



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

0 287751

"LA FIGURA HUMANA EN PLASTILINA COMO
TECNICA PROYECTIVA PARA LA EVALUACION
DE LA PSICOSIS, CON UN ENFOQUE
PSICOCORPORAL"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
E R I K A T O F U K A Y A

DIRECTORA: MTRA. PATRICIA PALACIOS CASTAÑÓN
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.



MEXICO, D. F.

EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.

2004

Ψ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A Gasparito,
por todo el amor
que me ha brindado
y por estar conmigo
en todo momento.
Te quiero mucho.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres por el apoyo que me han dado durante toda mi vida y por enseñarme a luchar por mis metas.

Agradezco especialmente a la Maestra Patricia Palacios por su amistad, consejo, ayuda; por dirigir y asesorar este trabajo, por compartir sus conocimientos conmigo y ser mi guía en el difícil camino del autoconocimiento.

A la Maestra Rocío Avendaño por la gran confianza que ha tenido en mí y por su apoyo metodológico.

A la Maestra Eva Esparza, la Maestra Guadalupe Santaella y la Maestra Rosario Muñoz por sus valiosas aportaciones.

A la Lic. Mónica Vázquez por su gran amistad y apoyo.

Especial mención merecen todos los pacientes y sujetos que participaron en esta investigación, ya que sin su ayuda no hubiera sido posible la culminación de este trabajo.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	3
CAPITULO I "PSICOSIS"	
1.1. Tipos de psicosis.	6
1.2. Rasgos característicos	11
1.3. Mecanismos de defensa	31
1.4. Etiología	33
1.5. Conclusión	36
CAPITULO II "EL CUERPO"	
2.1. La adquisición de la conciencia del propio cuerpo	37
2.1.1. El diálogo tónico del niño con la madre	41
2.1.2. La identidad	43
2.2. La imagen del cuerpo y el autoconocimiento	45
2.3. El espacio y la forma del cuerpo	59
2.4. Conclusión	71
CAPITULO III "FUNDAMENTOS TEORICOS DE LAS TECNICAS PROYECTIVAS"	73
CAPITULO IV "METODO"	
4.1. Planteamiento del problema	77
4.2. Objetivo	77

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es demostrar la utilidad de la figura humana en plastilina como técnica proyectiva para la evaluación de pacientes psicóticos. Se constituyó un grupo de 15 adolescentes mujeres diagnosticadas con psicosis (grupo experimental) y un grupo de 15 adolescentes mujeres sin padecimientos psiquiátricos (grupo control). A los dos grupos se les aplicó la técnica de la figura humana en plastilina y el dibujo de la figura humana. Se realizaron comparaciones entre cada técnica y cada grupo, tomando como base 19 indicadores que evalúan rasgos patológicos de la psicosis. Para el análisis de los datos se utilizó la prueba estadística de U de Mann-Whitney y la prueba de rangos y pares igualados de Wilcoxon. Los resultados revelaron que aún cuando la técnica convencional del dibujo nos permite detectar varios rasgos patológicos de las pacientes psicóticas al compararlos con los dibujos de personas sin padecimientos psiquiátricos; la técnica de la figura humana en plastilina nos permite detectar estos rasgos de manera más específica que el dibujo; demostrándose así la efectividad de esta técnica para la evaluación de estas pacientes.

INTRODUCCION

Con el surgimiento de las diversas técnicas proyectivas, se ha facilitado el entendimiento de los conflictos que aquejan a los pacientes, con el objeto de realizar un diagnóstico, en los ambientes hospitalarios. Con el paso del tiempo se han ido realizando diversos estudios con el fin de mejorar estas técnicas y descubrir otras nuevas.

Freud plantea que el "yo" es fundamentalmente un yo corporal, debido a esta relación que hay entre el yo y el cuerpo, se puede decir que un cuerpo bien integrado representa a un yo fuerte. Desde la postura bioenergética, la apariencia del cuerpo no puede desligarse de los procesos psicológicos. Así, en la constitución corporal se puede observar el carácter, los conflictos y la actitud en general que tiene un individuo hacia el mundo interno y externo.

Existen técnicas proyectivas que se han utilizado entre otras cosas, para descubrir la imagen corporal de las personas, como es el dibujo de la figura

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es demostrar la utilidad de la figura humana en plastilina como técnica proyectiva para la evaluación de pacientes psicóticos. Se constituyó un grupo de 15 adolescentes mujeres diagnosticadas con psicosis (grupo experimental) y un grupo de 15 adolescentes mujeres sin padecimientos psiquiátricos (grupo control). A los dos grupos se les aplicó la técnica de la figura humana en plastilina y el dibujo de la figura humana. Se realizaron comparaciones entre cada técnica y cada grupo, tomando como base 19 indicadores que evalúan rasgos patológicos de la psicosis. Para el análisis de los datos se utilizó la prueba estadística de U de Mann-Whitney y la prueba de rangos y pares igualados de Wilcoxon. Los resultados revelaron que aún cuando la técnica convencional del dibujo nos permite detectar varios rasgos patológicos de las pacientes psicóticas al compararlos con los dibujos de personas sin padecimientos psiquiátricos; la técnica de la figura humana en plastilina nos permite detectar estos rasgos de manera más específica que el dibujo; demostrándose así la efectividad de esta técnica para la evaluación de estas pacientes.

INTRODUCCION

Con el surgimiento de las diversas técnicas proyectivas, se ha facilitado el entendimiento de los conflictos que aquejan a los pacientes, con el objeto de realizar un diagnóstico, en los ambientes hospitalarios. Con el paso del tiempo se han ido realizando diversos estudios con el fin de mejorar estas técnicas y descubrir otras nuevas.

Freud plantea que el "yo" es fundamentalmente un yo corporal, debido a esta relación que hay entre el yo y el cuerpo, se puede decir que un cuerpo bien integrado representa a un yo fuerte. Desde la postura bioenergética, la apariencia del cuerpo no puede desligarse de los procesos psicológicos. Así, en la constitución corporal se puede observar el carácter, los conflictos y la actitud en general que tiene un individuo hacia el mundo interno y externo.

Existen técnicas proyectivas que se han utilizado entre otras cosas, para descubrir la imagen corporal de las personas, como es el dibujo de la figura

humana de K. Machover. Esta representación que el sujeto hace del cuerpo representa una proyección de sí mismo.

Este estudio pretende demostrar la utilidad de la técnica proyectiva de realizar una figura humana con plastilina, como una variante de la figura humana realizada con lápiz y papel, para descubrir ciertos rasgos de personalidad en los pacientes. Dicha técnica podría tener ventajas sobre las figuras humanas representadas gráficamente, ya que al tener volumen, se puede observar de manera más fina la representación que la persona hace del cuerpo, y por lo tanto, de sí mismo.

Para empezar, se abordará el tema de la psicosis, como un punto muy importante para poder entender los diferentes tipos de psicosis que existe, los rasgos característicos de dicho trastorno y las causas del mismo.

También se realizará una revisión teórica del enfoque psicocorporal. Y la interpretación de la técnica de la plastilina se realizará tomando como base los fundamentos de este enfoque. Considero que es importante retomar toda esta teoría, que, a pesar de haberse fundado hace bastante tiempo, no se ha difundido tanto como el psicoanálisis. Y poder utilizar esta información para comprender al paciente psicótico también desde su realidad corporal.

Esta técnica podría constituir una opción más, junto con otras técnicas de estudio de la personalidad, para realizar un diagnóstico eficaz en los ambientes hospitalarios.

ANTECEDENTES

Se han realizado varios estudios sobre la participación del cuerpo en el trastorno psicótico:

Laufer (1991), postuló que la imagen corporal final, que se va integrando a partir de la pubertad, debe incluir la imagen corporal idealizada del prepuber. Cuando ésta no puede ser contenida de una manera acorde al cuerpo de la persona actual, el ego debe defenderse del exterior, de tal manera que pueda mantener la fantasía de su imagen corporal idealizada. En estos casos, la imagen corporal está distorsionada y representa un núcleo psicótico de la personalidad, ya que afecta la relación de la persona con la realidad externa.

Portuondo (1990), ha realizado una diferenciación de rasgos que tienden a aparecer en el dibujo de la figura humana en las personas psicóticas, que son:

1. Debilidad en los rasgos de contacto (retraimiento, incapacidad social, autismo).
2. En ocasiones dibujan huesos y órganos internos, lo cual habla de su poco sentido de realidad.
3. Dibujo desordenado, lo que indica una carencia de autocrítica.
4. Confusión del perfil y la cara (confusión mental).
5. Líneas fuertes y gruesas, las presentan los agresivos.
6. Raramente borran, lo cual implica irresponsabilidad y escaso discernimiento.
7. El dibujo es primitivo y vacío (escaso sentido de la realidad).
8. Énfasis en las orejas si están preocupados por alucinaciones auditivas.

Oliver (1994), en un trabajo de investigación encontró también ciertos rasgos indicadores de psicoticismo, estadística y clínicamente significativos en el dibujo de la figura humana, como son:

- *Figura desproporcionada:* Este rasgo revela la carencia de armonía en las funciones de las áreas: intelectual, afectiva y pulsional, en donde el sujeto ha dado más importancia a una de ellas, devaluando a las otras dos.
- *Distorsión de la gestalt:* Este rasgo es indicador de un alto grado de patología mental ya que a pesar de que el sujeto conserva la noción de la forma, tiene una dificultad para realizar el dibujo de manera coherente, a causa del estado de regresión en el que se encuentra y los conflictos por los que atraviesa el yo, en sus intentos por restablecer el contacto con la realidad.

- *Figura primitiva:* Es señal de un escaso sentido de la realidad, propio de personas que no saben controlar adecuadamente sus impulsos y es un claro indicador de regresión a etapas anteriores al establecimiento del super-yo.
- *Un brazo más grande:* En términos generales, cuando hay una marcada diferencia entre los dos lados del dibujo, sugiere una confusión del papel sexual y un desequilibrio de la personalidad en general. También este rasgo señala un mayor apego hacia alguna de las figuras parentales, o bien agresión hacia ellas.
- *Un brazo más ancho:* Tiene la misma interpretación que el rasgo anterior, solamente que es aun más marcada la agresión hacia alguna de las figuras parentales.
- *Una pierna más ancha:* Además de compartir la misma interpretación que los dos rasgos anteriores, las piernas son los implementos para moverse. La desigualdad en el tamaño de éstas, ya sea de lo largo o de lo ancho, sugieren una ambivalencia respecto a la búsqueda de autonomía.
- *Omisión de la boca:* Es el resultado de la constante frustración de tipo oral, que padecen los psicóticos a lo largo de su vida.
- *Boca con lengua:* La presencia de la lengua indica que el sujeto le da gran importancia a la oralidad.
- *Omisión del cuello:* El cuello es el punto de unión entre las áreas de lo intelectual y lo afectivo, y su omisión indica una incapacidad de coordinar las pulsiones a través de una conducta adecuada.
- *Sin cejas y/o pestañas:* Son característicos de personas con tendencia a la regresión o bien, de aquellos a los que no les interesa su aspecto personal.
- *Cabello nulo:* Indican conflictos en el área sexual.
- *Postura dando la impresión de caerse:* Indica una estructura psíquica muy frágil, que en cualquier momento puede derrumbarse.
- *Dedos sin mano:* Principalmente aparecen en personas en estado de regresión.
- *Menos de cinco dedos:* Indica un sentimiento de insuficiencia en la vida productiva, sobre todo en las relaciones humanas.
- *Dedos terminados en punta:* Simboliza la manera agresiva con la que el sujeto se relaciona con los demás.

Aguirre (1980), en un estudio realizado sobre el proceso de deterioro de la imagen corporal en la esquizofrenia simple, encontró que el esquema mental que tienen los esquizofrénicos de sí mismos se deteriora con el tiempo, a diferencia de lo que sucede con la persona normal. Se empobrece la imagen que

tienen de sí mismos. Los puntajes obtenidos mediante la cuantificación de la escala de Harris Goodenough le permitieron medir este deterioro. El cual sobrepasa el 50% cuando se toman en cuenta los puntajes óptimos alcanzables. Esto habla de una desintegración, de una pérdida de las facultades perceptuales, motrices, intelectivas y de relación. Dentro de los resultados de su investigación encontró también que existe una disminución de la autoestima en estos pacientes, y su espacio vital se orienta hacia los mecanismos de introversión y represión como solución a sus conflictos humanos que plantea la convivencia cotidiana.

El deterioro de la imagen corporal da lugar a un deterioro progresivo de sus habilidades de tipo conceptual (perceptivas y motrices), afectiva (evasión y represión), y de relación.

Específicamente en los dibujos encontró los siguientes rasgos: Pobreza y miseria de su cuerpo; pobreza en la vida afectiva; primitivismo; reducido tamaño; ausencia de rasgos de contacto; imágenes de desolación, miedo, abandono, displacer, dolor. Aguirre encontró que el dolor parece ser una de las experiencias básicas que sustenta y alimenta la concepción de cuerpo en los esquizofrénicos.

Lowen (1988) encontró que en el esquizofrénico hay una falta de unidad de la estructura corporal. Los diversos segmentos del cuerpo están funcionalmente separados entre sí.

Las principales segmentaciones en estas estructuras son la separación de la cabeza con respecto al cuerpo, la división del cuerpo en dos mitades, a la altura del diafragma, la desunión del tronco y pelvis y la disociación de las extremidades.

CAPITULO I

" PSICOSIS "

1.1. Tipos de psicosis

En 1896, Emil Kraepelin reunió bajo el término demencia precoz una diversidad de síndromes psicóticos que anteriormente se consideraban enfermedades separadas. La descripción que hizo Kraepelin de la demencia precoz incluía el factor pronóstico de un deterioro final y ciertos fenómenos clínicos observables, como las alucinaciones, delirios, estereotipias y trastornos del afecto. En 1911, Eugen Bleuler introdujo el término "esquizofrenia" para sustituir el de "demencia precoz". Traducido literalmente esquizofrenia significa mente dividida. Bleuler consideró esta escisión de la personalidad como el rasgo central de la enfermedad. La contribución fundamental de Bleuler fue la introducción de una jerarquía de síntomas como sustitución de la mera descripción de fenómenos clínicos (Kaplan, 1997).

Kraepelin describió tres tipos básicos de demencia precoz: catatónica, hebefrénica y paranoide. Bleuler describió un cuarto tipo: la esquizofrenia simple. Estos cuatro tipos siguen siendo aceptados generalmente en la actualidad como síndromes esquizofrénicos básicos (Kaplan).

A continuación se describirán los tipos de esquizofrenia antes mencionados:

- *Tipo sencillo:* Se caracteriza porque el comienzo es lento e insidioso y el curso de deterioro poco notable. En este tipo no se presentan no delirios ni alucinaciones.
- *Tipo hebefrénico:* Es común que se dé aquí una conducta tonta y desorganizada. Se presentan sonrisas, risillas y risas las cuales parecen vacías y carentes de sentido. También es frecuente la presencia de expresiones emocionales como tristeza, llanto y enojo, los cuales carecen aparentemente de explicación. Estos vienen acompañadas de gestos, posturas y amaneramiento. El habla se vuelve amanerada, incluso al punto de la incoherencia y la invención de palabras. Los delirios que se presentan pueden ser grotescos e incoherentes e incluyen a menudo nociones extrañas

sobre cambios en el cuerpo. Con el tiempo el hebefrénico se va refugiando cada vez más en su mundo interno de fantasías privadas.

- *Tipo catatónico:* En este subtipo se subrayan las perturbaciones motoras. En un extremo el paciente puede experimentar una excitación desorganizada; en el otro, mostrarse mudo e inmóvil como en un estupor. Tanto en el catatónico excitado como en el inmóvil se presentan delirios, de carácter persecutorio, místicos y milagrosos. También se presentan casi siempre alucinaciones, que suelen consistir en visiones aterradoras, apariciones inteligibles, experiencias religiosas, voces u otros sonidos misteriosos o espantosos.
- *Tipo paranoico:* En este grupo los delirios dominan el escenario. Por lo general se muestra tenso, incómodo, desconfiado y tiene la tendencia de darle significados hostiles y de menosprecio a los comentarios de los demás. Son comunes los delirios de persecución, así como los de influencia y de grandeza, acompañadas por ideas de referencia. Se presentan mezclas de lo místico, lo mágico, lo religioso y lo sexual. En ocasiones se tienen delirios muy vívidos de catástrofes, destrucción del mundo, salvación y reconstrucción del mundo, etc. Casi siempre se presentan alucinaciones. Las más comunes son las auditivas y después les siguen las visuales. (Cameron, 1994).

Actualmente se han agregado más tipos de trastornos psicóticos. De acuerdo con el DSM-IV, el término psicótico se define como una pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad.

Según el DSM-IV los trastornos psicóticos se dividen en: 1) esquizofrenia, 2) trastorno esquizofreniforme, 3) trastorno esquizoafectivo, 4) trastorno delirante, 5) trastorno psicótico breve, 6) trastorno psicótico compartido, 7) trastorno psicótico debido a enfermedad médica, 8) trastorno psicótico inducido por sustancias y 9) trastorno psicótico no especificado.

- 1) *Esquizofrenia:* Es una alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia. Junto con estos síntomas se observan síntomas secundarios que implican una disfunción en una o más de las

principales áreas de actividades, por ejemplo, el trabajo, los estudios o el cuidado de uno mismo.

Los subtipos de la esquizofrenia son los siguientes:

- *Tipo paranoide*, cuya característica principal consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectiva. Fundamentalmente las ideas delirantes son de persecución o de grandeza, las cuales suelen estar organizadas en torno a un tema coherente.
- *Tipo desorganizado* (anteriormente llamado hebefrénico), cuyas características principales son el lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada. Si hay alucinaciones o ideas delirantes son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente.
- *Tipo catatónico*, cuya característica principal es una marcada alteración psicomotora, que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia, ecopraxia.
- *Tipo indiferenciado*, en el cual se incluyen los que no cumplen los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.
- *Tipo residual*, en el cual hay ausencia de los síntomas de la fase aguda, sin embargo presenta síntomas negativos. Este se usa cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia.

2) *Trastorno esquizofreniforme*: Las características esenciales son idénticas a las de la esquizofrenia excepto por dos diferencias: la duración total de la enfermedad el cual es de uno a seis meses y no se requiere que exista deterioro de la actividad social o laboral.

3) *Trastorno esquizoafectivo*: Es una alteración en la que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maniaco o mixto, simultáneamente con los síntomas de la esquizofrenia. Además durante el mismo periodo de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos dos semanas sin síntomas afectivos acusados.

4) *Trastorno delirante*: Se caracteriza por al menos un mes de ideas delirantes sin otros síntomas de la fase aguda de la esquizofrenia.

- 5) *Trastorno psicótico breve:* Es una alteración psicótica que dura más de un día y que remite antes de un mes.
- 6) *Trastorno psicótico compartido:* Consiste en una idea delirante que se desarrolla en un sujeto implicado en una relación estrecha con otra persona que padece un trastorno psicótico con ideas delirantes. El sujeto pasa a compartir las ideas delirantes del caso primario en parte o en su totalidad.
- 7) *Trastorno psicótico debido a enfermedad médica:* Se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- 8) *Trastorno psicótico inducido por sustancias:* Se considera que los síntomas psicóticos son una consecuencia fisiológica de una droga, una medicación o la exposición a un tóxico.
- 9) *Trastorno psicótico no especificado:* En el cual se clasifican las presentaciones psicóticas que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos anteriores.

Marcelli, Braconnier y Ajuriaguerra (1986) identificaron algunas formas particulares de alteración en psicosis en la adolescencia. Tres dimensiones centrales caracterizan el reajuste intrapsíquico que se opera en la adolescencia: la dimensión corporal, el problema de la identidad y el del equilibrio entre el investimento narcisista y el investimento objetal. Estas tres dimensiones forman parte de todo proceso psicótico: la angustia ligada al sentimiento de transformación corporal puede llegar hasta la angustia de fragmentación, del no reconocimiento de sí mismo y de los trastornos de identidad que se desprenden.

Así, estos autores distinguen tres formas particulares:

- 1) Aquella en la que el cuerpo está en cuestión.
 - 2) Aquella en la que la identidad está en cuestión.
 - 3) Aquella en la que el equilibrio entre el investimento narcisista y el investimento objetal está en cuestión.
-
- 1) *El cuerpo en cuestión:* Las transformaciones físicas que se observan y el descubrimiento de un cuerpo pulsional amenazan la unidad y la integridad de

la imagen que el adolescente tiene de sí mismo. Las primeras reglas y las primeras eyaculaciones pueden ser particularmente creadoras de ansiedad. Las perturbaciones de la imagen corporal y la impresión inquietante de no reconocer el cuerpo llevan a que el individuo sufra una intensa angustia.

- 2) *La identidad en cuestión:* El adolescente debe afrontar un reajuste que cuestiona la imagen de su cuerpo, pero más generalmente las bases mismas de su unidad y sentimiento de identidad. El individuo desbordado por la desestabilidad de todas sus representaciones está comprometido con todo su ser en esta lucha. Al no poder identificarse con lo que es, los límites entre las representaciones de sí mismo y del objeto se rompen.
- 3) *El equilibrio entre el investimento narcisista y el investimento objetal en cuestión:* en la adolescencia la prevalencia del investimento narcisista sobre el investimento objetal no es patológica. Sin embargo, un repliegue narcisista exagerado puede conducir a la ruptura con la realidad y a la pérdida de contacto con lo real.

Por otro lado, Mahler (1972) explica la psicosis como distorsiones psicopatológicas de las fases normales del desarrollo del yo y de sus funciones dentro de una relación primaria madre-hijo. Y distingue dos tipos de psicosis: el síndrome autista y el síndrome de la psicosis simbiótica.

El *síndrome autista* representa una fijación o una regresión a la fase autista normal de vida extrauterina. En el cual la madre como representante del mundo externo parece no ser percibida por el niño. El niño no puede distinguir su ser, aun el ser corporal de los objetos inanimados del medio. El niño autista no puede utilizar las funciones yoicas ejecutivas auxiliares de la compañera simbiótica, la madre, para orientarse a sí mismo en el mundo externo e interno. Presenta un deseo obsesivo para la preservación de la igualdad, una preocupación estereotipada hacia unos objetos inanimados o patrones de acción hacia los cuales muestra las únicas señales de liga emocional. Como consecuencia muestra una total intolerancia a cualquier cambio en el medio inanimado circundante. Existe una intolerancia hacia el contacto social humano. No pueden hacer frente a la estimulación del mundo externo. Como mecanismos defensivos utilizan la indiferenciación y la inanimación de la realidad interna y externa. En lugar de actividades autoeróticas, muestran actividades autoagresivas, las cuales parecen ayudar a estos niños a sentir sus

cuerpos y a agudizar la conciencia de los límites del ser corporal y del sentimiento de entidad.

El *síndrome simbiótico* representa una fijación o una regresión a una etapa más diferenciada del desarrollo de la personalidad que la autista, esto es, la etapa del objeto parcial satisfactor de la necesidad. Debido a que la relación simbiótica fue distorsionada gravemente o fue ausente. En este niño existe esencialmente un pánico de separación y de aniquilamiento. La representación de la madre no se separa del ser. Esta participa en la ilusión de omnipotencia del niño. Cuando la ilusión de la omnipotencia simbiótica es amenazada ocurren reacciones de pánico.

La prevalencia de la esquizofrenia se estima entre el 0.5 y el 1%, siendo la edad de inicio entre los últimos años de la segunda década de la vida y la mitad de la cuarta (DSM-IV). Dentro de los estudios epidemiológicos efectuados se observa la existencia de un número desproporcionado de esquizofrenia en las clases socioeconómicas inferiores. Se han propuesto dos hipótesis fundamentales para explicar la relación entre la clase social y la esquizofrenia: La primera sugiere que el estrés social y económico experimentado por las clases inferiores se encuentra relacionado con la enfermedad esquizofrénica. La segunda afirma que los índices de pertenencia a las clases sociales en la esquizofrenia son más una función de la enfermedad esquizofrénica y que los pacientes esquizofrénicos tienden a descender en la escala social (Kaplan).

1.2. Rasgos característicos

El trastorno psicótico se ha investigado desde distintos planos: el psicológico, el fisiológico y el de la constitución.

La psicología trata de explicar la conducta en función de las actitudes mentales consciente e inconsciente. Arieti (citado en Lowen, 1998), sostiene que el esquizofrénico al no saber quién es ni qué desea, se separa de la gente y se sumerge en un mundo interior de fantasía. Se observan rasgos como timidez, y sentimientos de inferioridad. Es incapaz de demostrar directamente su hostilidad y sentimientos agresivos, tiene actitudes autistas, síntomas de

irrealidad, puede tener brotes histéricos sin provocación aparente, incapacidad de sentir emociones.

La fisiología busca la causa de las actitudes desequilibradas en los trastornos de las funciones corporales. Sandor Rado (citado en Lowen, 1998), explica que este trastorno se caracteriza por dos defectos fisiológicos: el primero, es la incapacidad de experimentar placer, y el segundo es, una percepción distorsionada del self del cuerpo. Las dos se encuentran relacionadas, ya que el placer es el que mantiene vivo el cuerpo y el ego se disocia del cuerpo. La opinión de Rado se apoya en la hipótesis de que las dos perturbaciones son producto de disfunciones fisiológicas.

El enfoque de la constitución traza un paralelo entre la personalidad y la estructura del cuerpo. Ernst Kretschmer (citado en Lowen, 1998), analizó con detalle el temperamento y el físico del esquizoide, los cuales tienen una contextura física asténica, esto es, delgado y alto, de musculatura subdesarrollada y más raramente atlética, el cual tiene proporciones más parejas y músculos más desarrollados. Además ha observado elementos displásicos, esto es, que las distintas partes del cuerpo no están armoniosamente proporcionadas.

Mientras Rado y Kretschmer (citado en Lowen, 1998) aseguran que la enfermedad es de origen hereditario, Arieti considera que la esquizofrenia constituye una reacción específica a un estado de ansiedad severo, originado en la infancia.

Jung (1990) por otro lado, considera los síntomas orgánicos como secundarios, debidos principalmente a causas psíquicas. Señala que el síntoma primario de la esquizofrenia es un estado al que Pierre Janet denominó *abaissement du niveau mental* (decaimiento del nivel mental). Jung retoma este término para referirse a un estado de disminución del nivel de conciencia, que se caracteriza por la ausencia de concentración y atención, un estado en el cual contenidos inesperados pueden surgir del inconsciente.

Reich considera que la esquizofrenia no es una enfermedad psicológica, sino una enfermedad biofísica que abarca también al aparato psíquico. El núcleo del problema está en la desorganización del funcionamiento unitario, total del

organismo, y la percepción subjetiva de tal desorganización. Retraer libido del mundo es un resultado y no la causa de la enfermedad.

En el esquizofrénico existe una separación entre la autopercepción y el proceso biofísico objetivo que debe ser percibido. En el organismo sano, ambas cosas se unen en una sola experiencia. La función de la percepción no está unida a las corrientes plasmáticas de su cuerpo, entonces el esquizofrénico busca un motivo para estas experiencias que él no siente como suyas. La escisión se produce entre la excitación corporal y la percepción psíquica de esta excitación, lo cual aleja la sensación corporal a una gran distancia y dan origen a los procesos de despersonalización y alucinaciones, típicos en el esquizofrénico. La desintegración de la autopercepción produce una desintegración de las funciones de la conciencia, lo cual a su vez conduce a disfunciones de la función emocional y posteriormente a la desintegración de la actividad racional, esto es, la finalidad, el significado de la actividad corporal con respecto al ambiente, la palabra, la asociación y otras funciones superiores del organismo; ya que éstos dependen de la coordinación emocional y perceptual.

Lowen (1998) considera que los tres aspectos, el psicológico, el fisiológico y el de la constitución, son fenómenos interrelacionados. Las perturbaciones que se ven en la estructura del cuerpo y en la fisiología son una expresión en el campo físico de un proceso que en lo psicológico se manifiesta como trastornos del pensamiento y la conducta.

Psicológicamente el problema se manifiesta en la falta de identidad y por lo tanto en la ausencia de relaciones emocionales adecuadas con los demás. Fisiológicamente se manifiesta en deficiencias en la autopercepción, en la función del placer y trastornos en la respiración y el metabolismo. Constitucionalmente el cuerpo del esquizofrénico es defectuoso en coordinación, existe rigidez y un tono disminuido.

La relación entre estos tres niveles de la personalidad se explica de la siguiente manera: El ego obtiene su sentido de identidad partiendo de la percepción del cuerpo. Si el cuerpo es sensible y capaz de experimentar placer, el ego se identificará con el cuerpo. En cambio, si el cuerpo carece de vida, el placer se vuelve imposible y el ego se disocia del cuerpo. La constitución se refiere al grado de vitalidad del cuerpo.

De esta manera, Alexander Lowen, basándose en los tres niveles de la personalidad, formuló una teoría del carácter esquizofrénico. Él habla del

esquizoide y del esquizofrénico como dos personas que sólo difieren por el grado mayor o menor de su negación de la realidad de su cuerpo y del mundo que los rodea. En la esquizofrenia hay una pérdida de contacto con la realidad. La *despersonalización* es uno de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia, el cual consiste en una pérdida de contacto con la totalidad del cuerpo o una parte de él. En la despersonalización se produce una escisión: el cuerpo material, o una parte de él deja de pertenecer al individuo, debido a una pérdida de energía en esa parte del cuerpo, generalmente periférica, entonces se convierte en algo extraño, ajeno al yo (Lowen 1988). La confusión y desorientación mental y emocional son el resultado directo de esta disociación (Reich, 1989). El mecanismo de despersonalización es la inhibición de la respiración y el movimiento. Cuando se produce la despersonalización y el ego se escinde del cuerpo se produce un círculo vicioso. Al impedir el cuerpo toda percepción, las sensaciones se viven como algo extraño y aterrador. Sin una adecuada imagen corporal, la mente no puede interpretar correctamente los hechos del cuerpo. Esta experiencia es aterradora debido a dos motivos: En primer lugar se producen en un cuerpo que se halla relativamente sin sentimientos. En segundo lugar, el esquizofrénico no tiene la capacidad de integrar sus sentimientos e impulsos en actividades orientadas hacia un fin. El impulso queda entonces encerrado en el cuerpo sobreexcitando los órganos y produciendo sensaciones que se perciben como extrañas y amenazantes. Esto mismo pasa con la excitación sexual el cual siente como una forma extraña y perturbadora que es necesario eliminar o descargar, lo cual conduce muchas veces a una sexualidad compulsiva que sirve para aliviar la excitación genital, pero debido a que el cuerpo total no participa de modo emocional, no produce placer ni satisfacción (Lowen, 1998).

Desde el punto de vista biológico, la membrana que delimita el yo, es la piel. Sin embargo, desde el punto de vista energético, la membrana de contención es el sistema muscular. El problema del esquizofrénico radica en la falta de identificación del yo con el sistema muscular y en la debilidad de dicho sistema. Esta debilidad no se debe a la falta de desarrollo muscular, sino a que la musculatura se encuentra tensa, los músculos profundos presentan un estado espástico y todo el sistema muscular se encuentra segmentado y falto de coordinación (Lowen, 1988).

El individuo normal construye un sentido de identidad personal integrando la percepción y el concepto de su cuerpo, su conciencia de

pensamientos y sentimientos y los valores y objetivos que ha absorbido de su familia y la sociedad. Si algunos de estos componentes faltan o son inconscientes con los demás, la capacidad sintética de su ego le permite resolver la discrepancia y crear una imagen viable de sí mismo. El esquizofrénico en cambio, tiene defectos de cada uno de dichos componentes y además le falta la capacidad integradora para hacer síntesis (Mackinnon, 1985).

La sensación de identidad proviene de tener contacto con el cuerpo. Para saber quién es, el individuo debe tener conciencia de lo que siente, conocer la expresión de su rostro, su porte, su manera de caminar. El esquizofrénico debido a la pérdida total del contacto con el cuerpo, no sabe quien es.

Hay una disociación de la imagen del ego, esto es, la forma en que la persona se ve a sí misma como ser social con respecto a la imagen corporal, esto es, la realidad de la experiencia física. Lo débil que es la imagen corporal se compensa con una exageración de la imagen del ego. Esta última obtiene su realidad al asociarse con algún sentimiento o sensación. Cuando esta asociación no se produce, la imagen se vuelve abstracta. El individuo esquizofrénico, esta rodeado de imágenes y se aliena de la realidad de su cuerpo, perdiendo su identidad. La imagen corporal se forma mediante la síntesis de sensaciones tanto placenteras como dolorosas producidas por el contacto entre los padres y el niño. Las sensaciones placenteras favorecen la formación de una imagen corporal clara e integrada. Por el contrario, las sensaciones dolorosas conducen a distorsiones o deficiencias de la imagen del cuerpo. En el esquizoide, esta pérdida de la identidad y la disociación de la imagen del ego de la realidad corporal, tiene su origen en la situación familiar. En la cual el padre a menudo trata de que el niño adopte la imagen que el padre tiene de sí mismo en su inconsciente y el hijo al ser obligado a adaptarse a un modelo inconsciente de su progenitor, pierde su sentido de self, su identidad y el contacto con la realidad. Además, dado que la identidad en el niño pequeño es una identidad corporal, la calidad del contacto físico con la madre determina lo que en un futuro sienta por su cuerpo (Lowen, 1998).

La imagen corporal cumple dos funciones importantes en la vida adulta:

- 1) Sirve de modelo para llevar a cabo la actividad motriz.
- 2) Sirve para ubicar las sensaciones.

Los esquizofrénicos se confunden al ubicar sus sensaciones y también presentan deficiencias en la expresión del sentimiento. Sus dibujos suelen

reflejar esta inexpresividad. Estos poseen características comunes: las figuras no tienen vida, a menudo son grotescas, o bien meramente bosquejadas. Parecen estatuas, payasos, muñecos, espectros, zombis o espantapájaros (Lowen, 1998).

La gente experimenta la realidad del mundo a través de su cuerpo. Recibe los estímulos del ambiente y responde a ellos. Si el cuerpo carece de vida, las impresiones y respuestas de la persona disminuyen. En esta situación el esquizofrénico se encierra cada vez más en un mundo de imágenes, disminuyendo cada vez más su conciencia corporal.

En la personalidad escindida del esquizofrénico existen dos identidades que se contradicen una a la otra. Una se basa en la imagen del ego y la otra del cuerpo, esta disociación se manifiesta en el físico del esquizofrénico, en el cual se observa un alejamiento de la realidad por lo inerte de su cuerpo, como si se hallara en otro lugar. Tiene una expresión vacía en los ojos, su rostro se asemeja a una máscara, su cuerpo rígido y falta de espontaneidad. En sus movimientos camina mecánicamente como soldado de madera o se desplaza como zombi por la vida.

Laing (1975) señala que, en las personas normales se producen estados transitorios de disociación del yo y del cuerpo, sobre todo en situaciones de peligro o en estados intensamente placenteros. El cuerpo puede seguir actuando en forma normal exteriormente, pero interiormente se siente que obra por sí mismo, en forma automática. En el psicótico, esta división no es sólo momentánea, sino que es una orientación básica hacia la vida, la cual tiene su origen desde los primeros meses de la infancia. El psicótico vive en un mundo que para él es un mundo que amenaza a su ser por todas partes y recurre a esta escisión como una forma de defensa. Por lo tanto, sus percepciones y el trato entre él y el mundo externo están dominados por lo que Laing llama un "falso yo" y su "verdadero yo" está excluido de participación directa en la relación del individuo con otras personas y con el mundo. El psicótico desconoce una parte de su propio ser. Al ver que no puede relacionarse con los otros, el psicótico a manera de defensa recurre al aislamiento. Al entregarse a este aislamiento, se preocupa cada vez más por figuras de su fantasía, pensamiento, memoria, etc. De tal forma que en su fantasía es omnipotente y completamente libre. "La persona que no actúa en la realidad y sólo obra en la fantasía se vuelve irreal. Para esa persona el "mundo real" se encoge y empobrece. La "realidad" del mundo físico y de las demás personas deja de ser un incentivo

para el ejercicio creador de la imaginación, y por lo tanto pasa a tener cada vez menos significación en sí mismo. La fantasía, al no encontrarse, en cierta medida, encarnada en la realidad, o enriquecida por inyecciones de "realidad", se torna cada vez más vacía y volatilizada. El "yo", cuya relación con la realidad ya es tenue, se torna cada vez menos una realidad, menos un yo, y es cada vez más "fantasmaticado" a medida que se ve cada vez más entregado a relaciones fantasmáticas con sus propios fantasmas (imágenes)" (Laing).

Los cambios que sufre el "yo interior" son fundamentalmente cuatro:

1. Se torna "fantasmaticado" o "volatizado" y por lo tanto pierde toda identidad firmemente arraigada.
2. Se vuelve irreal.
3. Se torna empobrecido, vacío, muerto y dividido.
4. Se carga cada vez más de odio, miedo, envidia.

El yo solamente se pone en juego frente a objetos de la fantasía, mientras que el "falso yo" es el que trata con el mundo exterior. El yo solamente puede ser real en relación con personas y cosas reales (Laing).

El cuerpo es el nivel del sistema del falso yo y el verdadero yo al no estar arraigado en el cuerpo mortal se torna más fantasmaticado. Este sistema no es considerado como parte de su yo. A medida que la persona va perdiendo su identidad por el aislamiento del yo de la realidad, el falso yo se torna cada vez más extenso, irrumpiendo cada vez más en el ser del individuo hasta que considera que todo pertenece a este sistema. Hasta que el individuo siente que todo lo que hace y percibe no es él mismo, volviéndose el cuerpo cada vez más autónomo. En la posición psicótica, el cuerpo se concibe no solamente como si operara para complacer y aplacar a otros, sino como si poseyera realmente a otros. El individuo puede sentir que sus percepciones son falsas y a la vez, que las otras personas le están haciendo trampas porque están mirando al mundo a través de sus ojos. en esta situación, el psicótico recurre a procedimientos mágicos para poder adquirir cierta realidad, las cuales incluyen tocar, copiar, imitar, formas mágicas de robarla, someterse a sí mismo al dolor o terror intensos, ponerse en situaciones de grave peligro. El psicótico recurre a la denegación del ser como una manera de preservar el ser. Siente que ha matado a su "yo" y al parecer lo ha hecho con objeto de evitar ser matado. Está muerto para poder seguir estando vivo (Laing).

La división del yo con respecto del cuerpo es utilizado como un medio básico de defensa. El yo teme alojarse en el cuerpo por miedo de verse sujeto a ataques y peligros de los que no pueda escapar. Sin embargo, el yo al estar fuera del cuerpo descubre que no obtiene las ventajas que esperaba alcanzar. El yo interior a su vez se divide y pierde su propia identidad e integridad. Y el lugar que ocupa el yo se convierte en su propia cámara de tortura, en donde es perseguido por partes divididas de sí mismo y por sus propios fantasmas que han escapado a su dominio (Laing).

La disociación en el esquizofrénico no ocurre solamente entre el yo y el cuerpo sino que el cuerpo mismo se halla disociado, fragmentado en partes. No es capaz de reconocer la unidad de su cuerpo. Es muy frecuente que el enfermo sienta solamente la existencia de una parte del cuerpo, que ocupa para él el sitio de la totalidad de éste. En este caso, el individuo todavía es capaz de reconocerlo y vivirlo como un cuerpo limitado. En otros casi se produce una disociación entre el adentro y el afuera, perdiendo los límites del propio cuerpo (Pankow, 1969). Esta pobre diferenciación entre el yo y el medio circundante da lugar a una confusión entre lo que es realidad y fantasía. Este defecto en la verificación de la realidad tiene sus raíces en el hecho de que no se resolvió la relación simbiótica entre la madre y el infante. Debido a tal fracaso, el niño nunca logra establecerse como persona independiente y separada (Cameron, 1994).

El paciente esquizofrénico experimenta tanto el deseo como el temor de fundirse en una unión simbiótica con otra persona. De niño estaba confundido y atemorizado por la experiencia alternada de rechazo y sobreprotección asfixiante en relación con su madre. Al mismo tiempo, estaba aterrado de las consecuencias de esta unión y trastornado por la dificultad de percibir con precisión los límites que le separan del resto del mundo y en particular de la demás gente. El paciente quiere ser distinto y separado, tener una existencia y una entidad propia, pero al mismo tiempo teme el aislamiento, el abandono y la pérdida de seguridad que podrían resultar (Mackinnon, 1985).

También Freud (1984) señaló que el psicótico presenta una apatía afectiva, la pérdida de toda participación en el mundo externo. Para él la etiología de la psicosis es la frustración, el no cumplimiento de los deseos de la infancia. Esta frustración es casi siempre una frustración externa.

Freud dice que en la psicosis se producen dos pasos: el primero es el alejamiento del yo de la realidad y el segundo es un intento por restablecer el vínculo con la realidad por medio de la creación de una realidad nueva. Tanto en la neurosis como en la psicosis se expresa una incapacidad para adaptarse al apremio de la realidad. Nada más que en la neurosis se evita, al modo de una huida un fragmento de la realidad. La neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella; en cambio en la psicosis se desmiente la realidad y procura reconstruirla. Cameron comenta que las reacciones esquizofrénicas son intentos regresivos de escapar de la tensión y la ansiedad mediante el abandono de las relaciones de objeto interpersonales realistas y la construcción de delirios y alucinaciones.

El psicótico al retirar su libido de las personas o cosas del mundo externo, ésta es conducida al yo. Condición a la cual Freud llama narcisismo secundario, ya que constituye un estado que ya antes había existido, que se edifica sobre la base de un narcisismo primario.

Según Jung, en un paciente esquizofrénico la conexión entre el yo y algunos de los complejos¹ está interrumpida totalmente. Los complejos son solamente relativamente autónomos, pero en la esquizofrenia éstos se convierten en fragmentos completamente desconectados. Entonces cada complejo vive su propia existencia sin una personalidad que los una, desintegrando la personalidad. Las figuras divididas asumen nombres y caracteres banales, grotescos o altamente exagerados. Irrumpen y perturban en cualquier momento, atormentando al ego.

En la esquizofrenia se produce una intrusión del material del proceso primario². Por lo cual la esquizofrenia al igual que los sueños se ha considerado como una vía para llegar al inconsciente (Cameron).

Jung observó que los síntomas esquizofrénicos se asemejan a los fenómenos que se observan en los sueños, debido a que las dos consisten en un *abaissement*, en donde disminuye la concentración y la atención y decrece el valor de las asociaciones. En donde en lugar de las conexiones de ideas razonables aparecen intrusiones ilógicas, desconectadas y extrañas que interrumpen la continuidad temática. Sin embargo, también existen

¹ Un complejo es un grupo de ideas o imágenes emocionalmente intensas. Estos constituyen los componentes de la psique y el origen de todas las emociones humanas y son relativamente autónomos (Sharp, 1994).

² El proceso primario es el que gobierna el material inconsciente. En el cual no hay sentido del tiempo, orden ni lógica, y las contradicciones pueden coexistir sin anularse unas a otras. La condensación y el desplazamiento son otras características del proceso primario.

diferencias, ya que en el sueño se extingue totalmente la conciencia, mientras que la esquizofrenia trastorna el estado consciente o de vigilia.

Tanto en los sueños como en la esquizofrenia se manifiesta un material personal y colectivo. Sin embargo, en la esquizofrenia predominan los símbolos colectivos.

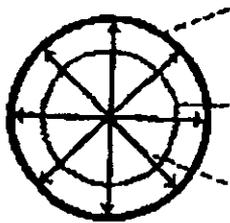
En el esquizoide existe un sentimiento de terror que asecha en su interior, que se puede compara con una bomba sin explotar aún. La única manera de evitar ese terror es reprimiendo este sentimiento. Al hacer esto, los miedos dejan de tener nombre y rostro, sin embargo, persisten en el inconsciente. Cuando el temor se vuelve consciente, el paciente puede conocer sus elementos, que son el miedo a ser abandonado, a resultar destruido y a destruir a alguien. El rechazo que inconscientemente siente la madre hacia el niño, da lugar a un sentimiento de miedo en el niño a ser abandonado si le exige algo a la madre. Por otro lado, el niño guarda una furia asesina contra la madre, lo cual es igualmente aterrador.

El efecto de tales experiencias es que se inhibe la agresividad del individuo. El esquizoide teme exigirle algo a la vida que pueda proporcionar satisfacción, ya que esta idea evoca en él una sensación de terror, por lo que restringe sus actividades. Este terror tiene que ver con el miedo a perder el control, ya que en tal caso podrían surgir los impulsos reprimidos. Por el hecho de reprimir sus deseos, el esquizoide termina no sabiendo lo que quiere. La negación del placer lo lleva a rechazar su cuerpo. Para sobrevivir al terror insensibiliza su cuerpo reduciendo su respiración y su motilidad. De esta manera evita que se liberen sus impulsos reprimidos (Lowen, 1998). Sin embargo el sentimiento de terror que lo invade le hace percibir los movimientos internos de su energía como un campo de batalla en que luchan Dios y el diablo, lo bueno y lo malo, para apoderarse de él. A veces proyecta hacia el exterior esas fuerzas y entonces el esquizofrénico ve peligros y catástrofes por todos lados. Esto mismo hace que no tenga tranquilidad ni es capaz de gozo alguno. Es tal su pesimismo que aun cuando le sucedan acontecimientos positivos no siente ninguna satisfacción por el terror de que a eso le siga una catástrofe mayor. Para no hundirse en este mar de peligros, y de desesperación, el esquizofrénico tiende a vivir en un mundo de fantasías que le sirven de apoyo en su terror y soledad (Ramírez, 1995).

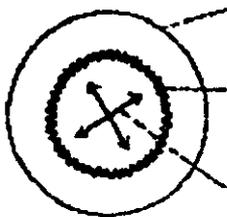
El esquizoide para mantener el vínculo con la realidad representa un papel, que tiene que ver con el "falso yo". Pero cuando se confronta con su self,

se derrumba la estructura esquizoide, produciéndose una crisis esquizofrénica. Sin embargo, detrás de su defensa anida una añoranza profunda de un verdadero contacto.

La supervivencia del esquizoide depende de que su mente tenga el control total sobre su cuerpo. El cuerpo se convierte entonces en instrumento de la voluntad y obedece las órdenes de la mente, desplazando al placer. La voluntad en el esquizoide sirve para mantener la unidad de su personalidad, para cumplir esta función, la voluntad debe de estar siempre activa. Por consiguiente, la musculatura se halla en un continuo estado de contracturación. La espasticidad de los músculos explica la rigidez característica del cuerpo esquizoide, que hace las veces de barricada contra el terror (Figura 1). La contracturación crónica de los músculos profundos es la causante del estrechamiento del cuerpo, lo cual produce el típico aspecto asténico.



Condición normal



Condición esquizoide

PERIFERIA. La línea gruesa indica la integridad de la superficie que se mantiene gracias a una carga proveniente de adentro.

MUSCULATURA VOLUNTARIA. La línea fina indica el estado de distensión y expansión.

IMPULSOS. Tienen la necesaria intensidad para llegar hasta la superficie, y son rítmicos.

PERIFERIA. La línea de puntos indica la permeabilidad y ausencia de una carga.

MUSCULATURA VOLUNTARIA. La línea gruesa indica el estado de contracturación de los músculos.

IMPULSOS. La formación de impulsos es débil y esporádica.

FIGURA 1

La inmovilización de la musculatura corporal en el estado esquizoide posee una doble significación. Por una parte constituye una defensa contra el terror y un modo de mantener cierta unidad de la personalidad. Por otra parte, es una expresión directa del terror, puesto que representa la actitud física de quien está paralizado del miedo.

El derrumbe de la rigidez esquizoide sumergiría al individuo en una crisis esquizofrénica. El derrumbe hace que se pierdan las fronteras del ego y se destruya la poca o mucha unidad e integridad que haya en su personalidad (Lowen, 1998).

Según Reich este acorazamiento resulta por lo general de crueles castigos cometidos al niño por hechos totalmente inocentes. Por ejemplo, la madre que no puede sacar su frustración y enojo hacia el padre, castiga al niño de 3 o 4 años por alborotar, por bailar o por alguna otra actividad totalmente inocente. La reacción natural del niño es una rabia perfectamente justificada contra tal crueldad, pero el niño teme demostrarla y quiere, en cambio, llorar; también el llanto está prohibido ya que un niño bueno y una niña buena no lloran, no demuestran sus emociones.

Existen dos estrategias mutuamente excluyentes en el esquizoide mediante las cuales se defiende del terror y la demencia:

- 1) La más común es la rigidez física y psicológica, que sirve para reprimir el sentimiento y mantener el cuerpo controlado por el ego. También le sirve para prevenir un colapso, esto es, un estallido de destructividad (Reich, 1989). Sin embargo, para romper esta coraza es necesario que las emociones más profundas en especial la ira, irrumpen hacia la superficie.
- 2) Una flojedad superficial o falta de tono muscular en lugar de la rigidez. Esta condición generalmente sobrevendría luego del derrumbe de la defensa rígida y conduciría a la esquizofrenia. Y representa un repliegue para alejarse del campo de acción. Perdió la posibilidad de oponer resistencia. Ya que el cuerpo que carece de toda sensación ya no puede sentir susto ni espanto.

"La condición esquizofrénica es una situación de caos en la cual cada facultad de la personalidad abandona a las restantes" (Lowen, 1998).

Muchas fuerzas pueden alterar el equilibrio esquizoide y producir un episodio psicótico. Según Lowen, las más comunes son:

- 1) A menudo se produce un ataque psicótico debido al uso de una droga, que temporalmente impide a la mente ejercer el control sobre el cuerpo.

- 2) La falta de horas de sueño. Ya que debilita el control que ejerce la mente sobre el cuerpo.
- 3) Ante situaciones emocionales que el esquizoide no puede manejar, ejemplo: el matrimonio, una crisis económica, el nacimiento de un hijo, etc.
- 4) Periodos críticos de la vida como la adolescencia y la menopausia. Debido a la irrupción de los impulsos sexuales, la adolescencia es un periodo particularmente difícil para el esquizoide.

El estado esquizofrénico es la negación de la realidad. Si la negación es total, se disipa el terror. Si el aspecto del terror es el miedo a ser aniquilado, la condición esquizofrénica constituye un refugio, ya que el individuo no puede ser destruido si no es él, y no existe en el tiempo y el espacio presentes.

Por otra parte, si el terror proviene del miedo a destruir a otra persona, utiliza un mecanismo paranoide para eliminar su miedo. De esta manera son los demás los que planean aniquilarlo.

El psicótico se encuentra aterrado y su conducta expresa este sentimiento, pero es incapaz de relacionarlo con algún acontecimiento específico. Actúa como si estuviera "poseído" por una fuerza extraña sobre lo cual no tiene control.

Dado que el esquizoide presenta una disociación, también las fuerzas de vida y de muerte están divididas.

Cuando experimenta sentimientos de vida positivos surge en él la ansiedad. Esta ansiedad procede de un sentido subyacente de fatalidad. Surge del miedo a ser castigado por sentirse bien. Cuando la ansiedad se intensifica, al individuo no le queda más remedio que boicotear esa sensación de bienestar lo cual da lugar a una conducta autodestructiva, que posee un valor de supervivencia.

"El dilema del esquizoide es no poder avanzar hacia una relación satisfactoria debido al terror y no poder permanecer donde está debido al sentimiento de estar solo y aislado" (Lowen, 1998, p.114).

En la personalidad escindida, sexo y muerte se hallan estrechamente relacionados. Cuando uno lucha por mantenerse con vida, cualquier cosa que amenace con minar el propio autocontrol constituye un peligro mortal. Los sentimientos sexuales presentan dicho peligro.

En la personalidad esquizoide existió una ausencia de intimidad física placentera entre madre e hijo. El niño vive entonces la falta de contacto como abandono. Si sus exigencias para lograr este contacto no son respondidas de

manera cariñosa, el niño crecerá con la sensación de que nadie lo quiere. Quizás hasta puede provocar en los padres una reacción hostil. Entonces reprimirá todo deseo de intimidad para evitarse el dolor de un anhelo no satisfecho. Y aprenderá que para sobrevivir tiene que reprimir el sentimiento y el deseo. Ya que sentir el anhelo es percibir el abandono, lo que para el niño equivale a la muerte (Lowen, 1998).

La persona desesperada reacciona ante cada situación como si fuera cosa de "vida o muerte". Siempre tiene que optar entre todo o nada, entre blanco o negro.

El esquizoide no puede vencer su desesperación mientras no esté seguro de que tiene la capacidad de sobrevivir. La persona desesperada se crea ilusiones para mantener el espíritu en su lucha por la supervivencia. Con esto evade la aterradora realidad de la aniquilación. De esta manera se crea un círculo vicioso entre la desesperación y la ilusión, ya que cuanto más la ilusión rechaza la realidad, más desesperado es el intento de mantenerla.

Las personas adquieren un sentido del self y un sentimiento de identidad gracias a que de niños fueron el centro del amor de sus padres, y sintieron que son especiales para ellos. Sin embargo, ese sentimiento se convierte en ilusión cuando el amor de los padres se da condicionalmente, a cambio de que el niño renuncie a su naturaleza instintiva o animal. Entonces la ilusión se utiliza para dar sustento al ego y negar el sacrificio (Lowen, 1998). Referente a la ilusión, Reich comenta que ésta no es una mera construcción psicótica carente de base en la realidad sino por el contrario, describe una realidad profundamente sentida, si bien de manera distorsionada.

La ilusión oculta un sentimiento de desesperanza. Cuanto más profunda sea la desesperanza, más fuertes serán sus ilusiones, lo cual conduce a una mayor desesperación. Cuando se derrumba la ilusión la persona es capaz de comprender que sus ilusiones y su desesperación son producto de su desesperanza interior. Las ilusiones, por lo tanto, sirven para negar la desesperanza. Cuando la ilusión adquiere fuerza, requiere que se la satisfaga con lo cual lleva al individuo a presentar una conducta desesperada. Si la desesperación es la enfermedad, la desesperanza es la crisis que puede llevar a la recuperación.

Cuando la persona deja de aferrarse a sus ilusiones comprueba que también existe la esperanza. A medida que el paciente deja de huir de sí mismo, la desesperación se convierte en desesperanza (Lowen, 1998).

El rechazo del cuerpo produce una ilusión esquizoide común: la de la no agresión. Entendiendo como agresión un movimiento que se dirige hacia algo. Los actos agresivos llevan al individuo a relacionarse con las personas, las cosas o las situaciones. Su objetivo es la satisfacción de necesidades, por lo tanto, el renunciar a la agresión reduce la capacidad de placer del organismo. En la vida adulta el placer es un proceso activo. El placer pasivo caracteriza la vida del infante. Por eso el opuesto psicológico de la agresión es la regresión. El esquizoide racionaliza su conducta autodestructiva y encuentra justificativos en el desamparo y la desesperación que siente.

En la persona desesperada alberga una fuerza demoniaca dentro de sí. La voz del demonio es la voz del cuerpo rechazado que se venga del ego que lo negó. Cuando la ilusión se desmorona, el ego queda indefenso. Entonces, el cuerpo que se mantuvo a merced de la ilusión reacciona destructivamente destruyendo todo lo que la ilusión se proponía conseguir. El cuerpo se expresa contra la voluntad del ego.

Al impedirseles participar en la vida consciente, las rechazadas pasiones del cuerpo crean su propio reino del infierno, mediante este proceso nace el demonio.

Jung dice que los demonios son intrusos procedentes del inconsciente en la continuidad del proceso de nuestra conciencia. May considera que lo demoniaco o daimónico es cualquier función natural como la sexualidad, el erotismo, la cólera, la pasión, el anhelo de poder, que tiene el poder de dominar a la totalidad de la persona (Diamond, 1998).

La persona que sólo se identifica con su ego no toma conciencia de esa deshonestidad. Dicha conducta se origina en un profundo sentimiento de culpa que produce una disociación entre la mente consciente y los sentimientos del cuerpo.

Reich (1989, p.399) señala que "el mundo esquizofrénico es una mezcla de misticismo y de infierno emocional humano de penetración a través de una visión distorsionada, de Dios y del Diablo, de sexualidad pervertida y de moral asesina, de cordura hasta el grado más elevado del genio y de demencia en sus abismos más profundos, todo fundido en una sola y horrible experiencia".

Los elementos que intervienen en la formación de la entidad demoniaca son:

- La sexualidad reprimida
- La ira reprimida. Su defensa contra la ira es la rigidez y la inmovilidad, al igual que contra su terror. El hecho de que utilice la misma defensa contra

la ira y contra el terror indica que estos dos están íntimamente relacionados. El terror esquizoide es el miedo a los impulsos destructivos de la personalidad. La ira es la reacción frente al terror.

La ira y el terror tienen su origen en el rechazo parental. Debido a que el esquizoide se vio en la necesidad de suprimir su ira y portarse sumiso ante sus padres, cuando es adulto hace un acting de su ira sobre quienes dependen de él con lo cual revierte la situación original en la cual él experimentó la ira de su madre.

Debido a que la fuerza demoníaca se halla oculta y el ego niega su existencia, la apariencia superficial del individuo es de bondad y dulzura. Pero tras la máscara superficial se esconde lo diabólico.

En otros casos se puede observar un aspecto exterior monstruoso que adquiere muchas formas: espectros, zombis, estatuas y duendes. En realidad en el interior de estas personas existe un niño perdido. Y el cuerpo es su defensa contra el dolor y la desilusión que sentiría si se permitiera experimentar sus infantiles ansias de amor y comprensión. También es su desesperado intento de obtener aprobación sacrificando sus sentimientos. En este caso, todos los sentimientos negativos se personifican en el aspecto exterior, dejando en el interior a un niño inocente. En cualquier caso se puede observar una división de la personalidad (Lowen, 1998).

Otro síntoma habitual en la esquizofrenia es la *alucinación*. Esta se basa en la proyección, que determina la forma y contenido de aquella. Las palabras que escucha son sus propios pensamientos. Mackinnon (1985) señala que los delirios y las alucinaciones se presentan como productos pertenecientes al pensamiento del proceso primario, al igual que todos los demás síntomas, hasta ese momento inconsciente, que han escapado a la represión, invadiendo la organización consciente. Para intentar enfrentarse a esas invasiones caóticas, extrañas y a menudo atemorizantes, los pacientes recurren al método de negarlas y proyectarlas. Como los límites del ego o del yo son siempre inadecuados, muchos esquizofrénicos sufren la duda perpetua de si lo que están negando y proyectando se encuentra fuera o dentro de ellos. Estas experiencias que provienen de las fantasías y los conflictos inconscientes se pueden proyectar también como cambios corporales con lo cual se producen los delirios somáticos. Las alucinaciones, ilusiones, ideas delirantes y conductas extravagantes son síntomas secundarios, derivados de los trastornos primarios en el pensamiento y el sentimiento. Y representan intentos de adaptarse al

déficit primario del paciente, de defenderle contra la ansiedad, de reparar el daño psicológico causado por su enfermedad y de ayudarle a restablecer el contacto con el mundo real.

La inhibición del instinto agresivo da lugar a una actividad anormal del componente espiritual y sensorial.

La disociación entre los dos impulsos instintivos se produce por el bloqueo del canal por el que pasan los impulsos agresivos, impidiendo a éstos llegar a la conciencia. Este bloqueo se sitúa en los músculos profundos en la base del cráneo, produciéndose así una escisión entre el movimiento y la percepción. Los impulsos agresivos al llegar a la base del cráneo son desviados la mayor parte hacia atrás, y otra parte a los oídos o a través de los ojos; lo cual explica las alucinaciones. Son los impulsos agresivos los que se proyectan hacia el exterior. A parte de este bloqueo, el esquizofrénico sufre otro bloqueo en la unión de la pelvis con la columna vertebral, lo cual impide al impulso agresivo alcanzar la descarga sexual (Lowen, 1988).

Según Cameron, Mackinnon y Freud, las alucinaciones y los delirios son un intento nuevo de manejar constructivamente el medio ambiente social con el cual se ha perdido contacto. Debido a esto, dice Freud, lejos de ser el delirio el sello de la enfermedad, es el camino de la curación y un esbozo de la misma.

Otro síntoma habitual son las *ideas de incorporación*, las cuales se producen porque posee un fuerte sentimiento de privación, y de esta manera expresa su necesidad fetal de unión y dependencia. También por esto se producen a menudo comportamientos regresivos en el esquizofrénico (Lowen, 1988).

Los estados de catatonía y estupor son intentos de restaurar la función del yo, de rehacer el mundo objetivo perdido. La rigidez catatónica refleja un conflicto entre el impulso a actuar y la defensa contra él. En ambos casos, la motilidad se ve muy reducida, pero la percepción sensorial permanece despierta.

En la catatonía existe cierto grado de unidad de la percepción y el impulso. A causa de esta unidad, el yo puede dominar el impulso. El yo, como parte de su función de órgano de percepción posee el poder de inhibir o liberar la acción. La función inhibidora se deriva de su posición de control en el principio de realidad.

El yo en este caso se niega a permitir una acción que pueda conducir a una situación peligrosa.

Según Reich (1989), el ataque catatónico se debe a una paralización más o menos completa del funcionamiento bioenergético en la periferia del organismo. Esta paralización es provocada por el retraimiento de la bioenergía hacia el centro del cuerpo. Dando lugar a los síntomas de inmovilidad, torpeza, en el habla o mutismo. Por otra parte, síntomas tales como movimientos automáticos, estereotipados, amaneramientos, ecolalia y en particular la irrupción brusca de violenta ira, podrían comprenderse como un intento por parte del resto de la energía móvil, de superar la inmovilidad mediante movimientos forzados o automáticos, desde el centro hacia la periferia. Parecen ser expresión de un intento desesperado pero fútil de recuperar la sensación en esas partes del cuerpo que se sienten muertas.

Estableciendo una mejor motilidad, sus percepciones también se coordinan una a una entre sí hasta que, de manera gradual el esquizofrénico puede alcanzar un punto en que se mueva de un modo coordinado como un todo, y las diferentes percepciones del yo se unen en una percepción total del yo en movimiento (Lowen, 1988)

La falta de contacto con los sentimientos que se da en el esquizoide se puede observar claramente en sus ojos, los cuales parecen no mirar a la persona que está hablando con ellos, sino que parecen perdidos en la lejanía. Son totalmente inexpresivos. No pueden orientar su visión con sentimiento. La incapacidad que tiene el esquizoide de centrar la visión procede de la ansiedad que le produciría transmitir sus sentimientos a través de la mirada. Si mirara con sentimiento, tomaría conciencia del sentimiento, por lo tanto para suprimir el sentimiento tiene que mantener la mirada vacía. Sin embargo, cuando los sentimientos logran alcanzar el ego, los ojos denotan una mirada de furia o terror no dirigidos, lo cual es índole de la esquizofrenia. La mirada ausente se observa más en el esquizoide.

Su rostro presenta un aspecto de máscara, inexpresivos, hay una total ausencia de alegría en la expresión. La máscara adquiere varias formas: el rasgo característico es una sonrisa fija de la cual no participan los ojos. Esta sonrisa puede reconocerse porque no es apropiada y porque no corresponde con un sentimiento de placer, sino más bien es un intento por aliviar la tensión de la expresión. Tras esta máscara se advierte en el esquizoide una cara de tipo cadavérico. La máscara que adopta de negar todo sentimiento es una defensa contra el terror y la ira que siente, pero también le sirve para suprimir todo deseo. Pensa que no puede darse el lujo de sentir ni de desear, pues eso lo

volvería vulnerable a alguna catástrofe, rechazo o abandono. La boca nunca es carnosa o sensual. Y su mandíbula es muy rígida, lo cual ayuda a impedir que se manifieste en sus ojos su sentimiento de terror. No tiene capacidad de gruñir y morder debido a que sus músculos se hallan contracturados. Esta inhibición tiene que ver con una perturbación oral, que se manifiesta en la renuencia de la persona a tratar de obtener algo estirando la boca y succionar. Esta perturbación oral parte de un conflicto infantil con una madre que no supo satisfacer las necesidades orales del niño. Debido a la frustración, el niño trata de morder, sin embargo, la madre reacciona con tanta hostilidad, que al niño no le queda más remedio que suprimir su agresión oral y eliminar sus deseos.

Existe una falta de alineación entre la cabeza y el resto del cuerpo. Da la impresión de no estar unida al cuello. Los músculos del cuello y hombros se hallan tensionados, lo cual parece relacionarse con una actitud de altivez y retraimiento. La altivez se observa sobre todo en los pacientes con un cuello largo y delgado que parece separado de la cabeza y del resto del cuerpo. En estos casos los hombros están hundidos lo cual acentúa más la separación. En otros, los hombros están elevados como si el paciente tratara de utilizarlos para mantenerse erguido. A consecuencia de esta rigidez, los brazos le cuelgan como apéndices, más que como prolongación de un organismo unificado. Estos tienen fuerza, pero el movimiento de golpear se halla escindido.

La mitad superior del cuerpo es relativamente poco desarrollada en lo muscular. El tórax tiende a ser angosto, tenso y en condición desinflada, lo cual perjudica la respiración. En otros casos menos severos puede hallarse una inflamación compensatoria del pecho. En todos los casos hay un estreñimiento de la cintura debido a una contracción crónica del diafragma. Esta contracción produce la impresión de que el cuerpo está dividido en dos mitades. La mitad superior que se identifica con el ego y la mitad inferior que pertenece a la sexualidad.

La articulación de la cadera carece de libertad de movimiento. Existe un bloqueo en la base del cráneo y la parte baja de la espalda, a la altura de la unión de la pelvis con la columna vertebral.

Los músculos de los muslos y las piernas pueden ser flácidas o estar desarrolladas, en cualquiera de los casos, existe una falta de contacto con el

suelo. La insensibilidad de las piernas constituye una alteración muy común en los esquizoides. Gisela Pankow (citado en Lowen 1998), relaciona la escisión entre la zona de la cabeza y la zona de las piernas con el rechazo a la idea de un cuerpo sexualizado. Existe una conexión entre las piernas y la función sexual. Al escindir la imagen de la mitad inferior de su cuerpo a fin de evitar las sensaciones sexuales, el esquizoide se disocia de la función de las piernas que representan independencia y madurez.

Los pies son muy débiles y las articulaciones son rígidas e inmóviles. La resultante limitación de la motilidad es más evidente en la imposibilidad para esos pacientes de flexionar las rodillas cuando están con los pies apoyados en el piso. En muchos pacientes los pies están invertidos, o sea, que cada uno apunta hacia el otro. Esta inversión traslada el peso del cuerpo al costado externo de los pies y produce un leve arqueamiento de las piernas. Todo esto se relaciona con un trastorno vivido en la temprana infancia, en la cual los pies se encuentran enfrentados. Existe una fijación en esta etapa. También se observa el infantilismo en los pacientes de pies muy pequeños.

La gran tensión interna la puede vivir el esquizofrénico a través de una hipermotilidad; una rigidez hipertónica, en donde el movimiento es mecánico y disociado de todo contenido emocional; o una apatía hipotónica. La rigidez funciona como una defensa siempre y cuando sea inconsciente. Cuando el estado del cuerpo del esquizoide es más de colapso que de rigidez, el estado de ánimo dominante de la personalidad es el temor. Estos casos están más cerca del extremo esquizofrénico.

El esquizoide no respira normalmente. Su respiración es poco profunda, debido a que no inspira la cantidad necesaria de aire. La causa más importante de que el esquizoide inhiba su respiración es la necesidad de eliminar las sensaciones corporales desagradables. La respiración poco profunda impide la existencia de sentimientos en el vientre, donde el esquizoide ha encerrado su sexualidad reprimida.

La represión de la sexualidad produce una sensación de vacío en estos pacientes. La dificultad respiratoria del esquizoide se debe principalmente a la imposibilidad de expandir suficientemente los pulmones e inhalar aire en cantidad suficiente. Su pecho tiende a ser angosto, constreñido y tenso.

El esquizoide teme abrirse y dejar entrar al mundo. Cuando comienza a hacer más profunda su respiración siente ansiedad, el cual está relacionado con el

miedo a perder el control o a derrumbarse. Si la ansiedad se vuelve demasiado intensa, el paciente a veces se deja dominar por el pánico.

El patrón de respiración en estos pacientes se vuelve predominantemente costal, produciendo tensión en el diafragma y los músculos abdominales. Esta tensión tiene por fin impedir que llegue al plano consciente todo sentimiento de dolor, de añoranza y de sexualidad. Esta respiración costal también es la manifestación fisiológica de un miedo reprimido. Para defenderse de ese terror, la persona reduce su respiración. Ya que respirar poco equivale a sentir poco también (Lowen, 1998). El organismo funciona como un todo, con relación entre los sistemas funcionales: si la respiración es limitada, se reduce la posibilidad del movimiento y el movimiento determina el sentimiento (Lapassade, 1983).

El esquizoide respira como si estuviera en un estado de terror.

El efecto inmediato de la inmovilidad del diafragma es la división del cuerpo en dos mitades: superior e inferior.

Los sentimientos de miedo, de desesperanza y terror producen un efecto depresivo sobre el cuerpo del esquizoide. Estos sentimientos hacen que el cuerpo se vuelva frío, de hecho, se ha observado que la temperatura de la piel en los esquizofrénicos es inferior a lo normal. También presenta un metabolismo basal más bajo.

El esquizoide utiliza su energía para sobrevivir, para mantenerse íntegro, de tal manera que cuando se presenta una verdadera crisis no tiene reservas a las que recurrir.

El esquizoide presenta una motilidad reducida o bien una hiperactividad inquieta y exagerada. La hipomotilidad es característica del esquizoide que tiende a ser reservado. En cambio, la hipermotilidad se observa en esquizoides con tendencia paranoides que impulsivamente hacen un acting de sus sentimientos.

1.3. Mecanismos de defensa

En la esquizofrenia el sujeto regresa a puntos de fijación más profunda y mucho más dispersos que en otras patologías. En cuanto sufre la regresión, el paciente reaviva miedos, deseos, conflictos y fantasías que pertenecen a las fases primeras del desarrollo de la personalidad, fases en las que no existen

relaciones de objeto genuinos. Entonces él mismo y las cosas o personas que lo rodean parecen perder su identidad y mezclarse.

La dispersión en cuanto a los puntos de fijación aumenta la confusión del esquizofrénico y hace que fluctúe de un nivel a otro.

En esos niveles de regresión profunda la represión termina por ser inútil. Las defensas y los métodos de enfrentamiento dominante vuelven a ser los infantiles: la identificación primaria, la introyección y la proyección.

En el esquizofrénico se da una represión defectuosa. Cameron explica que el individuo estuvo expuesto a una tensión y una ansiedad excesivas antes de que la represión hubiera madurado como defensa del ego. La madre o la figura materna de la persona no tuvo éxito en proporcionarle un ego sustituto en un momento en que el ego de dicha persona estaba mal diferenciado.

Las defensas represivas son las encargadas de mantener una barrera funcional que separa los procesos inconscientes de las organizaciones conscientes. El que los esquizofrénicos no logren desarrollar defensas represivas adecuadas durante la primera parte de su niñez; los deja susceptibles a las invasiones provenientes del material del proceso primario. Son incapaces de controlar y canalizar sus pulsiones emocionales y tienen serias dificultades en estructurar un yo coherente que resista las intromisiones de la realidad externa. Las cosas y los sucesos que debieran ser experimentados como internos parecen externos o fluctúan entre parecer internos y parecer externos.

En las reacciones esquizofrénicas esas dificultades se ven complicadas por una regresión a fases en las cuales no había un ego o un superego estable.

Los pacientes esquizofrénicos dependen sobre manera de los mecanismos de negación y proyección primitivos. La negación se usa tanto para partes de la realidad externa como contra las intromisiones del proceso primario que provienen de la realidad interior inconsciente. Como ante todo los amenazan los brotes de pulsiones primitivas agresivas, lo que niegan y proyectan es más que nada agresivo y hostil, aunque no exclusivamente. La negación y la proyección llevan al esquizofrénico a tener alucinaciones y delirios.

También los esquizofrénicos utilizan mucho la introyección e identificación. La introyección es una incorporación simbólica. En la regresión esquizofrénica aparecen fantasías de introyección que expresan incorporaciones arcaicas.

La identificación se puede derivar de la introyección y la imitación. En la regresión esquizofrénica, la identificación puede volverse imitadora e introyectiva, pero en formas arcaicas inferiores. Un paciente puede imitar la conducta de otra persona, pero no por jugar o por ambición, sino simplemente para incrementar el autocontrol o para tener dentro de sí los poderes que en la otra persona supone. Se trata de una variedad de magia.

1.4. Etiología

Se ha visto entonces que en el esquizofrénico hay una escisión de la estructura corporal. Esta escisión en la unidad del organismo tiene como agente etiológico, según Lowen (1998) el odio de la madre hacia el niño.

El explica que el odio es amor congelado y se da por un endurecimiento que se produce por constantes rechazos al amor del sujeto. Solamente se produce en estructuras rígidas. El hijo de una mujer que odia, está sometido a su frialdad desde mucho antes de nacer. Sin embargo, su proceso de congelación es diferente al que tiene lugar en la persona adulta. En el embrión encerrado en una matriz fría y hostil, la energía del organismo se va hacia el centro, mientras que el sistema periférico se congela. Lo que se congela es la motilidad física del organismo. Lo cual sucede en la esquizofrenia.

Esta congelación es más evidente en el cuello, la cintura, y las articulaciones.

La vida postnatal puede proporcionar un ambiente lo suficientemente cálido como para deshelar las áreas congeladas. Pero generalmente el recién nacido es criado en un medio más hostil que el experimentado en la matriz, con lo cual el niño aprende que el medio hostil que le proporciona una madre fría, es una amenaza para su vida. Con esto se explica el profundo sentimiento de temor que presenta el esquizoide (Lowen, 1988).

Debido a que sus necesidades no se satisficieron en la etapa prenatal, existe una fijación en esa etapa. La alteración esquizoide es en parte una enfermedad por carencia, falta de calidez en el nivel físico dentro del vientre y a nivel emocional en la vida posnatal (Lowen, 1998).

El trauma fundamental del esquizofrénico es la ausencia de toda intimidad física agradable entre el niño y su madre.

La falta de asertividad que se observa en los esquizofrénicos adultos o su grandiosidad y superioridad imaginaria desarrollada para compensar y ocultar su miedo a la vida provienen de las experiencias infantiles en el medio hostil, adverso y frío de sus padre y su familia (Ramírez).

Las madres de estos pacientes presentan una ambivalencia entre amar y odiar. Superficialmente parecen amar a sus hijos, pero prevalece un odio subyacente.

Bateson en 1955 (citado en Berger, 1993) señala que la situación familiar del esquizofrénico presenta las siguientes características generales:

- 1) Una madre que no acepta sus sentimientos de ansiedad y hostilidad hacia su hijo y cuya forma de negarlos consiste en manifestar abiertamente una conducta amorosa hacia él.
- 2) Una madre que experimenta ansiedad y se retrae cada vez que su hijo responde de manera cariñosa hacia ella.
- 3) La falta en la familia de alguna persona que pueda influir en la relación madre-hijo y apoyar al niño frente a las contradicciones.

Según Bateson, la madre de un esquizofrénico expresará simultáneamente por lo menos dos tipos de mensajes: a) una conducta hostil de retraimiento cada vez que el niño se le acerca, y b) una conducta simulada de amor cuando el niño responde a la conducta hostil de la madre, como una forma de negar el retraimiento.

Si la madre empieza a sentir afecto y deseos de proximidad con respecto a su hijo, se siente en peligro y debe alejarse de él; pero no puede aceptar su acto hostil, y para negarlo, debe simular afecto.

El niño no debe interpretar correctamente la comunicación de su madre si desea mantener su relación con ella. El niño no debe distinguir correctamente los distintos tipos de mensajes: La expresión de sentimientos simulados y la de sentimientos reales. Como consecuencia, el niño se ve obligado a distorsionar sistemáticamente su percepción de las señales metacomunicativas. Debe engañarse a sí mismo para secundar a su madre en su engaño.

Para sobrevivir junto a ella, debe discriminar en forma errónea sus propios mensajes internos, así como los mensajes provenientes de otras personas.

Así, el niño está atrapado en un doble vínculo: en el que es castigado por interpretar correctamente lo que expresa su madre y también es castigado por interpretarlo erróneamente. El niño es castigado si manifiesta afecto y amor y castigado también si no lo hace. Se le niega una relación íntima y segura con la madre.

La necesidad que tiene la madre de ser necesitada y amada también impide al niño lograr el apoyo de alguna otra persona. Ya que se sentiría amenazada por cualquier otro vínculo afectivo del niño y lo romperá para traer al niño nuevamente junto a ella.

El esquizofrénico tiene un núcleo vital de sentimientos, pero un sistema motor de descarga atado y mutilado. Su sistema muscular se halla congelado pero no su corazón.

Tiene un odio latente hacia su madre, sin embargo no es capaz de expresarlo. Este odio es el que lo mantiene unido a su madre, y teme tanto descubrir conscientemente su odio, que opone gran resistencia a cualquier intento de movilizar su agresión.

Pankow (1979) señala que el drama en la familia de un esquizofrénico consiste en que los padres y especialmente la madre necesita el cuerpo del hijo para sentirse segura dentro de su propio cuerpo. En la medida en que el niño es vivido como parte del cuerpo de la madre y sometido por ello al deseo y a la palabra de la madre, ésta está contenta y es gentil. A pesar de ello, rechaza al niño para no darse cuenta de que necesita esta simbiosis. Si después de este rechazo el niño trata de liberarse para llevar solo, dentro de sus propios límites, una existencia con una identidad propia, la madre interviene para recuperar "esta parte de sí mismo" que está perdiendo. Mientras el niño ayuda a la madre a sentirse segura todo está bien. Pero si el niño busca convertirse en objeto de deseo de su madre o de otra persona, todo se arruina; pues la madre no ha adquirido totalmente su identidad y por ello llena los límites de su cuerpo por medio de su hijo. El niño que es convertido en límite del cuerpo de la madre no puede defenderse, pues no tiene cuerpo propio, y por lo tanto ni identidad ni yo que le permitan liberarse.

Pankow comenta que la simbiosis no se limita al cuerpo de la madre. La misma dinámica puede darse aunque con menos frecuencia entre padre e hijo.

El problema central del esquizofrénico es que no puede aceptar un límite, ya que +el no habita su cuerpo. Vive en fragmentos, cada uno de los cuales puede convertirse en un centro de su universo esquizofrénico. Límite y limitación se vuelven para él equivalentes de la muerte, pues la posibilidad de un límite pone fin a ese estado de "poder ser todo" y de "poder estar en todas partes".

Richardson y Richardson (1992) dicen que según el orden de nacimiento que cada individuo ocupe en su familia influirá en el tipo de personalidad que

éste desarrolle. La personalidad esquizoide es más probable que se presente en el hijo mayor o en el más chico y si el niño es un hijo no deseado, el estilo de crianza y sobre todo, el rechazo por parte de sus padres, lo conducirán a desarrollar la psicosis.

En algunas familias, un niño parece haber sido elegido inconscientemente por los otros para que sufra la carga de una enfermedad esquizofrénica, como si se tratara de un chivo expiatorio, de modo que los otros niños y los padres se ven protegidos de volverse psicóticos francos. Mientras que en otras familias, todos o varios de los miembros han sufrido esquizofrenia o han resultado esquizoides (Cameron, 1994).

1.5. Conclusión

Hasta ahora se ha estudiado el trastorno psicótico desde distintos contextos, como es la psicología, la fisiología y la constitución física. Sin embargo, no debemos olvidar que el individuo es una unidad, y como tal, un desequilibrio se manifiesta en cada una de las partes que lo conforman, ya que las partes están interrelacionadas entre sí.

El psicótico presenta una disociación a distintos niveles: entre el ego y el cuerpo; entre el adentro y el afuera, perdiendo su límite corporal; y el cuerpo mismo se halla disociado en partes, perdiendo su unidad. Esta escisión la utiliza como una forma de defensa ante un entorno sumamente amenazante.

Tiene también una gran dificultad para expresar sus sentimientos. Lo cual se evidencia en sus ojos vacíos, su rostro totalmente inexpresivo y su cuerpo rígido y falto de espontaneidad.

El psicótico tiene un gran enojo y temor reprimidos, y para evitar que salgan a flote sus impulsos reprimidos, reduce su respiración y motilidad. También su sexualidad se encuentra reprimida.

Para descargar de alguna manera estos sentimientos reprimidos, el psicótico recurre a síntomas como las alucinaciones e ideas delirantes. Dethlefsen y Dahlke (1997) comentan que el síntoma sirve para corregir desequilibrios.

CAPITULO II

" EL CUERPO "

2:1. La adquisición de la conciencia del propio cuerpo

Las sensaciones que registra el feto a partir de la formación del sistema nervioso son de tipo fusional. Envuelto en el líquido amniótico, éste vive en un estado de indiferenciación total. En donde el yo corporal no puede existir como espacio separado de su madre. El trauma del nacimiento va a arrancarlo brutalmente de ese estado de globalidad fusional. Se verá asaltado bruscamente por una multitud de sensaciones diversas que vienen del exterior y penetran en su cuerpo. Sin embargo, esta pérdida de la globalidad fusional no asegura la separación del yo y del no yo, que exige una disociación perceptiva entre las sensaciones provocadas por el exterior y las sensaciones internas, disociación que no es innata, sino adquirida por la experiencia.

Es la permanencia y la continuidad de las percepciones de origen interno y la intermitencia, así como la variedad de las percepciones de origen externo, lo que va a crear poco a poco un yo permanente y un no yo fluctuante (Lapierre, 1980).

El recién nacido no es capaz de distinguir su propio cuerpo del mundo externo. Esta distinción se va desarrollando poco a poco. El inicio de la identidad corporal consciente en los humanos, está ligado a la creciente capacidad para el movimiento deliberado. En el infante, los primeros contactos con el mundo externo se establecen, principalmente mediante los labios y la boca, mediante estas partes de su cuerpo, junto con la función olfativa y la vista, el niño reconoce a su madre (Navarro, 1984). El niño hacia el sexto mes descubre sus manos, pies y dedos y los percibe como objetos ajenos a él.

El niño todavía no puede integrar su cuerpo y algunas partes (las partes sobresalientes) las individualiza y personifica.

A medida que el niño progresa en el uso de la vista y las manos, inicia movimientos deliberados. Con las manos reconoce poco a poco su propio cuerpo, para conocer las distintas partes. Así se forma en el cerebro una imagen del propio cuerpo. Al aprender a manipular sus manos de modo cada vez más fino y preciso, el niño adquiere también las nociones de distancia y de volumen. (Navarro).

El primer fenómeno observable en el niño en cuanto al conocimiento de su propio cuerpo, es la lateralización definida por Hécaen y Ajuriaguerra (citado en Lurcat, 1979) como "la mano preferida en las tareas manuales nuevas". La lateralización implica la elección entre las dos manos, la mano activa y la mano equilibrante. Según Wallon (citado en Lurcat), la mano activa tiene la iniciativa del acto; la mano equilibrante asegura la realización del acto. La lateralización es un fenómeno que está en relación con la dominancia hemisférica. La lateralización desemboca progresivamente en el conocimiento de la lateralidad, primero sobre sí mismo y después sobre los otros.

Conocer la lateralidad implica saber que se tiene una mano izquierda y una mano derecha y reconocerlas.

La lateralización se observa en el primer año de vida. En cambio, el conocimiento de la lateralidad es más tardía. Sólo hacia los 4-5 años el niño comprende que tiene una derecha y una izquierda de cada lado de su cuerpo, pero ignora cuáles son sus miembros derechos y cuáles sus izquierdos. A los 6-7 años sabe distinguir sus dos manos y sus dos pies, y más tardíamente, sus dos ojos. Sólo en el período comprendido entre los 8 y 9 años reconoce con precisión cuál es la parte derecha y cuál la parte izquierda de su cuerpo. El reconocimiento de la lateralidad parece ligado, en el niño, al aprendizaje progresivo de la orientación en el espacio (Lurcat).

En el hombre habitualmente diestro se observa un predominio energético del hemisferio cerebral izquierdo. Los músculos están más desarrollados, son capaces de mayor rendimiento físico en el lado derecho. La mitad izquierda del cuerpo está más en relación con el yo intuitivo y la mitad derecha lo está más con el yo racional. Existe una disimilitud extraordinariamente llamativa entre las dos mitades, izquierda y derecha. Esta disimilitud es menos perceptible en el niño que en el adulto. Debido a que en el niño casi toda su persona es instintiva (López Ibor y López, 1974).

Universalmente se considera que la derecha se acompaña de sentimientos favorables y la izquierda de sentimientos desfavorables. De manera arquetípica, lo masculino se asocia a la derecha y lo femenino a la izquierda.

La inconciencia da a lo femenino su carácter sombrío, mágico y amenazador que desde siempre se ha asociado a las actividades irracionales e imprevistas de las grandes diosas.

La derecha del cuerpo se revela como el lado de la plena conciencia, de la fuerza viril, de la actividad eficaz y realizadora, así como del dinamismo creador que apunta hacia las adquisiciones nuevas en razón de una buena adaptación a la vida externa. Se relaciona con la extraversión y las relaciones sociales.

La izquierda del cuerpo se revela como el lado de la inconciencia psíquica. Abre a la oscuridad interior de donde parten ataques tan repentinos como imprevistos, que nos ponen en orden pero que pueden causarnos pánico hasta el punto de paralizar nuestra adaptación social. Sin embargo también es la fuente matriz que asegurará una posibilidad de renacimiento. Ya que toda solución viene del inconsciente (Rocheterie, 1984).

Existe en los sentidos una jerarquización: hay sentidos del horizonte cercano y lejano. El gusto y el olfato pertenecen claramente a los primeros, en tanto que la vista y el oído son del segundo tipo. Nuestro crecimiento y desarrollo intelectual se montan sobre el sentido de la vista. Nuestra civilización es mucho más visual que táctil (Ibor).

Los niños incorporan a la propia imagen corporal aquellas partes que no pueden ver, pero que otras personas pueden tocar, por ejemplo, la espalda. Se establece la separación conceptual entre los demás objetos y el propio cuerpo, pero también se incorporan a la propia imagen corporal algunos objetos y personas que forman una especie de extensión del propio organismo (Navarro).

El niño al principio identifica mejor las formas corporales de otras personas. Tiene un carácter social, que tiene el origen en el periodo prenatal, en el cual el feto está sujeto a la simbiosis con su madre. Esta simbiosis se prolonga más allá del nacimiento. El niño al nacer, sigue dependiendo de la madre, ya que es la que satisface sus necesidades. Y sus primeros gestos son provocados por las sensaciones de bienestar o malestar que se dan a partir de la manera como su madre lo cuida.

Así, la simbiosis fisiológica y alimentaria pasa a ser también una simbiosis afectiva. (Bernard, 1976).

El niño se comunica en principio mediante un diálogo tónico. Este diálogo por medio del cuerpo tiene una función fundamental de comunicación e intercambio.

El niño mediante esta comunicación comienza a verse él mismo en los demás, lo cual se le facilita tanto más porque proyecta algo de sí mismo en los demás. Esto le permite poco a poco asimilar su cuerpo (Bernard).

Para poder tener la representación de su cuerpo, el niño debe poder exteriorizarlo, y aparte de la proyección que el niño hace en los demás, contribuye también la percepción de su propio cuerpo en un espejo (Bernard). El reconocimiento de la imagen de otros es más precoz que el de la propia imagen especular. Para poder hacer la conexión entre el reflejo y la persona que refleja, se requiere del establecimiento de una relación entre dos fuentes diferentes de información: la voz de la persona, fuente auditiva; y la impresión de su reflejo, fuente visual. El niño puede asociar su propio reflejo a sí mismo porque ha asociado a la otra persona a su reflejo, por un efecto de analogía, deduce de alguna manera la relación que hace de su propio reflejo (Lurcat, 1979).

El niño comienza a manifestar interés por su imagen especular sólo a partir del cuarto mes y en un principio solamente tiene reacciones mímicas y afectivas. Inicialmente el niño se identifica de manera global con su reflejo. Después, progresivamente identifica los detalles más finos y llega a poner automáticamente la mano sobre la parte del cuerpo que atrae su atención en el espejo (Lurcat). Hacia el sexto mes él es capaz de establecer una relación entre la imagen y la persona.

Sin embargo, para que el niño logre unificar su cuerpo en el espacio, debe reconocer por un lado, que su imagen especular solo tiene la apariencia de la realidad percibida en su propio cuerpo, y por otro lado, que esa apariencia no es posible percibirla con sus propios sentidos.

Este proceso comienza alrededor del año, sin embargo, hacia el decimotercer mes, el niño todavía pasa la mano por detrás del espejo en que se está mirando (Bernard).

Lapierre señala que la unificación del yo corporal aparece hacia los 8-9 meses en el momento del estadio del espejo, aunque todavía es muy imperfecta y requiere ser periódicamente conformada. Las experiencias motrices del niño son las que van a ayudarlo principalmente las globalizantes en donde se compromete la totalidad de su cuerpo. Esta imagen global del cuerpo es necesario para que pueda aparecer la identidad corporal. El "yo" solo puede existir con respecto al "no yo".

Para que el niño llegue a tener la conciencia de su cuerpo, no solamente está determinado por la maduración orgánica del cuerpo, sino que depende también de las actitudes que los adultos tienen hacia él, las condiciones de vida, de pensamientos, creencias, propios de la época y de la civilización a la que pertenece (Bernard).

Como consecuencia de diversas experiencias, el niño deja de tratar a su propio cuerpo como un extraño y poco a poco lo va individualizando. Primeramente individualiza las partes del cuerpo, pero sin integrarlas en un conjunto; luego se efectúa la integración. El niño cobra conciencia del carácter total de su cuerpo al mismo tiempo que el otro llega a ser para él un objeto total. Entonces ve su propio cuerpo en la misma forma en que ve el cuerpo ajeno. Eso ocurre en primer lugar con la madre, que es el primer ser frente al cual el niño se sitúa (Grinberg, 1993).

2.1.1. El diálogo tónico del niño con la madre

El niño desde su nacimiento está sometido a la alternancia de un estado de insatisfacción a un estado de satisfacción.

La manera de interactuar del niño con su ambiente es mediante la motricidad. Así, cuando tiene alguna necesidad, se producen descargas tónicas masivas acompañadas de agitación incoordinada y cuando se produce la satisfacción se observa una caída del tono o una ligera agitación menos mal coordinada.

Al principio, las reacciones del niño no son específicas, sino que reacciona de manera masiva y unívoca a la intensidad o cantidad de las excitaciones y no a sus caracteres cualitativos.

Debido a su falta de fineza discriminativa, el niño siempre está en un estado de alerta, listo para responder de manera masiva a cualquier estímulo. Estos estados solamente disminuyen en momentos de somnolencia o de plenitud. Pero poco a poco el niño se agota de estar siempre en este estado de alarma y finalmente aparecen solamente cuando hay una agresión externa (Bernard).

Entonces el niño también comienza a discriminar las experiencias que le producen un aumento de tensión y las que le producen satisfacción.

Se da cuenta de que para que lo alimente su madre, no basta con abrir la boca, sino que tiene que esperar hasta que su mamá se lo dé, ya que el seno que lo alimenta no le pertenece a él (Bernard).

La actitud de la madre y sus afectos, tales como se traducen en su juego corporal servirán para orientar las experiencias del niño. El niño sufrirá el efecto de todas las variaciones en el comportamiento que tenga la madre (Bernard).

La frustración inevitable del bebé al ser arrancado de su estado de fusión, debe ser aceptada y sólo puede hacerse a través de situaciones simbólicas, el descubrimiento, la aceptación y la búsqueda de otro lugar de placer, de un lugar de encuentro de los deseos que no sea ya el cuerpo del otro, sino un espacio común de acción, de comunicación. Este espacio de encuentro, que es a la vez el lugar del niño y el lugar del otro, es al que Lapierre llama "espacio fusional" porque es el lugar de una fusionalidad simbólica a distancia, a través de las producciones del cuerpo del otro. Es entonces cuando aparecen los mediadores de comunicación, como son, el gesto, la mirada, la voz, la mímica y posteriormente se da acceso al lenguaje, y también aparece lo que Winnicott llama "objeto transicional", el cual constituye el objeto preferido del niño, del cual no puede separarse, porque es la presencia simbólica del cuerpo del otro. De aquí que cuanto más satisfecho está el deseo fusional, menos necesidad tenemos de los objetos. Y cuanto mayor es la insatisfacción de ese deseo, con más ahínco buscamos las compensaciones materiales. Sin embargo, una cierta frustración del placer corporal primario es necesaria para permitir el nacimiento de la necesidad compensadora, esa necesidad de adquirir y poseer conocimientos (Lapierre, 1980).

Es también a nivel de este espacio fusional, que va a empezar a estructurarse el espacio físico: el dentro y el fuera, la distancia, la dirección, la temporalidad.

Este espacio fusional, de comunicación va a agrandarse, enriquecerse, diversificarse, y autonomizarse. La ruptura no puede jamás ser completa.

La fusión es pues, una producción fantasmática muy ambivalente que reposa en una problemática conflictiva del inconsciente. Es a la vez seguridad, refugio, bienestar, placer, felicidad regresiva. Pero asimismo es abandono, dependencia, vacío, pérdida del yo corporal, autodestrucción y muerte simbólica. El ser

humano no sale jamás completamente de esta ambivalencia conflictiva que mantiene la oscilación y la fluctuación de sus deseos (Lapierre, 1980).

La búsqueda y la afirmación de su identidad y su autonomía es algo muy importante para el niño. La agresividad sirve para la búsqueda y la defensa de la identidad.

Una vez que haya logrado adquirir la certeza de su identidad, es cuando podrá liberar de nuevo su deseo fusional y abrirse a la penetración de los otros logrando entonces una relación menos conflictiva con los otros. Lo cual se consigue en la adultez.

La fusionalidad, la penetración simbólica y fantasmática del cuerpo del otro se realiza a través de los orificios que tenemos en el cuerpo. Son los que permiten una comunicación entre lo de "dentro" y lo de "fuera". Estos orificios son: la nariz, el ano, el orificio uretral, los ojos, los oídos, el pene, la vagina (Lapierre).

2.1.2. La identidad

La formación de la identidad es un proceso que surge de la asimilación mutua y exitosa de todas las identificaciones fragmentarias de la niñez, que a su vez presupone el éxito de las introyecciones tempranas. Mientras ese éxito depende de la realización satisfactoria con la madre, y luego con la familia en su totalidad, la formación de la identidad más madura depende, para Erikson del desarrollo del yo, que obtiene apoyo para sus funciones, de los recursos de una comunidad más amplia.

"La captación del self como una identidad organizada, diferenciada, separada y distinta del ambiente que la rodea, que tiene continuidad y capacidad de seguir siendo la misma en la sucesión de cambios, forma la base de la experiencia emocional de la identidad" (Grinberg, 1993, p.18).

Tiene identidad un individuo cuyas partes componentes están suficientemente integradas en la organización de un todo, de manera que produzcan efecto de unidad y que al mismo tiempo tiene características únicas que permiten distinguirlo de todos los demás. Greenacre (citado en Grinberg), sostiene que el núcleo del yo incipiente y posteriormente la imagen del self es la imagen corporal. El sentimiento de identidad está determinado por nuestras sensaciones corporales, siendo la imagen corporal la base de dicha identidad.

El sentimiento de identidad es el conocimiento de la persona de ser una entidad separada y distinta de las otras.

Margaret Mahler (citado en Grinberg) señala la importancia de la experiencia del contacto corporal placentero con la madre en que se libidiniza la superficie del cuerpo percibiéndose esta superficie como límite entre el yo y el mundo.

La identidad es la resultante de un proceso de la interrelación de tres vínculos de integración: espacial, temporal y social, respectivamente.

El primero comprende la relación entre las distintas partes del self entre sí, incluso el self corporal, manteniendo su cohesión y permitiendo la comparación y el contraste de los objetos, tiende a la diferenciación self-no self: individuación.

El segundo apunta a señalar un vínculo entre las distintas representaciones del self en el tiempo, estableciendo una continuidad entre ellas y otorgando la base al sentimiento de mismidad.

El tercer vínculo es el que se refiere a la connotación social de la identidad, y está dado por la relación entre aspectos del self y aspectos de los objetos, mediante los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva (Grinberg).

Freud (citado en Grinberg) insistió en la importancia del yo corporal en el desarrollo del yo: esto se refiere a la influencia de la imagen del cuerpo en la diferenciación del self del mundo de los objetos, pero también al hecho de que las funciones de los órganos que establecen contacto con el mundo exterior caen gradualmente bajo el control del yo.

El self engloba a la persona total del individuo, incluyendo al cuerpo y sus partes y a la organización psíquica y sus partes (Jacobson, citado en Grinberg).

De la diferenciación y permanencia de las representaciones del self en el yo depende el sentimiento de la identidad. El individuo sabe que es él mismo a través de los cambios, en la medida en que su yo contiene una clara representación de su self y de los cambios que éste ha experimentado en el transcurso del tiempo, con conservación de su unidad (Grinberg).

El yo es al comienzo, ese aspecto del funcionamiento mental encargado de ordenar la realidad en figura y fondo en relación con los estímulos del momento y con las experiencias pasadas, lo cual permite diferenciar al self del no self. Por otra parte, el tacto y el dolor son experiencias que contribuyen al logro de esta diferenciación (Grinberg).

Navarro (1984) señala que existen cuatro aspectos de la personalidad o partes de la estructura del yo. Estas son: *el yo privado, el social, el ideal y el yo real.*

Lo que pensamos y sentimos acerca de nosotros mismos es el yo privado. Coincide con la imagen corporal que tenemos de nosotros mismos, e incluye metas, intereses y valores personales. Se deriva de nuestros éxitos y fracasos, de los condicionamientos tempranos, de las opiniones que escuchamos acerca de nosotros mismos y del modo como juzgamos nuestra conducta. Algunos aspectos del yo privado los consideramos positivos y otros negativos.

El yo social incluye dos aspectos: los papeles sociales y las máscaras. En los cuales influyen las expectativas de los demás y las sanciones sociales. Mientras que los papeles sociales son parte de la vida social cotidiana de cualquier persona, el término máscara sugiere una apariencia manipulatoria y falsa.

El yo ideal comprende todo lo que desearíamos ser.

El yo real se refiere a la verdadera personalidad, en nuestros aspectos más íntimos y profundos y coincide con la totalidad de nuestro ser.

2.2. La imagen del cuerpo y el autoconocimiento

La *imagen del cuerpo* constituye la representación que cada uno tiene en todo momento, de manera consciente o inconsciente de la forma y la posición de su cuerpo en el espacio. Esta imagen espacial nunca puede existir en forma aislada, sin la participación del tiempo y la energía (Dropsy, 1987).

La imagen de nosotros mismos, que suele llamarse también el autoconcepto o el propio yo, constituye la base más profunda de nuestra identidad personal mientras estamos vivos. Esta imagen corporal contiene: recuerdos, registros

sensoriales, condicionamientos, clima emocional habitual y las metas y expectativas (Navarro).

Schilder (1989) entiende por imagen del cuerpo humano aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo. Pero esta imagen va más allá de los límites del cuerpo. Una varilla, un sombrero y cualquier tipo de ropas pasan a formar parte de la imagen corporal. Cuanto más rígida sea la vinculación del cuerpo con el objeto, tanto mayor será la facilidad con que se convierta en parte de la imagen corporal. También todo aquello que se origina en nuestro cuerpo sigue formando parte de la imagen corporal aun cuando ya se haya desprendido físicamente de aquél: la voz, el aliento, el olor, los excrementos, el flujo menstrual, la orina, el semen, aun cuando en el espacio se hayan separado del cuerpo.

En un infante al mes de nacido no existe la imagen de todo su cuerpo en la corteza motora. Solamente están activadas las áreas de los labios y la boca, que quedan bajo control voluntario. Más tarde aparecerán las manos y las áreas correspondientes a los músculos antigravitacionales de la espalda. La imagen corporal se continúa integrando a partir de la actividad de otros músculos que corresponden a nuevos movimientos voluntarios. La imagen se completa finalmente, cuando el niño puede mover todo su cuerpo, pero es distinta en cada individuo de acuerdo con la historia de su desarrollo.

La imagen corporal es lo que nos permite la separación que percibimos entre nuestro organismo y el mundo externo (Navarro).

La imagen corporal es además un fenómeno social. Un cuerpo es siempre el cuerpo de una persona, y toda persona tiene emociones, sentimientos, tendencias, motivos y pensamientos. Y las emociones están siempre dirigidas a los demás, por lo tanto siempre son sociales. (Schilder).

El sentido propioceptivo es el que se encarga de la percepción interior de sí mismo, por el cual tomamos conciencia de la forma y de la posición de nuestro cuerpo y este es, de hecho, un sentido del movimiento, un sentido kinestésico, ya que la imagen del cuerpo es una percepción móvil, nunca estática de los cambios que se producen de forma continua en nuestro organismo y cuya detención total sólo existe en la muerte (Dropsy).

Para Schilder el esquema corporal, es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo.

El esquema corporal de nosotros mismos incluye datos de memoria y está ligado también con los resultados de las interacciones sociales, principalmente a las que se dieron en el ambiente familiar temprano. Las conductas que hemos imitado de las demás personas forman parte de nuestra imagen corporal, la cual es modificable y se ve continuamente influenciada por las opiniones de los demás. Los cambios que ocurren en nuestra apariencia física, también alteran la imagen de nosotros mismos. (Navarro).

E. Vurpillot (citado en Lurcat, 1979), menciona que el esquema corporal es un cuadro de referencia interno, gracias al cual cada parte del cuerpo está situada en relación a la otra. El esquema corporal, lejos de ser un bosquejo primitivo sobre el que se trasplantan las adquisiciones posteriores, es el resultado de la relación que se establece entre el espacio postural y el espacio ambiente.

López Ibor (1974) dice que el esquema corporal no se vivencia como una suma de estímulos sino como algo unitario y totalitario. Es una experiencia global que se califica de bienestar o malestar.

La percepción del cuerpo se hace de manera subliminal, es decir, tenemos de él una conciencia periférica. Los cinco sentidos de la psicología antigua son ventanas abiertas hacia el mundo, ninguna hacia el cuerpo como no sea tomando a éste, cuando coincide, como parte del mundo.

El cuerpo constituye la personificación de la sombra¹ del ego.

El cuerpo encierra la conmovedora historia de todas las ocasiones en las que asfixiamos y reprimimos el flujo espontáneo de nuestra energía vital. Con la desagradable consecuencia de terminar convirtiéndolo en un objeto mortecino. Esta manera de ver el cuerpo como la sombra se corresponde con la coraza corporal² de la que habla Reich (Conger, 1998).

El cuerpo se relaciona también con las pulsiones instintivas. Asociada al

¹ Constituye la parte reprimida de nuestro ego y se refiere a aquellos aspectos de nosotros mismos que somos incapaces de reconocer (John P. Conger, 1998).

² Rígida contracción crónica muscular y tisular, una armadura defensiva contra las agresiones procedentes del exterior y del interior, una forma de bloqueo que termina reduciendo drásticamente el flujo energético del cuerpo. La coraza corporal constituye la expresión de lo que el ego está reprimiendo (Conger).

cuerpo, la inconciencia instintiva es anterior a la conciencia reponsable animada por el espíritu. Al principio, el infante es sólo un cuerpo, el espíritu aparecerá con el nacimiento de la conciencia que él tiene de sí mismo y de los demás (Rocheterie, 1984).

Ibor hace una distinción entre cuerpo y corporalidad. Nosotros tenemos de nuestro cuerpo un doble conocimiento: lo conocemos por fuera, pero además lo percibimos desde dentro, tenemos de él una vista interior. El le llama cuerpo al primero y corporalidad al segundo. Asimismo Ortega (citado en López Ibor), llama extracuerpo al primero e intracuerpo al segundo. El extracuerpo es una realidad física en su anatomía y en su fisiología. El intracuerpo o corporalidad se refiere a la experiencia vivida, la del cuerpo como realidad fenomenológica.

Bertherat y Bernstein (1998) comentan que tenemos una percepción parcial de nuestro cuerpo. Nos basamos principalmente en el testimonio de los ojos, en las sensaciones de dolor y en el tacto para informarnos sobre nosotros mismos. Al censurar nuestras sensaciones, no podemos ya disfrutar de nuestro cuerpo. Para contrarrestar esta sensación de no existir suficientemente, en lugar de profundizar en el conocimiento de nuestro cuerpo y de tratar de percibirlo desde el interior, añadimos elementos a su superficie, ropa, sobre todo. Ponemos un gran cuidado en efectuar una elección juiciosa, halagadora, que proyecta una imagen satisfactoria de nosotros, que aparte la atención de los defectos de nuestro cuerpo y los compense.

"Toda perturbación en la capacidad de sentir plenamente el propio cuerpo ataca la confianza en sí misma y la unidad del sentimiento corporal; crea al mismo tiempo la necesidad de compensación, observó Reich (citado en Bertherat y Bernstein, p.69)".

Los demás no ven en nuestra máscara imperfecta más que la necesidad de llevar una máscara, la necesidad de presentarnos como distintos de lo que somos. Pensamos crear una ilusión pero somos nosotros los que vivimos en la ilusión de ser vistos como deseamos serlo. Detrás de nuestros disfraces continuamos encontrándonos siempre a disgusto dentro de nosotros mismos (Bertherat).

El cuerpo está formado por la corriente del metabolismo del tejido que se forma y se reforma a sí mismo constantemente en nuestros cuerpos. A esta

corriente se le llama excitación. La excitación es la base de la experiencia, el impulso básico de la vida. Esta excitación biológica se manifiesta en impulsos y deseos, y es generadora de nuevas formas y de movimientos hacia la satisfacción. Cada uno de los diversos estados de sentimiento representa formas distintas de excitación, densidades e intensidades diferentes. Todos reconocemos y respondemos a estos distintos patrones de excitación.

El cómo elegimos dejar expansionarse y crecer nuestra excitación, el cómo elegimos expresarla o no, nos pone de manifiesto (Keleman, 1987).

Dropsy llama "*expresión corporal*" a la manifestación en los movimientos del cuerpo, de esta excitación. Muchos invierten gran cantidad de energía en enfriarse a fin de no aparecer nunca excitado, sea por profundas frustraciones o por el miedo al ridículo. Podemos reconocer las clases de excitación que vive la persona por la forma de sus cuerpos y por los gestos que hacen. El vivo deseo de expresar impulsivamente la excitación es natural en los niños, pero al madurar, el individuo se va haciendo más y más capaz de contener y prolongar la excitación. La gente que habitualmente está en erupción, que constantemente explota, es gente que no ha formado una estructura personal que contenga y expanda su excitación, por consiguiente, no son capaces, o no quieren sentirse a sí mismos o formar sus vidas. No permiten que su excitación crezca hasta convertirse en sentimiento; en vez de eso actúan a nivel de la sensación, de excitabilidad externa, periférica; en suma, viven una vida sin límites. Mientras que la persona sobrelimitada reduce la excitación, evitando siempre la externalización, la persona explosiva encoge la dimensión humana para procurarse una liberación de la excitación.

La inmovilidad constituye un gran obstáculo a la percepción del cuerpo y existen partes de nuestro cuerpo que no se han movido desde hace años. Cuanto más es el número de nuestras zonas muertas, menos vivientes nos sentimos (Bertherat).

El sentimiento temprano se vincula directamente a la expresión de la necesidad, sea de contacto, sea de nutrición. La forma en que se les satisface o se les da respuesta, provoca tipos de sentimientos frustrantes o tipos de sentimientos amorosos. Los niños que no obtienen lo que necesitan, empiezan a sentirse víctimas de sus propios sentimientos. Empiezan a experimentar sus sentimientos como peligrosos y a estructurar una serie de patrones de conducta que intentan suprimir nuestro sentimiento o canalizarlo en otra dirección (Keleman, 1987).

Generalmente no es posible impedir de manera voluntaria esas manifestaciones exteriores. Solamente es posible en un proceso que se denomina "represión de la expresión". En este caso, las emociones están presentes, pero mediante un bloqueo muscular, su manifestación hacia el exterior no se produce. Cuando sucede esto, las emociones se manifiestan sobre los procesos internos, mediante las secreciones internas, los sudores fríos, la vasodilatación, la vasoconstricción, los espasmos de la digestión, etc. Estas manifestaciones internas son tanto más fuertes en cuanto más inhibida esté en cuanto a los movimientos del exterior.

La manifestación de las emociones hacia el interior del organismo, convertida en habitual e inconsciente, pueden dar origen a numerosas perturbaciones psicósomáticas (Dropsy).

Tomamos conciencia de nuestras emociones por medio de nuestro cuerpo, y esta conciencia de las emociones es inseparable de una toma de conciencia de sus manifestaciones corporales, es decir, que la imagen de sí mismo es, de hecho, una imagen del cuerpo (Dropsy).

Lowen (1996) afirma que lo que siente el hombre se puede leer en la expresión de su cuerpo. Las emociones son hechos corporales, son movimientos o alteraciones dentro del cuerpo, que generalmente se traducen en alguna acción exterior. Kepner (1992) señala que la acción muscular es una parte intrínseca de cualquier intercambio con nuestro entorno. Es a través del movimiento que expresamos sentimientos, manipulamos y conformamos el medio, que nos relacionamos con los demás y reaccionamos ante ellos, que creamos y modulamos límites y defendemos nuestra integridad orgánica.

La actitud de una persona hacia la vida o su estilo individual se reflejan en la forma en que se conduce, en su porte y en la manera en que se mueve. La persona es la suma total de sus experiencias vitales, cada uno de los cuales está registrado en su personalidad y estructurada en su cuerpo. La experiencia es un fenómeno corporal. Sólo se experimenta lo que tiene lugar en el cuerpo. La experiencia puede ser vívida o débil según el grado de vida del cuerpo (Lowen, 1996).

A medida que convertimos nuestra experiencia corporal en un "eso" en vez de un "yo", nuestro cuerpo se vuelve el sí mismo negado. Escindimos nuestro organismo en un "yo" que consiste en pensamiento y habla y en un

"ello", que consiste en sentimiento y expresión no verbal. Entonces experimentamos mucho de lo que llega en forma de experiencia corporal como algo alienado del sí mismo y por lo tanto irracional, y la mayor parte de lo que llega bajo la forma de pensamiento y expresión verbal como algo racional y por lo tanto aceptable a la imagen que tenemos de nosotros mismos. El lenguaje del sí mismo identificado se vuelve predominantemente verbal mientras que el del sí mismo corporal es cinestésico (Kepner).

Según Lowen (1996), el lenguaje del cuerpo puede dividirse en dos partes. Una, las señales y expresiones corporales que proporcionan información sobre el individuo, y la otra, son las expresiones verbales basadas en función del cuerpo. Para él, la base del habla es el lenguaje del cuerpo, ya que la comunicación es ante todo participación de experiencias que a su vez es reacción corporal a las situaciones o acontecimientos.

La desposesión del propio cuerpo tiene un rango que va desde el leve distanciamiento de la identidad de uno con respecto a sentimientos corporales específicos, hasta una negación más grave y penetrante caracterizada por el conflicto acerca de muchos sentimientos y acciones corporales, despersonalización y distorsión más grave, y finalmente a la descorporificación psicótica. Mientras más se aleja el yo del cuerpo, se vuelve más rígido y constreñido con menos áreas de operación, ya que más capacidades del sí mismo se consideran ajenas y por lo tanto inútiles (Kepner).

La separación entre el cuerpo y el sí mismo, y por extensión la separación entre el cuerpo y la mente, es una adaptación de los sucesos perturbadores de la vida, que se experimentan físicamente. La persona es un todo, pero ha llegado a vivir la experiencia del sí mismo como si estuviera constituida por partes separadas (Kepner).

Según Reich (citado en Navarro), los conflictos familiares tempranos forman tensiones musculares específicas, que impiden la expresión emocional y dificultan también el pleno funcionamiento sexual de los individuos.

El propone un esquema de regiones del cuerpo, en cada uno de los cuales puede frenarse la energía mediante una especie de anillos de la armadura o coraza del carácter:

1. El segmento ocular, que suele incluir las expresiones congeladas de terror, rabia y llanto. Este segmento incluye las tensiones musculares de las áreas

- cercanas a los ojos, como las de la frente, que puede estar arrugada por la preocupación.
2. El segmento oral, que incluye también las tensiones de la mandíbula y contiene los impulsos frenados de morder, chupar, etc.
 3. El segmento del cuello, que incluye las tensiones de los hombros. Estas frenan las funciones de tragar y vomitar. También se oprime la tráquea. En este segmento pueden frenarse numerosas manifestaciones emocionales como los sollozos y los gritos.
 4. El segmento del tórax incluye los músculos intercostales y la función respiratoria.
 5. El segmento diafragmático: si el músculo del diafragma está contraído, puede interrumpir el componente abdominal de los movimientos respiratorios, con lo que el individuo tiene poca conciencia de los impulsos situados debajo de su cintura.
 6. El segmento abdominal incluye las funciones de asimilación que son el origen de la energía bioeléctrica y los bloqueos en dichas funciones.
 7. El segmento pélvico incluye las tensiones del área genital que están relacionados con los trastornos de las funciones sexuales.

Según Reich (citado en Bertherat), entorpecemos la libre circulación de la energía a través de la totalidad de nuestro cuerpo creando "corazas" musculares, zonas rígidas, muertas, que nos cercan como anillos a diversas alturas del cuerpo. Para defendernos contra la angustia y también contra el placer; contra toda sensación, bloqueamos la circulación de la energía. El mismo autor comenta que detrás de toda defensa hay miedo a ser heridos. Cuanto más robusta la defensa y más gruesa la coraza, mayor es la sensibilidad y el miedo. No obstante, si bien la coraza protege de las heridas, también impide el acceso al amor y la ternura (citado en Dethlefsen y Dahlke, 1997).

Las tensiones musculares suponen un manejo implosivo de la energía vital, esto es que vuelcan la energía contra ellos mismos. Cuando se da una explosión, la energía se dispara en todas direcciones a partir de un centro (Navarro).

Así como la vida afectiva está relacionada con la imagen del cuerpo, también el pensamiento resulta inseparable de algunas manifestaciones motrices muy sutiles. La vida del pensamiento se expresa mediante el lenguaje

interior y la imaginación mental. El pensamiento verbal implica casi siempre un trabajo del aparato vocal (Navarro).

Uno de los modelos tradicionales que se usa para explicar la neurosis es el de esferas concéntricas o capas de cebolla. La esfera más interna es el núcleo de la verdadera personalidad. Las demás esferas cada vez más superficiales representan los mecanismos defensivos de la neurosis que ocultan la verdadera identidad.

Según este modelo, existen cinco líneas de defensa, que impiden que la energía vital fluya libremente por el organismo. Estas son:

1. La más superficial, que está constituida por las máscaras y los roles falsos.
2. La segunda contiene las actitudes erróneas que se adquirieron en relación con la apariencia sexual del propio cuerpo, alrededor de la pubertad. Esta capa impide que el individuo tenga una conciencia clara de sus impulsos sexuales y de su propia apariencia sexual.
3. La musculatura más externa forma la tercera capa de la neurosis. Consiste en tensiones en los músculos largos del cuerpo, que está relacionada con la postura erecta y el manejo postural del espacio.
4. La cuarta capa comprende las tensiones y bloqueos de la energía vital relacionada con la musculatura más interna del cuerpo. Las capas tres y cuatro corresponden a la armadura del carácter de la que habla Reich.
5. La quinta capa corresponde a los condicionamientos adversos de las funciones viscerales: las funciones respiratoria, cardiovascular y la asimilación de los alimentos.

La esfera más interna de este modelo representa el verdadero núcleo del yo corporal o la verdadera identidad (Navarro). (Figura 2).

Lowen (1996) desarrolló un modelo similar. Él dice que el corazón es el órgano más sensible del cuerpo. Cuando se perturba su ritmo, aunque sea momentáneamente experimentamos una gran ansiedad. Cuando una persona ha experimentado esta ansiedad en una etapa temprana de su vida, desarrolla numerosas deficiencias para proteger su corazón del peligro de un trastorno en su funcionamiento, que le impide reaccionar al mundo desde el fondo del mismo. Estas defensas se van formando como parte del proceso del desarrollo y llegan a formar una poderosa barrera que impide cualquier intento de llegar al corazón.

Las defensas forman diversas capas como círculos concéntricos:

La capa más externa es la capa del ego, que contiene las defensas psíquicas y es la más externa de la personalidad. Estas son: negación, proyección, reproche, desconfianza, racionalización e intelectualización.

La siguiente capa es la muscular, en donde se encuentran las tensiones musculares crónicas que apoyan y justifican las defensas del ego y al mismo tiempo protegen al individuo contra la capa interior de sentimientos reprimidos que no se atreven a expresar.

Después está la capa emocional, en que se incluyen las emociones reprimidas. Y en el centro se encuentra el corazón, del cual emana el sentimiento de amar y ser amado. (Figura 3).

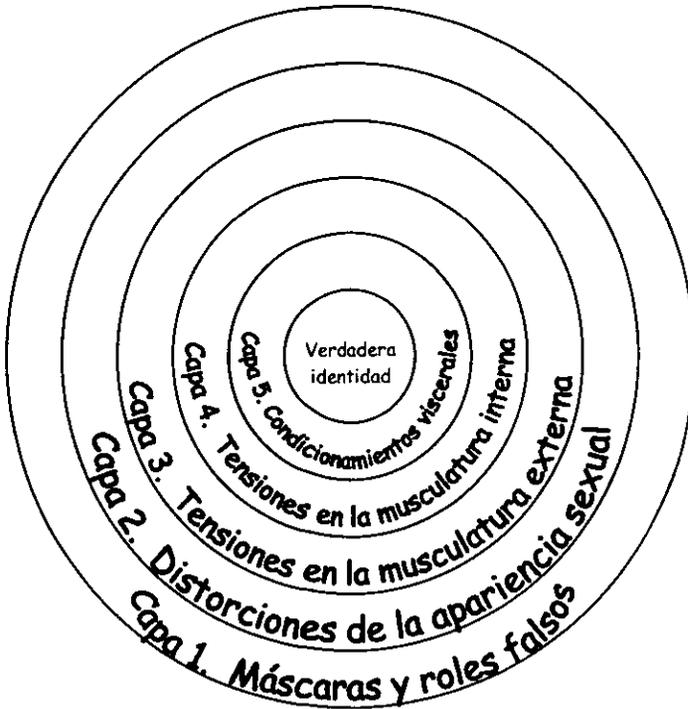


FIGURA 2

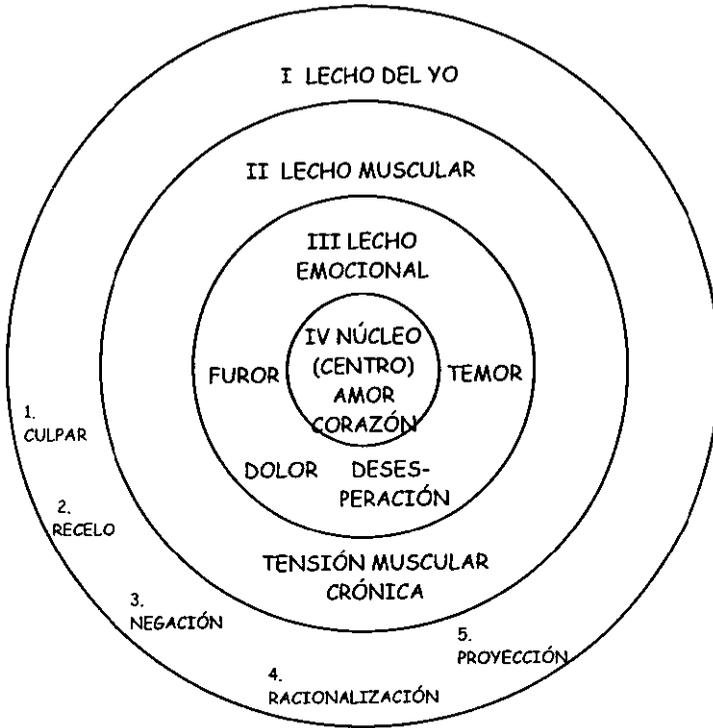


FIGURA 3

El carácter está estructurado en el cuerpo en forma de tensiones musculares crónicas y generalmente inconscientes, que bloquean o limitan los impulsos hacia afuera. En el cuerpo humano hay seis áreas principales de contacto con el mundo exterior: la cara, las dos manos, el aparato genital y los dos pies. Una reacción expansiva o placentera al medio implica un flujo de sentimiento o energía desde el centro hacia estos seis puntos (Lowen, 1996).

La vida se orienta primariamente hacia la búsqueda del placer y la huida del dolor. Es una orientación biológica, porque a nivel corporal, el placer provoca en el organismo un impulso hacia afuera para llegar a la fuente de ese placer, pero el peligro del dolor forza al organismo a ahogar ese impulso, creando así un estado de ansiedad. Tarde o temprano se levantan defensas para reducir esta ansiedad, pero estas defensas reducen también la vida y la vitalidad del organismo. Cuanto más pronto en la vida surja la ansiedad, más se extiende y más profundamente estructura las defensas contra ella.

Estas defensas es a lo que Lowen llama "estructuras del carácter". El define el carácter como la manera especial en que el individuo administra su búsqueda de placer. También es una actitud psíquica (Lowen, 1996).

Lowen (1975), citado en Navarro, señala la posibilidad de cinco quebraduras o rupturas posturales básicas que corresponden a conflictos importantes en la integración de la personalidad.

Las quebraduras son las siguientes: lado izquierdo del cuerpo contra el lado derecho, espalda contra el frente del cuerpo, debajo de la cintura contra arriba de la misma, cabeza contra el resto del cuerpo, y finalmente, el torso y la cabeza contra las extremidades (Figura 4).

La primera ruptura básica se produce cuando uno de los lados del cuerpo difiere notablemente en su apariencia y en las tensiones musculares, del otro lado. Tradicionalmente se considera que el lado izquierdo del cuerpo es el lado del corazón. Refleja la sensibilidad, o los aspectos femeninos de la personalidad. También manifiesta la calidad de la relación con la madre. El lado derecho del cuerpo es el que refleja la lógica y la racionalidad y la relación con el padre. Cuando la sensibilidad está muy frenada, el lado izquierdo del cuerpo suele estar contraído.

La segunda quebradura es la del frente del cuerpo contra la espalda. La parte de atrás incluye la musculatura más fuerte y contiene la columna vertebral. El significado psicológico correspondiente es de fuerza, dureza, rectitud y agresividad. Por el contrario, la parte de frente del cuerpo es más blanda, sobre todo en las mujeres y se asocia con algunas sensaciones viscerales como la ternura. Según las tensiones puede frenarse la ternura o la agresividad.

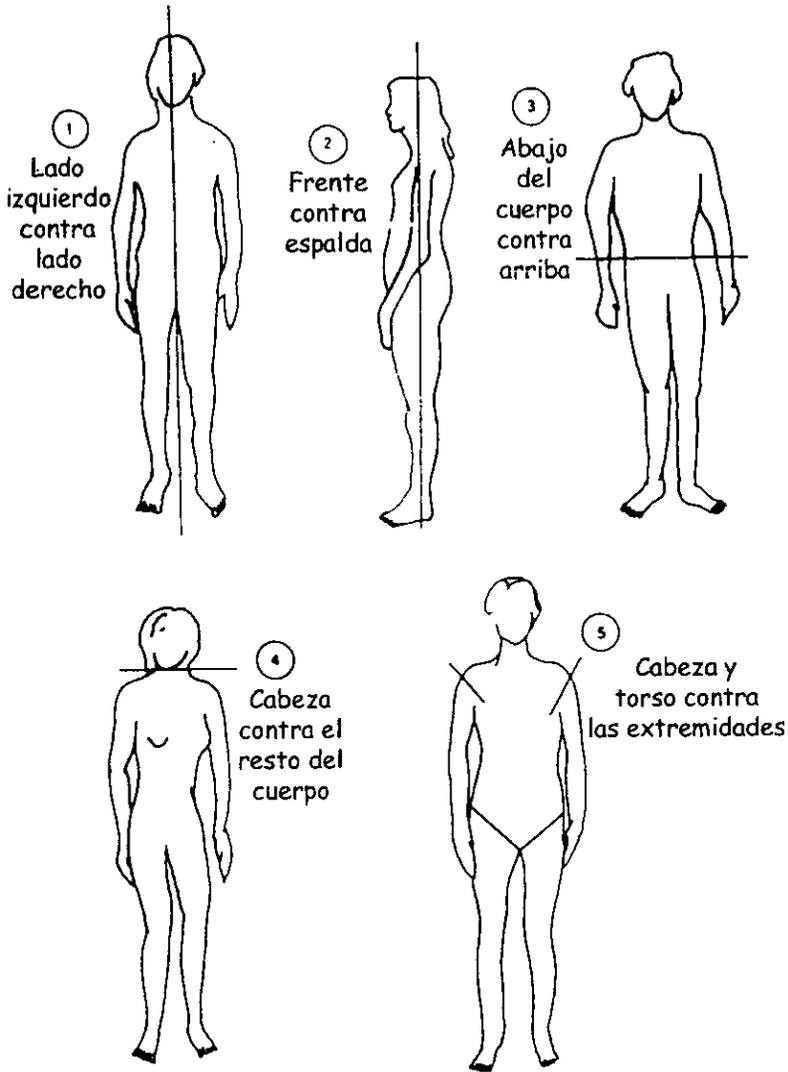


FIGURA 4

Según la medicina china, todos los meridianos de fuerza (yang) se sitúan en la parte posterior del cuerpo, desde la cabeza hasta la planta de los pies, y todos los meridianos pasivos (ying) sobre la cara anterior del cuerpo. Desde esta visión, la salud del cuerpo depende de la distribución equilibrada de la energía (Bertherat).

La tercera quebradura separa la parte de arriba de la cintura, que incluye el rostro, los brazos y las manos. Que significa nuestra área social y manifiesta la capacidad de contacto con las personas y con los objetos que nos rodean. La parte de debajo de la cintura está más relacionada con el impulso, con la sexualidad y con nuestro contacto con la realidad.

En la cuarta quebradura existe una separación entre la cabeza, fabricando fantasías, con lo que olvidan el resto de su cuerpo que queda entonces con muy poca energía de movimiento.

La quinta y última ruptura, separa las extremidades de la cabeza y el tórax. La cabeza y el tórax pueden ser fuertes, mientras que los brazos y las piernas muestran poca energía, y en ocasiones están demasiado acortadas. Lo anterior sugiere que se limitaron los movimientos de los brazos y de las piernas durante la niñez.

Las tensiones musculares reflejan los traumas que los sujetos experimentaron durante el proceso de su crecimiento. Lowen (1996) utiliza la expresión "segunda naturaleza" para describir actitudes psicológicas y físicas, que aunque no son naturales, han llegado a asimilarse con la persona y a convertirse en parte de ella, hasta el punto de que le parecen completamente naturales.

"Toda rigidez muscular incluye la historia y la significación de su origen. Su disolución no solo libera la energía; sino también trae a la memoria la situación infantil en que se produjo la inhibición" (Reich, citado en Bertherat p.47).

El adulto funciona a dos niveles distintos simultáneamente, uno es el psíquico o mental y el otro es el físico o somático. En una personalidad sana, los niveles mental y físico de actividad cooperan para promover su bienestar, en una personalidad trastornada, hay áreas de emoción y conducta en que estos

niveles o aspectos de la personalidad están en conflicto. Un área de conflicto produce un bloqueo de la libre expresión de los impulsos y sentimientos (Lowen, 1996).

Resulta entonces, que el autoconocimiento, si bien no está limitado a la imagen de nuestro cuerpo, depende de esta imagen.
La conciencia del cuerpo es la condición y el instrumento del autoconocimiento.

2.3. El espacio y la forma del cuerpo

La imagen de nuestro cuerpo se construye con los aprendizajes motores de la infancia y ésta imagen está casi completa hacia los 7 años, pero se va afinando más a lo largo de la adolescencia y la vida adulta (Dropsy).

La primera imagen que se nos impone sobre el cuerpo humano es el de una estrella con cinco puntas en el cual el tronco, desde la pelvis hasta los hombros, sirve de punto de partida de los apéndices que son los dos brazos, las dos piernas y la cabeza.
Posteriormente se diferencia la cabeza de los miembros (Dropsy).

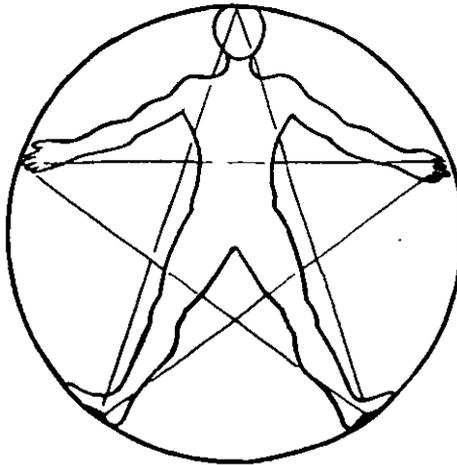


FIGURA 5

La cabeza, las manos y los pies, por estar en la periferia son los que con mayor facilidad podemos tomar conciencia. En cambio el tronco resulta mucho más oscuro e inconsciente (Dropsy).

El tronco es el centro del cuerpo. El cuerpo humano, como todo objeto físico, cuenta con un centro de gravedad. Este centro se halla aproximadamente en el centro del abdomen.

Tomando este centro, el tronco se puede dividir en dos, a la altura de las últimas costillas: la parte superior que empieza con el diafragma y la parte inferior limitada por el perineo.

Las dos bóvedas, inferior y superior están unidas por los músculos de la cintura (Dropsy).

El cuerpo se encarga de dos funciones principales, que es el de carga, como es la ingestión de alimentos, la respiración, la excitación sexual, etc., y la otra función es la de descarga de energía, como es la descarga sexual y la reproducción (Dropsy).

La mitad superior del cuerpo es el que se dedica a la función de carga energética, y la descarga es una función propia de la mitad inferior. Psicológicamente la carga está relacionado con los sentimientos mientras que la descarga es su expresión (Dropsy).

La conservación de la vida no sólo depende de un suministro constante de energía, sino también de la descarga de un volumen equivalente de energía. Cuando éste es insuficiente se produce el agotamiento de las reservas de energía, con una lentitud mayor en los procesos vitales. Pero cuando, por el contrario, el nivel de descarga es inadecuado, el resultado primero que se observa es la producción de ansiedad (Lowen, 1996).

El principio de placer siempre busca la carga y la descarga, esto es, la tensión y la relajación. Sin embargo, el principio de realidad produce una escisión entre estas dos funciones, provocando la represión de las acciones. La separación entre estas dos funciones es lo que crea las distintas polaridades internas en las personas.

La conciencia del yo tiende a oponerse al cuerpo, el cual se considera representante del inconsciente (Dropsy).

La respiración es ritmo y el ritmo es la base de toda la vida. La función central de la respiración es un proceso de intercambio. La respiración está relacionada con el contacto, ya que esta nos une constantemente con todo. Los dos órganos de contacto del ser humano, son los pulmones y la piel. El contacto de la piel es inmediato y directo. Es más comprometido y más intenso que el de los pulmones y además está sometido a la voluntad. Uno puede tocar a otra persona o no tocarla. El contacto que establecemos con los pulmones es indirecto pero no podemos evitarlo. La respiración da al ser humano la experiencia básica de polaridad y simboliza la contracción-relajación, el tomar-dar, el contacto-repudio y la libertad-agobio (Dethlefsen y Dahlke).

La piel realiza múltiples funciones. Las más importantes son: delimitación y protección, contacto, expresión, estímulo sexual, respiración, exudación y termorregulación. La piel es nuestra frontera material externa y al mismo tiempo, a través de la piel estamos en contacto con el exterior, con ella tocamos nuestro entorno. La piel refleja nuestro modo de ser hacia el exterior y lo hace de dos maneras. Por un lado, la piel es la superficie en la que se reflejan todos los órganos internos y en ella se muestran también todos nuestros procesos y reacciones psíquicos. Bajo una piel muy sensible hay un alma muy sensible también, mientras que una piel áspera nos hace pensar en un pellejo duro, una piel sudorosa nos muestra la inseguridad y el miedo de nuestro oponente y la piel colorada, la excitación.

La piel es la frontera del "yo" que tiene que cruzar para encontrar el "tu". Al mismo tiempo, la piel es el órgano con el que el ser humano entra en contacto con los demás, lo que el otro puede tocar y acariciar (Dethlefsen y Dahlke).

La acción muscular es la única forma de descargar la energía acumulada en el organismo.

Toda acción posee componentes de dos aspectos del individuo: sentimientos de ternura y sentimientos de agresión. Los primeros se ubican en la parte delantera del cuerpo y los segundos en la parte posterior, en la espalda. Los sentimientos tiernos están relacionados con la función respiratoria y la entrada de aire, mientras que los sentimientos agresivos están relacionados con el sistema digestivo, a través de la búsqueda del alimento. La proporción en la que cada quien utiliza estos dos sentimientos en la acción, queda determinada por el carácter de cada persona (Dropsy).

En general, todas las funciones motoras se relacionan con el impulso agresivo o el instinto de muerte y la función sensorial se relaciona con los sentimientos tiernos, con el instinto de vida. Y en un estado no neurótico, todo impulso resulta de la fusión de estos dos componentes. Se puede acentuar uno u otro lado, según la situación exterior, pero apenas existe conflicto entre ambas tendencias.

El componente motor se halla localizado en la espalda y las piernas, mientras que el componente sensorial se localiza en la parte frontal del cuerpo y en las manos. La defusión total de estos dos componentes equivale a la escisión psicótica (Dropsy).

En el cuerpo humano la musculatura está distribuida de tal manera que la mayor parte se concentra en las piernas y las caderas, que son las que mantienen al hombre en posición erecta. Los músculos de la mitad superior son blandos, relajados y capaces de realizar movimientos rápidos y sensibles (Dropsy).

El abdomen es el que se encarga de la transformación, asimilación y almacenamiento del alimento, reguladas por mecanismos vegetativos e inconscientes (Dropsy). Aquí se encuentran principalmente el estómago, el hígado y los intestinos. Estos órganos nos sirven para asimilar algunas experiencias personales (Navarro). El estómago como aparato digestivo evoca la asimilación por el consciente de los contenidos del inconsciente, que hay que integrar al conjunto psíquico. El hígado se relaciona con un centro vital inconsciente, particularmente activo, preservador de las toxinas psíquicas y regulador del equilibrio general: el self. En el intestino se realiza la absorción del alimento. En ellos operan un verdadera selección de los alimentos, la que permite asimilar lo que conviene a la nutrición y rechazar los desechos inútiles, y susceptibles de intoxicar al organismo si no son evacuados (Rocheterie). Ahí se produce la elaboración energética que proporciona a nuestra acción voluntaria las fuerzas que necesita. Por lo que es también un centro de fuerza, un centro vital (Dropsy). Mientras que el corazón es el centro de nuestra vida emocional, nuestro abdomen es el centro de la vida instintiva (Navarro).

Asimismo en este centro es en donde se encuentran las células sexuales, que se transmiten del padre a su hijo y es también donde se lleva a cabo la procreación y la gestación.

Los riñones, la vejiga y el colon, situados en la cavidad abdominal, sirven para eliminar las sustancias, las ideas y las experiencias que no son metabolizables por nuestro organismo (Navarro).

El piso pélvico incluye los genitales, que reflejan nuestras actitudes de lejanía o acercamiento con respecto al contacto y a la vida sexual. También incluye la uretra y el ano que se relacionan con las funciones eliminatorias del organismo (Navarro). El ano también se relaciona con la idea de producción, de creación, de nacimiento y de renacimiento psíquico (Rocheterie).

Mientras que la cabeza es el centro de la razón y el corazón el centro de los sentimientos y de las emociones, en el vientre se localizan las sensaciones y los impulsos primarios. Por su desamparo y su vulnerabilidad, el vientre es la región del cuerpo donde se expresan los miedos existenciales y la sensación de amenaza que despierta el mundo exterior (Dethlefsen y Dahlke).

El vientre y la cabeza están unidos por la columna vertebral. A la región de los lumbares, de los riñones, corresponden la fuerza y la estabilidad. La delicadeza y la movilidad corresponden a la parte superior.

La fuerza asciende hacia la cabeza a lo largo de los músculos vertebrales. La médula por el contrario, desciende desde la cabeza hacia el centro de la columna. Y así hay un intercambio constante entre la cabeza y el vientre. Descenso de la conciencia proveniente de la cabeza, y ascenso de la fuerza elaborada en el centro inconsciente del cuerpo (Dropsy).

La columna vertebral une lo superior (cabeza) con lo inferior (pelvis). Esto nos remite a la idea de la polaridad. Su estructura es polar. Existe una alternancia entre materia ósea dura y materia viscosa, blanda y acuosa, a lo largo de toda su longitud. Simbólicamente la materia dura se asocia con el polo masculino, mientras que la capacidad de adaptación del elemento acuoso, que domina en los discos intervertebrales es femenina. Mientras los huesos proporcionan solidez y estabilidad, la materia acuosa aporta la necesaria elasticidad y adaptabilidad.

Esta alternancia entre elementos duros y blandos, así como su forma curvada es lo que le da a la columna vertebral su función de amortiguador de cargas, pesos y responsabilidades. Sin embargo, si las cargas son excesivas, surgen diversas desviaciones y dificultades de la columna. Por ejemplo, si la forma en S es demasiado pronunciada, la rectitud se pierde en aras de una mayor capacidad de adaptación y el individuo anda con la espalda encorvada. Cuando

sucede lo contrario, es decir, que la curvatura de la columna vertebral es insuficiente, el efecto es el opuesto y el individuo anda por la vida pavoneándose sin capacidad de adaptación y sin poder amortiguar los golpes (Dahlke, 1999).

Cuando el niño nace, su columna no posee las curvaturas que aparecerán durante su crecimiento.

La debilidad de la columna vertebral implica una grave alteración de la personalidad. Una espalda inclinada se asocia a un yo débil (Dropsy).

A lo largo del eje raquídeo podemos dividir el cuerpo en tres bloques: la pelvis, la caja torácica y la cabeza. Los cuales están separados por dos puntos de articulación: la cintura, entre la pelvis y el tórax por una parte, y el cuello que une a la cabeza y el tórax por otra parte. La pelvis, el tórax y la cabeza están alineados sobre la vertical, que aseguran la estabilidad del cuerpo (Dropsy).

Las piernas están hechas para llevar a cabo un trabajo de fuerza. Sus articulaciones son muy sólidas. Proporcionan la fuerza para transportarnos con mayor o menor facilidad. Las piernas evocan el equilibrio psíquico y la progresión de la evolución del sujeto tanto en la vida interna como en la vida externa. Las mordeduras, las heridas, las mutilaciones y las parálisis en las piernas, se relacionan con la inestabilidad general, éstos inhiben o detienen el movimiento hacia delante tanto en la vida externa en marcha como en la progresión evolutiva de la vida interna (Rocheterie).

Las rodillas simbolizan la humildad del ego.

Los tobillos y los pies son las partes más flexibles, debido a que tienen que adaptarse a las variaciones del piso. Sus articulaciones no son rígidas y simples. Los pies sirven para contactar con el suelo, están relacionados con el sentimiento de pertenencia y enraizamiento. Además de la capacidad de contacto que piernas y pies comparten con brazos y manos, aquéllos tienen la responsabilidad de sostener, equilibrar el cuerpo y hacer posible la locomoción. El pie en particular combina la fuerza con la flexibilidad para sostener el cuerpo y también para desplazarlo con vigor.

La seguridad física al caminar está relacionado con la seguridad emocional. Las piernas y los pies son los cimientos y el sostén de la estructura del yo. A través de éstos, mantenemos el contacto con la realidad, representada por la tierra

(Dropsy). Un pie más largo que el otro, implica que algo "cojea" en la vida material, psíquica o espiritual de la persona (Rocheterie).

Además de las funciones de sostener, equilibrar y arraigar, las piernas son las estructuras más importantes para la función de mover el cuerpo. Hay tres factores que perjudican la motilidad: debilidad, gran bulto y rigidez. Las personas que tienen los músculos de las piernas poco desarrollados, los tobillos débiles y el empeine hundido, tienen dificultades para ejecutar el movimiento.

La acumulación de grasa en torno a las nalgas y los muslos se da como resultado al estancamiento de la energía en esa zona debido a la inhibición del movimiento. La pierna rígida se considera como una compensación a los sentimientos de debilidad existentes (Dropsy).

Las piernas proporcionan al tronco un apoyo. Los pies, los tobillos, las rodillas y los iliofemorales constituyen un sistema de resortes que amortiguan tanto los movimientos del piso como los de la parte alta del cuerpo. Cuando las piernas están muy rígidas, ya no pueden servir de amortiguadores (Dropsy).

Una persona bien equilibrada también tiene bien equilibrados sus pies y su peso está distribuido por igual entre los talones y la parte carnosa de las plantas. Cuando el peso de un individuo gravita sobre sus talones, lo cual ocurre si sus rodillas están rígidas, no está en equilibrio estable. Este individuo tiene una postura pasiva. En cambio, cuando el peso gravita sobre los dedos de los pies, el sujeto está preparado para avanzar y su postura es agresiva. La tendencia de muchos individuos a mantener siempre las piernas rígidas indica que el individuo siente la necesidad de un apoyo extra, o sea, delata cierto sentido de inseguridad en su personalidad consciente o inconsciente (Lowen, 1996).

Para estar bien plantado, hay que tener los pies firmes sobre el terreno. Deben estar más o menos planos sobre el suelo, con el arco relajado, no caído. Lo que se llama pies planos consiste en que el arco de los mismos ha cedido y se ha caído, a consecuencia de lo cual el peso gravita sobre el lado interior de los pies. Un arco elevado indica espasticidad o contracción de los músculos de los pies. Con un pie muy arqueado disminuye el contacto con el suelo (Lowen, 1996).

El tórax, la cintura escapular y los brazos forman lo que Jacques Dropsy (1987) llama "el hombre de arriba", mientras que "el hombre de abajo" está constituida por las piernas y la pelvis. Esta parte de arriba tiene una mucha

mayor fragilidad, flexibilidad y adaptación que el conjunto formado por las piernas y la pelvis (Dropsy).

Los hombros son muy significativos en lo que respecta a las funciones del yo. Los hombros manifiestan rasgos de personalidad que se relacionan con el modo como soportamos el peso de la vida. El peso que cargan es del inconsciente, tan difícil de cargar para la conciencia. Estos y la espalda sugieren las capacidades y las actitudes de fuerza o de fatiga con respecto al trabajo y a las responsabilidades (Navarro). La postura de los hombros aporta información sobre la postura ante la vida. Junto con la columna vertebral en ellos puede leerse qué carga soporta el individuo y si le produce o no dificultades (Dahlke). Los hombros retrasados indican ira reprimida, contención del impulso agresivo. Los hombros levantados están relacionados con el temor. Cuando forman un ángulo recto indican actitudes de responsabilidad. Los hombros arqueados dan la impresión de soportar una carga (Dropsy). Los hombros caídos expresan resignación. El sujeto ha renunciado a demostrarse a sí mismo y al mundo su valía. Unos hombros caídos deben soportar más responsabilidad de lo que son capaces y sus poseedores están sobrecargados. Los hombros estrechos también ponen de manifiesto una capacidad insuficiente para asumir la carga de la responsabilidad de la propia vida y experimentan una gran necesidad de buscar apoyo en otras personas (Dahlke).

En la espalda también se acumulan tensiones musculares debido a algunos conflictos ante las autoridades. Algunas personas viven dobladas sometándose y agachándose. Otras se azotan continuamente y se culpan. Frenan sus sensaciones e impulsos de ira, para no mover sus manos hacia la violencia. También tienen base en la columna vertebral ciertas actitudes generales de rigidez o flexibilidad (Navarro).

Los brazos están destinados a la acción sobre el mundo exterior y también a la expresión de la vida afectiva, al igual que las manos y los hombros. La parte superior de los brazos muestra la relativa fuerza o debilidad con respecto al movimiento expresivo. Los brazos simbolizan la posibilidad de obrar, de crear, de actuar, ejecutar un trabajo, la protección, la ayuda, el auxilio, la defensa (Navarro). El brazo cortado, roto, o dislocado es un símbolo de castración, los brazos levantados expresan la impotencia, la incapacidad de actuar, la sumisión (Rocheterie).

Los brazos simbolizan fuerza y poder. También reflejan la capacidad de resistencia. Así, las extremidades superiores muestran nuestra fuerza,

agilidad y movilidad en nuestra relación con el mundo así como nuestra manera de tomar la vida en nuestras manos y relacionarnos con otras personas. Los brazos muy musculosos, por tanto pesados, además de exhibir su fuerza y su poder, apuntan hacia una cierta torpeza y falta de flexibilidad. Es posible que su poseedor carezca de sutilidad y en ocasiones también de tacto. Los brazos débiles reflejan incapacidad para abarcar la vida y tomar posesión de ella. Invadidos por un sentimiento de impotencia es casi imposible que sean capaces de retener lo que necesitan, que sostengan lo que es importante y que mantengan alejado lo que no soportan. Wilhelm Reich parte del supuesto de que la vida de las personas que poseen estos brazos se caracteriza por la falta de iniciativa. Los brazos delgados y fuertes revelan una personalidad decidida e incluso prepotente, aunque a menudo con problemas de aguante. Estas personas tienden a anquilosarse así como a adolecer de falta de flexibilidad y habilidad. Sus brazos son como tenazas siempre dispuestas a cerrarse con fuerza en torno a algo, aunque no conocen los movimientos suaves, delicados y flexibles. Los brazos gruesos y débiles producen una impresión de poseer poca habilidad y ser más bien torpes. Se mueven con lentitud, lo que revela falta de vitalidad y de movimiento, su propio peso les resulta excesivo así como la carga que la vida deposita sobre ellos. Además de dinamismo y fuerza también les falta flexibilidad (Dahlke).

Los codos en sus movimientos y según su flexibilidad, revelan el carisma o la falta de gracia con que intentamos alcanzar nuestras metas, en las relaciones interpersonales.

Las manos son los instrumentos principales que utilizamos para dar y recibir y para tocar y transformar la realidad externa que nos rodea (Navarro). Las manos son los órganos activos que nos sirven para asir y agarrar así como para tomar la vida en nuestras manos, sellar la paz, cuidar enfermos, acariciar y bendecir aunque también manipular. Las manos proporcionan tanta información como la boca y son mucho más sinceras que las palabras. Incluso su temperatura permite sacar importantes conclusiones. Unas manos cálidas transmiten un deseo de contacto, vienen del corazón como la sangre que las mantiene calientes. Por el contrario, las manos frías son símbolo de distancia, no reciben suficiente irrigación sanguínea, revelan que su poseedor reprime su fuerza vital y que no está abierto a la posibilidad de establecer contactos. Cuando las manos sudan se añade el componente del miedo.

Las manos descubren problemas de contacto y de comunicación, ponen de manifiesto nuestra capacidad para establecer contactos y revelan nuestra vinculación (Dahlke).

Los dedos se usan para crear, manipular, señalar, pero también evocan la idea del orden prescrito, de la dirección a tomar y de la sanción. Los dedos poseen ante todo un simbolismo fálico. Un dedo cortado es un signo de castración. Las uñas evocan la agresividad, la combatividad y la virilidad. (Rocheterie).

Hombros, espalda, brazos y manos, forman un conjunto de funciones y de rasgos de la personalidad muy relacionados con el contacto y con la obtención de las metas de la vida (Navarro).

La relativa dureza del tórax o su blandura, revelan rasgos relacionados con la ternura, el cariño y los anhelos.

El corazón energiza con su impulso cada una de las células del cuerpo vivo. Los pulmones toman del aire el oxígeno vital y forman un espacio interno cálido y pulsante (Navarro).

El corazón se asocia con el sentimiento de amor. El cual comunicamos a través de diversos canales. El canal principal de comunicación del corazón es la garganta y la boca. El segundo canal de comunicación son los brazos y las manos, que se alargan para tocar. La circulación del sentimiento o de la energía hasta las manos puede quedar obstaculizada por tensiones de los hombros o espasticidades de los músculos de la mano. Las tensiones de los hombros se producen cuando uno tiene miedo de alargar la mano o descargar un golpe. Las tensiones en los pequeños músculos de las manos son efecto de impulsos reprimidos de agarrar algo, de clavar los dedos y las uñas o de estrangular. El tercer canal de comunicación del corazón con el mundo es la cintura, la pelvis y los genitales. Las tensiones musculares crónicas que bloquean la libre expansión de la excitación y el sentimiento se encuentran frecuentemente en el diafragma, en los músculos que rodean la pelvis y en la parte superior de las piernas (Lowen, 1996).

La cabeza está relacionada con las cualidades y la fuerza del yo. La inclinación de ésta representa la actitud del paciente frente a la realidad (Dropsy). En la cabeza están las estructuras cerebrales y las funciones correspondientes a los niveles superiores de energía. Entre las funciones

cerebrales están la de soñar, la de combinar palabras y frases y el manejo de símbolos visuales. El cerebro permite integrar nuevas experiencias y percepciones a la propia imagen corporal localizada en la corteza motora. También permite almacenar los recuerdos e iniciar el movimiento deliberado (Navarro). La cabeza también evoca el principio paterno, el animus. Un cuerpo sin cabeza evoca la ausencia de la función del pensamiento o de esta voluntad directora y equilibrada que debería caracterizar al estado adulto. La cabeza sin cuerpo puede ser una imagen que advierte la exageración de las funciones intelectuales, de una búsqueda espiritual extremosa a expensas de la vida instintiva y afectiva y de la personalidad total (Rocheterie).

A lo largo de la historia, la cabeza aprendió a dominar a los otros dos centros: la pelvis y el corazón. A través de los ojos, los oídos, la nariz y las papilas gustativas, la cabeza posee un monopolio de información casi absoluto. Trabajando con laboriosidad y utilizando la razón, las personas de las culturas industriales permitieron que la cabeza expandiera su monopolio a los órganos sensoriales. El primer sentido en ser desterrado fue el olfato, que en principio era el predominante. Así mismo, el oído tuvo que dejar paso a la vista, ya que al empezar a andar erguido los ojos quedaron en el lugar más alto y fueron los únicos en salir beneficiados. De esta manera los ojos pudieron acceder a un gran número de datos procesados por el entendimiento. El ojo, se volvió un órgano a merced del entendimiento y la razón, quedando en un segundo plano su aspecto sensorial. El pensamiento determina nuestra visión y ésta a su vez determina el pensamiento. Ambos se complementan en sus posibilidades y fuentes de error, estimulándose mutuamente. El ojo proporciona la base tanto para la racionalización como para la proyección, teniendo una visión del mundo lineal y racional (Dahlke).

El cabello en el hombre evoca su potencia viril y en la mujer evoca su poder de seducción, de encanto, de expresión de su femineidad y de atractivo sexual. La cabellera abundante se asocia con la idea de belleza y de dignidad, pues los cabellos se asimilan a los rayos solares. Tanto en el hombre como en la mujer, la falta de cabello representa una pérdida de fuerza viril, y del poder seductor de la atracción sexual. Pero el perder el cabello, después de un largo trabajo en sí mismo, puede evocar una regresión al estado de bebé, que se supone nace sin pelo: un renacimiento anuncia una vida nueva regenerada (Rocheterie).

Los cabellos son un símbolo de libertad. Todos los ejércitos regulares obligan a sus reclutas a raparse, ya que el hecho de cortarles el pelo simboliza el recorte de su libertad. En los monjes zen, sucede lo mismo, la diferencia es que ellos renuncian voluntaria y conscientemente a sus cabellos, es decir, a su libertad exterior. Por el contrario, a los guerrilleros que luchan por su país y por su independencia por cuenta propia, no les estorba el cabello, ya que su objetivo es lograr la libertad exterior.

El peinado refleja la mentalidad, por lo que los artistas suelen mostrarse extravagantes en este respecto, mientras que las personas que acatan las normas sociales tienden a llevar el pelo bien ordenado en un peinado sobrio y unitario. La trenza por ejemplo, es una forma de organización muy severa, en el cual no se permite que ningún mechón quede fuera. Implica una vida circunscrita dentro de un marco metódico, controlado escrupulosamente.

El vigor y el brillo del cabello reflejan nuestro vigor y nuestro brillo (Dahlke).

La barba y los bigotes, al igual que el cabello también evocan la idea de la virilidad, dice Jung "la plenitud de la fuerza vital", el animus (Rocheterie, 1984).

La cara es la parte de nosotros mismos que mejor conocemos, es la que presentamos al mundo de la manera más directa y desnuda, lo cual nos lleva muchas veces a ocultar nuestra persona mediante rigideces o maquillajes, que forman la máscara que presentamos ante los demás y detrás de la cual protegemos nuestra fragilidad (Dropsy).

Los ojos son considerados el espejo del alma. Los dos canales instintivos convergen arriba en los ojos, del mismo modo que abajo lo hacen en los genitales. Además con los ojos se inicia el contacto. Pero el ojo evoca ante todo, la visión clara de las cosas, en oposición a la ceguera de sí, la luz en oposición a la sombra; la claridad de la conciencia en oposición a las tinieblas de la inconciencia. Los ojos cerrados implican que la persona se rehusa a ver un problema de fundamental importancia para él, por otro lado, puede ser que la persona cierra los ojos a las ilusiones y tentaciones del mundo externo para entregarse a la contemplación interior (Rocheterie). Nuestros oídos perciben vibraciones, sonidos y ritmos. Las orejas hacen alusión a la percepción que tiene el sujeto de la voz interna. Si las orejas están cortadas o tapadas evocan la necedad, la falta de entendimiento. La nariz evoca el olfato, la perspicacia y la intuición. A veces puede tomar un significado fálico. Finalmente puede evocar

la respiración y eventualmente el ahogo, la sofocación por la angustia (Rocheterie). La boca advierte las necesidades de nutrición incluyendo nuestra hambre de cariño. Refleja también las actitudes básicas frente a las nuevas experiencias e ideas (Navarro). A ésta se le asocia también una idea de creación, ya que hace posible la expresión de ideas, de emociones, asimilación de los contenidos del inconsciente.

Los dientes se asocian a la virilidad, la agresión y la asimilación. Los dientes apretados se relacionan con la idea de una emotividad más o menos contenida, más o menos reprimida, según si el sujeto puede o no asumir sus emociones (Rocheterie).

El cuello simboliza el punto de unión que separa la cabeza, es decir, la sede de la conciencia y del pensamiento, así como del mundo racional, del cuerpo, o sea, la sede de la inconciencia, del mundo irracional, del sentimiento, de los instintos y de lo vivido emocionalmente (Rocheterie). En el cuello registramos algunas amenazas y ataques. A través de las tensiones del cuello, se manifiestan algunas actitudes y rasgos de la personalidad con respecto al dominio y a la sumisión. Son muy numerosas las manifestaciones emocionales que pueden frenarse en el cuello, tales como vomitar, gritar y sollozar (Navarro).

Para A. Lowen (1988), todo trastorno emocional implica una reducción de la motilidad. Toda alteración emocional implica un bloqueo del flujo de energía hacia los órganos de descarga, y mientras más periférico sea este bloqueo, menos grave es.

2.4. Conclusión

El cuerpo es el primer medio que utiliza el recién nacido para comunicarse con el mundo externo, aun cuando no tiene todavía integrada la imagen de su cuerpo, el cual se logra aproximadamente a los ocho años y sigue desarrollándose a lo largo de la adolescencia y la adultez.

El cuerpo se relaciona con el inconsciente y con las pulsiones instintivas. El infante al principio es solo un cuerpo, y poco a poco con el nacimiento de la conciencia el niño va integrando su mente y su espíritu, sin embargo, conforme

va adquiriendo más conocimientos y va desarrollando su intelecto, se aleja cada vez más de sus necesidades corporales, y por ende, el cuerpo termina siendo la sombra del sujeto, en donde se encierra la historia de todas las ocasiones en las que asfixiamos y reprimimos el flujo de nuestra energía vital. Hemos ido censurando nuestras sensaciones a cambio de la razón, y con esto también hemos perdido la capacidad de disfrutar de nuestro cuerpo. Para compensar esta sensación de no existir dentro de nuestro cuerpo, utilizamos muchas máscaras, reflejando todo lo que no somos y alienándonos de nuestro verdadero ser.

El cuerpo está formado por una corriente de excitación biológica, el cual se manifiesta en impulsos y deseos. Los sentimientos representan diversas formas de excitación. Esta excitación va del centro hacia la periferia del cuerpo.

En ocasiones el flujo de la energía llega a bloquearse, así como la manifestación de los sentimientos e impulsos, debido a tensiones musculares crónicas, que se han ido formando a lo largo de nuestras vidas.

Como se vio en el capítulo 1, el psicótico tiene encerrado en el centro de su cuerpo toda su energía, enfriándose en la periferia.

La experiencia es un fenómeno corporal, a medida que escindimos el cuerpo y por ende los sentimientos, de la razón y el pensamiento, nos sentimos sin vida. Esta división puede tener distintos niveles, siendo el grado máximo, la descorporificación psicótica.

De esta manera, todas nuestras experiencias vividas se registran en la personalidad y se estructuran en el cuerpo.

CAPITULO III

" FUNDAMENTOS TEORICOS DE LAS TECNICAS PROYECTIVAS "

Las técnicas proyectivas han surgido por la necesidad de explorar las motivaciones de las conductas que no pueden manifestarse por la comunicación directa. En ocasiones la expresión de nuestras necesidades sólo pueden hacerse mediante alguna actividad nueva, de tipo creador, que indica en forma indirecta los conflictos que nos están embargando.

Este nombre de "técnicas proyectivas" es el que la mayoría de los psicólogos han adoptado para referirse a las técnicas que pretenden descubrir la personalidad de sus pacientes. Anderson se opone a dicha denominación, haciendo la reflexión de que en el momento de realizar la consigna de cualquier técnica, se están poniendo en juego muchos otros mecanismos que igualmente franquean las barreras impuestas por la conciencia de si mismo y ponen de manifiesto hechos importantes acerca del yo. "Por tanto, este tipo de instrumentos clínicos, deben denominarse "test de dinámica de defensa del yo", o de manera abreviada "test de defensa" o "test de dinámica" (Anderson y Anderson 1976).

Teóricamente los fundamentos de las técnicas grafo-proyectivas se encuentran en la escuela psicoanalítica, dado que fue Sigmund Freud el primero en identificar el proceso psíquico de la proyección, al que fue modificado con el paso del tiempo; desde 1894, unos años antes de la consolidación del psicoanálisis, Freud afirmaba que la psiquis desarrolla una neurosis de angustia cuando no se siente en condiciones de realizar la tarea de controlar la excitación (sexual); que surge endógenamente, es decir, actúa como si hubiera proyectado esa excitación en el mundo exterior (Bellak, 1987).

Dos años después afirmó más explícitamente que la proyección es un proceso que consiste en atribuir los propios impulsos, sentimientos y afectos a otras personas o al mundo exterior, como un proceso defensivo que nos permite ignorar estos fenómenos "indeseables en nosotros mismos" (Bellak, 1987).

Posteriormente la definió "como un mecanismo de defensa del yo, que consistía en evitar la conciencia de los deseos, pensamientos e impulsos inaceptables y a cumplir con su tarea, asignando dichos fenómenos subjetivos indeseables, al mundo objetivo o externo" (Bellak, 1990).

Así, Healy, Bronner y Browers (1930) (citados por Bellak, 1987), definen la proyección "como un proceso defensivo dominado por el principio del placer, por el cual el yo lanza sobre el mundo exterior deseos e ideas inconscientes que si penetraran en la conciencia, resultarían penosas para el yo".

Según Jung, "la proyección es una trasposición al objeto de un proceso subjetivo: un contenido subjetivo se aliena así o lo enajena el sujeto, sin darse cuenta, pues de algún modo lo incorpora o anexiona al objeto" (citado en Vázquez, 1981, p. 107).

En las anteriores definiciones se da a entender, que el sujeto que proyecta se deshace completamente del sentimiento perturbador, lo pone a distancia como una alternativa de defensa contra la angustia que le provoca. Sin embargo, no siempre sucede así, hay ocasiones en que se proyecta en otra persona, pero sigue actuando en el propio sujeto. Así, puede existir una mujer que tenga la sensación de que su psicoanalista está enamorado de ella y al mismo tiempo reconocer estos mismos sentimientos en su persona.

Sólo más adelante, los clínicos comenzaron a concebir a la proyección, como un proceso psíquico mucho más amplio y no necesariamente circunscrito a los fines de la defensa del yo, esto a pesar de que el mismo Freud ya se había percatado de ello por los años de 1912-13 cuando nos dice: "Pero la proyección no es únicamente un medio de defensa. La observamos así mismo en casos en los que no existe conflicto. La proyección al exterior de percepciones interiores es un mecanismo primitivo al que se hallan también sometidas nuestras percepciones sensoriales y que desempeña, por tanto, un papel capital en nuestro modo de representación del mundo exterior. En condiciones todavía suficientemente elucidadas, nuestras percepciones interiores de procesos afectivos e intelectuales son, como las percepciones sensoriales, proyectadas de dentro hacia afuera y utilizadas para la conformación del mundo exterior en lugar de permanecer localizadas en nuestro mundo interior" (Freud, 1997)

Así innumerables veces encontramos que nuestros procesos psíquicos inconscientes influyen de una manera determinante en la forma como percibimos nuestro entorno, nos es común identificar personas que asignan sentimientos o sensaciones a los demás a los que ven enojados o molestos, cuando en realidad no es así. Bellak dice que este fenómeno se debe a que está actuando una "distorsión aperceptiva", definiendo apercepción "como una interpretación (dinámicamente) significativa que un organismo hace de una percepción" (Bellak, 1990, p.22). Si agudizamos nuestra observación como lo hizo Bellak en su práctica clínica, apoyado por el Test de Apercepción Temática, podemos percatarnos que existen diferentes grados de distorsión aperceptiva: desde la que deforma parcialmente los detalles del estímulo, hasta la que distorsiona totalmente la gestalt del mismo. La importancia clínica de toda distorsión aperceptiva está en relación directa con el grado de la segunda. Así Bellak propone que "el término proyección quede reservado para el grado máximo de distorsión aperceptiva"(Bellak, 1990, p.23); su contraparte es un proceso hipotético donde la persona observa la realidad tal cual es, denominado percepción pura o totalmente objetiva.

Bellak distinguió dos tipos de proyección: la primera es la "proyección simple", donde el sujeto adjudica características propias internas al mundo exterior y el segundo es la "proyección invertida", que es más compleja que la simple, porque incluye en la dinámica psíquica el mecanismo de defensa de la formación reactiva (el yo lo amo se convierte en yo lo odio), para después ubicar este odio por proyección simple en el otro.

Jung (citado en Vázquez) comenta que los contenidos proyectados pueden tener un carácter negativo o conflictivo para el sujeto, o por el contrario, positivos en sí pero demasiado elevados. O bien se trata de contenidos penosos, incompatibles, de que el sujeto se desembaraza por proyección, o de valores positivos que por cualquier motivo son inaccesibles al sujeto. En ambos casos falta una disposición consciente apropiada para admitirlos e integrarlos conscientemente.

Actualmente se sabe que la proyección actúa en cualquier acto, expresión o respuesta de un individuo; el ser humano en su actividad diaria forzosamente plasma todo su ser, no puede haber nada que haga el hombre que no será él mismo, como tampoco puede soñar algo que no tenga que ver con él. En el hombre existe una fuerte tendencia a ver el mundo de manera antropomórfica, poniendo como principal punto de referencia su propia imagen.

Existe una mayor afinidad entre los sentimientos y la expresión artística que entre los sentimientos y las palabras. Históricamente, el hombre utilizó dibujos para registrar sus sentimientos y acciones mucho antes que símbolos que registraran específicamente el habla. Desde el hombre de las cavernas en adelante, el ser humano expresó sus emociones, sentimientos, ideas religiosas y necesidades mediante el trabajo artístico.

También el individuo comienza a emplear la comunicación simbólica ya hacia una época muy temprana de su vida. Los niños primero dibujan y después escriben. Por esto, los dibujos al igual que el lenguaje simbólico alcanzan las capas primitivas del sujeto (Hammer, 1969).

Hace ya mucho tiempo que se ha reconocido que todo arte contiene algún ingrediente de la personalidad íntima del artista. Fue un artista, Elbert Hubbard, quien observó que "cuando el artista pinta un retrato, en rigor pinta dos, el del modelo y el propio" y Alfred Tunnelle, otro artista comentó: "El artista no ve las cosas como son, sino como es él" (Hammer, p.22).

Solo basta hacer un pequeño análisis para descubrir la estrecha relación que existe en las obras literarias con la personalidad de su autor, o bien, observemos la obra pictórica frenética de Vincent Van Gogh, derivada de su intento por vivir la vida con una mezcla de soledad y locura. Ni aún el aprendizaje de las técnicas pictóricas puede evitar la proyección.

Fue Leonardo De Vinci el primero en afirmar que "la persona que dibuja o pinta si no está protegido por estudios prolongados tiende a prestar a las figuras que realiza su propia experiencia corporal" (citado por Hammer, p.22).

Se ha observado en la práctica clínica cómo personas lastimadas severamente o mutiladas en su estructura corporal, así como a quienes les genera ansiedad alguna parte de su cuerpo, tienden a representar estos conflictos en sus dibujos de manera simbólica.

Se ha visto que los métodos proyectivos, empleando su particular forma de expresión, han puesto de manifiesto capas muy primitivas y motivos inconscientes profundos, que no pueden ser comunicados a través de la palabra. Por tanto, su utilidad en la práctica clínica es innegable.

CAPITULO IV

"METODO"

4.1. Planteamiento del problema

¿Con cuál de las dos técnicas proyectivas, la de la figura humana realizada con plastilina o la realizada con lápiz y papel, es posible detectar de manera más efectiva los rasgos patológicos de la psicosis?

4.2. Objetivo

Demostrar la utilidad de la figura humana en plastilina como técnica proyectiva para la evaluación de pacientes psicóticos.

4.3. Formulación de hipótesis

1. El número de rasgos patológicos observados es significativamente mayor en el dibujo de la figura humana realizada por las pacientes psicóticas que en la realizada por los sujetos sin padecimientos psiquiátricos.
2. El número de rasgos patológicos observados es significativamente mayor en la figura humana de plastilina realizada por las pacientes psicóticas que en la realizada por los sujetos sin padecimientos psiquiátricos.
3. El número de rasgos patológicos observados es significativamente mayor en la figura humana de plastilina realizada por las pacientes psicóticas que en el dibujo de la figura humana realizada por las mismas.

4.4. Variables

Variable independiente: Figura humana en plastilina
Dibujo de la figura humana

Variable dependiente: Psicosis

4.5. Definición de variables

4.5.1. Definición conceptual:

Figura humana en plastilina: Representación del cuerpo realizada con plastilina.

Dibujo de la figura humana: Representación del cuerpo realizada con lápiz y papel.

Psicosis: Pérdida de las fronteras del ego o un grave deterioro de la evaluación de la realidad (DSM-IV).

4.5.2. Definición operacional:

Psicosis: Desintegración del cuerpo y omisiones de varias partes del cuerpo observadas en la figura humana de plastilina realizada por pacientes psicóticas, según los indicadores que se describen a continuación, los cuales fueron seleccionados con base a los autores citados junto a cada indicador.

1. *Omisión de la cabeza* (Goodenough, 1964).
2. *Omisión del cabello* (Goodenough).
3. *Omisión del cuello* (Koppitz, citado en Esquivel, 1994).
4. *Omisión de los ojos* (Koppitz, citado en Esquivel).
5. *Omisión del detalle de ojos (cejas, pestañas o ambos)* (Goodenough).
6. *Omisión de la nariz* (Koppitz, citado en Esquivel).
7. *Omisión de la boca* (Koppitz, citado en Esquivel).

8. *Omisión de los hombros:* Se califica como presencia cuando no se observa ningún ensanchamiento en la parte superior del tronco abajo del cuello, que da un efecto de esquina redondeada (Goodenough).
9. *Omisión del tronco:* Ausencia de tronco o el ancho del tronco es mayor que el largo (Goodenough).
10. *Omisión de los brazos:* Ausencia total de brazos o el largo de éstos es menor al largo del tronco (Goodenough).
11. *Ausencia de las articulaciones:* Ausencia de doblez en brazos y piernas. Si existe un solo doblez se califica con 0 (Goodenough).
12. *Omisión de las manos* (Goodenough).
13. *Omisión de los dedos de las manos* (Goodenough).
14. *Omisión de piernas:* Ausencia total de piernas o el largo de éstas es menor al largo del tronco (Goodenough).
15. *Omisión de pies:* (Koppitz, citado en Esquivel).
16. *Desintegración de la cabeza:* La cabeza no se halla unida al cuello o al tronco (Navarro, 1984).
17. *Desintegración de piernas y/o brazos:* Los brazos y/o piernas no están unidos al tronco. Es suficiente con una extremidad no unida para calificar con 1. Si hay ausencia de las extremidades se califica con 1 (Navarro).
18. *Asimetría derecha - izquierda:* Un lado del cuerpo se encuentra más fracturado, esto es, más chico, fragmentado u omitido; en comparación con el lado opuesto del cuerpo (Navarro).
19. *Desintegración superior-inferior:* La parte de arriba de la cintura, incluyendo rostro, brazos y manos, se halla desligado de la parte de abajo de la cintura (Navarro).

Presencia del indicador: 1

Ausencia del indicador: 0

A mayor puntuación hay una mayor desintegración.

4.6. Criterios de inclusión

- Pacientes psicóticas al término de la fase activa del trastorno.
- Adolescentes mujeres con edades entre 13 y 17 años.

4.7. Criterios de exclusión

- Se incluyó a todo tipo de pacientes psicóticas, exceptuando a las que tenían diagnóstico de trastorno psicótico debido a enfermedad médica y el inducido por sustancias.

4.8. Tipo de estudio y diseño experimental

El presente estudio es no experimental, debido a que este tipo de investigación es una indagación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables (Kerlinger, 1988).

El diseño utilizado es de dos grupos, grupo experimental y grupo control, con una sola medición, en donde el grupo control tiene la finalidad de hacer posible una comparación, necesaria para la validez interna de la investigación (Kerlinger).

4.9. Control de variables

Se utilizó la técnica de "doble ciego" (Rosenthal, 1976), para evitar que las expectativas del experimentador influyeran sobre la calificación de las

pruebas. La cual fue realizada por una psicóloga experta en pruebas psicológicas, del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".

4.10. Selección de la muestra

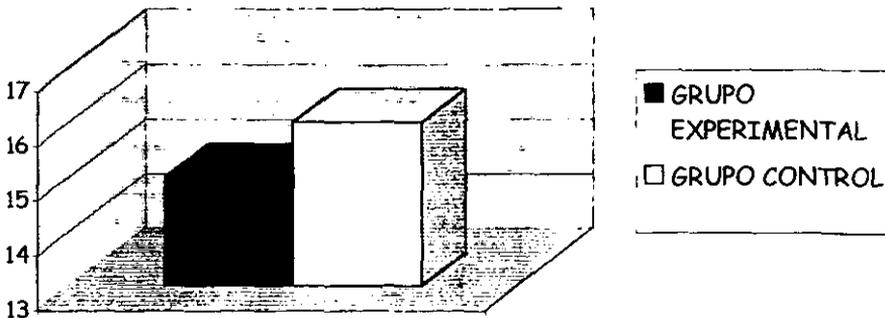
Se utilizó una muestra no probabilística intencional, el cual se caracteriza por el uso de juicios y por un esfuerzo deliberado de obtener muestras representativas, incluyendo áreas o grupos supuestamente típicos de la muestra (Kerlinger); constituida por 15 adolescentes mujeres con edades entre 13 y 17 años, diagnosticadas con psicosis, pertenecientes a la Unidad de Adolescentes Mujeres del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" y 15 adolescentes mujeres con el mismo rango de edad, sin padecimientos psiquiátricos, que fueron seleccionadas a su vez, mediante una muestra no probabilística intencional, tomando en cuenta las características de sexo, edad, escolaridad y ocupación, para configurar una muestra representativa, acorde con los propósitos de la investigación.

Los sujetos se dividieron en dos grupos:

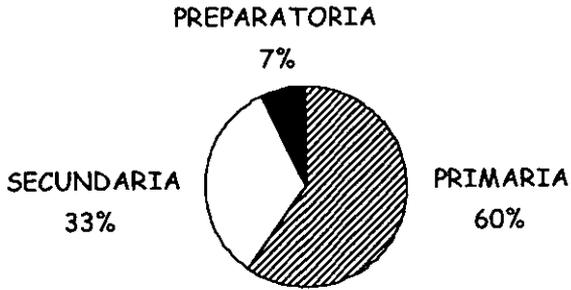
Grupo experimental: Integrado por las adolescentes con psicosis.

Grupo control: Integrado por las adolescentes sin padecimientos psiquiátricos.

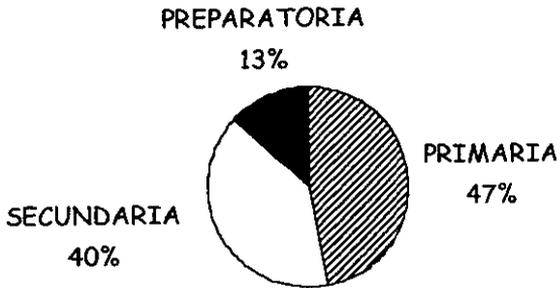
PROMEDIO DE EDAD



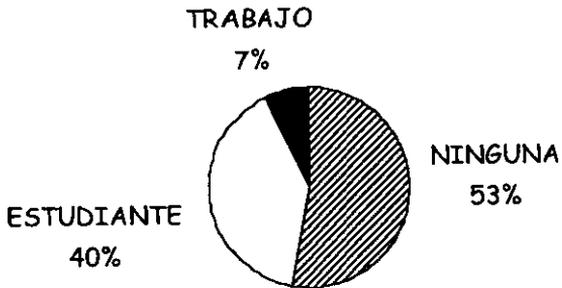
**GRUPO EXPERIMENTAL
ESCOLARIDAD**



**GRUPO CONTROL
ESCOLARIDAD**



**GRUPO EXPERIMENTAL
OCUPACION**



**GRUPO CONTROL
OCUPACION**



4.11. Escenario

Las aplicaciones del grupo experimental se realizaron en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", en un cubículo de aproximadamente 3 x 3, bien iluminado, en ausencia de ruidos. Las aplicaciones del grupo control se realizaron en un cubículo particular, con condiciones similares.

4.12. Instrumentos

El dibujo de la figura humana es un test ampliamente utilizado por los psicólogos para descubrir diferentes factores de personalidad. A partir de que Florence Goodenough en 1926 estandarizó el dibujo de la figura humana como una prueba de desarrollo intelectual y cognoscitivo, nació en muchos psicólogos clínicos el interés por estudiar los aspectos proyectivos de la prueba, entre ellos están Machover (1949), Jolles (1952), Levy (1958), Hammer (1958), Roger (1977), Abraham (1991), Naglieri y Pfeiffer (1992); quienes consideraron que la amplia gama de expresiones, el tamaño, el emplazamiento en la hoja, ofrecían una más rica información acerca de los componentes no intelectuales que de la capacidad intelectual del examinado (Esquivel, 1994 y Hammer, 1997).

Machover partió en sus investigaciones de la hipótesis básica de que siendo el cuerpo la referencia sustancial y concreta del yo, el dibujo de la figura humana sirve de vehículo singularmente adecuado para la autoproyección de la personalidad: la figura humana producida representa a la persona y la hoja en blanco al ambiente, en donde el análisis de la representación de la figura es eficaz para el conocimiento del sujeto, de sus problemas, modalidades, impulsos, expectativas, conflictos y ansiedades (Bell, 1951).

La figura humana en plastilina es una variante del dibujo de la figura humana, en donde se representa a una persona en tercera dimensión. Tiene como fundamento la teoría psicocorporal del cuerpo, según la cual, el cuerpo constituye la representación de nuestro inconsciente. Nuestras emociones, sentimientos, impulsos y deseos se manifiestan en el cuerpo, así como también nuestros conflictos.

Esta técnica está compuesta por una barra de plastilina de cualquier color. La persona, realiza la figura con los ojos cerrados. Debido a que la vista se asocia con las funciones intelectuales, cuando se representa una figura humana con los ojos abiertos, la imagen que se plasma es la imagen consciente que el

sujeto tiene de su cuerpo; por el contrario, cuando se representa la figura con los ojos cerrados, la persona proyecta la imagen inconsciente que tiene de su cuerpo.

Para la interpretación se toman en cuenta las omisiones, magulladuras, desproporciones y desequilibrios que presenta la figura. Las magulladuras representan las heridas y los bloqueos sufridos durante el desarrollo; las omisiones representan partes negadas; las áreas demasiado exaltadas representan áreas de conflicto, hay que observar también el tiempo que el sujeto invierte en cada parte del cuerpo, ya que un tiempo muy prolongado en alguna zona en comparación al tiempo que invierte en las demás zonas representa que hay un interés excesivo en esa parte. Es importante también observar qué lado está más fracturado, el derecho o el izquierdo; ya que el lado derecho representa la parte masculina, mientras que el lado izquierdo representa la parte femenina de sí mismo (P. Palacios, comunicación personal, Septiembre 19, 1998).

Para los propósitos de esta investigación solamente se tomarán como indicadores las omisiones y algunas desintegraciones.

Gisela Pankow (1969) utiliza la técnica de la plastilina para llevar a cabo su terapia analítica con pacientes psicóticos. Ella busca con esto ofrecerle al paciente sensaciones corporales táctiles que pongan límites a su mundo mágico y lo lleve a reconocer los límites de su cuerpo, ya que es muy frecuente que el enfermo sienta solamente la existencia de una parte del cuerpo, que ocupa para él el sitio de la totalidad de éste. Y de esta manera también se le ayuda a restablecer el vínculo entre el mundo interno y el externo.

4.13. Procedimiento

Se les aplicó a los sujetos las dos pruebas en una misma sesión, de manera individual, siguiendo las siguientes instrucciones:

Para la realización de la prueba de la figura humana en plastilina se le dio a cada sujeto una barra de plastilina y se les pidió que la amasaran. Una vez amasada, se les pidió que cerraran los ojos y con los ojos cerrados realizaran una persona con la plastilina. Sin abrirlos para nada hasta estar ya terminada la figura.

Para la prueba del dibujo de la figura humana se le dio a cada sujeto una hoja blanca tamaño carta, un lápiz y una goma y se les pidió que dibujaran una persona.

CAPITULO V

"RESULTADOS Y ANÁLISIS"

5.1. Resultados

Tabla 1. Puntajes naturales de los dibujos de figura humana realizados por los dos grupos.

SUJETOS	DIBUJO	
	GRUPO	GRUPO
	EXPERIMENTAL	CONTROL
1	6	1
2	2	0
3	2	5
4	2	2
5	9	0
6	2	0
7	11	1
8	6	0
9	10	0
10	6	2
11	8	1
12	4	0
13	8	0
14	4	1
15	4	1

Los puntajes de la tabla señalan las omisiones y desintegraciones que presentaron los sujetos en el dibujo de la figura humana, tomando en cuenta los 19 indicadores antes mencionados.

Se puede observar que las puntuaciones del grupo experimental son muy heterogéneas fluctuando desde un puntaje de 2 hasta 11; mientras que los del grupo control son más homogéneas, los cuales van del 0 al 5.

Asimismo, la mayoría de los puntajes son mayores en el grupo experimental que en el grupo control.

Tabla 2. Puntajes naturales de las figuras humanas en plastilina realizados por los dos grupos.

SUJETOS	PLASTILINA	
	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
1	13	4
2	10	8
3	13	5
4	14	4
5	14	9
6	9	4
7	13	3
8	11	6
9	19	2
10	11	8
11	11	3
12	9	3
13	12	2
14	15	3
15	10	4

Los puntajes de la tabla señalan las omisiones y desintegraciones que presentó cada sujeto en la figura humana de plastilina, tomando en cuenta los 19 indicadores.

Aquí también los sujetos del grupo experimental presentaron puntuaciones mucho más altas que las del grupo control. Se puede observar que un sujeto del grupo experimental presentó los 19 indicadores.

Tabla 3. Puntajes naturales de los dibujos y figuras de plastilina realizados por el grupo experimental.

SUJETOS	GRUPO EXPERIMENTAL	
	PLASTILINA	DIBUJO
1	13	6
2	10	2
3	13	2
4	14	2
5	14	9
6	9	2
7	13	11
8	11	6
9	19	10
10	11	6
11	11	8
12	9	4
13	12	8
14	15	4
15	10	4

Esta tabla señala las omisiones y desintegraciones que presentó cada paciente tanto en el dibujo como en la figura de plastilina.

Se puede observar que el mismo sujeto presentó más omisiones en la figura de plastilina que en el dibujo. Por ejemplo, un sujeto presentó solamente 2 omisiones en el dibujo y 14 en la figura de plastilina.

Tabla 4. Tabla de puntuaciones naturales y porcentajes de omisiones y desintegraciones presentes en los dibujos y figuras de plastilina de los dos grupos sobre un total de 15 sujetos.

INDICADORES:	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
	Plastilina		Dibujo		Plastilina		Dibujo	
	Suj.	%	Suj.	%	Suj.	%	Suj.	%
1. Omisión de cabeza	1	7	0	0	0	0	0	0
2. Omisión de cabello	13	87	4	27	4	27	0	0
3. Omisión de cuello	14	93	6	40	4	27	1	7
4. Omisión de ojos	11	73	1	7	6	40	0	0
5. Omisión de detalle de ojos	15	100	9	60	13	87	1	7
6. Omisión de nariz	12	80	4	27	6	40	0	0
7. Omisión de boca	12	80	5	33	6	40	0	0
8. Omisión de hombros	15	100	10	67	5	33	1	7
9. Omisión de tronco	2	13	1	7	0	0	0	0
10. Omisión de brazos	7	47	2	13	0	0	0	0
11. Omisión de articulaciones	14	93	10	67	6	40	8	53
12. Omisión de manos	12	80	8	53	3	20	0	0
13. Omisión de dedos de manos	14	93	5	33	12	80	0	0
14. Omisión de piernas	11	73	2	13	0	0	0	0
15. Omisión de pies	10	67	5	33	0	0	0	0
16. Desintegración de cabeza	2	13	2	13	0	0	1	7
17. Desintegración de piernas/brazos	9	60	4	27	1	7	1	7
18. Asimetría derecha/izquierda	4	27	4	27	1	7	0	0
19. Desintegración superior/inferior	6	40	2	13	1	7	1	7

La tabla 4 indica el número de sujetos de los dos grupos que presentaron omisiones y desintegraciones en los dibujos y figuras de plastilina, con su correspondiente porcentaje, con un total de 15 sujetos.

Se puede observar que todos los sujetos del grupo experimental presentaron omisiones de hombros en la figura de plastilina, en tanto que solamente 5 sujetos del grupo control lo presentaron.

En cuanto a la omisión del detalle de los ojos y los dedos de las manos, que también fue alto en el grupo experimental, no es tan significativo, ya que también lo presentaron la mayoría de los sujetos del grupo control.

Otros indicadores que presentaron la mayoría de los sujetos del grupo experimental en sus figuras de plastilina fueron: la omisión del cabello, del cuello, de ojos, nariz, boca, articulaciones, manos, piernas, pies y desintegración de brazos y piernas, mientras que solamente unos cuantos sujetos del grupo control presentaron estos indicadores. Por el contrario, el indicador que menos se presentó en el grupo experimental fue la omisión de la cabeza.

En general, se observa que es mayor el número de sujetos que presentaron omisiones y desintegraciones en las figuras de plastilina que en los dibujos, tanto en el grupo experimental como en el control. En algunos casos, la diferencia es muy grande; por ejemplo, solamente un sujeto del grupo experimental presentó omisión de ojos, en tanto que 11 presentaron este indicador en la figura de plastilina, en cuanto a la omisión de piernas también se observa una diferencia importante, y en el grupo control en la omisión del detalle de ojos.

5.2. Análisis estadístico

Para comprobar la primera y segunda hipótesis se utilizó la prueba U de Mann-Whitney debido a que de acuerdo con Siegel (1975), esta es una prueba estadística que sirve para probar una hipótesis direccional de dos muestras independientes.

Los resultados prueban las dos primeras hipótesis con un nivel de significancia de .001, lo cual demuestra que el número de rasgos patológicos observados es significativamente mayor tanto en el dibujo como en la figura de plastilina realizados por las pacientes psicóticas que en los realizados por los sujetos del grupo control (ver apéndice).

Por otra parte, para comprobar la tercera hipótesis se utilizó la prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon debido a que esta prueba sirve para comprobar la magnitud relativa así como la dirección de las diferencias de dos muestras relacionadas (Siegel).

Los resultados de este análisis prueban la hipótesis con un nivel de significancia de .005, concluyendo que el número de rangos patológicos observados es significativamente mayor en la figura de plastilina que en el dibujo realizados por las pacientes psicóticas.

CAPITULO VI

"DISCUSION Y CONCLUSIONES"

El presente estudio se realizó con la finalidad de demostrar la utilidad de la figura humana en plastilina como técnica proyectiva para la evaluación de pacientes psicóticas. La primera hipótesis se planteó para comprobar mediante la técnica del dibujo, el cual es una prueba ampliamente utilizada y probada clínicamente, que pueden observarse varios rasgos patológicos en los dibujos de las pacientes psicóticas en comparación con los sujetos del grupo control. La segunda hipótesis se planteó para comprobar que la prueba de la figura humana en plastilina también es útil para detectar rasgos patológicos de la psicosis. Y la tercera hipótesis se planteó para descubrir cuál de las dos técnicas es más efectiva.

De acuerdo a los resultados se puede observar que aún cuando la técnica convencional del dibujo nos permite detectar varios rasgos patológicos de las pacientes psicóticas al compararlos con los dibujos de personas sin padecimientos psiquiátricos; la técnica de la figura humana en plastilina nos permite detectar estos rasgos de manera más específica que el dibujo. Esto puede deberse a varias razones; en primer lugar, el arte del modelado pone al individuo en contacto con sus sensaciones corporales táctiles y por lo tanto con su cuerpo, facilitándole la representación de la imagen interna que tiene del mismo, a diferencia del dibujo que requiere el dominio de la utilización del lápiz, moldeado por el largo aprendizaje previo.

Pankow utiliza el modelado como una técnica terapéutica con pacientes psicóticos ya que esto les ayuda a poner límites a su mundo mágico y los lleva a reconocer los límites de su cuerpo.

Aunado a la utilización del tacto, el realizar la figura con los ojos cerrados refuerza el contacto con las sensaciones propioceptivas, ya que la vista se relaciona con el desarrollo intelectual.

Las figuras se analizaron de acuerdo a las omisiones y desintegraciones, debido al que éstos nos permiten identificar el grado de disociación que existe en el cuerpo, lo cual es una característica fundamental de la psicosis, en donde la parte reemplaza a la totalidad del cuerpo.

Las omisiones representan las partes negadas del cuerpo, las cuales sugieren los conflictos del sujeto (Hammer, 1969). Estas nos hablan del grado de despersonalización que existe, en el cual, el cuerpo se convierte en un objeto, totalmente ajeno al yo. Tal como comenta Lowen (1998), en el esquizofrénico se produce una disociación entre la imagen del ego y la imagen corporal, aferrándose a un mundo ilusorio y alienándose de la realidad de su cuerpo.

Las omisiones del cuello en las figuras de plastilina de estos pacientes evidencian justamente, esta disociación, que sirve al psicótico como una defensa. Se refugia fabricando fantasías para alejarse de una realidad que percibe como amenazante. Esta es una de las cinco quebraduras importantes que señala Lowen, en donde se frena la circulación de la energía. Desde el punto de vista de Reich, el cuello no solamente tiene como función unir la cabeza con el resto del cuerpo, sino que en esta zona también pueden frenarse funciones importantes como los gritos y sollozos. Como vimos anteriormente, el psicótico reprime la expresión de todo sentimiento como un medio de defensa contra la ira y el terror que podrían dispararse al momento de expresar cualquier sentimiento. El omitir el cuello implica también la omisión de todos esos sentimientos que se quedan frenados a esa altura.

La falta de contacto con la realidad también se refleja en la omisión de las piernas y los pies, que presentaron las psicóticas, ya que a través de éstos nosotros mantenemos el contacto con la realidad, representada por la tierra. Las piernas tienen también la importante función de sostener, equilibrar y mover el cuerpo. Como tal, señala Rocheterie, evocan el equilibrio psíquico y la progresión de la evolución del sujeto y representan también el sostén de la estructura del yo. La omisión de las piernas refleja la debilidad que presenta el psicótico en su estructura yoica, y su dificultad para establecerse como una persona independiente. Aquí se refleja también el estado de regresión en la que se encuentran.

Gisela Pankow relaciona la omisión de las piernas con el rechazo a la sexualidad. Lowen considera que la mitad inferior se relaciona con la sexualidad, lo cual explica la desintegración que presentaron las psicóticas entre la mitad superior y la mitad inferior del cuerpo, tomando en cuenta que otra característica de estos pacientes es que presentan una sexualidad

reprimida, o en algunos casos una sexualidad compulsiva, pero en la cual el cuerpo no participa de modo emocional.

Esta negación de la sexualidad se refleja también en las omisiones que presentaron la mayoría de las psicóticas del cabello. Ya que en las mujeres ésta representa la expresión de su femineidad y atractivo sexual. De acuerdo con Dahlke, los cabellos también son un símbolo de libertad. La cual está coartada en los psicóticos.

De acuerdo con Lowen, el aparato genital, junto con la cara, las dos manos y los dos pies, representan las seis áreas principales de contacto con el mundo externo. El psicótico al presentar como síntomas el aislamiento y alejamiento de la realidad y del contacto con las personas, tiene dificultades con estas seis áreas de contacto. Lo cual puede observarse en sus figuras de plastilina, en la omisión de los rasgos de la cara, de brazos, manos, piernas y la desintegración de piernas y brazos que presentaron (ver tabla 4).

Nosotros adquirimos gran parte de la información del medio ambiente mediante los ojos, la nariz, la boca y los oídos, sin embargo, la ausencia de éstos en las figuras de plastilina de las psicóticas sugiere la falta de contacto que existe en estos pacientes con el medio externo.

Los ojos al ser considerados como el espejo del alma, son los que generalmente inician el contacto, no solamente nos permiten la visión de las cosas, sino que éstos también transmiten nuestros sentimientos. La omisión de los ojos en estos pacientes implica que se cierran al mundo externo para refugiarse en su propio mundo de fantasías.

La nariz evoca la respiración. El omitir la nariz en las psicóticas, puede ser una manera de negar esta función de carga y descarga, con la finalidad de evitar que se liberen sus impulsos reprimidos. Es así como se genera en ellos una lucha interna de toda la energía tanto positiva como negativa que se encierra sin posibilidad de salir, generando un gran sentimiento de desesperación.

La omisión de la boca que se observa en la mayoría de las figuras de plastilina realizadas por las pacientes se asocia con la dificultad que presentan para expresar sus ideas y emociones, muy especialmente la agresión. Ya que la boca contiene los dientes, los cuales son un símbolo de la agresión; entendiendo

la agresión como una forma de autoafirmarse ante el medio externo. Como comenta Lowen (1998), el esquizofrénico inhibe la agresividad por el miedo a ser abandonado o rechazado si expresa el sentimiento de furia que tiene en su interior; generalmente este enojo va dirigido a la madre, por el rechazo inconsciente que ésta siente hacia su hijo.

Los hombros, los brazos y las manos forman un conjunto de funciones muy relacionadas con el contacto y la obtención de las metas de la vida (Navarro).

Los hombros se relacionan con el modo como soportamos el peso de la vida. Según Dropsy, el peso que cargan es del inconsciente. El hecho de que todas las pacientes psicóticas omitieran los hombros es muy significativo. Esto podría deberse a que están sobrecargadas por la gran responsabilidad que tienen, nada menos que la carga de su enfermedad, con el fin de proteger a los demás miembros de su familia de volverse psicóticos. El esquizofrénico es el chivo expiatorio que soporta el peso de los problemas tanto suyos como de su familia (Cameron). La omisión de los hombros representa la actitud de resignación que el esquizofrénico tiene ante la vida, éste ha renunciado a demostrarse a sí mismo y al mundo su valía.

La omisión de brazos, manos y dedos refleja la gran dificultad que tienen las psicóticas de expresar la vida afectiva y de actuar sobre el mundo externo. En el esquizofrénico existe una negación del placer (Lowen, 1998), restringe las actividades que podrían proporcionarle satisfacción, por el miedo tanto a perder el control, como a ser rechazado, tal como le sucedía de niño en su ambiente familiar. Probablemente sus brazos, su capacidad de actuar fueron cortados desde muy chico al tener que doblegarse y aceptar los deseos de su madre, o de su familia en general. Lo cual se relaciona muy estrechamente con su dificultad de ser independiente y libre.

El psicótico por lo tanto, tiene dificultades con los tres canales de comunicación del corazón: garganta y boca; brazos y manos; y cintura, pelvis y genitales.

La omisión de las articulaciones refleja la rigidez y falta de espontaneidad característica del psicótico y su necesidad de controlar su cuerpo, utilizando su voluntad, para evitar que surjan sus impulsos reprimidos.

Así, las quebraduras reflejan conflictos importantes en la integración de la personalidad (Lowen, 1975). Estas indican la fragmentación que existe en el psicótico entre las distintas partes del cuerpo, lo cual da lugar a la pérdida de la propia identidad y unidad. La falta de conciencia del propio cuerpo y la pérdida de la identidad e integración dan lugar a la pérdida de los límites del cuerpo con respecto al mundo externo.

Tal como se observa en las figuras de plastilina, el psicótico siente solamente la existencia de una parte de su cuerpo, que ocupa para él la totalidad de éste (ver apéndice 2). Se puede decir que todas las partes del cuerpo omitidas por las psicóticas con sus respectivas funciones, se han vuelto ajenas al yo.

Es interesante observar que de todos los indicadores el que menos omitieron las psicóticas, fue la cabeza, la sede de la razón y del ego, que es precisamente la que más utiliza el psicótico como medio de defensa tanto para controlar los impulsos de su cuerpo como para crear su propio mundo interno.

Por lo tanto, los resultados obtenidos y en concreto, las omisiones y desintegraciones observadas en las figuras de plastilina de los psicóticos reflejan las disociaciones que éste presenta a distintos niveles: entre el yo y el cuerpo, entre el adentro y el afuera, y la división entre las distintas partes del cuerpo.

El objetivo de este trabajo es demostrar la utilidad de la técnica de la figura humana en plastilina para la realización de un diagnóstico eficaz en los ambientes hospitalarios. Los resultados demuestran que mediante esta técnica se pueden observar rasgos patológicos importantes en los pacientes, y puede ser utilizada tanto para fines de diagnóstico como de tratamiento.

“ LIMITACIONES Y SUGERENCIAS ”

Una de las limitaciones del presente estudio fue con respecto a la muestra. Debido a que la muestra que se utilizó es no probabilística y el tamaño de la misma es pequeña, los resultados no pueden generalizarse a toda la población de psicóticos. Además, solamente se realizó el estudio con pacientes psicóticas del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Para que la muestra sea representativa y los resultados más confiables, podría realizarse el estudio tomando la muestra de manera aleatoria en diversas instituciones.

Otro de los inconvenientes fue que solamente se realizó el estudio con adolescentes. Para futuras investigaciones sugiero que se aplique la técnica de la figura humana en plastilina a niños o adultos, con la finalidad de contrastar las diferencias que puede haber entre las edades. Ya que ésta influye en la manera como una persona concibe su cuerpo.

En cuanto al sexo, también constituyó una limitante, debido a que solamente se les aplicó la prueba a sujetos del sexo femenino.

En el presente estudio se contrastó a las pacientes psicóticas con sujetos sin padecimientos psiquiátricos; sin embargo, una investigación en donde se compare dos grupos con problemas clínicos también podría revelar resultados muy interesantes (por ejemplo, contrastar las figuras de plastilina de pacientes psicóticas con las de pacientes deprimidas),

Sería también interesante realizar un estudio en donde se contraste las figuras de plastilina de las pacientes con sus propios cuerpos, ya que según la teoría psicocorporal, en el cuerpo se manifiestan todos los conflictos y rasgos de carácter de la persona. Esto lo realizan los psicólogos psicocorporales como un medio de diagnóstico.

Sugiero por tanto, que se sigan realizando investigaciones con la técnica de la figura humana en plastilina para fortalecer los hallazgos de este trabajo. El utilizar esta técnica en ambientes clínicos puede resultar muy útil, ya que sirve para dos fines: tanto para el diagnóstico como para un medio dentro del tratamiento.

Tal como lo vimos a lo largo del trabajo, es de gran importancia trabajar el aspecto corporal de los pacientes psicóticos, ya que el principal problema en ellos es el alejamiento de la realidad hacia la fantasía, y siendo el cuerpo la base material e instintiva del ser humano, el trabajar con éste puede ayudar en gran medida al psicótico a ir formando su identidad e ir tomando conciencia de sus conflictos desde una realidad muy sólida: el cuerpo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aguirre, B.R. (1980). El proceso de deterioro de la imagen corporal en la esquizofrenia simple, detectado mediante el test de la figura humana. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
2. Anderson y Anderson. (1976). Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico. Madrid: Ed. Rialp, S.A.
3. Bell, J. E. (1951). Técnicas proyectivas. Exploración de la dinámica de la personalidad. Buenos Aires: Ed. Paidós.
4. Bellak, L. (1987). Psicología proyectiva. México: Ed. Paidós.
5. Bellak, L. (1990). T.A.T., C.A.T. y S.A.T., uso clínico. México: Ed. Manual Moderno.
6. Berger, M. (1993). Más allá del doble vínculo. España: Ed. Paidós.
7. Bernard, M. (1985). El cuerpo. España: Ed. Paidós.
8. Bertherat, T. Y Bernstein, C. (1998). El cuerpo tiene sus razones. Autocura y antigimnasia. México: Ed. Paidós.
9. Cameron, N. (1994). Desarrollo y psicopatología de la personalidad. México: Ed. Trillas.
10. Conger, J. P. (1998). El cuerpo como sombra. Encuentro con la sombra. Barcelona: Ed. Kairos.
11. Dahlke, R. (1999). El mensaje curativo del alma. La enfermedad como mensaje del alma. México: Ed. Oceano.
12. Dethlefsen, T. Y Dahlke, R. (1997). La enfermedad como camino. España: Ed. Plaza & Janes.

13. Diamond, S. A. (1998). Redimiendo nuestros diablos y nuestros demonios. Encuentro con la sombra. Barcelona: Ed. Kairos.
14. Dropsy, J. (1987). Vivir en su cuerpo. Buenos Aires: Ed. Paidós.
15. Eglé, L. M. (1991). Body image, sexuality and the psychotic core. International Journal of Psychoanalysis, 72 (1), 63-71.
16. Esquivel, A. F., Heredia A.C., Lucio G.E. (1994). Psicodiagnóstico clínico del niño. México: Ed. Manual Moderno.
17. Freud, S. (1998). Introducción del narcisismo (1914). Obras completas. Vol. XIV. Buenos aires: Ed. Amorrortu.
18. Freud, S. (1997). Totem y tabú. Algunas concordancias entre la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos (1913 [1912-1913]). Obras completas. Vol. XIII. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
19. Freud, S. (1992). La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis (1924). Obras completas. Vol. XIX. Buenos aires: Ed. Amorrortu.
20. Freud, S. (1992). Neurosis y psicosis (1924 [1923]). Obras completas. Vol. XIX. Buenos aires: Ed. Amorrortu.
21. Goodenough, F. L. (1964). Test de inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana: Manual. Buenos Aires: Ed. Paidós.
22. Grinberg, L. Y Grinberg, R. (1993). Identidad y cambio. España: Ed. Paidós.
23. Hammer, E. (1969). Tests proyectivos gráficos. Buenos Aires: Ed. Paidós.
24. Jung, C.G. (1990). El contenido de las psicosis. Psicogénesis de las enfermedades 2. México: Ed. Paidós.
25. Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1997). Compendio de psiquiatría. México: Ed. Salvat.

26. Keleman, S. (1987). La realidad somática. Proceso de la persona. Madrid: Ed. Narcea.
27. Kepner, J. I. (1992). Proceso corporal. Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia. México: Ed. Manual Moderno.
28. Kerlinger, F. N. (1988). Investigación del comportamiento. México: Ed. McGraw-Hill.
29. Laing, R.D. (1975). El yo dividido. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
30. Lapassade, G. (1983). La bioenergía. México: Ed. Gedisa, S.A.
31. Lapierre, A. y Aucoutuner, B. (1980). El cuerpo y el inconsciente en la educación y terapia. Barcelona: Ed. Científico-médica.
32. López, I. J. J. Y López, A. J. J. (1974). El cuerpo y la corporalidad. Madrid: Ed. Gredos.
33. Lowen, A. (1988). El lenguaje del cuerpo. Barcelona: Ed. Herder.
34. Lowen, A. (1996). Bioenergética. México: Ed. Diana.
35. Lowen, A. (1998). La traición al cuerpo. Buenos aires: Ed. Era Naciente.
36. Lurcat, L. (1979). El niño y el espacio. La función del cuerpo. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.
37. Mackinnon, R.A. (1985). Psiquiatría clínica aplicada. México: Ed. Interamericana.
38. Mahler, M.S. (1972). Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación. México: Ed. Joaquín Mortia, S.A.
39. Marcelli, D., Braconnier, A., Ajuriaguerra, J. (1986). Manual de psicopatología del adolescente. México: Ed. MASSON.

40. Navarro A. R. (1984). Psicoenergética. Una psicoterapia corporal para eliminar las tensiones y vivir mejor. México: Ed. Limusa.
41. Oliver, G.O. (1994). Rasgos básicos de psicoticismo detectados a través de cinco figuras de Buck y cuatro experimentales. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
42. Pankow, G. (1969). El hombre y su psicosis. Buenos aires: Ed. Amorrortu.
43. Pankow, G. (1979). Estructura familiar y psicosis. Buenos aires: Ed. Paidós.
44. Pichot, P. (1995). DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Ed. MASSON.
45. Portuondo, J. A. (1990). Test proyectivo de Karen Machover. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
46. Ramírez, T. J. A. (1995). Psique y soma, terapia bioenergética. México: Ed. Iteso.
47. Reich, W. (1989). Análisis del carácter. México: Ed. Paidós.
48. Richardson, R. W. Y Richardson, L.A. (1992). El orden de nacimiento y su carácter. España: Ed. Urano.
49. Rosenthal, R. (1976). Experimenter effects in behavioral research. New York: Irvington Publishers.
50. Rocheterie, J. (1984). Simbología de los sueños, el cuerpo humano. México: Ed. Fatamorgana.
51. Schilder, P. (1989). Imagen y apariencia del cuerpo humano. México: Ed. Paidós.
52. Sharp, D. (1994). Lexicón jungiano. Santiago de Chile: Ed. Cuatro Vientos.
53. Siegel, S. (1975). Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. México: Ed. Trillas.

54. Vázquez, A. (1981). Psicología de la personalidad en C. G. Jung. Salamanca: Ed. Sígueme.

APENDICES

APENDICE 1

PRUEBAS ESTADISTICAS APLICADAS

Tabla 4. Prueba U de Mann-Whitney para hipótesis 1.

Experimental	Rango	Control	Rango
6	24	1	10
2	15.5	0	4
2	15.5	5	22
2	15.5	2	15.5
9	28	0	4
2	15.5	0	4
11	30	1	10
6	24	0	4
10	29	0	4
6	24	2	15.5
8	26.5	1	10
4	20	0	4
8	26.5	0	4
4	20	1	10
4	20	1	10
R₂ = 334			R₁ = 131

$$U = n_1 n_2 + [n_1 (n_1 + 1) / 2] - R_1$$

$$U = (15)(15) + [15 (15+1) / 2] - 334 = 11$$

$$U_c = 11$$

$$U_t = 40$$

Nivel de significancia: 0.001

Tabla 5. Prueba U de Mann-Whitney para hipótesis 2.

Experimental	Rango	Control	Rango
13	25	4	8.5
10	18.5	8	13.5
13	25	5	11
14	27.5	4	8.5
14	27.5	9	15
9	16.5	4	8.5
13	25	3	4.5
11	21	6	12
19	30	2	1.5
11	21	8	13.5
11	21	3	4.5
9	16.5	3	4.5
12	23	2	1.5
15	29	3	4.5
10	18.5	4	8.5
	R ₂ = 345		R ₁ = 120

$$U = n_1 n_2 + [n_1 (n_1 + 1) / 2] - R_1$$

$$U = (15)(15) + [15 (15+1) / 2] - 345 = 0$$

$$U_c = 0$$

$$U_t = 40$$

Nivel de significancia: 0.001

Tabla 6. Prueba de rangos señalados y pares igualados de Wilcoxon para hipótesis 3.

Sujetos	Plastilina	Dibujo	d	Rango de d
1	13	6	7	9.5
2	10	2	8	11
3	13	2	11	13.5
4	14	2	12	15
5	14	9	5	5.5
6	9	2	7	9.5
7	13	11	2	1
8	11	6	5	5.5
9	19	10	9	12
10	11	6	5	5.5
11	11	8	3	2
12	9	4	5	5.5
13	12	8	4	3
14	15	4	11	13.5
15	10	4	6	8

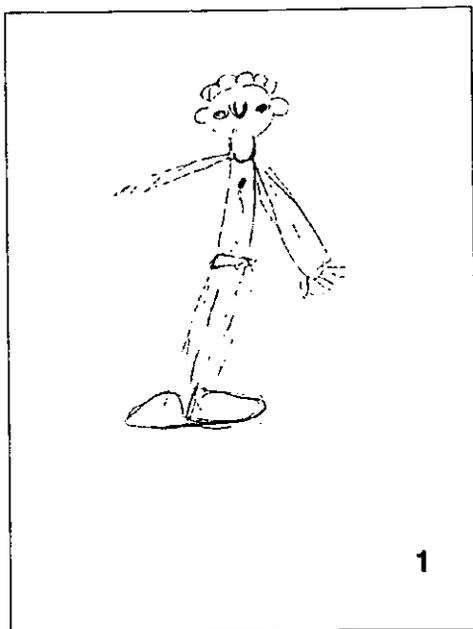
$$T = 0$$

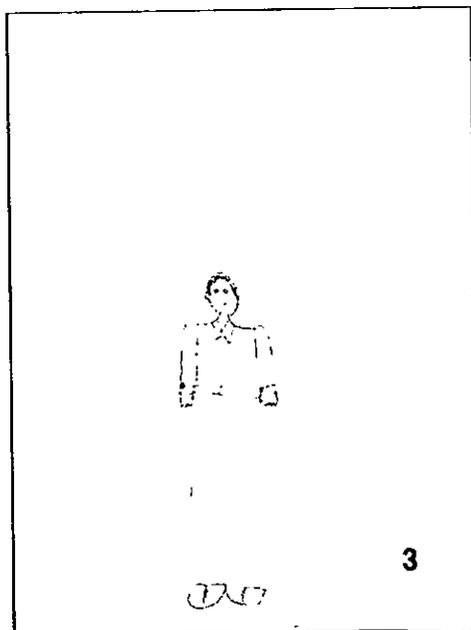
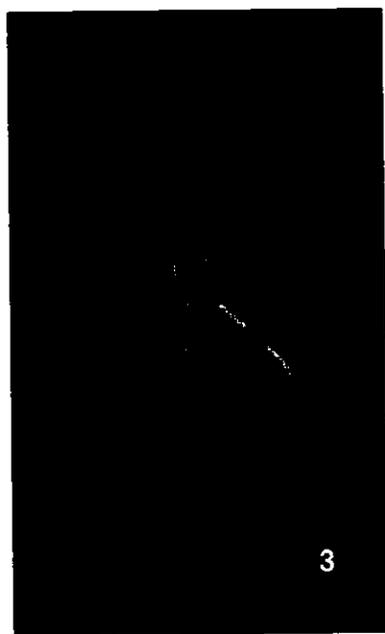
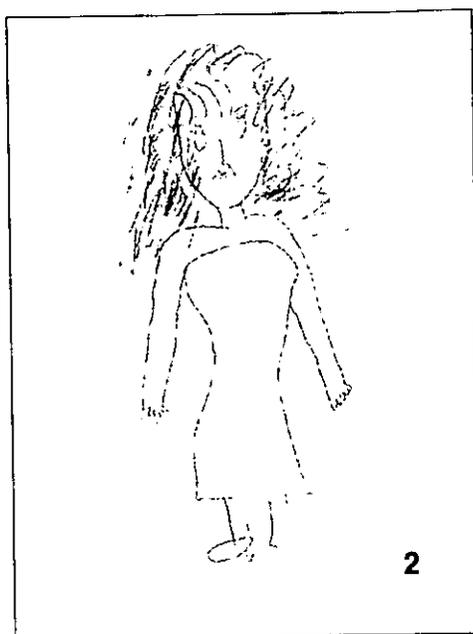
$$N = 15$$

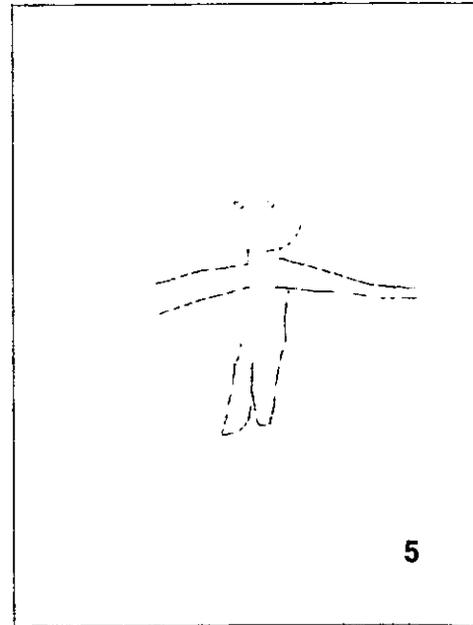
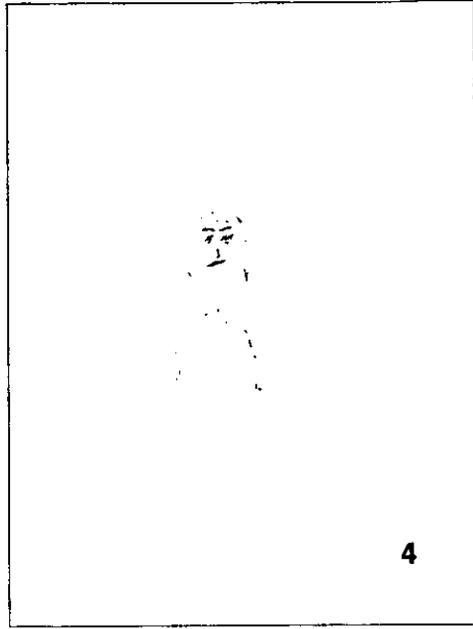
Nivel de significancia: 0.005

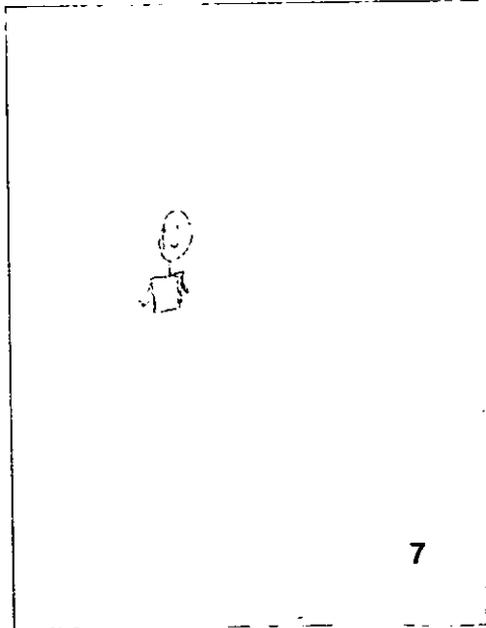
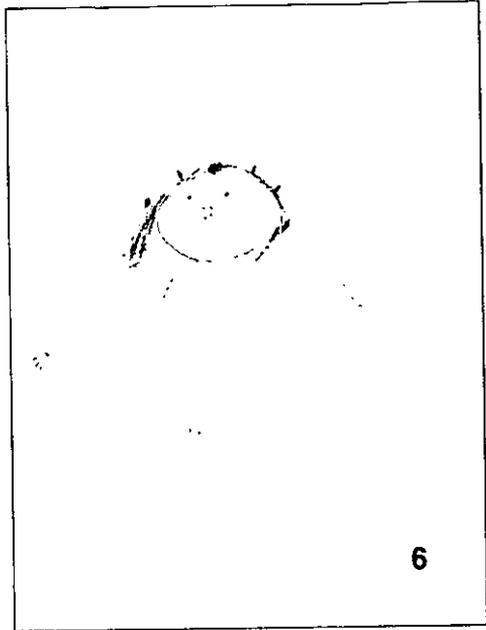
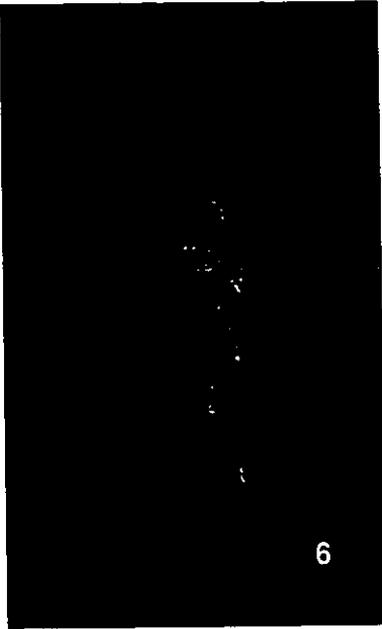
APENDICE 2

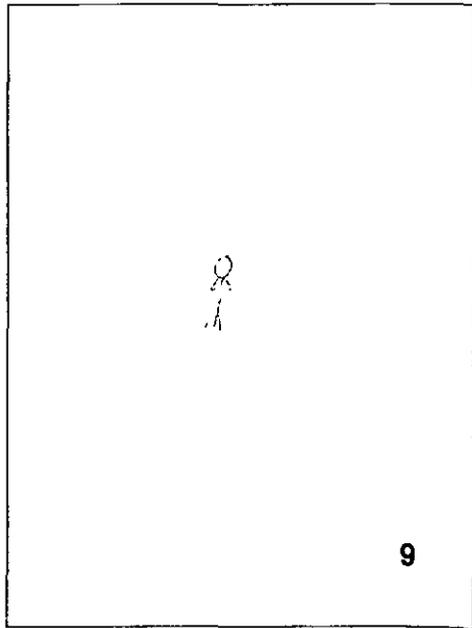
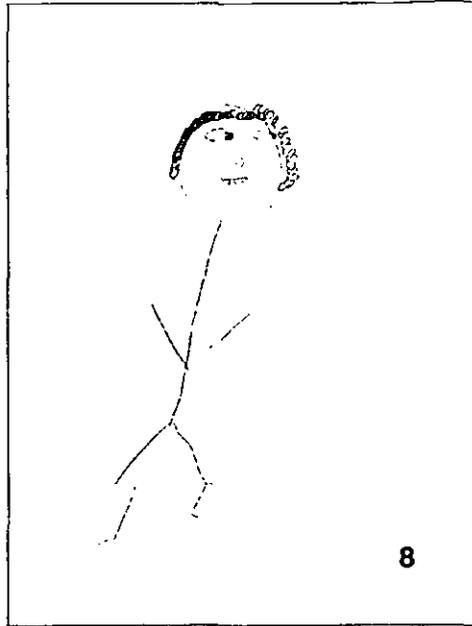
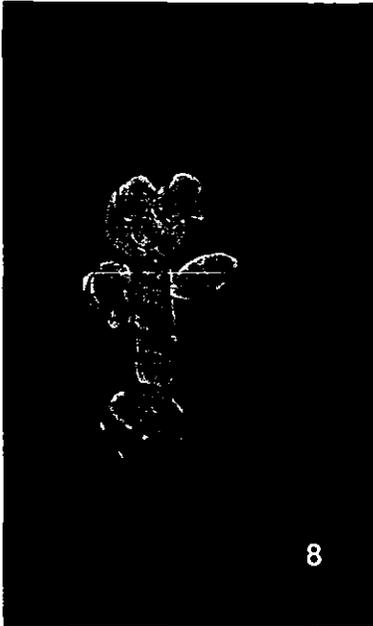
DIBUJOS Y FIGURAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL

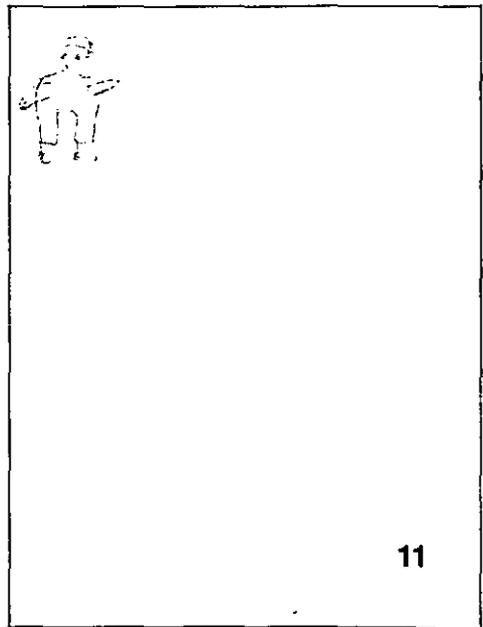
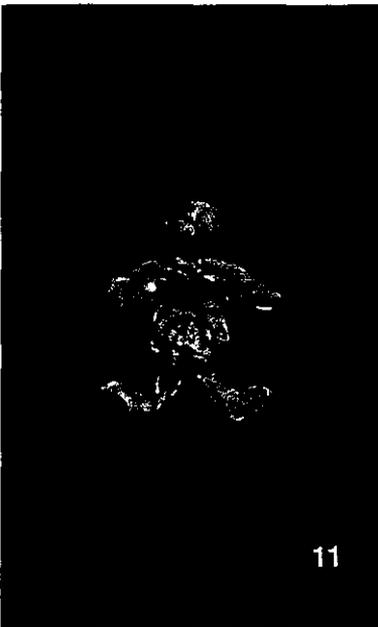
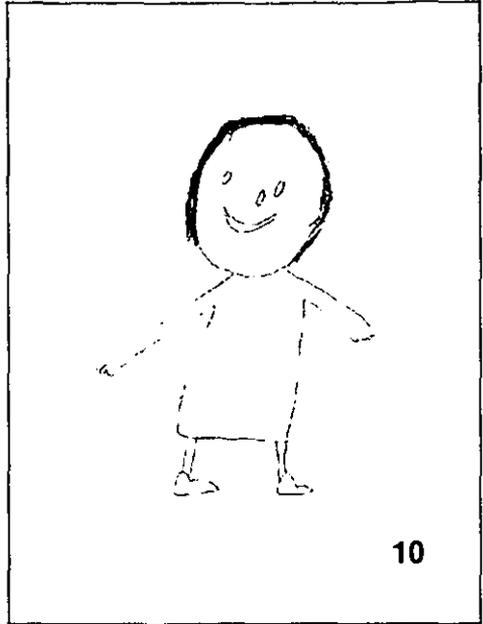


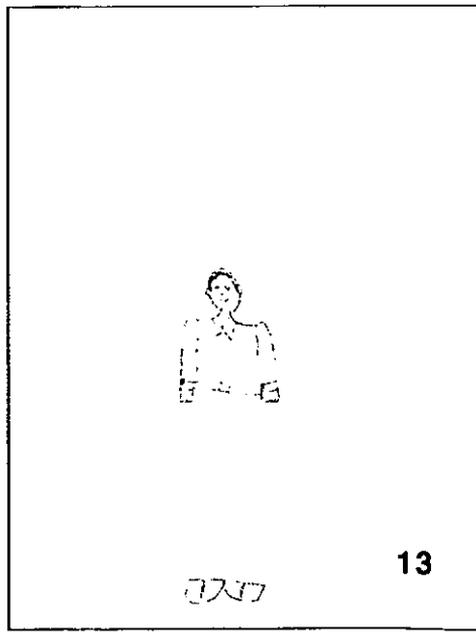
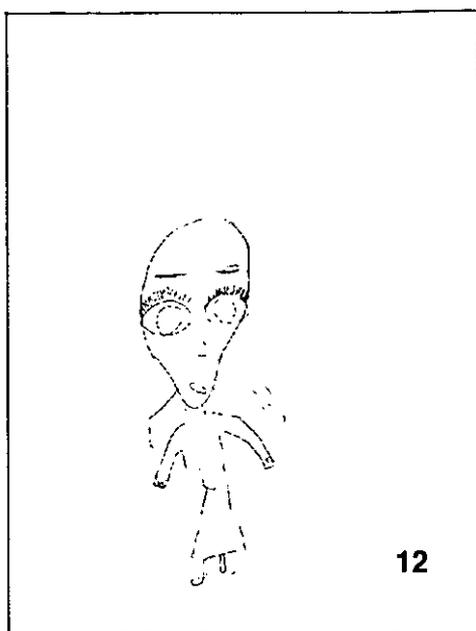


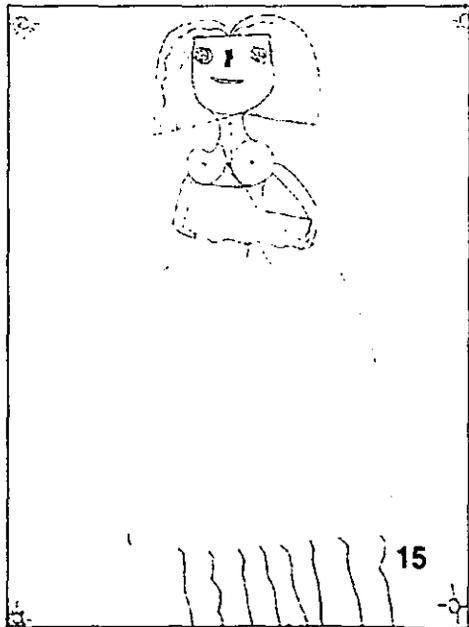
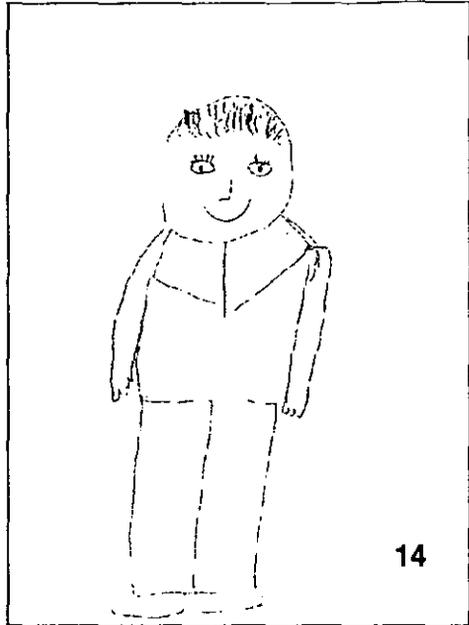
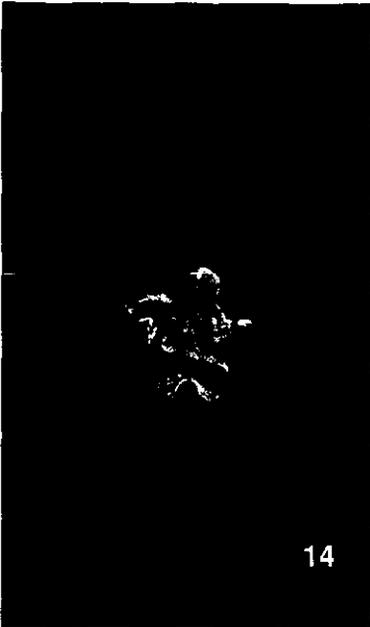












APENDICE 3

DIBUJOS Y FIGURAS DEL GRUPO CONTROL

