



**UNIVERSIDAD SALESIANA, MÉXICO**

---

---

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

UNAM-CLAVE 3156-25 ACTUALIZACIÓN 2008

**“Indicadores en test de la figura humana aplicados a pacientes  
con trastorno límite de la personalidad, del Hospital psiquiátrico  
Fray Bernardino Álvarez”.**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**VALERIA BERENICE GARCIA OROZCO**

DIRECTORA DE TESIS: MTRA.MARTHA LAURA JIMÉNEZ MONROY

MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO      MAYO, 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **Agradecimientos**

A Dios, por ponerme en el lugar correcto y con las personas que tanto me han apoyado. A San Juan Bosco y a María Auxiliadora, por enseñarme el camino para lograr mis metas.

A mi familia, por su apoyo y consejos.

A mis padres, por darme todo el apoyo, por impulsarme a seguir adelante y por haberme dado educación y cariño.

A mi hermano, por ser un ejemplo a seguir y por enseñarme a ser competente.

A la Universidad Salesiana y Universidad Autónoma de México, por brindarme todos los conocimientos y servicios para finalizar mis estudios universitarios.

Al Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, por brindarme la oportunidad de realizar mi servicio social, prácticas y proyecto de tesis en la institución.

Y, por último, pero no menos importante, a mis profesores; en especial, a mi asesora, la Licenciada Martha Laura Jiménez Monroy por ser guía de este proyecto, y a la Licenciada Araceli Moreno Gómez por apoyarme y enseñarme todo lo aprendido en campo.

## Índice

Resumen.....	1
Introducción .....	2
I. Trastorno de la personalidad límite.....	4
1.1. Antecedentes .....	4
1.2. Estructura neurobiológica .....	9
1.3. Estructura familiar en el paciente límite .....	12
1.4. Características del trastorno límite.....	13
II. Tests de la figura humana .....	19
2.1. Tests proyectivos gráficos.....	19
2.2. Test de la figura humana.....	28
2.3. Ventajas y desventajas: validez y confiabilidad de las pruebas proyectivas .....	41
2.4. Test de la Figura Humana y hallazgos de su aplicación clínica. ....	45
III. Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez .....	50
3.1. Historia.....	50
3.2. Criterios de diagnóstico del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez .....	51
3.3 Clasificación del tratamiento de acuerdo a sintomatología. ....	53
3.4. Intervención en pacientes con trastorno de la personalidad tipo límite .....	54
3.4.1. Tratamientos psicológicos para trastorno límite de la personalidad (TLP). ....	55
3.3.3. Modelo integrador para TLP.....	59

IV. Metodología.....	70
Objetivo general.....	70
Diseño de investigación.....	70
Hipótesis de investigación.....	71
Variables.....	71
Población.....	72
Criterios de selección.....	72
Instrumento.....	73
Procedimiento.....	74
V. Resultados.....	76
Conclusiones.....	92
Referencias.....	97
Anexos.....	102

## **Resumen**

La presente tesis tiene como objetivo identificar cuáles son los indicadores que arroja el test de la figura humana aplicado a pacientes con trastorno de la personalidad límite; para poder encontrar estos indicadores, se aplicó un estudio no experimental trasversal contrastando con un grupo control. Se obtuvieron datos por medio de la observación, entrevistas y aplicación del test de la figura humana.

El estudio se llevó a cabo con 43 pacientes del sexo femenino con diagnóstico de trastorno de la personalidad límite, con el rango de edad de 18 a 45 años (denominado grupo 1); comparando sus resultados con tests aplicados a una población con las mismas características demográficas, pero sin antecedentes de trastorno mental.

Para obtener los resultados se realizó una categorización en la que seleccionaron los indicadores del test de la figura humana de rasgos de la personalidad que coinciden con los rasgos de los criterios diagnósticos del trastorno. Después se llevó a cabo la evaluación de los test y se aplicó la prueba estadística t de student para identificar si existían diferencias significativas entre los resultados del grupo control y el grupo casos. Los resultados corroboraron la hipótesis planteada, ya que se observó que si se presentaron los indicadores con mayor frecuencia en la población con trastorno.

Por lo tanto, se concluyó que el test del Dibujo de la Figura Humana puede ser un elemento que favorezca la recolección de información del psicólogo clínico, en conjunto de la observación y entrevista y permite identificar los síntomas de este trastorno con más rapidez, propiciando con ello que, las pacientes reciban un tratamiento más oportuno.

## **Introducción**

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez es internado un gran número de pacientes con Trastorno de la personalidad límite (TLP) que, como refirió Mackinnon (2008), se caracterizan por la presencia de conductas impulsivas, relaciones interpersonales inestables e intensas, alteraciones en la identidad y en la imagen e inestabilidad en el afecto, e incluso en algunos casos, pueden presentar episodios psicóticos breves.

En el año 2017 se hospitalizaron a 152 pacientes con este padecimiento, de los cuales 131 fueron del sexo femenino. Al iniciar el internamiento, un gran porcentaje de estas pacientes contaba con un diagnóstico equívoco, como trastorno de depresión o de bipolaridad, pues como menciona Mackinnon (2008), es usual que esta patología se confunda con los síntomas del trastorno bipolar.

Ante esta situación, en el Hospital mencionado, se han implementado baterías de evaluación muy completas que incluyen instrumentos como el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), entrevistas y pruebas proyectivas. Este tipo de evaluación si bien es funcional, implica postergar la posibilidad de iniciar tratamiento con las pacientes. Así mismo la alta demanda de servicios de este hospital, implica la necesidad de optimizar tiempo.

En este sentido, el dibujo de la figura humana, un test creado por Karen Machover en 1949, demostró que a través de la historia es muy efectivo, como Hammer (2016), mencionó este es un instrumento que proporciona información del sujeto acerca de su estructura dinámica, conflictos,

defensas y patologías; además es importante considerar que su aplicación requiere un lapso corto de tiempo.

Así, y considerando la importancia de contar con alternativas de evaluación que de manera práctica y corta permita efectuar una valoración objetiva de este tipo de pacientes, particularmente en situación de hospitalización, es que surge esta investigación con la finalidad de identificar si existen indicadores específicos en el test de la figura humana presentes en pacientes con Trastorno de la personalidad límite que permitan identificarlos de manera objetiva.

Para ello, se presentan los siguientes capítulos en donde se explica cuáles son las características del paciente con Trastorno de la personalidad límite y las posibles causas de la patología, como la estructura neurológica, familiar y de crianza. También se hace mención a la trayectoria de los test proyectivos gráficos, las condiciones en la validez y confiabilidad de estas pruebas; después se explica la forma de aplicación e interpretación, particularmente de los tests de Dibujo de la Figura Humana. Para después identificar cuáles son los criterios para diagnosticar a los pacientes con esta enfermedad mental dentro del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, y los tipos de tratamiento que se implementan para estas pacientes.

Por otra parte, también se incluye la metodología seguida para este estudio, así como los resultados y conclusiones derivados de ello.



## **Trastorno de la personalidad límite**

En este capítulo se explicará qué es el Trastorno de la personalidad límite, cuáles son los criterios diagnósticos y la descripción de cada uno de ellos; así mismo, se mencionarán los antecedentes históricos del trastorno. También se explicarán cuáles podrían ser las posibles causas del trastorno; como la estructura neurológica del paciente, la estructura familiar y modo de crianza.

### **1.1. Antecedentes**

El trastorno de la personalidad límite ha sido estudiado de manera frecuente; sin embargo, existen dificultades para su identificación, ya que estos pacientes cuando se encuentran en una fase estable no manifiestan a simple vista los síntomas comunes en el trastorno. Como su nombre lo dice, son pacientes que se encuentran al límite y de un momento a otro llegan a manifestar conductas impulsivas, relaciones interpersonales inestables e intensas, alteraciones en la identidad y en la imagen e inestabilidad en el afecto, e incluso en algunos casos, pueden presentar episodios psicóticos breves.

Al remontarse a los primeros estudios que lo abordaron, Mackinnon (2008) ubicó los siguientes:

Falret (1890, como se citó en Mackinnon 2008), observó que los pacientes límite “mostraban una extrema variabilidad de ideas y sentimientos, y podían pasar bruscamente de la excitación a la depresión, de modo que su intenso amor por alguien se transformaba en odio” (p. 299). Freud y Bleuler (1908, como se citó en Mackinnon 2008), observaron la dificultad de estos pacientes ante el tratamiento psicoterapéutico, identificando que en las primeras sesiones del tratamiento

respondían de manera positiva al *rapport*, sin embargo, en las sesiones posteriores se mostraban poco interés e indiferencia ante el tratamiento y el terapeuta.

Stern (1938), identificó que este grupo no se clasifica en la categoría neurótica ni en la psicótica, y explicó que estos pacientes son hipersensibles a las opiniones que realizan los demás sobre ellos; así mismo, presentan relaciones negativas terapéuticas y narcisismo; por lo tanto, Stern (1938, como se citó en Guarnier 1987), describió que el motivo de esta patología se relaciona con los fracasos en la maternidad temprana, atribuida a la ansiedad provocada en la primera infancia del individuo

Deutsch (1942), refirió que estos pacientes se caracterizan por la dificultad en las relaciones emocionales con la gente que los rodea y su propio yo; las cuales, describió como empobrecidas y ausentes, por lo que comienzo a describir con más precisión a estos pacientes; por consiguiente, identifiqué la alteración en la identidad y el vacío crónico, que es muy común en este trastorno. En esa época, Hoch y Polatin (1949, como se citó en Mackinnon 2008), trabajaron con un grupo de pacientes psiquiátricos en donde observaron que estos presentaban breves y reversibles cuadros psicóticos, además de los síntomas neuróticos cambiantes y angustia que se manifiesta continuamente. La sexualidad es caótica, lo que hizo pensar Hoch y Polatin (1949, como se citó en Mackinnon 2008), que esta patología presenta una homosexualidad subyacente; por lo tanto, los clasifican como “Esquizofrénicos seudoneuróticos.”

Robert Knight (1950 como se citó en Mackinnon 2008), clasificó a esta patología como un trastorno independiente, nombró a esta población como trastorno límite o *borderline*; y como

principal característica, identifico al paciente límite como alguien con las funciones yoicas gravemente debilitadas, control de impulsos deficiente, una baja tolerancia a la frustración, uso de mecanismos de defensa primitivos, alteración patológica de la percepción de sí mismo y en las relaciones objétales, y una agresión intensa.

Guarner (1978), tomó como herramienta la asociación libre y los sueños, en donde identifica que los pacientes límite presentan:

1. Erupciones del ello, con fallas en los mecanismos de defensa;
2. Inhabilidad para diferenciar los afectos de los impulsos y de las sensaciones corporales;
3. Incapacidad para mantener el concepto de uno mismo;
4. Confusión del pasado con el presente y una gran facilidad para revivir las experiencias de entonces en la vida actual;
5. Imposibilidad para integrar y sintetizar, de tal manera, que reaccionan a una parte de un objeto o situación en lugar de a la totalidad del mismo;
6. Inhabilidad para posponer las descargas;
7. Movilidad de las cargas de una magnitud que provoca trasferencias sumamente bizarras. (Guarner, 1978, p. 143)

Por otra parte, Kernberg (1987), comenó a emplear el término trastorno límite de la personalidad, a establece criterios descriptivos, estructurales y genético-dinámicos. Dentro de los criterios descriptivos explicó que estos pacientes presentan debilidad de las fuerzas yoicas y en los mecanismos de defensa. Tambien señalo que en la estructura neurótica las represiones y operaciones defensivas son de alto nivel, por lo que la estructura límite se identifica por:

... una predominancia de operaciones defensivas primitivas, en especial el mecanismo de escisión. La represión y los mecanismos relacionados de alto nivel como la formación reactiva, aislamiento, anulación, intelectualización y racionalización protegen al yo de los conflictos intrapsíquicos (...). (Kernberg, 1987, p. 12)

Kernberg (1987), también incluyó síntomas característicos de estos pacientes, que son: ansiedad crónica, compulsiones sintomáticas e hipocondrías, sexualidad polimorfa, trastornos paranoides y personalidad esquizoide, impulsividad, conducta antisocial, narcisista e infantil.

En 1980 se publicó el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III, en donde se hace mención de este trastorno por vez primera, se integraron los criterios diagnósticos para este trastorno con ayuda de las investigaciones de Grinker y Gunderson. En estos criterios de DSM-III y DSM-IV TR se consideraba límite a los pacientes con diversos trastornos de la personalidad, como histriónicos, narcisistas, obsesivos y paranoides.

Actualmente, en el DSM V (APA,2013), el Trastorno límite de la personalidad es caracterizado por:

Un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

- Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
- Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
- Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente auto-lesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
- Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
- Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
- Sensación crónica de vacío.
- Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves (APA, 2018)

## **1.2. Estructura neurobiológica**

Para los síntomas del trastorno límite de la personalidad hay estudios desde la neurobiología. Carlson (2006), hizo amplia referencia del transportador de serotonina. Describió que es una sustancia transmisora que pertenece al grupo de monoaminas y se produce por varios sistemas de neuronas en el encéfalo que intervienen en la regulación del estado de ánimo, en el control de la ingesta de alimentos, del sueño y nivel de activación, así como en la regulación del dolor. La poca actividad serotoninérgica a consecuencia de ser portador de alelos cortos del gen responsable en la producción de serotonina aumenta el riesgo de padecer un trastorno depresivo, ansiedad, impulsividad o conductas suicidas; y, hay más probabilidad si el sujeto está expuesto a eventos estresantes en la niñez. Se ha estudiado que un 60% de pacientes con trastorno límite de la personalidad tiene al menos una copia de alelo corto del receptor de serotonina; entonces, administran un compuesto que permite la recaptación de serotonina, siendo el más conocido de estos, la fluoxetina, que es comúnmente utilizada en trastornos depresivos, de la ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo, y ha ganado un papel importante en el tratamiento del trastorno límite.

Así, Carlson (2006), encontró fuertes evidencias de que las conductas impulsivas se asocian con la disfunción del sistema serotoninérgico central y comprobó que los pacientes con alelos largos absorben con mayor facilidad la serotonina y es más efectivo el consumo de medicamentos recaptadores de serotonina. La serotonina controla las conductas de riesgo y las emociones, ubicando dentro de estas conductas a la agresión; así, puede decirse que: un nivel bajo de liberación de serotonina se asocia con agresión y otras formas de conducta antisocial, incluyendo violaciones, asesinatos y maltrato infantil. Coccaro (1994) estudió a un grupo de varones con

trastorno de la personalidad (incluyendo una historia de agresión compulsiva) encontraron que aquellos con los niveles más bajos de actividad serotoninérgica solían tener familiares cercanos con historias de problemas conductuales similares.

Guendelman (2014), realizó estudios con resonancia magnética, en los que observó que el trastorno de la personalidad límite se asocia al trastorno por estrés post-traumático. Al realizar el estudio mostró imágenes con expresiones de emociones neutras o negativas a los sujetos, propiciando que presenten hiperreactividad en la amígdala izquierda. La amígdala junto con el hipocampo, el fornix y los cuerpos mamilares forman el sistema límbico sus las funciones principales son controlar la motivación y la emoción.

Carlson (2006), señaló que la evolución de este sistema, el cual incluye el tipo más primitivo y elemental de la corteza cerebral, evoluciona y da como resultado el desarrollo de las respuestas emocionales. La función concreta de la amígdala está relacionada específicamente con las emociones: sentimientos, expresiones de emoción, memoria emocional y el reconocimiento de los signos de emoción de los demás.

Carlson (2006), refirió que este trastorno se identifica por tener menor activación de la corteza orbito-frontal y otras áreas de Broca, que se relacionan con el trauma, para la mayoría de las personas las sensaciones son importantes y requieren ser atendidas, pero se puede mantener la calma y reprimir esta urgencia; sin embargo, en el caso particular de estos pacientes es todo lo contrario, necesitan satisfacer sus deseos al momento. “La corteza prefrontal juega un papel importante en el reconocimiento del significado emocional de situaciones sociales complejas y

en la regulación de nuestras respuestas ante tales situaciones.” (Carlson, 2006, p. 387). La corteza orbito-frontal, se localiza en la base de los lóbulos frontales y estos lóbulos reciben información del tálamo, la corteza temporal, el sistema olfatorio y la amígdala; la información que recibe es acerca de lo que ocurre en su entorno, para así actuar en diversas conductas y respuestas fisiológicas; por consiguiente, ante las respuestas emocionales organizadas por la amígdala.

Bechara (1997, como se citó en Carlson 2008), comparó una población con lesión en el lóbulo orbito-frontal y otra población sana. La investigación consistía en repartir 2000 dólares (dinero ficticio) a cada participante. La dinámica consistía en que los participantes lograran ganar la mayor cantidad de dinero que les fuera posible. El anfitrión les daba a escoger entre tres barajas: una “buena”, en donde había tarjetas que les permitían ganar más dinero, y dos “malas”, que quitaban dinero. Se observó que las sujetos sin lesión mostraban cambios emocionales al sacar tarjetas de las baraja “malas” y esto provocó que cambiaran de conducta y comenzaran a sacar tarjetas de las barajas “buenas”. En cambio los sujetos con lesión en el lóbulo orbito-frontal no presentaban estas emociones y seguían repitiendo la conducta de tomar tarjetas de las barajas que les hacían perder dinero.

Llegaron a la conclusión que las respuestas emocionales proporcionan a menudo un elemento importante en la toma de decisiones, cuando se obtienen resultados negativos se produce una respuesta emocional negativa y ésta predispone al sujeto para tomar una elección futura. Una posible causa del fracaso de esta sensibilidad podría ser el daño o el desarrollo inadecuado de la corteza prefrontal. “Las lesiones prefrontales (y también las lesiones de la amígdala), parecen



impedir esta respuesta emocional anticipatoria y los sujetos cometen errores a pesar de que sus elecciones están teniendo malos resultados.” (Carlson, 2008, p. 389)

Guendelman (2014), mencionó que estos pacientes llegan a presentar alteraciones en algunas de las funciones cognitivas, refieren que existen alteraciones en el rendimiento de tareas del control ejecutivo, observando que estas tareas se relacionan con la percepción de la emocionalidad negativa. También identifican alteraciones en la percepción visoespacial, en donde el sujeto discrimina información relevante de información irrelevante, estas alteraciones se asocian a disfunciones en el procesamiento del lóbulo temporal.

Guendelman (2014), también identificó disfunción en otras áreas cognitivas: en la atención; como la memoria de trabajo, memoria semántica y episódica; memoria procedural, la que incluye las habilidades sociales y el condicionamiento al miedo y habituación; sistemas ejecutivos, en donde se hace manejo de la planificación y resolución de conflictos y la adaptación; y en los dominios de cognición social, el cual influye en el reconocimiento emocional e interpretación de las emociones.

### **1.3. Estructura familiar en el paciente límite**

Muñoz y Sánchez (2006), expusieron los planteamientos de diferentes autores para explicar la estructura familiar del paciente límite. Un elemento de gran importancia en el desarrollo de esta patología es el apego, proceso desarrollado por Bowlby (1993), quién explicó el establecimiento de los vínculos afectivos entre el niño, progenitores y otros adultos. Este autor mencionó tres tipos de apego; el apego seguro, en donde la madre realiza la tarea de satisfacer las necesidades

básicas del menor pero también le permite ser dependiente; en el apego ansioso, la madre sobreprotege al niño y trasmite temores e inseguridades; el apego ambivalente, es en donde la progenitora sobreprotege y en otros momentos se aleja del menor. Este último no ofrece seguridad al menor; pero, si desarrolla angustia y desolación, ya que percibe un abandono por parte de ella.

De acuerdo con esta información, Pinto (2005), mencionó que los pacientes con trastorno límite de la personalidad han recibido un apego ambivalente, es decir, un falso apego. Describió que el círculo familiar, en el que se desarrollan estos pacientes, es disfuncional y rígido; los miembros de este tienen diferentes tratos con el menor; por lo tanto, un progenitor puede ser más rígido y el otro cariñoso y permisivo. Los progenitores presentan una relación conflictiva y esto provoca un malestar y vacío; como consecuencia de esto, los progenitores no son capaces de dar afecto, lo que genera ambivalencias en el hijo ya que en ocasiones puede recibir mucho afecto de solo uno y en otras ocasiones, violencia. Esto provoca en el niño sentimientos de vacío crónico o miedo al abandono y alteraciones en el afecto.

#### **1.4. Características del trastorno límite**

Las principales características del paciente con trastorno límite de la personalidad son la fuerte inestabilidad afectiva en sus relaciones interpersonales y en las situaciones en las que se enfrenta, alteraciones de la identidad, hipersensibilidad al rechazo, impulsividad e ideación paranoide y disociación.

Mackinnon (2008), describió los síntomas de estos pacientes. Indicó que los sujetos con un trastorno límite tienen episodios frecuentes de emociones incontroladas, cuentan con un umbral bajo de inflamación emocional. Al sujeto que padece este trastorno le domina la ira con mucha facilidad, y entra en un estado de alteración de la conciencia en el cual desaparece el razonamiento; esta inestabilidad afectiva no solo se manifiesta con arranques de ira, también se expresa como sentimientos de tristeza, amor o de deseo sexual intenso. Sus impetuosos deseos románticos son motivo de un exagerado apetito emocional, son exigentes e impacientes en obtener demostración recíproca de cariño. A pesar de presentar estos arranques cuando el paciente se encuentra relativamente estable, puede ser percibido como una persona comprensible y amable. Estos episodios “estables” son fáciles de interrumpir al aparecer desaires reales o imaginarios.

Aparecen con frecuencia episodios de depresión y disforia, que se caracterizan por su corta duración, pueden durar horas o días, y éstas pueden ser provocadas por decepciones mínimas o rechazos reales o ficticios.

Mackinnon (2008), mencionó que también presentan ansiedad aguda respecto a su estado de salud, y presentan síntomas hipocondríacos; por ejemplo, pueden presentar una infección de estómago y el sujeto cree que es una manifestación de una enfermedad mortal, siendo imposible calmar su ansiedad y mostrándose exigente para ser atendido.

De acuerdo a las relaciones interpersonales de estos pacientes, Mackinnon (2008), las describió como turbulentas, muy dramáticas y teatrales; por esta razón, estos sujetos idealizan

tempranamente a la persona poco después de conocerla, provocado por el ansia de ser amado por el otro. Esta idealización puede ser motivo de su deseo de ser idealizado a su vez; estas relaciones terminan con un final tormentoso en donde la persona que fue ensalzada ahora es devaluada. Los pacientes que se encuentran más graves llegan a presentar actos de violencia o incluso homicidios.

La sexualidad no se encuentra inhibida en estos pacientes, al contrario, con facilidad encuentran parejas sexuales, se describen como personas muy seductoras y narcisistas. Sus relaciones suelen ser rápidas y superficiales, en donde no involucran aspectos personales, esto con el objetivo de no ser rechazados. La sexualidad exagerada puede retener por un tiempo a sus parejas, ya que son muy apasionados y esto compensa sus constantes arrebatos emocionales.

La mayor parte de las personas cuentan con sentimientos internos estables de sí mismo, en el caso de los pacientes límite, Mackinnon (2008), mencionó que estos pacientes presentan una identidad inestable o autoestima distorsionada, que puede causar cambios repentinos en los sentimientos, opiniones, valores, planes y objetivos para el futuro. En la historia de estos pacientes es fácil identificar que presentan cambios repentinos de decisiones como la orientación profesional, planeación familiar, etc.; por esta razón, es común que abandonen y pierdan el interés fácilmente por los proyectos y decisiones que toman.

A menudo estos pacientes buscan la identidad basándose en las respuestas de los demás, la opinión ajena proporciona una identidad transitoria, sienten el deseo de obtener gratificación

emocional de los demás. Pero también presentan dificultad para poder percibir e integrar características de las personas que lo rodean.

La difusión de la identidad también se refleja en las descripciones de las personas significativas en la vida del paciente (...). Tales pacientes tienen poca capacidad para una evaluación realista de los demás. Las relaciones a largo plazo de los pacientes límite con los demás se caracterizan por una percepción crecientemente distorsionada de las mismas. (Kernberg, 1987, p. 11)

Mackinnon (2008), también mencionó que es común que cuando se les pide hablar sobre un familiar cercano muestren dificultad al describir las características del otro y hay ambivalencia. Por ejemplo, una paciente puede describir a su pareja como un machista, agresivo y poco tolerante, y a los pocos días o en la misma sesión, lo describe como cariñoso y simpático. Y esto pasa igual con la percepción de sí mismo; por ejemplo, un día despiertan con una actitud positiva, se miran al espejo, lucen bien se sienten bien y dan lo mejor de ellos en sus labores y al otro día o pocas horas después, su autoestima baja, ya no les favorece el peinado o el jefe les llama la atención por llegar tarde y su estado de ánimo y autoconcepto cambia. Esto, debido a que los pacientes límite también son hipersensibles a la crítica, responden con miedo, soledad y confusión al rechazo. De aquí viene la gran necesidad de recibir atención de los demás, con frecuencia son demandantes y si reciben alguna crítica o mínimo rechazo manifiestan amenazas de suicidio o ira.

Mackinnon (2008), indicó que otra conducta típica de los pacientes límite es la impulsividad a menudo autodestructiva y en algunas ocasiones poniendo en peligro su propia vida; no premeditan las consecuencias de sus actos y pueden caer en los mismos errores una y otra vez. Estas conductas impulsivas se extienden a sus relaciones interpersonales, laborales, escolares, etc. Pueden llegar a actuar de manera impulsiva ante conflictos con quienes los rodean, esperando que algunas de estas acciones hagan que la otra persona se sienta culpable, pero sin intención de manipular, ya que no piensan en las consecuencias ni peligro de sus actos; por lo tanto, esperan que los demás hagan caso a sus demandas cuando estas no responden de una manera favorable.

Estos sujetos cuentan con historiales de automutilación y tendencia suicida, como cortarse la piel con objetos punzocortantes, quemarse o hacerse marcas. Estos actos conllevan varios motivos.

Se ha dicho que hacerse cortes en la piel y el dolor y la hemorragia (...) son manifestaciones concretas del dolor psíquico interno del paciente, (...) Muchas veces estos episodios aparecen de un estado disociativo. (...) Estas intensas experiencias autoprovocadas contrarrestan los sentimientos internos de estar muerto. (Mackinnon, 2008, p. 308)

La automutilación también es considerada un acto impulsivo que, como otras conductas autodestructivas, puede llevarse a cabo en situaciones estresantes; como, la limitada tolerancia a la frustración y la dificultad en la toma de decisiones. También la disociación, despersonalización y la desrealización pueden ocasionar que el sujeto cometa este acto

autolesivo. “La despersonalización es una pérdida de la sensación de la propia realidad, mientras que la desrealización es experimentar el mundo exterior como extraño y diferente”. (Mackinnon, 2008, p. 309). Esto provoca que el paciente límite considere extrañas o diferentes algunas partes de su propio cuerpo, estos episodios son pasajeros y reversibles.

El pensamiento paranoide es común en los pacientes límites. El paciente puede tener la creencia de ser objeto de maltrato, lo que provoca sentimientos de inadecuación. Suelen percibir mal los actos de la gente que los rodea. Por ejemplo, si reciben un pisotón accidental en el transporte público, estas personas lo interpretan como si la otra persona quisiera hacerles un daño real, es frecuente que perciban erróneamente las intenciones de la gente que los rodea.

Los casos más graves que son hospitalizados en psiquiatría, presentan tendencia a la violencia, abuso de drogas, conductas temerarias e impulsivas como intento suicida y actitud negativa con la autoridad y normas sociales. “El mayor porcentaje de pacientes diagnosticados como límite son mujeres de entre 20 y 50 años” (Mackinnon, 2008, p. 302). Es importante mencionar que muchos pacientes límite, que se encuentran menos alterados, pueden pasar desapercibidos en el medio social, dando una primera impresión de ser bastante encantadores y simpáticos.

## **I. Tests de la figura humana**

En este capítulo se describirán qué son los tests proyectivos y cuál ha sido su trayectoria para que en la actualidad tengan tan importante papel dentro de la evaluación psicológica; asimismo, se enlistaran los elementos con los cuáles se evalúan. Y también se mencionarán las complicación metodológicas que han cuestionado su falta de validez y confiabilidad.

### **2.1. Tests proyectivos gráficos**

Los tests proyectivos, son instrumentos que proporcionan información del sujeto acerca de su estructura dinámica, conflictos, defensas y patologías. Estos test permiten transmitir cosas que el sujeto no podría verbalizar con facilidad, ayudan a expresar con facilidad una visión de sí mismos tal como son o como les gustaría ser, y también la visión del entorno en el que viven.

Hammer (2016), comentó que el hombre comienza a registrar sus sentimientos y acciones a través de trabajos artísticos; como símbolos, garabatos o dibujos, a esto lo llamó comunicación gráfica. Los niños primero comienzan a dibujar y después aprenden a escribir, por eso es que los dibujos, al igual que el lenguaje simbólico, alcanzan las capas más primitivas del sujeto. Incluso en las obras de arte hay contenido relacionado con la personalidad íntima del artista. Hace mucho tiempo que se ha reconocido que todo arte contiene algún ingrediente de la personalidad íntima del artista.

Hammer (2016), expuso la trayectoria de estos tests y destaca que el arte jugaba un papel importante en las proyecciones conscientes e inconscientes de la personalidad, fue Burckhardt (1855 como se citó en Hammer 2016), quien hace un análisis de las obras de esta época en donde



identificó que se expresa la dinámica de la personalidad y que esto sirve para poder acelerar la psicoterapia, esto lo logra realizando discusiones con los pacientes de lo que producían en sus dibujos, trayendo a la conciencia lo que han dibujado desde el inconsciente.

Hammer (2016), refirió que las pruebas proyectivas inician su trayectoria siendo una escala de inteligencia, cuando Florence Goodenough (1934, como se citó en Hammer 2016) comenzó la aplicación a niños en donde a través del número de detalles que dibuja el sujeto, mide el nivel intelectual del menor.

Algunas respuestas infantiles (...), se atribuyeron a componentes no intelectuales de la personalidad fueron las siguientes: materia de tipo “verbalista” con gran número de detalles; “respuesta individuales”, generalmente incomprensibles para cualquiera que no fuese el mismo examinado; “indicaciones de fuga”, por ejemplo figuras con una sola oreja (...). (Hammer, 2016, p. 36)

Lauretta Bender (1952) tomó la escala de inteligencia creada por Goodenough (1934 como se citó en Hammer 2016) y aplicó el mismo test a 450 niños en etapa escolar y encuentra que nueve de estos niños realizaron sus dibujos con reacciones “verbalistas” y “fuga de ideas”, en donde se reveló que estos niños son clasificados por sus docentes con rasgos psicopatológicos, como: hipersensibilidad, propensión a la preocupación, tics musculares, poca concentración, timidez e inestabilidad. Y también observó que los niños que han vivido alguna perturbación no dibujan la figura del hombre al nivel apropiado de su inteligencia, y corroboró esta información con una escala que media el coeficiente intelectual.

Hammer (2016), mencionó que hasta ese momento no se toman en cuenta los indicadores cualitativos de los dibujos, o sea que una mano extendida puntuaba igual que una mano dibujada en puño o los brazos cruzados eran calificados igual que unos brazos extendidos. Solo se utilizaba el test del dibujo de la figura humana y el HTP (dibujo de la Casa- Árbol- Persona) como un test de inteligencia.

Buck (1948), observó que los dibujos se saturaban de factores no intelectuales de la personalidad, y trabaja con el HTP y la convierte en la técnica proyectiva que es hasta ahora, junto con Machover (1949), los principales gestores del campo de los test proyectivos, ambos trabajan al mismo tiempo, pero de forma independiente. Para conocer la dinámica de la personalidad por medio de los dibujos se tuvo que comprobar con: el empleo de los significados simbólicos, comunes en el psicoanálisis; la experiencia clínica de los mecanismos de desplazamiento y sustitución, así como los fenómenos patológicos; el desciframiento de la simbolización a través de las asociaciones libres; evidencia empírica; la correlación de dibujos aplicados en tratamiento psicoterapéutico y el cuadro clínico de los pacientes en ese momento; y la congruencia entre los datos arrojados por el test y la historia del caso.

Hammer (2016), refirió que los dibujos son la proyección de la propia imagen corporal, ya que cuando un sujeto presenta enfermedades o conflictos con alguna parte de su cuerpo lo expresa en el test con borraduras, sombras, líneas remarcadas, etc. Pero no solo se van a proyectar los aspectos físicos en la imagen corporal, sino también los psicológicos como por ejemplo la agresividad se puede manifestar en los indicadores, como: ojos penetrantes y reforzados, dedos y

brazos largos, piernas muy abiertas, combinación de líneas firmes, gruesas y finas o cabello reforzado.

Se confirmó que estos tests revelan las situaciones estresantes por las que el sujeto está pasando. Así, Meyer, Brown y Levine (1955 como se citó en Hammer 2016), realizaron una evaluación de los dibujos de la casa de sujetos que serían operados; observaron, que presentaban rasgos regresivos antes de la intervención quirúrgica, pero después de la intervención estos ítems desaparecían. En los primeros dibujos preoperatorios, las casas se describen como cabañas muy simples y solitarias, que reflejaban un estado de ánimo triste y, después de la operación, los dibujos se convertían en casas grandes y llenas de alegría.

La cantidad de información obtenida mediante esta técnica proyectiva va a variar según la comprensión, experiencia y habilidad del psicólogo. Al ser aplicada una prueba proyectiva, la actitud del sujeto al realizar dicha tarea puede revelar características de su personalidad, el psicólogo clínico debe de estar muy atento en la cooperación del examinado; pero, además, es necesario considerar la estructura y el contenido de los dibujos. Según Hammer (2016), la estructura o expresión del dibujo va a abarcar el tamaño, la presión y la calidad de la línea, el emplazamiento en la hoja, la exactitud, el grado, la áreas de completamiento y los detalles, la simetría, la perspectiva, las proporciones, el sombreado, el reforzamiento y el borrado. Y para poder analizar el contenido se debe tener en cuenta la postura de la figura, la expresión facial y la importancia que el sujeto le da a cada uno de los detalles.

Los componentes expresivos en los dibujos transmiten diferentes matices de significado, todos los individuos se expresan mediante pautas que son características de movimiento y éstas pondrán de manifiesto la unidad de sus personalidades y pautas culturales.

Son obvias las dificultades para captar, registrar y medir las cualidades transitorias del movimiento manifiesto. Por ello es necesario buscar medios para hacerlo, y, aparentemente, los que mejor responden a esta necesidad son los dibujos proyectivos, pues captan movimientos en el papel. (Hammer; 2016, p. 62)

Hammer (2016), describió los siguientes medios para identificar los componentes expresivos:

#### SECUENCIA

En el análisis de la secuencia se observan los derivados de los impulsos, las defensas y la adaptación de sujetos. El clínico debe observar qué es lo que el examinado dibuja primero, y cómo lo hace, las borraduras y correcciones; por ejemplo, si primero realizó hombros pequeños y después corrige con hombros anchos, está claro que el sujeto tiene sentimiento de inferioridad y desea sustituirlo por una figura más segura ante la aplicación y la capacidad de adaptación a otras situaciones en la vida.

Sobre el impulso y energía del sujeto, reflejado en la secuencia, Hammer (2016), mencionó que se analizó por medio de proceso de la aplicación; si un sujeto realiza su primer dibujo de la figura humana con detalles y el segundo dibujo no presenta los mismo detalles que el primero, indica que hay un alto grado de fatiga, ya que en el primer dibujo hubo una sobreestimación.

Es recomendable observar y tomar nota sobre qué es lo primero que dibuja el examinado, si corrige, cuántas veces lo hace y qué figura dibuja primero (hombre, mujer, casa, árbol), y cómo los dibuja.

## TAMAÑO

Se dice que el tamaño indicará la autoestima del sujeto, autoexpansividad y fantasías de omnipotencia. Los dibujos pequeños corresponden a personas con sentimientos de inadecuación y tendencia al retraimiento. En cambio, los dibujos muy grandes, que llegan a tocar los bordes de la hoja, indican sentimientos de constricción ambiental y fantasías sobre compensatorias.

El tamaño exagerado de la figura, también puede indicar agresividad y tendencia a descargarla en el medio.

## PRESIÓN

La presión de lápiz sobre el papel indica el nivel energético del sujeto. Los individuos que presentan un trazo firme muestran tener más asertividad y seguridad; por el contrario, el trazo ligero indica restricción, represión o inseguridad.

También la línea gruesa y pesada es un indicador de organicidad.

## TRAZOS

Se han estudiado diferentes tipos de trazos. El primero es el trazo continuo o largo en el que se observa fluidez y control que indica que el sujeto cuenta con buen control de su conducta; en

cambio, los trazos cortos suelen ser de personas impulsivas. Cuando un dibujo cuenta con más trazos rectos o angulosos, se entiende que el examinado tiene tendencias a ser autoafirmativo o agresivo. Los trazos que son redondeados o circulares son indicadores de una persona dependiente, emotiva o muy femenina.

Líneas quebradas, indecisas o que fueron reforzadas muchas veces, indican inseguridad o ansiedad. Las líneas finas, a menudo se presentan en personas tensas o muy rígidas. Las líneas embozadas o fragmentadas expresan ansiedad, timidez, falta de confianza, dificultad para tomar decisiones o dificultad en la adaptación.

## DETALLES

El empleo de detalles excesivos es característica de personas obsesivas compulsivas, minuciosas, pedantes y controladas. En el caso de los dibujos que presentan ausencia de detalles habla de personas con aislamiento emocional o depresión, estos dibujos expresan vacío.

Los sujetos que realizan dibujos con detalles repetitivos o muy rígidos se caracterizan por ser sujetos que perciben al mundo exterior como peligroso y amenazante, y ante esto crean un mundo rígido o muy estructurado. Los dibujos demasiado rígidos, se caracterizan por una postura vigilante y sin movimiento, corresponden a sujetos quienes las relaciones con los demás representan una amenaza, no se sienten capaces de adaptarse a su entorno y actúan con la imposición del deber.

La perfección excesiva en los dibujos, suele ser de sujetos orgánicos, obsesivo-compulsivos o esquizofrénicos, esto expresa la necesidad de sentirse integrados en el medio ante su situación.

## SIMETRÍA

La simetría es un elemento que indica inadecuación en los sentimientos de seguridad en la vida emocional. Un dibujo con una simetría bilateral muy acentuada, indica un control emocional rígido, de tipo obsesivo-compulsivo, represión e intelectualización exagerada.

## EMPLAZAMIENTO

Hammer (2016), mencionó que el paciente dibujará en el área de la hoja que más desee; los dibujos que se localizan en medio de la hoja manifiestan una conducta emotiva, autodirigida y centrada en ellos mismos. Los dibujos que se encuentran fuera del centro, indican características dependientes y conductas incontroladas.

Si el punto medio del dibujo se encuentra más hacia la derecha, es más probable que el sujeto que realizó la figura cuente con características de comportamiento estable y controlado, postergue la satisfacción de sus necesidades e impulsos prefiriendo la satisfacción de sus necesidades intelectuales; también, es posible que cuente con buen control intelectual y ser introvertido. Cuando el dibujo se encuentra más hacia la izquierda, el individuo cuenta con tendencias impulsivas y busca la satisfacción inmediata, franca y emocional de sus necesidades e impulsos, suele ser sujeto extrovertido.

Ahora, cuando el punto medio del dibujo se encuentra más arriba, es posible que:

(...) a) que la persona sienta que realiza un gran esfuerzo, que su meta es casi inalcanzable; b) que la persona busque sus satisfacciones en la fantasía y no en la realidad, o c) que se mantenga distante y relativamente inaccesible. (Hammer; 2016, p. 68)

Cuando el dibujo está emplazado más abajo del punto medio de la hoja, son indicadores de una persona insegura y con poca capacidad de adaptarse a su entorno; o bien, que la persona se encuentra ligada a la realidad u orientada a lo concreto.

Si la persona dibuja en un rincón de la hoja, por lo general se escoge el izquierdo superior, manifiestan una tendencia regresiva, necesidad de sostén, temor a actuar de manera independiente y falta de seguridad. Cuando se escoge el cuadrante izquierdo abajo indica introversión, temor hacia el mundo exterior con dificultades al socializar. En el cuadrante derecha arriba, existe una mayor identificación con el ambiente social y excesiva fantasía. Y para finalizar, el cuadrante derecho abajo, nos habla de una persona optimista e interesada.

## MOVIMIENTO

Hammer (2016), refirió que generalmente el movimiento se observa en dibujos de niños, por lo general dotados intelectualmente, muy rara vez se manifiesta este indicador en los sujetos adultos. Los depresivos hacen pocos elementos con movimiento y los psicóticos pueden presentar muchos o nulos.



Estos componentes ayudan a una mejor evolución de cualquier test proyectivo gráfico, y el clínico debe estar pendiente de cómo el examinado realiza el test; se debe prestar atención en cómo se expresa verbalmente, qué movimientos realiza, qué actitud toma, sus gestos, etc.

## **2.2. Test de la figura humana**

El test de la figura humana es una prueba que se utiliza en el psicodiagnóstico, la cual se considera como una fuente de información y comprensión de la personalidad, ya que permite profundizar sobre las capacidades y funciones cognitivas e intelectuales de la persona a través de las características de los dibujos. Esta prueba se ha considerado productiva, fácil de aplicar, económica y profunda por años, y, es una prueba que puede ser aplicada a individuos de todas las edades.

Hammer (2016), describió al test de la figura humana como una técnica de tipo situacional, en donde, el examinado no solo se enfrenta al problema de dibujar a una persona, sino que también debe de orientarse y adaptarse a la situación en la que se enfrenta ante la aplicación. Como consecuencia, el examinado realizará otras conductas verbales, motoras y expresivas; por lo tanto, estas conductas ofrecerán más información relevante para el análisis.

Se le enfrenta con una situación de algún modo inestructurada. ¿Cómo se orienta?

¿Expresa una gran necesidad de consignas? Y, si es así, ¿expresa esa necesidad directa y verbalmente o indirectamente, mediante movimientos expresivos o actividades motoras?

¿Se entrega a la tarea con comodidad y confianza? ¿Expresa dudas con respeto a su habilidad? , y, ¿si es el caso, expresa esa necesidad directa y verbalmente o

indirectamente, mediante movimientos expresivos o actividades motoras? ¿Se muestra inseguro, ansioso, desconfiado, arrogante, hostil, negativo, tenso, relajado, jocoso, consciente de sí mismo, cauteloso, impulsivo? (Hammer, 2016, p. 82)

El psicólogo debe tener la habilidad para formarse una impresión clara de la conducta preliminar del examinado.

### PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN

Hammer (2016), explicó detalladamente el escenario, la forma de dirigirse del examinador y el significado de cada indicador. La zona de aplicación debe de ser un lugar iluminado, el escritorio debe tener una superficie lisa, el sujeto debe de sentarse en un asiento cómodo, con suficiente espacio para las piernas y brazos. Es ideal que el examinado asuma un estado de relajación, para que la tensión no sea impuesta por la situación externa, sino que sea una tensión psíquica endógena. Se deberá conseguir el *rapport* con el sujeto para iniciar la aplicación.

El procedimiento básico consiste en entregarle un lápiz de punta blanda y papel en blanco, de 21 por 28 centímetros, aproximadamente. El papel debe colocarse al alcance del examinado, ni muy cerca, ni muy lejos para que el sujeto tome el papel y lo coloque en la posición que él prefiera. Al entregarle el material el examinador dice “por favor dibuje una persona” (Hammer, 2016, p. 81); es común que el examinado comience a formular una variedad de preguntas como: ¿solo el rostro?, ¿de pies a cabeza?, ¿una persona entera?, ¿hombre o mujer?, etc., y también, puede presentar inseguridad con las habilidades artísticas; por consiguiente, la respuesta del examinador ante estas cuestiones debe ser muy concreta, limitándose a dar detalles; “dibuje lo

que prefiera, del modo que prefiera” o “no importa si sabe o no dibujar, solo dibuje una persona”. Ante las instrucciones que recibe el examinado va a responder de diferentes maneras llegando a dibujar bosquejos, personas de palotes, rostros de personas, dibujos abstractos, etc., esta conducta va a dar información sobre el sujeto, siendo un indicador de evasión; ante esta situación, el clínico debe dejar que termine el primer dibujo, después se le pedirá que tome otra hoja y se le indicará que realice la figura completa. Una figura completa debe de tener: cabeza, torso, brazos y piernas; por lo tanto, si cualquiera de esta área es omitida se considera una figura incompleta; pero, si el sujeto omite alguna parte o partes de esta áreas, como: pies, manos, cuello, cabellos o alguna parte del rostro, la figura se considera completa. Si el clínico no obtiene este resultado se repetirán las instrucciones y la aplicación las veces que sea necesario, hasta que el sujeto realice la figura que cumpla con las características deseadas.

Después de obtener el primer dibujo completo, se procede a pedir la segunda figura; si el primer dibujo corresponde a una figura masculina, se deberá decir: “esta es una figura del sexo masculino, por favor dibuje una del sexo femenino”. En el caso de ser una figura del sexo femenino se le pedirá la del sexo opuesto.

Al final se obtendrá un dibujo de cada género, masculino y femenino; y depende el caso, dibujos extras que corresponden a dibujos previos que no cumplieron con las características deseadas. Todos los dibujos se enumeran. Hammer (2016) mencionó cuáles son los indicadores que se deben tomar en cuenta para el análisis del dibujo de la figura humana y describe el significado de cada uno. De igual forma Potuondo (2012) puntualizó estos indicadores, que en su momento Machover también tomó en cuenta para su interpretación.

## ANALISIS DEL DIBUJO.

- Secuencia de la figura

La mayoría de las personas iniciaría por dibujar la figura de propio sexo. En los casos que el examinado dibuja primero la figura del sexo apuesto, se han encontrado diferentes explicaciones, las cuales son:

Inversión sexual; confusión de identificaciones sexuales; gran dependencia del padre del sexo opuesto o intensa fijación a él; gran dependencia de alguna otra persona del sexo opuesto o una intensa fijación a ella; regresión a un estado de narcisismo primario en el que es “uno con la madre”. (Hammer, 2016, p. 83)

- Descripción de la figura

Mediante la explicación que da el examinado, sobre las figuras dibujadas, es posible tomar información útil sobre lo que quiere transmitir con el dibujo. Todos los individuos, desde los incultos, inexpertos o niños, al dibujar transmiten ideas expresivas en sus dibujos. A pesar de que tenga poca habilidad para el dibujo y esto sea expresado por el sujeto, cuando se le pide que describa su figura es fácil identificar con claridad en el dibujo lo que se está intentando expresar y esto permite una fácil interpretación.

- Comparación de figuras

Es común que el sujeto al dibujar la segunda figura la realice diferente a la primera, este modo de diferenciar las figuras entre sí es una elección consciente o inconsciente del individuo, y esta

elección es valiosa para dar información en relación a las actitudes psicosexuales, estas se refieren a el papel que toma en individuo con su rol sexual, como percibe al sexo opuesto y cómo es la relación con éste.

Hammer (2016), refirió que para poder identificar estas actitudes es importante observar ambos dibujos y comparar cada uno de los detalles: si hace más grande al hombre o a la mujer, qué trazo usa para realizar cada una de las figuras, qué postura tienen, qué borro y qué acentuó de cada una, el peinado, la mirada, las ropas y la descripción de ambos dibujos.

- Tamaño

El tamaño de dibujo dentro del espacio gráfico se vincula con la relación dinámica entre el sujeto y su entorno, o bien, cómo responde a las presiones ambientales y cómo es la relación con las figuras parentales.

El tamaño promedio de una figura es aproximadamente, de 18 centímetros o dos tercios del espacio en el que se dibuja. Si la figura que representa al sujeto es pequeña, es indicador de sentimientos de inferioridad, inadaptación, dependencia, depresión o rechazo. Por el contrario, si la figura es grande significa que el individuo responde a las presiones con sentimientos de expansión (falta de control), agresión o tendencias a actos impulsivos.

- Movimiento

Por lo general, todos los dibujos sugieren algún tipo de tensión kinestésica que varía desde la rigidez hasta la movilidad extrema. Comúnmente, los dibujos con mayor movilidad son

realizados por personas que sienten fuertes impulsos a la actividad motora, como las personas inquietas, hipomaníacas e histéricos. En cambio, los dibujos de mayor rigidez corresponden a sujetos con conflictos graves y muy profundos, a los cuales se enfrenta con un control rígido o débil. Hay figuras de tipo mecánico, con ausencia de movimiento, estos dibujos comúnmente corresponden a sujetos con algún tipo de despersonalización o psicosis.

- Distorsiones y omisiones.

Las distorsiones u omisiones de cualquier parte del dibujo van a sugerir algún conflicto con dicha área; por consiguiente, las partes marcadas, sombreadas o reforzadas, indicarán conflictos.

- Cabeza

El concepto del yo se centra en la cabeza; comúnmente es lo primero que se dibuja. Si la cabeza está muy agrandada es posible que el sujeto sea muy presumido, posea muchas aspiraciones intelectuales, sea introspectivo o huya de la fantasía; también, puede indicar síntomas somáticos, como dolor de cabeza frecuente, dependencia o síntomas paranoides. Cuando es dibujada la cabeza pequeña es común que el sujeto presente sentimientos de debilidad, inadecuación o impotencia social y dependencia. Una cabeza dibujada con trazo suave indica que el sujeto es tímido.

- Cabello

Éste está relacionado con la sexualidad. El pelo desordenado puede indicar desorden sexual. Los sujetos narcisistas u homosexuales dan mucha importancia al cabello; por ejemplo, cuando el examinado presenta deseo de virilidad y vitalidad sexual hace énfasis en el pelo, en barba o

pecho. El énfasis en el cabello ondulado o hechizante, combinado con otros detalles cosméticos, indican que el individuo aspira a deslumbrar por su apariencia.

- Ojos

Los ojos se consideran un órgano que se pone en contacto con el medio ambiente e influye en la comunicación social. Si estos son dibujados de tamaño muy grande y elaborados, indican tendencias agresivas, tendencia al *acting out*, extroversión o hipersensibilidad a la opinión ajena. La omisión de las pupilas habla de sujetos egocéntricos o introvertidos; por el contrario, cuando las pupilas son muy remarcadas y se percibe una mirada muy firme u hostil, puede tratarse de un sujeto con rasgos paranoides o agresividad. La tendencia de no querer comunicarse con el exterior se expresa con ojos cerrados u omitidos.

Las cejas desaliñadas, descuidadas o con mucho vello indican relaciones interpersonales ásperas.

- Orejas

Es muy común que las orejas sean dibujadas de forma sencilla y sin detalles. Cuando son dibujadas con un tamaño muy grande o destacadas se puede presentar un daño orgánico en el área auditiva, alucinaciones auditivas en sujetos paranoides y defectos de audición; por otro lado, las orejas muy detalladas y adornadas indican extrema atención a la opinión ajena o sensibilidad a la crítica.

- Nariz

La nariz representa un estereotipo social, pero también se interpreta como un símbolo fálico. Si es ganchuda, ancha o abierta se interpreta como sentimientos de rechazo o desprecio. Si la nariz es dibujada de forma alargada se vincula con sentimientos de impotencia sexual.

- Boca

Si la boca consiste en una sola línea, indica que el sujeto es agresivo verbal. Cuando el sujeto dibuja dientes indican actos sádicos. Las bocas dibujadas de forma oval, abierta o con labios carnosos, es posible que sea de un oral-erótico, dependiente, afeminamiento o narcisismo. La sonrisa forzada está ligada a personas con deseos de agradar o afecto inapropiado. Cuando la boca está enfatizada puede ser indicador de tendencias depresivas o arranques de carácter.

- Mentón

El mentón hace referencia al estereotipo social relacionado a la fuerza y a la determinación. Si el tamaño en el que es dibujado es agrandado es probable que indique un fuerte impulso y tendencias agresivas; pero, si es exagerado en el tamaño existen sentimientos de compensatorios de debilidad y de indecisión.

- Cuello

El cuello se considera el vínculo de la inteligencia y afecto, control del yo y del ello. Un cuello largo puede revelar dificultades para controlar y dirigir los impulsos instintivos, estos sujetos se caracterizan por ser muy rígidos; pero, también puede indicar la existencia de síntomas



somáticos en esta área. Los cuellos cortos, anchos u omitidos indican sujetos con tendencias a la testarudez o impotencia en el dominio de impulsos.

- Brazos

Los brazos representan contacto físico con el medio ambiente, desarrollo del yo y la adaptación social. Existen muchas maneras en que los brazos son dibujados; cuando son representados de forma extendida o dan mucho énfasis en los musculo, es posible que el sujeto se caracterice por ser ambicioso o con sentimientos externos de agresión directa. La necesidad y proyección, actitud pasiva y sentimientos de debilidad física o psicológica se identifica en brazos débiles o recogidos. Los brazos pegados al cuerpo, vistos con mucha rigidez, son indicadores de que el sujeto presente sentimientos defensivos o una actitud pasiva, inhibición o rigidez. Los brazos rígidos a los lados indican tendencias impulsivas. Cuando son brazos muy grandes, es posible que el individuo tenga necesidad de protección, especialmente materna. Los brazos largos y fuertes hablan de sujetos con ambición adquisitiva, necesidad de fuerza física o contacto con el ambiente; por el contrario, la falta de ambición y sentimientos de inadecuación son representados por brazos cortos. En algunos casos los brazos sombreados indican ansiedad en la actividad de contacto; en otros casos, cuando la línea es muy reforzada en esta zona refiere tendencias agresivas o deseo de poder. Cuando se dibujan brazos doblados indican sentimiento de rechazo.

- Manos

Al igual que los brazos, las manos son órganos de contacto, pero también se conocen como un órgano relacionado con la manipulación. Si las manos se encuentran ocultas existen dificultades con el contacto o sentimiento de culpa en relación con las actividades manipuladoras, como la

masturbación, de igual forma esto se observa en las manos dibujadas con un tamaño pequeño; pero, si se encuentran a la vista y de un tamaño grande, puede interpretarse como una conducta compensatoria debido a sentimientos de insuficiencia manipuladora, dificultades de contacto, impulsividad o inadecuación. El sombreado excesivo indica ansiedad y sentimiento de culpa asociada con actividad agresiva y ansiedad en la actividad de contacto. Las manos como manopla expresan agresión o represión de esta. Las manos pequeñas indican dificultad o falta de contacto con el medio.

- Dedos

Si los dedos, uñas y articulaciones están marcados con cuidado, el individuo suele ser compulsivo o presenta dificultades en relación con el contacto corporal, también se relaciona con síntomas psicóticos. Los dedos cortos y redondos indican infantilidad. Los dedos, muy largos, con garras o con flecos son dibujados por sujetos con tendencias agresivas, regresivas. Cuando los puños están cerrados, es común que el sujeto presente agresión contenida o rebeldía.

- Piernas

Cuando el examinado presta más atención a las piernas y se enfatizan más, a diferencia del cuerpo, es posible que se esté expresando desaliento o depresión. La necesidad de autonomía se representa con piernas muy largas; por el contrario, las piernas cortas indican sentimientos de inmovilidad y constricción. Las piernas sin simetría muestran que el sujeto tiene necesidad de independencia o ambivalencia sexual.

- Pies

Se relacionan con el contacto con el medio ambiente, apoyo, carga de sentimientos de inseguridad o miedo. Los pies alargados significan posible conflicto sexual, fuerte necesidad de seguridad o miedo a la castración. Los pies pequeños son indicadores de inseguridad y dependencia, también esto se manifiesta en los pies omitidos.

- Tronco

Se relaciona con la carga de sentimientos de inseguridad. El tronco redondeado habla de un sujeto con una personalidad agresiva, pero esta agresividad es infantil. Cuando existe alguna insatisfacción por el propio cuerpo o psique, sentimientos de inferioridad o alguna negación de impulsos, es común que el cuerpo sea dibujado pequeño y muy delgado; pero, cuando éste es dibujado muy, es posible que existan deseos insatisfechos. El enfatizar mucho los senos, en el hombre, puede existir una fijación materna; en cambio, en el caso de las mujeres indica identificación con una madre dominante.

- Hombros

Cuando los hombros se dibujan cuadrados o muy angulosos son indicadores de tendencia hostiles o agresividad. En casos contrarios, cuando son muy pequeños, es posible que el sujeto presente sentimientos de inferioridad. En el caso del sexo masculino, cuando presentan borraduras o los hombros se encuentran muy agrandados, es posible que exista preocupación por la masculinidad o preocupación por el desarrollo corporal.

- Cintura

La cintura es un indicador de nutrición, reproducción, fuerza física y área sexual. Los sujetos que presentan más control de impulsos corporales o son más racionales, agregan un cinturón a sus figuras; pero, también es indicador de narcisismo. La cintura reforzada se relaciona con irritabilidad y tensión respecto a impulsos corporales. La cintura ceñida, como de corsé, indica control emocional precario sobre impulsos corporales, quizá expresado en impulsos temperamentales.

- Cadera

El énfasis en las caderas, en el caso de las mujeres, es indicador de interés o preocupación con respecto a tener hijos, y en el caso de los hombres representan fuertes tendencias homosexuales. Los sujetos psicóticos o con tendencias primitivas de comportamiento suelen dibujar los genitales.

- Ropa

La mayoría de las personas dibuja sus figuras con ropa, la cual se considera la protección del cuerpo. Cuando es omitida la vestimenta y las partes sexuales están expuestas, el sujeto puede estar presentando rebeldía contra la sociedad o tiene conciencia sobre sus conflictos sexuales. Si la figura con la que se identifica el examinado está desnuda, mostrando detalles de forma cuidadosa, es posible que el examinado exprese narcisismo corporal. Si la figura se encuentra cuidadosamente vestida, revela narcisismo por la vestimenta o narcisismo social, buscando agradar a los demás; esto, es común en sujetos infantiles y egocéntricos.

Hay dibujos en donde se encuentra el uso de botones, siendo un indicador de personalidad dependiente, infantil y con poca facilidad de adaptación. La hilera de botones en medio del cuerpo, puede presentar preocupaciones somáticas.

Los bolsillos ubicados en el pecho indican privación oral y afectiva, se encuentran en individuos infantiles y dependientes.

La corbata se interpreta como un símbolo fálico; si ésta se dibuja con sumo cuidado y atención, existe preocupación sexual o probable homosexualidad. Cuando el tamaño de la corbata es pequeño, habla de un sujeto con sentimientos reprimidos de inferioridad orgánica. Es frecuente que los sujetos con preocupaciones sexuales exhibicionistas dibujen aretes, anillo o pañuelos.

Los zapatos se relacionan con impulsos sexuales poco controlados, en especial cuando se enfatizan o decoran.

- Grafología

El trazo se describe por el tipo de presión, la dirección, la continuidad, la angulosidad y el ritmo.

La presión del trazo se vincula con el nivel energético; el sujeto con gran impulso y ambicioso dibujará sus figuras con líneas firmes. Cuando el nivel energético es bajo, se dibuja con líneas suaves, lo que refiere debilidad física o psíquica. La presión fluctuante, se observa en el sujeto inestable o impulsivo.

La dirección del trazo se clasifica por el trazo vertical u horizontal, determinada o indeterminada.

Los movimientos horizontales se relacionan con la debilidad, feminidad y vida de fantasía.

Cuando en el dibujo prevalecen los trazos verticales, se refiere a una persona perseverante, hiperactiva y con masculinidad asertiva. Los trazos con dimensión determinada y no vacilante, se asocia con frecuencia a personas seguras, perseverantes y persistentes en tareas dirigidas a metas.

Los trazos de dimensión indeterminada y dudosa, describen la carencia de cualidades; por ejemplo, los sujetos poco definidos, inseguros o que no cuentan con opiniones propias.

Las líneas derechas ininterrumpidas suelen indicar a los sujetos rápidos y decididos. Por el contrario las líneas curvas interrumpidas, caracterizan a individuos lentos e indecisos. Líneas manchadas expresan impulsos sin control.

Todos estos indicadores se deben tener en cuenta en conjunto para poder dar una interpretación acertada.

### **2.3. Ventajas y desventajas: validez y confiabilidad de las pruebas proyectivas**

Los instrumentos proyectivos permiten la exploración de la personalidad y en la actualidad son muy utilizados en el campo clínico, laboral, forense y educativo; sin embargo, estas pruebas han recibido críticas en torno a su validez y su confiabilidad. En este sentido, Sneiderman (2011) señala que las pruebas proyectivas se han convertido en un instrumento valioso para la evaluación clínica, pero han tenido conflictos en la solidez psicométrica; por lo tanto, busca verificar la solidez de las pruebas proyectivas en su investigación.

Sneiderman (2011), consideró que estas pruebas pertenecen al modelo y técnicas cualitativas que están basadas en el empirismo y la fenomenología; y, por otro lado, también se cuestionó su falta de objetividad. Estas pruebas no pertenecen del todo al método cualitativo puro, sino que forman parte de este proceso, ya se origina de un modelo teórico e intenta comprender y analizar un fenómeno concreto, que puede ser real o simbólico; que, busca categorizar, comparar, analizar y contrastar datos cualitativos pero también cuantitativos. También mencionó que la principal característica de estas pruebas es la ambigüedad, ya que sus respuestas se describen por su amplia libertad en la descripción de las manifestaciones inconscientes y conscientes del sujeto al que le es aplicada la prueba proyectiva.

Sugirió que es importante que para las evaluaciones psicológicas se debe considerar tanto el análisis de tipo cualitativo, como el cuantitativo, a fin de darle un carácter realmente científico.

Es por este motivo que se hace necesario revalorizar dichos métodos dotándolos de una mayor validez y confiabilidad, siendo para ello importante realizar nuevos estudios y una mejor sistematización a fin de lograr una interpretación más concordante al marco teórico actual utilizado en el proceso del diagnóstico psicológico. (Sneiderman, S., 2011, p. 94)

Incluso Sneiderman (2011), sugirió que todo tests que evalúe potencialidades, capacidades o sea de índole psíquico, debe considerar tanto el análisis cualitativo como el cuantitativo.

En cuanto a la validez, referida al grado en que un instrumento mide la variable que debe medir, Sneiderman (2011), consideró que, para los instrumentos proyectivos, fundamentados en el

psicoanálisis, la formulación de hipótesis y su confirmación deben relacionarse con el método de interpretación que se utilice, con los fundamentos teóricos y el marco conceptual.

Sneiderman (2011) refirió que un punto importante para que la prueba reciba mayor validez, es que se permita la explicación de cada uno de los pasos que se tomaron para llegar a las conclusiones de interpretación; particularmente en el caso de las pruebas proyectivas, estos pasos son la observación y la elaboración de inferencias e hipótesis. En este sentido, consideró que la observación es un dato concreto de la realidad, que parte de lo dicho o no dicho por un sujeto, así como las pausas, interrupciones y olvidos. Por otra parte, las inferencias, o también llamado método deductivo, es el proceso en donde a partir de las premisas, en este caso las respuestas del test y lo observado durante la aplicación, se obtiene alguna conclusión o supuesto hipotéticos, que, dado su carácter, puede ser rectificado.

Sin embargo, Sneiderman (2011), puntualizó que en la aplicación e interpretación de los test proyectivos se lleva a cabo también un trabajo abductivo, en el cual no se realizan conclusiones generales, como lo es en el método deductivo, sino que solo se sugiere algo, ya que para cada sujeto existen interpretaciones y conclusiones diferentes de acuerdo a la aplicación y la observación. No obstante, en el proceso de abducción, también se lleva a cabo un trabajo en el cual se describe un fenómeno a partir de los datos obtenidos para después elaborar modelos explicativos o conclusiones.

Sneiderman (2011), también señaló la importancia del concepto de credibilidad y auditabilidad para que los test proyectivos tengan mayor validez. La credibilidad es un proceso en donde se



retoma información de diferentes fuentes, técnicas e incluso investigadores, para averiguar aspectos similares de un mismo objeto de estudio, para así encarar diferentes perspectivas y datos para obtener información más completa sobre un fenómeno. Esto implica que; por ejemplo, se puede aplicar el Test de la Figura Humana y algún otro instrumento, lo que permitiría obtener información más completa a través de varias perspectivas de un solo objeto y así llegar a supuestos hipotéticos. Y este proceso es de gran importancia, ya que puede adquirir mayor rigor científico y validez.

Por otro lado, la auditabilidad implica que varios investigadores realicen los mismos pasos para un análisis y que obtengan los mismos resultados, también se conoce como confiabilidad interjueces; es importante mencionar que este proceso ayuda a que los test proyectivos reciban mayor rigor en su confiabilidad.

Y la confiabilidad consiste en que el instrumento de medición cuente con un buen grado de precisión de la medida; por lo tanto, que si se aplica repetitivamente al sujeto, los resultados se producen iguales. Sánchez & Pírela (2012), mencionaron que una prueba se considera confiable cuando: “Las observaciones hechas por dos o más observadores independientes, se consideran confiables, si muestran acuerdo, es decir, si las observaciones son consistentes de un observador a otro” (2012, p. 214).

Sneiderman (2011), retomó el concepto de auditabilidad o confiabilidad interjueces, y lo aplicó en su investigación, en donde realizó las evaluaciones de los mismos ejercicios por cuatro jueces diferentes, se verificó que no tuvieran contacto; el caso que seleccionó fue previamente trabajado

con los indicadores de interpretación propuestos por la autora. Aplicando la confiabilidad intejueces observa que se obtienen buenos resultados y la compatibilidad entre los resultados son muy similares; asimismo, evidencia que la experiencia profesional influye notablemente en la interpretación del material y que el evaluador debe de tener un acercamiento a la teoría de base.

Estas investigaciones han ayudado a ampliar más la identificación y significado de cada ítem, y se han encontrado correlaciones significativas y de confiabilidad. Gunzburg (1955), aplicó test proyectivos a pacientes psiquiátricos y al mismo tiempo pidió la opinión sobre los sujetos a expertos en psiquiatría; se comprobó que tanto la opinión psiquiátrica y los resultados de los test ubicaron a un 74 por ciento de los casos en la misma categoría y un 12.5 por ciento que no coincidió y el resto del porcentaje se consideró dudoso; siendo este resultado estadísticamente significativo respecto a la confiabilidad. En conjunto con otro estudio realizado por Machover (1949), en donde aplicó este test a un mismo sujeto por diferentes periodos, los resultados siguieron siendo muy similares, presentando los mismos indicadores.

#### **2.4. Test de la Figura Humana y hallazgos de su aplicación clínica.**

El Test de la Figura Humana ha sido investigado en poblaciones con diferentes tipos de patologías. Barbosa (2014) mencionó que las personas que padecen alguna patología presentan indicios gráficos que corresponden a los diferentes cuadros psicopatológicos. La clasificación de estos indicadores para cada cuadro patológico tiene como objetivo facilitar el diagnóstico diferencial; pero, es puntual respecto a que no se puede aplicar esta clasificación mecánicamente.

(...) son puntos de referencia, indicios que deben considerarse y pistas que tienen que reflexionarse para hacer una relativa y congruente síntesis. Los pacientes no son <<químicamente puros>>, ya que en ellos pueden aparecer síntomas que están presentes en más de una patología; incluso en algunos hay síntomas de diferentes cuadros. (Pere Barbosa, 2014, p. 268)

Del trabajo efectuado por Barbosa (2014), en donde clasificó las diferentes variables gráficas en los test de la casa, árbol y persona (HTP) para algunos de los diferentes cuadros clínicos, se retoman los indicadores del test de la figura humana que se presentan en la patología del trastorno de la personalidad tipo límite, los cuales son:

#### 1. Características generales

Hay una Gestalt bastante lograda. A veces, la figura tiene aberturas.

Bastante buena integración de sus elementos.

Las figuras humanas presentan rigidez (control, miedo a la disgregación), son estáticas e inmóviles.

También, en ocasiones, aparece deshumanización, inexpresión; las figuras están vacías y carentes de vida.

En ocasiones muestra cierto empobrecimiento (pérdida). Inmadurez e infantilismo.

A veces, se da un trato diferente a alguna zona más conflictiva, que está peor realizada, menos cuidada y obscurecida.

En algunas ocasiones, la persona se dibuja de perfil.

#### 2. Elementos expresivos o formales

Posición de la hoja: vertical.

Ubicación: centro izquierda; en bastantes casos izquierda y el algunos, en la parte superior izquierda (impulsividad, búsqueda inmediata de satisfacción, introversión y regresión).

Tamaño: tendencia a grande (falta de control).

Trazos: en ocasiones, líneas cortas (impulsividad, inestabilidad emocional). Presión fluctuante: una parte con trazos fuertes y otra con trazos débiles (inestabilidad afectiva).

Líneas discontinuas. En ocasiones rectos y angulosos. Líneas gruesas, reforzadas y repasadas (alteración de la identidad, miedo a la despersonalización y a la disgregación).

Hay ocasiones en que presentan líneas difusas, con zonas abiertas o, por el contrario, rígidas y continuas. Fallo de límites, aberturas (confusión yo-no yo).

Simetría: solo a medias.

Movimiento: poco, dibujos rígidos, estáticos, posturales, de pies (control rígido, paralización psíquica).

Sombreado: bastante presente (ansiedad, culpa).

Línea del suelo: en general no se señala (inseguridad).

### 3. Elementos de contenido o materiales

Cabeza: Bien dibujada.

Cabellos: En bastantes ocasiones presente y ordenado. Otras ennegrecido, abundante y desordenado.

Ojos: Grandes. Abiertos. En principio con pupila. A veces, mirada rígida.

Brazos: Plegados sobre el cuerpo o a lo largo del cuerpo.

Cintura: Reforzada.

Órganos genitales: Omitidos.

A veces falla la proporción tronco-piernas.

Extremidades inferiores: Algún fallo en la longitud y anchura, algo disminuidas.

Atuendo: pocos detalles y en algún caso se incide en los detalles.

Botones: hilera de botones (dependencia).

Una cuarta parte de los dibujos representan a figuras humanas desnudas. (Barbosa, 2014, p. 289)

En otros estudios también han encontrado indicadores que coinciden con algún trastorno mental.

Así, por ejemplo, la investigación que Álvarez (2014), quien puntualizó indicadores que se manifiestan en los test proyectivos de la figura humana de pacientes esquizofrénicos. En su investigación aplicó el test a una población de 180 sujetos, de los cuales 130 cuentan con el diagnóstico de esquizofrenia y los 50 restantes no psicóticos. De acuerdo a los resultados obtenidos, se visualiza que los indicadores señalados determinan características específicas del trastorno esquizofrénico; sin embargo, señala que a estos indicadores no se les puede llamar típicos de la patología, por consiguiente, para que se pueda constatar que los indicadores pertenecen a un tipo de enfermedad mental en específico se debe comparar con otras poblaciones, ya que existen algunos indicadores que se ha confirmado ser únicos de este trastorno, pero también se presenta con una frecuencia significativa en las población de neuróticos

Es importante señalar que los resultados obtenidos en la investigación realizada por Álvarez (2014), demostró que el test de la figura humana sí puede ser útil para el diagnóstico de

esquizofrenia, siempre y cuando el clínico tenga en cuenta cuáles son los síntomas que describen al paciente esquizofrénico y cuáles son los indicadores para dichos criterios, siempre teniendo presente que estos indicadores se pueden presentar en otros padecimientos, pero por razones diferentes.

Kotkov y Goodman (1953 citado en Hammer 2016), compararon los dibujos de mujeres con obesidad y mujeres sin exceso de peso; en el grupo de las mujeres obesas se observaron dibujos más grandes y anchos.

Cleveland y Fisher (1955 como se citó en Hammer 2016), estudiaron los dibujos de pacientes artríticos: “Sus cuerpos están inconscientemente cubiertos por una dura caparazón externa a la que conciben como una barrera contra las amenazas psicológicas y su defensa primaria consiste en un endurecimiento de la musculatura externa del cuerpo”. (p. 38). Y concluyen que los sujetos que presentan síntomas físicos proyectan estos defectos en los dibujos con borraduras, líneas temblorosas o muy marcadas, sombreado excesivo o bien, evitan el área que consideran débil.

No solo se van a proyectar los aspectos físicos en la imagen corporal, sino también los psicológicos, J. Katz (1951, como se citó en Hammer 2016), comparó a cincuenta y dos hombres adultos convictos por asalto y/o crimen y a un grupo control, en el cual se obtiene del grupo de convictos ítems gráficos de agresividad, los cuales fueron los siguiente: ojos penetrantes y reforzados, dedos y brazos largos, piernas muy abiertas, combinación de líneas firmes, gruesas y finas o cabello reforzado.

## **II. Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez**

En este capítulo se dará un breve resumen de la historia del hospital en el que se llevó a cabo esta investigación. También se explicará cuáles son los criterios para el diagnóstico de los pacientes dentro de la institución, y cuál es el tratamiento para las pacientes con trastorno de la personalidad tipo límite.

### **3.1. Historia**

Bernardino Álvarez fue un militar español que deseaba conquistar México y al no lograrlo abandona el ejército y se dedica a la delincuencia, después decide cambiar, por lo que entra a trabajar en el hospital de Jesús por diez años, ayudando a los enfermos. Después decide fundar el hospital de San Hipólito, en el año de 1567, en donde se comienzan la atención a enfermos, ancianos y personas con padecimientos mentales. El Hospital de San Hipólito fue el primer hospital en América en recibir a pacientes con trastornos mentales, también se dedica a fundar, apoyar y encabezar otras obras similares como: el convento para hijas de “Conquistadores en Desgracia”, Hospital de Oaxtepec, hospitales en Puebla, Veracruz y Acapulco, y funda la orden religiosa de los Hermanos Hipólitos de la Caridad.

La atención psiquiátrica provenía de las congregaciones religiosas y los actos de buena voluntad, también basándose en los avances médicos de los siglos XVII y XIX, que daban mucho que desear. El Manicomio General de la Castañeda se inaugura en el año de 1910, en el gobierno del general Porfirio Díaz. El manicomio contaba con una gran demanda de atención albergando a 3 mil 500 enfermos, teniendo un cupo de solo mil pacientes; por esta razón, en 1944, se funda la granja de recuperación para enfermos mentales de León, Guanajuato. El concepto “hospital

granja” da un cambio al concepto de manicomio, muy característico de rejas, candados y abandonos. El nuevo concepto da a los pacientes motivaciones para su vida en el entorno en donde se desenvuelven, trabajando en terapia ocupacionales que ayudan al paciente a adaptarse a las normas sociales, hábitos de trabajo, tomar responsabilidades y tener una convivencia pacífica.

Entre el año de 1960 y 1964 la Secretaría de Salubridad y Asistencia mexicana observa el éxito del primer hospital granja y aparecen los primeros establecimientos para la atención mental: Hospital Granja Bernardino Álvarez, Tlalpan, DF (1960); Hospital Granja La Salud Zoquiapan, Estado de México (1961); Hospital Granja para Enfermos Mentales, Villahermosa, Tabasco (1962); Hospital Campestre José Sáyo, Tepexpan, Estado de México; Hospital Granja Cruz del Sur, Oaxaca (1963); Hospital Granja del Norte, Hermosillo Sonora (1964). (Asociación de Salud Mental “Fray Bernardino Álvarez”, 2017)

### **3.2. Criterios de diagnóstico del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez**

Para un mejor diagnóstico, en el Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez cuentan con Guías Clínicas que han sido estudiadas por el personal del hospital y se corrobora con los criterios diagnósticos de la guía de clasificación de los trastornos mentales del comportamiento CIE-10.

Retomando los síntomas presentados en los pacientes con trastorno de la inestabilidad tipo límite, es importante citar cuáles son los criterios que toma en cuenta el personal del hospital, los cuales son estipulados por la OMS en la guía CIE-10, para este trastorno.



### F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias; el ánimo es inestable y caprichoso. Existe predisposición a tener arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas. Asimismo hay predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados. Se distinguen dos tipos de trastorno: el tipo impulsivo, caracterizado principalmente por inestabilidad emocional y falta de control de impulsos; y el límite, caracterizado, además, por distorsiones de la imagen corporal, de los propios objetivos y de la imagen íntima, sentimientos crónicos de vacío, relaciones interpersonales intensas e inestables y tendencia al comportamiento autodestructivo, incluyendo gestos e intentos de suicidio.

Trastorno de la personalidad:

-Agresivo.

-Límite.

-Explosivo.

### F60.30 Tipo impulsivo

Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de la personalidad (F60).

Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.

Marcada predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás; en especial, cuando los actos impulsivos son impedidos o censurados.

Tendencia a presentar arrebatos de ira o violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.

Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensas inmediatas.

Humor inestable y caprichoso.

F60.31 Tipo límite.

Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de la personalidad (F60).

Deben estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados en el criterio B de F60.30, a los que se ha añadido al menos dos de los siguientes:

Alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y de las preferencias íntimas (incluyendo las sexuales).

Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables que a menudo terminan en crisis emocionales.

Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.

Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.

Sentimientos crónicos de vacío. (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 158)

### **3.3 Clasificación del tratamiento de acuerdo a sintomatología.**

Muñoz (2016), mencionó que el tratamiento del paciente límite se aborda de diferentes maneras, comúnmente se considera que la sintomatología sea poco intensa y/o tenga un adecuado nivel funcional, y así se obtendrá beneficios de un tratamiento ambulatorio centrado en psicoterapia individual, teniendo o no el tratamiento farmacológico. Por el contrario, los pacientes con una sintomatología intensa y/o pobre nivel funcional requieren de un tratamiento multidisciplinar

más intenso y centrado en psicoterapia individual, familiar y grupal, siempre acompañado con el tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico se administra en unidades especializadas dentro de la institución, como son: Hospital de día y unidad de hospitalización. En algunas circunstancias el paciente debe de ser ingresado al área de hospitalización, esto se valora por las dificultades de contención y la inestabilidad. Se dispondrá de diferentes niveles asistenciales según la gravedad del paciente, los cuales se clasifican con: CSM a los pacientes con bajo riesgo autolítico, con buen funcionamiento y soporte adecuado, a esta población se le otorga como tratamiento la psicoterapia individual y/o grupal; y por otro lado se encuentran los pacientes con alto riesgo y falta de soporte, y se clasifican con Hospital de día y su tratamiento son psicofármacos, psicoterapia individual y/o grupal, grupos psicoeducativos, terapia de familia, etc.

El paciente con trastorno límite de la personalidad requiere un plan de tratamiento integral, el cual se entiende como el tratamiento con psicoterapia y/o fármacos.

### **3.4. Intervención en pacientes con trastorno de la personalidad tipo límite**

Se han desarrollado diversas alternativas para el trabajo con este tipo de pacientes, que a continuación serán presentadas.

### **3.4.1. Tratamientos psicológicos para trastorno límite de la personalidad (TLP).**

Muñoz (2016), puntualizó que han propuesto tratamientos psicológicos para pacientes que padecen este trastorno y los toman en cuenta para realizar el modelo integrador para pacientes con trastorno límite. Menciona que no todos los tratamientos han sido eficaces para esta patología, pero la terapia dialéctica cognitivo-conductual de Linehan (2003), evidenció la mejora en algunos síntomas del paciente límite; como, el comportamiento suicida y la inestabilidad afectiva. Dentro del tratamiento combina las intervenciones individuales, grupales e integra estrategias conductuales clásicas.

En las primeras estrategias terapéuticas con esta terapia van dirigidas a que el paciente aprenda a identificar y corregir los pensamientos distorsionados y los procesos cognitivos disfuncionales y desadaptativos.

Entre los objetivos de la TC destacan: 1) La disminución de los pensamientos dicotómicos (manifestado en categorías discretas de malo/bueno, amor/odio, etc.) que están fuertemente arraigados en la estructura cognitiva de los sujetos; 2) Ayudar a los pacientes a expresar los sentimientos negativos de una forma moderada; 3) Control de impulsos de carácter autodestructivo. 4) Explicaciones encaminadas a que el paciente construya un sentido de identidad. (Muñoz, 2016, p. 40)

Por otro lado, las psicoterapias psicodinámicas cuentan con buen pronóstico como tratamiento para estos pacientes, y su objetivo es:

Hacen hincapié en la dificultad de manejar y contener los impulsos agresivos de los pacientes que dan lugar a la creación de una transferencia rápida, inestable y de naturaleza hostil. El manejo del terapeuta de la contratransferencia es esencial para poder ayudar al paciente a contener dentro de sí mismo los impulsos agresivos. (Muñoz, 2016, p. 39)

Muñoz (2016), mencionó que la terapia psicodinámica logró obtener la validación empírica para intervenir a pacientes con el trastorno límite de la personalidad, con el modelo del trauma en la historia infantil de los pacientes adultos, para la identificación de violencia, maltrato y abuso sexual. Esta terapia ha sido corroborada en numerosos estudios y se ha incorporado al manejo terapéutico.

En estudios de otras variables, Muñoz (2016), mencionó que el trastorno del vínculo y modelos disfuncionales en el apego, dependencia, trastorno de la identidad, déficit de la simbolización, intolerancia a la frustración e impulsividad, da lugar a la aplicación de modelos como el del estrés postraumático y el estudio compartido como la teoría cognitiva de la mente y las teorías psicodinámicas. Y para la dificultad de la contratransferencia, el sentimiento de soledad, las relaciones transicionales, los mecanismos de defensa primitivos y la mejora en la creación de vínculos con el terapeuta esperan lograr un mejor compromiso del paciente con el proceso psicoterapéutico y una disminución en el abandono de la terapia.

No obstante, es importante considerar que la negativa y los actos de peligro de los pacientes estancan los avances psicoterapéuticos, por lo que estas conductas se deben de tratar rápidamente.

En cuanto a las psicoterapias institucionales de tipo ambulatorio, privado o los ingresos hospitalario, Muñoz (2016), señaló que el encuadre debe mantenerse lo más fijo posible. En el tratamiento ambulatorio se debe cuidar al máximo el encuentro, ya que es frecuente el fracaso terapéutico debido a la poca capacidad de contención de la institución y al abandono del tratamiento.

Entre las técnicas empleadas, para trabajar con esta población, destacan la asociación libre, las imitaciones, las exposiciones y explicaciones del terapeuta. Es importante que el paciente y el terapeuta analicen las razones de su comportamiento autodestructivo a través de sueños y fantasías.

Muñoz (2016), mencionó que la técnica de mentalización también es de gran utilidad con los pacientes límite, esta consiste en pensar en una palabra nueva para un concepto antiguo, se hace la interpretación de sus acciones y las de otros pasando a ser significativas con base en los estados mentales intencionales como son los deseos personales, necesidades, pensamientos, creencias y razones. A los pacientes con trastorno de la inestabilidad de la personalidad tipo límite se le dificulta la mentalización, especialmente en situaciones íntimas e interpersonales, esta técnica hace la función de un amortiguador de afectos que realiza su función cuando el sujeto se encuentra vulnerable; por ello, los pacientes límite no son capaces de afrontar estos

sentimientos y prefieren huir, con respuestas de pánico o acciones impulsivas. El objetivo de esta técnica es ayudar al paciente a dar significado a sus propias experiencias. “Mentalizar implica poner a un lado la realidad física inmediata a favor de una realidad menos pesada del estado interno de otros”. (Muñoz, 2016, p. 42)

Jacob Levy (2003, como se citó en Kaplan), diseñó el psicodrama. El cual consiste que durante la terapia el paciente representa temas que se relacionan con su problemática en forma de drama con ayuda de otros, para interpretar el papel de personas significativas. El objetivo consiste en que el paciente imagine un mundo artificial en donde las acciones corporales se expresen en palabras. Esta se puede aplicar con una gran variedad de técnicas como: el *rol playing*, la inversión de roles en donde surgen cambios de papeles entre el protagonista y otros, o el doblaje en donde un auxiliar interpreta y habla por el protagonista.

Algunos autores han considerado no apta la psicoterapia de grupo en pacientes con trastorno límite de la personalidad, a consecuencia de sus actitudes disruptivas y desadaptadas, a las tendencias paranoides, las demandas de atención y su pobre ajuste social. Por otro lado, también han considerado que es mejor el tratamiento grupal que el individual para estos pacientes.

Clarkin (1991), identificó algunas mejorías en el paciente con la psicoterapia de grupo, que son: la disminución de la intensidad trasferencial, la posibilidad de identificaciones múltiples, modificación de modelos de conducta desadaptativos, la conciencia de sus impulsos auto agresivos, menor subjetividad de sus reacciones afectivas, beneficio claro en pacientes con rasgos esquizoides, el control de sus impulsos por el establecimiento de unos límites claros y la creación de un espacio que posibilite la contención de sus impulsos y afectos disruptivos.

Muñoz (2016), indicó que el tratamiento que se ha aplicado en la actualidad es la terapia grupal acompañada de terapias individuales, en donde la terapia grupal se realiza de manera espontánea y pura, sin un plan definido, ya que estos pacientes son polimorfos, estos grupos se deben de caracterizar por la inclusión de personas que compartan el mismo trastorno, que su tratamiento individual sea complementario al grupal y que se trabaje con un propósito pensado para un tratamiento individual futuro.

### **3.3.3. Modelo integrador para TLP.**

El conjunto de teorías y técnicas que recopiló Muñoz (2016); como, la teoría psicodinámica, la teoría interpersonal y la psicoeducación; así como, las técnicas interaccionales y expresivas, psicodramáticas, dinámicas grupales y de terapia de apoyo, dan como resultado el Modelo Integrador para los pacientes con trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite que es aplicado en el Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

En este hospital, el trastorno límite de la personalidad es la segunda causa de atención en el servicio de consulta externa y hospitalización. Es por eso que se han implementado modelos para poder dar un tratamiento que vaya encaminado a las necesidades de los pacientes con trastorno límite de la personalidad.

La terapia de grupo integradora fue diseñada en 2016 por el médico Francisco J. Muñoz Sandoval, psiquiatra adscrito al servicio de Consulta Externa del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en compañía de sus colaboradores, Constantino Flores Valdés, médico



adscrito de la misma área; y la doctora Indara Indiana Cabrera Abud, médico residente, en aquel año, del 4° año de especialidad en psiquiatría del hospital.

El proceso del grupo funciona en varios niveles que van del pasado al presente y al futuro, dentro y fuera del grupo. Dando un enfoque que oscila desde el grupo como un todo hasta lo interpersonal e individual, todo dentro de un paradigma psicodinámico, con el único fin de responder a las necesidades complejas del padecimiento específico de nuestros pacientes con TLP. (Muñoz, et al., 2016, p. 44)

Muñoz (2016), explicó que el modelo integrador cuenta con dos etapas: la primera es la evaluación en grupo de 10 a 15 pacientes, cuyo objetivo es corroborar el diagnóstico emitido en urgencias, esto para generar y fortalecer conciencia de enfermedad, generar una demanda realista hacia la psicoterapia, facilitar la aceptación hacia el rol de paciente en terapia de grupo y promover la elección de objetivos de trabajo. Y la segunda, que se caracteriza por ser el período más largo de atención por medio de la terapia de grupo integradora (TGI) a través de la teoría de grupo intencional, teoría psicodinámica y psicoeducativa

En la primera etapa Muñoz (2016) señaló que se valora al paciente mediante un contrato inicial de 8 sesiones en donde las sesiones son estructuradas, el modelo teórico está basado en psicoeducación, se utilizan técnicas y recursos psicodramáticos, gestálticos y cognitivos, los objetivos son específicos. Estas sesiones las realizan una vez por semana, con una duración de una hora 45 minutos, aproximadamente; solo se puede faltar una vez y cuando el paciente se

encuentra en crisis será dado de baja en el grupo, y tomará el tratamiento con médico tratante o con el servicio de urgencias, según el caso.

Los integrantes de estos grupos son canalizados por el servicio de consulta externa. Cada paciente deberá contar con tratamiento y seguimiento farmacológico por parte del médico tratante del hospital.

Cada una de las sesiones cuenta con un nombre y objetivos específicos por cumplir en cada etapa, los cuales son:

La primera sesión llamada “sesión de apertura y encuadre” tiene como objetivo la presentación del proyecto y el encuadre de las sesiones de grupo. Se brinda información sobre los síntomas clínicos del padecimiento del trastorno límite de la personalidad, esto con la finalidad de correlacionar con el padecimiento actual y síntomas presentes en cada paciente del grupo. Busca identificar el actuar de cada uno de los integrantes.

La segunda sesión llamada “generando encuentros”, en la cual terapeuta aplica dinámicas de grupo y las técnicas del psicodrama, el objetivo es facilitar la integración grupal y se mide la motivación al identificarse con los demás y los procesos internos que se generan, evaluar actividades de interacción social y las características del grupo. Muñoz (2016) identificó que en esta etapa los participantes logran mayor comunicación, participación e identificación con sus compañeros, y también es cuando más índice de deserción se presenta; y, han observado que los

pacientes que superan estas dos sesiones suelen ser los participantes que terminan con éxito la primera etapa del modelo integrador.

La tercera sesión llamada “la máscara”, inicia con un trabajo de psicodrama para después introducirlos al trabajo llamado proceso de focalización, el cual consiste en detectar los síntomas más relevantes para que el paciente pueda identificar el impacto que provocan estos síntomas en los demás y así lograr la autocrítica para detectar los defectos en su personalidad y deterioro que presenta en su funcionalidad.

La técnica consiste en realizar una máscara donde plasmen todos los elementos negativos de su personalidad y posteriormente se les muestra a todos las máscaras que dibujaron y expliquen lo que sienten al ver las máscaras, mostrándose una a una a cada persona del grupo; el propio grupo se percata del impacto que su máscara tiene ante los demás y empieza a integrar los factores sintomáticos de su personalidad. (Muñoz, 2016, p. 45)

La finalidad de la actividad es hacer reflexionar sobre las diversas facetas sintomáticas del trastorno límite de la personalidad ante diversas situaciones de vida, y cómo es que estas facetas se utilizan permanentemente en cada uno de los pacientes, esto provocando conflictos en su vida cotidiana.

La cuarta sesión llamada “la dramatización”. Como su nombre lo menciona, comienza con el psicodrama interno, y, en esta ocasión se utilizan las máscaras creadas en la sesión anterior para fomentar la reflexión de sus síntomas y entiendan sus procesos psicológicos inadecuados y de su

debilitada contención ante situaciones estresantes. Después con la técnica psicodramática se realiza una escena con contenido que hable sobre el funcionamiento propio del trastorno límite de la personalidad, para identificar el reconocimiento de las posturas de cada paciente con el objetivo de aceptar sus conflictos y la forma en cómo actúan ante las situaciones, buscando la forma correcta de afrontar situaciones de estrés.

La quinta sesión “mapa de problemas” tiene como objetivo “evaluar la capacidad adaptativa, perceptiva, de análisis y de comprensión de sus conflictos, así como de afrontamiento para la resolución de los mismos” (Muñoz, 2016: p 46). La dinámica consiste en que cada participante plantee un problema y dibuje un mapa en donde se coloque dentro del problema y a las persona involucradas, marcando con rayas azules las personas que representan un aspecto positivo para ellos, con rayas rojas las personas negativas, y rayas rojas y azules las personas o grupos que muestren ambivalencia ante el conflicto señalado. Se elige una problemática para trabajar con la técnica de dramatización, mostrando elementos de cómo afrontar conflictos y resolverlos. En esta sesión debe disminuir la angustia sobre los síntomas, ya que los participantes comienzan a reconocerlos de una manera más clara.

La sexta sesión, “la planta”, se considera la más difícil, ya que tiene como objetivo: “que el grupo correlacione su historia y desarrollo psicológico, con la estructuración de un funcionamiento inadecuado que genera mala adaptación y sufrimiento en su presente” (Muñoz, 2016, 46). El grupo se dará cuenta del impacto que produce el medio ambiente en su padecimiento. El terapeuta les habla del concepto de trauma como un modificador del desarrollo emocional, pidiendo a los integrantes que piensen en una semilla y ésta sea plantada; después,

que imaginen cómo se desarrollará y en qué planta se convertirá; después, que mencionen algún momento donde la planta se ve afectada o frene su desarrollo. Para finalizar, cada uno describe en qué semilla pensó, cómo fue el desarrollo de su planta y cómo se alteró su desarrollo para convertirse en lo que ahora es. Es una reflexión similar a la técnica de la silla vacía, de forma voluntaria un paciente dramatiza su escena, la idea es que los participantes revivan el pasado en donde fueron violentados, para que el grupo llegue a la conclusión de que a pesar de la dificultades de la historia se sigue de pie y lo que viven en la actualidad es producto de muchos acontecimientos ocurridos a lo largo de su vida, el objetivo es que los participantes acepten su situación y la entiendan.

La penúltima sesión, “psicoeducación”, el terapeuta comienza a trabajar con la despedida. Se brinda información sobre el trastorno y se retoma lo que se vio en las sesiones pasadas aclarando dudas durante el proceso grupal, para que así quede todo claro. Los participantes deben intentar concretar su foco de trabajo, el cual será la base para la siguiente etapa del tratamiento.

La octava sesión, y última, llamada “despedida y cierre”. Se brinda la información necesaria de su nueva etapa de tratamiento y la nueva forma de trabajar. Muñoz (2016), explicó:

“Metafóricamente se compara como ‘terminar el jardín de niños’ donde el terapeuta los conducía y ahora van a pasar a la primaria donde de ellos depende el integrarse y cohesionarse con su nuevo grupo ya existente”. (p. 46)

El objetivo de esta última sesión es evaluar la capacidad de enfrentarse al cierre del proceso grupal, para que el paciente aprenda a contener la vulnerabilidad, enojo, miedo a perder el logro

y la negación a la mejoría; por congruente, cada participante reconoce sus logros y escoge sus objetivos a trabajar. Al finalizar la sesión eligen el grupo que más le acomoda en tiempos y espacio grupales, para continuar con su tratamiento.

Realizado todo lo anterior, se inicia la segunda etapa, en la cual se lleva a cabo el proceso terapéutico de trabajo. Es el período más largo de atención por medio de la terapia de grupo integradora (TGI) a través de la teoría de grupo intencional, teoría psicodinámica y psicoeducativa; éstas están acompañadas de la teoría intencional expresiva de apoyo, psicodramática y dinámicas grupales.

En el primer momento el objetivo es lograr la cohesión grupal a través de reducir sus posiciones extremas o polarizantes, y contrarrestar las perpetuaciones de conductas caprichosas, incoherentes y comportamientos imprevisibles, que se presentan en cada grupo; la finalidad es integrar al grupo, cada paciente logra entender que no son únicos ante este padecimiento, logrando con ello una mejor identificación y universalidad de padecimiento. (Muñoz et al., 2016, p. 47)

Cada grupo requiere tiempo para lograr esta primera etapa, que puede ser de 3 o 6 meses; esto, dependiendo del grado de psicopatología e intensidad del padecimiento de cada integrante del grupo. La posición de terapeuta debe de ser flexible, proactiva y que tenga facilidad del manejo de las frustraciones y las agresiones del grupo hacia el coordinador o hacia el propio grupo. Muñoz (2016), señaló que esta etapa es más difícil del grupo, y el motivo es por que la técnica

intencional expresiva de apoyo puede variar en esta etapa e implementar una terapia de apoyo o catártica.

En el hospital trabajan con grupos abiertos por la demanda de atención y las listas de espera son largas y en ocasiones los pacientes abandonan los tratamientos; esta variable hace que los grupos tarden en unirse, por esta razón realizan los grupos de valoración.

El terapeuta debe de ser flexible para poder tolerar agresiones o descalificaciones provocadas en el paciente por la angustia de sentirse invadido por el grupo, y también debe tener conocimiento de la historia del paciente, para identificar si el participante está repitiendo patrones de comportamiento de índole familiar o social. Durante esta etapa es común que los pacientes presenten crisis de contenido paranoico, ya que sienten que los comentarios del terapeuta son muy directos, cuando en realidad el paciente siempre se está proyectando, durante esta etapa es importante que se retire el paciente de forma momentánea o ingresarlo al servicio de urgencias; en esta situación no es posible seguir abordando al paciente de forma psicoterapéutica, el paciente termina siendo chivo expiatorio del grupo y puede llegar a ser agredido por éste.

Una vez que se logra consolidar el grupo se pasa a un segundo momento, que se le llama fase de trabajo, este se centra en dos puntos:

- 1) El tema focalizado por el grupo, que siempre es intencional de acuerdo al modelo terapéutico de cinco puntos a tratar (las desregulaciones afectivas, su impulsividad, sus malas relaciones interpersonales, sus conflictos de identidad y sus alteraciones cognitivas,

principalmente de contenido paranoico), y 2) Las ansiedades del paciente provocadas por el tema focalizado en el grupo (ansiedad de desintegración, de pérdida del objeto, pérdida del amor del objeto y ansiedad de castración). (Muñoz, 2016, p. 48)

El modelo teórico que se usa durante esta segunda etapa es la lectura psicodinámica de grupo, las aportaciones del modelo psicoeducativo, y también el modelo psicodramático, este último es aplicado dependiendo del momento en el que cursa el grupo. También es aplicada la teoría integradora sistemática, y va dirigida a problemas específicos, lo que quiere decir que es más útil para poblaciones de pacientes que presentan situaciones conflictivas dentro de sus círculos sociales y familiares.

El objetivo de esta fase es que el grupo busque comprender su conflicto central al expresar los momentos de crisis por los que ha pasado, con la técnica intencional y expresiva los participantes deberán compartir sus experiencias, lo cual puede provocar ansiedades en el grupo, como la pérdida, abandono, pérdida de amor y ansiedad de castración. El paciente entiende que en cada conflicto existe una ansiedad, siendo éste el motor que lo paraliza, y a consecuencia de esto el paciente entenderá mejor su padecimiento.

El esclarecimiento se da cuando los integrantes del grupo comienzan a arrojar preguntas como: ¿Cómo puedo hacerlo... cómo identifico mis ansiedades? Ante esto, el coordinador les sugiere tres pasos:



Primero, “identifique, reconozca el conflicto”, que hable de él, que logre señalarlo como el problema para que posteriormente lo acepte (no puedes aceptar lo que no puedes ver); el segundo paso, “la aceptación”, el grupo ayuda a expresar lo que cada uno siente ante su conflicto: enojo, tristeza, confusión, miedo y hasta placer, etc., esto hace que el paciente se sienta acompañado y logre aceptar mejor el problema para pasar al tercer, y último, paso que es “manejar y controlar el conflicto”, aprendiendo a dar un nuevo manejo a dicho problema que, la mayoría de las veces no está en sus manos solucionarlo, pero aprende a solucionarlo de manera interpersonal y con experiencia dentro del grupo (...).

(Muñoz, 2016, p. 49)

Esto ayuda a disminuir la ansiedad y angustia para seguir conociendo su forma de ser; en algunos casos existe la no aceptación de su padecimiento, y puede caer en un estado depresivo.

En el tercer momento, el terapeuta lleva a cabo el cierre que realiza de forma individual. En este momento el paciente debe haber concluido 80 sesiones en dos años; el grupo sigue completo este proceso. A partir de 4 a 6 sesiones antes de terminar este periodo se informa al grupo y al paciente que terminará este proceso; la dinámica se realiza lanzando un pregunta sencilla de despedida: ¿ahora que me voy quiero decirle al grupo que...? y el grupo responde de la misma manera ¿ahora que te vas quiero decirte que...? Este momento es emotivo y muestra al paciente que aprendió a tolerar la terminación de algo sin sentir que es el fin del mundo, se reconocen logros y avances ante su problemática.

Muñoz (2016), mencionó que desde su experiencia de 14 años se ha repetido que cuando un paciente se retira, otro se integra y el grupo puede observar la diferencia de uno y otro; el que entra aún está por trabajar las primeras etapas de aceptación del padecimiento; en cambio, el que se va presenta un nivel mayor de conciencia sobre su padecimiento; los integrantes del grupo también percibe este fenómeno y se observan complacidos.

### **III. Metodología**

En este capítulo se expondrá el objetivo de esta investigación, el diseño de investigación, la hipótesis, las variables, la población que participó, los instrumentos que se utilizaron y el procedimiento seguido.

#### **Objetivo general**

Identificar cuáles son los indicadores que arrojan con más frecuencia los test de la figura humana en pacientes con trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite.

#### **Diseño de investigación**

En esta investigación se aplicó un diseño no experimental transversal o transeccional, que se caracteriza por la recolección de datos que ya se encuentran en el entorno en un tiempo único, siendo su objetivo describir variables y analizar su incidencia de grupos o subgrupos ya existentes y sin necesidad de intervenir en ellos; se emplean técnicas específicas en la recolección de datos, en este caso la entrevista y la aplicación de un instrumento.

La información derivada de este estudio fue sometida a un proceso de análisis descriptivo, en donde se codificó y realizó un análisis estadístico en relación a frecuencias y porcentajes de los indicadores que se encontraron en las pruebas de la figura humana que fueron aplicadas a pacientes con el trastorno límite de la personalidad. Este proceso se realizó a partir del conocimiento previo del tipo de trastorno y sus características.

De igual manera, se realizó un estudio de casos y controles, en donde se comparó la frecuencia de indicadores que se observaron en los test de la figura humana que fueron aplicados a ambas poblaciones: el primer grupo, llamado grupo comparativo, sin enfermedad o efecto de estudio; y el otro grupo denominado grupo 1, en el cual, los sujetos presentan la enfermedad o el efecto que se va a investigar. La selección de la población control cumplió con las características demográficas de población de casos, considerando que ambas poblaciones deben de ser lo más parecidas posible

### **Hipótesis de investigación**

Existen diferencias significativas entre los indicadores de rasgos identificados en el test de la figura humana en la población de mujeres diagnosticadas con trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite, con respecto a mujeres sin ningún diagnóstico psiquiátrico.

### **Hipótesis nula**

No existen diferencias entre los indicadores de rasgos identificados en el test de la figura humana en la población de mujeres diagnosticadas con trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite, con respecto a mujeres sin ningún diagnóstico psiquiátrico.

### **Variables**

#### **Variable dependiente**

Rasgos de la personalidad por indicadores estructurales y de contenido del test de la figura humana.

Variable independiente

Presencia del trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite.

### **Población**

43 personas del sexo femenino de 18 a 45 años de edad, con trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite que hayan sido dadas de alta después de haber estado internadas en el Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. La población seleccionada fueron dadas de alta de febrero a diciembre de 2018.

La población del grupo 1 fue de 43 mujeres de 18 a 45 años, sin antecedentes de trastorno mental y cuyas características demográficas coincidieron con la población casos.

### **Criterios de selección**

Inclusión de grupo 1:

- Población que tengan un diagnóstico, al ser dadas de alta, con trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite.
- Sexo femenino
- Edad de 18 a 45 años.
- Mínimo un internamiento en el Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Dadas de alta de febrero a diciembre del año 2018.

#### Exclusión de grupo 1:

- Población que sean diagnosticados con otro trastorno.
- Pacientes en cuadro psicótico.
- Sexo masculino.
- Menores de 18 o mayores de 45 años de edad.
- Que no tengan internamientos en el Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Con Tratamiento psicoterapéutico previo.

#### Inclusión de grupo comparativo

- Sexo femenino
- Sin antecedentes de enfermedad mental
- Edad de 18 a 45 años
- 

#### Exclusión de grupo comparativo

- Sexo masculino
- Menores de 18 o mayores de 45 años
- Con antecedentes de enfermedad mental
- Algún internamiento en Hospital psiquiátrico

#### **Instrumento**

El Test de la Figura Humana de Karen Machover es una prueba que pertenece al grupo de pruebas de test proyectivos gráficos. Como su nombre lo dice, es una prueba proyectiva que

proporciona información del sujeto acerca de su estructura dinámica, conflictos, defensas y patologías.

Al grupo comparativo se le aplicó una entrevista estructurada (Anexo 1), que consta de 5 preguntas. Como su nombre lo dice, es una entrevista que ha sido preparada y las preguntas son predeterminadas, toma datos precisos sobre el participante. Mientras que al grupo 1, la entrevista se realizó previamente por el departamento de psicología de la institución, para sus estudios psicológicos, esta información fue tomada, con autorización del hospital, del expediente de cada una de las pacientes con trastorno de la personalidad tipo límite.

### **Procedimiento**

Se seleccionaron las pruebas del Test de la Figura Humana que fueron aplicados a población con diagnóstico de trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite, que fueron internadas en hospitalización del segundo piso, área mujeres del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Para poder recolectar estas pruebas, se corroboró que la población tuvieran entrevista, notas de ingreso y seguimiento realizadas por el departamento de psicología del segundo piso. Una vez que se recolectaron las pruebas se verificó que contaran con los criterios de inclusión para la población de casos, esta información se corroboró con la revisión de expedientes.

Para la población comparativa se abordó a mujeres que cumplieran con las mismas características demográficas a las de las pacientes con este diagnóstico; se les explicó el protocolo y, una vez

aceptando su participación, se les pidió firmar el consentimiento informado (Anexo 2), después se realizó una entrevista estructurada y se procedió a la aplicación del Test de la Figura Humana.



#### IV. Resultados

En este capítulo se expondrán los resultados que se obtuvieron al realizar el procedimiento establecido. También se expondrán breves casos en donde se ejemplifican los resultados obtenidos.

Antes de realizar el análisis estadístico se inició por categorizar los indicadores obtenidos en las pruebas psicológicas aplicadas al grupo 1 y grupo comparativo. En la tabla 1 se observan las características o síntomas que definen a una persona con trastorno de la personalidad tipo límite, de acuerdo al DSM 5 y cuáles son los indicadores relacionados que se presentan en el Dibujo de la Figura Humana.

Tabla 1:  
Características del trastorno límite e indicadores

Características de trastorno límite de la personalidad	Indicadores en test del dibujo de la figura humana
Dependencia	A1. Cabeza grande A2. Cabeza pequeña A3. Boca abierta A4. Boca curva A5. Brazos débiles A6. Brazos recogidos A7. Piernas desiguales A8. Pies pequeños A9. Pies omitidos A10. Botones A11. Bolsillos A12. Dibujo pequeño A13. Dibujo parte inferior A14. Dibujo al borde A15. Sin línea en el suelo

Relaciones interpersonales inestables

- B1. Cabeza pequeña
- B2. Rasgos faciales omitidos
- B3. Ceja peluda
- B4. Poco énfasis a rasgos cara
- B5. Sonrisa forzada
- B6. Boca amplia
- B7. Brazos doblados
- B8. Manos grandes
- B9. Manos oscurecidas
- B10. Dedos cortos y redondos
- B11. Vestido recargado
- B12. Desnudos o ropa interior
- B13. Manos pequeñas

Alteraciones en la identidad y autoimagen

- C1. Cabello sombreado
- C2. Cabello desordenado
- C3. Tronco pequeño o delgado
- C4. Énfasis en hombros
- C5. Hombros anchos
- C6. Borraduras exageradas
- C7. Líneas gruesas, repasadas
- C8. Líneas difusas y abiertas

Impulsividad

- D1. Ojos grandes
- D2. Mandíbula enfatizada
- D3. Cuello corto y ancho
- D4. Cuello omitido
- D5. Brazos rígidos a los lados
- D6. Manos grandes
- D7. Manos hinchadas
- D8. Asimetría
- D9. Dibujo grande
- D10. Línea manchada
- D11. Líneas cortas
- D12. Línea con presión fluctuante
- D13. Dibujo en izquierda superior

Inestabilidad afectiva

- E1. Boca enfatizada
- E2. Sonrisa forzada
- E3. Cintura reforzada
- E4. Dibujo grande
- E5. Presión fluctuante

Sexualidad intensa

- F1. Pelo ondulado y arreglado
- F2. Barba o bigote
- F3. Enfatizar zapatos
- F4. Mucha ropa y detallada

Inestabilidad en la toma de decisiones

G1. Mandíbula enfatizada

G2. Líneas cortas

G3. Figura pequeña

Sensación de abandono o vacío crónico

H1. Boca enfatizada

H2. Brazos doblados

H3. Falto de detalles

H4. Asimetría

H5. Dibujos a la mitad inferior

Ideas paranoides

I1. Ojos grandes y laborados

I2. Pupila marcada

I3. Énfasis en orejas

I4. Vestido recargado

*Nota:* Síntomas característicos del trastorno de la personalidad tipo límite e indicadores correspondientes a cada rasgo. Creado por el investigador.

Después de seleccionar los indicadores se evaluaron las pruebas aplicadas a ambos grupos y se obtuvieron los resultados que se observan en la tabla 2, para el grupo 1 y en la tabla 3, para el grupo comparativo. En estas tablas se señala con una x si el indicador revisado se presentó en el Test de la Figura Humana.

Tabla 2:  
Indicadores obtenidos del grupo 1.

I \ S	1									2									3									4			4		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
A1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
A2								x		x																							
A3		x		x						x		x																		x	x	x	x
A4		x		x	x	x		x			x		x	x	x	x	x			x	x	x								x	x	x	x
A5	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x						x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
A6		x								x	x	x	x																	x			x
A7	x		x		x		x													x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
A8	x	x			x	x	x				x	x	x	x						x	x	x	x							x	x	x	x
A9								x												x	x												x
A10	x	x			x		x				x	x																		x	x	x	x
A11	x									x	x																			x			x
A12	x				x																									x	x	x	x
A13										x										x	x	x	x							x			x
A14										x	x																			x	x		
A15	x	x			x					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x







G1	x	x		x	x	x	x		x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
G2			x			x					x	x	x	x	x	x			x
H1																			x
H2					x			x	x										
H3		x			x								x					x	x
H4						x	x				x					x		x	x
H5																			
I1	x				x			x	x	x		x	x	x	x			x	x
I2	x		x	x				x		x	x	x	x	x	x				
I3									x		x	x						x	x
I4		x			x			x	x	x	x	x	x	x	x			x	x

Nota: I = indicadores; S = sujeto; x = indicador presente en el test. Indicadores puntuados en el test de la figura humana de cada sujeto del grupo control. Creado por el investigador.

Posteriormente, se aplicó t de student, empleando el Programa IBM SPSS Statistics (versión 25), a fin de identificar si existían diferencias significativas entre el grupo 1 y grupo comparativo. A partir de este procedimiento, se obtuvieron los resultados que se presentan en la tabla 4, y se indica si la hipótesis fue aceptada o rechazada.

Tabla 4:  
Comparación de la media y puntuación t entre el grupo 1 y grupo comparativo.

	$\bar{x}$	t	Tabla t	Sig	Hipótesis
Dependencia casos	5.62				
Dependencia control	3.90	4.89	1.68	.000	Aceptada
Relaciones interpersonales inestables control	4.06				
Relaciones interpersonales inestables casos	2.27	6.14	1.68	.000	Aceptada
Alteraciones en la identidad y autoimagen casos	3.79				
Alteraciones en la identidad y autoimagen control	1.60	6.36	1.68	.000	Aceptada
Impulsividad casos	5.30				
Impulsividad control	2.16	7.84	1.68	.000	Aceptada
Inestabilidad afectiva casos	2.44				
Inestabilidad afectiva control	.67	8.61	1.68	.000	Aceptada

Sexualidad intensa casos	1.51				
Sexualidad intensa control	.62	4.23	1.68	.000	Aceptada
Inestabilidad en la toma de decisiones casos	1.18				
Inestabilidad en la toma de decisiones control	.60	3.86	1.68	.000	Aceptada
Sensación de abandono o vacío crónico casos	1.83				
Sensación de abandono o vacío crónico control	.34	7.80	1.68	.000	Aceptada
Ideas paranoides casos	2.11				
Ideas paranoides control	1.09	3.78	1.68	.000	Aceptada

*Nota:*  $\bar{x}$  = media; t = puntuación t obtenida por rasgos del trastorno; tabla t = rango de validez de puntuación t student; Sig = nivel de significancia.

Los resultados obtenidos fueron mayores a la puntuación t de student, que en este caso fue de 1.68; lo que indica que la hipótesis de investigación fue aceptada para todos los factores en análisis.

Así, por ejemplo, de acuerdo a dependencia, el promedio de la población del grupo comparativo es de 3.90, mientras que la población con trastorno límite tiene un promedio de 5.62, lo que indica que las mujeres con TLP presentan una personalidad más dependiente en comparación con la población control. Los indicadores que corresponden a este rasgo son: los brazos débiles, cabeza grande, pies pequeños, piernas desiguales, botones en hilera o en cualquier parte de la ropa, dibujo pequeño, dibujo localizado en la parte superior o muy pegado al borde de la hoja, boca abierta, pies omitidos, los bolsillos y brazos doblados o recogidos. Es importante mencionar que el análisis individual de los rasgos del dibujo mostró que no en todos se presentaron las diferencias significativas identificadas de manera global. Así, por ejemplo, la



omisión de la línea no presentó diferencias significativas entre el grupo comparativo y grupo 1; de igual manera la boca curva, fue un indicador que se presentó incluso en mayor nivel en la población control.

También se observó que la impulsividad se presentó en la población con TLP en un mayor nivel; ya que la media que obtuvo la población casos fue de 5.30, mientras que la población control solo tiene una puntuación de 2.16. Así, puede decirse que, entre los elementos que caracterizan al grupo caso, se encuentran: las líneas con presión fluctuante, lo que significa que la presión con la que se dibuja es diferente en cada parte de la figura humana, también los cuellos cortos, brazos rígidos a los lados, ojos grandes y penetrantes, asimetría, líneas cortas, dibujo grande, mandíbula enfatizada, las líneas manchadas, los dibujos localizados en la parte superior izquierda, omisión del cuello y las manos grandes e hinchadas.

En cuanto a relaciones interpersonales inestables, se puede observar, que nuevamente la población que padece el trastorno obtuvo un promedio más alto, el cual fue de 4.06 y la población del grupo comparativo contó con una puntuación de la media de 2.27. Así, los indicadores que se presentan más en la población con trastorno de la personalidad límite son la sonrisa forzada o boca de lado, dedos cortos y redondos, manos pequeñas, vestimenta recargada, ceja peluda, brazos doblados, con poco énfasis en los rasgos faciales, manos grandes y oscurecidas. Es importante considerar que no en todos los indicadores asociados con relaciones interpersonales se presentaron diferencias, por ejemplo, la boca curva se observó con mayor frecuencia en el grupo control.

Por otra parte, se puede observar que la población con diagnóstico con trastorno límite de la personalidad obtuvo un promedio de 3.79 para las alteraciones de la identidad y autoimagen, y la población control obtuvo un 1.60; por lo tanto, la población con trastorno de la personalidad límite presenta mayor presencia de indicadores para este rubro. Y los indicadores que evidencian alteración en este rasgo son el cabello sombreado y desordenado, las líneas dibujadas de forma gruesa y repasada, el tronco pequeño y delgado, las líneas difusas y que se encuentren abiertas, hombros anchos y enfatizados; y en algunos casos las estas mujeres con trastorno de la personalidad límite pueden presentar muchas borraduras siendo exageradas que incluso manchen o rompan la hoja.

En cuanto a inestabilidad afectiva, se puede observar, se presentaron diferencias significativas, dado que la población en estudio obtuvo un puntaje promedio de 2.44, mientras que la población control obtuvo un promedio de .67 en los indicadores revisados, lo que implica que se presenta una mayor inestabilidad afectiva en las pacientes con trastorno de la personalidad límite. Siendo los indicadores que se presentan para este rasgo la presión de la línea fluctuante, la sonrisa forzada o de lado y enfatizada, dibujos grandes, cintura reforzada y boca enfatizada.

El rubro de sensación de abandono y vacío crónico presenta puntuación alta de la media en la población con trastorno límite, con un 1.83, mientras que la población del grupo comparativo obtuvo un promedio de .34; por lo tanto, existe más presencia de indicadores en la población de casos. Los indicadores son la falta de detalles, asimetría, boca enfatizada, brazos doblados y dibujos localizados en la parte inferior de la hoja.

En el rasgo de sexualidad caótica, de igual forma, se presentaron indicadores con mayor frecuencia en el grupo 1 con un promedio de 1.51 y la población comparativo obtuvo una puntuación media de .62. Los indicadores de la alteración en la sexualidad de estos pacientes son el énfasis en la ropa y el gran número de ropa que se dibuja, el cabello arreglado y ondulado, el énfasis en zapatos o mandíbula.

La inestabilidad en la toma de decisiones en el grupo diagnosticado con trastorno de la personalidad límite cuenta con un promedio de 1.18 mientras que el grupo control obtuvo una puntuación media de .60; por lo tanto, las pacientes con este trastorno presentan más estos rasgos. Los indicadores que corresponden son: las líneas cortas, una figura pequeña y el énfasis en la mandíbula.

La ideación paranoide, de igual forma, se presentó más en la población 1 con un puntuación media de 2.11 y la población comparativa obtuvo un promedio de 1.09. Los indicadores de ideas paranoides son los ojos grandes y elaborados, la pupila marcada, el énfasis en las orejas y la vestimenta recargada.

Con el objetivo de ampliar los resultados obtenidos en el análisis estadístico, se tomaron tres ejemplos que evidencian de manera cualitativa los hallazgos obtenidos. Por ejemplo: el primer sujeto se trata de una paciente de 37 años de edad, labora como secretaria, su estado civil es soltera y tiene dos hijos. Se observa durante el internamiento con interés e iniciativa a las actividades del hospital, su actitud es pueril y demandante de atención, llegando a hacer

comentarios impulsivos, su atención es dispersa ya que con frecuencia se distrae por estar pendiente de su apariencia física, es sociable con sus compañeras y con el personal del hospital.

Durante la entrevista su afecto es lábil; se muestra demandante y agresiva ante la situación con su ex pareja, ya que refiere que busca retomar la relación con él. Se puede identificar que la paciente tiende a intimidar a otros o a emplear la agresión como una forma de lograr sus objetivos, estas conductas no son planeadas por lo tanto no mide consecuencias, al inicio de sus relaciones interpersonales da una imagen favorable mostrando una actitud espontánea y agradable hacia los demás. También se pueden observar rasgos de dependencia y miedo al abandono, en este caso con su ex pareja.

Al retomar la información de la paciente, se puede observar la presencia de estos rasgos en los dibujos realizados durante su internamiento (figura 1): la dependencia es representada por la cabeza grande, brazos débiles y el exceso de botones; el pobre ajuste social se observa en las manos grandes y aguantadas en la figura masculina, su vestimenta recargada y en los brazos doblados; la impulsividad se evidencia con los indicadores del cuello ancho y corto, las manos grandes e hinchadas, la asimetría en el dibujo y la presión fluctuante; en cuanto la inestabilidad afectiva se observa en los indicadores del dibujo grande, la boca enfatizada y la presión de las líneas es fluctuante; y para ideas paranoides se observan los indicadores de ojos elaborados con pupila muy marcada, énfasis en las orejas y la vestimenta recargada.

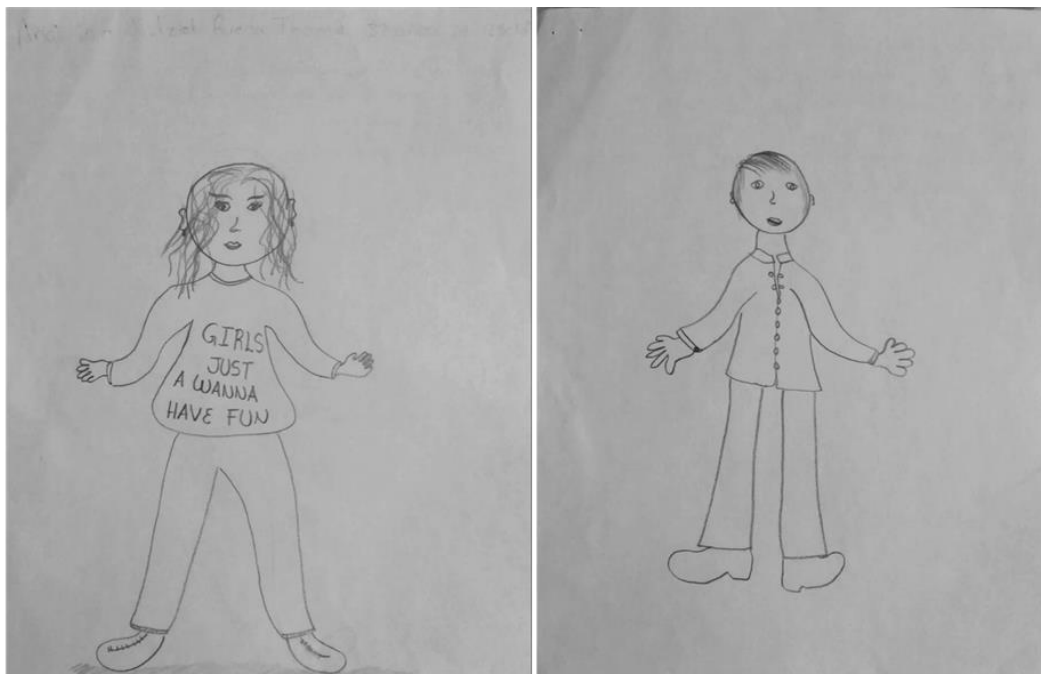


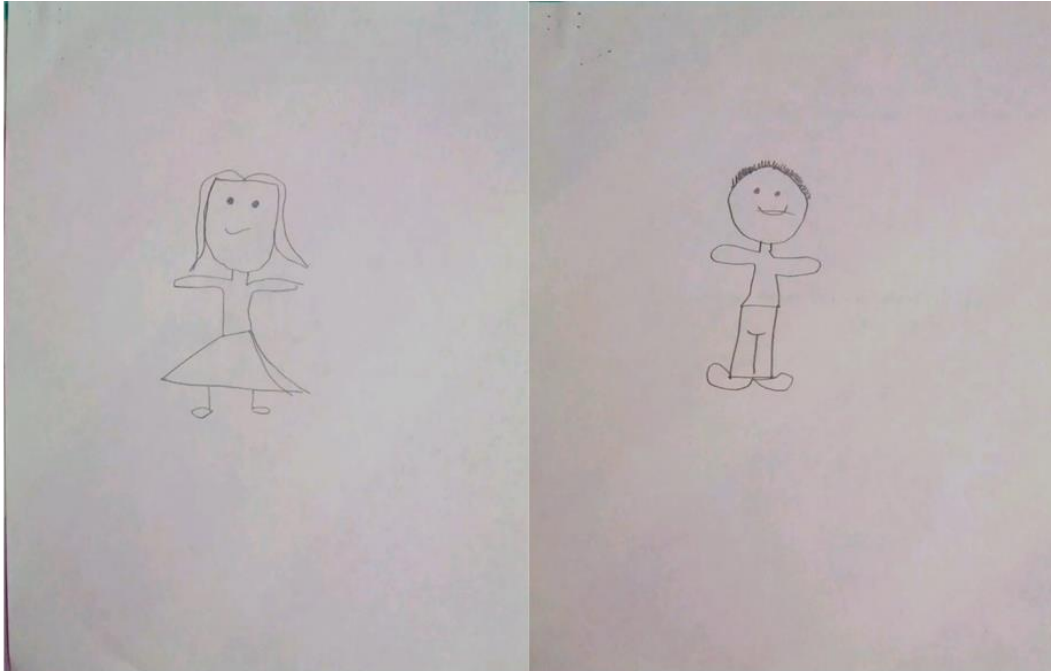
Figura 1. Dibujo de la figura humana de paciente femenino de 37 años de edad, secretaria, soltera y madre de dos hijos, con internamiento en el Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, con diagnóstico de trastorno de la personalidad tipo límite.

En el segundo ejemplo pertenece a una paciente de 18 años de edad, con escolaridad de secundaria, desempleada, soltera y sin hijos. Es una paciente que muestra una actitud de indiferencia ante su problemática, se le dificulta participar en las actividades del hospital ya que su afecto se encuentra abúlico y displicente. Su familia se caracteriza por presentar ideación suicida, el hermano mayor de la paciente se quita la vida y desde este acontecimiento su madre y tía han hablado sobre un plan suicida en donde se involucra toda la familia y la paciente.

Así mismo, la paciente ha presentado ideación e intentos suicidas, también ha cometido actos de automutilación refiriendo que la hace sentirse más tranquila porque hay días en los que se siente con el estado de ánimo muy bajo y sin tener ningún motivo para realizar sus actividades.

Como se puede observar, la paciente acostumbra a llevar a cabo actos impulsivos para así satisfacer las necesidades inmediatas; si se siente frustrada su estado de ánimo es colérico e irritable y comete actos agresivos y destructivos. Manifiesta sentimientos de vacío por lo que presenta intereses y objetivos limitados que la hacen abandonar sus actividades. Es desconfiada y evita las relaciones íntimas por temor a vivir decepciones.

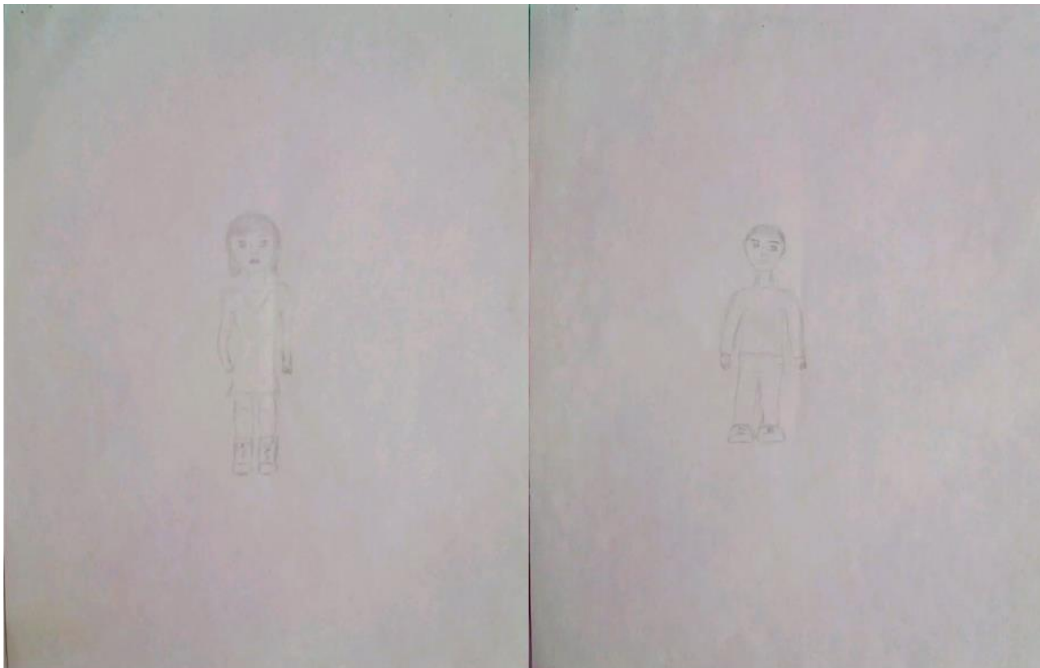
Como se puede observar en el Test de la Figura Humana aplicado a esta paciente (figura 2), se observan indicadores de los rasgos de trastorno límite de la personalidad, los cuales son: cabeza grande, boca ovalada, brazos débiles, pies pequeños y un dibujo pequeño, estos indicadores pertenecen al rasgo de dependencia; para las relaciones interpersonales inestables se puede observar los indicadores que son el poco énfasis o detalles en los rasgos faciales, sonrisa amplia y forzada, dedos cortos y redondos; alteración de la identidad y autoimagen se presenta en el cabello desordenado, tronco pequeño y delgado y hombros anchos; en ese caso la impulsividad se observa en la mandíbula enfatizada, cuello corto y ancho, brazos rígidos a los lados, asimetría, la presión es fluctuante y la figura se encuentra desplazada hacia el lado izquierdo superior; la inestabilidad afectiva se refleja en la sonrisa forzada y en la presión fluctuante, y la sensación de abandono y vacío crónico se muestra con los indicadores de asimetría y en la falta de detalles.



*Figura 2.* Dibujo de la figura humana de paciente femenino de 18 años de edad, secundaria finalizada, desempleada, soltera y sin hijos, con internamiento en el Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, con diagnóstico de trastorno de la personalidad tipo límite.

El tercer y último ejemplo, se trata de una paciente de 30 años de edad, con escolaridad en medicina y especialización, soltera y sin hijos. Durante el internamiento toma la iniciativa para participar en las actividades del hospital; sin embargo, su actitud es desinteresada; con cambios en su afecto, la mayor parte del tiempo permanece en cama sin socializar y en otras ocasiones se observa molesta, pero se contiene para dar una imagen favorable. La paciente tiende a sentirse desesperanzada, incomprendida y vacía; por otro lado, presenta momentos de intensa tensión angustia y ansiedad. Aunado a esto puede llegar a perder el control de sus emociones llegando a sentirse frustrada. Se le dificulta relacionarse e integrarse a actividades que implique el contacto con las demás personas, tiene la creencia que no es del agrado de los demás ya que es hipersensible a la crítica, por lo tanto prefiere estar sola y cuando lo hace se muestra pasiva y sumisa. Espera fracasar en todo momento ya que carece de confianza en sí misma.

Como se puede observar en los dibujos de la paciente (figura 3) se retoman algunos de los indicadores de los ejemplos antes explicados: empezando por la dependencia con la cabeza grande, brazos débiles, pies pequeños dibujo pequeño; las relaciones interpersonales inestables se manifiestan con la ceja peluda, manos pequeñas y oscurecidas; la alteración en la identidad y autoimagen se observa en el cabello sombreado y desordenado, tronco pequeño y delgado, hombros anchos y líneas difusas y abiertas o velludas; la impulsividad se observa en los brazos rígidos a los lados, línea manchada, línea velluda y presión fluctuante; la inestabilidad efectiva con la boca marcada, cintura reforzada, la presión fluctuante; la dificultad en la toma de decisiones se observa en las líneas cortas y el tamaño pequeño de la figura; y las ideas paranoides en la vestimenta recargada y la pupila marcada.



*Figura 3.* Dibujo de la figura humana de paciente femenino de 30 años de edad, con licenciatura en medicina, estudiante de especialidad, soltera y sin hijos, con internamiento en el Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, con diagnóstico de trastorno de la personalidad tipo límite.



## Conclusiones

Como puede observarse, los resultados obtenidos en la investigación permiten aceptar la hipótesis planteada, dado que si se encuentran diferencias significativas en los Test de la Figura Humana a pacientes con trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite; ya que la mayoría de los indicadores que caracterizan a este trastorno se presentaron con mayor frecuencia en la población con trastorno.

Así, en términos generales, puede decirse que la persona que presenta esta patología, muestra los siguientes indicadores en el test:

- Cabeza grande.
- Cabello sombreado; puede presentarse desordenado y, en otras ocasiones, ondulado y arreglado.
- Rasgos faciales omitidos, con poco énfasis o muy simples.
- Ojos grandes y elaborados, pupilar muy marcada.
- Ceja desaliñada o con mucho vello.
- Énfasis en orejas; marcada o muy detalladas.
- Boca abierta, puede presentarse con énfasis, sonrisa forzada o de lado.
- Mandíbula enfatizada.
- Cuello corto y ancho, también puede estar omitido.
- Énfasis en hombros y también se pueden presentar anchos.
- Tronco pequeño y muy delgado o cintura reforzada.

- Brazos débiles; muy delgados, pueden observarse recogidos o doblados; en otros casos también se presentan rígidos a los costados.
- Manos pequeñas, aguantadas o sombreadas. También se presentan las manos grandes pero es menos común.
- Dedos cortos y redondos.
- Piernas desiguales.
- Pies pequeños; en algunos casos éstos pueden ser omitidos. Se enfatiza los pies, con zapatos detallados o muy marcados.
- Presencia de botones y el exceso de éstos.
- También es común que se dibujen bolsillos en la ropa.
- La vestimenta se presenta muy recargada y detallada.
- Los dibujos son exageradamente grandes; y es menos común pero también pueden ser muy pequeños.
- En general los dibujos son muy simples y con pocos detalles.
- Son dibujos asimétricos.
- Las líneas se caracterizan por ser gruesas y repasadas, también difusas y abiertas; son líneas manchadas, cortas y vellosas.
- La presión de las líneas en todo el dibujo es fluctuante.
- Se localizan en la parte inferior de la hoja y pegados al borde de la hoja. Pero también se pueden presentar en la parte superior izquierda.

Estos hallazgos coinciden con el trabajo de Barbosa (2014), quien identificó los criterios diagnósticos de diferentes trastornos mentales y clasificó algunos de los indicadores del test

proyectivo dibujo de la casa, árbol y persona (HTP). Con su trabajo se comparó particularmente los indicadores de la figura humana en el HTP, que coinciden con los rasgos de la personalidad que se presentan en las personas que padecen el trastorno límite de la personalidad. Al comparar los indicadores que mencionó Barbosa (2014), y los mostrados en esta investigación, se encuentran evidencias de la compatibilidad de los resultados de ambos trabajos. Así, los indicadores que concuerdan al respecto del trastorno de la personalidad tipo límite son:

- Las figuras se caracterizan por presentar rigidez
- La expresión facial es poca o nula
- Son figuras con pocos detalles y en ocasiones vacías
- Son dibujos con tendencia a ser grandes
- El trazo de las líneas suelen ser cortas con zonas abiertas y difusas; la presión es fluctuante, con líneas discontinuas o vellosas, también presentan líneas gruesas y repasada
- Son figuras con poca simetría
- Con zonas sombreadas
- El cabello obscuro o muy sombreado, abundante y desordenado
- Con ojos grandes, con pupila muy marcada y mirada rígida
- La cintura esta reforzada y se dibujan muchos botones, comúnmente se caracterizan por ser colocados en hilera.

No obstante, algunos indicadores como la presencia de figuras desnudas y dibujos de perfil, mostraron inconsistencia entre ambos estudios. Ya que en esta investigación estos indicadores no

muestran diferencias significativas entre el grupo control y grupo casos, incluso las figuras desnudas se presentan con más frecuencia en el grupo control, mientras que en el estudio de Barbosa (2014) identificó que las figuras de perfil suma para ser indicador del trastorno de la personalidad tipo límite; por otro lado, refiere que las figuras desnudas solo se presenta en una cuarta parte de la población enferma.

Puede decirse que estos resultados permiten sugerir que es posible obtener un diagnóstico más rápido para pacientes que presentan esta patología, a través del empleo del dibujo de la figura humana lo que permitirá que su tratamiento sea administrado oportunamente.

De igual manera, la aplicación del test del Dibujo de la Figura Humana puede ser una alternativa para identificar los rasgos de la personalidad de cada paciente y así integrarlo en el modelo integrador, tratamiento que se emplea dentro del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para los pacientes con trastorno de la personalidad tipo límite.

Por otra parte, Álvarez (2014), encontró hallazgos importantes, de igual forma sobre los indicadores que arroja el test de la Figura Humana de acuerdo a los síntomas presentes en los pacientes con esquizofrenia. Y mencionó que los indicadores no pueden ser llamados como propios de una enfermedad mental, ya que cada indicador no solo señala un rasgo de la personalidad en específico, sino que cada uno de los indicadores pueden tener un significado diferente para cada sujeto con patología o sin ella; por ejemplo, la cabeza grande puede ser indicador de diferentes rasgos, como frustración intelectual, dependencia, narcisismo o pobre ajuste social y emocional. Sin embargo, también señaló que estos hallazgos en las pruebas

proyectivas si son una herramienta para diagnosticar el trastorno mental, siempre y cuando el clínico conozca cuales son los síntomas presentes en la patología.

Por lo tanto, también es importante que en el caso de las pacientes con trastorno de la personalidad tipo límite, el clínico conozca los criterios diagnósticos de la patología para así poder identificarlos a través de los indicadores, ya que los Test de la Figura Humana de estas pacientes logran ser dibujos que a simple vista suelen parecer muy completos y bien integrados. Y también es importante que se realice un trabajo de observación clínica para obtener información a través del paciente; como, su conducta, lo dicho o no dicho, olvidos y equívocos; para así, identificar los indicadores propios de enfermedad mental y no basarse simplemente en la descripción directa del manual de interpretación.

Esta investigación no intenta sustituir otras pruebas; por el contrario, se recomienda y es importante emplear diferentes técnicas y fuentes para obtener un mejor resultado; como, las entrevistas y la aplicación de otras pruebas. Sneiderman (2011) propuso esta estrategia, la cual denomina entrecruzamiento, y permite recolectar más información para así respaldar los datos obtenidos en el test del Dibujo de la Figura Humana.

En cuanto a las limitantes encontradas en este trabajo, se puede mencionar que los resultados que se obtuvieron son válidos para pacientes del sexo femenino del rango de 18 a 45 años de edad.

Por lo tanto esto delimita la población a la que se puede aplicar el Test de la Figura Humana con este objetivo, ya que los indicadores encontrados en esta investigación solo aplican para las pacientes que compartan las características de la población que se estudió.

## Referencias

American Psychiatric Association, (2018). *DSM-5 Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastorno Mentales*. Editorial Médica Panamericana.

Álvarez, A. A. (2014). *El dibujo de la figura humana en esquizofrénicos*. Recuperado de:  
<https://bit.ly/2wkJxgy>

Asociación de Salud Mental “Fray Bernardino Álvarez” (2017), *Historia de Bernardino Álvarez*.  
Recuperado de: <http://www.asociacionfraybernardinoac.org/Historia.html>

Barbosa, C., P. (2014). *Psicopatología y test gráficos. Psicodiagnostico diferencial mediante los dibujos de la casa, árbol y persona*. Barcelona: Editorial Herder, Colección salud mental.

Bender, L. (1952). *Child psychiatric techniques*. Springfield: Thomas

Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva: Tristeza y depresión*. España: Paidós.

Buck, J. N. (1948). *The H-T-P technique, a qualitative and quantitative scoring method*. J. Chil. Psych.

Coccaro, E. F., Silverman, J. M., Klar, H. M., Horvath, T. B., Siever, L. J. (1994). Familial correlates of reduced central serotonergic system función in patients with personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*. Vol. 51(4):318-324.

doi:10.1001/archpsyc.1994.03950040062008

Carlson, N. R. (2006). *Fisiología de la conducta*. México: Pearson Addison Wesley.

Clarkin, J. F, Marziali, E., Munroe-Blu, H. (1991). Group and family treatments for borderline personality disorder. *Community Psychiatry*. Vol 42.

Deutsch, H. (1942). *Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia*. Psychoanal.

Guarner, E. (1978). *Psicopatología clínica y tratamiento psicoanalítico*, México, D.F.: Librería de Porrúa Hnos. y cia., S. A.

Guendelman, S., Garay, L., Miño, V. (2014, Marzo 7). Neurobiología del trastorno de la personalidad límite. En PROVISAM, Santiago de Chile, 7. doi: 10.4067/S0034-98872014000200009

Gunzburg, H. C. (1955). Scope and limitations of the Goodenough Drawing Test method in clinical work with mental defectives. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 11, 8-15

Hammer, E. F. (2016). *Tests proyectivos gráficos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós

Hoch, P., Polatin, P. (1949). *Pseudoneurotic forms of schizopfreina*. Psychiatr.

Kaplan, H. (2003). *Terapia de grupo*. Editorial médica panamericana.

Kernberg, O.F. (1987). *Trastornos graves de la personalidad*. México: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastorno de la personalidad límite*. Buenos aires: Paidos Ibérica.

Mackinnon, R.A., Michels, R., Buckley, P. J. (2008). *La entrevista psiquiátrica en la práctica clínica*. México, D.F.: Ars Médica.

Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of human figure*. Springfield: Thomas.

Muñoz S. F., Flores, V. C. y Cabrera, A. I. (2016). Modelo integrador de terapia grupal para pacientes con trastorno límite de la personalidad. Programa de atención institucional de psicoterapia grupal para pacientes del servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. *Psiquis (México)*, 25 (2), 35- 55.



Muñoz, A., Sánchez, M. (2006). *Estructura de la familia de origen del trastorno límite de la personalidad*. En Ajayu Órgano de difusión científica del departamento de psicología UCBSP, Bolivia. Versión on line: ISSN 2077-2161

Organización mundial de la salud. (2000). “*Guía de Bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*”. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Pinto, B. (2005). *Porque no se amarte de otra manera: Estructura individual, familiar y conyugal de los trastorno de la personalidad*. Bolivia: Universidad Católica Bolivia San Pable. Departamento de psicología.

Portuondo E., J. A. (2012). *La figura humana. Test proyectivo de Karen Machover*. Siglo XXI editores.

Quiroga, E. y Errasti, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13 (3), 393-406.

Reza, O., González, S., Figueroa, R., Garduño, Y., Martínez, X. y Mendoza, J. “*Guías para la práctica clínica en psiquiatría del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*”, México: Springer Healthcare.

Sánchez, M., Pírela, L. (2012). Estudio psicométrico de la prueba figura humana. *TELOS. Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*. Vol. 14 (2):210-222.

Sneiderman, S. (2011). Consideraciones acerca de la confiabilidad y validez en las tecticas proyectivas. *Subjetividad y procesos cognitivos*, Vol. 15, N° 2, 93-110.

Stern, A. (1938). *Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses*. Nueva York: Psychoanal.

## **Anexos**

**Anexo 1:** Entrevista estructurada para el grupo comparativo.

1. ¿Cuál es tu nombre?
2. ¿Cuál es tu edad?
3. ¿Cuál es tu escolaridad?
4. ¿Has recibido tratamiento psicológico?
5. Has recibido tratamiento Psiquiatrico?

**Anexo 2:** Consentimiento informado para grupo comparativo.

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, hago constatar por medio de la presente estoy de acuerdo y acepto la aplicación de la prueba proyectiva “test de la figura humana” y que mi nombre e información que otorgue en la entrevista sea anónima y utilizada para uso exclusivo en el reporte de tesis titulado “Indicadores en el test de la figura humana aplicados a pacientes con trastorno límite de la personalidad del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez”.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Testigo

Nombre y firma

\_\_\_\_\_  
Testigo

Nombre y firma