favorecido por el perfeccionamiento progresivo del sistema de comunicación en la diada; que parte de una base afectiva.

Este sistema de comunicación empieza por el contacto corporal primitivo, en donde se dan los principios de la organización del Self en el niño. Este estrecho contacto corporal con la madre, es un pre-requisito para que el niño vaya reconociendo poco a poco un mundo fuera de sí mismo, una realidad externa representada por la madre.

De acuerdo a lo que señala M. Mahler, las secuencias de placer-displacer demarcan las expresiones del Yo corporal dentro de la matiz simbiótica que son depositadas en lo que se conoce como la imagen corporal. En este sentido, las sensaciones internas forman lo que Mahler llama "el núcleo del ser"; del cual se establecerá una sensación de identidad.

Hay que recordar que el self hace referencia a la totalidad de la personalidad, incluidas las partes del cuerpo así como de

una organización psíquica. De esta manera se puede decir que el Self del niño acondroplásico permite el establecimiento de su identidad como enano; es decir, éstos niños conservan su sentimiento de identidad.

El papel de las madres en el vínculo con estos niños fue adecuada, en donde se puede aseverar que la relación objetal madre-hijo acondroplásico fue satisfactoria.

Si la relación de la madre con su hijo está basada en un vínculo de comprensión, afectividad, etc; le permitirá al niño consolidar su verdadero Self. De esto surge la idea de que es más importante la relación que el medio ambiente hostil en el que se desenvuelve el acondroplásico, por lo que se concluirá que el papel de estas madres o su función fue del todo correcta en la formación del Self de sus hijos acondroplásicos.

De esta manera en la teoría psicoanalítica se observa que la noción del cuerpo va a la par con la del desenvolvimiento del Yo y del Self, considerando a la imagen corporal como una de las facetas del Self.

El Self, desde el punto de vista psicoanalítico, se define como una estructura intrapsíquica que se origina en el Yo del sujeto y que permanece ligada a él en forma indisoluble. De aquí

surge la importancia de que la imagen corporal de estos niños no se encuentre afectada por el padecimiento.

¿En qué se basa el hecho de decir que la imagen corporal no está afectada? Para explicar esto, es importante hacer referencia a F. Dolto y a K. Machover. De acuerdo a estos autores, cuando una persona realiza el dibujo de una figura humana, esto es una representación proyectiva de su propio cuerpo; en donde la imagen corporal o la representación mental que tiene de su cuerpo queda plasmada en el dibujo. Según estos, todo dibujo es una representación interna del sujeto y de su mundo.

De esta manera, al hacer el niño acondroplásico un dibujo de la figura humana, está representando su propia subjetividad, así como de su relación con el medio ambiente. Así todas las representaciones gráficas están simbólicamente enlazadas a las emociones que se van impregnando en su persona (en su cuerpo), durante el curso de su historia.

Como se observó en la metodología, en específico en la aplicación del test de Machover, se obtuvieron 277 rasgos para la figura humana en donde se obtuvieron 53 reactivos. Dentro de los reactivos seleccionados se observó que las características clínicas del padecimiento se ven realizadas en la ejecución de los dibujos,

es decir, de esto se asevera que la representación mental de éstos niños corresponde a las características de su esquema corporal, como lo son: la cabeza grande, la nariz corta, brazos cortos, dedos cortos y redondos, etc.

El punto medular de esta tesis y lo más relevante es el hecho que es posible que una persona con una limitación física pueda conservar su imagen corporal y su verdadero sentimiento de identidad, a pesar de las reacciones de poca aceptación de su medio ambiente.

CONCLUSIONES

Al concluir el presente trabajo, es importante hacer una revisión final de lo aquí expuesto, así como puntualizar algunos aspectos relevantes de ésta tesis.

A estas alturas del trabajo surge la siguiente reflexión: el ser humano siempre se ha preocupado por su aspecto físico, siendo ésto una base principal en el establecimiento de la relación con su medio. En la actualidad, la gente le atribuye gran importancia a su constitución física, en donde la mayor parte del tiempo lo dedican a desarrollar su cuerpo, con la finalidad de mejorar su aspecto físico; siendo muy común el refrán "como te ven te tratan". Sin embargo, por desgracia, la apariencia física ha relegado a otros ámbitos menos importantes el verdadero sentimiento del ser.

El hecho de que un niño acondroplásico tenga una estructura corporal diferente que el resto de la gente, implica que va a establecer un tipo de relación social muy particular.

Como se ha venido señalando, en la manera en que el niño acondroplásico percibe su cuerpo y la forma en que éste es aceptado o rechazado por los demás, influyen en el autoconcepto.

La acondroplasia es un padecimiento genético que afecta principalmente la estructura corporal del sujeto, en donde se da una desproporción de sus miembros. De aquí se explica la importancia que éstos le conceden a su aspecto físico.

Así, este padecimiento se hace acompañar de problemas en el desarrollo como: problemas de lenguaje, retraso psicomotor, etc; y esto contribuye a que éstos niños tengan cuidados especiales, por lo que se acentúa ese sentimiento de diferencia en relación con otros niños de su edad.

En la experiencia de trabajo con éstos pacientes, se observaba que el motivo de consulta por el cual acudían al Departamento de Salud Mental, se debía a que presentaban problemas en sus relaciones sociales al igual que su rendimiento escolar era bajo.

De esta manera, se realizaron valoraciones psicológicas, las cuales contemplaban las áreas madurativa, intelectual y emocional en éstos niños. Para los criterios de inclusión y exclusión se aplicaron las pruebas de L. Bender y la Escala de Inteligencia para niños WISC, así como el Frases Incompletas de Sacks y el test de la Figura Humana de K. Machover; estos dos últimos para el autoconcepto y la imagen corporal.

Así se observó que éstos niños no presentaban problemas neurológicos severos, si acaso en algunos había alteraciones a nivel

visomotor sin alterar su nivel madurativo.

Al igual, el coeficiente intelectual global era normal y en algunos casos normal brillante, lo que corrobora lo reportado en la literatura en cuanto a que la acondroplasia no afecta el coeficiente intelectual. Sin embargo, en el área emocional y de sus relaciones interpersonales se observó que presentaban problemas en el establecimiento de relaciones sociales, lo que hacía que se mostraran introvertidos así como con sentimientos de minusvalía por su aspecto físico.

De esta manera, en base a éstas primeras experiencias tempranas con los niños, surge una pregunta que sirve como punto inicial para realizar el presente trabajo de tesis: ¿Si éstos niños sufren alteraciones en su estructura corporal debido a su padecimiento; existen o no alteraciones en su imagen corporal y cómo afecta ésto al autoconcepto en éstos niños?

Así, desde el momento en que se pretende realizar el estudio del autoconcepto en el niño acondroplásico, se propone la idea de incluir las tres corrientes teóricas que se ocupan del estudio de la imagen corporal. El motivo por el cual se incluyen las 3 corrientes teóricas es con la finalidad de tener una visión general del tema, en donde ninguna teoría quedará excluida del estudio.

Es importante señalar que toda teoría tiene sus alcances y sus limitaciones, sin embargo, aquí no se pretende hacer una crítica de los aspectos positivos o negativos de cada una; sino de sus aportaciones teóricas al estudio del cuerpo.

En los resultados del análisis estadístico, se observó que éstos niños no presentan alteraciones en la imagen corporal. De aquí se deduce que la relación objetal madre-hijo acondroplásico participó de una manera muy determinante en cuanto a la conservación del Self en éstos niños, lo que permite que el sentido de identidad como enano esté conservado.

El papel de la madre en éstos niños es importante, en donde los demás aspectos del medio ambiente quedan relegados a otros niveles. Sin embargo, el sentimiento de minusvalía se encuentra relacionado en la forma de que las críticas y el rechazo de la gente con respecto a éstos niños; lo que hace que no desarrollen sus potencialidades como persona que es, ya que el medio ambiente en el que se desenvuelve no es nada facilitador por el desarrollo de éstas.

Como se ha venido observando, el niño acondroplásico se desenvuelve en un medio hostil que ha repercutido en su autoconcepto pero no en su Self.

Lo valioso y relevante de esta tesis es demostrar que una persona con alguna limitación física puede conservar aún su sentido de identidad; en donde a partir de una alteración o problema en su estructura corporal no afecta su imagen corporal. De esto depende que en las primeras etapas de su desarrollo, la relación objetal sea del todo satisfactoria.

Por último, se acepta la hipótesis nula, en donde se señala que no existen diferencias significativas en el autoconcepto entre niños y niñas con acondroplasia; en donde el padecimiento afecta a ambas partes por igual.

Sin embargo, todo trabajo de investigación tiene sus alcances y limitaciones que se expondrán en el siguiente capítulo.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

El presente capítulo se divide en 4 partes, en donde se expondrán no sólo las limitaciones que lleva consigo todo trabajo de tesis, sino también mencionar las aportaciones y la propuesta de un plan de trabajo psicoterapéutico con éstos pacientes:

- 1) Limitaciones del tema,
- 2) Limitaciones externas,
- 3) Limitaciones propias,
- 4) Aportaciones y plan psicoterapéutico.

Todo trabajo, principalmente el de tesis, lleva consigo toda una responsabilidad a nivel profesional y esto hace que uno ponga todo su empeño en obtener un trabajo de calidad; espero haber logrado esto.

A dos años y medio de haber comenzado esta tesis, me ha permitido obtener un amplio conocimiento del tema, así como un profundo conocimiento a nivel vivencial.

Comenzaré por señalar las limitaciones del tema:

Creo que aquí no existe la limitación alguna, ya que lo expuesto en el marco teórico es lo suficientemente extenso para tener una visión general del tema.

En cuanto a lo que se denominó las limitaciones externas: Ori-

ginalmente el proyecto de investigación estaba planeado para una población de 20 sujetos (10 niños y 10 niñas). Sin embargo, se tuvo que reducir la muestra a 10 sujetos (5 niños y 5 niñas) debido a que la población que se requería (niños acondroplásicos entre los 6 y los 12 años) es muy escasa en el Instituto Nacional de Pediatría. La población predominante la cubren los niños recién nacidos hasta los 6 o 7 años aproximadamente. De esta manera, fue algo complicado conseguir niños de mayor edad, ya que muchos han terminado su tratamiento y, sus consultas de seguimiento son cada 6 meses aproximadamente o algunos son dados de alta.

Otra limitación fue que algunos niños no residen en el D.F. y que por cuestiones de tiempo y dinero se les dificultaba colaborar con la investigación.

De esto se deduce que uno de los puntos vulnerables de ésta tesis, se encuentre en el método:

En primer lugar se cuenta con poco número de sujetos. En segundo lugar, el número de jueces tampoco es suficiente.

De aquí se concluye que ésta tesis carece de criterios de confiabilidad. Cuando se habla de criterios de confiabilidad en una prueba, se refiere a la exactitud de la medición independientemente de lo que realmente se esté midiendo; por lo que no existe una consistencia interna debido a que el margen de error es mayor

que la consistencia y al poco número de sujetos. Sin embargo si muestra criterios de validéz, es decir, las pruebas utilizadas miden lo que pretenden medir: autoconcepto y la imagen corporal.

Lo que el grado de validéz muestra, es que los datos obtenidos pueden usarse significativamente, por lo que las pruebas son validas para las técnicas proyectivas en donde se carece de criterios de confiabilidad y no de validéz; por lo que la interpretación es descriptiva.

Uno de los problemas que surgen al comenzar cualquier trabajo de tesis en el campo de la psicología clínica, es el hecho de utilizar los instrumentos adecuados para lo que se quiere investigar. Desde el momento que se desea estudiar el autoconcepto y la imagen corporal del niño acondroplásico, surgen los siguientes cuestionamientos: ¿Cómo se mide el autoconcepto? ¿Qué es la imagen corporal, cómo se puede obtener y si es medible o cuantificable?

Una de las herramientas de trabajo a la que el psicólogo recurre para obtener información sobre la personalidad del individuo, es al uso de las pruebas proyectivas. El carácter esencial de una técnica proyectiva reside en que evoca del sujeto su personalidad, la expresión de su mundo personal y de los procesos de su personalidad. Su fin es revelar la personalidad total del indivi-

duo o ciertos aspectos de la personalidad situados en un contexto global. De esta manera se recurre al uso del Frases Incompletas de Sacks y el test de la Figura Humana de K. Machover.

El test de Frases Incompletas se compone de 50 frases incompletas, las cuales se agrupan en 4 áreas:

- Area de adaptación familiar,
- Area de sexualidad,
- Area de relaciones interpersonales
- Area de autoconcepto.

Siendo el área del autoconcepto la de nuestro interés. Con respecto al conocimiento de la imagen corporal. se utiliza el test de K. Machover ya que según ésta autora, cuando un sujeto realiza una figura humana, está realizando la representación proyectiva de su cuerpo, es decir, la representación mental de su cuerpo queda plasmada en el dibujo.

El dibujo de la figura humana muestra una representación del sujeto y de su mundo. Así, las técnicas proyectivas tienen muchos puntos cuestionables en cuanto al establecimiento de criterios de confiabilidad y validéz; en donde en la mayoría de los tests, la calificación se da en base al criterio del propio psicólogo.

En cuanto a las limitaciones propias:

Creo que fue muy pretencioso al abordar el tema del autoconcepto y la imagen corporal, estudiando las tres corrientes teóricas lo que permitió tener un conocimiento general del tema de estudio, sin embargo, no se profundizó en un aspecto importante en cuanto al establecimiento del Self en el niño acondroplásico; me refiero al estudio de las relaciones objetales.

Si conociéramos con más profundidad el tipo de vínculo que se establece en la relación madre-hijo acondroplásico nos permitiría conocer más acerca de estos niños. Con esto no se quiere decir que la información obtenida no haya permitido conocer el autoconcepto de éstos niños, sino que el estudio de las relaciones objetales permitirá corroborar las hipótesis que aquí se plantearon en cuanto al Self de éstos niños y a su vínculo materno. Por lo que también sería muy presuntuoso decir que con el presente trabajo de tesis se obtuvo un conocimiento real y total del autoconcepto y la imagen corporal del niño acondroplásico; por lo que lo llamaría una aproximación del estudio del autoconcepto y la imagen corporal. Sin embargo, el presente trabajo tiene sus aportaciones que a continuación se mencionarán.

Cabe señalar que pocas investigaciones se han realizado con los niños acondroplásicos desde el punto de vista psicológico,

por lo que éste trabajo es la primera investigación que aporta datos importantes sobre el autoconcepto y la imagen corporal en estos niños.

Otra de las aportaciones es el de demostrar que el uso de las pruebas proyectivas es factible en investigaciones sobre la personalidad del individuo y que pueden someter a criterios de confiabilidad y validez.

Por lo que se puede aseverar que el estudio de la imagen corporal es posible realizarla mediante el uso del test de la Figura Humana de K. Machover.

Una última aportación, es la propuesta de un plan psicoterapéutico con estos pacientes. La acondroplasia es un padecimiento que tiene repercusiones psicológicas en el niño, en la familia y a nivel social. De esta manera se observa cómo es imposible separar la enfermedad del marco familiar y social y que de éste depende el adecuado desarrollo psicológico del niño acondroplásico.

De aquí que el trabajo psicoterapéutico sea en diferentes niveles de intervención: con el niño, con los padres y a nivel social.

En el capítulo de los aspectos psicosociales, se analizarán las reacciones emocionales del niño, de los padres y la familia; y cómo estas varían los puntos de vista con respecto al padecimiento del niño acondroplásico. Sin embargo éstas reacciones emocionales, deben ser analizadas dentro de un marco psicoterapéutico.

ya sea a nivel individual, de pareja o familiar. Es aquí donde se propone el modelo de psicoterapia breve intensiva y de urgencia.

Este tipo de modelo de intervención, se ajusta a las condiciones de trabajo con éstos pacientes, debido a las limitaciones con las que se cuenta, como lo son: espacios terapéuticos, tiempo de hospitalización, algunos pacientes no residen en el D.F, lo que implica un mayor costo económico y de tiempo, etc; por lo que tiene que aplicar una técnica psicoterapéutica a cierto plazo.

El modelo de psicoterapia breve está basado principalmente en las teorías psicoanalíticas, sin embargo, toma elementos de otras técnicas psicoterapéuticas como la teoría de los sistemas y del aprendizaje, métodos conductuales, etc. (Bellack & Siegel, 1986)(9). Se dice que la psicoterapia breve, es sistémica porque toma en cuenta componentes biológicos, familiares y sociales del padecimiento en cuestión. Según este modelo de intervención, la conducta de un determinado individuo es aprendida, basada en un sustrato biológico que se desarrolla dentro de un marco social y familiar; en donde la conducta de un determinado individuo puede ser re-aprendida (cambiada) por medio de la psicoterapia. (Bellack & Siegel, 1986)(9). Estos cambios pueden realizarse durante un período breve de hospitalización, en un marco de 10 sesiones, variando según la situación de crisis en donde se analizarán aspectos de intervención primaria, secundaria y terciaria como lo

son: casos de muerte, cirugía, accidentes, diagnósticos médicos, etc (Bellack & Siegel, 1986)(9). Este tipo de psicoterapia expone el trabajo multidisciplinario: médico Genetista, Ortopedista, Trabajador social, Enfermería, Psicología, etc; y que la participación de cada profesional es muy importante para el adecuado manejo del niño acondroplásico.

Como se ha visto, la acondroplasia es un padecimiento genético que se presenta desde el nacimiento y que la única medida terapéutica para corregir las desproporciones en los miembros, es lo que se conoce como: Elongación de huesos.

Este es un método ortopédico que se ha realizado desde hace mucho tiempo en la U.R.S.S. y que actualmente se lleva a cabo en el Instituto Nacional de Pediatría con algunas modificaciones hechas por el Dr. Espinoza; sin embargo, la esencia del método no ha cambiado mucho.

En cirugía Ortopédica, cuando se habla de elongación ósea, se refiere al aumento de la longitud de un determinado segmento óseo, conseguido por métodos operatorios. Codivilla, al parecer, es quien ostenta el mérito de haber sido el primero en realizar un alargamiento óseo en 1905; en donde realizó un alargamiento femoral mediante una operación quirúrgica llamada Osteotomía oblicua diafisaria. (Cañadell, J., 1990)(13).

Sin embargo, en la década de los 70's es cuando comienzan a llegar a nuestro continente americano, los distintos logros de ortopedia Soviética, en donde se empieza a conocer sobre los alargamientos y correcciones de miembros, así como a hablar de los trabajos de Gabriel Ilazarov. (Ceballos Mesa, 1983)(15).

Llamaba la atención que la metodología soviética se adentraba a resolver problemas de difícil planteamiento como lo son fracturas de fémur, pérdidas en la sustancia ósea, secuelas de polio, etc.

G. Ilzarov, desde 1951 comienza a trabajar y a corregir éstos problemas ortopédicos mediante fijadores externos en el Instituto de Investigaciones clínicas de ortopedia y traumatología de Siberia URSS. (Ceballos Mesa, 1983)(15). Su aparato estaba formado por dos aros que se unían entre sí mediante 4 ejes cilíndricos con paso de rosca. En cada segmento se transfixionaban un par de alambres en cruz de eje longitudinal del hueso, los cuales se estiraban (tensaban) y se fijaban a los aros. (ver anexo, dibujo #1).

Este científico garantizaba el alargamiento progresivo del miembro a razón de 1mm. diario y con el desarrollo del nuevo hueso introduciría la práctica de distraccionar la epífisis del crecimiento para alargar las extremidades y así desarrollaría un método de tratamiento para la corrección de todo tipo de deformidades congénitas.

En la actualidad, independientemente del método de elongación

que se empleó, prácticamente todas las elongaciones óseas se realizan mediante el uso de fijadores-distractores-externos.

La operación consiste en fracturar el hueso a nivel tibia-peroné-fémur del mismo lado, para posteriormente elongar tibia-peroné-fémur contralaterales para obtener una simetría simultánea en ambas extremidades. (Ver anexo dibujo #2).

El material consiste en:

- a) Alambres, clavos y tornillos con los que se activa directamente sobre los fragmentos óseos.
- b) Aditamentos de diferentes formas (arcos, semi-arcos, marcos, cuadros, etc) en los cuales se fijan los alambres y clavos en los distintos segmentos.
- c) Grapas, presillas y horquillas para asegurar los extremos de los alambres-clavos a los arcos.
- d) Ejes que unen entre sí las distintas partes de los aparatos (arcos, arcos-marcos) y que producen la comprensión-distracción entre esas partes.
- e) Tuercas, contra-tuercas y arandelas que permiten el cambio de los arcos-aros y su fijación al nivel deseado. (Ceballos Mesa, 1983)(15). (Ver anexo, dibujo #3.)

Sin embargo, en la literatura se reporta que en la mayoría de los casos no es más importante lo estético que las razones

funcionales, y que el primer objetivo es lograr una mejoría funcional y luego un componente estético.

En el caso del acondroplásico, se refiere que si es posible aumentar su estatura en 20 y 30cm., pero los rasgos físicos no desaparecen, y sugieren que éste tipo de método debe de acompañarse de un tratamiento psicológico. (Cañadell, J, 1990) (13).

Desde un punto de vista personal, este método ortopédico tiene sus alcances y limitaciones que a continuación se señalarán.

- Es indudable el hecho de que una mejoría en la proporción del cuerpo, así como el lograr una mayor estatura, genera una mejoría en el autoconcepto del niño acondroplásico. Esto permite que tenga la confianza en sí mismo, lo que mejorará la integración en su grupo social.

- Los niveles de ansiedad se ven disminuidos al mejorar su aspecto corporal. La ansiedad de los padres y la familia se ven disminuidos en cuanto que su hijo se siente mejor integrado a su grupo social.

En mi experiencia con pacientes que son sometidos a éste método ortopédico, he observado que no existe una preparación psicológica pre-quirúrgica y que muy pocos niños tienen la información suficiente sobre el tipo de intervención a la que van a recurrir.

Es decir, se les dice que se les va a ayudar a crecer un poco, pero no se les explica con detalle que el tratamiento es a largo

plazo, es doloroso, que durante ese tiempo van a estar inmovilizados, etc.

Otra de las observaciones es, que generalmente las personas quienes piden ésta intervención, no son los propios niños, sino que la decisión la toman los padres; quienes por su angustia y porque aún no han podido aceptar a su hijo como es, recurren a éste tratamiento pensando que "le están haciendo un bien a su hijo y que en un futuro se lo van a agradecer".

De ésta manera, la posición tanto de los médicos como del psicólogo debe ser natra en el sentido de que los padres y el niño conozcan con exactitud todos los tipos de tratamiento con éstos presentes y que si se deciden a llevar a cabo la operación, que la decisión que ellos tomen no lleva consigo dudas o titubeos con respecto al tratamiento. La decisión de los padres y del niño debe de ser respetada tanto para no operarse como para operarse y de ser así, antes-durante y después de la operación deben de acompañarse de un tratamiento psicoterapéutico, en donde se analizen las reacciones emocionales tanto del niño como de los padres durante el curso del tratamiento.

De aquí se propone un plan de intervención breve de psicoterapia pre-operatoria y post-operatoria, en donde se trabajen los siguientes puntos:

- 1) Explorar el concepto del paciente sobre la enfermedad o cirugía: hacer que el paciente dibuje imágenes de su afección corporal,

y le ayudará a aclarar el concepto que tiene de ésta.

- 2) Explorar el significado personal y el papel que juega la enfermedad, por ejemplo: Un fenómeno característico es la ganancia secundaria, en donde la enfermedad, provoca ciertas ventajas al paciente y puede retardar su recuperación.
- 3) Establecer contacto con el cirujano, el cual comunicará al niño y a la familia el curso y tipo de operación.
- 4) Explorar ideas o miedos: La operación puede ser sentida como una agresión a la integridad del niño. Si no se le explica esta, puede despertar fantasías de daño o rechazo.
- 5) Ayudar al paciente y a la familia a sobrellevar la crisis de la pre-operación y la post-operación, cuyo objetivo del terapeuta es el de mejorar la respuesta adaptativa ante los eventos del medio ambiente. De esta manera es importante señalar que la enfermedad provoca cambios en la imagen corporal y que éstos deben explorarse para cada individuo.

En el caso de cirugía, el terapeuta debe explorar los miedos generales, ya que la cirugía es considerada como un trauma físico y psicológico.

El énfasis principal de éste tipo de intervención, debe ser sobre el paciente y la familia del mismo, en donde el terapeuta sirva de mediador entre el cirujano y la familia.

De aquí surge otra modalidad en el manejo psicoterapéutico con los padres de los niños acondroplásicos, y es el de la formación

de un grupo de autoayuda o grupo didáctico. La estructura de éste grupo está basada en los postulados teóricos de Pichón Riviere sobre lo que él denomina grupos didácticos, interdisciplinarios o de enseñanza orientada. (P.Riviere,1983)(50). Aquí se propone la participación de otros profesionistas involucrados en el manejo de estos niños, como son: Médico genetista, Trabajador social, Ortopedista, Psicólogo, etc.

La forma de trabajo de éste grupo retoma algunas técnicas de grupo operativo en cuanto a que el grupo trabaja sobre objetivos y/o tareas que los mismos miembros van proponiendo con la finalidad de promover los mecanismos de autoregulación en la solución de problemas comunes al grupo.

Ahora bien, este grupo de discusión y tarea, en los que se estructuran los mecanismos de autoregulación son puestos por un coordinador (psicólogo), cuya finalidad será la de lograr una comunicación dentro del grupo y que se mantenga activa, es decir, creadora.

En cuanto a la característica de este grupo, debido a la población con que se cuenta en el Instituto Nacional de Pediatría, este sería de tipo homogéneo-heterogeneo: Homogéneo en el sentido de que los padres del grupo tienen un hijo acondroplásico, y heterogéneo porque no importa la edad ni el sexo del niño, es decir, pueden integrar el grupo padres con niños lactantes, escolares o adolescentes. El motivo de hacer este tipo de grupo, se debe al hecho de que la población o es del todo amplia para formar

grupos de diferentes edades. Sin embargo, la experiencia con éste modelo de trabajo, ha mostrado que los papás con niños más pequeños apúrenden de la experiencia de niños más grandes, en cuanto a conocer los problemas comunes con los que se enfrentaron y cómo encontraron la solución a éstos.

Para concluir, una de las finalidades de éste modelo de trabajo, es el desarrollar aptitudes, y comunicar conocimientos en la didáctica interdisciplinaria, en donde se cumplan las funciones de despertar interés, instruir y transmitir conocimientos tanto a los niños como a la familia.

En cuanto al plan psicoterapéutico con los niños, se propone el uso de las técnicas de psicoterapia de juego a nivel individual y grupal. Ya que a través del juego se ayuda a los niños a exponer sus problemas y posteriormente exponerlos en donde se utiliza la actividad lúdica para promover el crecimiento de sus potencialidades, así como el mejorar las relaciones con su medio social.

Las funciones de la terapia de juego con estos niños van encaminadas a:

- 1) aprender habilidades básicas,
- 2) Permitir la expresión de problemas emocionales,
- 3) dominio de situaciones particulares,
- 4) desarrollo de habilidades sociales,
- 5) reforzar su autoestima.

El método de terapia de juego está centrado en las técnicas de Virginia Axline, en donde el objetivo tiende a resolver los problemas de desequilibrio entre el niño y su medio ambiente. La terapia de Axline, enfoca al niño como la fuente de su propio crecimiento, en donde el papel del terapeuta es el de facilitar el desarrollo del niño.

Para el niño, el aceptarlo como es dentro de un marco terapéutico de juego, le da seguridad que no experimenta en otras relaciones, y esto le refuerza su autoconcepto. Así como a más que otra terapia de juego, la de V. Axline le ofrece al niño la libertad de ser él mismo sin tener que enfrentar alguna presión exterior para cambiar. (Axline, 1947)(56).

Las reglas básicas que ésta autora presenta son las siguientes:

- 1) El terapeuta debe crear una relación cálida y amistosa con el niño, estableciéndose así las bases para un buen rapport.
- 2) Aceptar al niño como es, lo que refuerza su autoestima.
- 3) El terapeuta debe tener una actitud de permisividad dentro de la relación con el niño, para que éste sienta la libertad de expresarse.
- 4) El terapeuta debe de estar alerta y reconocer los sentimientos que expresa el niño, y éste se los devuelve para obtener un insight en su conducta.
- 5) Mostrar respeto hacia las habilidades del niño en cuanto a la resolución de sus problemas. (Axline, 1947)(56).

Estos puntos ayudarán a favorecer el autoconcepto del niño acondroplásico.

De esta manera espero que éste trabajo sirva para investigaciones posteriores, ya sea sobre acondroplasia, autoconcepto o sobre imagen corporal y cuyas sugerencias son las siguientes:

- 1) Utilizar un mayor número de sujetos.
- 2) Utiliza un mayor número de jueces (estos dos puntos son para los criterios de confiabilidad de la prueba).
- 3) Si se quiere continuar con el presente tema, hacer una revisión más profunda de las relaciones objetales en los niños con acondroplasia.
- 4) La técnica de elongación de huesos es un campo de estudio en cuanto a conocer los cambios en el autoconcepto y la imagen corporal de éstos niños.

REFERENCIAS

- 1.- Aberastury, Arminda. "Teoría y técnica de psicoanálisis en niños". Edit. Paidós. Novena reimpresión, 1987 pp.47-49.
- 2.- Aisenson, Aida. "Cuerpo y persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido". Edit. F.C.E. Primera edición, 1981 pp.7-279
- 3.- Ajuriaguerra, J. "Tratado de psiquiatría infantil". Edit. Masón. Tercera reimpresión, Marzo, 1983 pp.21-62, 341-353:
- 4.- Anderson & Anderson. "Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico". Edit. RIALP S.A,1978. pp.393-438.
- 5.- Azar, Olivia. "Estudio comparativo del autoconcepto en sujetos con distrofia muscular Duchenne". Tesis para obtener el título de Lic. en Psicología de la Universidad de las Américas. México 1991. pp.58-82.
- 6.- Bailey, Josep M.D. "Disproportionate short stature. Diagnosis and management". W.B.Saunders, 1973. pp.3-89.
- 7.- Bara André. "La expresión por el cuerpo". Edit. Búsqueda. Primera impresión, Junio 1975. Buenos Aires pp.7-89.
- 8.- Bellack, Leopold. "Psicología proyectiva". Edit. Paidós. 2ª edición.1978. pp.57-226.
- 9.- Bellack & Siegel. "Manual de psicoterapia breve intensiva y de urgencia". Edit. Manual moderno, 1986. pp.7-16, 44-54 y 81-92.

- 10.- Bernard, Michel. "El cuerpo". Edit. Paidós. Primera reimpresión en castellano, 1985. pp.11-195.
- 11.- Bieheler, Robert. "Introducción al desarrollo del niño". Edit. Diana. Primera edición, 1980. pp.147-153, 159-164 y 187-196.
- 12.- Bouret, J. Pierre y cols. "El estudio genético de la acondroplasia". Unidad de investigación genética; Paris, Francia. pp.8-15.
- 13.- Cañadell, J. "Los métodos de elongación osea y sus aplicaciones". Departamento de ortopedia. Revista de ortopedia y traumatología, España, 1990. pp.327-344.
- 14.- Caruso, Igor. "Narcisismo y socialización. Fundamentos psicogenéticos de la conducta social". Edit. Siglo XXI, tercera edición, 1987. pp.7-117.
- 15.- Ceballos Mesa, Alfredo Dr. y cols. "fijación externa de los huesos". Edit. Científico-técnica, segunda edición, 1983. pp.3-183.
- 16.- Cheivalli, Arturo y cols. "El cuerpo simbólico y la simbolización del cuerpo". Cuadernos de psicoanálisis No.1 y 2. Vol.XV Enero-Julio, 1982. pp.97-125.
- 17.- Collip J, Platón y cols. "Acondroplasia. Parental age". N.York State Journal of medicine. October, 1976. Vol.76. No.11 pp.1810-1812
- 18.- Díaz, Eva Gloria. "Acondroplasia Vs. Hipoacondroplasia. Hallazgos clínicos y radiológicos". Tesis para obtener el título de especialista en genética médica. México D.F., 1988.
- 19.- Díaz Eva Gloria. "Acondroplasia Vs. Hipoacondroplasia. Datos clínicos y radiológicos". Acta pediátrica de México. No.10 vol.2, 1989.

- 20.- Dolto, Françoise. "La imagen inconsciente del cuerpo". Edit. Paidós primera edición castellana, 1986. pp.9-299.
- 21.- Egoscue, J y cols. "Genética médica". Edit. Espasx publicaciones médicas, primera edición, Barcelona, 1976. pp.27-37, 60-62 y 360-381.
- 22.- Escamilla, Leticia. "Rasgos de personalidad y calidad de vínculos en madres de hijos con neurodermatitis atópica (una aproximación al análisis de ésta relación objetal)". Tesis para obtener el título de Lic. en psicología UNAM México D.F., 1989 pp.51-84.
- 23.- Estrada, Xavier. "Desde otro punto de vista. El enano visto por un enano". Edit. Diana, primera edición. Marzo de 1990. pp. 121-211.
- 24.- Ey, Henry. "Tratado de psiquiatría". Edit. Masón, octava edición. Febrero, 1978. pp.660-665.
- 25.- Fernández y Martínez. "La representación del Self en niños con padecimiento crónico y en niños con padecimiento psicossomático". Tesis para obtener el título de Lic. en psicología, Universidad Iberoamericana. México D.F., 1989 pp.59-93.
- 26.- Feldenkrais, Moshe. "Autoconciencia por el movimiento". Edit. Paidós, primera edición, 1980. pp.11-72.
- 27.- Figueroa, Joaquín y cols. "Cuadernos de prácticas de segundo nivel". Coordinación de difusión y comunicación de la Facultad de Psicología de la UNAM, Octubre, 1982. pp.20-33 y 35-39.

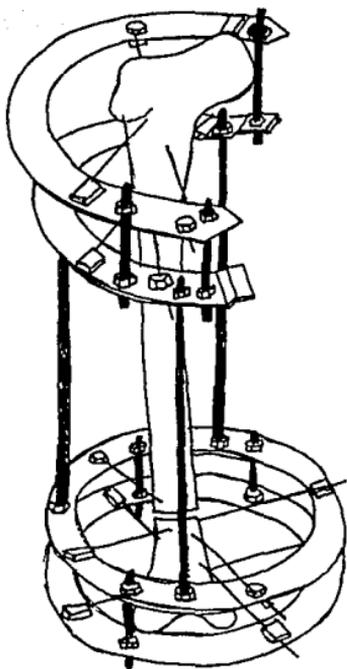
- 28.- Freud, Anna. "El Yo y los mecanismos de defensa". Edit. Paidós, sexta reimpression, 1990. pp.51-63.
- 29.- Goldman, Howard. "Psiquiatria General". Edit. Manual moderno, 1987. pp.43-51.
- 30.- Goodman, Richard. "Transtornos Genéticos". Edit. Salvat, 1973 pp.850-855.
- 31- Guizar-Vazquez, Jesús. "Genética clinica Diagnóstico y manejo de las enfermedades hereditaria". Edit. Manual moderno,1988. pp.9-34, 35-42, 256-264, 319-336 y 376-396.
- 32.- Hardy, Jean Marie y cols. "¿Se puede utilizar "racionalmente" el método de Ilizarov?" Revista de ortopedia y traumatología, 1989. pp.555-570.
- 33.- Hurton, A y cols. "Curvas de crecimiento en la acondroplasia". Original Articles series. Vol XII No 3c, 1977. pp.101-107.
- 34.- International nomenclature of constitutional diseases of bone. Am. Radiologic, 1983. No.26. Vol.6. pp.457-462.
- 35.- Kohut, Heinz. "La restauración del sí mismo". Edit. Paidós, primera edición en México,1990 pp.13-18 y 76-87.
- 36.- Kubler-Ross, Elizabeth. "On death and dying". Edit. McMillan. N. York, 1969. pp.1-137.
- 37.- Langer & Baumann. "Achondroplasia". Am. Journal Roentgenal. May,1967. pp.12-26.
- 38.- Lipkin & Cohen. "Atención emocional al paciente". Edit. Prensa médica mexicana S.A. México, 1980 pp.179-188, 238-249.

- 39.- Magnusson, David. "Teoría de los test". Edit. Trillas, décimosegunda reimpresión, Agosto 1985 pp.77-99 y 153-171.
- 40.- Mahler Margaret. "Simbiosis humana. Las viscosidades de la individuación". Edit. Joaquín Moritz, segunda reimpresión de la segunda edición, Septiembre 1985. pp.7-303.
- 41.- Marcelo-Salles, Manuel. "Desarrollo temprano: relevancia particular de las relaciones objetales". Cuadernos de psicoanálisis, Julio-Diciembre, 1986. Vol. XIX, No. 3 y 4.
- 42.- Martínez y Galicia. "El autoconcepto, locos de control y desamparo en mujeres adultas con deficiencia mental que se encuentran en diferentes sistemas educativos". Tesis para obtener la Licenciatura en Psicología UNAM. México D.F., 1991 pp.3-17.
- 43.- Megargee, Edwin. "Métrica de la personalidad". Edit. Trillas, México, 1971 pp.259-280.
- 44.- Merani, Alberto. "Diccionario de psicología". Edit. Grijalbo, tercera edición, 1986. pp.3-263.
- 45.- Minuchin, Salvador. "Familias y Terapia Familiar". edit. Gedisa. Cuarta reimpresión en México, 1989 pp.19-39.
- 46.- Nason, Alvin. "Biología". Edit. Limusa, primera edición en Español, 1968. pp.51-310.
- 47.- Nyhan, William. "La herencia, el factor hereditario". Edit. Edemex. primera edición, 1978, segunda edición, 1980 pp.51-103.
- 48.- Opitz, John. "Delayed mutation in achondroplasia". Original articles series. Vol.V No.4. Abril, 1969.

- 50.- Pichón- Riviera, Enrique. "El proceso grupal. Del psicanálisis a la psicología social". No.1 Edit. Nueva visión, primera edición en México, 1983 pp.169-185.
- 51.- Rincón Cassandia. "La imagen corporal, su valor psicológico", segunda edición, 1971 pp.15-285.
- 52.- Rogers G, John. "Mi hijo es un enano". Genetic Research of Australia, 1970
- 53.- Sami-Ali. "Cuerpo real-cuerpo imaginario. Por una epistemología psicoanalítica". Edit. Paidós, primera edición, 1979. pp. 15-105.
- 54.- Scott I Charles Jr. "Condiciones médicas y adaptación social en enanos". Original articles series. Vol.XIII No.3, 1977 pp.29-43.
- 55.- Scott I, Charles M.D. "Genetics clinic" Medical School at Houston, 1977 pp.18-30.
- 56.- Schaefer & O'connor. "Manual de terapia de juego". Edit. Manual moderno, 1988 pp.18-59.
- 57.- Schilder. Paul. "Imagen y apariencia del cuerpo humano". Edit. Paidón, primera edición, 1935 pp.9-135.
- 58.- Spitz, René. "No y sí. Sobre la génesis de la comunicación humana". Edit. Paidós, quinta edición, 1978 pp.61-73.
- 59.- Tavares A y cols. "Genética médica". Edit. Espans publicaciones médicas, primera edición, 1976 pp.51-161. 247-259 y 360-381.

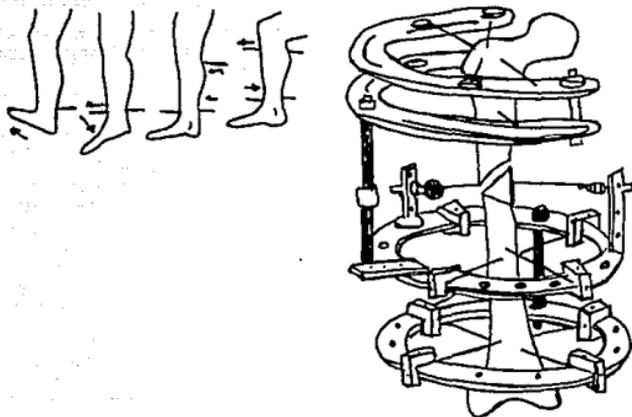
- 60.- Vives, Juan Dr. "Cuerpo e imagen corporal". Cuadernos de psicanálisis. Julio-Diciembre, 1982. Vol.XV, No.3 y 4 pp.36-56.
- 61.- Wallon, Henry. "La evolución psicológica del niño". Edit. Grijalbo. México D.F. 1977 pp.115-183.
- 62.- Wallon, Henry. "Los orígenes del carácter en el niño". Edit. Nueva visión, primera edición en español, 1975 pp.13-275.
- 63.- Wapner & Werner. "El percepto del cuerpo". Edit. Paidós, primera edición 1969 pp.18-111.
- 64.- Winnicott, Lang y otros. "La crisis de la familia". Edit. Nueva Visión. Segunda edición 1986 pp.9-27 y 28-35.

ANEXO 1



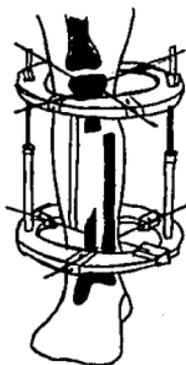
APARATO ORTOPEDICO DE ELONGACION OSEA DE G. ILIZAROV.

ANEXO 2



MÉTODO DE ELONGACION DE G. ILIZAROV.

ANEXO 3



METODO DE ELONGACION OSEA DE G. ILIZAROV.

CALIFIQUE CON UNA PALOMA LA PRESENCIA DE RASGOS, CASO POR CASO.

- 1.- Cabeza grande.
- 2.- Cabeza pequeña.
- 3.- Cabeza con grandes detalles.
- 4.- Cabeza con pocos detalles.
- 5.- Cabeza con rasgos agresivos.
- 6.- Énfasis exagerado de la cabeza.
- 7.- Omisión de rasgos faciales.
- 8.- Expresión alegre de la cara.
- 9.- Expresión de tristeza de la cara.
- 10.- Expresión de vacío en la cara.
- 11.- Expresión de enojo en la cara.
- 12.- Expresión malévolz en la cara.
- 13.- Boca grande.
- 14.- Boca pequeña.
- 15.- Énfasis en la boca.
- 16.- Boca cerrada.
- 17.- Boca abierta.
- 18.- Boca rígidamente abierta.
- 19.- Boca con rictus de malevolencia.
- 20.- Boca sombreada.
- 21.- Boca detallada.
- 22.- Boca concava.

23.- Boca representada por una línea gruesa entrecortada

24.- Línea de la boca fuerte.

25.- Línea de la boca fina.

26.- Línea de la boca amplia torneada hacia arriba

27.- Labios gresos.

28.- Labios finos.

29.- Labios con arco de cupido.

30.- Labios con línea sensual.

31.- Línea fuera de los labios (pajita, palillo, etc).

32.- Quijada fuertemente marcada.

33.- Quijada desvanecida.

34.- Quijada de perfil.

35.- Quijada prominente.

36.- Ojos redondos.

37.- Ojos de punta.

38.- Línea de la boca torneada hacia abajo.

39.- Ojos alargados.

40.- Énfasis en los ojos.

41.- Ojos muy abiertos.

42.- Ojos cerrados.

43.- Omisión de ojos.

44.- Ojo furtivo y sospechoso.

- 45.- Ojo penetrante.
- 46.- Ojo grande, oscuro, acentuado o amenazante.
- 47.- Ojos con pestañas.
- 48.- Ojos vacíos.
- 49.- Un ojo más grande que el otro.
- 50.- Ojos sin pupilas.
- 51.- Cejas bien arregladas.
- 52.- Cejas en desorden.
- 53.- Cejas peludas.
- 54.- Cejas levantadas.
- 55.- Cejas muy espesas.
- 56.- Oreja grande.
- 57.- Oreja pequeña.
- 58.- Oreja con detalles.
- 59.- Oreja descubierta.
- 60.- Una oreja más grande que la otra.
- 61.- Omisión de orejas.
- 62.- Énfasis en el pelo.
- 63.- Pelo desordenado.
- 64.- Pelo ordenado.
- 65.- Pelo abundante y desordenado.
- 66.- Pelo ondulado.
- 67.- Sombreado vigoroso del cabello.
- 68.- Barba

- 69.- Pelo oculto con sombrero
o mascarada.
- 70.- Pelo largo.
- 71.- Énfasis en la nariz.
- 72.- Nariz sombreada.
- 73.- Nariz excesivamente larga.
- 74.- Nariz corta.
- 75.- Nariz cortada.
- 76.- Sin cejas.
- 77.- Sin pelo.
- 78.- Sin pestañas.
- 79.- Nariz de punta.
- 80.- Nariz ancha y corta.
- 81.- Foscos nasales remarcadas.
- 82.- Omisión de nariz.
- 83.- Cuello destapado.
- 84.- Cuello alargado.
- 85.- Cuello corto.
- 86.- Cuello delgado.
- 87.- Cuello ancho y corto.
- 88.- Omisión de cuello.
- 89.- Cuello largo y fino.
- 90.- Cuello excesivamente largo.
- 91.- Manos bien hechas
- 92.- Manos toscas y mal hechas.

- 93.- Manos grotescas.
- 94.- Manos escondidas.
- 95.- Manos remarcadas.
- 96.- Omisión de manos.
- 97.- Sombreado de manos.
- 98.- Sombreado vigoroso de manos.
- 99.- Manos obscurecidas.
- 100.- Manos excesivamente grandes.
- 101.- Manos pequeñas.
- 102.- Manos enguantadas.
- 103.- Manos en los bolsillos.
- 104.- Manos fragmentadas.
- 105.- Puños cerrados.
- 106.- Manos sin dedos.
- 107.- Manos con dedos cuidadosamente articulados y enmarcados con línea gruesa.
- 108.- Brazos fuertes.
- 109.- Brazos frágiles.
- 110.- Brazos largos.
- 111.- Brazos cortos.
- 112.- Brazos con las manos en los genitales.
- 113.- Brazos levantados en actitud desafiante.
- 114.- Brazos en actitud de ataque.
- 115.- Exceso de simetría en las figuras con hombros musculosos.

- 116.- Brazos demandantes.
- 117.- Brazos con movimiento.
- 118.- Omisión de brazos.
- 119.- Brazos tensos.
- 120.- Brazos caídos con naturalidad.
- 121.- Brazos sombreados.
- 122.- Brazos estéticos.
- 123.- Dedos cortos y redondos.
- 124.- Dedos severamente sombreados o cortados.
- 125.- Dedos en forma de lanza.
- 126.- Puño cerrado tensamente hacia el cuerpo.
- 126.- La mano con los dedos cuidadosamente articulados pero cerrados.
- 127.- Dedos extremadamente largos.
- 128.- Más de 5 dedos.
- 129.- Menos de 5 dedos.
- 130.- Dedos con uñas.
- 131.- Dedos en forma de garra o de herramienta mecánica.
- 132.- Trazo especial hacia algún lado.
- 133.- Castración de un dedo.
- 134.- Dedos como clavos.
- 135.- Dedos en forma de manopla.
- 136.- Detalle excesivo de uñas.
- 137.- Dedos de los pies muy destacados.
- 138.- Omisión de dedos.

- 139.- Remarque de dedos.
- 140.- Piernas largas.
- 141.- Piernas pequeñas.
- 142.- Piernas sombreadas.
- 143.- Piernas toscas.
- 144.- Piernas atléticas.
- 145.- Piernas en línea.
- 146.- Piernas torcidas.
- 147.- Piernas abiertas.
- 148.- Piernas en posición de ataque.
- 149.- Piernas cerradas.
- 150.- Piernas asimétricas.
- 151.- Énfasis en las rodillas.
- 152.- Piernas toncas.
- 153.- Piernas en flexión.
- 154.- Omisión de piernas.
- 155.- Pies en posición de atacar.
- 156.- Pies con semejanza a un falo.
- 157.- Pies grandes.
- 158.- Pies pequeños.
- 159.- Pies firmes.
- 160.- Pies volando.
- 161.- Pies puntilagudos con dedos desafientes.
- 162.- Confinar dedos de los pies dentro de una línea.
- 163.- Omisión de pies.

- 164.- Tronco redondeado.
- 165.- Tronco anguloso.
- 166.- Tronco sombreado.
- 167.- Tronco cerrado en la parte inferior.
- 168.- Tronco delgado.
- 169.- Tronco con contorno confuso u obeso.
- 170.- Énfasis en las partes superiores del cuerpo.
- 171.- Dificultad en cerrar la pelvis.
- 172.- Incapacidad para cerrar la pelvis.
- 173.- Énfasis en las partes inferiores del cuerpo.
- 174.- Tronco muy sombreado en la figura masculina.
- 175.- Tronco muy sombreado en la figura femenina.
- 176.- Omisión del tronco.
- 177.- Senos sombreados, borrados u omitidos.
- 178.- Busto acentuado.
- 179.- Cadera prominente.
- 180.- Dibujo de genitales.
- 181.- Omisión de genitales en dibujo desnudo.
- 182.- Hombros anchos.
- 183.- Tronco cuadrado.
- 184.- Hombros con borraduras.
- 185.- Línea exagerada en las caderas.
- 186.- Línea de cintura.
- 187.- Cintura apretada.

- 188.- Sombreada línea de cintura.
- 189.- Omisión de línea de cintura.
- 190.- Uso de cinturón o correa.
- 191.- Indicación de órganos internos.
- 192.- Líneas semejantes a costillas.
- 193.- Líneas incompletas en la caja toraxica o región pélvica.
- 194.- Transparencia de órganos.
- 195.- Transparencias.
- 196.- Órganos distorcionados.
- 197.- Énfasis en articulaciones.
- 198.- Vestido de la mujer hasta el tobillo.
- 199.- Adornos en las ropas.
- 200.- Énfasis a rasgos sensuales de la ropa.
- 201.- Cosméticos y adornos.
- 202.- Énfasis en botones.
- 203.- Algunos botones.
- 204.- Énfasis en bolsas.
- 205.- Ausencia de botones y ausencia de bolsas.
- 206.- Ausencia de bolsas.
- 207.- Corbata larga.
- 208.- Corbata corta.
- 209.- Corbata como volando.
- 210.- Zapato tipo fático.
- 211.- Sombrero
- 212.- Transparencia de sombrero.
- 213.- Pipas, cigarros, paraguas, etc.

- 214.- Señalar el pliegue del pantalón
- 215.- Movimiento de la figura.
- 216.- Movimiento no acorde a la edad de la figura
- 217.- Impulso claro hacia el movimiento.
- 218.- Exceso de simetría.
- 219.- Rigidez.
- 220.- Perfeccionamiento.
- 221.- Confusión de simetría.
- 222.- Ausencia de corbata.
- 223.- Ausencia de zapato.
- 224.- Énfasis en la línea media.
- 225.- Énfasis imperfecto de la línea media.
- 225.- Figura larga en medio de la hoja.
- 227.- Figura número uno del propio sexo.
- 228.- Figura número uno del sexo opuesto.
- 229.- Figura del propio sexo más grande que el opuesto.
- 230.- Figura del propio sexo más pequeño que el opuesto.
- 231.- Figuras pequeñas.
- 232.- Figuras como volando.
- 233.- Dibujos micrográficos.
- 234.- Figuras grandes.
- 235.- Figura grande pobremente proporcionada.
- 36.- Figura proporcionada.

- 237.- Figura equilibrada.
- 238.- Figura mal equilibrada.
- 239.- Figura con piernas rígidas.
- 240.- Figura rígida.
- 241.- Línea sólida.
- 242.- Línea quebrada.
- 243.- Línea fragmentada.
- 244.- Línea reforzada.
- 245.- Línea fina.
- 246.- Línea gruesa.
- 247.- Cambio brusco de línea.
- 248.- Línea gruesa y pesada.
- 249.- Línea confusa.
- 250.- Línea vellosa, quebrada o temblorosa.
- 252.- Bónesaddeawaneida.
- 252.- Borraduras.
- 253.- Sombreados.
- 254.- Dientes destacados.
- 255.- Elaboraciones.
- 256.- Observaciones.
- 257.- Énfasis en los pies.
- 258.- Omisiones.
- 259.- Figura pequeña pobremente proporcionada.
- 260.- Figuras infantiles.
- 261.- Figuras de igual tamaño.
- 262.- Buena secuencia.

- 263.- Inadecuada secuencia.
- 264.- Cuadrante central.
- 265.- Cuadrante superior izquierdo.
- 265.- Cuadrante superior derecho.
- 267.- Cuadrante inferior izquierdo.
- 268.- Cuadrante inferior derecho.
- 269.- Cuadrante central izquierdo.
- 270.- Cuadrante central derecho.
- 271.- Cuadrante izquierdo, central e inferior.
- 272.- Cuadrante derecho central inferior.
- 273.- Cuadrante izquierdo central superior.
- 274.- Cuadrante derecho central superior.
- 275.- Cuadrante central inferior.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR MEDIO DE LA PRESENTE DOY CONSTANCIA DE QUE MI HIJO _____
 _____, CON NUMERO DE REGISTRO _____, PARTICIPA EN UNA
 INVESTIGACION LLEVADA A CABO POR EL PSIC. MARTIN CONSUEGRA
 NIETO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL INSTITUTO NACIONAL
 DE PEDIATRIA.

LA PARTICIPACION DE MI HIJO EN LA PRESENTE INVESTIGACION,
 AYUDARA A QUE EL Y OTROS NIÑOS CON EL MISMO PADECIMIENTO, CUEN-
 TEN CON LA MEJOR ATENCION PSICOLOGICA CON EL FIN DE QUE PUEDAN
 TENER UNA MEJOR ACEPTACION DE SU PADECIMIENTO, AL IGUAL DE
 UNA MEJOR ADAPTACION A SU MEDIO SOCIAL.

DICHA COLABORACION POR PARTE DEL NIÑO NO APECTARA SU SALUD,
 NI FISICA NI EMOCIONAL, TAMBIEN SE ME HA GARANTIZADO QUE DE
 NO ACEPTAR QUE MI HIJO PARTICIPE EN LA INVESTIGACION, LA CALIDAD
 DE LA ATENCION QUE SE LE PRESTE NO SE VERA DISMONUIDA.

RESPONSABLE.

NOMBRE _____

 DIRECCION _____

 FIRMA _____

TESTIGOS

NOMBRE _____
 DIRECCION _____

 FIRMA _____
 NOMBRE _____
 DIRECCION _____

 FIRMA _____