

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA IMAGEN CORPORAL EN EL PARAPLEJICO

T E S I S  
Q U E P R E S E N T A  
MAXINE / GONZALEZ ENLOE  
PARA OBTENER EL GRADO DE  
*DOCTOR EN PSICOLOGIA CLINICA*

MEXICO, D F.

1976



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 Héctor Prado Huante

A mi grupo

..De quienes recibí tanto

A mis hijos Santiago y Maxine

A mis padres

A mis hermanos

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a los Doctores Héctor Prado Huante, Luis Feder, Sara Mekler, Hernán Solís y Gonzalo Vázquez Vela, su especial atención y comentarios a este estudio y a todos aquellos quienes de una forma u otra me acompañaron y apoyaron en la elaboración final de esta Tesis.

## CONTENIDO

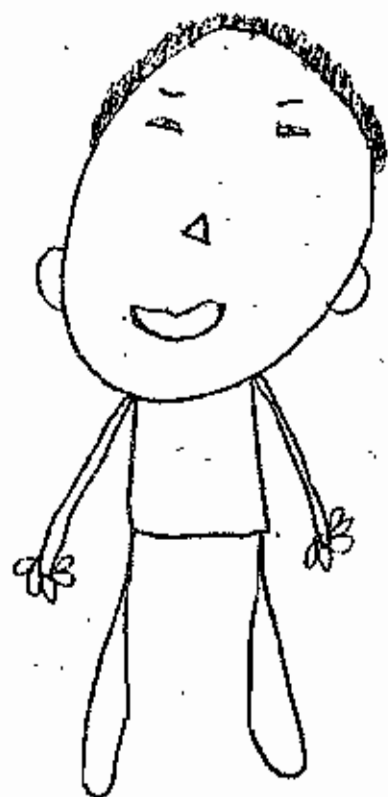
	Pág #
INTRODUCCION .....	1
CAPITULO I .....	2
EL YO.....	2
ANTECEDENTES.....	5
HIPOTESIS.....	6
EL MATERIAL CLINICO.....	9
METODOLOGIA .....	10
CAPITULO II.....	12
ANTECEDENTES SOCIALES Y FAMILIARES .....	12
OBSERVACIONES.....	14
ANTECEDENTES PERSONALES.....	15
INSTALACION DE LA INVALIDEZ.....	16
Reacción inicial de la invalidez.....	19
EJEMPLO.....	20
PROCESO DE REHABILITACION.....	23
Area física.....	23
Area psíquica y afectiva.....	24
Nuevos intereses.....	26

CAPITULO III.....	27
TESTS.....	27
El Test de Construir Casas.....	27
El Test de Figura Humana.....	32
EXPOSICION DE CASOS.....	44
Caso No. 2.....	44
Caso No. 16.....	54
CAPITULO IV.....	64
RESULTADOS.....	64
DISCUSION DE RESULTADOS.....	64
PSICOTERAPIA DEL PARAPLEJICO.....	68
CONCLUSIONES.....	69
BIBLIOGRAFIA.....	70

" El cuerpo constituye el ambiente  
primordial de la psique humana... "

Prado Huante





2: fingers -

("A los hombres no los puedo hacer")

## INTRODUCCION

En abril de 1973 en una sesión conjunta presentada por la Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C., y por el Instituto Mexicano de Rehabilitación, A.C., se expuso como tema a tratar, la conflictiva tanto física como psicológica y social que vive el paciente parapléjico. La exposición fué ilustrada y enriquecida con la exhibición de una película, de alto valor científico y artístico, elaborada en el mismo Instituto de Rehabilitación \*, que proyectaba la vida diaria del parapléjico. Tanto la presentación de esta película como las ponencias de los exponentes \*\*, despertaron en mí el interés por conocer el drama psicológico de estos pacientes, puesto que realmente están escindidos -- una parte de ellos está muerta.

\* Película disponible en el Instituto Mexicano de Rehabilitación.

\*\* Doctores Gonzalo Vázquez Vela, Héctor Prado Huante y Tohen Zamudio.

## CAPITULO I

### EL YO

El yo como entidad dinámica del individuo está presente desde el principio de la vida. Es primero y ante todo un yo corporal. Emanado del sistema perceptor y comprende lo preconscious, lo inmediato a los restos mnémicos y también su porción inconsciente (14).

El cuidadoso estudio de los postulados de Freud, dieron pauta para las investigaciones posteriores acerca de la formación del yo. Freud es muy claro cuando señala que en la estructuración del yo corporal intervienen el dolor y el control motor. En las etapas más primitivas del desarrollo del yo, nos dice Hartman, el yo puede describirse como un proceso de diferenciación que conduce a una delimitación más completa del yo y el ello, del self y la realidad. Un proceso que lleva desde el placer hasta el yo de la realidad, como un desarrollo del principio de realidad y un proceso primitivo hasta las relaciones de objeto. El cuerpo, señala Freud, en su doble posición como parte del mundo interno y externo, desempeña un papel decisivo en este proceso, principalmente su superficie; pero también aquellos estímulos que llegan al aparato mental desde dentro del cuerpo, y de un modo específico el dolor (28).

Schilder, continuando con esta premisa, apunta como fundamental la interacción entre lo psíquico y lo somático, uniéndose ambos en el esquema corporal (53).

Para este autor el esquema corporal es una "gestaltung", una estructuración en continuo cambio, en función de nuevas actividades y estímulos que proceden tanto del mundo externo como del interno. Corresponde esta concepción dinámica al yo preceptor de Freud más los sentimientos, afectos, emociones y actitudes motoras asociadas indisolublemente a toda percepción. Schilder incluye en su concepción la fantasía del cuerpo para indicar la actividad psíquica presente desde el principio de la vida, y para incluir la totalidad de las experiencias heredadas y vividas por el individuo.

Siguiendo el concepto dinámico de Schilder, Scott hace hincapié en una unidad de origen: "Las sensaciones emergen a través del desarrollo, desde la primera experiencia global, la cual es la de succionar, sentir y fantasear" (20). Otorga al esquema corporal una posición central, y la sitúa en la superficie del cuerpo, como la cara intermedia entre el mundo interno y el externo. Esta superficie o cara intermedia deja de ser rígida e impermeable, para convertirse en algo vivo y dinámico, donde se articulan todas las experiencias heredadas y adquiridas, internas y externas (20).

Los descubrimientos de Melanie Klein completaron y enriquecieron enormemente los conocimientos del desarrollo temprano del yo. "El yo precoz carece de cohesión y dentro de él alternan tendencias a la integración y a la desintegración... Lo más sobresaliente de este yo precoz es hacerle frente a la angustia, que surge dentro del organismo por la actuación del instinto de muerte (36). Para M. Klein la fortaleza y capacidad innatas del yo para tolerar las primeras situaciones de angustia, contribuirán en el desarrollo del yo y en su relación con la realidad.

Scott, lo mismo que M. Klein señala la importancia de la división del yo corporal y el yo psíquico como mecanismo de defensa que resulta en una de las primeras disociaciones. "El yo temprano disocia en forma activa al objeto y a su relación con él, lo que implica una disociación de él mismo (36). Es importante hacer notar que la integración del yo temprano, y por lo tanto su creación, está presente en el trabajo de Melanie Klein desde sus inicios. Lo patológico de la división mente-cuerpo está en la regresión posterior a estos estadios tempranos (20).

En estos estadios tempranos estaría, lo que Lacan llama la primera experiencia de localización del cuerpo. Lo llama la fase del espejo (43): la del cuerpo que estructura al yo ("je"). El rostro de la madre como espejo integrador del yo temprano queda definido con lo que Winnicott nos dice: "El bebé se ve a sí mismo. La madre lo mira y lo que ella parece se relaciona con lo que ve en él" (56).

En el paciente parapléjico-- ejemplo dramático de la perturbación yoica-- existe un desarrollo insuficiente desde el punto de vista sensorial y perceptual. Si a ello agregamos el hecho de que toda situación traumática mueve al individuo hacia la regresión, tenemos así la imagen corporal perturbada por el proceso patológico y por los antecedentes psicológicos del desarrollo insuficiente del yo en sus fases tempranas, así como por el proceso regresivo al que nos hemos referido, citando a Melanie Klein y a Lacan.

## ANTECEDENTES

Con el objeto de que la exposición del estudio sea clara, definimos paraplejía como parálisis de los miembros inferiores, que puede obedecer a causas congénitas, infecciosas o de orden traumática, que lesionan la médula espinal. La gravedad aumenta cuanto más completa y mas alta es la lesión medular. La sección medular por debajo de "D I" afecta los miembros inferiores y el tronco, excepto la inervación de algunos músculos que tienen neuronas a niveles más altos ( diafragma, dorsal-amplio y trapecio), (4).

En la revisión de la literatura médica y psicológica encontramos que este tipo de pacientes aparece desde la antigüedad en la historia de la medicina. La escasa atención que recibía el parapléjico provocó la muerte de un 90% entre 400 soldados, durante la Primera Guerra Mundial. Ya para la Segunda Guerra Mundial las cosas habían mejorado, y sólo murió el 13% entre 465 parapléjicos. En el trayecto histórico encontramos benefactores como Guttman, Striker, Crutchfield, Covalt y otros, que aliviaban el sufrimiento de estos pacientes con el lecho, el compás, técnicas todas éstas ideadas por ellos. Simultáneamente aparecen grandes avances en la ortopedia y la fisioterapia, (4).

La literatura psicológica es escasa. Bueno Guarro investigó la frustración y agresión en poblaciones de parapléjicos y familiares encargadas, (8), destacando el alto nivel de agresión existente en éstos, la explotación que hace el parapléjico de su medio ambiente y cómo éste es a su vez, blanco de toda la frustración familiar. La

vida sexual del parapléjico fué investigada por Suárez (55), apoyando el concepto de castración máxima ocasionada por el daño físico real. La sexualidad en nuestra cultura está íntimamente ligada con la agresión. Esto acaba con la fuerza yáica para una rehabilitación total. \* Señala el Dr. Velázquez Vela \*\* que la necesidad de dependencia del parapléjico es muy intensa. Desarrollan enfermedades que hace difícil dárselos de alta. El problema es mucho más frecuente y más conflictivo en el varón: el 98% de los pacientes parapléjicos que se atienden en el I. M. R.\*\*\* son varones; en la mujer el problema sexual y psicológico no es tan grave, y laboralmente son más ajustables. Además, en nuestra cultura, y particularmente en estos pacientes, la mujer es sobreprotegida por sus familiares y el rechazo del cónyuge no es tan frecuente, como sucede con el varón.

#### HIPOTESIS

Tomando en cuenta la historia del paciente parapléjico desde el punto de vista físico, psicológico y social, nos proponemos demostrar que existe un componente psicológico que ayuda o impide su proceso de rehabilitación. Para ésto se plantean las siguientes hipótesis de trabajo:

1. El yo del paciente parapléjico está constituido como un yo débil desde las etapas tempranas de su desarrollo.
2. La disociación mente-cuerpo en el parapléjico se fija en las fases tempranas de su yo(débil) .

\* Prado Huante, H., Conferencia sobre Paraplejía, 1973.

\*\* Dr. Gonzalo Vázquez Vela, Director Médico del I. M. R.

\*\*\* Instituto Mexicano de Rehabilitación.

Con el componente psicológico como punto de partida, se prosiguió a explorar el impacto traumático que sufre el paciente parapléjico en su imagen corporal. Fueron revisados y considerados como básicos para el presente estudio, las investigaciones realizadas por Head, Schilder, Federn y Szasz y por los estudios de Scott, Pichon-Riviere, García Rainoso (20), Aberastury (2) y Bruch,(9).

La investigación de Aberastury es de especial interés para el presente trabajo por el empleo del instrumental psicológico clínico que incluye el estudio de las alteraciones del esquema corporal en diversos pacientes: El test del Juego de Construir Casas, instrumentado y sistematizado por ella y que ha llegado a considerarse un excelente test proyectivo para la exploración de la imagen corporal. Dice Aberastury: "Al estudiar las condiciones especiales bajo las cuales se estructura el esquema corporal y la noción de espacio, pude comprender el porqué en la construcción de una casa, al simbolizar ésta al sujeto, pueden expresarse situaciones emocionales traumáticas importantes, y también verse cómo han influido en su esquema corporal o en su relación con el espacio," (2). Hace, sin embargo, un llamado de atención en cuanto a la valoración del material dado por este test. Deberá evaluarse junto con otro material clínico, biográfico y actual del paciente.

A manera de introducción Aberastury observó que con mucha frecuencia sus pacientes expresaban conflictos mientras construían casas, que por lo general representaban a los sujetos mismos y a sus situaciones ambientales. La casa, concluyó, era la representación de su yo corporal y de sus relaciones con los demás. Después de una dedicada observación y estudio de casos clínicos, logró sistematizar determinados criterios que indicaban alteraciones yoicas importantes.



Es de especial interés el estudio de pacientes epilépticos, donde los trastornos del esquema corporal se evidencian por el alargamiento y empequeñecimiento del cuerpo. En la construcción de la casa, es notable el uso indiferenciado de las columnas. La tendencia es a colocarlas disparejas de diferentes tamaños y desniveles. La investigación se dividió como sigue:

- 1) Casos con diagnóstico de epilepsia con gran y petit mal;
- 2) Casos en que no había ataques, pero sí algún equivalente, confirmados electro-encefalográficamente en todos menos uno;
- 3) Casos en que sin ningún síntoma epiléptico, se diagnosticó epilepsia por la construcción de casas, y se trataba de una acetonemia. Concluye Aberastury: " Los palos disparejos así utilizados en una construcción expresan una deformación del esquema del cuerpo en relación con el acortamiento y alargamiento de los miembros... Simbólicamente representa la dificultad en el manejo de la agresión que se descarga a poussés bruscos (palos altos) seguidas o precedidas de la inhibición de la tendencia (palos pequeños), representándose así la "disritmia" epiléptica. (2).

El estudio de pacientes asmáticos aporta una singular alteración del esquema corporal. En la construcción de la casa, utilizaban gran cantidad de ventanas pequeñas y colocadas en alto, casi tocando el techo y rodeando la casa, simbolizando su dificultad respiratoria. Aberastury corroboró esto con el dibujo de figuras sin cuello y con los brazos saliendo de la garganta. En casos graves, con fuertes sensaciones de ahogo, adoptaban los pacientes otro recurso: como si la ventilación fuese aún insuficiente, rompían parte de la pared, dejando verdaderos boquetes por donde entrase el aire.

Los hallazgos encontrados en pacientes esquizofrénicos son de especial interés por la relación que tiene con la formación del yo y su eventual rompimiento. Señala Aberastury que el paciente esquizofrénico construye la casa de una manera especial: rodea el tablero de paños iguales, no pone nada en el interior, por lo general no pone techo, y si lo hace lo coloca en el aire. Pudo observar que a la salida del shock y después de una sesión de psicoterapia, parecían más integradas, y si realizaban una construcción nueva, eran más capaces de estructurar su casa, agregando algunos elementos (pared, puerta, etc.) "Esta construcción tenía dos características: a) sólo ponían elementos en una pared, b) estos elementos comenzaban a colocarlos sin contacto con el suelo, y luego progresivamente, en la medida en que mejoraba su contacto con el psicoterapeuta, llegaban a ponerla en contacto con el suelo, (2). Concluye Aberastury que en la construcción de una casa la relación del frente con el fondo representa la intensidad de la relación con objetos del mundo exterior. El esquizofrénico ha perdido la noción de espacio que se da en la relación de objeto. Su capacidad de conexión con el mundo estaría simbolizada por esa pared única que representa al sujeto mismo y su incapacidad para una relación de objeto.

#### EL MATERIAL CLINICO

Los parapléjicos consideradas para el presente estudio eran todas pacientes del Instituto Mexicano de Rehabilitación, A. C. \* La exploración psicológica y revisión de expedientes, se llevó a cabo en un grupo de 19 pacientes: 15 varones y 4 mujeres.

\* Gracias a la generosidad del Dr. Gonzalo Vázquez Vela, Director Médico del I. M. R.

Las entrevistas tuvieron por objeto explorar principalmente las circunstancias del accidente -- previas, durante el accidente y posterior a éste -- el tiempo y circunstancias de su invalidéz: atención, grado de sufrimiento, reacción inicial y adaptación. Se exploró también el contexto social y familiar: organización familiar, pérdidas, nivel de desarrollo y su historia personal: niñez, adolescencia --desarrollo biológico, social e intelectual-- situación actual.

La entrevista era dirigida, con el fin de obtener la información requerida, planteando preguntas conducentes a inducir el discurso espontáneo del paciente.

## CAPITULO II

### ANTECEDENTES SOCIALES Y FAMILIARES

Al explorar los antecedentes socio-cultural y económica de nuestros pacientes, encontramos que salvo en cuatro de los casos, todos proceden de un nivel socio-económico bajo. Para obtener este dato no sólo se consideró su escolaridad y ocupación, sino las posibilidades de pago de su tratamiento al I.M.R., así como su lugar de procedencia.

Al momento del estudio, la edad de los varones variaba entre 15 y 38 años, con una edad promedio de 23,5 años. Entre las mujeres las edades iban de 13 a 43 años, con una edad promedio de 20 años. La escolaridad comprendía a aquellos que cursaban la primaria o que ya la habían completado, sumando un total de 13 casos; dos pacientes habían terminado la preparatoria y una había terminado la secundaria. Un paciente cursaba el 2º año de Ingeniería Civil al momento del accidente, y dos eran analfabetas.

La ocupación de los varones variaba entre campesinos, técnicos y ayudantes de taller eléctrico y de automóviles, empleados, un minero, un chofer de trailers, y los que realizaban trabajos eventuales. Las mujeres eran sirvientas o hacían trabajos de corte y confección de ropa.

CASO No.	EDAD	ESCOLARIDAD	OCLIPACION	NIVEL SOC. EC
1	23	2° Ing. Civil	Topógrafo	Medio
2	15	5° Primaria	-----	Medio Bajo
3	25	3° Primaria	-----	Medio
4	16	6° Primaria	-----	Bajo
5	17	Analfabeta	Electricista Autos	Bajo
6	25	4° Primaria	Campeño	Bajo
7	26	2° Primaria	Chofer	Bajo
8	38	Analfabeta	Campeño	Bajo
9	23	6° Primaria	Minero	Bajo
10	20	3° Primaria	Ayudante de mecánica	Bajo
11	18	5° Primaria	Jornalero	Bajo
12	36	1° Primaria	Campeño	Bajo
13	24	5° Primaria	Hojalatero	Bajo
14	21	5° Primaria	Aprendiz Radio- Técnico	Bajo
15	25	Preparatoria	"Office Boy" y Novillero	Bajo

CUADRO No. 1 VARONES

CASO No.	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	NIVEL SOC. EC.
16	13	2° Primaria	-----	Bajo
17	43	6° Primaria	Servienta	Bajo
18	24	2° Primaria	Lavandera	Bajo
19	20	Secundaria	Costurera	Medio

CUADRO No. 2 MUJERES

## OBSERVACIONES

Se revisó la situación familiar de todos los pacientes, y encontramos que destacaba principalmente la conflictiva económica, así como la desorganización y falta de estructuras sólidas. Era notable el alto índice de pérdidas de uno de los dos padres, ya sea por muerte o por abandono. Las pérdidas se elevaban a un total de 17 entre 19 casos. Podríamos definir a estas familias como "esquizoïdes", con tendencia a la disolución, a la ruptura y destrucción de ligas familiares, y al rompimiento de la comunicación. (45). Señala Pichon-Rivière; "La familia no pueda funcionar sino mediante las diferencias individuales que existen entre sus miembros, las cuales les asignan los tres roles íntimamente relacionados de padre, madre e hijo. Si estas diferencias son negadas o desatendidas, aunque fuera por un solo miembro del grupo, se modifica la configuración esencial que condiciona la vida normal, creándose un estado de confusión y de caos, (47).

Un número pequeño de pacientes provenía de familias completas. Pero encontramos que su organización era cerrada --diríamos hermética--, de estructura patriarcal, con un fuerte apego a lo tradicional, y con pocas posibilidades para el desarrollo personal. Minkowska<sup>(45)</sup> define a estas familias como "epileptoïdes". La estructura familiar no sólo es cerrada, sino rígida y con mucha dificultad para aceptar a un nuevo integrante. Eluden el desplazamiento, y existe un fuerte apego a la tierra. Emigran con mucha dificultad, o si lo hacen, lo realiza el grupo en su totalidad.

La hostilidad abierta ocurría en la mitad de las familias, donde la agresión y rencor contra el padre principalmente, y las rivalidades y envidias entre hermanos eran notorios. En el resto de las familias, la hostilidad parecía negarse, o no ventilarse abiertamente.

### ANTECEDENTES PERSONALES

Como factor común al desarrollo temprano de nuestros casos encontramos un deficiente desarrollo biológico y corporal. La carencia de alimentación adecuada, y la falta de atención y cuidados necesarios propiciaron en muchos de ellos un sin fin de enfermedades y poca energía disponible para una buena integración corporal.

La carencia de un objeto constante, afectuoso y seguro es notable. Desde pequeños vivían ya como niñas solas, con abandonos físicos reales o de afectos importantes, soportando la gran mayoría de ellos el peso de la mala situación económica de sus padres. El rigor de esta situación los convertía en pequeños proveedores de sus familias, cuando ellos todavía no acababan de recibir los elementos necesarios para su desarrollo. En muchos de ellos la desaparición de la madre marcaba el inicio de la desintegración familiar, desatando el desquiciamiento, la división entre padre y hermanos, la hostilidad manifiesta entre unos y otros, y el continuo rodar, sin hacer fijo, de hermano en hermano, o de pariente en pariente, para finalmente no pertenecer en ningún sitio.

La poca energía disponible, o restante, parece "no alcanzar" para el desarrollo de las capacidades necesarias para el juego y el estudio. Mas bien dan la

impresión de estar aplastados por la frustración y la consiguiente hostilidad. La agresión y la violencia matizan la comunicación familiar y social.

La pobreza en el desarrollo corporal y psicológico se hace más evidente en la adolescencia. La hostilidad hacia el padre es ahora abierta, franca y violenta. Muchos de ellos traducen su conflictiva en rebeldía, en el consumo de alcohol y drogas, en una conducta violenta y desordenada, o bien en el sometimiento pasivo, guardándose para sí la rabia, el rencor y los conflictos no resueltos.

La ausencia, desvalimiento y sobreprotección de las madres, —soportando éstas, las más de las veces, toda la carga de los hijos, parece haber mantenido a estos pacientes adheridos a ellas bien sea por culpa, o bien sea por carecer de los recursos necesarios para emprenderla por sí solos en la vida. Si a esto unimos la hostilidad intensa sentida hacia el padre por su abandono, real o afectivo, y su violencia y agresión hacia el hijo, entendemos la carencia de la fortaleza necesaria en uno y otro padre para proporcionarle al hijo la identidad sexual necesaria en su desarrollo. En todas las pacientes existían fuertes conflictos sexuales, siendo éstas las más de las veces de naturaleza agresiva.

#### INSTALACION DE LA INVALIDEZ

Las circunstancias traumáticas de la invalidez de los pacientes considerados, señala como causas principales las producidas por accidentes de automóvil o camión. Le siguen en orden las ocasionadas por accidentes de trabajo y armas de fuego, y por



último las caídas de varios metros de altura.

Al detenemos a estudiar las circunstancias previas al accidente, encontramos un alto índice de impulsividad, violencia y descuido -malas condiciones del vehículo, el quedarse dormido al manejar, alcohol, etc.

La edad promedio de invalidez entre los varones es de 21,7 años, y entre las mujeres de 19,7, dando un total de 20 años como promedio de grupo. Tomando la edad como dato importante, junto con la historia de cada uno de los pacientes, no podemos menos que pensar en el drama interno, que para estas alturas alcanzó tal vez niveles intolerables, y que quizás los impulsó a una actuación violenta como medida de solución, antes de entrar de lleno en la edad adulta.

La lesión medular se produjo a nivel D-3, L-5 de la columna dorsal, tomando al grupo en su totalidad, provocando Paraplejía postraumática espástica o flácida en 17 de los casos, y Paraparesia en dos de ellos. El control de esfínteres se hizo imposible en todos los casos, salvo en uno en que el traumatismo se produjo por proyectil de arma de fuego. En este caso la bala fué extraída del canal medular evolucionando en paraparesia en los miembros inferiores y control de esfínteres. En todos los casos privaba anestesia o sensibilidad indiscriminada del área de la lesión hacia abajo, inestabilidad en el tronco, imposibilidad para la marcha y ausencia de motilidad, salvo en uno de los casos de paraparesia cuya recuperación progresiva de la motilidad alcanzó un 30 o 40%.

El tiempo de invalidez variaba de un mes a once años, siendo más notorio el descuido y malas condiciones de salud en general en el grupo de los varones. En éstos había mayor número de intervenciones por escaras sacra, izquiáticas y trocanterea que en las mujeres.

CASO No.	EDAD DEL ACCIDENTE	TIPO DE ACCIDENTE
1	22	Volcadura de vehículo Pt. conducía
2	12	Arma de fuego disparada por un borracho.
3	22	Accidente automovilístico
4	16	Caída de un árbol (15 Mts.)
5	17	Quedó prensado bajo un camión.
6	25	Arma de fuego disparada por un borracho.
7	24	Accidente automovilístico (trailer), él manejaba.
8	37	Volcadura de camioneta donde era transportado.
9	21	Quedó prensado entre "transloader" y un cerro.
10	20	Quedó prensado bajo un camión.
11	17	Caída a un barranco (8 ó 9 Mts.)
12	36	Le cayó un bulto de sal en la espalda.
13	20	Accidente automovilístico
14	16	Arma de fuego disparada por un muchacho
15	21	Herida de novillío.

CUADRO No. 3 VARONES

Las escaras eran con frecuencia profundas, que interesaban amplio tejido celular y de largo tiempo sin atención. En cinco de los casos se hicieron intervenciones suprapúbicas. El mal estado de salud en general, impedía una mejor y más rápida recuperación. En 14 de los casos, entre hombres y mujeres, se presentaron complicaciones por infección urinaria y fístulas uretro-escrotales y perineal. A uno de los varones se le operó de la vejiga y se le extirpó un riñón. A otro se le practicó plastia de la uretra, y a uno más se le extrajo la vejiga.

CASO No.	EDAD DEL ACCIDENTE	TIPO DE ACCIDENTE
16	2 años	Volcadura de Autobús
17	43	Arma de Fuego (Intento de suicidio).
18	16	Arma de fuego disparada por un borracho.
19	18	Accidente automovilístico

CUADRO No. 4 MUJERES

Reacción inicial de la invalidez

Inicialmente el impacto psíquico fué profundo y de difícil recuperación en algunos de los casos. Común a todos era la depresión profunda, angustia intensa, desesperación, y en un buen número de los pacientes ideas suicidas. Las fantasías de volver a caminar eran frecuentes apoyándose, como defensa, en la negación de la invalidez.

En muchos de los casos la frustración e impotencia los hacía reaccionar con rabia y rencor, tomando una actitud de demanda y reclamación, y hasta de acusación hacia quienes habían ocasionado su accidente.

Dos de los pacientes --un hombre y una mujer-- habían tenido reacciones psicóticas antes de su invalidez. En el caso del varón, su reacción al accidente fué de "castigo divino" por su homosexualidad y "faltas cometidas", asegurando que no caminaría hasta no ser perdonado. El caso femenino --mujer de 43 años-, reaccionó con una crisis de ansiedad intensa, llanto y depresión psicótica.

#### EJEMPLO

J. A. O., varón de 16 años de edad, soltero, estudiante del 6° año de primaria, y originario de Acapetahua, Chts. Es el segundo hijo de una madre que murió cuando él tenía 9 años de edad, de causas desconocidas, y de un padre que lo abandonó al nacer. Desde su nacimiento, forma parte de un grupo familiar secundario, de nivel socio-económico bajo, formado por los abuelos maternos, dos tíos jornaleros, una tía y dos primos pequeños.

J. A. O. es de edad aparente a la cronológica, bien formado, de cabello negro rizado, ojos grandes y expresivos, y de bonita sonrisa. Su aspecto es agradable y podría decirse que hasta guapo. Sin embargo, su actitud es silenciosa, negativista, pesimista, indiferente, posiblemente por encontrarse todavía bajo el impacto del accidente. Su inteligencia se considera dentro de los límites de la normalidad.

Desde muy pequeño asistía a la escuela y ayudaba a su abuelo en el cultivo del maíz. Como dato importante, se reporta la caída de un árbol de guayaba cuando pequeño, ocasionándole sólo un raspón en la espalda.

El paciente siempre ha dependido afectiva y económicamente de sus abuelos y tíos. La situación económica de la familia se ha agravado desde el accidente. Las relaciones interpersonales del paciente con su familia parecen haber sido satisfactorias. Los roles familiares aparecen claramente definidos, y la adaptación al nivel socio-económico y cultural es adecuada. J. A. O. planeaba, al terminar la primaria, trabajar como empleado de un comercio, propiedad del tío, cuando ocurrió el accidente.

#### Causas del traumatismo medular

En abril de 1974, a los 16 años de edad, J. A. O. cayó de un árbol de 15 mts. de altura, a donde había subido a buscar mangos para sus primos. Perdió el conocimiento en el aire al caer, y despertó confuso tres horas después, sin reconocer a sus familiares.

El accidente le ocasionó traumatismo directo sobre la columna dorsal, dolor intenso a nivel lumbar --donde se aprecia moderado hundimiento--, incontinencia de esfínteres y anestesia desde la región pélvica hacia abajo. Se le trasladó a un centro hospitalario, donde estuvo internado durante ocho días, y se le practicó laminectomía y artrodesis.

El diagnóstico fué de Paraplejía de los miembros inferiores con hipotonía en los mismos y R. O. T. abolidos.

Había ausencia de los reflejos plantares; estaba abolida la sensibilidad profunda y superficial hasta el nivel T 8. La sección medular se produjo a nivel T 12, L 1, con aplastamiento de la médula a nivel T 12 a raíz de habersele practicado laminectomía descompresiva inmediatamente después del accidente. Se presentó una probable cistitis secundaria por la aplicación de la sonda uretral.

A los cuatro meses de evolución continuaba con los mismos síntomas, y con la presencia de escaras por presión, en el sacro y en región trocanterea derecha con abundante tejido necrosado y secreción purulenta. Había gran edema en las piernas y los pies. El tratamiento quirúrgico se pospuso hasta que las condiciones generales del paciente mejorasen.

El paciente presentó dolor a nivel dorsal D 8, D 9 y D 10, así como espasmos musculares. Se le dió tratamiento medicamentoso.

Dos a tres meses después J. A. O. fué tratado por escaras: se le practicó plástica de escara izquiática derecha y de trocanterea derecha. Un año después se le trató quirúrgicamente una escara sacra.

Como reacción al accidente y a su tratamiento quirúrgico, J. A. O. presentó depresión profunda. Su actitud era evasiva e indiferente a los problemas cotidianos. Negaba conocer su pronóstico, a pesar de tener la información contraria por parte de la familia.

Se planeó un programa de rehabilitación física y psicológica —terapia de grupo para parapléjicos—\*, con el fin de ayudarle a superar la etapa de duelo y a planear su futuro vocacional.

\* Practicado en el mismo Instituto por el Departamento de Psicología.

## PROCESO DE REHABILITACION

### Area Física

La rehabilitación física alcanzó niveles satisfactorios en 10 pacientes del grupo masculino. Esto pudo ser logrado, después de una larga y escabrosa lucha, a pesar de que en algunos de ellos el tratamiento tuvo que suspenderse, durante períodos específicos, por impedimentos tales como mal estado general de salud, escaras en estado avanzado e infecciones urinarias, o de otra índole. Finalmente estos pacientes lograron aumentar la fuerza muscular en los miembros superiores, fortalecer el tronco, el aprendizaje de actividades llamadas de cama, y la atención a sus necesidades e higiene personal. Aprendieron de manera satisfactoria el uso de aparatos ortopédicos, la realización de la marcha y el uso de la silla de ruedas.

Los cinco pacientes restantes del grupo masculino no completaron su rehabilitación física debido a problemas de orden psiquiátrico, conflictos graves de personalidad, condiciones deficientes de salud general, o escasa motivación que les permitiera la constancia y deseo suficientes para mejorar. A uno de los pacientes, que cursaba el tercer año de evolución, se le dió de alta haciéndolo notar las limitaciones físicas para el uso de aparatos ortopédicos en su lugar de origen. Su estado general de salud era malo, y sus deseos futuros no coincidían con su realidad. Se consideró que las posibilidades de una rehabilitación integral eran nulas en este caso.

Un segundo paciente, con cuatro años de evolución y una historia de internamientos sucesivos, aprendió a realizar la marcha con los aparatos ortopédicos, y se

adaptó, en las primeras fases de su tratamiento, al programa de rehabilitación trazado. Sin embargo, dejó de usar sus aparatos y descuidó su aseo personal, pasaba, además, gran parte del día sentado. A los cuatro años las escaras estaban en tal estado de infección y su salud era tan deficiente, que seguía recibiendo tratamiento quirúrgico y medicamentoso. Su deterioro y descuido eran notorios.

En el grupo femenino, sólo una paciente mostró seria incapacidad para las actividades diarias de atención y cuidados personales. El accidente en esta paciente fué provocado por ella misma, en estado confusional al tomar y disparar contra sí una pistola. A pesar de la grave depresión psicótica que presentó como reacción al accidente, logró adiestrarse parcialmente en el manejo de la silla de ruedas. En estas condiciones se le dió de alta.

Las otras tres pacientes femeninas realizaban satisfactoriamente todas sus actividades desde la silla de ruedas. Dos de ellas lograron la adaptación a los aparatos ortopédicos y la reeducación de la marcha.

#### Area psíquica y afectiva

Después de la reacción inicial al accidente, la adaptación psíquica a la invalidez ha sido parcial en la mayor parte de los casos. Se les encontró todavía sumidos en fuertes depresiones, angustia y desorientación hacia el futuro. Predominaban las dificultades interpersonales entre los pacientes y sus familiares, otros enfermos y el personal del hospital. Más bien parecían siempre estar solos, aislados, silenciosos. Su pasividad y necesidades de dependencia eran notorias. Esto les hacía difícil sostener



el esfuerzo necesario para cumplir con el programa de rehabilitación integral, y la atención y cuidados a sí mismos. La agresión en buena parte de ellos era contenida, manifestando fuerte tendencia al deterioro. En otros la agresión era abierta en forma verbal o actuada.

La aceptación aparente a la invalidez era parcial en la mayor parte de los pacientes. Los varones manifestaban profunda tristeza y desesperación ante la imposibilidad de tener relaciones sexuales. La frustración, ansiedad y desesperación sufrida por uno de los pacientes después de algunos intentos de relación, alteraban profundamente su ánimo general. Sus fantasías giraban casi exclusivamente sobre este tema. Esto le restaba energía para su rehabilitación. Finalmente se le consideró no-rehabilitable. Las fantasías de los varones eran en general de tipo sexual-infantil, pasivas, con fuertes necesidades de dependencia. El contenido era de carácter homosexual.

La angustia, en el área de la sexualidad, no era tan intensa en las mujeres. La menor de ellas, una adolescente de 13 años, parapléjica desde los dos años de edad, parece haber logrado una adaptación satisfactoria a su condición socio familiar y haber alcanzado una sublimación limitada. Las otras tres pacientes tenían hijos: dos de ellas antes del accidente, y la tercera dio a luz tres hijos después del accidente --sus únicos hijos.

Las ligas familiares eran en general débiles. Recibían pocas visitas, y hacían poco contacto con los demás. Un número considerable carecía del apoyo y afecto necesarios por parte de sus familiares y amigos, que los sostuviera en su difícil situación.

Muchos no tenían a dónde ir. Los que sí tenían el apoyo y afecto familiar, tendían a ser manipuladores de sus familiares, y hasta del personal del hospital. La culpa de la familia era grande, y ésto creaba un círculo sin fin.

Dos de los pacientes intentaban aliviar su ansiedad y soledad con el consumo de drogas y una vida desordenada. Esto aumentaba su culpa y necesidad de castigo. La cadena se hacía interminable.

#### Nuevos intereses

De los 19 casos considerados, siete fueron incapaces de someterse al adiestramiento de nuevas áreas de desarrollo --la continuación de sus estudios escolares y el entrenamiento en alguno de los talleres. Tres pacientes lograron una capacitación parcial, y sólo nueve pacientes fueron capaces de continuar con sus estudios y aprender algún oficio útil a sus intereses y posibilidades.

Parte de este grupo de nueve pacientes mostró una fuerte motivación y suficiente empeño como para capacitarse con entusiasmo y éxito importante. V.M.M., paciente masculino con una invalidez de 4 años de duración, asistió al taller de electricidad regularmente, y se le dió de alta con un certificado como auxiliar de técnico de radio, con un aprovechamiento excelente.

Entre el grupo femenino, tres de ellas estaban agobiadas por graves problemas económicos, familiares y de personalidad. En una de ellas la capacitación laboral fué parcial, y en otra más la capacitación fué nula debido a su grave conflictiva mental.

## CAPITULO III

### TESTS

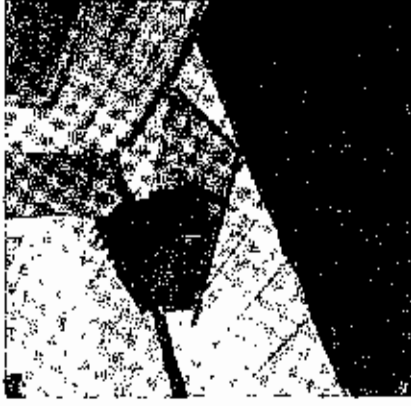
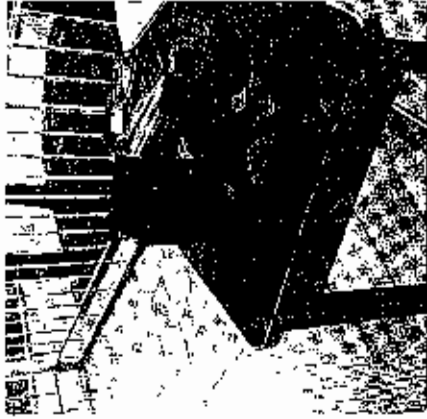
#### El Test de Construir Casas

En la construcción de casas de nuestros pacientes, observamos proyecciones importantes en lo relativo a las alteraciones del esquema corporal. Las casas impresionaban como mal hechas, pequeñitas, arrinconadas o echadas a un lado. El desconocimiento de los elementos de construcción --partes de su cuerpo-- era notable. Si se hacía la casa grande, usando parte o todo el tablero, se conducían como queriendo abarcarlo todo. En este proceso parecían expandirse, perder los límites, dejar más huecos, más construcciones a medias. Era como si así compensaran su disminución.

Siguiendo esta forma de construcción, observamos globalmente dos casas típicas, por así decirlo: la casa cerrada, hermética y la casa abierta, transparente.

La casa cerrada era no sólo hermética, sino que pequeñita, sin ventanas, o con ventanas muy chiquitas pegadas al techo. Algunas eran divididas en cuartitos, sin comunicación entre sí. Otras parecían pequeñas fortalezas, con fachadas aplastantes que parecían acuartelar u afender. El techo quería aparecer como bien hecho, como haciendo por que no se desbordara lo interior, pero en realidad dejaban huecos o los techos estaban superpuestos o parchados.

La casa abierta, transparente, llena de puertas y ventanas, parecía construída sin planeación, "a como cayera". Carecía de fondo, o el fondo era parcial. Era



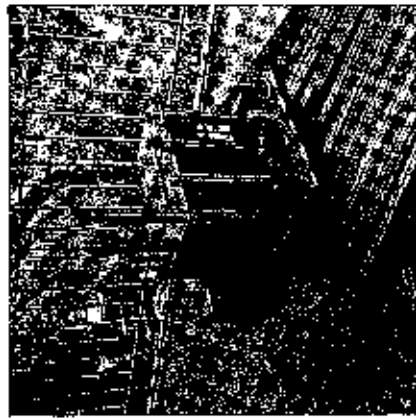
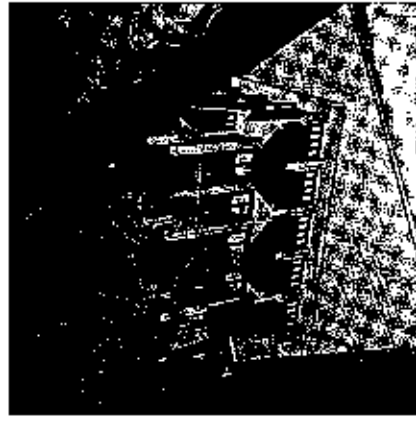
Ejemplos de Casas cerradas.

notable la ausencia de muro completos. Ponían uno o dos muros, o muros a medias. Los techos parecían mal hechos, con huecos. Los más enfermos renunciaban abiertamente a ponerlo del todo.

Podríamos comparar este tipo de construcción con la casa esquizofrénica descrita por Aberastury (2), donde las casas parecían mal hechas, a punto de caerse, desniveladas. Carecían de fondo, y era notable la ausencia de elementos muros, puertas, ventanas, etc. La construcción de estas casas iba acompañada con frecuencia de impulsividad y poca tolerancia a la frustración. Un paciente aceptó: "Se me está desarmando, me molesta cuando se caen las piezas... No puedo pensar, pensar, pensar... Me doy. Estoy a su disposición, pero no me ponga a hacer casitas..." Parece decirnos: "Me estoy desarmando, mis defensas son endebles, y las que tengo no sirven. Mejor me someto, me castro... no puedo enfrentar la vida, no tengo con qué".

Los trastornos del esquema corporal saltan a la vista. Lo más notable es la pobreza yoica, la escasez de elementos de sostén, de apoyo. La noción de espacio parece perdida, o es muy parcial, haciéndonos clara la pobreza en la relación de objeto y con el mundo externo. Todo esto apunta hacia una fragmentación corporal de base, una laguna, como dice Bander (7), en el proceso de maduración y de estructuración plástica, interfiriendo en el desarrollo normal, y conservado así durante toda la vida.

Las ventanitas pegadas al techo dan sensación de asfixia, de ahogo. Esto recuerda las casas de los asmáticos, descritas por Aberastury (2), donde esta forma de construcción simboliza su dificultad respiratoria. Es como si nuestro parapléjico con su precario desarrollo, se hubiera quedado atrapado, encerrado dentro del vientre materno.



Ejemplo de casas abiertas y del uso disparado de las columnas.



El manejo de las columnas causaba conflicto a muchas de los pacientes. Había una predilección por el uso de columnas medianas. Usaban las más altas sólo si les hacía falta más, pero entonces aclaraban que había que tomarlas "como si" fueran más cortas. Otras definitivamente usaban las columnas más pequeñitas, como denotando su condición de disminución e impotencia. Un paciente abiertamente aceptó: "Esas grandotas eran para antes". Este manejo de las columnas -o palos- complementado con las casas mal hechas, amirconadas, disminuídas, nos hace pensar en la castración real sufrida por el parapléjico. Es allí donde cifra su conflicto y lo simboliza en la construcción.

Es notable la frecuencia en la protección de las entradas y salidas de la casa con un techito "por si llueve, para que no se mojen"; o las casas con una sólo puerta, sin salida. En casi todas faltaba el baño, o estaba mal hecho y pegado a la casa, ó difícilmente era integrado dentro de la casa. Suponemos que con esta forma de construcción están simbolizando su dificultad en el control y manejo de esfínteres, una probable historia de enuresis, extrarínto o incapacidad de contención.

Todo ésto sugiere una fase anal conflictiva y sádica. El manejo de impulsos debe haberse hecho aterradorante. El control o falta de control de esfínteres se matizó de agresión y destrucción. La agresión dominó el plano sexual. La sexualidad es ahora, como lo fué entonces: violenta, sucia; para ensuciar o para ensuciarse. Un paciente hizo una primera casa totalmente cerrada por los cuatro lados. Después, como comprendiendo que había que darle salida, o entrada, hizo un hueco por puerta, como si por allí pudiera darle salida a su impulsividad, a su agresión.

También en las mujeres su disminución, marginación y difícil manejo de impulsos era evidente en sus construcciones. Intentaban compensar su impotencia y castración con defensas maníacas, exhibicionismo y énfasis en lo superficial. Sus casas tenían fachadas abiertas, poco protegidas, como espuestas a la invasión --o violación.-- Este es su contacto con el mundo. Su disociación y fragmentación pretende ser compensada en lo sexual. Por allí intentan recuperar al objeto perdido. Sólo que se convierte en un objeto todavía más cruel y agresivo.

Resumiendo, podemos decir que el paciente parapléjico ha sufrido una alteración importante del esquema corporal en sus primeras fases del desarrollo. Predominó la relación sádica con el objeto, y ésto matizó todas sus demás relaciones y áreas de desarrollo. Los núcleos esquizoides se impusieron, manteniendo la disociación mente-cuerpo. El impacto traumático del accidente, provocó una regresión masiva a las fases, podríamos decir, más primitivas del desarrollo.

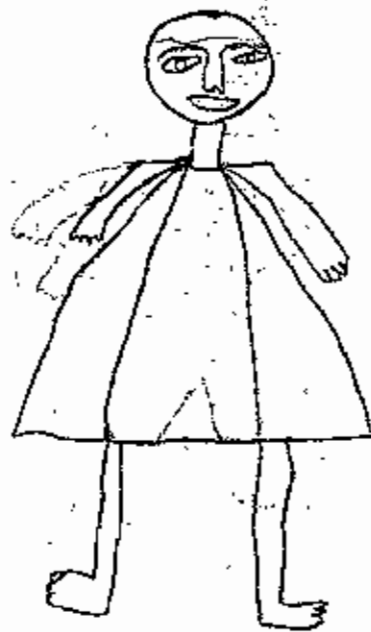
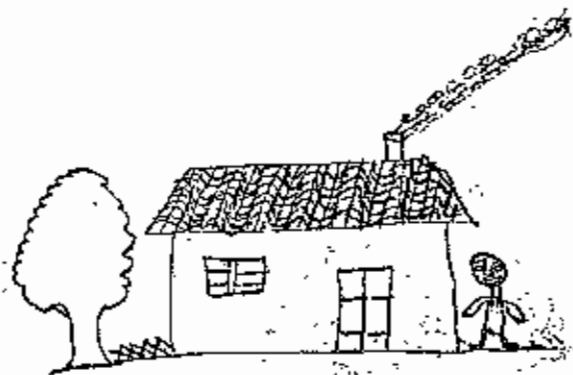
#### El Test de Figura Humana

Los dibujos de las figuras humanas complementan la construcción de las casas. Las figuras aparecen desproporcionadas, ladeadas y con falta de estabilidad, capacidad de distancia, de proporción y de concepto espacial. Es como si hubiese un desconocimiento absoluto de sus cuerpos y de sus partes, y de su posición en el mundo. Apreciamos una ausencia de unidad; parecen figuras incompletas, deformes, parciales, fragmentadas "en cachitos", o con formas de animales. Los rostros a veces son caricaturas. Lo interno parece desbordarse y hay poca capacidad de contención.



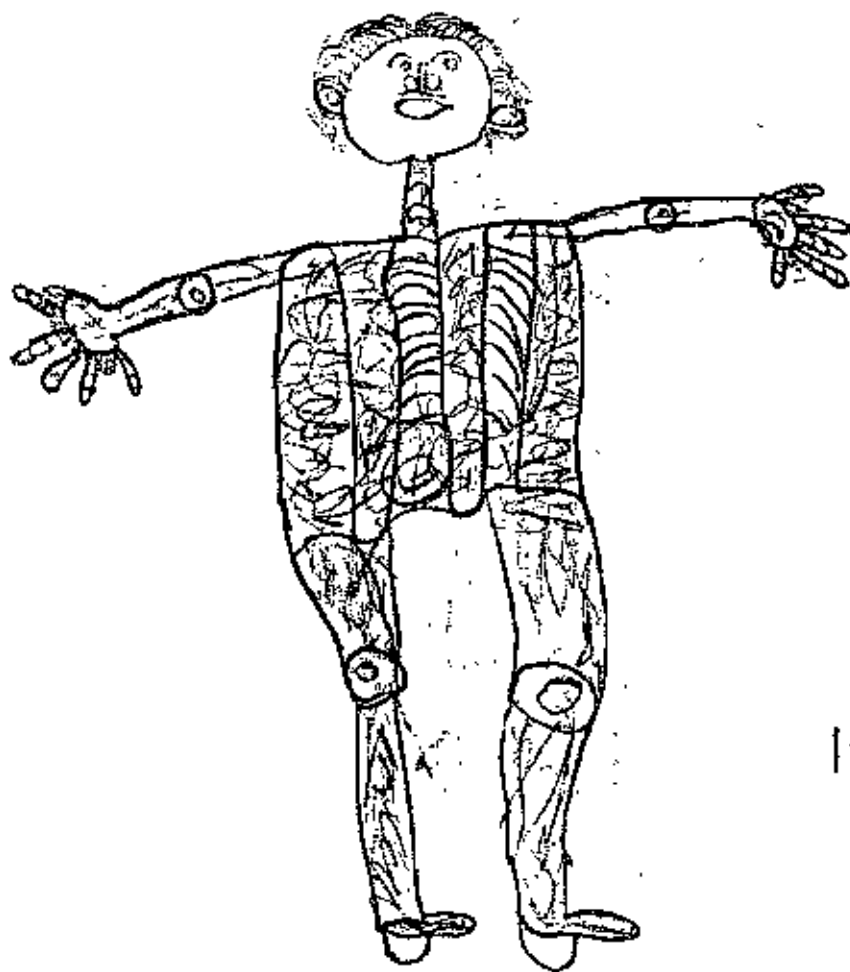


1ª figura  
hombre



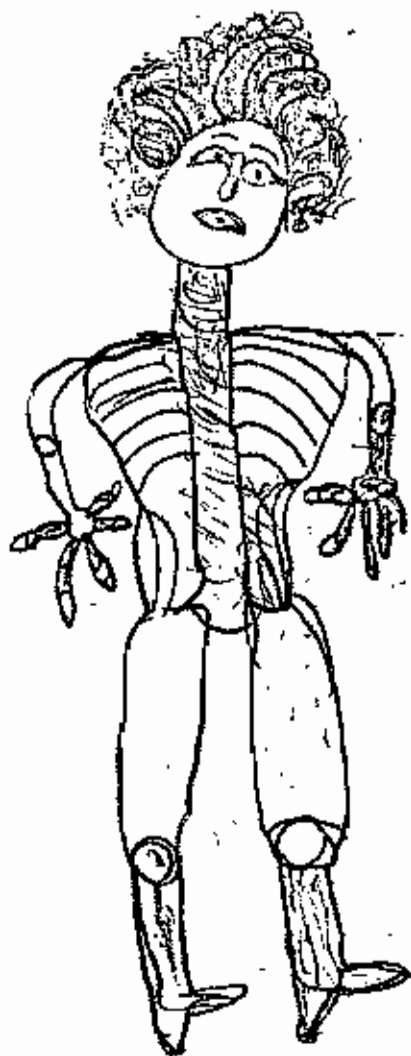
2ª figura -

Fig. No. 1. Varón de 16 años.



1<sup>a</sup> figura

Fig. No. 2. Varón de 17 años. Figura masculina. (Caso No. 5)



2: figura

Fig. No. 3. Figura femenina (caso No. 5). Varón de 17 años.

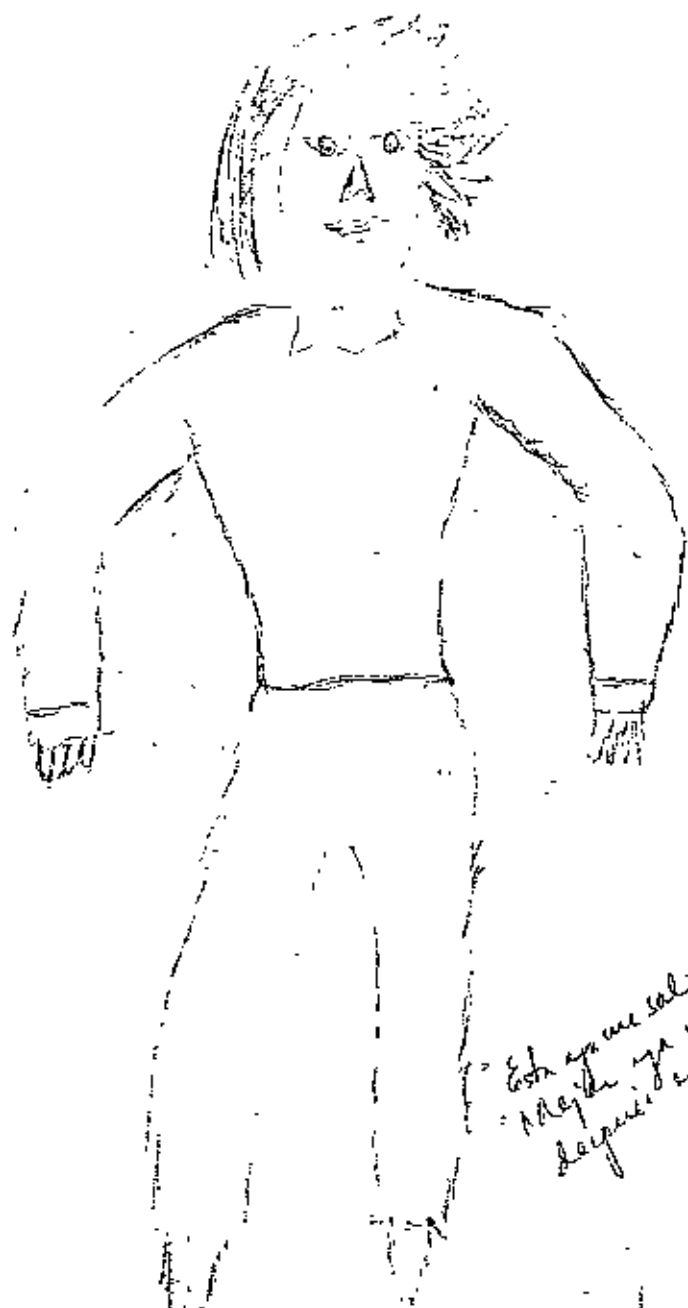
Las defensas pretenden ser intelectuales, obsesivas, meticulosas. Pero realmente no protegen.

Woodburg (57) en su descripción de las alteraciones del yo corporal nos dice que: "... son sensaciones de un cambio en la organización (tamaño, configuración y orientación espacial) y sentido de la unidad del yo corporal con efectos sobre la representación objetal y del self, así como sobre la relación entre las dos". Nuestras figuras parecen corresponder a esta descripción.

Apreciamos, siguiendo nuestro análisis, a las figuras como castradas --con énfasis en lo fálico. La sexualidad está a nivel infantil-- apareciendo la masturbación como conflictiva--, confusión marcada relativa a su identidad y rol sexual. En los hombres las identificaciones parecen femeninas: como si hubiesen renunciado a su sexo por lo persecutorio de la figura femenina. A ésta la viven agresiva, fálica, castrante, superior y poderosa. La ausencia de afecto es notable. Otros pacientes viven a la mujer como figura castrada, disminuida: "unas pobres mujeres". Es notable su desconocimiento del cuerpo femenino.

En las mujeres la confusión es marcada. Unas disminuyen a la figura masculina, la proyectan endeble. La castran por la intensa ansiedad que les produce. Lo viven persecutorio y amenazante. Otra paciente estructuró mejor la figura, poniendo en él quizás lo idealizado y anhelado por ella.

Sus relaciones y contacto con el mundo funciona a nivel oral-sádico. Son figuras chupadoras, demandantes, manipuladoras y pasivas. Sus demandas están a nivel de contacto físico --con mucha necesidad de dependencia, de que alguien se haga cargo de ellos. Proyectan un total desvalimiento e impotencia: "como si fueran



*Está ya me sale "hombrío"  
"Mejor ya no le digo porque  
de aquí es fácil"*

Fig. No. 4. Figura femenina. Varón de 25 años.



Mucha resistencia  
para hacer  
figuras)-  
Duros ya se  
deja así su  
habla y es  
mucha hace  
las figuras-

Fig. No. 5. Figura femenina. Mujer de 20 años.

a morir en cualquier momento".

En el dibujo de casa, árbol y persona, las madres son vividas como endebles, lejanas, frías, vacías, que dieron poco. El rompimiento físico o afectivo con ellas fué traumático. La postura de muchas de las figuras es como de querer asirse de algo que las sostenga. Uno de los pacientes dibujó algo que parece un cordón umbilical que lo liga aparentemente a la casa (madre), como buscando sostén, (Fig. 7).

El padre es vivido con temor, con aspecto de "machorro," pero con pene flácido (Fig. 6). En realidad no da apoyo, está también castrada, sin raíces. Substituyen la carencia de la figura paterna, exaltándolo y fantaseándolo como fuerte.

Entre estas dos figuras --materna y paterna-- los pacientes se viven disminuídos, echados de lado de los padres, o en medio de los dos, pero más cerca sin embargo, de la madre. La actitud es en general anhelante, de querer ligarse a algo. Un paciente se dibujó en la entrada de una casa (madre) vacía, fría y mal hecha (Fig. 8). Allí se quedó.

En todos es clara la división entre lo intelectual y lo corporal. Lo impulsivo es negado, vivido con terror. Hay un desplazamiento de lo sexual a la cabeza o cara, como cargando narcisísticamente esta parte del cuerpo para mantener la disociación (26). Sin embargo en ésta se fué toda la energía. Pero, como no pudiendo negar más su incapacidad para enfrentarse a un mundo cruel y demandante, hacen una renuncia suicida, y se entregan a una muerte a medias, a su invalidez.

Los resultados de este test confirman lo encontrado en el test de Construcción de Casas. Las figuras proyectan un esquema corporal primitivo, en regresión a fases oral-sádicas, que denotan una fuerza yoica débil.

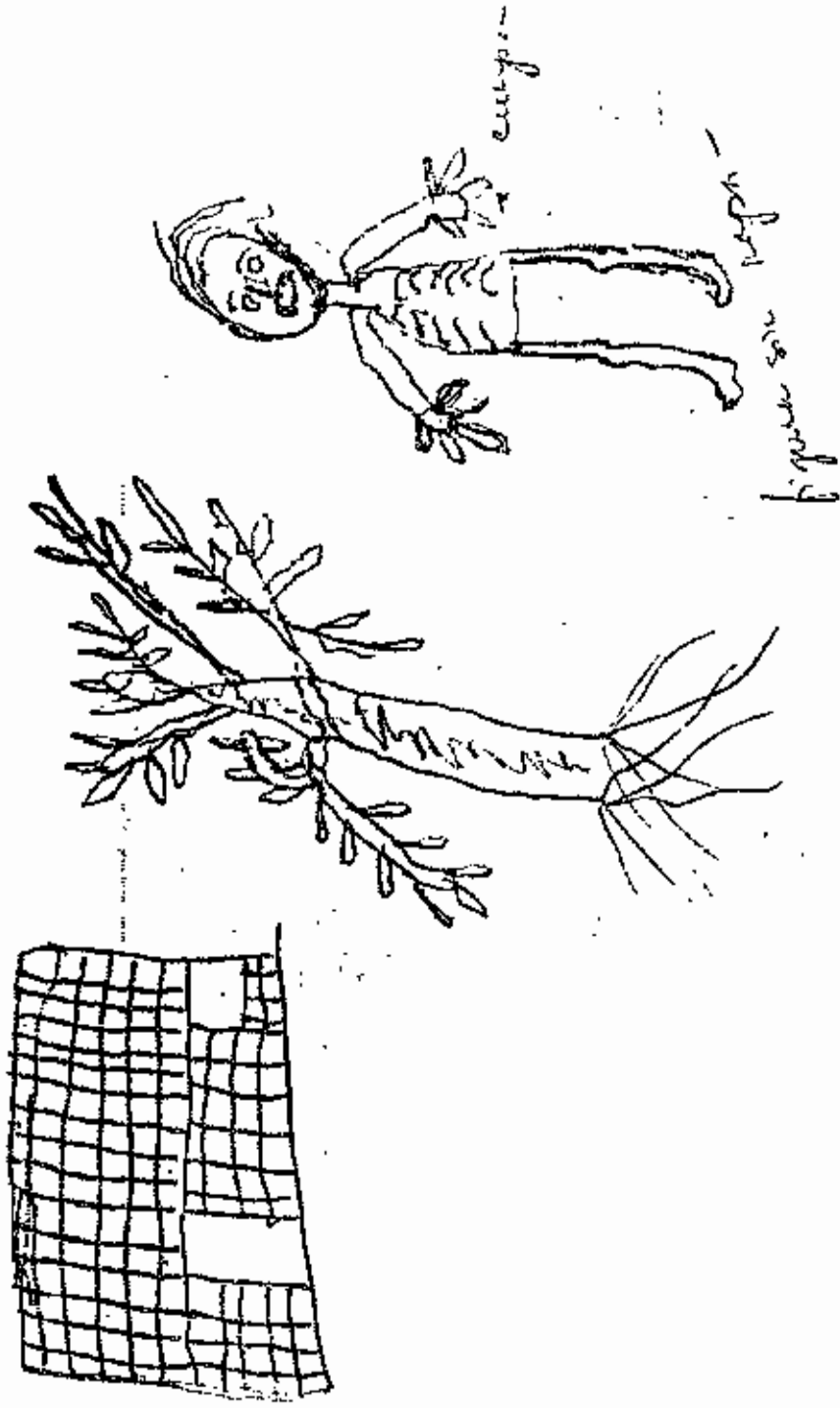


Fig. No. 6. Varón de 25 años.



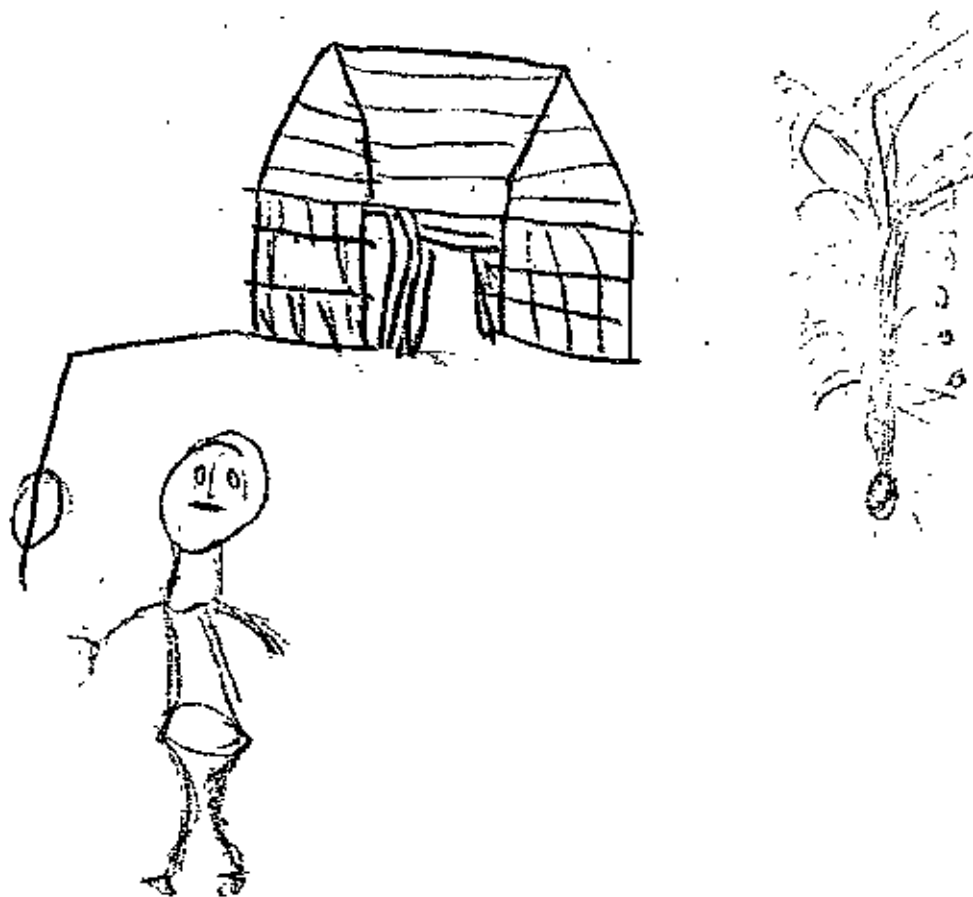


Fig. No. 7. Varón de 26 años.

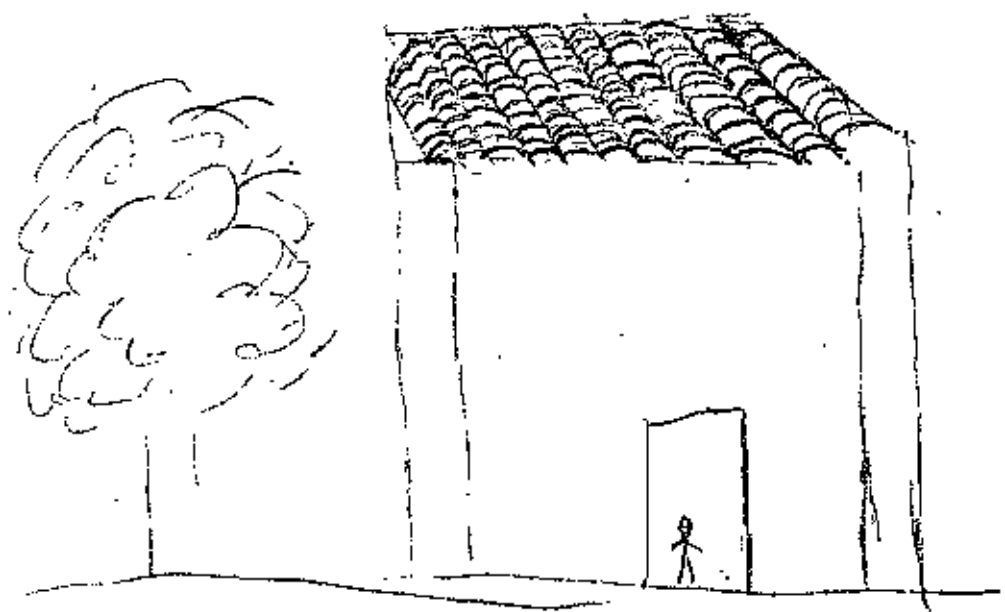


Fig. No. 8. Varón de 24 años.



Fig. No. 9. Varón de 36 años.

La división mente-cuerpo es tajante, dramática, predominando la destrucción y la muerte.

No podemos dejar de considerar la edad en que ocurrió el accidente, y la historia de cada uno de nuestros pacientes, como antecedentes importantes de una probable crisis, diríamos de juventud. Es en esta época de la vida, nos dice Grinberg, cuando las ansiedades alcanzan su punto álgido. Es el momento de la maduración instintiva y logro de la genitalidad adulta, y su corolario paternidad-matemidad. Esto, seguramente, no pudo ser soportado por nuestros pacientes. En el momento del impacto traumático, hizo crisis todo lo que previamente había dificultado el desarrollo de una buena integración, condición indispensable para un sólido sentimiento de identidad, (26).

## EXPOSICION DE CASOS

### Caso No. 2

F. J. A., varón de 15 años, soltero, estudiante del 5º año de primaria al momento del accidente, es originario de San Juan de los Lagos, pero reside en el D.F. desde muy pequeño. Ocupa el 7º lugar entre dos mujeres, dentro de una familia completa, formada por el padre, la madre y diez hijos: 6 varones y 4 mujeres; de nivel socio-económico medio-bajo. El padre terminó el 4º año de primaria, posee un establo con 40 vacas, y tiene ingresos mensuales de \$2,500.00 a \$ 3,000.00. De las hermanas, las cuatro mayores están casadas, dos estudian corte y confección,

y comercio, y los tres pequeños se hallan en el grado escolar adecuada a su edad. La casa donde habita la familia es amplia, con tres recámaras, estancia-comedor, y cocina, equipada con estufa y refrigerador. El establo está al fondo de la casa.

### Invalidez

Cuando F. J. A. tenía 12 años de edad, sufrió un accidente de herida de bala, disparada por un borracho que pasaba echando tiros al aire por donde el paciente jugaba football. La bala entró por el pecho y se alojó en la columna dorsal a nivel D 10, D 11. Inmediatamente presentó paraplejía en los miembros inferiores, incontinencia de esfínteres y anestesia, del pecho hacia abajo.

Fue trasladado a un centro hospitalario donde se le efectuó la extirpación del proyectil. Posteriormente se le practicó falla suprapúbica y falla ilear. Se le formaron escaras trocántereas, sacra e izquiáticas, por lo que se le practicaron colgajos y aplicación de injertos. Fue intervenido en la vejiga para el control de la orina.

Después de sufrir una serie de mala experiencias médicas en diversos centros hospitalarios, el paciente ingresó al Hospital Infantil. En ese lugar se le operó nuevamente de escaras, se le sometió a ejercicios y al aprendizaje del manejo de aparatos ortopédicos. En su último internamiento en ese mismo hospital, se le extirpó la vejiga, lo cual deja como amenaza continua de infección urinaria. Durante su último internamiento se le pide que se retire por conducta agresiva.

Durante su estancia en el Instituto Mexicano de Rehabilitación presentó infección urinaria, escara izquiática --la cual fue intervenida quirúrgicamente, fístula

en malas condiciones e ileostomía. Fué operado un total de 14 veces desde el momento del accidente.

Al evaluar sus actividades de la vida diaria, se observó que el paciente atendía personalmente su aseo e higiene y actividades de cama desde la silla de ruedas. Aumentó considerablemente el equilibrio del tronco, así como su fuerza muscular de los miembros superiores. Se le prescribieron aparatos ortopédicos y tratamiento fisiátrico, dándole enseñanza a un familiar para que continuara con las instrucciones básicas en el hogar.

Un año después de su ingreso al I.M.R., se le pide que se retire por conducta indisciplinada, y se le proporciona una carta de presentación para el Hospital Juárez para seguirse atendiendo.

### Historia Personal

F.J.A. es un muchacho de rasgos finos, podría decirse que hermoso, bien desarrollado, inteligente, callado, suspicaz y de aspecto triste. Tiene mucho vello en los brazos y cara, especialmente en el labio superior. Destaca el gran desarrollo de su pecho y brazos, seguramente debido a los ejercicios fisioterapéuticos.

Como dato importancia de su niñez, fué atropellado a los 5 años por un automóvil ocasionándole que "no sintiera" las piernas, y no pudiera caminar hasta pasado un mes. Se le encamó durante una semana y se le ponían inyecciones --no se especifica de qué tipo-- para curarlo.

El paciente estudiaba el 5º año, cuando ocurrió el accidente. Gustaba mucho de jugar al football, y parece que el día del accidente [jugaba este juego] sin autorización de su padre. Esto parece haberle producido mucha culpa.

El grupo familiar al que pertenece F.J.A. es de estructura tradicionalista, patriarcal, organizada e inteligente. La autoridad en el hogar es el padre. La madre es afectuosa, dedicada a sus hijos, y especialmente sobreprotectora con F.J.A.

A raíz de su conducta agresiva y depresiva durante su estancia en el Hospital Infantil, inició el paciente [junto con su familia] una terapia familiar. Esta duró aproximadamente un año y logró motivar al paciente a rehabilitarse, a abandonar su actitud pasiva y hacer algo por sí mismo. Fue posible romper la relación simbiótica con la madre, lograr un mejor contacto con el padre, y finalmente, se logró expresar y derivar la agresión y la culpa, no sólo del paciente, sino de toda la familia. F.J.A. se había convertido en un pequeño tirano con su familia. La madre era quien lo atendía y aseaba. Gracias a la terapia mejoró no sólo la situación del paciente, sino del resto de la familia en cuanto a trabajo, estudios y vida afectiva.

Al evaluar la situación psicológica y afectiva del paciente, se le encontró, a los tres años de invalidez, todavía bajo los efectos traumáticos del accidente, intenso sufrimiento, mucha ansiedad, actitud esquizoide y tímida, fuerte agresividad --dirigida principalmente hacia adentro; manipulador del ambiente y con fuerte necesidad de dependencia. Sus respuestas emocionales son pobres, apáticas y sin interés por las cosas.

Manifiesta temor a perder el cariño del padre --éste rehusaba mirarlo al principio de su invalidez--, a quien admira. Todavía siente culpa por haberle desobedecido.

A la madre la siente más poderosa, buena y protectora, y con mayor autoridad social.

Presenta dificultades para establecer relaciones interpersonales. Se muestra desconfiado y con tendencias a la evasión y el retraimiento.

La sexualidad la vive a nivel de fantasía. Idealiza la figura femenina, y muestra fuerte necesidad de una relación homosexual.

Se le integró al grupo terapéutico para parapléjicos, donde mostró una conducta agresiva constantemente, (llegó a agredir a otros pacientes) y de rechazo. Su agresividad logró disminuirse un poco, así como el nivel de depresión que sufría. Sin embargo, finalmente se le dió de alta por haber cometido faltas disciplinarias en la sala general de hombres, y por haber tomado alimentos no autorizados.

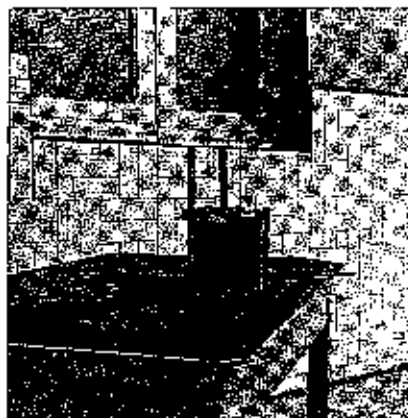
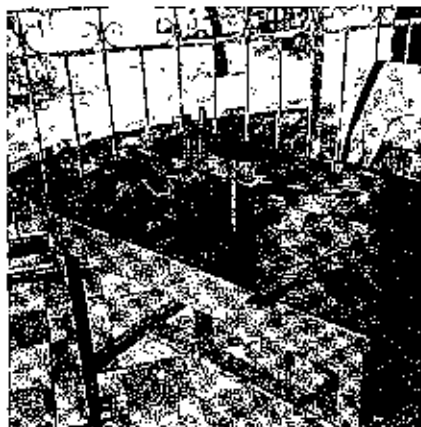
En el desarrollo de nuevos intereses, F.J.A. expresó deseos de seguir estudiando la primaria, que había abandonado porque no le gustaba y porque se había dedicado a ayudarle a su padre en el establo.

En el I.M.R. mostró interés y habilidades suficientes para entrenarse en el taller de relajación. Sin embargo, su asistencia a dicho taller fué irregular. Este factor, más su conducta agresiva y falta de capacidad para adaptarse, nos conducen a pensar que F.J.A. logró, hasta el momento del estudio, una rehabilitación parcial.

### Tests

F.J.A. hace una casa llena de ventanas, con un solo muro de sostén. La casa es pequeñita y está dividida en tres cuartos, separados entre sí. Usa dos columnas altas --las demás son medianas-- con el fin de construir un cuarto arriba.





\*

Construcción de casa. Varón de 15 años. Caso No. 2.

No construye baño. Protege la entrada y ventana de atrás con dos techitos. Cierra con un techo sobrepuesto y con huecos.

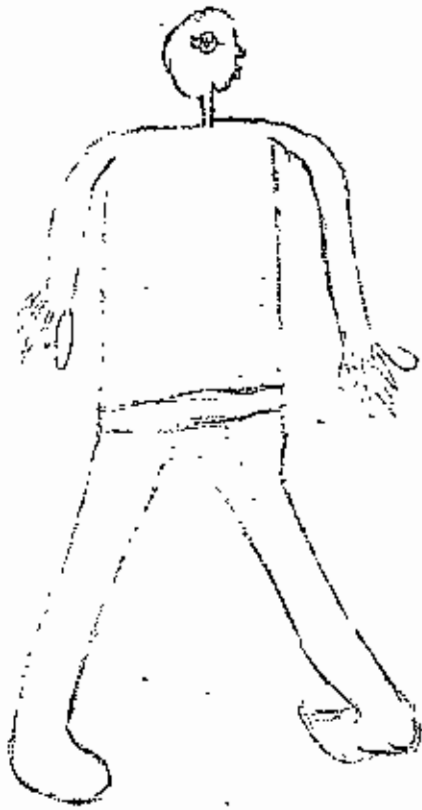
Durante la construcción se le observó impulsivo, sin capacidad de planeación, poca tolerancia a la frustración -- se molestaba cuando alguna pieza se le caía, o no le quedaba como él quería. Construía rápidamente, con prisa.

La casa de F.J.A. aparece pobre, disminuída, expuesta a la crueldad exterior, simbolizando su poca capacidad de control y manejo corporal. Esto está reforzado con su impulsividad y falta de planeación, y poca tolerancia a la frustración. El techo con huecos simboliza su pobre control intelectual. Los núcleos esquizoides están señalados por su división interna (cuartitos) e intento por aislarse más pretendiendo hacer otro cuarto más arriba. Aberastury (2) le llama a esto, huída a la introspección.

El conflicto anal --dificultad en la confención de sus esfínteres-- aparece simbolizado en la casa estrecha y los techitos de protección que coloca a la entrada y salida. No construye baño, como negando su sexualidad, o viviéndola sucia (anal) y peligrosa.

Podríamos pensar que el uso de las dos columnas más altas, estaría simbolizando el conflicto de castración, irreversible ahora ya en su cuerpo. Es como si nos hubiera querido hacer notar una diferencia en su potencia (tomando las columnas como estructura que sostiene al resto de la casa), comparada con otros hombres, o con su situación anterior.

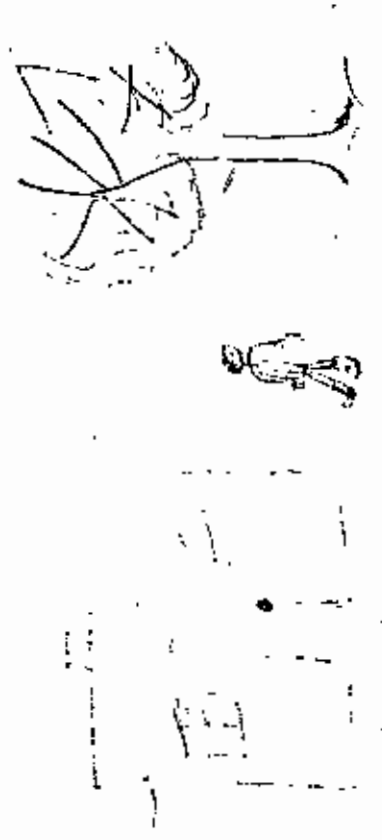
El dibujo de la figura humana, es la de un niño de 5 años, o menos. Alcanzó un desarrollo quizás hasta la fase fálica, pero precaria: hay un énfasis en los aspectos



1-17-17  
Un hombre

Fig. No. 10. Varón de 15 años. Figura masculina. Caso No. 2.

Dibuja apsin -



Dibujos apócrifos

Fig. No. 12. Varón de 15 años. Caso No. 2.

fáltcos de la figura, una preocupación por la masturbación.

La figura es transparente, denotando sus núcleos esquizoïdes. Hay disequí-  
librio en la postura, falta de estabilidad y mucha ansiedad.

Apreciamos disociación por la división marcada de las partes, especialmente  
entre el cuerpo y la cabeza. La actitud es evasiva. La cabeza es la de un muñeco  
de peluche, chupador y demandante. Su agresividad es pasiva.

Su identificación es femenina. La figura de la mujer está mejor estructurada.  
Aunque también es evasiva, y está dividida, sí la acepta como figura sexual.

Esto apoya lo encontrado en el test de casa, árbol y persona. F.J.A. se  
siente muy minimizado entre las dos figuras paternas --casa y árbol--, aunque se  
coloca más cerca de la madre.

#### Caso No. 16

G.R.M., mujer de 13 años de edad, soltera, estudiante, es originaria de  
La Paz, Puebla. Ocupa el 2º lugar entre un varón y una mujer, dentro de una fa-  
milia completa, de nivel socio-económico bajo, formada por el padre de 42 años,  
con estudios del 5º año de primaria, quien es hojalatero de ocupación y ayudante  
de mecánico y gana \$1,350.00 mensuales. La madre, 38 años, tiene estudios del  
6º año de primaria y cose para ayudarse económicamente. Cuatro hijos: 2 varones  
y dos mujeres. El mayor de los hijos cursa el 3º de secundaria y ayuda eventualmen-  
te al padre, también como hojalatero, ganando \$1,140.00. Los otros hijos cursan  
los primeros años de instrucción primaria.

### Invalidez

A los dos años de edad, el 10 de febrero de 1962, G.R.M. sufrió un accidente por volcadura en el autobús en que viajaba con sus padres.

Perdió el conocimiento. Fue trasladada a la Cruz Roja de Puebla donde permaneció bajo tratamiento médico, presentando paraplejía e incontinencia de esfínteres.

En el Instituto Nacional de Nutrición recibió tratamiento fisiátrico, evolucionando con espasticidad en los miembros inferiores. A los 9 años de edad se le practicó Miotomía de aductores, con el fin de liberar los músculos. Durante el período post-operatorio, presentó úlceras en ambos talones, que posteriormente cicatrizaron totalmente.

A los 12 años se le practicó Neurotomía ciática poplitea, tenotomía del peroneo y sindestomía externa sub-astragalina-bilateral. Se le colocaron aparatos ortopédicos.

Poco después ingresó al I.M.R. Se le encontró escoliosis dorso-lumbar izquierda acentuada y anestesia del L4 hacia abajo. Los miembros inferiores pléjico-espásticos y movimientos pasivos limitados.

Ocho meses después acudió al Instituto Nacional de la Nutrición para llevar a cabo cirugía reconstructiva de la columna en relación con la escoliosis que padecía. Se le realizó una osteotomía de la columna vertebral a nivel D12 - L1 - L2, así como Nefrectomía derecha. Durante la disección se seccionó inadvertidamente la arteria renal. Se le trasladó a su hospital de origen (I.M.R.).

El 2º tiempo de la Artrodesis y colocación de la barra de Harrington, se efectuó en el I.M.R. La evolución fué excelente, pues a pesar de la neuroectomía de los ciásticos, la paciente inició la motilidad en los miembros inferiores, con fibrilaciones musculares importantes. El resto de la cirugía evolucionó satisfactoriamente. Salió en buenas condiciones y con equilibrio del tronco.

Reingresó unos meses después para recibir curaciones. Se pidió interconsulta con el hospital de Nutrición por presentar una posible pielonefritis. Estuvo recibiendo tratamiento por infección intermitente de las vías urinarias.

Presentaba también moderada deformación de la columna. Dos meses después se le extrajo la barra de Harrington. Se le colocó corset de yeso, evolucionando adecuadamente. Seis meses después presentaba salida de material purulento fistulizado distalmente en L 5, por lo que se le practicaron curaciones y ampicilina.

A los cinco meses se le practicó Fistulectomía y se le extrajeron tres alambres y gancho inferior de la barra de Harrington, por la persistencia de la secreción purulenta a nivel de la fístula.

No se consideró que pudiera G.R.M. usar aparatos ortopédicos, por lo que se le dió de alta en silla de ruedas. Alcanzó a realizar satisfactoriamente todas las actividades de la vida diaria, desde la silla de ruedas.

### Historia Personal

G.R.M. es de estatura media, con deformaciones en los miembros inferiores

y el tórax. Su aspecto es agradable, tranquilo, con ojos vivaces, inteligente y pronta a cooperar. Responde aprisa y sin titubear. Su arreglo es limpio y agradable.

El ambiente familiar parece cerrado y protector. La atención de todos parece haberse centrado alrededor de la paciente, por lo que la atención y trato hacia ella ha sido especiales.

Desde el accidente, su vida ha transcurrido entre la asistencia a la escuela y las labores limitadas del hogar. A los trece años volvió a ser atendida con tratamiento médico gracias a la intervención de una persona que les ayudó. Fue cuando se internó en el I.M.R.

En la apreciación psicológica realizada en el I.M.R., se consideró que dado el tiempo prolongado de su invalidez, y la sobreprotección recibida en el hogar, la paciente presentaba tendencias a manipular el ambiente. Es dependiente totalmente de su familia y medio social. En medio de estas circunstancias, parece haber podido lograr una buena adaptación a su invalidez.

Desde el punto de vista del desarrollo de nuevos intereses, continuó sus estudios ingresando al grupo escolar, alcanzando buen aprovechamiento en el 4º año de instrucción primaria. Recibió instrucción en el taller de corte y confección. Realiza estas labores desde la silla de ruedas.

La paciente hace planes realistas, al dársele de alta. Planea ayudar a su madre en la costura, y en las demás labores del hogar.



### Tests

G.R.M. hace una casa pequeñita, arrinconada en el tablero, totalmente cerrada, sin ventanas, y por puerta usa una ventana chiquita. Como sostén, usa columnas cortitas, y cierra, finalmente con un techo plano.

Tomando en cuenta la edad tan temprana del impacto traumático (dos años) sufrido por la paciente, pensamos que hizo una integración deforme de su esquema corporal. Parece haber hecho una renuncia a la imagen erguida del cuerpo humano. Es la suya una imagen chaparrita, con una tendencia a irse agachando, disminuyendo, a transformarse en infrahumana.

La casa parece hecha para esconderse, para aislarse de un mundo que ella vive como superior e inalcanzable. En ese sitio parece sentirse protegida --hecho que corresponde con su historia.

Es claro que G.R.M., desde una edad muy temprana, tuvo que hacer una adaptación incompleta a su esquema corporal. El techo-- control intelectual-- aparece como fuerte y protector de una cuerpo--casa--negado. En esta parte del cuerpo debe de haber concentrado todo su esfuerzo adaptativo.

El test de figura humana proyecta dramáticamente su imagen incompleta. La parte superior del cuerpo, aparece conservada, podríamos decir que fué la parte libidinizada de su self. Los ojos muestran viveza, movimiento, como substituyendo a la acción--motricidad--suprimida.

El cuerpo es deforme, parcial, como "hecho en cachitos". El hombre, a diferencia de la mujer, lo vive completo, mejor estructurado.



Construcción de Casa. Mujer de 13 años. Caso No. 16.

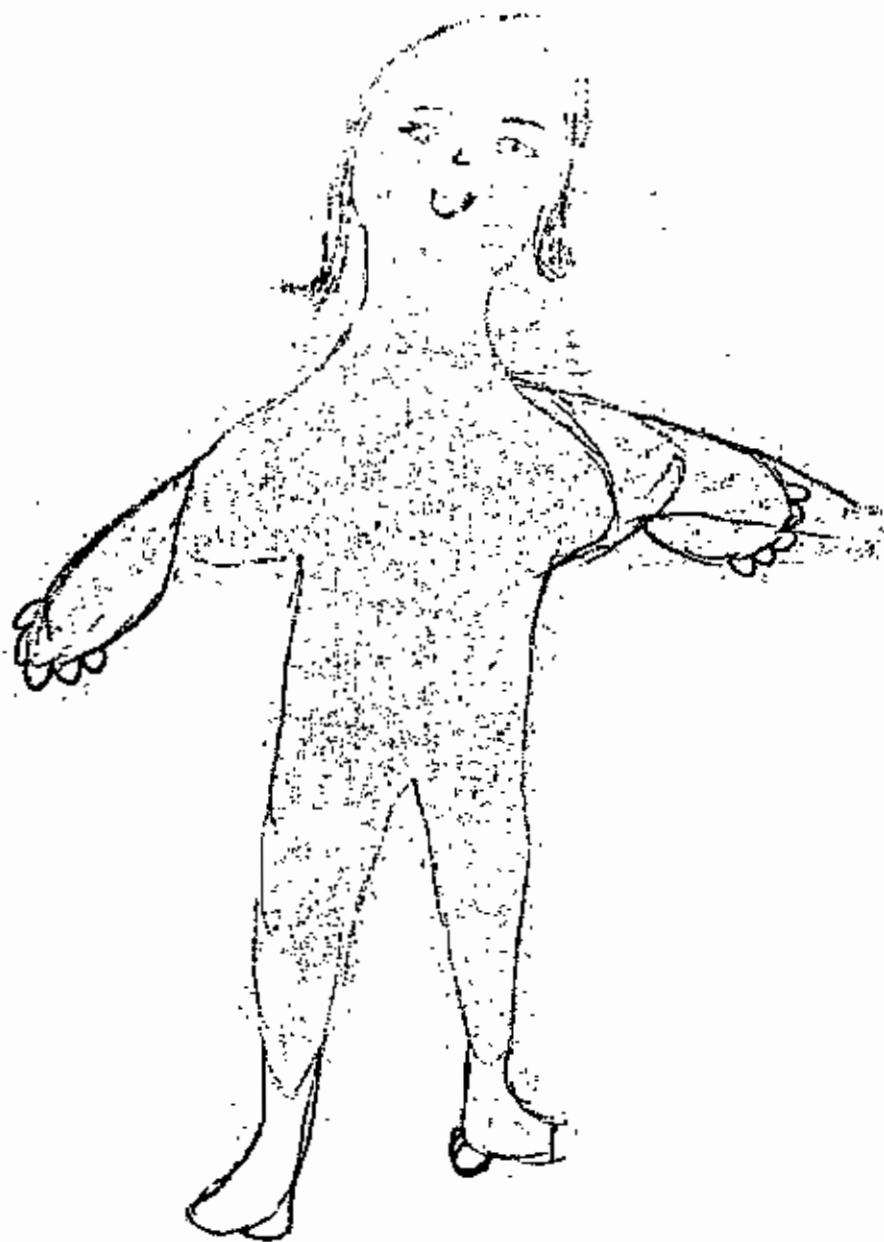


Fig. No. 13. Mujer de 13 años (edad del accidente: 2 años).  
Figura femenina. Caso No. 16.

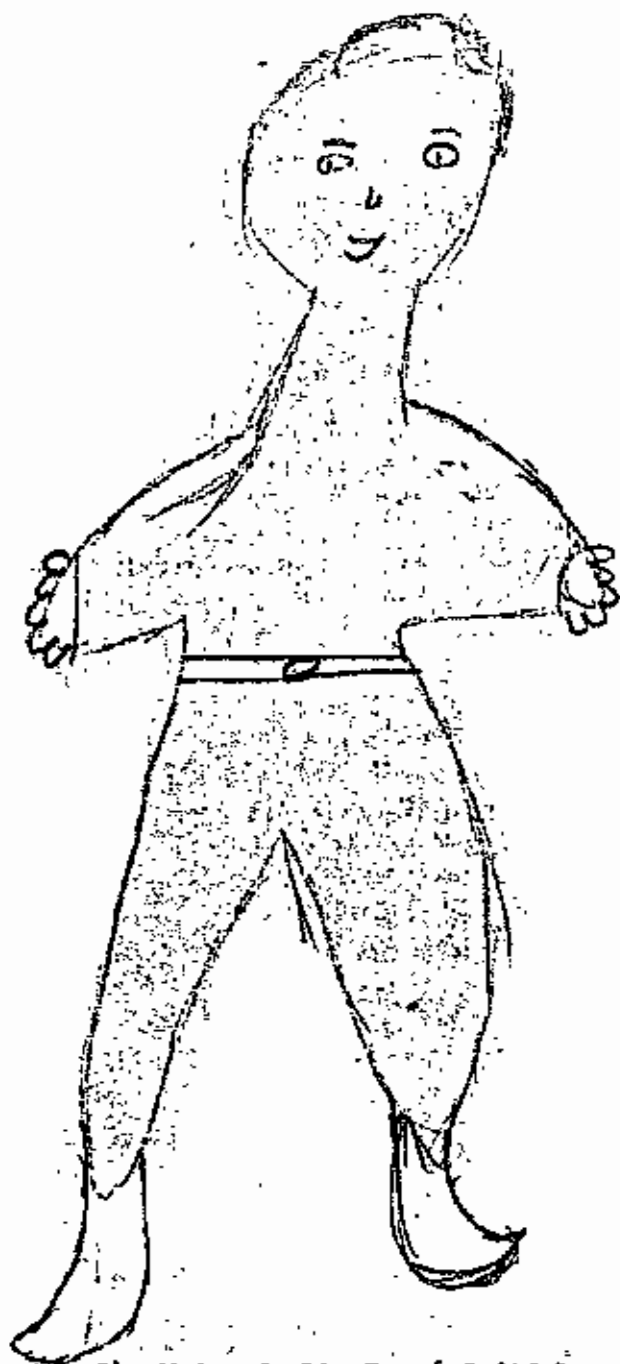


Fig. Nq. 14. Mujer de 13 años (edad del accidente: 2 años).  
Figura masculina. Caso No. 16.

Pensamos que hay núcleos esquizoides, de aislamiento y soledad, importantes. Para hacer una adaptación como mujer incompleta --castrada--, le fué necesario hacer una disociación total, vivida en su esquema corporal.

En el dibujo: casa, árbol y persona, proyecta su situación familiar en relación con ella de manera muy clara. Parece como si ella y su familia hubiesen hecho una renuncia social, y la atención se hubiese centrado en sus piernas.

Ella se vive pequeñita entre una madre-casa-hueca, vacía y fría, que dá poco --y que por lo mismo sobreprotege--, y un padre endeble, hueco. Sin ellos se muere.

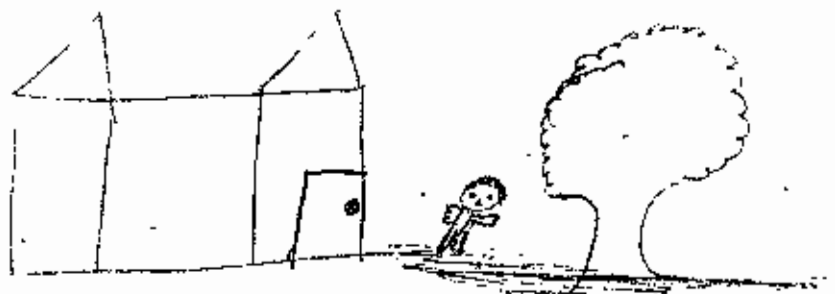


Fig. No. 15. Mujer de 13 años (edad del accidente: 2 años).  
Figura: casa, árbol y persona. Caso No. 16.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

Por la aplicación de los instrumentos de estudio, desde el punto de vista psicológico, confirmamos las hipótesis planteadas, y podemos plantear la tesis de que todo paciente parapléjico no alcanza su rehabilitación total por la división-mente-cuerpo temprana, reforzada por su invalidez.

Esta tesis está apoyada por la discusión bibliográfica con los autores que sigue a continuación.

### DISCUSION DE RESULTADOS

El parapléjico es un ser castrado que ha escindido violentamente una parte de su self. Expresa así, de manera dramática, una situación de renuncia masoquista (26). Reintroyecta, en estas condiciones --a manera de miembro fantasma--, al objeto malo-perseguidor, lo re proyecta en su cuerpo y de esta manera lo controla. Esto le permite establecer una distancia, de otra manera peligrosa, entre el objeto bueno y el malo. El lugar que ahora se le ha dado en el cuerpo, le permite la existencia visible constatable del objeto malo, e impide que desaparezca. Por último protege al yo mental, recreando la protección de la madre como envoltura permanente (21)

El estado confusional, existente previo al accidente, que fué dado por una mezcla de imágenes buenas y malas, amenazantes y terroríficas (51), y el estado de sometimiento instintivo, impulsó a nuestro paciente a la actuación descuidada y a la inconsciencia de las circunstancias reales. Una casualidad simple-- agente externo precipitador -- corta, por consiguiente, una situación interna por demás intolerable ya. Prefiere la castración.

Siguiendo a Grinberg, el parapléjico, en el acto traumático, se entrega pasivamente a una madre aterradora y castradora. Sus impulsos corporales --objetos de persecución materna y paterna-- han llegado a su climax. Ante la inminencia del desarrollo sexual el cuerpo, que es el que posibilita las fantasías de procreación (26), prefiere el sometimiento. Se somete homosexualmente, por lo tanto, a un padre terrorífico y cruel.

El conflicto edípico, también presente en la mujer, la impulsa a actuar por culpa; culpa por haber provocado el conflicto entre los padres. Se somete pues, a una madre cruel, y busca el daño justo en la parte de su cuerpo culpable del conflicto. Con su sexualidad --materna a medias, busca al objeto perdido pero sin despertar los peligrosos impulsos corporales.

La regresión no se deja esperar. El estadio primitivo de no integración, de persecución y dominio del objeto malo --dado por la posición esquizo-paranoide (32,36,37)-- toma ahora su posición original. Las fantasías de las primeras experiencias corporales --parciales, desmembradas--, vuelven para apoderarse de su self (31). Surgen los núcleos esquizoides --(el núcleo aglutinado de Bagler),



(6, II, 36). La fantasía ahora predominante, condiciona sentimientos y relaciones fragmentadas. La patología, nos dice Hartman, pone de relieve graves irregularidades en el desarrollo de la autonomía (propia del yo), y algunos de estos problemas pertenecen al "yo fragmentado" (28).

El parapléjico está bajo el control de un superyó severo y cruel (33,35): el impulso destructivo, ahora ligado a su cuerpo, ha sido desviado del instinto de muerte. El superyó le ha dado muerte al yo (13): predomina el self corporal tanático (54).

Hartman destaca que el fracaso en el desarrollo de defensas estables, notables en la patología infantil y en la esquizofrenia, se debe en gran parte, a una insuficiencia en la capacidad para neutralizar la energía agresiva. En la presión agresiva que ejerce el superyó sobre el yo, bien puede ocurrir que el yo dirija su energía agresiva hacia el ello, transformando así una relación agresiva intersistémica, superyó-yo, en otra, yo-ello (28).

La regresión nos conduce a reconsiderar la alteración de la identificación primaria. Advierte Lacan (43): Toda alteración de este proceso primario de identificación -identificación proyectiva--, prototipo de una agresiva relación de objeto, conducirá a ulteriores perturbaciones. "La noción de agresividad, como tensión correlativa de la estructura narcisita en el devenir del sujeto, permite comprender todo tipo de accidentes y atipias de ese devenir (43).

La identificación proyectiva pues, del parapléjico, fué intensificada no solo por un objeto malo y persecutorio, sino por un mundo cruel en extremo. Esto impidió que se estableciera la diferenciación necesaria entre el esquema corporal

y el mundo externo, confundiendo lo uno con lo otro (21). El cuerpo, nos dice Schilder, "es al principio sujeto y objeto y el mundo exterior y el cuerpo se confunden (53).

La fantasía del cuerpo fragmentado (12, 43), ha impulsado al parapléjico a una vuelta a las imágenes de castración, descuartizamiento o destrípamiento. Los objetos malos internos de Melanie Klein parecen ligarse a las imágenes del cuerpo fragmentado de Lacan. La agresividad reinante se nos da como intención agresiva y como imagen de dislocación corporal (43).

Ha habido pues, una ruptura en la fase de la construcción. La identificación y conquista de una imagen: la del cuerpo que estructura al yo (43), aparece seriamente dañada. El rostro de la madre, espejo de la primera identificación del niño (56), devuelve una imagen cruel y amenazante. El niño, nos dice Winnicott, mira este rostro y no recibe de vuelta lo que da: "Mira y no se ve a sí mismo... entonces no es un espejo" (56). Se queda en el vacío --mundo desolado poblado por imágenes terroríficas.

La autoagresión --impacto traumático-- se ha dado aquí como intento por recuperar los límites del propio cuerpo y la identidad en peligro de perderse. Es, podríamos decir, un narciso negativo que, aunque se conduce bajo el predominio de Thanatos (54), no podemos dejar de reconocer que su acto va acompañado de un extraordinario placer narcisista, pues ofrece al yo la realización de sus más arcaicos deseos de omnipotencia (16). Omnipotencia ésta sentida por el control y dominio del objeto, ahora dentro de su cuerpo. Este acto le impide el aniquilamiento total.

Podemos ahora comprender lo señalado por Melanie Klein y Scott (20), en cuanto a que la disociación mente-cuerpo que se da, es defensiva. Es defensiva, nos dice García Reinoso (21), para evitar la confusión que aparece tan pronto se produce la unión de los aspectos disociados del objeto, y porque asegura contra la regresión más profunda donde el yo sería aniquilado: "la mente es buena, aún cuando tenga pensamientos 'malos', siempre que sea posible mantenerla separada del cuerpo, y éste aparece como lo malo por ser el reservorio de los deseos del ello y de las más primitivas frustraciones (21)".

Este intento de recuperación del objeto está ligado a las pérdidas tempranas sufridas por nuestro paciente parapléjico. La sombra del objeto perdido se instaló en el yo (13). La imposibilidad para elaborar el duelo producido por estas pérdidas, aunado a la incapacidad para establecer objetos buenos dentro, impidió la posibilidad de construir un mundo interno seguro. Realmente nunca vencieron la posición depresiva (34). La ambivalencia rindió, por lo tanto, todas las circunstancias, sentimientos y relaciones de su vida (3, 34). Se instaló la situación melancólica.

El intento maniaco-autoagresión --por recuperar al objeto perdido, produce una nueva pérdida: la imposibilidad definitiva de integrar dentro de su yo al objeto. Queda condenado pues, nuestro paciente a la disociación permanente.

#### PSICOTERAPIA DEL PARAPLEJICO

El daño sufrido en el yo temprano del parapléjico hace difícil la labor terapéutica. Sin embargo puede intentarse una adaptación parcial a su invalidez.

Se hace imprescindible estimular la existencia de la parte corporal que el paciente niega. La aceptación tendrá que hacerse de acuerdo a su condición actual: de castración, para que la imagen persista. Aunque la capacidad para elaborar la pérdida es parcial, es necesario ayudarle a hacer el duelo.

La agresión, tan notable en el parapléjico, aumenta al disminuir la capacidad reproductora. Es necesario derivar la energía sexual hacia el trabajo y la creatividad.

### CONCLUSIONES

- 1.- Los tests que se aplicaron son útiles para encontrar los datos de debilidad y/o ca supuestos en las hipótesis que planteamos.
- 2.- Los datos clínicos recogidos fueron concluyentes acerca de la división mente-cuerpo en nuestros pacientes.
- 3.- La disociación presentada por los pacientes no permite la depresión elaborativa de su daño, y por eso no se logra la rehabilitación completa.

## BIBLIOGRAFIA

1. Abadi, Mauricio: En torno de la muerte, notas sobre una fantasía clave, en: LA FASCINACION DE LA MUERTE, Paidós, Buenos Aires, 1973.
2. Aberastury, Arminda: EL JUEGO DE CONSTRUIR CASAS. Paidós, Buenos Aires, 1961.
3. Abraham, Karl: Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales (1924); en PSICOANÁLISIS CLINICO, Homé. Buenos Aires, 1959.
4. Almonte P., Rafaela: PARAPLEJIA. Tesis. Instituto Mexicana de Rehabilitación. México . 1970.
5. Anderson y Anderson: TECNICAS PROYECTIVAS DEL DIAGNOSTICO PSICOLOGICO (1951). Ediciones Rialp, S.A. Madrid 1966.
6. Begler, José: Estudio de la parte psicótica de la personalidad, en: SIMBIO-SIS Y AMBIGÜEDAD, ESTUDIO PSICOANALITICO. Paidós, Buenos Aires, 1967.
7. Bender, Lauretta: The Concept of Plasticity in Childhood Schizophrenia, in: PSYCHOPATHOLOGY OF SCHIZOPHRENIA, eds.: Paul H. Hoch & Joseph Zubin. Grune & Stratton, New York, 1966.
8. Bueno G., Ma Dolores: ESTUDIO PARALELO SOBRE FRUSTRACION AGRESION (En poblaciones de parapléjicos y familiares encargados) Tesis. Instituto Mexicano de Rehabilitación. México 1974.
9. Bruch, Hilde: Body Image & Self Awareness, in: EATING DISORDERS, (Obesity, Anorexia Nervosa & The Person Within). Basic Books, Inc. New York, 1973.
10. Cameron, Norman: PERSONALITY DEVELOPMENT AND PSYCHOPATHOLOGY. Houghton Mifflin Co. Boston 1963.
11. Fairbairn, W. Ronald D.: Factores Esquizoides de la personalidad (1940), en: ESTUDIO PSICOANALITICO DE LA PERSONALIDAD. Homé. Buenos Aires, 1962.

12. Fages, Jean-Baptiste: PARA COMPRENDER A LACAN. Amorrortu Eds. Buenos Aires, 1973.
13. Freud, Sigmund: Duelo y melancolía, en: OBRAS COMPLETAS, Vol. I. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1968.
14. \_\_\_\_\_: El yo y el ello (1923) en: OBRAS COMPLETAS, Vol. II, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1968.
15. \_\_\_\_\_: Inhibición, síntoma y angustia (1925), en: OBRAS COMPLETAS, Vol. II. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1968.
16. \_\_\_\_\_: Introducción al narcisismo (1914), en: OBRAS COMPLETAS, Vol. I., Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
17. \_\_\_\_\_: La interpretación de los sueños (1900), en OBRAS COMPLETAS, Tomo II, Biblioteca Nueva, Madrid, 1972.
18. \_\_\_\_\_: Psicología de las masas y análisis del yo (1921) en: OBRAS COMPLETAS, Vol. I. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1968
19. \_\_\_\_\_: Totem y Tabú (1913), en: OBRAS COMPLETAS, Vol. II, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
20. García Reinoso, Diego: ACTUALIZACIONES: Cuerpo y mente, en: Revista de Psicoanálisis, Vol. 13, No. 3, Buenos Aires, 1956. ✓
21. \_\_\_\_\_: Sobre el esquema corporal, en: Revista de Psicoanálisis, Vol. 13, No. 4 Buenos Aires, 1956. ✓
22. Garma, Angel: El psicoanálisis de los ulcerosos gástricos y duodenales en: EL PSICOANÁLISIS, TEORÍA, CLÍNICA Y TÉCNICA. Paidós, Buenos Aires, 1962.
23. \_\_\_\_\_: Génesis y dinámicas de las enfermedades psicósomáticas, en: EL PSICOANÁLISIS, TEORÍA, CLÍNICA Y TÉCNICA, Paidós, Buenos Aires, 1962.
24. \_\_\_\_\_: Los suicidios, en: LA FASCINACIÓN DE LA MUERTE Paidós. Buenos Aires, 1973.
25. Geets, Claude: MELANIE KLEIN; INTRODUCCION AL PSICOANALISIS INFANTIL, Ed. Fundamentos, Madrid 1972.

26. Grinberg, Rebeca: Interpretación psicoanalítica de "Las Cabezas Trocadas", (1966)
27. Hammer, Emanuel F.: THE CLINICAL APPLICATION OF PROJECTIVE DRAWINGS. Springfield Ill. 1958
28. Hartman, Heinz: Influencias mutuas en el desarrollo de yo y del ella, en ENSAYOS SOBRE LA PSICOLOGIA DEL YO. Fondo de Cultura Económica, México, 1969
29. Heimann, Paula: Algunas funciones de la introyección y de la proyección en la temprana infancia, en: DESARROLLOS EN PSICOANALISIS, Hormé Buenos Aires, 1971.
30. \_\_\_\_\_ : Nota sobre la teoría de los instintos de vida y muerte, en: DESARROLLOS EN PSICOANALISIS, Hormé 1971
31. Isaacs, Susan: Naturaleza y función de la fantasía, en: DESARROLLOS EN PSICOANALISIS, Hormé 1971
32. Klein, Melanie: Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé, en: DESARROLLOS EN PSICOANALISIS, Hormé. Buenos Aires, 1971.
33. \_\_\_\_\_ : El complejo de edipo a la luz de las ansiedades tempranas. (1945), en: CONTRIBUCIONES AL PSICOANALISIS. Hormé, Buenos Aires, 1964.
34. \_\_\_\_\_ : El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos (1940), en: CONTRIBUCIONES AL PSICOANALISIS. Hormé. Buenos Aires. 1964
35. \_\_\_\_\_ : Estadios Tempranos del conflicto edípico (1928), en: CONTRIBUCIONES AL PSICOANALISIS. Hormé, Buenos Aires, 1964
36. \_\_\_\_\_ : Notas sobre algunos mecanismos esquizoídes (1946), en: DESARROLLOS EN PSICOANALISIS. Hormé 1971
37. \_\_\_\_\_ : Observando la conducta de bebés, en: DESARROLLOS EN PSICOANALISIS. Hormé. Buenos Aires. 1971
38. \_\_\_\_\_ : Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa (1948), en: DESARROLLOS EN PSICOANALISIS. Hormé 1971

39. Kolb, Lawrence C.: Disturbances of the Body-Image, en: AMERICAN HANDBOOK OF PSYCHIATRY, ed: Silvano Arieti, Vol. I, Basic Books, Inc. New York. 1969. ✓
40. Machover, Karen: PERSONALITY PROJECTION IN THE HUMAN FIGURE (1949). Charles C. Thomas, Publ Springfield III. 1971
41. Mushatt, Cecil: Mind-Body-Environment: Toward Understanding the Impact of Loss on Psyche and Soma.(1972)
42. Numburg, Herman: PRINCIPLES OF PSYCHOANALYSIS, THEIR APPLICATION TO THE NEUROSES, Int. University Press. Inc. New York. 1968.
43. Palmier, Jean-Michel: JACQUES LACAN, LO SIMBOLICO Y LO IMAGINARIO. Ed. Proteo, Buenos Aires. 1971.
44. Pichón Riviére, Enrique: Esquema Corporal (1950), en: DEL PSICOANÁLISIS A LA PSICOLOGÍA SOCIAL, Tomo I. Ed. Galerna. Buenos Aires, 1971.
45. \_\_\_\_\_: Grupos Familiares. Un enfoque operativo (1965), en: DEL PSICOANÁLISIS A LA PSICOLOGÍA SOCIAL, Tomo II. Ed. Gglerna. Buenos Aires, 1971.
46. \_\_\_\_\_: Trastornos del esquema corporal (1941), en: DEL PSICOANÁLISIS A LA PSICOLOGÍA SOCIAL. Tomo I, Ed. Galerna, Buenos Aires. 1971.
47. \_\_\_\_\_: Tratamiento de grupos familiares: Psicoterapia colectiva (1960), en: DEL PSICOANÁLISIS A LA PSICOLOGÍA SOCIAL, Tomo II. Ed. Galerna. Buenos Aires 1971.
48. Pesso, Albert: MOVEMENT IN PSYCHOTHERAPY, Psychomotor Techniques and Training. Univ. Press. New York 1969.
49. Prado Huante, Héctor: La imagen corporal en la regresión terapéutica, en: Cuadernos de Psicoanálisis: 1-2
50. Rincón, Casandra E.: LA IMAGEN CORPORAL, Su valor Psicológico, Ed. Pax-México, 1971
51. Rosenfeld, Herbert: Observaciones sobre el psicoanálisis del conflicto del superyó en un paciente esquizofrénico agudo, en: NUEVAS DIRECCIONES EN PSICOANÁLISIS. Paidós. Buenos Aires. 1965



52. Sagal, Hanna: INTRODUCCION A LA OBRA DE MELANIE KLEIN. Paidós, Buenos Aires, 1972.
53. Schilder, Paul: IMAGEN Y APARIENCIA DEL CUERPO HUMANO. Paidós. Buenos Aires, 1958.
54. Solís, Hernán: El Narciso Negativo, trabajo leído en el Congreso Psicoanalítico (Nacional). México 1975.
55. Suárez de Solar, Beatriz: La vida sexual del parapléjico, Trabajo leído en el Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría. San Luis, Potosí, S.L.P., 1974.
56. Winnicott, D.W.: Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño, en: REALIDAD Y JUEGO. Gránica Editor. Buenos Aires. 1972.
57. Woodburg, Michael A.: Experiencias de alteraciones del yo corporal. Una contribución al estudio de la regresión, la percepción y el desarrollo temprano, en: Revista de Psicoanálisis, Tomo XXV, No. 2 Buenos Aires, 1968.

Esta Tesis se Imprimió en Junio de 1976  
empleando el sistema de reproducción Foto-Offset,  
en los Talleres de Impresos Offsali-G, S. A., Av.  
Colonia del Valle No. 531 (Esq. Adolfo Prieto),  
Tela. 523-21-05 y 536-57-54 México 12, D. F.