

3150 11
1
78



UNIVERSIDAD SALESIANA A. C.

INCORPORADA A LA U.N.A.M.

ESTUDIO COMPARATIVO DE ESQUEMA CORPORAL
EN AMPUTADOS Y HEMIPLEJICOS POSTERIOR A
LA AFECCION CORPORAL SUCEDIDA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA

MARIA DEL PILAR MEZA RODRIGUEZ

ASESOR DE TESIS :

LIC. MA. ELIZABETH RAMIREZ LOPEZ

MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A JESUS, MI DIOS

Por que una vez más me coloca
en este camino, proporcionandome
las herramientas necesarias para
cubrir una meta más.

A MIS PADRES

Por ser los dos pilares más -
fuertes en mi existencia, por --
ser fuente insaciable de apoyo y
estimulo incondicional, gracias-
por enseñarme a elevar los ojos-
y ver siempre en alto y hacia a-
delante, por que juntos culmina -
mos una meta más.

Gracias por compartir conmigo el
triunfo de la vida.

A MIS HERMANOS

VICTOR MANUEL Y LUCERO

Por compartir conmigo toda
una vida.

A Lucero, por su amor y apo-
yo infinito, por caminar siem-
pre a mi lado y ser sostén in-
cansable, por compartir mis la
grimas, mis ilusiones y ser --
parte de mis alegrías.

A MI HIJA

MARIA FERNANDA

Por ser el amor más grande, puro-
y sincero que Dios pudo haber deposi-
tado en mis manos.

Por que con tu amor y tu inocen-
cia me impulsas a seguir adelante, -
formando mi más calido refugio y el-
motivo más grande para vivir.

Gracias por existir.

A MI ESPOSO

RAUL

Por tu apoyo profesional y moral,
por el cariño que día a día me brindas y que nos ha permitido formar un hogar motivo más que suficiente para intentar mejorar y alcanzar a vislumbrar un futuro mejor.

Te Amo

A MI GRAN AMIGA

ELIZABETH

Por su amistad sincera y desinteresada, por el apoyo y confianza que siempre he recibido y recibo de ti, tanto en las buenas como en las malas, y por que este trabajo lleva parte de ti, gracias por compartirlo conmigo.

INDICE

Introducción	i
Capítulo 1 Aspectos Generales de la Amputación	1
Capítulo 2 Enfermedad Vasculat Cerebral Síndrome Hemipléjico	8
Capítulo 3 Generalidades acerca del Test de la Figura Humana creado por Karen Machover	17
Capítulo 4 Atención del paciente Amputado y Hemipléjico	32
Capítulo 5 Metodología	43
Capítulo 6 Resultados	49
Conclusiones	65
Bibliografía	70

INTRODUCCIÓN

Durante la infancia, niñez y adolescencia, los individuos van dominando sus cuerpos, realidad, emociones etc, todo ello siguiendo una secuencia que lleva a adoptar una personalidad única y característica.

Sin embargo, un evento traumático que sugiera incapacidad como es el caso de la amputación y el accidente vascular cerebral que necesariamente han de dejar como secuela un cuerpo mutilado y un hemicuerpo paralizado, es decir, hemipléjico según sea el caso, ha de cambiar la visión que se tiene del mundo, las cosas que se daban antes por supuestas como el caminar, inclinarse, limpiarse la cara con las manos etc., ya no pueden considerarse como conductas automáticas, tan es así, que el propio cuerpo tras este hecho es desconocido y percibido como diferente precisándose así una readaptación biopsicosocial.

La percepción individual del propio cuerpo así como la realidad exterior a la que responde el individuo, hombre o mujer desde el momento de su nacimiento es singularmente subjetiva; el propio individuo la crea y le da forma.

Independiente de la etiología, gravedad o extensión del daño producido por la amputación o el accidente vascular cerebral, se han de

iniciar un proceso de readaptación reconocido por su influencia actual sobre el funcionamiento y por sus consecuencias sobre el desarrollo en cualquier edad y fase de la vida.

No obstante, la misma evolución del caso ha de situar a cada sujeto en una manera de expresarse corrigiendo e integrando en la medida de lo posible sus capacidades e incapacidades formando así un nuevo esquema corporal, el cual ha de integrarse al concepto que ahora tiene de sí mismo.

Hablar de amputado o hemipléjico significa hablar de discapacidad, si bien, ambos casos se enfrentan a un tipo de pérdida, no comparten el mismo punto puesto que la amputación refiere la ausencia de alguna o algunas partes del cuerpo, mientras que la hemiplejía confiere una pérdida de función sin que el miembro o miembros sean removidos del organismo; por lo que ¿DIFIERE EL ESQUEMA CORPORAL DEL HEMIPLEJICO Y EL AMPUTADO EN RELACION A LA AFECTACION CORPORAL SUCEDIDA?; condicionada por la pérdida de extremidades o por cambios en las funciones sensoriales y motoras.

CAPITULO 1

ASPECTOS GENERALES DE LA AMPUTACIÓN

I. HISTORIA

La amputación es el más antiguo de los procedimientos quirúrgicos, la amputación de una mano o un pie era un castigo común en muchas de las sociedades antiguas, y aún se lleva a cabo en ciertas culturas primitivas.

La evidencia arqueológica indica que aún entre los habitantes prehistóricos había algunos con amputaciones.

Las primeras amputaciones quirúrgicas eran procedimientos cruentos en los que se seccionaba rápidamente un miembro de un paciente no anestesiado; para obtener la hemostasia el muñón abierto era aplastado o se sumergía en aceite hirviendo.

El surgimiento de la anestesia y la técnica aséptica, permitió que por primera vez los cirujanos pudiesen crear cuidadosamente muñones de amputación firmes y funcionales.

El desarrollo de la cirugía de amputaciones, estuvo estrechamente ligado con el cuidado de las víctimas de guerra. Los

hospitales cercanos a la línea de frente implementaron avances en los cuidados médicos (anestesia segura, antibioticoterapia, etc.), este progreso ayudó a reducir la morbilidad y mortalidad de las víctimas de combate.

Después de la segunda guerra mundial se crearon nuevas técnicas quirúrgicas y mejores prótesis para los numerosos individuos que perdieron miembros como resultado de la guerra.

La amputación de un miembro irreparablemente dañado o patológico es en realidad el primer paso para reinsertar al paciente a un ámbito normal y productivo de la sociedad.

II. DEFINICIÓN.

La amputación propiamente dicha, es un procedimiento que extirpa una parte a través de uno o más huesos. (Chapbell, 1988)

III. INCIDENCIA

Desde el punto de vista cronológico, la máxima incidencia de pérdida de miembros corresponde al grupo etario de 50 a 75 años, y está relacionado con vasculopatía.

En los adultos más jóvenes la amputación obedece la mayoría de las veces a lesiones o secuelas.

El 75% de los amputados corresponden al sexo masculino dado que los riesgos profesionales y los no profesionales son mayores en el sexo masculino que en el femenino.

Aproximadamente el 85% de las amputaciones son de miembros inferiores, siendo el lado derecho e izquierdo mas o menos igual.

IV ETIOLOGÍA.

La falta de uno o varios miembros, representa la pérdida del cuerpo normal y perfecto. Las respuestas individuales a la falta de perfección corporal varían en cierto modo según la etiología del miembro perdido.

La pérdida irreparable de la irrigación de un miembro patológico o lesionado es la única indicación absoluta de amputación.

Una parte no puede sobrevivir cuando su medio de nutrición está destruido; entonces se convierte no solo en algo inútil sino en una amenaza para la vida, porque los productos tóxicos de destrucción tisular se diseminan por todo el organismo.

Una lesión que no afecte la circulación de un miembro puede ser tan severa que no se restablezca la función o bien, que esta sea mejor después de la amputación o de la adaptación de una prótesis esta; es también por si misma una indicación.

Las infecciones incontrolables sugieren este procedimiento para salvar la vida, de igual manera está indicado en el tratamiento de tumoraciones malignas. Sugerido para la extirpación de parte de un miembro con anomalía o todo el miembro para mejorar la función con una prótesis o sin ella.

Agrupando las indicaciones de amputación se tienen:

A) Vasculopatía periférica.

La mayor parte de las amputaciones se practican por vasculopatía periférica, ya sea arterioesclerótica, arterioesclerótica con diabetes mellitus, o de algún otro tipo.

Esta indicación es por lo general más común en ancianos dado que tanto la diabetes mellitus como las enfermedades vasculares son más comunes en este grupo etario.

B) TRAUMATISMO.

Es la supresión parcial o total de uno o varios miembros, de manera súbita e inesperada, pudiendo ser directa cuando la pérdida ocurre en el mismo momento del accidente o indirecta cuando se produce por consecuencia del accidente.

Quizá en adultos menores de cincuenta años reciben principal indicación, afectando más comúnmente a hombres, especialmente en miembros inferiores. Los accidentes automovilísticos, heridas de arma de fuego o arma blanca, aplastamiento tisular, lesiones térmicas por congelamiento o eléctricas son ejemplos incidentes de este apartado.

C) INFECCIÓN

La infección aguda o crónica que no responde al tratamiento médico o a otras medidas quirúrgicas puede constituir una indicación de amputación, la gangrena gaseosa suele ser la más peligrosa; sin embargo, los efectos patológicos de una infección crónica sobre el organismo en su totalidad pueden justificar la amputación.

D) TUMORES

Por lo general la amputación está indicada en tumores malignos sin evidencia de diseminación metastásica en estos casos, la visión está centrada en la resección del tumor maligno antes de que metastatice, pero a veces, la amputación está indicada aún después de la aparición de metástasis puede estar justificada para aliviar el dolor si la neoplasia se ha ulcerado e infectado o ha originado una fractura patológica.

V. MIEMBRO FANTASMA

Tras la pérdida de un segmento corporal, la parte ausente puede dejar a un fantasma que causa muchos sufrimientos físicos y mentales.

La sensación de que una parte amputada está todavía presente es normal después de las amputaciones.

Si el miembro fantasma es indoloro se denomina sensación fantasma, si existe sensación de dolor se denomina dolor fantasma, este aparece generalmente después de la operación se ha descrito como calambre, compresión, quemadura, punzada, desgarró, entre otros tipos de

sensaciones; si bien, el dolor fantasma suele ser raro, puede surgir de anomalías de las terminales nerviosas del muñón, o bien de origen central.

La causalgia, un síndrome de dolor postraumático, se presenta entre el 2 y 5% de pacientes después de una lesión nerviosa, y puede contribuir al dolor fantasma.

La reacción psicológica y el grado de adaptación a la amputación pueden, afectar también al grado de dolor experimentado.

La operación, se ha descrito como calambre, compresión, quemadura, punzada, desgarro, entre otros tipos de sensaciones; si bien, el dolor fantasma suele ser raro, puede surgir de anomalías de las terminales nerviosas del muñón, o bien de origen central.

CAPITULO 2

ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL SÍNDROME

HEMIPLEJICO

Generalidades

El término de enfermedad vascular cerebral, es empleado para indicar todas las afecciones súbitas de un área del cerebro consecutivas a una lesión vascular espontánea. La casi totalidad de las entidades nosológicas de patología vascular son valoradas inicialmente en los servicios hospitalarios de urgencias; ello es debido al inicio habitualmente súbito del cuadro clínico, a la gravedad y trascendencia del mismo.

El ingreso hospitalario se justifica en el hecho de que la mayoría de los pacientes son de edad avanzada aunado a esto, por lo general presentan otro tipo de afecciones sistemáticas que complican el cuadro.

La recuperación del grado y extensión del daño neurológico, así como del tiempo transcurrido a partir del evento y del inicio de la rehabilitación.

La importancia que se le adjudica al accidente o enfermedad vascular cerebral estriba en que en su estadio inicial representa una

amenaza para la vida; una vez superada esta etapa, se convierte en una afección altamente incapacitante, ya que la población que sobrevive lo logra con discapacidad severa afectando su independencia en las actividades de la vida diaria humana, y constituyendo el síndrome hemipléjico.

Definición de enfermedad Vascular Cerebral

- Término empleado para indicar a todas las afecciones súbitas de un área del encéfalo consecutivas a una lesión vascular espontánea y primariamente parenquimatosa.

- La enfermedad vascular cerebral es un padecimiento neurológico focal, de inicio súbito, ocasionado por infartos o hemorragias cerebrales, clínicamente se traduce en parálisis unilateral del cuerpo con alteración de la sensibilidad.

-Es una alteración neurológica focal de carácter agudo que se debe a un proceso patológico en los vasos sanguíneos.

- Las enfermedades vasculares cerebrales son trastornos de la circulación cerebral, en los que una parte o la totalidad del encéfalo presenta de forma transitoria o permanente una isquemia o una hemorragia.

Incidencia

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen la tercera causa de defunción de las cardiopatías y el cáncer, en los países desarrollados.

En los adultos es la más mortal e incapacitante de todas las afecciones neurológicas.

Tiene una prevalencia general de 794 por 100 000 personas. Cinco por ciento de la población mayor de 65 años, sufre de un ataque cerebrovascular en algún momento de su vida. En Estados Unidos 400 000 pacientes son dados de alta de los hospitales cada año debido a un ataque cerebral. La separación de estos individuos de la fuerza de trabajo y el tiempo de hospitalización que requieren, hacen que el impacto económico de esta enfermedad sea muy severo, lo cual está estrechamente ligado con la alta incidencia. (Harrison, 1989)

Las enfermedades vasculares cerebrales tienen inicio instantáneo en el 33% de los casos, un inicio agudo en el curso de varias horas en el 47%, y tan solo en el 19% el cuadro clínico se inicia y completa en más de 24 horas. (Vilalta, 1983)

Generalmente ocurre después de los 50 años, aparece como promedio entre los 60 y 65 años; afecta por igual ambos sexos. En México

ocupa el séptimo lugar entre las causas de muerte. (Recopilación Estadística, Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación, 1988)

ETIOLOGÍA

Las lesiones vasculares del cerebro pueden producirse como contexto de diversas enfermedades relativamente frecuentes; la mayoría de las enfermedades vasculares cerebrales son secundarias a aterosclerosis, hipertensión o a una combinación de ambas. Las principales enfermedades específicas que causan accidente vascular cerebral, generalmente son:

A) Insuficiencia Cerebral :

Debido a alteraciones transitorias del flujo sanguíneo, o excepcionalmente, a una encefalopatía hipertensiva.

B) Infarto Cerebral :

Debido a una embolia o a una trombosis de las arterias intracraneales o extracraneales. La embolia se forma cuando un coágulo, una placa o un agregado plaquetario se liberan a la circulación y bloquean una arteria distal.

C) Hemorragia Cerebral

Incluye la hemorragia parenquimatosa hipertensiva y la hemorragia subaracnoidea por una aneurisma congénito, produciendo lesión y desplazamiento de las estructuras.

D) Malformación Aterionerviosa cerebral

Que puede causar síntomas por un efecto de masa, por infarto o por hemorragia.

E) Isquémico

El flujo sanguíneo inadecuado provoca un área circunscrita de infarto.

FACTORES PREDISPONENTES

Historia familiar

Edad avanzada

Hipertensión arterial

Hiperglicemia

Hiperlipidemia

Obesidad

Tabaquismo

Cardiopatía

Stress

Utilización de anticonceptivos orales

SÍNDROME HEMIPLEJICO

Cuanto más se extienda la vida del individuo, mayores serán sus requerimientos de atención profesional. cada día se hace evidente que gran parte del ejercicio profesional incluye el tratamiento de paciente con defectos residuales de enfermedades crónicas de cuyo grupo no existe otro que, clínicamente alcance la magnitud de la hemiplejía.

La mayoría de los pacientes que han sufrido un ataque hemipléjico no mueren durante el periodo inicial sino que su estado mejora en mayor o menor grado, y, frecuentemente, continúan viviendo por muchos años, a pesar de su imperfección residual.

La enfermedad vascular cerebral es la causa más común por la aparición de estas secuelas, sin embargo, cabe señalar que existe otra

entidad nosológica que como secuela produce de igual forma el síndrome hemipléjico, esta es el traumatismo craneoencefálico, el cual generalmente es secundario a un evento traumático, donde las estructuras cerebrales se ven involucradas como una solución de continuidad al estímulo; el grado de daño depende de la intensidad y tipo de trauma.

Es más evidente en individuos jóvenes, pues su factor causal esta estrechamente ligado a accidentes automovilísticos, en motocicletas, hípicas, entre otros. Lo anterior denota que si bien la hemiplejía se liga a accidente vascular, el cual por incidencia ocurre más frecuentemente en sujetos afeos, el traumatismo craneoencefálico ocurre por incidencia en sujetos jóvenes, lo que aumenta la población que es susceptible de sufrir síndrome hemipléjico, en consecuencia su importancia se encuentra cada vez más, ocupando los primeros lugares de preocupación de profesionales involucrados en el área de salud.

La hemiplejía es así, un complejo sintomático producido por una lesión del cerebro que conduce a parálisis de un lado del cuerpo contralateral a la lesión.

Definición de Hemiplejía

Debe definirse la hemiplejía como la pérdida en una mitad del cuerpo, de la facultad para realizar los movimientos dominados principalmente por la acción de la voluntad.

No se debe identificar la hemiplejía como la parálisis de los movimientos de un hemicuerpo, sino que se trata propiamente de una perturbación funcional, concretamente de la función que originada por la voluntad, rige los movimientos del hemicuerpo correspondiente.

Fisiopatogenia

Cuando se daña el sistema nervioso central por un trastorno vascular, se pierde el control de los centros superiores encargados de los patrones de funcionamiento más complejos, así como la facilidad para inhibir los movimientos pasivos generales.

En el síndrome hemipléjico, existe una desorganización entre las interrelaciones de las diferentes áreas del cerebro, así como una muerte neuronal de áreas específicas que impiden una interacción funcional de estímulos afrentes y eferentes, esto ocasiona un déficit en las de ejecución adecuada y coordinada de un movimiento deseado.

El ataque de hemiplejía se presenta con un dolor repentino e indescriptible y su desaparición se produce con lentitud, mientras que el paciente empieza a encontrarse con sus defectos como secuelas a largo plazo.

Etiología

Primordialmente encuentra su origen como secuela básicamente de :

Enfermedad Vascular Cerebral

Traumatismo craneoencefálico

Parálisis Cerebral

El gran impacto que logra la Enfermedad Vascular Cerebral al traducirse en una secuela de gran magnitud conformando el Sx Hemipléjico, obliga la atención del personal de salud para su mejoramiento.

La visión presentada en este capítulo, contribuye en gran medida a sustentar la inquietud que originó este trabajo, a la vez que introduce a la comprensión de los demás capítulos, a continuación presentados.

CAPITULO 3
GENERALIDADES ACERCA DEL TEST DE LA FIGURA
HUMANA CREADO POR KAREN MACHOVER

HISTORIA DEL ORIGEN DEL TEST DE LA FIGURA HUMANA

Se inicia con la investigación y perfección de la técnica del dibujo como instrumento clínico para el análisis de la personalidad, sin mantener hipótesis teórica, más bien, el principio tentativo del análisis tuvo crecimiento empírico.

En el curso y la práctica de la aplicación del Test de Goodenough (dibujo de un hombre), a través del cual se obtenía el nivel de coeficiente intelectual; se observó con el estudio minucioso de los dibujos individuales, que se obtenía material clínico sin relación al nivel intelectual del individuo; es decir, sujetos que alcanzaban del mismo puntaje de edad mental, creaban dibujos extremadamente diferentes y únicos.

El valor clínico que se atribuyó a la comunicación gráfica de los dibujos de figuras humanas, hicieron que estos fuesen incorporados a procedimientos clínicos y difundido a sujetos de todas las edades.

La dirección hacia la creación del Test de Karen Machover se hizo más fuerte al deducir que los patrones verbales son simbólicos, más sujetos a manipulación conciente a diferencia de las pruebas de proyección gráfica.

El refinamiento, la validación y la corrección de estos supuestos, han estado desde entonces a la fecha en constante progreso.

A partir de lo anteriormente expuesto, surge el dibujo de la figura humana creado por Karen Machover como otro método proyectivo para el estudio de la personalidad.

Características de la prueba

Es un test de personalidad, dado que explora aspectos intelectuales de la misma, es decir, aspectos conativos y afectivos.

De acuerdo a sus características exteriores, es una prueba de personalidad proyectiva, ya que pone al sujeto ante una situación, a la cual contestará según el sentido que para él representa esa situación y según lo que sienta mientras contesta, evoca del sujeto lo que es, la expresión de su mundo personal y los procesos de su personalidad; el estímulo que emplea puede dar lugar a un sinúmero de respuestas posibles.

Dentro de la clasificación de pruebas proyectivas, se enmarca como un método de creación artística, ya que el sujeto debe dibujar.

Por sus características exteriores, es una prueba de lápiz y papel, ya que el sujeto contestará gráficamente al estímulo, por su administración puede ser individual o colectivo y por su función es de rendimiento típico, ya que explora aspectos afectivos de la personalidad.

PROYECCIÓN

No se puede pensar que el desarrollo de la personalidad sea un patrón estático, sino contrariamente es dinámico y multidimensional.

Los métodos proyectivos constantemente ponen al descubierto patrones inconscientes de expresión propia, los cuales no podrían manifestarse tan directamente a través de otro método.

Es así, como se puede afirmar que toda actividad creadora lleva el inicio específico de una combinación de factores culturales, de conflicto, necesidades y aspectos trascendentales de la personalidad, el dibujo de la figura humana, indica una íntima unión entre la figura realizada y la personalidad del individuo.

Es necesario señalar, que el entrenamiento artístico no enmascara ni cubre los aspectos caracteriológicos, sino que se combina con ellos.

Al realizar el dibujo de una persona, aparece un proceso de selección que se mezcla con la identificación a través de la proyección e introyección. El cuerpo o el propio Yo, es un punto íntimo de referencia en cualquier actividad. La producción de un dibujo, plasma la experiencia total del individuo, un patrón único de movimiento e idea, su significación se encuentra en relación a la personalidad, basándose en procesos de selección combinados con una organización dinámica de la representación mental de lo percibido.

Es así como los rasgos pictóricos particulares son estudiados hasta alcanzar un significado específicos y para conocer los grupos en los cuales ocurren más frecuentemente.

EQUIPO BÁSICO

Lápiz blando con goma, hojas de papel blanco tamaño carta (21 cm. por 28 cm, aproximadamente), escritorio, mesa o aditamento especial de superficie lisa e iluminación suficiente.

El sujeto se debe localizar en un lugar cómodo y ventilado con espacio suficiente para brazos y piernas, y en los casos que así se requiera para aditamentos especiales.

APLICACIÓN

Una vez establecido el rapport, se proporciona al individuo una hoja blanca tamaño carta y un lápiz blando con goma de borrar, se expresa la consigna: "Por favor dibuje una figura humana completa"; esto puede originar una gran cantidad de preguntas, así como protestas de examinado en referencia a su ineptitud artística, que sexo debe dibujar etc; sin embargo, el examinador debe limitarse a comentarios muy generales sin dar ninguna otra consigna específica.

Una vez que el primer dibujo se completó, se le proporciona otra hoja de las mismas características que la inicial expresándose como segunda consigna: "Por favor ahora dibuje otra figura humana completa pero del sexo contrario a la anterior", de nuevo se aclaran las dudas que pudiesen surgir ante esta segunda instrucción.

Cuando este concluido el segundo dibujo se le darán las gracias al sujeto por su colaboración.

La conducta preliminar al realizar el dibujo, la que se produce durante la realización, y la posterior a esta así como cualquier dato relevante se anotan en una hoja aparte, lo mismo debe ocurrir con la ficha de identificación.

El tiempo aproximado de ejecuciones es de 10 a 20 minutos en promedio.

ESTUDIOS PRELIMINARES DE ESQUEMA CORPORAL EN SUJETO CON ALTERACIONES CORPORALES

El dibujo de la figura humana debe ser entendido como una expresión del estado de ánimo y de las tensiones emocionales, siendo así un buen medio para la proyección individual de los problemas personales y del modo o tipo de la experiencia organizativa de cada cual, según lo refleje en el esquema corporal dibujado.

Rodríguez Islas (1994), menciona que el esquema corporal se refiere a la intuición global y conocimiento que la persona tiene de su cuerpo, tanto en estado de reposo como en estado de movimiento, en función de la interrelación de sus partes y sobre todo de su relación con el espacio y los objetos que le rodean.

La noción de esquema corporal, está relacionada con factores que intervienen con la actividad motriz, tales como referencias posturales, imagen espacial del cuerpo (como oposición a la imagen del cuerpo de otros, o algún tipo de impedimento físico).

El esquema corporal, tiene una resultante intrapsíquica de la realidad del sujeto; de la representación mental que el sujeto tiene de su propio cuerpo, como consecuencia de sus experiencias en su continua evolución, lo anterior es señalado por Arminda Aberastury (1982).

Frostig (1970), menciona que el esquema corporal regula la posición de los músculos y las partes del cuerpo en relación con otras partes y que en cualquier momento puede variar según la posición del cuerpo. Así mismo, esta autora hace diferenciación entre lo que es esquema corporal e imagen corporal; señalando a la segunda como la derivación de sensaciones propioceptivas e interoceptivas así como la impresión continua que una persona tiene acerca de sí mismo.

Cada individuo posee dentro de su aparato psíquico una imagen de sí mismo, una imagen acerca del tipo de persona que cada uno es, la cual posee una estructura psíquica profundamente inconsciente; tal imagen se basa en convenciones, sensaciones y estructuras corporales, así como

en la traslación simbólica de actitudes en características corporales.
(Schilder, 1935)

Se puede deducir entonces, que cualquier tipo de alteración corporal evidente o no se va a ver reflejada dentro del dibujo de la figura humana; algún tipo diferencial dado a cualquier área se puede considerar como índice de posible conflicto en dicha área; por ejemplo, Portuondo (1990) escribe que las áreas de conflicto suelen destacarse por un cambio brusco de la línea. A continuación se ilustran más estudios hechos ya al respecto.

Karen Machover (1949) refiere el estudio de veinte casos ortopédicos para la posible proyección de trastornos de la imagen del cuerpo. Los resultados preliminares arrojaron que la proyección varió de acuerdo con la personalidad básica del individuo afligido, el grado de incapacidad y la duración de la enfermedad, más, en la mayoría de los casos, se hicieron importantes rasgos gráficamente explícitos, de la reacción del sujeto a la enfermedad.

Posterior a este estudio, realizó otro con perturbados sensoriales, específicamente sordos, así como con sujetos con residuos poliomiélicos; en el curso de la experiencia clínica, esta autora observó que los sujetos con

experiencias auditivas anormales o perturbadoras, daban frecuentemente especial atención gráfica a la oreja, por el otro lado, en los sujetos con residuos poliomiélicos, encontró que aquellos cuya alteración era escasamente perceptible y funcionalmente adecuada se daba un ligero reforzamiento de la línea en el tobillo del lado afectado.

Kooppitz (1949) en su estudio con niños, también revisó abordajes dirigidos hacia preocupaciones por el aspecto físico, señala que la atención infantil es atraída por algún rasgo inusual de su apariencia, puede que el niño este muy preocupado por él y desarrolle ansiedades y neurosis, especialmente si se le hace bromas al respecto; concluyó que en el niño, el dibujo de la figura humana, es una buena ilustración de como un niño dibuja sus sentimientos para consigo y no un retrato de su yo físico.

En otro estudio hecho por Sidney Levy (1964) en pacientes que durante la segunda guerra mundial se les habían amputado las piernas, observó que con frecuencia omitían la parte inferior del cuerpo; así mismo, señala que tanto los que tenían partes borradas, sombreadas o remarcadas, lo mismo que las distorsiones y omisiones se vinculaban con el área conflictiva.

Machover (1949), acepta la hipótesis de los dibujos de la figura humana plasman una imagen corporal; llega a la conclusión de que una persona con una incapacidad específica o deterioro corporal, los reflejará en su dibujo de la figura humana.

Centers y Centers (1963), pensaron que los niños con impedimentos físicos que mostraban distorsión corporal o signos conflictivos en sus dibujos de figura humana, negaban su problema, o bien dibujaban una imagen deseada.

Cabe remarcar que las autoras sostienen que los dibujos de la figura humana reflejan la actitud del niño hacia sí mismo y hacia su cuerpo; por lo tanto, el dibujo no necesita guardar parecido con la apariencia real del niño.

La mayoría de los sujetos ponen poca atención al modelo gráfico mientras producen asociaciones a una figura dibujada; rápidamente se deslizan dentro de sus propios defectos compensaciones y ansiosos pensamientos.

Los individuos que por causa de enfermedades físicas se encuentran limitados en sus movimientos y contactos con el mundo exterior y se hallan atados a las percepciones y sensaciones derivadas de sus

propios cuerpos, pueden proyectar una expresión elaborada de la actividad de su fantasía interior; o careciendo de esas compensaciones activas de sus fantasías, pueden dibujar una figura vacía, vegetativa y regresiva y algunas veces hasta tonta, reduciendo la imagen de la personalidad a lo más crudo y esencial.

Al ser la amputación tanto como la hemiplejía, entidades de gran impacto biopsicosocial, no es extraño vincularlas con una distorsión del esquema corporal, el grado de la cual tratará de determinarse en el presente trabajo, a través de la recopilación de los datos arrojados.

Hablar de amputación y hemiplejía es entrañar imperativamente una distorsión e incapacidad física, siendo las áreas físicamente más afectadas las extremidades, tanto superiores como inferiores, expuesto todo lo anterior se hace una revisión general de las significaciones que el sujeto puede atribuirle a estas alteraciones.

BRAZOS Y MANOS .- Funcionalmente se relacionan con el Yo y la adaptación social; ya que con ellas se come, se toca, acaricia, lastima, agrede, etc.

Las manos es el rasgo más comúnmente omitido seguido de las pies en personas consideradas como físicamente aptas. (Portuondo, 1979)

Es imperativo señalar que los dedos de las manos no son menos importantes pues son funcionalmente los puntos de mayor contacto.

PIES Y PIERNAS.- El sujeto físicamente imposibilitado comparado con el que se halla obligado a guardar cama por tiempo prolongado, deprimido; pueden mostrar resistencia a dibujar los pies o aún las piernas o toda la extremidad.

En los dibujos con trastornos en el desarrollo o individuos en edad senil, se observa cuerpos grandes con piernas pequeñas, consumidas, delgadas, temblorosas, como expresión de un sentimiento de declinación o deficiencia.

Al pie, frecuentemente se le halla referido a la seguridad personal (permite el desplazamiento dentro del medio ambiente), por lo que su omisión o trato gráfico especial no es infrecuente.

La visión del tamaño de la figura no debe perderse; el dibujar un hombre tan pequeño como cacahuete, equivale a evadir el enfrentarse con el problema del cuerpo (sentimientos de inferioridad física). (Portuondo, 1979)

La presión, la firmeza y la solidez de la línea usada en el dibujo son más básicamente característica que algunos de los otros rasgos formales. La línea puede ser débil, indistinta o gruesa. Puede ser sólida, quebrada, fragmentada o reforzada. Puede ser fina o tener una real dimensión gruesa. La línea del contorno del cuerpo es esencialmente la pared entre el cuerpo y el medio ambiente, y a menudo refleja el grado de limitación, vulnerabilidad, sensibilidad o aislamiento del sujeto.

La pared corporal se halla fabricada dentro de una estructura sustancial, como para resguardarse de los impactos del medio ambiente y para guardar firmemente el contenido del cuerpo.

La línea confusa se presenta frecuentemente en el individuo tímido e inseguro y que se borra a si mismo.

BORRADURAS.- Son consideradas una expresión de ansiedad, más difiere del reforzamiento de la línea y del sombreado, hasta donde demuestra abierto descontento.

Las borraduras están más sujetas a control consciente que la línea de reforzamiento o expresión sombreada de conflicto. Ellas representan un intento para allerar y perfeccionar. Debe notarse que las

borraduras no se encuentran relacionadas a la dificultad objetiva de dibujar la parte en la cual ha sido borrada.

SOMBREAMIENTO.- Cualquier tipo de sombreado se considera una expresión de ansiedad. Eso se observa mayormente en sujetos quienes son inferiores ya en su status físico o de salud.

El tipo más frecuente de sombreado consiste en la luz, sombra y líneas inseguras, las cuales furtivamente acentúan partes particulares de la figura.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente y en apego a los criterios establecidos por Karen Machover, se elabora un tipo de calificación arbitraria para obtener las puntuaciones necesarias, con la finalidad de llevar a cabo el presente estudio.

Así pues, se asignarán los siguientes puntajes de acuerdo a las características que a continuación se especifican:

1 punto.- si el o los segmentos corporales afectados, así como los segmentos corporales no afectados se encuentran presentes en la proyección de los dibujos.

2 puntos.- si el o los segmentos corporales afectados, así como los segmentos corporales no afectados se encuentran ausentes en la proyección de los dibujos.

3 puntos .- si el o los segmentos corporales afectados así como los no afectados se encuentran manejados con algún tipo de tratamiento especial (sombreado, reforzado, línea discontinua etc.) en la proyección de los dibujos.

Obteniendo dos puntajes por cada dibujo proyectado:

Dib. I .- Valora la presencia, ausencia o manejo especial de el o los segmentos corporales afectados en la proyección del primer dibujo.

Dib. I' .- Valora la presencia, ausencia o manejo especial de los segmentos no afectados en la proyección del primer dibujo.

Dib. II .- Valora la presencia ,ausencia o tratamiento especial de el o los segmentos corporales afectados en la proyección del segundo dibujo.

Dib II' .- Valora la presencia, ausencia o tratamiento especial de los segmentos corporales no afectados en la proyección del segundo dibujo.

Los criterios anteriormente expuestos tienen valor tanto para el grupo de amputados como para el grupo de hemipléjicos.

CAPITULO 4

ATENCIÓN DEL PACIENTE AMPUTADO Y HEMIPLEJICO

Es de esperarse que toda alteración corporal, concretamente para este estudio de amputación y hemiplejía, se vean reflejados, omitidos o tratados de manera especial en el dibujo de la figura humana, lo que concretamente se comprobará en el apartado experimental de este trabajo.

Tanto la amputación como el síndrome hemipléjico, son dos entidades con un efecto potencialmente devastador sobre la vida de cualquier individuo, quien no solo ha de enfrentarse a grandes carencias físicas y cognitivas, si no que tendrá también que luchar contra muchas carencias psicosociales.

La escala de reacciones entre estas dos entidades nosológicas, abarca una amplia gama, ya que la falta física o motora de uno o varios miembros, representa la pérdida del cuerpo normal y perfecto al cual todo individuo se considera con derecho.

Este déficit físico o motor, entraña una respuesta emocional específica, la cual estará determinada por las características de personalidad del paciente previas al evento, sin embargo, también se

pueden relacionar con la etiología de su alteración; así por ejemplo, existirá una diferencia entre el paciente que sufre una amputación traumática en relación al que sufre una amputación programada; o el paciente que se hace acreedor a un síndrome hemipléjico como consecuencia de una alteración crónica, con el que conforma un síndrome hemipléjico de manera súbita.

Estas diferencias, podrían encontrar sustento en el hecho de que en un padecimiento crónico, ya se ha tenido la necesidad de responder a la pérdida de un cuerpo perfecto, y la necesidad de la amputación o el riesgo de conformar un síndrome hemipléjico, pueden ser considerados como una aproximación a la muerte que la ciencia médica no puede mantener alejada ya.

Esto representa en el paciente una ruptura de todos sus esquemas (biopsicosociales), así como el reconocimiento de que todos los demás tratamientos han fallado y de lo que se impone es un procedimiento resultado de una solución de continuidad, y son de alguna manera estos acontecimientos los que han forzado a integrar un sentimiento de diferencia en su autoimagen.

En el evento repentino e inesperado, el paciente regularmente no ha tenido que acercarse a la atención médica lo que le sucede es algo que

ni siquiera estaba integrado en su mente salvo como una posibilidad remota; lo que alejaba la probabilidad de propiciar un periodo de preparación física y mental para tal evento.

Si las necesidades emocionales, que experimenta cada persona, pasan a formar parte del plan y filosofía del tratamiento, el resultado total del servicio se beneficiará haciéndose más terapéutico y educativo.

La atención integral del paciente es multifactorial, precisando la participación multidisciplinaria del personal de salud, de la familia, de amigos y demás personas significativas para el paciente.

El paciente de manera ideal, requiere que el personal de salud este conformado por especialistas éticos, y profesionales que atiendan cada una de las áreas que le exigen un reclamo, se habla en cierta medida de la participación de médicos especialistas, médicos generales, enfermeras, terapistas físicos, ocupacionales, de lenguaje, ortesistas protesistas, trabajadores sociales, técnicos radiólogos, camilleros, y por supuesto la participación del psicólogo clínico y del psiquiatra en caso necesario.

Sin embargo, la participación integral que se precisa para contribuir al bienestar del paciente, no suele estar disponible en la mayoría de los centros hospitalarios y terapéuticos en nuestro país, probablemente

debido a la crisis económica por la que actualmente cursa el mismo, no hay quien patrocine o sufrague el costo o ambas cosas sin dejar de mencionar que aún dentro de los profesionales de salud no llega en ocasiones a existir la conciencia del trabajo multidisciplinario, mucho más aun entre los pacientes y sus familiares.

Este equipo de profesionales ha de participar con el paciente en las diferentes etapas del curso de su alteración; hablando del periodo agudo, (presentación del evento), y del crónico (proceso de rehabilitación).

La etiología del padecimiento, va a estar relacionada con el lugar en turno de participación de cada especialista, en las amputaciones programadas, o en el paciente donde el riesgo de conformar el síndrome hemipléjico es bastante elevado, existe una enfermedad previa que ha exigido ya anteriormente la participación de un médico especialista, y probablemente de alguna persona que asista en la realización de sus actividades de la vida diaria, siendo probable que ya tenga cierto conocimiento acerca de su padecimiento y los riesgos implícitos, o en algún momento pudo haber recibido cierta información terapéutica acerca del tema.

En pocas ocasiones, se precisa la ayuda del psicólogo clínico, como preparador al evento, siendo que el psicólogo clínico puede llevar a cabo una serie de evaluaciones y no solo observaciones entre otras muchas técnicas por medio de entrevistas con el paciente y con miembros importantes de su familia, averiguar en que forma ha hecho frente a sus dolencias, especialmente a las crónicas, lo que es un indicador de como afrontará el evento, su capacidad o incapacidad para controlar los signos y síntomas de la enfermedad. Si ha empleado gran parte del día para controlar sus dolencias, puede que la enfermedad se haya impuesto a su vida, cuanto más tiempo se dedique a la enfermedad, puede que exista un cierto resentimiento hacia ésta y por lo tanto no acepte los procedimientos subsecuentes; cuanto más capaz sea de integrar en sus costumbres vitales un comportamiento controlador de la enfermedad, mayor será el grado de aceptación.

Una vez que se ha producido el evento sea cual fuere su etiología, para el paciente lesionado resulta imprescindible proporcionar un ambiente que aporte seguridad, donde exista comodidad física, y emocional, aliento para explorar los alrededores, y recibir un alivio en relación con las ansiedades, temores y presiones tanto internos como externos.

El cuestionamiento de este punto es quien o quienes serán o deben de ser los proveedores de tal atmósfera, la respuesta incluye al personal de salud, quienes estarán en íntimo contacto con el paciente sin olvidar y menospreciar a la familia y amigos cercanos, sin embargo, no todos los pacientes amputados o hemiplejicos cuentan con familiares o amigos pero si necesariamente deben estar en contacto con personal sanitario, el cual en su funcionamiento ético, esta obligado a proporcionar confort al paciente en todo momento.

La modificación corporal hace surgir en el paciente entre otras muchas cuestiones, la duda del procedimiento que dio origen a tal cambio, ante lo cual se precisa la explicación médica que por lo general debe correr a cargo del médico responsable y la cual no debe dejar duda alguna en el paciente, en algunos centros hospitalarios, además del médico, se han capacitado a diversos profesionistas tales como trabajadores sociales, que intentarán con un lenguaje más accesible y apoyados en otros medios didácticos como cartelones o láminas ilustrativas para explicar al paciente tal procedimiento.

La participación del Psicólogo Clínico es también importante en esta etapa, pues debe funcionar como un orientador y evaluador de las reacciones del paciente y su familia.

El terapeuta físico y ocupacional deben intervenir desde este momento para la evaluación integral del paciente que les corresponde, implementando desde este momento un plan de ejercicios terapéuticos que prepararán al paciente para etapas posteriores (reincorporación total del paciente al medio donde se desarrollaba antes del evento, con sus capacidades y a pesar de sus incapacidades, mediante el uso de sus remanentes funcionales).

El papel del enfermero es de vital importancia, pues es quien cuida del paciente gran parte del día, quien escucha sus preocupaciones y problemas y los de sus familiares y en cierto momento puede evaluar o sugerir las pautas de participación de los diversos profesionistas en el transcurso del tratamiento.

La ayuda del ortesista contribuirá a readaptar al paciente en la posibilidad mayor a sus actividades de manera independiente, proporcionando las prótesis y órtesis que este requiera para su funcionamiento posterior, así como llevando a cabo el seguimiento del

tratamiento y haciendo los ajustes y adaptaciones necesarios a tales aparatos.

La participación del terapeuta de lenguaje no se puede dejar a un lado, pues el lenguaje también se ve comprometido, principalmente en el síndrome hemipléjico.

Trabajadores sociales, participan de manera activa, al evaluar las posibilidades socioeconómicas del paciente, y de esta manera canalizarlo a los centros que más les convengan o en su defecto ayudando a conseguir los elementos que este requiera para su tratamiento total.

La orientación a los familiares es importante, principalmente, por que son seres significativos para el paciente y también por que el hecho de ver a una persona querida pasando por una experiencia de este tipo, hace que se generen en ellos una gran variedad de sentimientos e interrogantes.

Durante las fases iniciales de los cuidados, suele ser poco apropiado pedir a los familiares que realicen tareas susceptibles de causar dolor, tales como cambiar de ropa al lesionado, es mejor pedirles su apoyo emocional con el enfermo, es necesario restablecer y reforzar entre ambas partes, el paciente y su familia, la sensación de confianza y cariño, en vez de causar mayor tensión, haciendo que el paciente reciba dolor por parte de

su familia. Al abandonar el hospital, los cuidados físicos deberán de continuar, siendo este el momento en que la familia debe hacerse cargo de los mismos con previa instrucción del personal capacitado, de este modo el paciente puede ver en su familia unos colaboradores.

La orientación que reciban los familiares, debe abarcar todo aspecto centrándose en indicaciones prácticas sobre trato y disciplina.

Los miembros de la familia también se ven afectados, de forma variable entre ellos y en relación al paciente por lo que hay que proporcionarles una atención adecuada en base a su edad, es preciso describirles que es lo que van a ver, vendajes, entubaciones, maquinas, etc., instruir que parte de su paciente podrán tocar sin causarle dolor, hay que permitir el llanto de algún (os) miembros (s) de la familia, la idea de comportarse como un valiente ante su familiar lesionado, con frecuencia es muy estresante y perjudicial para la salud mental.

El cambio en la organización familiar puede exigir una variación total de las responsabilidades en especial cuando el paciente es alguno de los progenitores, pues las cargas tanto económicas como emocionales pueden ser pesadas y con frecuencia se suman a la pérdida de autoestima en el paciente, al grado de llegarse a considerar "cargas" para su familia.

El cónyuge, experimenta también una serie de pérdidas y ajustes incluida la ansiedad que le produce el cuerpo cambiado de su cónyuge lo que repercute también en el área sexual, teniendo que participar el especialista en el esclarecimiento de tal tema.

La atención integral de este tipo de paciente, por lo común no se lleva a cabo, dado principalmente el costo tan elevado que esta entraña.

En la etapa de ayuda, el aspecto principal por lo común es salvar la vida del paciente y si esto se logra se pasa por alto la rehabilitación que es la reintegración del paciente al mundo que le rodea. Las causas principales son muchas y pueden ir desde la ignorancia del personal de salud hasta el déficit económico del paciente.

Otro problema es que rara vez se encuentra un hospital que proporcione todos los servicios y al ir derivando al paciente a diversos hospitales para atenciones específicas se pierde el seguimiento.

Son pocas las instituciones gubernamentales especializadas y la demanda de pacientes muy elevada, por lo que el conseguir una cita no asegura ser lo antes posible en tiempo, y es que los recursos humanos y materiales no son suficientes dada la crisis económica del país.

Lo anterior en ocasiones precisa al paciente a buscar ayuda privada (lo que no sucede en todos los casos), siendo esta de costo bastante elevado teniendo el paciente en la mayoría de los casos, hacer uso hasta de sus recursos patrimoniales.

La optimización de los Servicios de Salud, va de la mano con el desarrollo del país, dada la necesidad del presupuesto económico que ello implica; sin embargo se pueden encontrar también profesionistas convencidos de su trabajo y vocación que ayuden cada vez más a sacar adelante al elemento más importante sobre la tierra: el mismo hombre.

CAPITULO 5

METODOLOGIA

PROBLEMA

La representación del esquema corporal, ha de verse muy probablemente modificada después de una afección corporal sucedida, sobre todo si esta es de gran impacto físico, como lo es en el caso de la amputación y la hemiplejía; estas dos entidades tienen en común la pérdida de función, sin embargo, a la amputación se le anexa la pérdida visible de él o los segmentos corporales que hayan sido resecaos mientras que la hemiplejía, los segmentos corporales siguen estando presentes, aunque sea nula su actividad motora y sensorial; lo que conduce a la siguiente interrogante:

¿ DIFIERE ES ESQUEMA CORPORAL DEL AMPUTADO Y DEL HEMIPLEJICO EN RELACIÓN A LA EFECION SUCEDIDA?

HIPOTESIS

HI (HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN)

El esquema corporal del amputado y del hemipléjico difiere en relación a la afección corporal sucedida.

Ho (HIPOTESIS NULA)

El esquema corporal del amputado y del hemipléjico no difiere en relación a la afectación corporal sucedida.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE (VI)

- Amputación .- proceso que elimina una parte de uno o más huesos incluyendo la desarticulación.

- Hemiplejía .- parálisis caracterizada por la pérdida de control en brazo, pierna y en ocasiones cara de un lado del cuerpo, frecuentemente como resultado de accidente vascular cerebral o traumatismo que origine lesión neuronal.

VARIABLE DEPENDIENTE (VD)

Esquema corporal medido a través de la prueba de Karen Machover.

- Esquema corporal.- esta denominación designa la representación que cada uno hace de su cuerpo, sirviéndole de referencia en el espacio. Basado en datos sensoriales múltiples, propioceptivos y exteroceptivos.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio comparativo entre un grupo de sujetos amputados y un grupo de sujetos hemiplejicos que cumplan los criterios de inclusión.

MUESTRA

Un total de cien pacientes, de los cuales cincuenta fueron amputados y cincuenta hemiplejicos, quienes cubrieron los siguientes criterios de inclusión:

Edad : entre veinte y sesenta y cinco años.

Sexo : indistinto

Nivel socioeconómico : indistinto

Edo. Civil : indistinto

Etiología : indiferente, excluyendo congénitos

Tiempo de evolución : entre seis y dieciocho meses

Tipo de amputación: indistinto

Nivel de amputación : indiferente

No. de segmentos amputados : indiferente

Lado hemipléjico : indistinto

Tipo de Sinergia : indiferente

Criterios de exclusión :

Amputaciones congénitas

Uso de prótesis

Más de dieciocho meses de evolución.

INSTRUMENTO

Test de la Figura Humana de Karen Machover, asignándosele una calificación arbitraria:

1 Punto : miembro afectado (s) presente (s)

2 Puntos: miembro (s) afectado (s) ausente

3 Puntos : miembro (s) afectado (s) manejados con algún tipo de tratamiento especial.

PROCEDIMIENTO

Una vez obtenida la autorización de los directivos de las diversas Instituciones donde se llevó a cabo este estudio, se procedió al contacto con

los sujetos que hubiesen cubierto los criterios de inclusión, informándoseles en que consiste y cual es la finalidad de la presente investigación, habiendo solicitado previamente su consentimiento para llevar a cabo el procedimiento, el cual consistió en :

Número de sesiones : una

Tiempo de aplicación : veinte minutos (tiempo standar)

Tipo de aplicación : individual

Tipo de prueba : proyectiva

Escenario :

Lugar cómodo, bien ventilado e iluminado, proporcionándole al sujeto los recursos materiales necesarios incluyendo el uso de adaptaciones.

Material : hojas blancas tamaño carta, lápiz suave, goma, escritorio o mesa adaptada

Consigna : "Dibuje una figura humana completa", una vez terminada la primera figura se le pidió que realizará una segunda del sexo contrario a la primera.

CAPITULO 6

RESULTADOS

Tabla de datos generales y puntajes obtenidos por el grupo de amputados y por el grupo de hemiplejicos de acuerdo a la clasificación de sus respectivos dibujos. (Ver anexo en tablas)

ANALISIS ESTADISTICO

La presente investigación , contó con una muestra total de cien sujetos, divididos en un grupo de amputados conformado por cincuenta sujetos y un grupo de hemiplejicos conformado por cincuenta sujetos; lo cual representa una muestra pequeña y homogénea, entre el grupo de amputados y el de hemiplejicos se hace un estudio comparativo, y dado que no se conoce la varianza poblacional, se decide utilizar la prueba de "T de Student", ocupando la siguiente fórmula:

$$X1 - X2$$

$$T = \frac{X1 - X2}{\sqrt{\left(\frac{(n1-1) S1^2 + (n2-1) S2^2}{N1 + N2 - 2} \right) \left(\frac{1}{N1} + \frac{1}{N2} \right)}}$$

Trabajándose con las siguientes hipótesis:

HIPOTESIS NULA (H_0)

$$H_0 : X_1 = X_2$$

El esquema corporal del amputado y del hemipléjico no difiere en relación a la afectación corporal sucedida

HIPOTESIS ALTERNA O DE INVESTIGACIÓN (H_1)

$$H_1 = X_1 \neq X_2$$

El esquema corporal del amputado y del hemipléjico difiere en relación a la afectación corporal sucedida.

ANALISIS DE RESULTADOS

Para el presente trabajo se identifican los siguientes términos como a continuación se especifica:

Dib I AMPUTADOS

Valora la representación o ausencia de él o los segmentos corporales afectados en la proyección del primer dibujo.

Dib I' AMPUTADOS

Valora la representación o ausencia de los segmentos corporales no afectados en la proyección del primer dibujo.

Dib II AMPUTADOS

Valora la representación o ausencia de él o los segmentos corporales afectados en la proyección del segundo dibujo.

Dib II' AMPUTADOS

Valora la representación de los segmentos corporales no afectados en la proyección del segundo dibujo.

Dib I HEMIPLEJICOS

Valora la representación o ausencia de los segmentos corporales afectados en la proyección del primer dibujo.

Dib I' HEMIPLEJICOS

Valora la representación o ausencia de los segmentos corporales no afectados en la proyección del primer dibujo.

Dib II HEMIPLEJICOS

Valora la representación o ausencia de los segmentos corporales afectados en la proyección del segundo dibujo.

Dib II' HEMIPLEJICOS

Valora la representación o ausencia de los segmentos corporales no afectados en la proyección del segundo dibujo.

AMPUTADOS**A) DIBUJO I Y I'**

Se rechaza H_0 , por lo tanto se acepta H_1 , lo que significa que si hay diferencias entre la representación de el o los segmentos corporales afectados y los segmentos corporales no afectados.

B) DIBUJOS II Y II'

Se rechaza H_0 , por lo tanto se acepta H_1 , lo que significa que si hay diferencia entre la representación de el o los segmentos corporales afectados y los segmentos corporales no afectados.

C) DIBUJO I Y II

Se acepta H_0 , por lo tanto se rechaza H_1 , lo que significa que no hay diferencia entre la representación de el o los segmentos corporales afectados.

D) DIBUJO I' Y II'

Se acepta H_0 , por lo tanto se rechaza H_1 , lo que significa que no hay diferencia entre la representación de los segmentos no afectados.

E) DIBUJO I Y II'

Se rechaza H_0 , por lo tanto se acepta H_1 , lo que significa que si hay diferencia entre la representación de el o los segmentos afectados y los segmentos corporales no afectados.

F) DIBUJO I' Y II

Se acepta H_0 , por lo tanto se rechaza H_1 , lo que significa que no hay diferencias entre la representación de el o los segmentos corporales no afectados y los segmentos corporales afectados.

HEMIPLEJICOS**A) DIBUJO I Y I'**

Se acepta H_0 , por lo tanto se rechaza H_1 , lo que significa que si hay diferencia entre la representación de los segmentos corporales afectados y los segmentos corporales no afectados.

B) DIBUJO II Y II'

Se rechaza H_0 , por lo tanto se acepta H_1 , lo que significa que si hay diferencia entre la representación de los segmentos corporales afectados y los segmentos corporales no afectados.

C) DIBUJO I Y II

Se acepta H_0 , por lo tanto se rechaza H_1 , lo que significa que no hay diferencia entre la representación de los segmentos corporales afectados.

D) DIBUJO I'Y II'

Se acepta H_0 , por lo tanto se rechaza H_1 , lo que significa que no hay diferencia entre la representación de los segmentos corporales no afectados.

E) DIBUJO I Y II'

Se rechaza Ho, por lo tanto se acepta HI, lo que significa que si hay diferencias entre la representación de los segmentos corporales afectados y los segmentos corporales no afectados.

F) DIBUJO I' Y II

Se acepta Ho, por lo tanto se rechaza HI, lo que significa que no hay diferencia entre la representación de los segmentos corporales no afectados y los segmentos corporales afectados.

AMPUTADOS Y HEMIPLEJICOS**A) DIBUJO IA Y IH**

Se acepta Ho, por lo tanto se rechaza HI, lo que significa que no hay diferencia entre la representación de los segmentos corporales afectados entre amputados y hemiplejicos.

B) DIBUJO I'A Y I'H

Se rechaza Ho, por lo tanto se acepta HI, lo que significa que si hay diferencias entre la representación de los segmentos corporales no afectados entre amputados y hemiplejicos.

C) DIBUJO IIA Y IIH

Se acepta H_0 , por lo tanto se rechaza H_1 , lo que significa que no hay diferencias en la representación de los segmentos corporales afectados entre amputados y hemiplejicos.

D) DIBUJO II'A Y II'H

Se acepta H_0 , por lo tanto se rechaza H_1 , lo que significa que no hay diferencias entre la representación de los segmentos no afectados entre amputados y hemiplejicos.

E) DIBUJO IA Y I'H

Se rechaza H_0 , por lo tanto se acepta H_1 , lo que significa que si hay diferencias en la representación de el o los segmentos corporales afectados en amputados y los segmentos corporales no afectados en hemiplejicos.

F) DIBUJO IA Y IIH

Se rechaza H_0 , por lo tanto se acepta H_1 , lo que significa que si hay diferencia en la representación de los segmentos corporales afectados entre amputados y hemiplejicos.

G) DIBUJO I'A Y II'H

Se rechaza Ho, por lo tanto se acepta HI, lo que significa que si hay diferencia entre la representación de los segmentos corporales no afectados entre amputados y hemiplejicos.

H) DIBUJO I'A Y III'H

Se acepta Ho, por lo tanto se rechaza HI, lo que significa que no hay diferencias entre la representación de los segmentos corporales no afectados de amputados y los segmentos corporales afectados de hemiplejicos.

I) DIBUJO I'A Y II'H

Se acepta Ho, por lo tanto se rechaza HI, lo que significa que no hay diferencias entre la representación de los segmentos corporales no afectados en amputados y hemiplejicos.

J) DIBUJO IIA Y II'H

Se rechaza Ho, por lo tanto se acepta HI, lo que significa que si hay diferencias entre la representación de el o los segmentos corporales afectados en amputados y los segmentos corporales no afectados en hemiplejicos.

AMPUTACION NOMBRE	EDAD	SEXO	SEG. AFEC.	ETIOLOGIA	DIB. I		DIB. II		DIB. II'		DIB. II''	
					SEG. AFEC.	SEG. AFEC.	SEG. AFEC.	SEG. AFEC.	SEG. CORPN AFECTADO	SEG. CORPN AFECTADO	SEG. CORP. NO AFECTADO	SEG. CORP. NO AFECTADO
1.- Martha García A.	32	F	MPDX rod	Fibrosar.	3				1		1	1
2.- Pedro García	49	M	MIDX rod	Necrobio.	3				3		3	3
3.- Roman A. M.	41	M	MIDX rod	Traumático	2				1		2	3
4.- Fernando Mitz.	38	M	MIDX rod	Traumático	2				3		2	3
5.- Arturo Mendoza R.	48	M	MPIX rod	Traumático	3				1		3	3
6.- Agustín del Río G.	65	M	MPIX rod	Traumático	1				3		3	1
7.- Gracelda Rios.	34	F	MPIX rod	Traumático	3				1		3	3
8.- Roberto Gonzalez	64	M	MPIX rod	Necrobio.	3				3		3	3
9.- Ma. Refugio Diaz S.	62	F	MPIX rod	Necrobio.	3				3		3	3
10.- Miguel Estiava S.	63	M	MPIX rod	Necrobio.	1				1		1	1
11.- Arturo García A.	55	M	MPIX rod	Necrobio.	3				1		2	2
12.- Andres Galvez	22	M	MIS BILAR	Quemadura	3				3		3	3
13.- Arturo G. Contreras	43	M	MPI 1/3 FEM	Traumático	3				1		1	1
14.- Gustavo Cerdón L.	25	M	MPIX rod	Traumático	1				3		2	2
15.- J. Antonio G.	43	M	MPIX rod	Traumático	3				3		3	3
16.- Pedro Peñq c.	42	M	MPIX rod	Traumático	3				1		3	3
17.- Pedro Juarez	20	M	MIS BIL. 1/3 F	Traumático	3				3		3	3
18.- Alliano Vela A.	64	M	MPD 1/3 S.F.	Necrobio.	2				3		3	3
19.- Alejandra Rivera R.	30	F	MPS BILAT.	Quem. Elec.	2				3		3	1
20.- Flor Azucena S.	28	F	MSI 1/3 1/2 an.	Traumático	3				1		3	1
21.- Rossalba M.	34	F	MSI	PDF.	3				3		3	1
22.- Araceli Segura C.	31	F	MPI	Necrobio.	1				1		3	1
23.- Martha Herrera H.	25	F	MIDX rod	Traumático	3				1		3	1
24.- Hector Villafra	22	M	MISB. ROO.	Traumático	3				1		3	1
25.- Ramón S. R.	50	M	MSD ANTE.	Traumático	1				3		3	3
26.- Margarito Corona.	59	M	MSIX CODO	Traumático	3				2		3	1
27.- Pedro Corona.	63	M	1,2 FALAN.	Traumático	3				3		3	3
28.- Vicente Lopez H.	60	M	De. Man. I.	CARCINOMA	3				3		3	3
29.- Cesar Gabriel R.	28	M	DES. HOMI.	Traumático	3				3		3	2
30.- Alejandro G.	60	M	BIL. 1/3 PX.	Quemadura	1				3		3	1
31.- Jorge G.	52	M	MPI CHOP.	Gangre. gas	3				1		3	3
32.- Fob. Javier F. M.	23	M	MPD PIER.	Traumática	3				1		3	3

HEMIPLEGIA	NOMBRE	EDAD	SEXO	SEG. AFEC.	ETIOLOGIA	DIB. I	DIB. I'	DIB. II	DIB. II'
						SEG. AFEC.	SEG. CORPN AFECTADO	SEG. AFEC.	SEG. CORP. NO ECCEPTADO
	1.- Angelica Escobedo	28	F	Izq.	Eclampsia	3	1	3	1
	2.- Ana Lilia C. P.	23	F	Izq.	traumática	3	1	3	1
	3.- Efigenia Rodriguez	45	F	Izq.	TCE	3	1	3	1
	4.- Maria Hernandez	52	F	Izq.	Trombosis	1	1	3	1
	5.- Roberto Calderón U.	28	M	Izq.	TCE	3	2	3	2
	6.- Oscar Ortóñez	60	M	Izq.	HAS	1	1	1	1
	7.- Anali Tepepa C.	28	F	Izq.	Embolia	3	1	3	1
	8.- Alvaro Hernandez C	48	M	Izq.	Embolia	3	1	3	3
	9.- Genoveva Diaz P.	30	F	Izq.	Embolia	3	1	3	1
	10.- Ismael Nieto G.	20	M	Izq.	TCE	3	1	3	3
	11.- Martín Tellen.	39	M	Izq.	Tumor Intra.	3	1	3	3
	12.- Carlina Gamido R.	37	F	Der.	Trombólisis	3	1	3	3
	13.- Luis Israel Mora	25	M	Der.	Traumática	3	1	3	1
	14.- Anselmo Sanchez	62	M	Der.	TCE	3	1	3	3
	15.- Iratés López E.	36	M	Der.	Hipoxia	3	1	1	1
	16.- Jorge Cañas	23	M	Der.	Traumática	3	1	3	3
	17.- Irma Acevedo P.	29	F	Der.	TCE	2	1	3	3
	18.- Laura Rubín M.	62	F	Der.	Embolia	3	1	3	3
	19.- Juliano Perez M.	57	M	Der.	Embolia	3	1	3	1
	20.- Ma. Elena Ladrón.	53	F	Der.	Embolia	3	1	3	2
	21.- Gabriel Cordero.	48	M	Der.	HAS	3	1	1	1
	22.- Amador Capellito.	22	M	Der.	Traumática	3	1	3	1
	23.- Claudia Martínez.	39	F	Izq.	Degenerativa	3	3	1	1
	24.- Ilse Alneida C.	28	F	Izq.	Traumática	3	1	3	1
	25.- Margarito Cortez	37	M	Der.	Traumática	3	1	3	1
	26.- Víctor M. Noiasco.	26	M	Izq.	Hemangioma	3	3	3	3
	27.- Paula Rueda H.	54	F	Izq.	HAS	2	1	2	1
	28.- Rafael Tapia	52	M	Izq.	Traumática	1	1	3	1
	29.- Daniel Castillo N.	52	M	Der.	Degenerativa	1	1	3	3
	30.- Raquel Sierra P.	40	F	Der.	HAS	3	3	3	3
	31.- Víctor Morales.	28	M	Izq.	Intoxicación	3	1	3	1
	32.- Juan Carlos M.	58	M	Izq.	HAS	1	1	3	1
	33.- Teresa Esquivel.	48	F	Izq.	Traumática	1	1	3	1
	34.- Alejandro Alavarez.	34	M	Izq.	Traumática	3	1	3	1
	35.- María Patiño.	54	F	Izq.	Traumática	1	1	3	1

DATOS ESTADISTICOS AMPUTACIÓN

Dib I	Dib I'	Dib II	Dib II'
X 2.46	1.68	2.44	1.84
S 0.8381	0.9260	0.8285	0.9457
Ex 123	84	122	92
n 50	50	50	50

DATOS ESTADISTICOS HEMIPLEJIA

Dib I	Dib I'	Dib II	Dib II'
X 2.54	1.32	2.66	1.58
S 0.78	0.67646	0.7102	0.8506
Ex 127	66	133	79
n 50	50	50	50

HEMIPLEJIA T - STUDENT

	Dib I	Dib I'	Dib II	Dib II'
I	-----	8.355387789	- 0.804379148	5.881892818
I'	8.355387789	-----	- 9.660648681	- 1.69654295
II	-0.804379148	-9.660648681	-----	6.81701837
II'	5.881892818	- 1.69654295	6.891701837	-----

AMPUTACIÓN T - STUDENT

	Dib I	Dib I'	Dib II	Dib II'
I	-----	4.416039513	0.116477125	3.46941984
I'	4.4160395513	-----	- 4.210234597	- 0.854790502
II	0.116477125	- 4.210234597	-----	3.286883571
II'	3.469419824	- 0.854790502	3.286883571	-----

AMPUTACION Y HEMIPLEJIA T-STUDENT									
	IA	IH	IA	IA	I'H	IIA	IIH	II'A	II'H
IA		-0.494088618	4.416039513	7.484435246	0.11647713	7.33792022	3.46941984	5.21096638	
IH	-0.494088618		-5.022672211	8.355387789	0.60189388	-804379148	4.03775434	6.881892818	
IA	4.416039503	-5.002267221		2.219792529	-4.2102346	-5.93806353	-0.8547905	0.562366662	
I'H	7.484435246	8.355387789	2.219792529		7.14271659	-9.66064868	3.16234009	-1.69654295	
IIA	0.116477125	0.60189383	-4.210234597	7.142716588		-1.37707454	3.28688357	4.973038394	
IIH	7.337920212	-0.804879148	-5.938063526	-9.66064868	-1.37707454		-4.90265708	6.81701937	
II'A	3.46941984	4.037754335	-0.854790502	3.162340087	3.28688357	-4.90265708		1.445395484	
II'H	5.21096638	5.881892818	0.562366662	-1.69654295	4.97303839	6.81701877	1.44539548		

ANALISIS DE CASOS

CASO 1 AMPUTADO

Nombre : M.E.S.

Sexo : Masculino

Edad : 63 años

Amputado de miembro inferior Izquierdo por abajo de rodilla.

Etiología : Necrobiosis Diabética

Existe omisión de los extremos distales de las cuatro extremidades, lo cual habla de una pobre integración del esquema corporal, a pesar de ello, en el miembro pélvico izquierdo, que corresponde al segmento corporal afectado en este caso, la representación del extremo distal, corresponde al nivel de amputación (por debajo de rodilla) y esta dibujado más angosto y cerrado como simulando un miñon rústico, lo que se traduce en tratamiento especial en la representación del segmento corporal afectado.

En el segundo dibujo, nuevamente se omiten los extremos distales de las cuatro extremidades, no hay forma de contacto con el piso, no existen

pies, y el cuerpo se observa como mutilado de las rodillas hacia abajo
(recordar nivel de amputación).





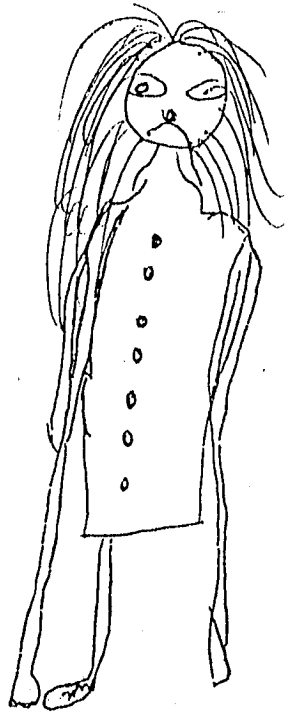
CASO 2 AMPUTADO**Nombre : A.G.C.****Sexo : Masculino****Edad : 43 años****Amputado de miembro inferior izquierdo en tercio medio de fémur.****Etiología : Traumática**

Hay una representación evidente del estado actual, se han plasmado en el dibujo las muletas, las cuales en el momento de realizar la prueba, constituyen el medio de traslación del paciente, el nivel de amputación real coincide en el dibujo. (tercio medio de fémur)

En el segundo dibujo, vuelven a plasmarse las muletas, lo cual resalta aún más la importancia que revisten para el paciente en ese momento, la representación del segmento corporal afectado al lado y nivel de amputación real.

Las facciones de la cara, dejan ver un descontento general, probablemente con el estado físico actual.





CASO 3 AMPUTADO

Nombre : M.M.H.

Sexo : Femenino

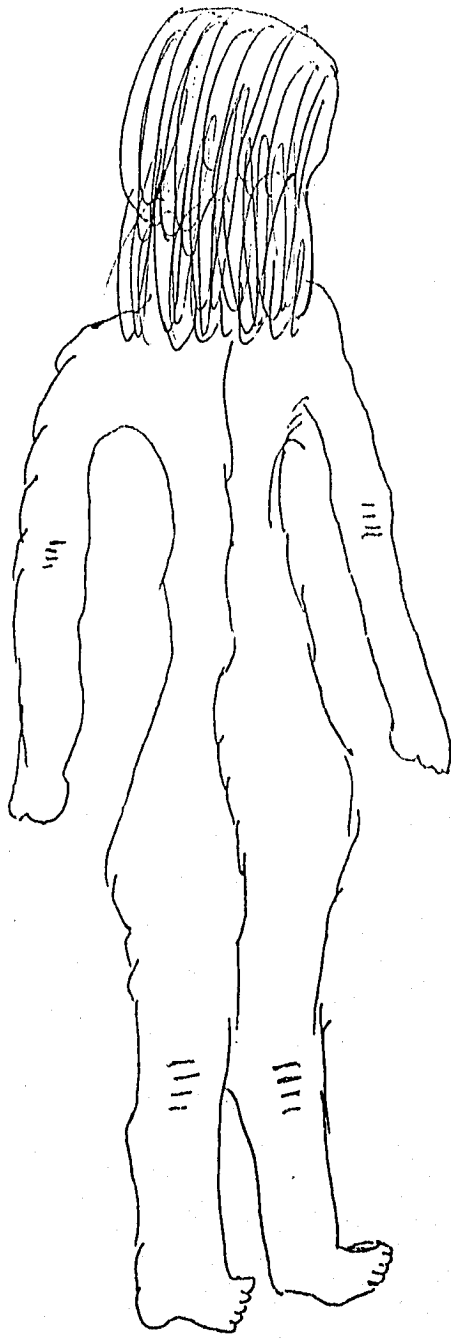
Edad : 25 años

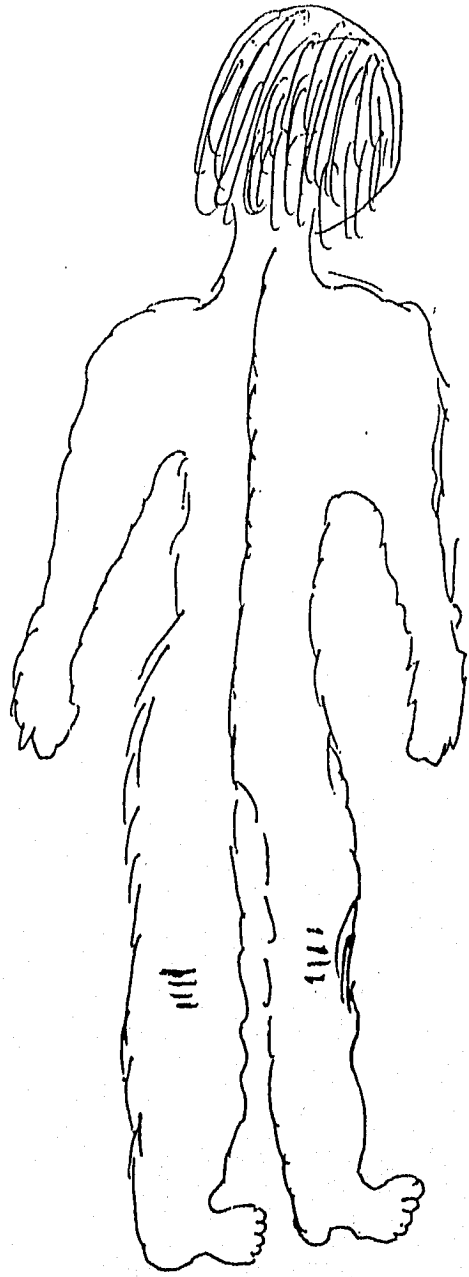
Amputado de Miembros Inferiores por arriba de la rodilla bilateral.

Etiología : Traumática

El dibujo es proyectado de espaldas, bidimensional, lo cual podría interpretarse como una probable evasión de la realidad, o una negación de la misma, el tipo de trazo sugiere ansiedad extrema. A pesar de encontrarse de espaldas, a nivel de las rodillas y ligeramente por encima de estas, existe un trazo especial que sugiere la apariencia de las rodillas de frente, lo que se traduce como un manejo especial de los segmentos corporales afectados además de que coincide con el nivel de amputación (por arriba de rodillas) y número de segmentos corporales afectados (bilateral).

El segundo dibujo, vuelve a proyectarse de espaldas, y con el mismo manejo a nivel de los segmentos corporales afectados.





CASO 4 HEMIPLEJICO

Nombre : A.T.C.

Sexo : Femenino

Edad : 20 años

Hemiplejia Izquierda

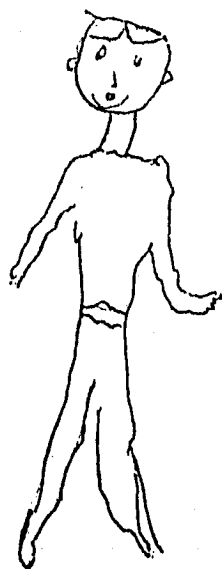
Tipo de Sinergia : Flexora

Etiología : Hipertensión Arterial secundaria a eclampsia

Proyecta su esquema corporal de frente, bidimensional, manejando especialmente su hemicuerpo izquierdo, presentando flexión en el brazo de ese lado, y el miembro inferior izquierdo más corto y ligeramente flexionado en comparación con el derecho, lo cual puede asociarse con su hemicuerpo afectado, que coincide en el lado y características de la sinergia (flexora).

En el segundo dibujo, las características de su hemicuerpo izquierdo, (segmentos corporales afectados), coinciden con las características de su hemicuerpo afectado.



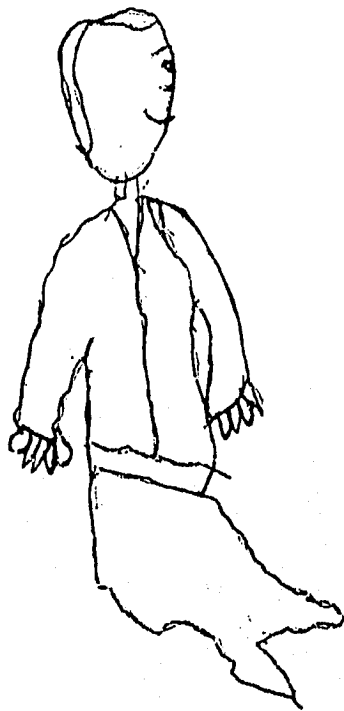


CASO 5 HEMIPLEJICO**Nombre : I.A.P.****Sexo : Femenino****Edad : 29 años****Hemiplejia Izquierda****Tipo Sinergia : Flexora****Etiología : Traumatismo craneoencefálico**

Proyecta su figura bidimensional, con una omisión completa del hemicuerpo izquierdo, lo cual coincide con su afección real (hemiplejia izquierda), y pudiese traducirse en una negación del estado actual, o bien pudiese considerarse como una parte inútil desde el aspecto motor sensitivo por el cual no se representa.

En el segundo dibujo existe una omisión de la hemicara izquierda, lo que coincide con el lado afectado, existe una representación bidimensional del resto de los segmentos corporales, sin embargo, son representados como débiles, en especial los correspondientes al lado izquierdo, aparentemente paralíticos, o con poca fuerza o tono muscular.





CASO 6 HEMIPLEJICO

Nombre : A.H.C.

Sexo : Masculino

Edad : 48 años

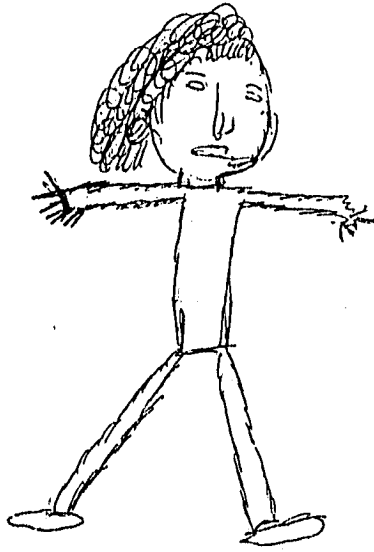
Hemiplejía Izquierda

Tipo de Sinergia : Flexora

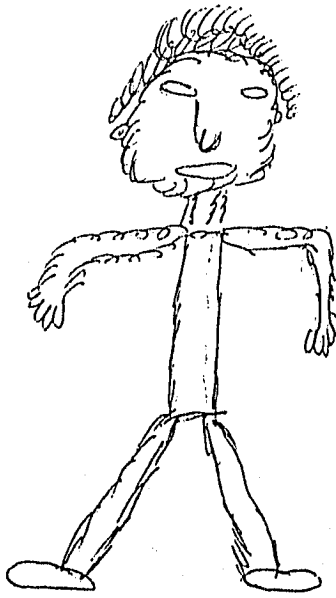
Etiología : Embolia

Sus dibujos son proyectados de frente, bidimensionales, con las cuatro extremidades presentes, ambos en una misma hoja.

Los hemicuerpos izquierdos, en ambos dibujos, son representados más cortos y ligeramente más flexionados, especialmente en el dibujo de la mujer, siendo estas características compatibles con el lado de la hemiplejía real y el tipo de sinergia (flexora), lo cual muestra que el segmento corporal aún afectado e inútil mientras este presente es representado, aunque sea con manejo especial.



11.2.20



11.2.20

CONCLUSIONES

El presente trabajo, deja ver como es que una alteración física, repercute de forma importante para elaborar una reintegración del esquema corporal, posterior a una afección corporal sucedía.

Si se toma en cuenta, que el esquema corporal es la representación que cada persona hace de su cuerpo, teniendo como referencia el espacio; necesariamente hay que vincular una integridad física, motora y sensitiva, circunstancias alteradas en cualquiera de las dos entidades nosológicas manejadas en este trabajo, lo cual favorece el descubrir manejos especiales al momento de que el paciente proyecta su esquema corporal sobre el papel.

Al hacer el estudio de las pruebas recopiladas en ambos grupos, se observa que existen algunas diferencias en tal manejo; el amputado tiende a omitir su o sus segmentos corporales afectados, lo cual puede vincularse al hecho de que si físicamente ya no esta a su alcance (retroalimentación visomotora y sensorial), su representación esta todavía más lejos siendo distinto el caso del hemipléjico, ya que este aunque tiene abolidas las funciones motoras y sensitivas, la representación física continua

presente, lo cual muy probablemente puede vincularse al hecho de que si físicamente ya no está a su alcance (retroalimentación visomotora y sensorial), su representación esta todavía más lejana, siendo distinto el caso del hemipléjico, ya que este aunque tiene abolidas las funciones motoras y sensitivas la representación física continua presente, lo cual muy probablemente facilita la aparición de esos segmentos corporales afectados en la proyección del dibujo.

En los dos casos, se observa un tratamiento especial en la proyección de los segmentos corporales afectados, en uno o ambos dibujos, lo cual puede hacer referencia a un manejo compensatorio, o bien, relevante a esos segmentos.

Otro común denominador, observado en ambas entidades, llevando a cabo el análisis de los dibujos, es que se aprecian en la mayoría de los casos, características compatibles con ansiedad, integración general del esquema corporal deficiente y descontento generalizado con el estado actual (sombreados excesivos, trazo discontinuo, segmentos corporales ausentes o integrados fuera de lugar, fascias características).

Es necesario mencionar, que el tratamiento de estos pacientes, ha de ser integral, debido a la magnitud de la alteración, y que requiere la

participación de varios profesionales involucrados en el área de la salud, pues no se puede pensar, en el ser humano como un ser unidimensional, y así dar por perdido el concepto real de ser humano, como un ente biopsicosocial, es decir multidimensional y polifásético.

El mensaje final, es no perder dentro del panorama de atención integral, el manejo de la restructuración del esquema corporal en estos pacientes, pues el tratarlos dejando a un lado este aspecto es manejar al ser humano de forma fragmentada sin permitirle integrarse como ente multidimensional, perdiendo de la mira el objetivo principal que cualquier profesional involucrado con estos pacientes debe tener:

"Integrar al paciente a la sociedad con sus capacidades y a pesar sus incapacidades".

LIMITACIONES

La calificación arbitraria para los rasgos valorados tanto en amputados como en hemiplejicos es únicamente válida para la obtención de puntajes en este trabajo exclusivamente.

El presente estudio es solo una aproximación hacia un aspecto necesario en el manejo integral tanto del amputado como del hemipléjico, sin embargo no es concluyente como modelo de atención integral.

SUGERENCIAS

Con la finalidad de ampliar el presente trabajo con futuras investigaciones, se plasman algunas alternativas considerables interesantes:

A) Llevar a cabo un trabajo donde la valoración se maneje en dos tiempos (test-retest), el primero de manera inmediata a la afectación corporal y el segundo después de haber recibido manejo rehabilitatorio y hacer el estudio comparativo.

B) Filtrar aún más los criterios de inclusión, delimitando aun segmento corporal afectado en específico.

C) Elaborar el estudio de la reestructuración del esquema corporal en una sola entidad nosológica.

D) Valorar la presencia de indicadores emocionales relevantes en la proyección del dibujo de la figura humana.

E) Valorar el manejo de esquema corporal en el amputado que ya hace uso de algún tipo de prótesis y en el hemipléjico que tiene reestructuradas ciertas vías por plasticidad cerebral.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alexander, F.
Psiquiatría Dinámica
Editorial Paidós
Buenos Aires, 1970
- 2.- Allport, G.
La personalidad
Editorial Herder
Barcelona España, 1986
- 3.- Asociación Psiquiátrica Americana
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
DSM-III 1994
Masson S. A., Barcelona
- 4.- Bustamante J.
Neuroanatomía Funcional
Editorial Iberoamericana
México, 1988

5.- Campbell

Cirugía ortopédica

7a. Edición Panamericana

Argentina 1988

6.- Carpenter, R.H.S.

Neurofisiología

1a. Edición Manual Moderno

México, 1986

7.- Calvin, H. G.

La teoría del si mismo y la personalidad

Editorial Paidós

Buenos Aires, 1977

8.- Cameron, N.

Desarrollo y psicopatología de la personalidad

Un enfoque Dinámico Editorial Trillas

México, 1982

9.- Dale B. H.

El Test de Goodenough

1a. Edición Editorial Paidós, 1981

10.- David W. Krueger

Psicología de la Rehabilitación

Editorial Diorki

11.- Derflinger, M. L.

Autoconcepto del adolescente farmacodependiente estudio
comparativo.

Tesis Instituto Universitario de Ciencias de la Comunicación

Escuela de psicología, 1991

12.- Downie, N. M.

Métodos estadísticos aplicados

Editorial Sagitario S.A. de C. V.

México, 1983

13.- Fadiman J. Y. Frager, R.

Teorías de la Personalidad

Editorial Sagitario S.A. de C.V.

México, 1983

14.- Farreras Valenti

Medicina Interna

1a. Edición Editorial Marin

México, 1978

15.- Fenichel, O.

Teoría Psicoanalítica de la Neurosis

Editorial Paidós

España, 1982

16.- Fitts, W.

Tennessee Self Concept

Scale Manual

Nashville Tennessee

Counselor Recording and Test, 1965

17.- Frassier y Carr

Introducción a la psicopatología

Editorial El Ateneo

Buenos Aires, 1973

18.- Freedman, M. Kaplan, T.

Compendio de Psiquiatría

Salvat Editores

Barcelona, 1975

19.- Frostig, M.

Programa para el desarrollo de la percepción visual

Editorial Medico Panamericana

Argentina, 1987

20.- Hammer, Emmanuel F.

Tests Proyectivos Gráficos

3 era. Reimpresión.

Editorial Paidós

México, 1990

21.- Harrison

Principios de Medicina Interna

11va. Edición

Editorial Mc Graw Hill

22.- La Planché Pontalais

Diccionario de Psicoanálisis

Editorial Labor S. A.

Barcelona, 1969

23.- Lowe, C.

The Self Concept fact or Artifact

Psychological Bulletin, 1961

24.- Machover K.

Personality Projection of drawing of the human figure springfield

Charles Thomas, 1949

25.- M. S. D.

El Manual Merck

8a. Edición

Editorial Doyma

26.- N. Buck John

Manual y Guía para la Interpretación de la Técnica del Dibujo

Proyectivo.

1a. Edición

Editorial Manual Moderno

México, 1964

27.- Pérez Lovelle R.

La Psiquis

1a. Edición

Editorial Científica Técnica

La Habana, 1989

28.- Pichot, P.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

Editorial Masson S. A.

Barcelona, 1983

29.- Portuondo

El Test de la Figura Humana

Editorial Interamericana, 1990

30.- Rivera, O.

Integración de Estudios Psicológicos

Editorial Diana

México, 1987