



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

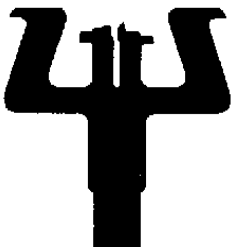
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**IMAGEN CORPORAL EN EL PACIENTE CON
DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LIC.
EN PSICOLOGÍA PRESENTA:**

ROCIO ZAMORATE VELASCO



**DIRECTOR MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO
REVISORA DRA. GEORGINA MARTINEZ MONTES DE
OCA
ASESOR METODOLÓGICO DR. ALBERTO CORDOVA
ALCARAZ.**



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.

INDICE.

	Página
Resumen	5
Introducción	6
Justificación	8
CAPITULO I. IMAGEN CORPORAL	
1.1 ¿Qué es la imagen corporal?	10
1.2 Simbolización de la imagen corporal	14
1.3 Imagen corporal en el contexto socio cultural	20
1.4 ¿Cómo afecta la imagen corporal a los hombres?	23
CAPITULO II. ESQUIZOFRENIA	
2.1 Bases biológicas de la esquizofrenia	27
2.2 ¿Qué es el trastorno de esquizofrenia?	29
2.3 ¿Como se diagnostica?	30
2.4 Clasificación de la esquizofrenia	33

CAPITULO III. PROCESO METODOLOGICO

3.1 Problema de investigación	40
3.2 Objetivos	40
3.3 Tipo y diseño de estudio	40
3.4 Definición de variables	40
3.5 Muestra	41
3.6 Instrumentos o materiales	41
3.7 Procedimiento	50
3.8 Análisis	50

CAPITULO IV. RESULTADOS

4.1 Resultados	51
4.2 Correlación de Pearson	58
Conclusiones y discusión	59
Sugerencias y limitaciones	65
Bibliografía	66

Anexos	69
Gráficos	70
Test proyectivo de Karen Machover (aplicaciones)	77

Resumen

El propósito del presente estudio fue conocer cómo se percibe el paciente con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, saber si hay correlación entre las variables, además de conocer qué concepto tiene sobre sí mismo. Para ello se utilizó el test proyectivo de Machover, manejando los 11 rasgos que más aportaciones brindan a dicho fin, la investigación es de tipo cualitativo, transversal y exploratorio, la muestra total fue de 85 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de un hospital psiquiátrico, seleccionados por medio de un muestreo no probabilístico y se realizó un análisis de frecuencias y correlación de Pearson, donde los resultados obtenidos indican, que la imagen corporal, es un elemento cognitivo que se ve afectado por la esquizofrenia, así como la construcción de su personalidad. Se pudo observar que los sujetos tienen sentimientos de inferioridad corporal.

Palabras clave: Esquizofrenia, imagen corporal, análisis de frecuencias y correlación de Pearson

Introducción

La imagen corporal esta constituida por el aspecto físico, estructural, fisiológico y es una estructura que integra las sensaciones, emociones y la percepción, donde el sujeto y su medio configuran la estructura simbólica de sí mismo, es además, una configuración que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo.

La esquizofrenia en México es uno de los padecimientos más estigmatizados y mitificados, es una enfermedad mental, en ocasiones difícil de comprender y asimilar, cuya característica principal es un deterioro cognitivo que se identifica por síntomas positivos, como alucinaciones y síntomas negativos como falta de iniciativa y retraimiento social, los pacientes por lo tanto comienzan por descuidar su aspecto físico esto puede llevarlo a un desinterés general e incluso a la despersonalización y la familia, en muchos de los casos, comienza por rechazar a su paciente y en ocasiones por la falta de información y la ignorancia, o por no manifestar algún tipo de malestar físico, provoca que sea más complicado que el paciente se apegue al tratamiento.

En esta investigación, se utilizó el Test de proyectivo de Machover para conocer como se percibe corporalmente el paciente psiquiátrico. A cada uno de ellos se aplicó el test de manera individual y siguiendo las instrucciones que señala Machover, posteriormente los resultados fueron evaluados.

La imagen corporal de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia además de sus facultades cognitivas esta disminuyendo, siendo indudablemente la imagen corporal un elemento cognitivo éste también se ve afectado, ya que uno de los síntomas de la enfermedad es la distorsión física por lo que estos pacientes manifiestan estas alteraciones corporales, lo que provoca que ellos se perciban de una manera errónea.

Justificación.

La imagen corporal es uno de los tópicos más explorados dentro de los trastornos de la alimentación, sin embargo, es un tema escasamente abordado dentro de la psicología clínica.

Las investigaciones realizadas con pacientes psiquiátricos, se han enfocado principalmente en como afecta la enfermedad sus ámbitos familiares, sociales e incluso laborales, pero escasamente se ha investigado la percepción que tienen de sí mismos y como la enfermedad psiquiátrica en específico la esquizofrenia y los síntomas que esta enfermedad, manifiesta en la persona disminuye su percepción corporal, provocando en el paciente una irrealidad, donde en muchas ocasiones éste no muestra interés por si mismo; su imagen corporal se va deteriorando al grado de manifestar alteraciones de consideración.

El paciente psiquiátrico ha sufrido de rechazo social y esto indudablemente puede generar distorsiones respecto a la percepción de su propia imagen corporal, porque al ser rechazados por familiares y por su entorno en general, puede afectarlos también en este nivel, propiciando que él no se sienta cómodo con lo que es a nivel corporal, influyendo esta actitud en su tratamiento médico y hasta cierto punto generando un desinterés por recuperarse ya que ellos no perciben algo positivo en su persona.

Asimismo, se busca conocer mejor al paciente con diagnóstico de esquizofrenia ya que conociéndolo mejor, se puede hacer más funcional su tratamiento no solo desde el aspecto médico, sino desde el aspecto emocional, porque nos brinda los factores que son relevantes para él; y el tratamiento, ahora consideraría el aspecto personal, no solo con respecto a la manifestación de síntomas, lo que en mayor medida mejoraría la auto aceptación del paciente y el apego al tratamiento para que, una vez fuera del hospital él logre adaptarse más fácilmente a la sociedad y así mejorar su calidad de vida.

CAPITULO I. IMAGEN CORPORAL

1.1 ¿Qué es la imagen corporal?

Para Aguado (1998) la imagen corporal es un proceso en constante ajuste que sintetiza el desarrollo del sujeto y se configura a partir de un proceso ritual en el que se van delineando evidencias sobre el cuerpo del sujeto, a partir de la experiencia, por ello involucra la sensación, percepción, afectividad y proceso cognitivo. La imagen corporal es el resultado de una interacción psicológica, biológica y social.

También se puede definir la imagen corporal como un fenómeno en el que se integran los procesos fisiológicos con los psíquicos y los sociales. La imagen corporal se estructura no solo por la función ejercida sino por la función significada y que una vez obtenida no deja de modificarse.

La imagen corporal es una estructura tridimensional que permite la conciencia de sí mismo integrando aspectos físicos, estructurales y fisiológicos en relación con el movimiento. Es una estructura que integra las sensaciones emociones y la percepción, por ello es la base de la experiencia en la que se integra el significado cultural.

Bruchon (1992) señala que la imagen corporal es un conjunto de acciones y movimientos de intercambio entre el sujeto y su medio que configuran la estructura simbólica de sí mismo. La imagen corporal es la configuración que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas normas (de belleza, de rol) y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa.

Este término parece describir los aspectos subjetivos de la experiencia corporal, tal como puede ser percibida y relatada por el individuo no solo a propósito de un cuerpo objeto provisto de propiedades físicas (estatura, peso) sino también, a propósito de un cuerpo lleno de afectos complejos más o menos conscientes.

La imagen corporal también es una representación que nos formamos de nuestro cuerpo, es decir, la forma en que este nos parece, a través de impresiones táctiles, térmicas y de dolor y la experiencia inmediata, es la unidad corporal, es una apariencia propia del cuerpo. El esquema corporal es la imagen tridimensional que cada uno tiene de sí mismo.

Al estudiar la imagen corporal se debe tomar en cuenta el problema psicológico central de la relación que guardan las impresiones de nuestros sentidos con nuestros movimientos. El modelo postural del propio cuerpo se haya

relacionado con el modelo postural de los demás, nuestras emociones y acciones son inseparables de la imagen corporal, del mismo modo, las emociones y acciones son inseparables de la imagen corporal. (Schilder, 1989)

Otra definición nos señala que la imagen corporal es la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente.

Desde el punto de vista neurológico la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona y las alteraciones serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical.

Una definición más dinámica es de Raich (2000) menciona que la imagen corporal es una necesidad de distinguir entre la representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos verídica, puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el autoconcepto.

El desarrollo de la imagen corporal depende principalmente de dos factores: el dolor y el control motor de nuestros miembros; el dolor contribuye a la construcción de la imagen corporal por la sensación que provoca y además permite decidir lo que queremos cerca de nuestra personalidad, del centro de nuestro Yo y lo que se desea alejar y el movimiento es la base de nuestro Yo corporal, es una actividad continua. (Schilder, 1989)

Para Pérez (1995) la imagen corporal se refiere a una representación psicosocial, es como una fotografía dinámica, en movimiento producto de una elaboración que finalmente puede tener muy poco que ver con el objeto de la realidad que le dio origen.

Grinder (1987) señala que la imagen corporal surge de la interacción social y es producto de experiencias reales y fantasiosas que provienen en parte de su desarrollo físico, del resalte que los compañeros dan a los atributos físicos y a las presiones culturales.

Es necesario tener una idea de sí mismo real y tangible que permita comunicar experiencias y vivencias mediante el lenguaje verbal o corporal lo que permitirá asimilar experiencias y vivencias de los demás, por principio somos un cuerpo que ocupa un lugar en el espacio con límites físicos y reales.

Tenemos una idea de nuestro cuerpo real o deformada, por ello nuestra interacción con los demás dependerá de esta idea y las acciones que llevamos a cabo obedecerán a esta imagen corporal que cada uno tiene de sí mismo. (Cash, 1997)

El cuerpo humano ha sido objeto de admiración y es un determinante de la realidad de la condición humana, gracias a él sentimos, deseamos, nos expresamos, creamos y asumimos que somos organismos estructurales con funciones y facultades que nos permiten interactuar con el mundo.

Para Cash y Szymansy las evaluaciones y emociones de la imagen derivan en parte, de las discrepancias percibidas de ideales de físico internalizadas. La inversión de la imagen corporal incluye concentración y atención en la apariencia propia, la importancia de uno mismo y conductas del manejo de la apariencia.

Caplan (1973) señala que las facetas de la adaptación social y de la personalidad están afectadas por la configuración y el funcionamiento del cuerpo: primero la impresión que una persona les causa a los demás y segundo por el modo en que percibes a tu propio cuerpo, las facetas de personalidad y adaptación social están afectadas por esta configuración.

1.2 Simbolización de la imagen corporal

La adquisición progresiva de una imagen del propio cuerpo se apoya sobre las adquisiciones múltiples, no solo visuales y cinestésicas sino también cognoscitivas, afectivas y sociales y la síntesis final del desarrollo de la imagen del cuerpo consiste en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como “propio” lo que corresponde también a la aprehensión de sí mismo como objeto y sujeto.

Una evaluación favorable o desfavorable de sí mismo parece constituir el proceso perceptivo común subyacente a toda autovaloración incluso cuando ésta parece tener como objetivo unos aspectos a priori muy diferentes de las características individuales. (Schilder, 1989)

La percepción de un cuerpo bien delimitado permite conciliar exigencias personales con las de la realidad exterior.

Cash (1997) ha elaborado un listado de pensamientos distorsionados o errores cognitivos respecto a la apariencia. Las cogniciones sobre la apariencia que pueden formar parte de los errores cognitivos y distorsiones son expectativas desafortunadas. Todas estas son maneras de interpretar los acontecimientos y de prever, cómo será el futuro a partir de la información de la realidad. La interpretación y los sentimientos que esta genera, dan lugar a comportamientos determinados. La lista comienza:

- La bella y la bestia. Esta distorsión es frecuente y lo que hace es polarizar el pensamiento entre dos contrarios absolutos.
- La idea irreal. Consiste en evaluar la apariencia a partir de un estándar irreal, y cuando se percibe un desajuste entre la apariencia y el estándar irreal, se centran en los defectos.
- Comparación injusta. Comparar la propia apariencia con la de gente atractiva.
- Lupa. Consiste en centrar la atención en aspectos de la apariencia que no le gustan a la persona. Es un error cognitivo que se llama atención selectiva.
- Mente ciega. Se trata de ignorar o minimizar aspectos favorables de la apariencia física.

- Fealdad radiante. La insatisfacción con un aspecto de la apariencia se generaliza en otras características físicas.
- El juego de la culpa. Atribuir decepciones, rechazos, u otros acontecimientos negativos a un aspecto de la apariencia con el que se está insatisfecho.
- La mala interpretación de la mente. La suposición o creencia de que es poco atractivo hace suponer que las personas también lo ven así.
- Prediciendo desgracias. Pensar que el aspecto tiene aspectos negativos en el futuro, pensando que todos piensan lo mismo.
- Belleza limitadora. Restringir o limitar el comportamiento por las preocupaciones de la apariencia. Creer que no puedes hacer ciertas cosas porque te lo impide la apariencia.
- Sentirse feo. La interpretación se convierte en certeza, es decir, porque lo cree y así debe ser.
- Reflejo del mal humor. El mal humor se desborda sobre la apariencia.

Estas distorsiones cognitivas son las más frecuentes. A veces adoptan formas de obsesiones y la preocupación por la imagen corporal no es exagerada.

La belleza es un fenómeno de enorme importancia social, belleza y fealdad no son fenómenos que se den en el individuo aislado sino esencialmente sociales y de la mayor importancia, por lo que no se debe subestimar su importancia en la vida humana, de esta forma surgen peculiaridades de idioma, religión, moral y

política así como hábitos relacionados con la alimentación, el vestido, vivienda y recreación.

El trastorno en la imagen corporal afecta principalmente a mujeres y sucede cuando ellas devalúan su apariencia intensamente, imaginan que las otras personas se fijan y se interesan por su defecto, ponen mucho énfasis de éste en su apariencia cuando hacen una jerarquía de valores personales. Lo que los hace creer que su defecto es una prueba fehaciente de la imposibilidad de ser queridos o apreciados y una muestra de debilidad, pereza o falta de carácter.

Debido a la interpretación errónea que se ha realizado del defecto esta puede desencadenar un malestar, desesperación, enfado o tristeza que puede durar horas o incluso días.

En ocasiones el sentimiento de malestar es tan agudo que llega a ser un ataque de ansiedad caracterizado por un intenso sentimiento de miedo y sensación de muerte inminente, que se acompaña de dolor en el pecho, palpitaciones, sudor, temblores, dificultad de respirar. A veces también se pueden observar sentimientos de enfado, ira, desesperación, vergüenza, impaciencia, preocupación, agitación, frustración, entre otros.

Una distorsión en la imagen corporal también es vista como una fobia hacia el propio cuerpo.

Conductualmente organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal. Y estas conductas tienden a ser reforzadas negativamente para incrementar la ansiedad por su apariencia.

Las preocupaciones pueden ser sobre cualquier parte de su apariencia física aunque tengan un aspecto normal. Algunos pueden presentar quejas circunscritas sobre una o varias zonas del cuerpo. Mientras que otras pueden ser poco claras. (Raich, 2000)

Los problemas con la imagen corporal tienen que ver con gran cantidad de alteraciones y disgustos que se producen concomitantemente de una manera regular.

La insatisfacción con la imagen corporal esta relacionada con la identidad de género o los sentimientos de feminidad y masculinidad. Algunas personas creen que no poseen las cualidades que deberían por pertenecer a uno u otro genero o creen poseer cualidades del otro sexo. Este tipo de creencias puede disminuir su aceptación como persona. Una imagen corporal negativa puede causar ansiedad interpersonal, si uno no puede aceptarse creará que los demás tampoco podrán hacerlo. También existe el temor a ser inspeccionado o de ser observado en situaciones sociales puede hacer que la persona se aislé. (Raich, 2000).

Las representaciones ópticas relativas al propio cuerpo pueden producir cierto efecto sobre la imagen corporal, el cambio de las representaciones ópticas ejerce una influencia limitada sobre la imagen corporal.

Freud mencionó que a todos nos interesa la integridad de nuestro cuerpo desde muy pequeños, al niño le interesa su propio ser resultándole el mundo exterior totalmente indiferente por lo tanto, el niño trata de incorporar el mundo exterior dentro de si. Cuando el niño comienza a tener una impresión clara del mundo exterior, se produce la plena comprensión del propio cuerpo en oposición con el mundo exterior entonces reconstituye el cuadro definitivo de su propio cuerpo.

Con el desarrollo del complejo de Edipo el niño alcanza un verdadero interés por la preservación de su cuerpo, se mezcla entonces con las tendencias mediante las cuales tratamos de mantener nuestro propio ser, vinculándose así la sexualidad y las tendencias libidinales con las tendencias del yo que apuntan hacia la autopreservación.

La libido narcisista tiene por objeto la imagen del cuerpo. Pero no cabe duda de que nuestro cuerpo sólo existe como parte del mundo y la forma como percibimos nuestro cuerpo no difiere a la forma en que percibimos los objetos del mundo exterior. El cuerpo habrá que proyectarse hacia el mundo y el mundo habrá que introyectarse en el cuerpo.

1.3 Imagen corporal en el contexto social

La imagen corporal es una estructura simbólica en la que la cultura recrea los mensajes centrales para que el sujeto pertenezca a determinada cultura. El cuerpo humano es el primer espacio tiempo, ya que dicha red se construye a partir de la significación del propio cuerpo. (Aguado, 1998)

La imagen corporal no se da por si sola, sino hay que desarrollarla y construirla, la libido narcisística se adhiere a las distintas partes de la imagen del cuerpo y así, en las diferentes y sucesivas etapas del desarrollo libidinal el modelo del cuerpo va cambiando. (Schilder, 1989).

Aguado (1998) propone que la imagen corporal es un conjunto de acciones y movimientos de intercambio entre el sujeto y su medio que configuran la estructura simbólica de sí mismo. Esta estructura es representativa y esta integrada en una red con funciones orgánicas, sensaciones, emociones, percepciones, interpretaciones y pautas de movimiento que se relacionan a partir de la experiencia vital y la experiencia vital son los sucesos experimentados y significados (concientes e inconcientes) que se vinculan en mayor o menor medida con las necesidades del sujeto. Por tal motivo la imagen corporal es memoria.

El proceso de diferenciación mencionado se realiza a través de los procesos y formas de cuidado materno-infantil específicos de la cultura. La manipulación que hace la madre del cuerpo del niño involucra una serie de maniobras físicas que

tienen un significado futuro y este conjunto de significados así incorporados son el fundamento de la imagen corporal.

Existe un patrón cultural más o menos flexible que adscribe a cada sujeto a su grupo y que permite reclutar sistemáticamente a los individuos de la siguiente generación. Esta estructura sintetiza los elementos de la cultura del grupo. Además existe un temor por la confrontación directa con nuestro propio cuerpo, este temor es transmitido por diversos tabúes y mitos que intenta apartar a los seres humanos de su imagen espectacular.

Dondis (1990) argumenta que captamos la información visual de muchas maneras, que las fuerzas cinestésicas de naturaleza fisiológica, son vitales para el proceso visual. Todas estas repuestas son naturales y actúan sin esfuerzo, no tenemos que estudiarlas ni aprender a darlas. Pero nuestra percepción es influida y posiblemente modificada por estados psicológicos de ánimo por condicionamientos culturales y por expectativas ambientales. El como vemos en general al mundo afecta casi siempre lo que vemos.

La imagen corporal se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la enfermedad, el dolor, el placer y la atención. Otras experiencias que producen igualmente variaciones en el concepto que un sujeto tiene sobre su imagen corporal son:

A. las originadas por los cambios biológicos

B. las relacionadas con los cambios psicológicos (cambios cognoscitivos)

C. las que se deben al contexto social y el entorno cultural como la etapa de la vida y la clase social

Las impresiones ópticas relativas a nuestro cuerpo, que tanta importancia tienen en la formación corporal, no difieren en modo alguno de las impresiones ópticas referentes a los cuerpos de los demás. La imagen corporal no es un producto de la personalización de los cuerpos de los demás, tampoco la adquirimos mediante la identificación con las imágenes corporales de los otros, nuestra imagen corporal y la de las demás personas son datos primarios de experiencias y existe una vinculación estrecha entre nuestra imagen corporal y la de otras personas, al mismo tiempo conferimos nuestra imagen corporal a otros individuos, realizando en cierto modo un intercambio (Schilder, 1977)

Así mismo Schilder menciona que hay vínculos relacionados entre las imágenes corporales y la proximidad en el espacio aumenta la posibilidad de interacción y el contacto produce una mayor posibilidad de fusión a las imágenes corporales.

Por lo tanto hablamos de imagen corporal para describir aspectos de la experiencia corporal tal como lo percibe el propio sujeto y no solo como un cuerpo con propiedades físicas sino también como un cuerpo lleno de afectos complejos y estos pueden ser conscientes y de naturaleza autoevaluativa. (Pérez, 1998)

1.4 ¿Cómo afecta la imagen corporal a los hombres?

Durante la niñez media los niños se vuelven más o menos conscientes de los diferentes ideales y tipos de cuerpo y obtienen una idea bastante clara de su propia estructura, proporciones y habilidades corporales. Pero en la adolescencia, el tipo de cuerpo se somete a un escrutinio más detallado (Craig, 1997)

La imagen corporal es una estructura que se desarrolla durante toda la vida pero su formación básica se realiza en los primeros meses de vida, por lo tanto es importante mencionar brevemente lo que ocurre en la diada madre-hijo, durante los primeros meses de vida el individuo experimenta un narcisismo sin narcisismo, que hace referencia a que aún no se realiza la diferenciación entre el yo y realidad. Los elementos que marcan este período son los procesos somáticos y las necesidades primarias, algunas zonas fundamentales para dicho proceso son la boca-pecho que sintetiza la satisfacción-insatisfacción de la necesidad, el contacto físico de éstas zonas constituyen los ejes de la imagen temprana del cuerpo gracias a que se conjuga el conjunto de los registros sensoriales a partir de una experiencia vital ritualizada.

La identidad es en principio una construcción que parte del proceso de reconocimiento/diferenciación. El ser humano pasa por un proceso que nos hace miembros de una cultura y esto permite individualizarnos. (Schilder, 1989)

La imagen corporal se caracteriza por ser una estructura en movimiento, su aparente estabilidad no es más que el producto de la repetición y esfuerzo de

acciones que se constituyen en hábitos y definen la identidad de un sujeto.
(Aguado, 1998)

La imagen corporal de cada sexo busca tener una coherencia propia y existen diversos componentes de la imagen del cuerpo de los hombres y las mujeres, la satisfacción corporal, el atractivo subjetivo, la importancia atribuida a diversas zonas del cuerpo y la accesibilidad, pueden predecir la autoestima, preferencias, distancia entre cuerpo percibido y cuerpo ideal.

Los hombres parecen satisfechos de tener unas dimensiones corporales importantes (estatura, anchura de tronco superior) y tienen tendencia a sobreestimarlas, la eficiencia física es más importante para los hombres.

Las características físicas objetivas y sobre todo percibidas contribuyen en ambos sexos a una adaptación emocional y social.

Para los hombres el cuerpo es un conjunto donde engloban características positivas y negativas, por lo tanto son aprensivos a su cuerpo como totalidad y no a un solo a una parte de él.

La satisfacción corporal parece depender de la distancia entre la realidad e identidad, los individuos parecen apreciar su cuerpo en función de sus diferencias con un cuerpo ideal. Por ejemplo estatura, peso, siendo el canon de belleza masculina un cuerpo musculoso y delgado, donde la estatura de un sujeto masculino es particularmente valorada.

La satisfacción corporal esta fuertemente vinculada a unos aspectos bastante específicos de la percepción de si, como la satisfacción respecto a si mismo.

La satisfacción corporal contribuye significativamente a la adaptación personal y social, a la estimación favorable de las propias capacidades al equilibrio emocional y de salud y algunos aspectos adaptativos de la personalidad. Y parece desempeñar un papel mediador entre las realidades objetivas (cuerpo real, peso, edad) y una realidad subjetiva. Contribuye a mantener un concepto de si mismo estable.

La insatisfacción corporal esta asociada a trastornos somáticos y la satisfacción a una buena salud. (Schilder, 1989)

Caplan (1973) señala que las facetas de la adaptación social y de la personalidad están afectadas por la configuración y el funcionamiento del cuerpo. Primero la impresión que una persona les causa a los demás y segundo, el modo en que el adolescente percibe su propio cuerpo.

Dolto (1989) menciona que el esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie, independientemente del lugar, la época o las condiciones en que vive.

La imagen corporal es la representación que cada individuo se forma de su propio cuerpo, de la cara, del cabello, de la estatura somática global. Es el conjunto

de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias, la imagen del cuerpo es casi siempre una representación social y evaluativo (Bruchon 1992).

CAPITULO II. ESQUIZOFRENIA

2.1 Bases biológicas de la esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental que implica un deterioro de la función neuropsicológica. Donde se puede observar que los pacientes que sufren de esta enfermedad tienen ventrículos más grandes e hipocampos atrofiados. Y un menor flujo sanguíneo cerebral regional en la zona de la corteza prefrontal.

Dentro de los hallazgos neuropatológicos comúnmente hallados se encuentran que el peso encefálico es reducido, el volumen cortical y la longitud cerebral se ven disminuidas, hay un aumento en los ventrículos laterales, en el lóbulo temporal medial, los ganglios basales y el tálamo dorsomedial se puede percibir una disminución de tamaño y en la sustancia negra hay una disminución de volumen, el cuerpo calloso tiene una forma anormal, el área gris periventricular es más delgada, la cisura de Silvio es más corta en el hemisferio izquierdo y por ultimo los patrones de surcos y cisuras son anormales.

Las áreas cognitivas que tradicionalmente han estado implicadas en los estudios sobre la esquizofrenia son: los déficits atencionales, alteraciones mnesicas, funciones ejecutivas o prácticas, los patrones del habla y la inteligencia.

Los déficit atencionales son una característica neuropsicológica central de los pacientes esquizofrénicos, éste tipo de pacientes falla en la capacidad para percibir y responder ante situaciones objetivas debido a su baja receptividad a los estímulos externos, su falta de ajuste al ambiente y su poca capacidad para inhibir estímulos irrelevantes también tienen un pobre desempeño en las tareas de tiempo de reacción simple sin embargo su desempeño en esta área es selectivo.

Alteraciones mnesicas esta es una de las áreas que más se ha investigado como la memoria de trabajo a la que se cataloga como núcleo central de los trastornos cognitivos en la esquizofrenia y ésta enfermedad se caracteriza por un deterioro de la memoria de trabajo tanto verbal como visual sin embargo, no todos los pacientes con esquizofrenia padecen problemas de memoria por ejemplo los pacientes con ideas delirantes tienen problemas de memoria de reconocimiento y los pacientes con alucinaciones sufren de un incremento del flujo sanguíneo cerebral en la región del ganglio basal izquierdo con un patrón anormal de lateralidad. Los problemas de memoria se relacionan con una disfunción bilateral de los sistemas neuronales en los lóbulos temporales mediales.

Las funciones ejecutivas los pacientes con esquizofrenia muestran un déficit es tareas de planeación, pérdida de juicio social, falta de iniciativa, anhedonia y aplanamiento social.

Funciones prácticas tales como manierismos extraños, torpeza y dificultad en los movimientos espontáneos también presentan alteraciones en la coordinación y secuenciaciones motoras.

El lenguaje suele ser desorganizado el paciente suele perder el hilo de la conversación, saltar de un tema a otro, las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas o tener un lenguaje tan desorganizado que resulta casi incomprensible semejante a la afasia de Wernicke. (Navarro, 2000)

2.2 ¿Qué es la esquizofrenia?

La esquizofrenia según Eugen Bleuler se refiere a una ruptura con la realidad, causada por la desorganización de las diferentes funciones de la mente, de forma que los pensamientos y los sentimientos dejan de trabajar coordinadamente tal como lo hacen normalmente.

Se caracteriza por dos categorías de síntomas positivos y negativos. Los síntomas positivos son aquellos que se dan a conocer por su presencia como trastornos del pensamiento (desorganizado e irracional), alucinaciones y delirios. Los síntomas negativos de la esquizofrenia son falta de iniciativa y de persistencia, pobreza al hablar, débil respuesta emocional, incapacidad para experimentar placer y retraimiento social

Los síntomas positivos de la enfermedad son el resultado de una actividad excesiva de algunos circuitos neurales en lo que la dopamina es uno de los neurotransmisores y los síntomas negativos parecen estar causados por daños cerebrales. (Carlson, 1999).

La esquizofrenia es uno de los desordenes más serios y que incapacitan más que la patología conductual y en especial cuando se ha desarrollado insidiosamente o no se ha tratado durante largo tiempo, son muy escasas las posibilidades de una mejora sustancial. (Cameron, 2000)

2.3 ¿Cómo se diagnostica la esquizofrenia?

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV por sus siglas en inglés) un trastorno mental es un síndrome por un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad, cualquiera que sea su causa debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

La esquizofrenia es una alteración que persiste por lo menos seis meses e incluye por lo menos un mes de síntomas de la fase activa (por ejemplo dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos)

Las características esenciales de la esquizofrenia son una mezcla de signos y síntomas peculiares tanto positivos como negativos, que han estado presentes una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes o menos si ha habido tratamiento con éxito y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos seis meses.(criterios A y C). Estos signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social o laboral (criterio B). La alteración no es explicable por un trastorno esquizofrénico o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos. Y no es debida a los efectos fisiológicos directo de alguna sustancia o a una enfermedad medica. (criterios D y E). En sujetos con un diagnóstico previo de un trastorno autista el diagnóstico solo es pertinente si hay ideas delirantes o claras alucinaciones durante al menos un mes (criterio F).

Las ideas delirantes son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Se clasifican como extrañas si son claramente improbables e incomprensibles y sino derivan de las experiencias corrientes de la vida.

Las alucinaciones pueden ocurrir dentro de cualquier modalidad sensorial (auditiva, visual, olfativa, gustativa y táctil) siendo las auditivas las más habituales, son experimentadas generalmente como voces ya sea conocidas o desconocidas que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona.

El pensamiento desorganizado. Es considerado como la característica simple más importante de la esquizofrenia y puede presentarse de diversas formas

como saltando de un tema a otro, las respuestas pueden tener o no relación con la pregunta y en algunas ocasiones el lenguaje puede estar tan desorganizado que se le conoce como ensalada de palabras o incoherencia.

Comportamiento motor catatónico. Incluyen una importante disminución en la reactividad al entorno que algunas veces alcanza un grado extremo de falta de atención o estupor catatónico manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido (rigidez catatónica) la resistencia activa a las ordenes o intentos de ser movido (negativismo catatónico), el asumir posturas extrañas o inapropiadas (posturas catatónicas) o una actividad motora excesiva sin propósito, ni estímulo provocador (agitación catatónica).

Síntomas negativos. Constituyen una parte sustancial de la morbilidad asociada con el trastorno tres síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogía, abulia) están incluidos en la definición de esquizofrenia.

El aplanamiento afectivo es frecuente y se caracteriza por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto facial pobre y reducción del lenguaje corporal.

Alogía (pobreza del habla) se manifiesta por respuestas breves, lacónicas y vacías, el sujeto con alogía parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso de la fluidez y productividad del habla.

Abulia esta caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin la persona puede permanecer sentada durante largo tiempo y mostrar poco interés en el trabajo o actividades sociales.

2.4 Clasificación de la esquizofrenia

El trastorno esquizofreniforme (F20.8) se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la esquizofrenia excepto por la duración que dura de uno a seis meses y por la ausencia del requerimiento de que exista un deterioro funcional. Sus características son idénticas a la de la esquizofrenia criterio A con excepción de la duración total de la enfermedad y no se requiere que exista deterioro de la actividad laboral o social aunque puede haber.

Trastorno esquizoafectivo. (F 25.x)Es una alteración en la que se presentan simultáneamente un episodio afectivo y los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia y esta precedida o seguida por al menos dos semanas de ideas delirantes o alucinaciones sin síntomas importantes de alteración del estado de ánimo. Se divide en tipo bipolar y depresivo

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

- Esquizofrenia: (tipo paranoide, tipo desorganizado, tipo catatónico, tipo indiferenciado y tipo residual)
- Trastorno esquizofreniforme
- Trastorno esquizoafectivo

- Trastorno delirante
- Trastorno psicótico (con ideas delirantes y alucinaciones)
- Trastorno psicótico inducido por sustancias
- Trastorno psicótico no especificado.

Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito): ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por

síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada.

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Criterios para el diagnóstico de F20.0 Tipo paranoide (295.30)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

Criterios para el diagnóstico de F20.0 Tipo desorganizado (295.10)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan: lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado y afectividad aplanada o inapropiada

B. No se cumplen los criterios para el tipo catatónico.

Criterios para el diagnóstico de F20.2 Tipo catatónico (295.20)

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas: inmovilidad motora manifestada por catalepsia o estupor, actividad motora excesiva, negativismo extremo o mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas, movimientos estereotipados, manierismos marcados o muecas llamativas o ecolalia o ecopraxia

Criterios para el diagnóstico de F20.3 Tipo indiferenciado (295.90)

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

Criterios para el diagnóstico de F20.5 Tipo residual (295.60)

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.

B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada.

Criterios para el diagnóstico de F20.8 Trastorno esquizofreniforme (295.40)

A. Se cumplen los Criterios A, D y E para la esquizofrenia.

B. Un episodio del trastorno (incluidas las fases prodrómica, activa y residual) dura al menos 1 mes, pero menos de 6 meses. (Cuando el diagnóstico debe hacerse sin esperar a la remisión, se calificará como "provisional".)

Criterios para el diagnóstico de F25 Trastorno esquizoafectivo (295.70)

A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.

B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a enfermedad médica.

Criterios para el diagnóstico de F22.0 Trastorno delirante (297.1)

A. Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.

C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.

D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.

E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.

CAPITULO III. PROCESO METODOLÓGICO

3.1 Problema de investigación

Existe abundante investigación respecto a la imagen corporal en la población en general sin embargo, en pacientes psiquiátricos con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, no se ha explorado lo suficiente. La presente investigación intenta aportar información útil para el tratamiento estos pacientes.

3.2 Objetivo

Como se percibe (imagen corporal) el paciente psiquiátrico con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, conocer cuál de los 11 rasgos mencionados se presentan en mayor cuantía.

3.3 Tipo y diseño de estudio

Investigación de corte cuali/cuantitativa, descriptivo, transversal, exploratorio y correlacional.

3.4 Definición de variables

Los 11 rasgos seleccionados del test proyectivo de Machover que brindan mayor información sobre imagen corporal son:

RASGO	INTERPRETACION
1. Énfasis exagerado de los rasgos	Deficiente estimación de si mismo
2. Figura vacía, regresiva y tonta	Reduce su personalidad a lo esencial
3. Omisión del tronco	Repudio al propio cuerpo
4. Cuerpo delgado o redondo	Descontento con el propio cuerpo
5. Hombros tipo hombrera	Insuficiencia corporal
6. Líneas tipo costilla	Aparente poder físico
7. Dibujo ridículo y pequeño	Evasión ante sentimientos de inferioridad
8. Dibujo muy simétrico	Defensa contra la propia despersonalización
9. Línea media marcada	Sentimientos de inferioridad corporal
10. Botones sobrantes	Inferioridad física
11. Pecho sombreado	Sentimientos de inferioridad física

3.5 Muestra

Se trata de 85 sujetos todos varones con la media de edad de 27 años y una desviación estándar de 6.4 años, internos del hospital psiquiátrico, que fueron diagnosticados de esquizofrenia paranoide, el diagnostico fue asignado por su médico tratante.

3.6 Instrumentos

Test proyectivo de Machover está constituido de 189 rasgos significativos útiles para el diagnóstico, los rasgos son:

RASGO

INTERPRETACIÓN

1. Cabeza pequeña	Inadaptado social
2. Cabeza tipo mono	Obsesivo compulsivo
3. Cabeza muy grande	Enfermedad crónica
4. Cabeza grande	Frustración intelectual, deficiencia mental, paranoia, narcisismo
5. Omisión de rasgos faciales	Evasivo ante relaciones interpersonales
6. Oscurecimiento de rasgos	Tímido y huidizo
7. Énfasis exagerado de los rasgos	Deficiente estimación de si mismo
8. Expresión facial autista o narcisista	Esquizoide
9. Boca destacada	Poca satisfacción sexual
10. Énfasis en la boca	Mal humor, glotonería, lenguaje indecente
11. Lengua	Señal erótica
12. Boca cóncava	Individuo infantil, dependiente
13. Boca entrecortada	Agresión
14. Boca pesada	Agresión verbal reprimida
15. Boca apretada	Experiencia sexual oral
16. Boca amplia	Deseos de aprobación
17. Labios gruesos (en fig. masc.)	Afeminado
18. Labios sensuales	Sensualidad
19. Labios arco de Cupido	Precocidad
20. Objeto entre los labios	Erotismo anal
21. Resaltar los labios	Inmadurez
22. Quijada de perfil	Indecisión, irresponsable, fuerte impulso de placer dominante, debilidad
23. Énfasis en los ojos	Paranoia
24. Ojos furtivos	Paranoia
25. Ojos penetrantes	Actitud social agresiva

26. Ojos grandes y oscuros	Hostilidad
27. Ojos con pestañas	Homosexualidad,
28. Orbita grande y ojos pequeños	Curiosidad, voyerismo
29. Ojos cerrados	Aislamiento, narcisismo
30. Omisión de la pupila	Poco interés por su entorno
31. Ojos vacíos	Inmadurez emocional, egocéntrico, infantilismo, deficiencia mental
32. Cejas delineadas y peinadas	Cuidado personal, refinamiento
33. Ceja despeinada	Primitivo, descuidado
34. Ceja arreglada	Critica ante la falta de educación
35. Ceja levantada	Arrogancia, desden, duda
36. Orejas grandes	Alucinación auditiva
37. Énfasis en las orejas	Paranoia, homosexualidad
38. Orejas moderadas	Problemas de autoridad, susceptible a la ofensa
39. Pelo desordenado	Desorden sexual
40. Pelo ondulante (fig. fem. hecho por mujer)	Coquetería, sexualmente activa
41. Sombreado vigoroso en el pelo	Conflicto viril, desviación sexual
42. Barba	Conflicto viril, rasgos esquizoides
43. Énfasis en el pelo (bigote, axilas)	Pujanza viril
44. Cabello destacado (en fig. Fem. y dib. Masc. no)	Infantilismo sexual, regresivo
45. Sombrero	Impotencia, regresivo
46. Nariz sombreada	Temor a la castración, onanismo
47. Nariz reforzada	Sexualidad inadecuada
48. Nariz excesivamente larga	Impotencia
49. Corte de la nariz	Problema sexual
50. Ventanas de la nariz	Problema sexual

51. Cuello destacado	Poco control entre el impulso y la razón
52. Cuello delgado y alto	Rigidez social, moralista
53. Cuello corto	Impulsivo, mal humor
54. Omisión del cuello	Deficiencia mental, regresivo
55. Cuello largo y fino	Esquizoide
56. Cuello excesivamente largo	Tendencia al suicidio
57. Nuez de Adán	Virilidad
58. Nuez de Adán destacada	Individuo sexualmente débil
59. Figura vacía, regresiva y tonta	Reduce su personalidad a lo esencial
60. Movimientos frío	Débil contacto con el exterior
61. Manos oscurecidas	Falta de confianza en los contactos sociales
62. Manos sombreadas	Culpa por impulsos agresivos
63. Manos en los bolsillos	Evasivo, haragán, psicópata
64. Manos muy grandes	Uso indebido de ellas, debilidad
65. Manos frágiles o sencillas	Debilidad física
66. Omisión de brazos	Esquizofrenia, depresión severa
67. Omisión de brazos(fig. fem. hecho por hombres)	Rechazo a las mujeres
68. Brazos excesivamente largos	Ambición
69. Manos en región genital	Masturbación
70. Dedos sin manos	Agresión infantil
71. Dedos cortos y redondos	Infantilismo, poca habilidad manual
72. Dedos sombreados	Culpa por robo, masturbación
73. Dedos en forma de lanza	Rasgos paranoides
74. Puño cerrado	Rebeldía
75. Puño pegado al cuerpo	Rebeldía reprimida
76. Mano o dedos anchos	Agresión reprimida que se muestra ocasionalmente

77. Mano y dedos articulados	Agresión reprimida
78. Dedos muy largos	Agresión
79. Más de cinco dedos	Ambición, agresividad
80. Dedos con uñas	Control obsesivo por la agresión
81. Dedos como garras o herramienta mecánica	Agresión
82. Dedo índice o pulgar marcado	Masturbacion
83. Piernas o pies debiles	Deprimido, imposibilidad física
84. Piernas como faldas	Inmadurez psicosexual
85. Cuerpo grande piernas pequeñas	Trastorno en el desarrollo
86. Piernas sombreadas	Trastorno sexual
87. Piernas torcidas	Insuficiencia física, narcisismo
88. Piernas en forma de falo	Insuficiencia sexual
89. Dedos de pies que traspasan los zapatos	Agresividad
90. Dedos de pies o manos enguantados	Represión de tendencias agresivas
91. Tronco redondeado	Agresividad, afeminado
92. Tronco anguloso	Virilidad
93. Omisión del tronco	Repudio al propio cuerpo
94. Sombrear el tronco(fig. fem hecho por hombres)	Agresión contra la mujer
95. Tronco corrido de pies a cabeza	Regresivo, desorganizado, primitivo
96. No cerrar la parte inferior del tronco	Preocupación sexual
97. Cuerpo delgado o redondo	Descontento con el propio cuerpo
98. Contorno confuso (fig. fem hecho por mujeres)	Preocupación por el peso, seductora
99. Senos sombreados (fig. fem. hecho por hombres)	Inmadurez psicosexual o emocional

100. Busto y caderas acentuadas (hecho por hombres)	Madre dominante y productiva
101. Senos grandes (hecho por adolescente mujer)	Deseos de madurez y desarrollo
102. Senos pequeños (hecho por adolescentes mujeres)	Timidez, temor a la madurez
103. Hombros tipo hombrera	Insuficiencia corporal
104. Hombros reforzados o borrados	Preocupación respecto a la masculinidad
105. Hombros destacados (hecho por mujeres)	Protesta contra la virilidad
106. Caderas y nalgas destacadas (hecho por hombres)	Homosexualidad
107. Dibujar chamarras largas	Conflicto homosexual
108. Línea exagerada en caderas (hecha por mujer)	Conciencia de poder de género
109. Separar la cabeza, tronco y cintura	Pobre integración de la personalidad
110. Cintura tipo corsé	Poco control de si mismo, arranques impulsivos
111. Dibujar órganos internos	Esquizofrenia, manía
112. Líneas en pecho y pelvis	Conciencia somática
113. Líneas tipo costillas	Aparente poder físico
114. Dibujar órganos sexuales	Esquizofrenia
115. Líneas visibles a través de la ropa	Temor, inmadurez o desviación sexual
116. Coyunturas destacadas	Esquizoide, narcisista
117. Énfasis en las articulaciones y dibujo femenino muy agresivo	Dependencia materna, inmadurez
118. Dibujo femenino vestido con recato	Representación de la imagen materna
119. Figura joven con ropa de adulto	Identificación materna o paterna

120. Excesiva vestimenta	Deseo de dominio y aprobación social, egocéntrico, infantil
121. Cuerpo muy fuerte	Esquizoide, introvertido, cohibido sexualmente
122. Énfasis en los botones	Dependiente, infantil, inadaptado
123. Botones	Dependencia materna
124. Botones en uniforme	Sumisión ante la autoridad
125. Botones sobrantes	Inferioridad física
126. Énfasis en los bolsillos	Infantil, dependiente
127. Bolsas o carteras	Ladrones
128. Pistola	Masturbación
129. Corbata	Simbolismo sexual
130. Énfasis en la corbata o pañuelo	Sexualidad inadecuada
131. Corbata pequeña o moño	Debilidad sexual
132. Corbata larga	Individuo sexualmente agresivo, temor a la impotencia
133. Corbata flotando	Agresión o preocupación sexual
134. Zapato en forma fálica	Impotencia sexual
135. Transparencia en el sombrero	Conducta sexual primitiva
136. Cartera en zona pélvica	Dificultad sexual
137. Pliegues en el pantalón	Masturbación
138. Dibujo, ridículo y pequeño	Evasión ante sentimientos de inferioridad
139. Figura mas joven	Deseo de volver a edades anteriores
140. Figura más vieja	Identificación con los padres
141. Figura con movimiento aparente	Esquizofrenia
142. Dibujo realizado en desorden	Impulsivo, maniaco, pensamientos esquizoide
143. Indecisión al realizar en dibujo	Temor para enfrentarse a los conflictos

144. Dejar la cabeza al final o empezar por el sombrero o cara	Mal ajuste interpersonal, incapaz de lograr ajuste emocional
145. Simetría excesiva	Compulsivo, emocionalmente frío
146. Simetría rígida	Defensa contra el medio ambiente o contra propias represiones
147. Dibujo muy simétrico	Defensa contra propia despersonalización
148. Simetría confusa	Neurótico
149. Escaso control de la simetría	Hipomaniaco, histérico, impulsivo
150. Línea media marcada	Sentimientos de inferioridad corporal
151. Énfasis imperfecto en la línea media	Infantilismo, preocupación somática, narcisismo
152. Ubicación a la derecha	Adaptado a su medio ambiente
153. Ubicación a la izquierda	Ensimismado
154. Ubicado en la parte alta de la hoja	Optimista
155. Ubicado en la parte baja de la hoja	Deprimido
156. Figura que abarca toda la hoja	Maniaco
157. Figura larga y en medio de la hoja	Paranoide
158. Figura pequeña y en la parte alta	Alcoholismo crónico
159. Figura pequeña, simple o primitiva	Reprimido, neurótico, depresivo
160. Dibujo muy pequeño y sombreado	Reprimido, neuróticos, depresivo
161. Figura grande de lado izquierdo	Psicópata, inadaptado social
162. Figura desproporcionada o vacía	Deficiencia mental, trastorno orgánico
163. Línea pesada	Agresividad
164. Figura grande con cuerpo deficiente	Histérico
165. Figura desequilibrada con pies pequeños o reforzados	Inseguridad
166. Figura flotando en el aire	Alcoholismo crónico

167. Figura flotando en el aire con línea tenue	Histérico
168. Piernas apretadas y juntas	Neuróticos tensos
169. Figura con piernas y brazos apretados	Paranoide, esquizoide
170. Figura de perfil	Evasivo
171. Figura de frente, con ropa excesiva	Exhibicionista
172. Manos atrás de la espalda	Evasivo
173. Cabeza de perfil y tronco de frente	Discernimiento del sujeto
174. Confusión del perfil y la cara	Deficiencia mental profunda, trastorno orgánico con rasgos esquizoides
175. Línea pesada y gruesa	Alcohólico, esquizoides, temor a la despersonalización
176. Línea confusa	Inseguro, tímido
177. Cabeza dibujada con trazos fuertes y rasgos confusos	Deseos de interacción social pero tímido ante estos
178. Línea débil y reforzada	Histérico
179. Líneas muy gruesas	Esquizoide, maniaco
180. Líneas quebradas y temblorosas	Alcohólico esquizoide
181. Línea desvanecidas	Esquizofrénico crónico
182. Dibujo de perfil, con líneas fuertes y figura confusa	Autista, narcisista
183. Borraduras	Ansiedad
184. Sombreamiento	Expresión de la ansiedad
185. Sombreamiento excesivo	Agresividad, psicópatas
186. Sombrear el área sexual (fig. fem. hecho por hombres)	Hombres sexualmente sádicos
187. Pecho sombreado	Sentimientos de inferioridad física
188. Senos sombreados	Dependencia materna

189. Sombreamientos de la ropa	Temor o impulso a exponer el propio cuerpo
--------------------------------	--

La prueba de Machover es una herramienta muy completa que mide trastornos del desarrollo, sexuales, manías, entre otros pero también ayuda a detectar problemas de la personalidad como inmadurez emocional, homosexualidad, dependencia, infantilismo, entre otras. Por cuestiones prácticas y dado el contenido y propósito de este trabajo solo se utilizaron los rasgos relacionados al cuerpo y percepción de este. Además por sugerencia del personal (psiquiatras y psicólogos) del hospital psiquiátrico se redujo el número de rasgos a utilizar, del listado total solo se tomaron 11 rasgos, que son los relacionados a la apariencia corporal.

3.7 Procedimiento

La aplicación de la pruebas se realizó en el consultorio de psicología del hospital psiquiátrico, de manera individual, se le dio al paciente una hoja de papel y un lápiz, pidiéndole que realizara un dibujo y una historia, según las instrucciones del Test de Machover.

3.8 Análisis

Se realizó un análisis de frecuencias a través del programa SPSS (versión 15.00), con la finalidad de conocer cuál de estos rasgos era el que se presentaba con mayor frecuencia y Correlación de Pearson para las variables.

CAPITULO IV. RESULTADOS

4.1 Resultados

En este apartado únicamente se muestran los resultados en forma de tabla, los gráficos se encuentran en los anexos.

El 51.8% de los entrevistados tiene una deficiente estimación sobre sí mismo, afectando el área física, social y/o psicológica. (Cuadro 1)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si hay deficiente estimación sobre si mismo	44	51.8	51.8	51.8
	No hay deficiente estimación sobre si mismo	41	48.2	48.2	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Cuadro 1. Deficiente estimación sobre sí mismos. Realizaron un dibujo con énfasis exagerado de los rasgos que se refiere a una deficiente estimación sobre sí mismos

51.8% reducen su personalidad a lo esencial, por lo cual su manera de actuar y pensar serán primitivas. (Cuadro 2)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si reduce su personalidad a lo esencial	44	51.8	51.8	51.8
	No reduce su personalidad a lo esencial	41	48.2	48.2	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Cuadro 2. Reduce su personalidad a lo esencial Realizaron un dibujo con una figura vacía, regresiva o tonta que se refiere a una personalidad reducida a lo esencial

El 87.1% no sienten repudio contra su propio cuerpo, aceptándose físicamente (Cuadro 3)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si repudia su cuerpo	11	12.9	12.9	12.9
	No repudia su cuerpo	74	87.1	87.1	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Cuadro 3. Repudio a su propio cuerpo. Realizaron un dibujo con omisión de tronco marcada que se refiere a que tienen repudio a su propio cuerpo

El 54.1% no se sienten descontentos con su propio cuerpo, mostrándose satisfechos con su aspecto físico. (Cuadro 4)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si esta descontento con el propio cuerpo	39	45.9	45.9	45.9
	No esta descontento con el propio cuerpo	46	54.1	54.1	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Cuadro 4. Descontento con el propio cuerpo Realizaron un dibujo con un cuerpo muy delgado exagerada redondez que se refiere a descontento con el propio cuerpo

El 51.8% refirieron insuficiencia corporal, no están satisfechos con sus dimensiones corporales como estatura, anchura de tronco superior y características físicas que socialmente son percibidas como rasgos masculinos. (Cuadro 5)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si hay insuficiencia corporal	44	51.8	51.8	51.8
	No hay insuficiencia corporal	41	48.2	48.2	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Cuadro 5. Insuficiencia corporal Realizaron un dibujo con hombros tipo hombrera que se refiere a insuficiencia corporal

95.3% sienten que no poseen las cualidades físicas socialmente aceptables, lo que disminuye su aceptación como persona. (Cuadro 6)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si tiene aparente poder físico	4	4.7	4.7	4.7
	No hay aparente poder físico	81	95.3	95.3	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Cuadro 6. Aparente poder físico Realizaron un dibujo con líneas indicando costillas que se refiere a un aparente poder físico

54.1% no evade sentimientos de inferioridad física, sienten que poseen las cualidades de su sexo. (Cuadro 7)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si es evasivo ante sentimientos de inferioridad	39	45.9	45.9	45.9
	No es evasivo ante sentimientos de inferioridad	46	54.1	54.1	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Cuadro 7. Evasión ante sentimientos de inferioridad Realizaron un dibujo ridículo o pequeño que se refiere a evasión ante sentimientos de inferioridad física

El 84.7% no siente temores ante sentimientos de pérdida de dirección, a no saber cómo comportarse y a no ser asertivos. (Cuadro 8)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si es defensivo ante propia despersonalización	13	15.3	15.3	15.3
	No es defensivo ante la propia despersonalización	72	84.7	84.7	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Cuadro 8. Defensa ante la propia despersonalización Realizaron un dibujo muy simétrico que se refiere a defensa contra la propia despersonalización

El 51.8% no tiene sentimientos de inferioridad, no se sienten en desventaja ante los demás corporalmente. (Cuadro 9)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si hay sentimientos de inferioridad corporal	41	48.2	48.2	48.2
	No hay sentimientos de inferioridad corporal	44	51.8	51.8	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Cuadro 9. Sentimientos de inferioridad corporal Realizaron un dibujo con línea media marcada que se refiere a tener sentimientos de inferioridad

El 92.9% no manifiesta inferioridad física, aceptan su apariencia en conjunto (cara, cuerpo, cabello, vestimenta). (Cuadro 10)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si hay inferioridad física	6	7.1	7.1	7.1
	No hay inferioridad física	79	92.9	92.9	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Cuadro 10. Inferioridad física Realizaron un dibujo con botones sobrantes que se refiere a inferioridad física

El 88.2% no tienen sentimientos de inferioridad física, corroborando el dato anterior, se sienten conformes con su apariencia física. (Cuadro 11)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si hay sentimientos de inferioridad física	10	11.8	11.8	11.8
	no hay sentimientos de inferioridad física	75	88.2	88.2	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Cuadro 11. Sentimientos de inferioridad física Realizaron un dibujo donde el pecho esta sombreado y esto se refiere a tener sentimientos de inferioridad física.

Los siguientes resultados son los obtenidos por Correlación de Pearson al realizar la asociación entre dos rasgos(ver página 58)

“Deficiente estimación sobre sí mismo” y “Reduce su personalidad a lo esencial” con una correlación significativa de -0.319 es decir que a mayor reducción de la personalidad, menor autoestima.

“Insuficiencia corporal” y “Reduce su personalidad a lo esencial” hay una correlación significativa de -0.366 lo que indica que a menos personalidad (personalidad poco fortalecida) mayor insuficiencia corporal.

“Insuficiencia corporal” y “Sentimientos de inferioridad” con una correlación significativa de -0.481 , los resultados indican que a menor satisfacción corporal mayor serán los sentimientos de inferioridad.

“Sentimientos de inferioridad corporal” y “Evasión ante sentimientos de inferioridad física” hay una correlación significativa de -0.227 , se traduce como mayor inconformidad y desventaja ante el mismo sexo menos creen poseer las cualidades otorgadas al sexo masculino.

“Deficiente estimación sobre sí mismos” y “Evasión ante sentimientos de inferioridad” con una correlación significativa de -0.245 , muestran que a menor autoestima mayor serán los sentimientos de inferioridad.

“Reduce su personalidad a lo esencial” y “Sentimientos de inferioridad corporal” con una correlación significativa de $-.246$, hacen evidente que a menor satisfacción con su aspecto corporal más primitiva será su personalidad.

“Sentimientos de inferioridad física” y “Aparente poder físico” con una correlación significativa de $.436$, muestra que mientras mayor sea el sentimiento de inferioridad mayor será la insatisfacción con las cualidades físicas.

“Reduce su personalidad a lo esencial” y “Evasión ante sentimientos de inferioridad física”, con una correlación significativa de $.605$, se observa que mientras más primitiva sea su personalidad mayor será la insatisfacción respecto a su apariencia física.

“Repudio al propio cuerpo” y “Aparente poder físico” con una correlación significativa de $.245$, indican que a mayor insatisfacción con el aspecto físico mayor insatisfacción con las cualidades físicas.

“Descontento con el propio cuerpo” y “Reduce su personalidad a lo esencial” con una correlación significancia de $.275$ muestra que mayor sea la insatisfacción corporal más primitiva será la personalidad.

Correlaciones

		Deficiente	Reducción	Repudio	Descontento	Insuficiencia	Aparente	Evasivo	Defensivo	Sentimientos	Inferioridad	Físico
Deficiente	Correlación de Pearson	1	-.319(**)	-.119	-.056	.058	-.008	-.245(*)	-.048	.131	.174	.060
Reducción	Correlación de Pearson	-.319(**)	1	.162	.275(*)	-.366(**)	-.119	.605(**)	-.048	-.246(*)	-.194	-.159
Repudio	Correlación de Pearson	-.119	.162	1	.067	-.049	.245(*)	.067	.031	-.162	-.106	.186
Descontento	Correlación de Pearson	-.056	.275(*)	.067	1	-.151	-.093	.147	-.063	-.180	.023	-.116
Insuficiencia	Correlación de Pearson	.058	-.366(**)	-.049	-.151	1	.103	-.481(**)	.018	.131	.082	-.013
Aparente	Correlación de Pearson	-.008	-.119	.245(*)	-.093	.103	1	-.205	.060	.119	-.061	.436(**)
Evasivo	Correlación de Pearson	-.245(*)	.605(**)	.067	.147	-.481(**)	-.205	1	-.129	-.227(*)	-.069	-.190
Defensivo	Correlación de Pearson	-.048	-.048	.031	-.063	.018	.060	-.129	1	-.018	-.117	.251(*)
Sentimientos	Correlación de Pearson	.131	-.246(*)	-.162	-.180	.131	.119	-.227(*)	-.018	1	.194	.086
Inferioridad	Correlación de Pearson	.174	-.194	-.106	.023	.082	-.061	-.069	-.117	.194	1	-.101
Físico	Correlación de Pearson	.060	-.159	.186	-.116	-.013	.436(**)	-.190	.251(*)	.086	-.101	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01

* La correlación es significante al nivel 0,05

Conclusiones y discusión

Los resultados del presente estudio obtenidos por análisis de frecuencias se dividen en dos conjuntos, el primer conjunto está determinado por los rasgos con relación a la percepción de la imagen corporal donde los resultados son los siguientes:

- Aceptan su apariencia en conjunto (cara, cuerpo, entre otras)
- No manifiestan sentimientos de inferioridad física,
- No sienten repudio contra su cuerpo,
- No es defensivo ante la propia despersonalización,
- No tienen sentimientos de inferioridad física,
- No se sienten descontento con su propio cuerpo
- No tienen sentimientos de inferioridad corporal y
- No sienten que poseen las cualidades físicas socialmente aceptadas para su sexo,

Como menciona Bruchon (1992) el cuerpo es la representación que cada individuo forma de su cuerpo, cara, cabello y estatura, es la actitud respecto a su representación corporal.

Aguado (1998) menciona que la imagen corporal esta en continuo movimiento donde los hombres ven a su cuerpo como la totalidad de las características positivas y negativas.

La realidad que se construye a través de las relaciones sociales y la idea real o deformada que cada quien tiene de su cuerpo aunado a los trastornos de pensamientos, alucinaciones y delirios de la esquizofrenia generan ideas modificadas de una realidad física.

Paradójicamente el siguiente grupo de rasgos donde también se observa su percepción corporal los resultados son los siguientes:

- Tienen una deficiente estimación sobre sí mismos,
- Tienen una personalidad primitiva y
- No están satisfechos con sus dimensiones corporales.

Cash (1997) en su listado de pensamientos distorsionados menciona un error cognitivo conocido como lupa donde la atención se centra en aspectos de la apariencia que no les gustan, el juego de la culpa a donde atribuyen decepciones y otros acontecimientos negativos a un aspecto de la apariencia con el que se está satisfechos.

La insatisfacción con su aspecto físico y el no tener las herramientas emocionales adecuadas para poder lidiar con este sentimiento, los lleva a ser más estrictos en su evaluación física y el resultado del constante autoataque emocional es una personalidad poco o nada fortalecida.

Los resultados anteriores muestran aparentemente contradicción sin embargo, se concluye que esta población está conforme con su aspecto físico en referencia específicamente a cada elemento que lo constituye corporalmente de manera individual y que en algunos casos no hay un extremo rechazo a su apariencia física de manera global, aunque hay convencimiento de sentirse en desventaja con las dimensiones corporales que poseen en comparación con personas de su mismo sexo por algunos de ellos.

La suma de cuantiosos factores que de manera integral forman la imagen corporal (social, cultural pero también la parte personal) pueden formar o no una percepción física adecuada del individuo.

En los resultados obtenidos de las correlaciones negativas se puede apreciar que la falta de estima sobre si mismo tiene como resultado una personalidad poco fortalecida, se concluye que cuando los sujetos evaluados creen que no poseen las cualidades socialmente aceptables para su género no construyen una personalidad fuerte, además una insatisfacción física provocará sentimientos de inferioridad por sentirse inconformes con ellos mismos, asimismo cuando hay inconformidad física por parte de los sujetos evaluados, se sienten en desventaja ante los demás creerán que no poseen las cualidades que son aceptadas para su género, del mismo modo cuando no hay autoestima los sentimientos de inferioridad prevalecerán en los sujetos valorados y se concluye

que cuando no haya satisfacción corporal la personalidad estará mínimamente constituida.

Por otro lado las correlaciones positivas que se encontraron son: cuando los sujetos evaluados tenían sentimientos de inferioridad también había una insatisfacción con las cualidades físicas, también se aprecia que cuando la personalidad es primitiva mayor será la insatisfacción respecto a la apariencia física, asimismo a cuando los sujetos evaluados sentían insatisfacción con el aspecto físico también se sentían insatisfechos con las cualidades físicas y de esta forma cuando no hay satisfacción corporal la personalidad esta poco constituida.

El paciente psiquiátrico no solamente pugna con los cambios fisiológicos de su trastorno sino también con una estigmatización social, un desinterés familiar y en muchos casos incluso el rechazo que pueden provocar un desinterés en su aspecto físico, en sus actividades escolares, laborales, sociales, personales, entre otras, lo que provoca que la construcción de la personalidad se vea afectada a veces de manera tan dramática que la reconstrucción de la personalidad es muy complicada.

Dado que la personalidad esta poco o nada fortalecida todos los factores que rodean al individuo se ven alterados, su falta de aceptación corporal por que las funciones práxicas (coordinación motora y de secuencia, movimientos espontaneos) que están en deterioro aumenta sus sentimientos de inferioridad y

también la falta de tono muscular provocada por los fármacos medicados para controlar el padecimiento.

La poca aceptación del trastorno que padecen genera en muchas ocasiones un rechazo hacia ellos mismos y el sentimiento de desventaja ante sus iguales provoca que su percepción se modifique por los cambios psicológicos que sufren por el trastorno.

Esta investigación aporta información útil para el tratamiento e inserción social del paciente psiquiátrico en la sociedad y la importancia de atender y mejorar su autopercepción lo que los llevaría a la satisfacción corporal que parece depender de la distancia entre la realidad e identidad, los individuos parecen apreciar su cuerpo en función de sus diferencias con un cuerpo ideal.

Y como menciona Schilder (1989) la satisfacción corporal contribuye significativamente a la adaptación personal y social, a la estimación favorable de las propias capacidades al equilibrio emocional y de salud y a algunos aspectos adaptativos de la personalidad. Y parece desempeñar un papel mediador entre las realidades objetivas (cuerpo real, peso, edad) y una realidad subjetiva y contribuye a mantener un concepto de sí mismo estable lo que en gran medida mejoraría la calidad de vida de los pacientes.

De lo contrario la insatisfacción corporal esta asociada a trastornos somáticos y la satisfacción a una buena salud. (Schilder, 1989) lo que pondría en riesgo su ya inestable calidad emocional.

Esta investigación concluye que la imagen corporal de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia está deteriorada, y como la imagen corporal es un elemento cognitivo este también se ve afectado, ya que uno de los síntomas de la enfermedad es la distorsión física por lo que es común que estos pacientes manifiesten distorsiones corporales lo que provoca que ellos se perciban de una manera errónea.

Sugerencias y limitaciones

- Se recomienda realizar una comparación con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y población normal
- Aplicar la prueba a la misma población en diferentes momentos del internamiento, por ejemplo al inicio de la hospitalización y al finalizarlo
- Fomentar la importancia del aspecto psicológico en el tratamiento de la enfermedad mental
- Poca disposición de los pacientes a las pruebas ya sea por la medicación o por falta de motivación
- Es difícil conseguir a los pacientes con las características adecuadas

Bibliografía.

- Aguirre, Bortoni R. (1980). El proceso de deterioro de la imagen corporal en la esquizofrenia simple detectado mediante el test de la figura humana.

UNAM

- Aguado Vázquez, J. C. (1998). Cuerpo humano e imagen corporal.

UNAM. México.

- Belloch, A. (1995) Manual de Psicopatología. Mac Graw Hill. Madrid.
- Bernard, M. (1980) El cuerpo. Paidos. Buenos Aires.
- Bruchon- Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Herder:

Barcelona.

- Cameron, N. (2000). Desarrollo y sicopatología de la personalidad.

Trillas: México

- Caplan, G y Lebovici S. (1973) Psicología de la adolescencia. Herder.

Buenos Aires

- Carlson, N. R. (1999). Fisiología de la conducta. Ariel Neurociencia.

España.

- Cash, T.F., Ancis R.J. y S. B.M. (1997) Gender attitudes feminist identify and body image among college women sex roles.

- Craig, G. J. (1997) Desarrollo psicológico. Prentice Hall. México.
- Dolto, F. (1989). La imagen inconsciente del cuerpo. Paidos.

Barcelona

- Dondis, D. A. (1C990). La sintaxis de la imagen. Gili. Barcelona

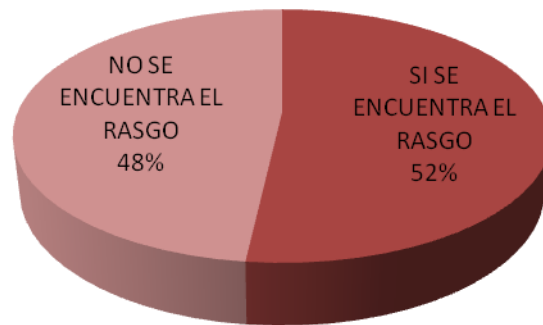
- Ferrán, A. M. (2001). SPSS para Windows. Análisis Estadístico. Mac Graw Hill. México.
- Ferris, J. R. (2001) Estadística para las ciencias sociales. El potencial de la imaginación estadística Mac Graw Hill. México.
- Grinder J. (1987) Lenguaje y terapia. Cuatro vientos. Chile
- Kerlinger, F. N. (1988). Investigación del comportamiento. Técnica y metodología. Interamericana. México
- Perez G. M. G. (2006) Trastorno alimentario en Hispanoamérica. Manual moderno. UNAM. México
- Navarro, J. F. (2000). Bases biológicas de la psicopatología. Pirámide, Madrid.
- Portuondo, J. A. (2007). La figura humana. Test proyectivo de Karen Machover. Biblioteca nueva. Madrid.
- Raich, R. M. (2000) Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Pirámide: España
- Rubio, B. V. (2003) Relación entre autoestima e imagen corporal . UNAM
- Sampieri, R. F. y Baptista. (2003).Metodología de la investigación. Mac Graw Hill. México
- Schilder, P. (-----). Imagen y apariencia del cuerpo humano. Paidós: Buenos Aires.

- DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 2002. Masson: Barcelona.
- Othmer, E. C. O, S.(2000) DSM-IV. La entrevista clínica. Tomo I. Masson: Barcelona.

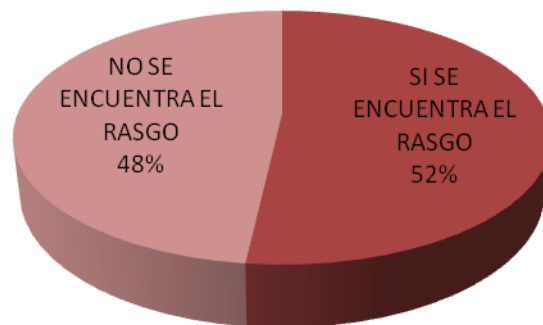
Anexos

Gráficas de frecuencias

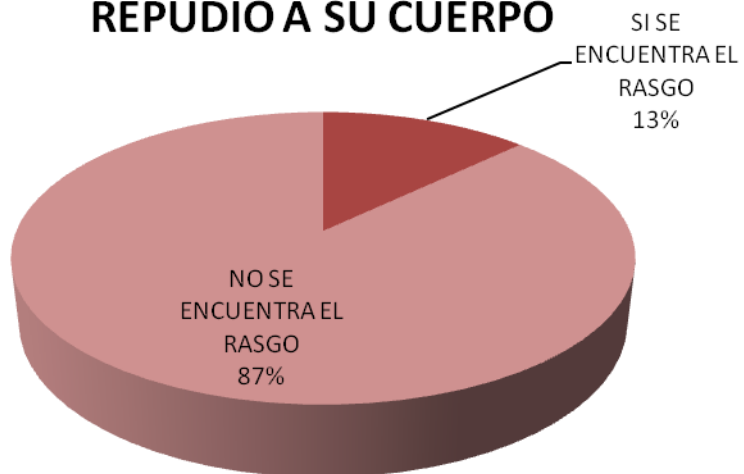
DEFICIENTE ESTIMACIÓN SOBRE SI MISMO



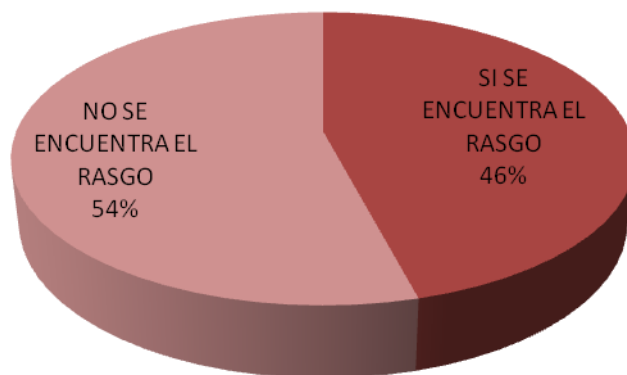
REDUCE SU PERSONALIDAD A LO ESENCIAL



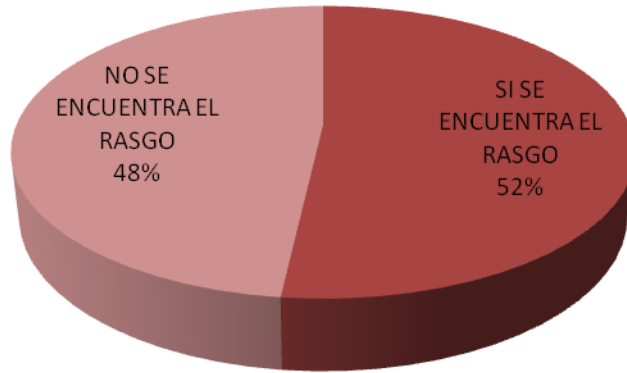
REPUDIO A SU CUERPO



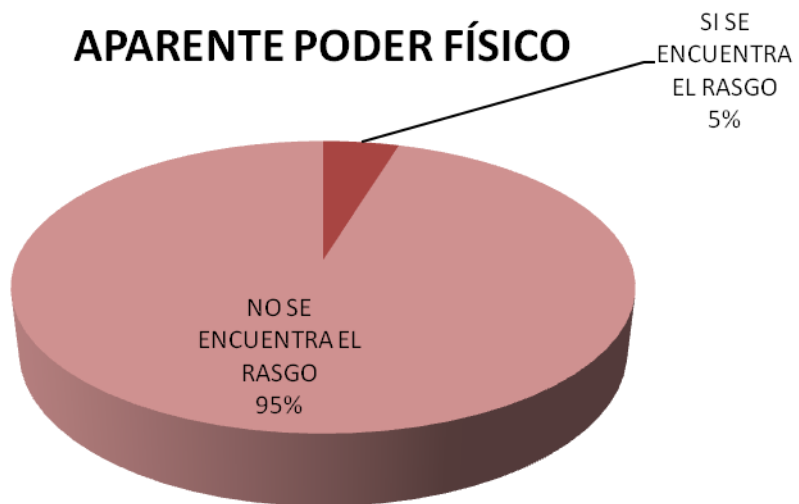
DESCONTENTO CON SU CUERPO



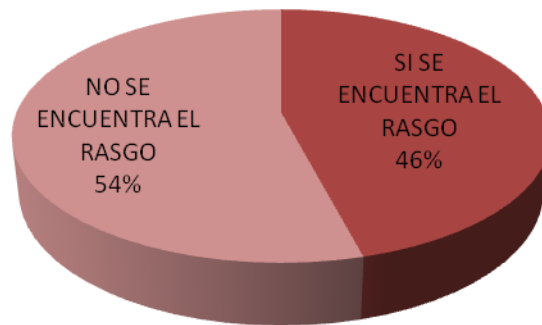
INSUFICIENCIA CORPORAL



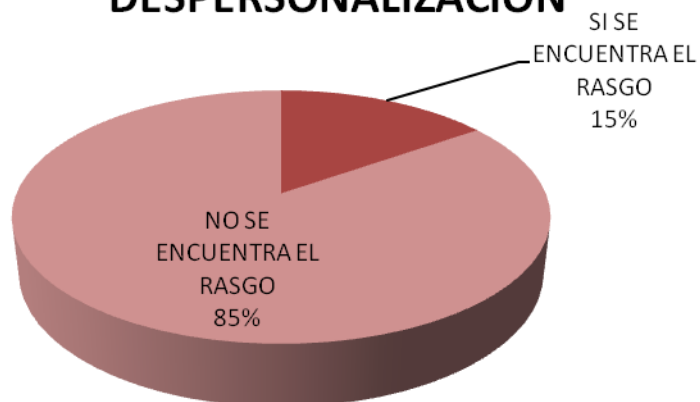
APARENTE PODER FÍSICO



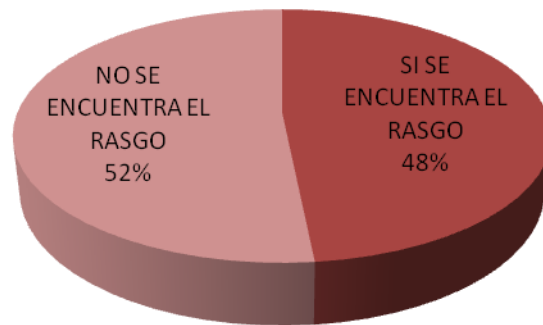
EVASIÓN ANTE SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD



DEFENSA ANTE LA DESPERSONALIZACIÓN



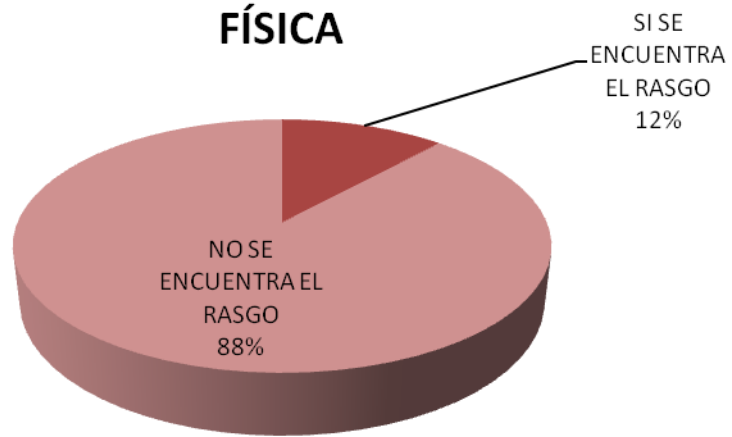
SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD CORPORAL



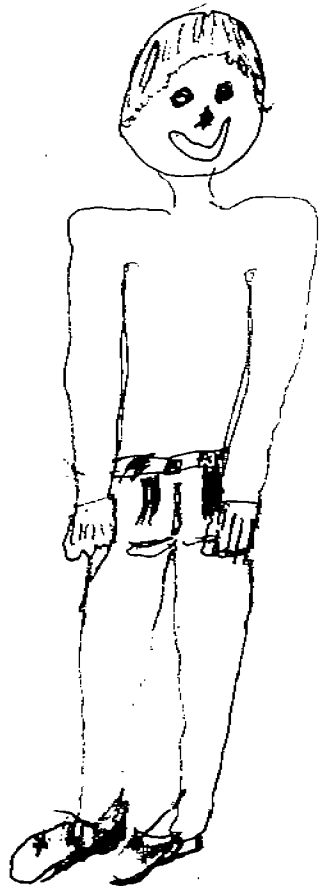
INFERIORIDAD CORPORAL

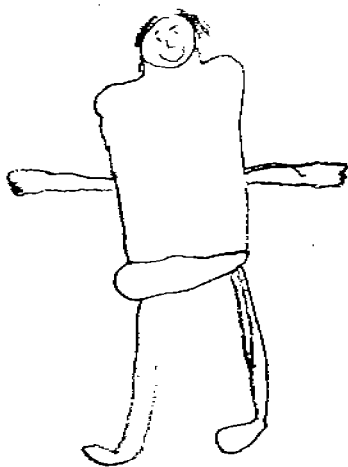


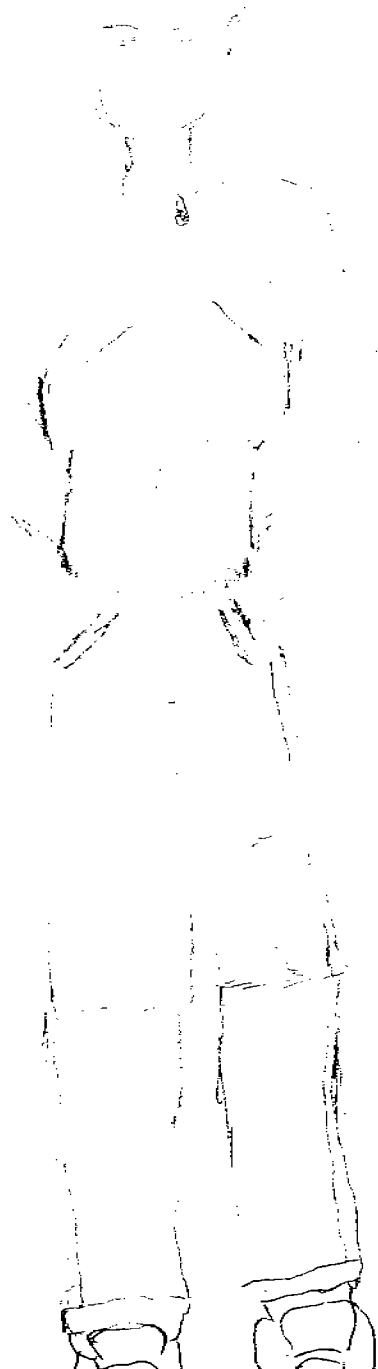
SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD FÍSICA

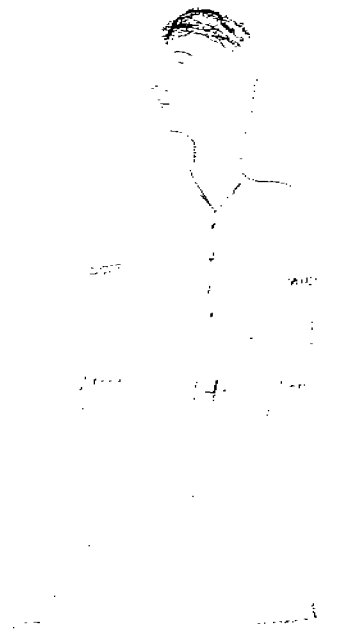


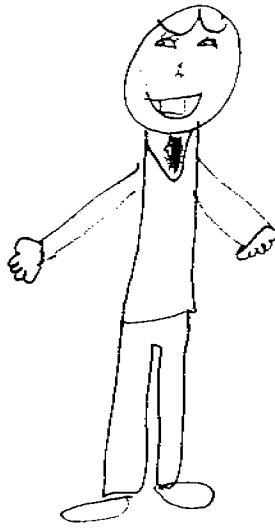
Test proyectivo de Karen Machover
Aplicaciones

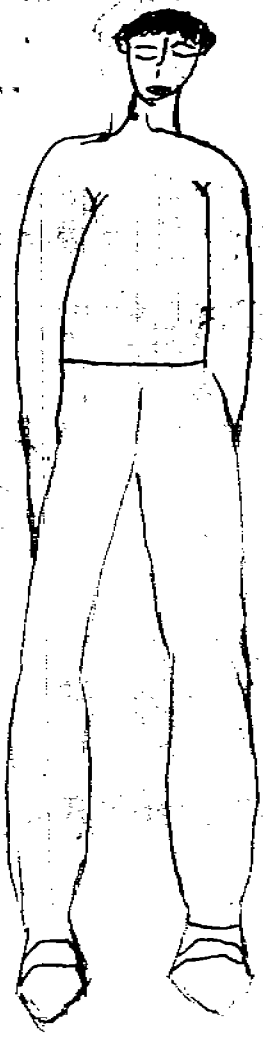




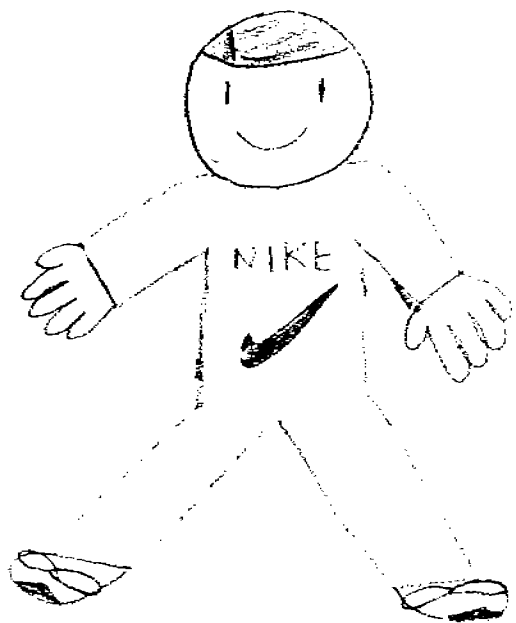


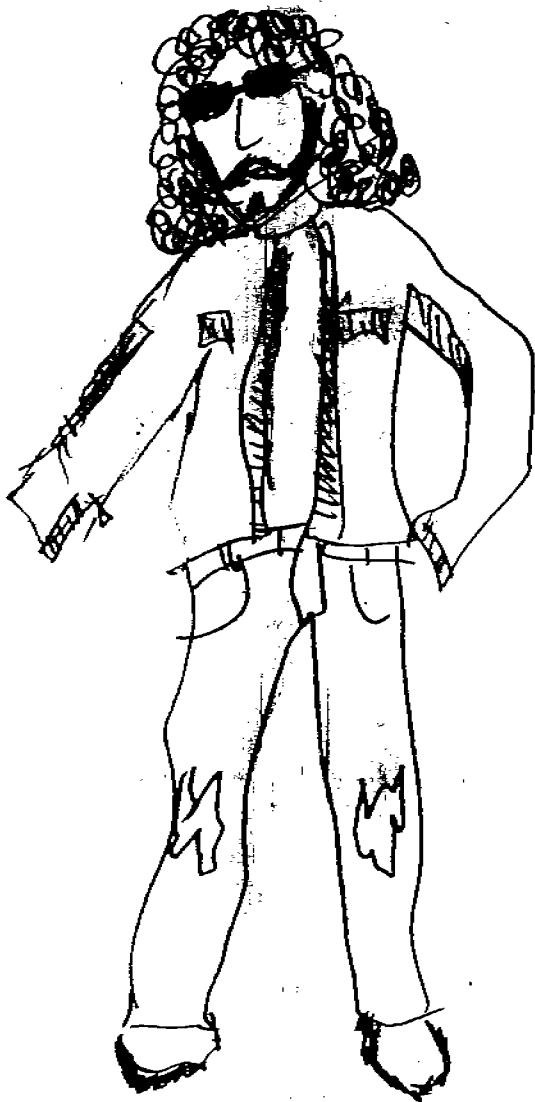


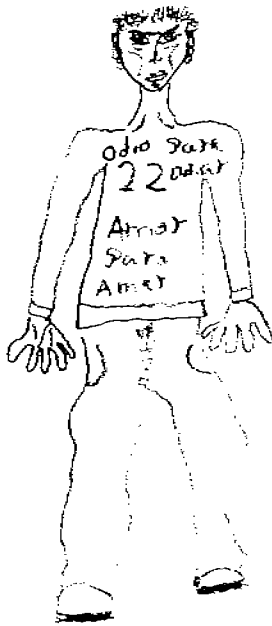


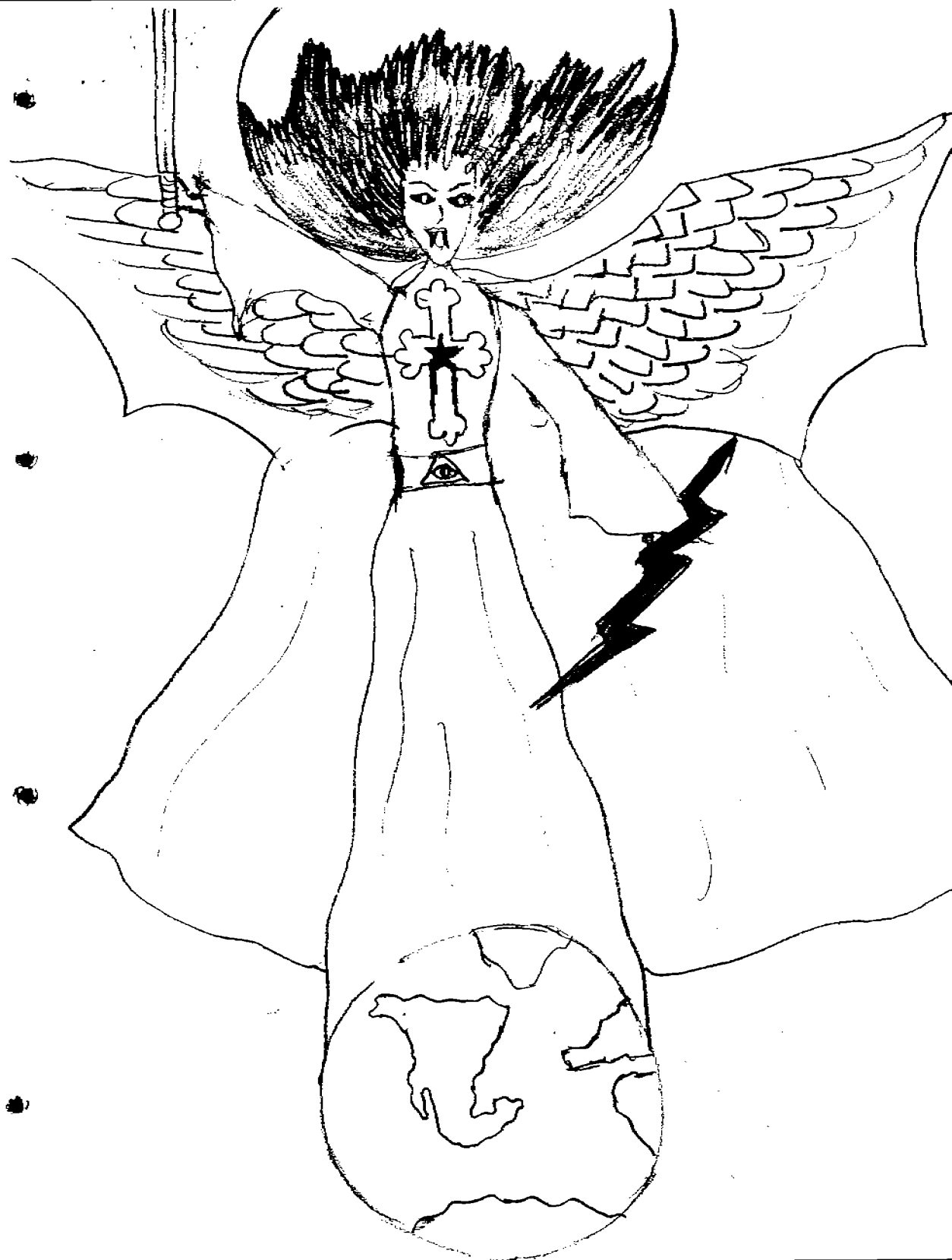




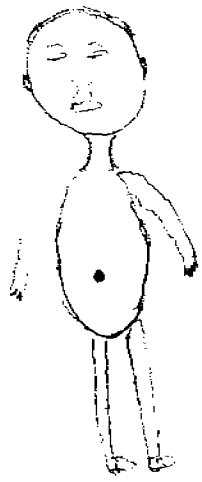


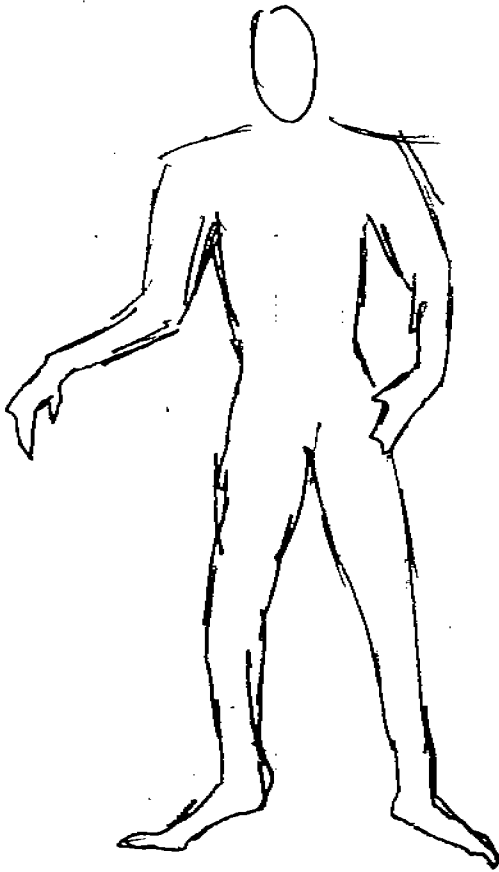


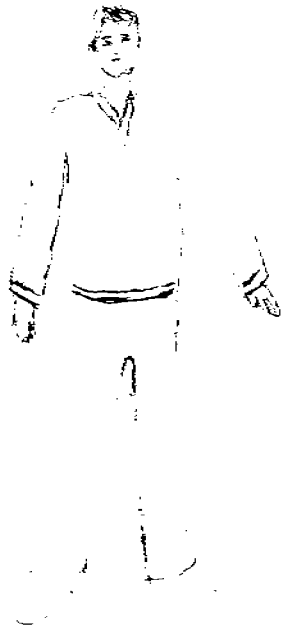








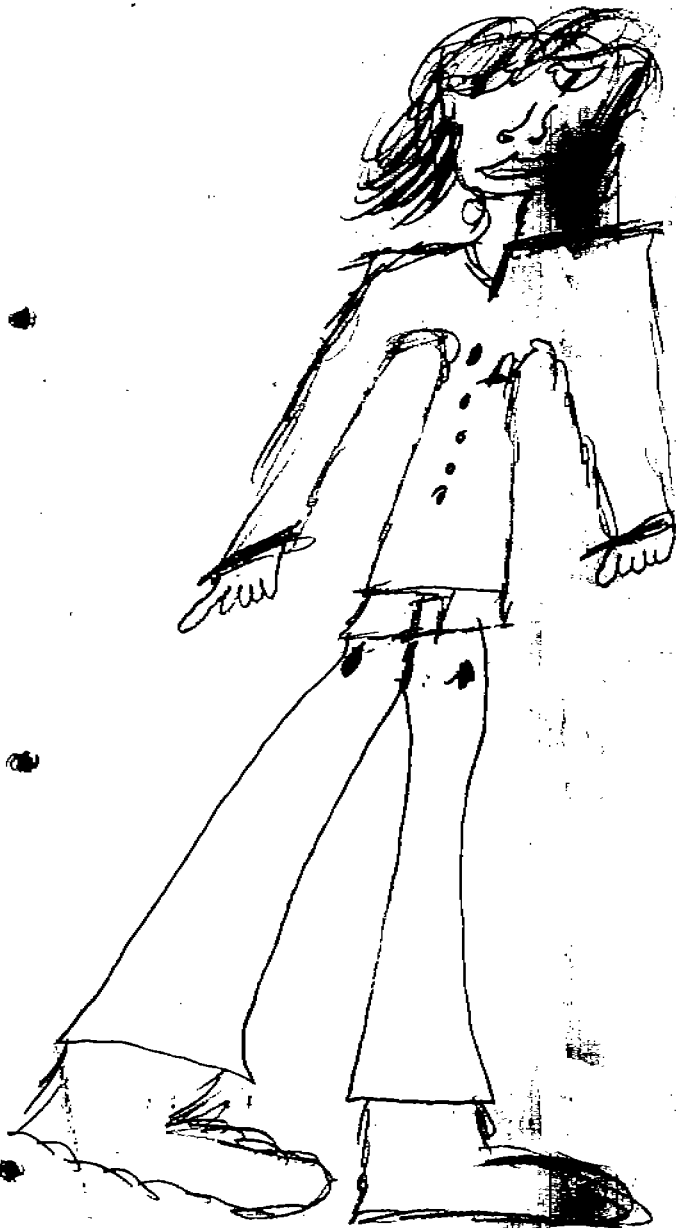














1

15

