

112411
2 ej 14

ESTUDIO DE LA IMAGEN CORPORAL
EN UN GRUPO DE PACIENTES
ESQUIZOFRENICOS

ELABORADO POR: Dra. OIGA FADOL RISSO

ASESORADO POR: DRA. EMILIA IUCIO MAQUEO

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

FALLA DE ORIGEN

18-I-86
[Handwritten initials]



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

I N D I C E

	Pag.
Marco teórico	
Concepto de imagen corporal según diferentes autores.	I
Concepto de esquizofrenia	9
Esquizofrenia e imagen corporal	II
Investigaciones sobre la imagen corporal en la esquizofrenia	17
Objetivos	23
Formulación de hipótesis	25
Variables	25
Muestra	26
Instrumento de medición	27
Administración	28
Interpretación	28
Procedimiento	29
Tratamiento estadístico de los datos	30
Resultados	31
Análisis de los resultados y conclusiones	32
Sugerencias	33
Apéndice	34
Guía de calificación No I	35
Guía de calificación No 2	36
Significado de los índices de la guía No I	37
Significados de los índices de la guía No 2	38
Bibliografía	40

INTRODUCCION

Hablar de esquema corporal implica caer en un problema complejo y amplio, pues remite a abarcar conocimientos de los aspectos anatómicos, fisiológicos, psicológicos, psiquiátricos y sociológicos.

Desde que se iniciaron los estudios sobre este tema fueron varios los nombres propuestos: somatopsique, somatognosia, cenestesopatía, imagen o modelo postural, imagen espacial, conciencia del cuerpo, imagen corporal y esquema corporal. Pasa a ocupar un lugar importante en la psicología, psicoanálisis y psiquiatría con el título de imagen corporal o esquema corporal. Esta última designación fue acuñada por A. Pick y retomada por Paul Schilder en su libro "Imagen y apariencia del cuerpo humano", texto que se tomó como básico en este trabajo.

El primer impulso con respecto a las investigaciones sobre la imagen corporal partió de la neuropatología y de la psiquiatría, campos en los que fueron observados sistemáticamente, fenómenos de disparidad entre los datos objetivos concernientes al cuerpo de un sujeto y las sensaciones subjetivas que este mismo experimenta.

En el tema de la percepción del propio cuerpo está comprometida la autoconciencia, la emergencia del yo y la identidad. La palabra cuerpo en psiquiatría tiene un sentido amplio que comprende la totalidad de la persona, y como tal, tiene aspectos conscientes e inconscientes.

En el presente estudio se abordará el tema desde un ángulo psiquiátrico y psicodinámico, a nivel de un trastorno psicótico : la esquizofrenia.

Se ha observado que las impresiones corporales más anómalas son las que aparecen en la esquizofrenia, son impresiones cuyo carácter fantástico las asemeja a la de los pacientes neurológicos. En todos los casos los pacientes esquizofrénicos, en mayor medida que otros enfermos mentales, sienten indefenso su cuerpo, y sus límites violados.

Es sabido que las representaciones del cuerpo - cualquiera que sea el modelo teórico de referencia - condicionan la idea que uno se hace de sí mismo, la idea que se hace de los otros, y la idea que se hace del mundo. Es a la vez, el sujeto y el objeto de nuestro universo. No debe sorprender por tanto que esta representación se altere en la mayor parte de las conductas patológicas, y que para muchos autores lo esencial de las psicoterapias de los psicóticos resida hoy en un intento de reestructuración de la imagen del cuerpo .

Existen numerosos estudios con técnicas de dibujo, modelado y de expresión artística espontánea que revelan la imagen mental que de su cuerpo tienen los pacientes psicóticos. Estas técnicas constituyen instrumentos útiles como métodos de diagnóstico y tratamiento. Al respecto P. Schilder (1935) supone que la proyección a través del dibujo, es un medio eficaz para revelar dinámicos internos. Dice también que el dibujo a lo largo de la vida del sujeto sostiene aspectos estructurales que son índices de elementos básicos de la personalidad. Teniendo en cuenta estas consideraciones, en este trabajo se utilizó como técnica para evaluar las posibles alteraciones de la imagen corporal, el dibujo de la figura humana, llevado a cabo por pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

MARCO TEORICO

CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL SEGUN DIFERENTES AUTORES:

PAUL SCHILDER, en su libro "Imagen y apariencia del cuerpo humano" (1958), desarrolla en tres partes los problemas del esquema corporal, desde el punto de vista fisiológico, neuropatológico y psicológico, estudiando sucesivamente las alteraciones de la imagen corporal en los procesos neuropatológicos, en las neurosis y en las psicosis y en las implicaciones sociales.

Define la imagen corporal como la "representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos aparece." "El esquema corporal es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo."

La imagen se integra aditivamente con sensaciones, aunque es algo más que percepción: es esquema en el sentido de Head.

Describe como base fisiológica del esquema corporal, la impresión postural que es un patrón de las posturas sobre cuya base se miden todas las percepciones nuevas. Descansa sobre la imagen óptica del cuerpo, cuya simetría hace posible la transferencia de una sensación de un lado a otro del cuerpo. Los mecanismos espinales con su distribución bilateral, contribuyen a ello. La representación óptica es importante para el reconocimiento postural, porque la experiencia de contacto provoca directamente la imagen óptica o a través de impresiones kinestésicas. Una lesión cerebral puede provocar una anosognosia, que consiste en la exclusión de la vida psíquica de un grupo de experiencias. Un paciente con parálisis izquierda se comporta durante cierto tiempo como si no

padeciera de una hemiplejía y ejecuta los movimientos del lado sano, al solicitarle que mueva el lado paralizado, sin percibir la falla. El autor asimila estos fenómenos al síndrome de Korsakoff, como perturbaciones orgánicas de la memoria que rechaza lo penoso. Plantea que el modelo postural de un sujeto se vincula con el de otros sujetos, y las alteraciones perceptivas de nuestro cuerpo se acompañan de alteraciones perceptivas en el cuerpo de los demás. La orientación en el espacio está en relación con la orientación derecha e izquierda del cuerpo.

El conocimiento del cuerpo es imprescindible en la ejecución de la acción, que siempre tiene un objetivo, aunque no elaborado como plan claro y previo de lo que debemos hacer: es sólo impulso.

Toda acción lleva consigo un cambio en la función gnóstica, y toda función gnóstica lleva consigo una acción. Esta acción es sobre nuestro cuerpo, sobre el cuerpo de los otros y sobre los objetos.

Una clara expresión de la existencia del modelo postural, es el miembro fantasma en personas amputadas, representado por sensaciones táctiles, kinestésicas, y casi siempre imágenes ópticas.

La estructura del miembro fantasma cambia con el tiempo, perdurando más la mano o el pie. La persistencia de la mano es porque guarda una relación más estrecha con el mundo exterior, y estas son las partes más importantes del esquema corporal, que se desarrolla en este contacto con el mundo.

La sensación del cuerpo se completa siempre con el contacto de la realidad y de los objetos en general. Para este autor el cuerpo aparece como una unidad, no un producto de las sensaciones sino coordinado con ellas, las cuales adquieren su significado gracias a esta unidad que es una de las fundamentales de nuestra experiencia.

Mundo, cuerpo y personalidad, constituyen tres categorías específicas. En la segunda parte de su libro, el autor estudia la estructura libidinal de la imagen corporal, siguiendo las primeras ideas de Freud. Plantea que la libido narcisista tiene por objeto la imagen del cuerpo, y las sucesivas etapas de desarrollo libidinal van cambiando la imagen del cuerpo que nos pone en contacto con el mundo (los orificios, fundamentalmente) tiene gran importancia erótica, y cuando se intensifica un deseo parcial, la o las zonas eróticas correspondientes se constituyen en centro de la imagen corporal. Así la importancia de los ojos deriva de ser el orificio simbólico a través del cual el mundo se introduce en nuestro ser. La irritación de los orificios bucales y anogenitales, así como el resto de la piel llevan al contacto con las manos. En los niños son los demás los que los manipulan. El contacto propio y el interés de los demás por el cuerpo son de enorme importancia para el desarrollo del modelo postural. De aquí deriva el interés por las modificaciones del esquema corporal en las diferentes enfermedades. Por ejemplo en los enfermos neurasténicos e hipocondríacos determinadas partes del cuerpo se comportan como si fueran autónomas y genitales. En la despersonalización, en cambio, se observa una pérdida de interés por el mundo y el cuerpo. Los procesos de conversión, en la histeria, se refieren también al esquema corporal, y son la expresión de un conflicto psíquico desplazado al cuerpo. La imagen del cuerpo es una unidad que se construye y destruye al mismo tiempo. Cuando un objeto del mundo externo (aire, alimentos) transfiere la zona sensitiva, deja de ser externo y no se suma simplemente al cuerpo, sino se digiere. Cuando orinamos y defecamos es una parte del esquema del cuerpo que se expulsa. La extensión de la imagen corporal hacia el mundo, es también evidente en la voz y el lenguaje.

Las partes más protuberantes y sueltas del cuerpo, como los brazos, piernas, pene, nariz, etc, tienden a personificarse, tanto más cuanto mayor sea su significado libidinal. De ahí el temor a perderlas, así como el temor de desmembramiento del cuerpo. Este temor aparece evidente en las psicosis por proyección de partes del cuerpo al mundo exterior.

La vida emocional desempeña un papel decisivo en la configuración definitiva del modelo postural del cuerpo, y en sus alteraciones. Las alteraciones emocionales del esquema del cuerpo pueden ser variadas de un modo más directo a través de la ornamentación y la vestimenta, por transferencia libidinosa a través de la cual estas toman un carácter simbólico de órgano, generalmente sexual. La rigidez de la imagen corporal se enriquece así con los ornamentos, lo mismo que con el movimiento y la danza, ya que en estos también se disuelve la forma rígida del cuerpo. La emoción por su sentido cinético tiene una acción análoga.

A nivel instrumental neurológico, el lóbulo parietal interviene en la elaboración de la percepción de la imagen corporal, estableciendo las actividades prácticas resultantes del cuerpo y dirigidas al cuerpo o hacia el espacio exterior

CLIFFORD SCOTT da la siguiente definición: "Esquema corporal es el conjunto de sensaciones, imágenes concientes e inconcientes, que van desde la superficie del cuerpo a sus profundidades, y de la superficie del cuerpo a los límites del espacio y el tiempo." Considera que espacio y tiempo son producto del acontecer. Esquema corporal o noción del propio cuerpo, es para Scott la resultante entre las profundidades del propio cuerpo, o sea el mundo interior (el conjunto de sensaciones, inquietudes y emociones internas) y el mun-

do externo con los objetos, o mejor dicho con el acontecer de estos en relación con el yo. El esquema corporal sería pues el resultado de lo que introyectamos y proyectamos, la vivencia del propio cuerpo sería en última instancia, también una proyección. Proyección de los objetos reinantes en nuestro mundo interno y externo. Así explicaríamos como la imagen, la concepción del cuerpo, está en relación a nuestro estado de espíritu y por consiguiente en constante cambio en permanente estructuración.

SIGMUND FREUD, no se ocupó específicamente de la vivencia del cuerpo como totalidad sentida por el individuo, pero si forjó el concepto de yo corporal. Sostuvo en un acerto ya clásico que "el yo es primeramente y ante todo un yo corporal (no solo una entidad superficial, sino la proyección de una superficie)" y acota " el yo deriva en última instancia de las sensaciones corporales, principalmente de aquellas que se originan en la superficie. Puede ser considerado entonces como una proyección mental de la superficie del cuerpo: (además, representa la superficie del aparato mental)."

Freud llamó la atención sobre el hecho de "que el cuerpo y ante todo su superficie, es el lugar desde el cual pueden surgir percepciones internas y externas. Es visto del mismo modo que cualquier otro objeto, pero el tacto provee dos tipos de sensaciones, una de las cuales es equivalente a una percepción interna...."

El niño recibe desde los primeros días de su vida, una serie de estímulos externos o internos, que inciden en su cuerpo, todo este cúmulo de sensaciones no las va a ir integrando más que lentamente a medida que se va formando su yo y va tomando conciencia de su cuerpo.

WILLIE HOFFER, se interesó en la formación del esquema

corporal, sostiene que la mano y la boca son los principales medios a través de los cuales el bebé, a partir de las 16 semanas de vida, va organizando la percepción de su propio ser corporal y a la vez del mundo de los objetos. " El tocar su propio cuerpo despierta en el lactante dos sensaciones de la misma calidad, y estas lo lleva a distinguir entre el self y el no self, entre el cuerpo y lo que más adelante se transforma en el ambiente. Por lo tanto este factor contribuye a los procesos de diferenciación estructural. Se inicia en esta forma la delimitación entre el yo corporal y el mundo exterior, el mundo donde se encuentran los objetos." Hoffer se basa en observaciones sistemáticas de lactantes, en los que comprobó la constante asociación boca mano en el proceso de la alimentación. Y se verifica la misma asociación en la primera etapa de la evolución libidinal, porque en los comienzos de la vida succionarse los dedos constituye una actividad fundamental para procurarse placer autoerótico, así como para la progresiva familiarización con el mundo: con auxilio de la mano, el niño se lleva a la boca lo que le llama su atención, e inicia así un mejor conocimiento de ello.

JACQUES LACAN, el psicoanalista francés concede una importancia esencial en la integración de la imagen del cuerpo y con ello, sostiene en la integración del propio yo, a la experiencia de la visión especular. Alrededor de los seis meses, el bebé puede reconocer ya su cuerpo reflejado en un espejo, como lo observó décadas atrás el psicólogo Baldwin; este reconocimiento ignora lo que Lacan denomina "el estadio del espejo", que se prolonga hasta el año y medio aproximadamente. Aunque el niño no domina el habla y carece aun de una coordinación motora totalmente

desarrollada, anticipa imaginariamente el dominio de su unidad corporal, al verse como si fuera un otro en la imagen que se le enfrenta. Es la imagen de un doble en la que identifica con formas humanas ajenas la forma corporal propia. Ello significa que se han coordinado los datos visuales; el bebé supera así la ansiedad de sentir disperso o fragmentado su propio cuerpo y se siente uno, tanto física como afectivamente. De tal modo nace el esquema corporal con la preponderancia de las funciones visuales. "La asunción jubilante de su imagen especular por el ser sumergido aun en la impotencia motriz y la dependencia de la alimentación que es el niño en ese estadio infans, nos parece manifestar en una situación ejemplar la matriz simbólica en que el yo se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje no le restituya en lo universal su función de sujeto."

ENRIQUE PICHON RIVIERE, si bien este autor está en la línea de Schilder y de Scott, aporta a la vez conceptos teóricos y un estudio detallado de la psicopatología del esquema corporal. En lo teórico se ubica en el plano fenomenológico, rechazando toda separación entre mente-cuerpo-mundo. Fundamentalmente existen personas, objetos y situaciones. Todo lo que pasa en el esquema corporal, pasa en realidad a una persona vinculada con un objeto en una situación determinada. La introducción en el concepto de esquema corporal del vínculo con el objeto, y con él, del concepto de situación y de tiempo, es quizás lo más importante del enfoque de este autor. Además incluye las relaciones interhumanas en la experiencia de la corporeidad, así como la de las situacio-

nes vividas en el pasado o en el presente.

Para él ,la división cuerpo-mente-mundo es puramente formal, lo que sucede en cada una de estas tres áreas pertenece básicamente a la persona, está eligiendo una de ellas predominantemente para manifestar sus conflictos. Pero nada de lo que sucede en un área determinada deja de ser percibido por la totalidad de la persona.

A pesar de la diversidad de acento de las distintas concepciones expuestas, resalta la característica común a todas ellas de que se relaciona el esquema corporal con sectores más bastos de la personalidad. Esto implica dentro de esta línea de pensamiento la internalización de relaciones interpersonales, una fuerte tonalidad afectiva y de aspectos inconcientes. La estructuración real del organismo, contribuye sólo parcialmente, a la experiencia que de él se tiene; las relaciones de objeto, teñidas por las emociones básicas influyen de manera decisiva, y de ahí resulta que la corporeidad propia es más vivida que percibida.

CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA

" Ninguna otra condición de la patología humana ha asombrado tanto y ha sido causa de tanta controversia de la opinión del ser humano como la esquizofrenia." (Arieti)

En este apartado, no nos adentraremos en la descripción de esta enfermedad para la que ha prevalecido la denominación de esquizofrenia, describiremos brevemente la evolución de esta noción, y la definiremos.

Desde hace mucho tiempo, estos enfermos han llamado la atención de los clínicos, ya que entre todos los que poblaban los asilos del siglo XIX, existía un aire de familia. En Francia Morel describía a alguno de ellos "afectos de estupidez" desde su más temprana edad", con el nombre de "dementes precoces"; Hecker en Alemania, designó esta enfermedad como una hebefrenia (estado demencial de la gente joven); y Kalhbaum, interesándose sobre todo en sus trastornos motores, los describió como afectos de catatonía. De 1890 a 1907, Emil Kraepelin, reunió todos estos casos bajo el nombre de "demencia precoz". Para él, esta consistía en una especie de locura, caracterizada por su progresiva evolución hacia un estado de debilitamiento psíquico, y por los profundos trastornos de la afectividad.

Todos los observadores de la época (Chaslin, Séglas, Stransky, etc) apreciaban que en estos casos, se trataba menos de demencia, que de una disociación de la vida psíquica, que pierde su unidad, de una especie de "disgregación de la personalidad".

Es precisamente esta noción la que queda implicada en el mismo concepto de esquizofrenia, palabra por la que Bleuler, en 1911, propuso designar el grupo de "dementes precoces", alegando que una de las ca-

racterísticas más llamativas es la disgregación, o desintegración de las diferentes funciones psíquicas, y no tanto la progresión hacia un estado demente. Precisamente la palabra esquizo significa escisión.

La esquizofrenia es una de las psicosis más difíciles de definir. Para ello vamos a recurrir a un clásico del tema, que es Bleuler.

La definición de Bleuler dice lo siguiente:

"Con el término esquizofrenia, designamos a un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, y a veces está marcado por ataques intermitentes, y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa restitution ad integrum.

La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, los sentimientos y la relación con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular."

"Llamo a la demencia precoz esquizofrenia porque el desdoblamiento de las diferentes funciones psíquicas es una de sus características más importantes. Si la enfermedad es pronunciada la personalidad pierde su unidad."

Bleuler dividió los síntomas que se presentan en la esquizofrenia en dos grupos. Por un lado los síntomas fundamentales, y por otro los síntomas accesorios. Dentro de los primeros incluye los trastornos de la asociación del pensamiento, y la afectividad, la predilección por la fantasía en oposición a la realidad y la inclinación a divorciarse de la realidad (autismo).

Como síntomas accesorios incluye a las alucinaciones, ilusiones y a las ideas delirantes. En cuanto sabemos, los síntomas fundamentales son característicos de la esquizofrenia, mientras que los accesorios pueden aparecer también en otros tipos de enfermedad.

ESQUIZOFRENIA E IMAGEN CORPORAL

Waelhens nos dice que la esquizofrenia, es sin duda, la psicosis cuyo punto de partida se sitúa en las capas más arcaicas de la personalidad; para muchos es la psicosis tipo, sin embargo, debemos precisar desde un punto de vista psicodinámico una serie de rasgos que definan su naturaleza.

Estos rasgos se articulan entre sí y componen un mundo patológico de existencia. Este modo de existencia patológica se caracteriza por la siguiente estructura:

1- La imagen del cuerpo a la que se refiere conciente e inconcientemente el enfermo, aparece siempre como siendo de algún modo la de un cuerpo fragmentado; esta fragmentación se revela a veces en forma clara, otras veces se disimula, pero puede encontrarse en las producciones inconcientes del sujeto.

2- El sujeto muestra en algún momento decisivo de su conversación, una confusión entre significante y significado. Es decir confusión entre palabra y cosa. Los neologismos suelen originarse en esta confusión.

3- El triángulo edípico está perturbado. El sujeto en este caso es sólo imaginariamente un yo. Se ubica en el lugar del padre suplantándolo a veces por un personaje fantástico: Dios, Cristo etc, y tiende a fundirse con la madre, ya que para separarse de la madre es necesaria la acción de un tercero, el padre, inexistente aquí, por la forclusión y porque ha sido suplantado por el sujeto. A este esquema corresponde el deseo de ser su propio padre con su propia madre, entonces el triángulo edípico del esquizofrénico es en realidad un pseudotriángulo, pues la madre no es la madre edípica, sino el otro

con el que está directamente relacionado el sujeto. No ha llegado a la noción simbólica de madre.

4- El sujeto manifiesta una bisexualidad por lo menos virtual. Esto se deriva del punto anterior. El individuo fracasa en situarse en relación con la diferencia de sexos.

5- El sujeto identifica el nacimiento y la muerte. Habla de una y otra como si fueran equivalentes.

De estas cinco características únicamente veremos con más detalle la primera.

Todo este trastrono psicótico tiene un correlato, el de la imagen fragmentada del cuerpo propio. Esta imagen puede o no ser conciente, pero se discierne más o menos rápidamente en el discurso, o en las producciones inconcientes del esquizofrénico, en los genios en el dibujo, en el modelado, etc.

Si el sujeto no puede llegar a lo simbólico ni al estadio del espejo (Lacan), evidentemente queda bloqueada la capacidad de acceso a una imagen unitaria del cuerpo, puesto que para tener una imagen unitaria del cuerpo, para llegar a la imagen corporal, a la unificación de los distintos puntos erógenos, separados hasta ese momento entre sí, es necesario pasar por el arribo a lo simbólico y por el estadio del espejo. Más aún para que se constituya la imagen del cuerpo, es necesario un sistema de referencia simbólico, referido a la unidad y separación de las partes de esa estructura que es el cuerpo. Es decir el cuerpo es una totalidad donde las partes y el todo guardan una relación definida. La captación de esta relación, como la captación de toda relación, implica el manejo simbólico.

En el cuerpo propio, las partes son parte del todo y éste engloba a las partes, pero no deben confundirse. Si las partes pierden su vin-

culación con el todo, se producirá una confusión entre las partes, por ejemplo entre todos los orificios corporales, de modo tal que el individuo se vuelve incapaz de captar la relación o separación entre esos orificios. Además algunas partes estarán excluidas o proyectadas al exterior. Estas experiencias corporales, son proyectadas al mundo exterior, como decíamos, sintiéndolo extraño, "diferente", aparecen fantasías del fin del mundo, expresando el sentimiento interno de desestructuración yóica y corporal. Hay delirios en los cuales el individuo se ve a sí mismo en el exterior. A veces ve sus órganos ante él, o escucha su propia voz viniendo desde afuera, como ocurre en el delirio de control, en que el individuo escucha voces que van describiendo sus actos, : "ahora se levanta, ahora va al baño" etc. Pankow dice que hay en estos casos, una ausencia de vínculos entre lo de adentro y lo de afuera, el individuo debería primero saber quien es él, es decir volver a hallar un cuerpo limitado y adaptado como unidad, pero para eso deben hallarse presentes los momentos articulados de la estructura, es decir, el momento del acceso a lo simbólico, la constitución correcta del triángulo edípico; la elaboración normal de la imagen unitaria del cuerpo. Esto no ha ocurrido en el esquizofrénico, y por lo tanto no puede hacer una diferenciación de sus propias partes en su propio cuerpo, y tampoco una diferenciación entre su propio cuerpo y el exterior. De ahí las vivencias de alteración y despersonalización en el plano corporal, y de desrealización.

Otro elemento de la estructura esquizofrénica, dijimos que es la bisexualidad, porque sólo el desarrollo correcto de la relación edípica sitúa al sujeto con relación a la diferencia de sexos. Su conducta podrá ser heterosexual u homosexual, por eso es prefe-

rible hablar de bisexualidad en la esquizofrenia.

PICHON RIVIERE, sostiene por su parte, que las alteraciones esquizofrénicas de la imagen corporal son consecuencia de una genitalización del cuerpo. En algunos casos su significado es el de sometimiento a un padre castrador, como lo ejemplifica el personaje de Gregorio de la Metamorfosis de Kafka. Afirma que en general las deformaciones del esquema corporal tiene valor de pronóstico en relación con los procesos esquizofrénicos. La esquizofrenia revela el carácter fisiopsicológico de todo cambio profundo de la situación vivida. Lo afectado es el cuerpo y la mente, y en este último plano la imagen mental del cuerpo es igualmente perturbada. No es el caso exclusivo de la esquizofrenia, sin embargo aunque en esta enfermedad las alteraciones son casi siempre marcadas, suelen ser muy espectaculares en los casos de despersonalización, afección a la que Pichon Rivière califica de "extrañamiento del cuerpo", señalándola a la vez como una alteración masiva del esquema corporal.

La despersonalización consiste en una desestructuración de la persona, que desemboca en una especie de duda sobre la realidad de uno mismo, de su propio cuerpo. Recordemos a propósito el proceso normal de personalización mediante el que cada ser construye su propia personalidad. Partiendo del estado de "fusión" con la madre que se encuentra en contacto físico y afectivo con el niño, adquiere este una identidad propia de verdadera relación interpersonal, que le permite una vez adulto, una actitud de madurez, permitiendo una percepción de sí mismo, como alguien que existe y vive en su propio cuerpo, gozando del estatuto de ser autónomo. Este cuerpo tiene también una función social, puesto que constituye un lugar preciso de

la comunicación en la unión entre la persona y los demás, unión que se opera mediante todas las formas del lenguaje (hablado, mímico, gestual, en la forma de vestirse, etc). En pocas palabras a través de la experiencia del propio cuerpo se estructura el proceso de personalización.

La despersonalización con la experiencia de sentimientos extraños de cambios de la personalidad, el sentimiento de irrealidad del cuerpo y del ambiente, la impresión de un pensamiento irreal, de una alteración de su identidad y de la morfología del cuerpo (signo del espejo), la perplejidad respecto de su cuerpo y de su personalidad en vías de desorganización, a la que se añaden quejas hipocondríacas, son muy características de las fases iniciales de la esquizofrenia. Impresiones leves de despersonalización son propias de las neurosis al menos en alguna de sus etapas, aunque con respecto a la despersonalización cabe preguntarse si constituye en sus manifestaciones más agudas, un cuadro independiente o es parte de la psicosis esquizofrénica o de la melancolía. Como quiera que sea, Schilder la considera, esencialmente un trastorno de la imagen corporal, y relaciona su aparición con el temor a depositar la libido tanto en objetos externos como en el propio cuerpo.

No todos los psiquiatras coinciden en atribuir un cariz tan acusadamente corporal al síndrome de despersonalización; algunos lo colocan dentro de un cuadro más amplio de "insensibilidad general", según la expresión de Bonier.

Pichon Rivière establece la siguiente secuencia: después de un primer momento hipocondríaco por internalización corporal de un objeto persecutor, surge un mecanismo de negación, lo que supone pues que la despersonalización sería expresión de un vínculo maníaco en el área corporal.

En el esquizofrénico confirmado, "la vivencia corporal se rompe en muchos fragmentos".

El mutismo, la oposición, la incoherencia de las ideas y del lenguaje, la psicomotricidad extraña y amañada, hace que el contacto directo sea muy difícil, cuando no imposible con estos enfermos. Para penetrar en su mundo destruido, hay que servirse, interpretándolos, de sus dibujos, sus modelados, los mensajes de su cuerpo, etc. Entonces se puede llegar a descubrir las zonas de destrucción de su cuerpo y restituir las a continuación, tanto para el exterior como el interior, en un cuerpo que ha encontrado sus límites.

"Así el mundo de las psicosis aparece como un mundo fragmentado: cada fragmento es a menudo sentido como si fuera un mundo separado y que ha perdido toda conexión interna con los otros fragmentos. Es difícil traducir estas relaciones al lenguaje habitual, pues el enfermo mental percibe un fragmento no como parte sino como totalidad. Si conseguimos ponerlos todos juntos, las diversas partes de la imagen del cuerpo, entonces el cuerpo puede ser reconocido como el cuerpo limitado de un hombre o de una mujer". (P. Bernard)

INVESTIGACIONES SOBRE IMAGEN CORPORAL EN LA ESQUIZOFRENIA

Las contribuciones iniciales para el conocimiento e investigación del concepto de imagen corporal y de su función dentro de la economía psicológica en total ,procedieron sobre todo de la clínica patológica,a la que por cierto se le siguen debiendo nuevos aportes,y si la introspección y los análisis fenomenológicos constituyen una fuente inexcusable en este terreno,puesto que se trata de estudiar una vivencia,también la experimentación ha permitido ampliar lo que se sabe sobre este tema.

La cantidad de técnicas empleadas es variada y numerosa: test,cuestionarios,dibujos,observación de sujetos sometidos a drogas o en estado hipnótico,autoconfrontación con la propia imagen, doble estimulación de partes del cuerpo,autoevaluación del cuerpo o de sectores del mismo,respuesta a estímulos perceptivos,cambios de la estimación corporal en circunstancias especiales,lentes distorcionantes,aislamiento sensorial,asociaciones verbales, todos estos procedimientos permitieron ampliar el conocimiento del esquema corporal. No entraremos a revisar cada una de las investigaciones realizadas con todas las técnicas enumeradas,nos remitiremos a una de ellas:el dibujo. Pero antes ,señalamos que la investigación objetiva de este tema,plantea por cierto problemas pues se trata de un fenómeno de índole evidentemente vivencial. Desde luego ,cuando las técnicas empleadas,requieren la ejecución de ciertas acciones, o la interpretación de estímulos,la naturaleza de las impresiones corporales sólo puede inferirse a partir de esas respuestas. Cuando en otras técnicas el sujeto,expresa directamente lo que siente,sus manifestaciones pueden no reflejarlo de modo exacto,y además también

su interpretación por parte de un tercero, puede originar deformaciones. Pero esta es una cuestión que afecta a la esfera total de la psicología, en las que los métodos y técnicas utilizados dependen de la corriente o escuela a la que se pertenece.

En los últimos años se va advirtiendo un acercamiento entre enfoques metodológicos distintos, sometiéndose cada vez más a la comprobación experimental, fenómenos de la esfera subjetiva de la conducta, o acompañándose de descripciones fenomenológicas experimentos que investigan la conducta objetiva.

El dibujo, especialmente el dibujo de la figura humana constituye una de las técnicas más comunes en la investigación del esquema corporal, según la doctrina de que en estas representaciones se refleja una proyección de vivencias corporales propias.

Los trabajos clásicos en este terreno son los de Karen Machover y los de F. L. Goodenough, quienes utilizaron el dibujo de la figura humana como test proyectivo para evaluar diversos rasgos de personalidad, tipos de conflictos, grados de salud mental, estabilidad emocional, o como test de inteligencia.

En lo que respecta a su aplicación para evaluar características del esquema corporal, ambas autoras consideran que los límites del cuerpo representan en los dibujos una protección simbólica contra el exterior. Karen Machover halló por su parte una interesante correlación entre la denominada por Witkin "dependencia del campo perceptivo" y la evaluación de la propia imagen corporal reflejada en el dibujo: los sujetos menos dependientes del campo muestran mayor integración corporal y rasgos sexuales maduros.

Pese a la amplia aceptación del dibujo como medio de investigación en el terreno que nos ocupa, algunos autores observan

que hay que tomar muy en cuenta el influjo de la mayor o menor habilidad para dibujar, y evitar así algunas conclusiones erróneas. Por ejemplo, la representación de un sector tan importante como las manos depende en gran medida de la habilidad. Dibujar es al fin de cuentas un don complejo, como observa Schilder, motriz a la par que sensorial. Esto constituye sin duda un peligro para la validez de las interpretaciones, pero se han visto varios casos de correlaciones constantes entre el resultado de dibujos y otras situaciones experimentales, lo que fortifica la convicción de su utilidad. Lo mismo cabe decir, admite Schilder del hecho de que los niños se muestran generalmente satisfechos de sus dibujos, pese a las deformaciones. Esta conformidad, demuestra que las figuras trazadas corresponden a impresiones auténticamente sentidas.

La personalidad no se desarrolla en el vacío, observa Karen Machover, sino a través del movimiento, la sensación y el pensamiento de un cuerpo determinado. Siendo el cuerpo con sus tensiones viscerales o musculares, "el campo de batalla donde se enfrentan las necesidades y presiones (según Murray) y representa el núcleo del estudio de la personalidad". De hecho es la imagen del organismo la que representaría ese núcleo; en ella entran, como dice la psicóloga A. Abraham, "las actitudes hacia el propio cuerpo y su modo de organización 'subjetiva'". Así su representación gráfica por más que incluye otros elementos, traduce los deseos más profundos del sujeto, expresa francamente sus propios defectos y sus compensaciones. En suma traduce la significación psicológica del cuerpo para el individuo. Incluso los grafismos infantiles anteriores a la época en que se puede dibujar a una persona, revelan el esquema del cuerpo, predominan las formas abiertas, desparramadas, porque entonces es

así como siente el niño su propio cuerpo. La patología infantil confirma esta correspondencia; los niños que sufren dificultades auditivas dibujan personas sin orejas o con orejas desproporcinadamente grandes y de trazos marcados, los niños poliomelíticos dibujan miembros incompletos o con otras distorciones.

Smith, señala la importancia de la verbalización que acompaña el dibujo de la figura humana. Los esquizofrénicos al describir las diferencias entre la figura de un hombre y una mujer, mencionan menos frecuentemente que los individuos normales, los genitales, la forma del cuerpo, la longitud del cabello, etc.

El estudio de Modell a pesar que no se limita a pacientes esquizofrénicos, encontró una correlación significativa entre el restablecimiento a partir de un estado de regresión y las modificaciones específicas en el dibujo. La imagen del cuerpo humano dibujada por los individuos en estado de regresión, es frecuentemente incompleta, desorganizada e indiferenciada, mientras que al recuperarse el sujeto es más definida y diferenciada y presenta una clara identificación sexual.

Analogamente Bender y Keeler, han observado una imagen del cuerpo humano más integrada en los dibujos de un grupo de niños esquizofrénicos que seguían tratamiento electroconvulsivo, y en cuyos dibujos anteriores se apreciaba desintegración de la imagen corporal.

Estos resultados están en consonancia con las descripciones de Naumburg, en su extenso trabajo sobre la expresión artística espontánea usada como medio psicoterapéutico auxiliar. Aunque no se consignan todos los datos, puede afirmarse que la prueba del dibujo

de la figura humana, promete ser de utilidad para el diagnóstico y como medio auxiliar para seguir el curso del tratamiento.

Las conclusiones de Shilder se enmarcan estrictamente dentro de la teoría psicoanalítica en este punto, pero intentó fundarlas así mismo sobre una base experimental. Junto con otros investigadores del Bellvue Hospital de New York, analizó dibujos de la figura humana hechos por esquizofrénicos, en especial las modificaciones de la imagen corporal que reflejan como consecuencia de tratamientos de shock. Se observó que los primeros efectos eran de desorganización aún más pronunciada, con marcadas desproporciones en los distintos sectores corporales, hasta que después de un tiempo las representaciones gráficas de los enfermos tratados recobraban los caracteres que les eran habituales. Aquí se revela posiblemente el influjo progresivo y regresivo de las sensaciones de muerte; otros testimonios (aplicación del test de Goodenough), revelaron un predominio de libido homosexual en los esquizofrénicos, pero también regresiones de tipo narcisista, con un retiro de interés de todo objeto que no fuese el propio yo.

En 1935, J Winstch, aplicó el test , dibujo de una persona bajo la lluvia, a pacientes esquizofrénicos. Los resultados mostraron distorsiones graves, tales como zonas transparentes y continuidades entre los límites del propio cuerpo y los de los cuerpos ajenos, o con el medio exterior, hasta una desintegración total de tales límites.

En cuanto a las explicaciones de orden fisiológico de tales distorsiones del esquema corporal, en los pacientes esquizofrénicos, los autores no concuerdan enteramente, aunque esto cabe decirlo acerca del problema total de la esquizofrenia, que constituye aún un problema de especulación dentro de la psiquiatría. Bychowsky las

vinculó con lesiones interparietales, lo mismo que ocurre en muchos trastornos del esquema de origen orgánico.

H. Hécaen acepta la importancia del síndrome interparietal en todos los casos de trastorno de la corporeidad, pero menciona que en el caso de los procesos esquizofrénicos, investigaciones histológicas y experiencias de enfriamiento con cloruro de etilo parecen confirmar que en ellos resultan afectadas en general diversas regiones corticales, sobre todo el lóbulo parietal inferior, y de ello resultarían a su juicio las impresiones de despersonalización y las anomalías en el cuerpo vivido, acompañadas siempre, si dependen de procesos esquizofrénicos, de anomalías paralelas en el tiempo y en el espacio vividos.

OBJETIVOS

La vida humana afectiva transcurre en el plano de lo que llamamos el psiquismo, y en él se aúnan en interacción dialéctica, lo corporal y lo anímico. En este plano el cuerpo es cuerpo vivido al par que corporeidad objetiva, cuerpo con el que actuamos y que vivenciamos en la multiplicidad de las situaciones vitales, y que a tal punto es parte integrante de nuestra conducta que resulta inseparable de la personalidad y aún del propio sentimiento de identidad.

Cuando se habla de esquema corporal, según Paul Schilder y sus seguidores, se supone una síntesis de datos sensoriales que se hallan presentes en todo momento, aunque con grados variables de claridad para la conciencia, y así como percepciones de diferentes géneros, principalmente táctiles, ópticas y kinestésicas. También toda percepción exige a su vez el esquema.

Al decir de Pichon Rivière, la tríada yo-mundo-cuerpo, constituyen una estructura unitaria. Una vez constituida, según las diversas circunstancias se torna más o menos salientes uno u otro de los tres factores; empero cuando uno de ellos se desintegra, se desintegran también los demás. Toda perturbación del yo es perturbación de la comunicación con el mundo y perturbación de la vivencia del cuerpo, en cambio cuando yo y lazos interpersonales funcionan adecuadamente "el cuerpo está en nosotros y nosotros en él". (L. Ibor)

No debe sorprender por tanto, que la representación de la imagen corporal sea alterada en la mayor parte de las conductas patológicas, ya que esta se halla íntimamente ligada al núcleo central de la personalidad: al yo. Yo que en las psicosis, especialmente en la esquizofrenia, puede sufrir múltiples alteraciones.

El propósito de este trabajo es constatar alteraciones en la imagen corporal en un grupo de pacientes diagnosticados como esquizofrénicos. Para abordar este problema, nos apoyamos en un instrumento de medición, que es la prueba del dibujo de la figura humana. Mediante la presencia de rasgos gráficos corporales inadecuados, intentamos calificar que tanto se ha alterado el esquema corporal, en el grupo de pacientes esquizofrénicos.

El conocer estos aspectos contribuye a tenerlos en cuenta en el manejo terapéutico.

FORMULACION DE HIPOTESIS

En pacientes esquizofrénicos existe una alteración de la imagen corporal, en relación a un grupo de sujetos normales. Para comprobar esto se plantean las siguientes hipótesis estadísticas;

HIPOTESIS A1:

Existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes esquizofrénicos, y el grupo de sujetos normales en los índices de ausencia de rasgos gráficos adecuados, en la prueba del dibujo de la figura humana.

HIPOTESIS O 1

No existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes esquizofrénicos, y el grupo de sujetos normales, en los índices de ausencia de rasgos gráficos adecuados, en la prueba del dibujo de la figura humana.

HIPOTESIS A2:

Existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes esquizofrénicos, y el grupo de sujetos normales, en los índices de rasgos gráficos inadecuados, en la prueba del dibujo de la figura humana.

HIPOTESIS O 2:

No existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes esquizofrénicos, y el grupo de sujetos normales, en los índices de rasgos gráficos inadecuados, en la prueba del dibujo de la figura humana.

VARIABLES:

VARIABLES CONTROLABLES:

Edad de los sujetos. El rango de edad osciló entre los 20 y 40 años.

Sexo. Cuatro de los sujetos fueron hombres y seis fueron

mujeres.

Escolaridad, correspondió al nivel de educación secundaria.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Esquizofrenia-tratamiento-

VARIABLE DEPENDIENTE:

Las producciones proyectivas gráficas-dibujos -de los sujetos.

Las calificaciones obtenidas mediante la guía.

DISEÑO

MUESTRA

GRUPO EXPERIMENTAL:

La muestra estuvo compuesta por un grupo de 10 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de diferentes tipos (simple, paranoico, hebefrénica). Se encontraban hospitalizados en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, y cursaban más de un año de evolución de su enfermedad.

Para establecer el diagnóstico de esquizofrenia se tomaron los criterios de Bleuler, de síntomas fundamentales y síntomas accesorios. Para evitar en lo posible el sesgo, se escogió uno de cada tercer paciente con diagnóstico de esquizofrenia, que ingresaban al cuarto piso del hospital mencionado, tanto de sala de mujeres como de hombres, durante los meses de agosto y septiembre.

GRUPO CONTROL:

Estuvo formado por un grupo de 10 sujetos considerados normales o sanos mental y físicamente, sin antecedentes hereditarios ni personales de enfermedad psiquiátrica. Todos los sujetos se encontraban en actividad laboral. Para formar este grupo, se escogieron los acompañantes de pacientes que acudieron a la consulta de

medicina interna, del hospital general G.A. Gonzales. Se eligió uno de cada tercer familiar o acompañante, de los pacientes que acudían acompañados, durante los meses de agosto y septiembre.

INSTRUMENTO DE MEDICION:

Se utilizó la prueba del dibujo de la figura humana, técnica proyectiva, diseñada por Karen Machover. Se aplicó al grupo experimental y al grupo control.

BREVE DESCRIPCION DE LA PRUEBA DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA:

Karen Machover basándose en 15 años de experiencia clínica en hospitales sobre el manejo de la figura humana como técnica proyectiva, y como indicadora de diagnóstico, creó una técnica de valoración e interpretación formal del dibujo de la figura humana. (1949) Siendo esta una prueba proyectiva, se fundamenta en la teoría psicoanalítica. El estudio de Machover parte de la hipótesis de que siendo el cuerpo la referencia concreta y sustancial del yo, la proyección de la imagen del cuerpo sirve de vehículo natural de expresión de las necesidades y conflictos del cuerpo del que lo dibuja, estando así relacionada la figura con el que la dibuja, lo cual implica una autoproyección de la personalidad. Afirma que la constancia de la proyección es observada mediante los aspectos estructurales y formales del dibujo, tales como el tamaño, línea y colocación, en las proporciones del cuerpo, borraduras, sombreados, etc., que son rasgos que se refieren a la personalidad, y en cambio son más variables los contenidos, tales como los detalles corporales, ropas y accesorios. Menciona que a través del dibujo, la proyección permite notar los reparos somáticos de los deseos, conflictos, compensaciones y actitudes sociales. Las interpretaciones de los simbolismos se encuentran relacionados con los significados psicoanalíticos y folklóricos .

El estudio de K. Machover, sirvió de guía a A. Portuondo, quien creó el tomo III de su obra, en el que presenta una sistematización del análisis del producto gráfico, haciéndolo más comprensivo y comunicable. En la presente investigación se tomó como base para elaborar las guías de calificación de las pruebas de los dibujos de la figura humana, las aportaciones de los simbolismos generales de A. Portuondo.

La validez de los dibujos como técnica proyectiva, ha sido discutida Levy, en 1949, consideró al análisis del dibujo de la figura humana, cómo una técnica usada con propósitos clínicos y de investigación que no ha sido validada científicamente. Sin embargo otros estudios, demostraron su utilidad, siempre y cuando se tenga en cuenta la comprensión de la dinámica total de la personalidad.

ADMINISTRACION:

La administración de la prueba del dibujo de la figura humana, consiste en dar al sujeto un lápiz, una goma y dos hojas de papel blanco tamaño carta. Se le pide al sujeto que dibuje a una persona, después la de sexo contrario a la dibujada primero. Si el sujeto alega que no sabe dibujar, se le dice que no importa, que lo que interesa no es la habilidad para el dibujo. Al dar el sujeto por terminado el dibujo, y solamente dibujó la cabeza, se le pide trate de hacer el dibujo lo más completo posible.

Para toda pregunta que haga el examinado al examinador, se procede a aclarar instrucciones, sin dar pautas o sugerencias de ejecución. Al concluir los dibujos, se indica el orden de ejecución. Es necesario aclarar que en este trabajo se evaluó la primer figura, con la cual se establece la identificación sexual y los rasgos gráficos corporales.

INTERPRETACION:

Para efectuar la calificación de la prueba del dibujo de

la figura humana, y facilitar el manejo estadístico, las aportaciones de Portuondo se tomaron como base para seleccionar algunos rasgos gráficos, con los cuales se construyeron dos guías de calificación, guías que además fueron sometidas a valoración interjueces, en un trabajo realizado por la licenciada en psicología Elsa Perez.

Las guías de calificación se presentan en el apéndice.

Los índices, o sea los rasgos gráficos corporales, fueron tomados de acuerdo a los simbolismos generales.

Las pruebas se calificaron de acuerdo a la presencia o ausencia de los índices, obteniéndose para cada sujeto un puntaje, de acuerdo a la frecuencia con que presentaron los rasgos gráficos estudiados. Para establecer la calificación se estableció un límite de frecuencia, que fue mayor y menor que siete, sobre un total de 17 rasgos gráficos evaluados.

En la guía de calificación #1, aparecen los índices de ausencia de rasgos gráficos adecuados, señalando su presencia un funcionamiento donde faltan elementos de buena integración de la imagen corporal.

En la guía de calificación #2 aparecen los índices de los rasgos gráficos corporales inadecuados, indicando su presencia distorsiones de la imagen corporal.

PROCEDIMIENTO:

Se integraron dos grupos: experimental formado por 10 pacientes esquizofrénicos. Control compuesto por 10 sujetos sanos.

La prueba del dibujo de la figura humana fue aplicada en forma individual a cada sujeto tanto del grupo experimental como del grupo control, en un consultorio apropiado para ello.

Los puntajes de las pruebas, que sugieren cierto grado de patología se obtuvieron de acuerdo a las guías de calificación.

TRATAMIENTO ESTADISTICO

El presente estudio necesita una prueba estadística para determinar la significación de la diferencia entre dos muestras independientes (controles y experimentales).

Al ser las medidas dicótomas y como el valor de N es pequeño se seleccionó la prueba de Fisher.

La prueba de la probabilidad exacta de Fisher es una técnica no paramétrica, útil para analizar datos discretos, cuando las dos muestras independientes son pequeñas. Los puntajes se representan mediante frecuencias en una tabla de contingencia de 2 X 2, como la tabla I.O.

Tabla I.o. Tabla de contingencia 2 X 2.

	-	+	Total
Grupo control	A	B	A+B
Grupo expert.	C	D	C+D
Total	A+C	B+D	N

Nivel de significación:

Sean $\alpha = 0.05$ y $N = 20$.

Distribución muestral:

La probabilidad de ocurrencia se calculó usando la fórmula:

$$P = \frac{(A+B)! (C+D)! (A+C)! (B+D)!}{N! A! B! C! D!}$$

Región de rechazo:

Rechazo las hipótesis nulas si $P \leq$ que 0,05.

Acepto las hipótesis nulas si $P \geq$ que 0,05.

RESULTADOS :

TABLAS DE CONTINGENCIA 2 X 2.

Ausencia de rasgos adecuados

	-7	+7	
Grupo C	10	0	10
Grupo E	3	7	10
	13	7	20

$$P = \frac{10; 10; 13; 7}{20; 10; 0; 3; 7}$$

$$P = 0.0015$$

Presencia de rasgos inadecuados

	-7	+7	
grupo C	10	0	10
grupo E	3	7	10
	13	7	20

$$P = \frac{10; 10; 13; 7}{20; 10; 0; 3; 7}$$

$$P = 0.0015$$

DECISION:

Al ser el valor de $P = 0.0015$ menor que el nivel de significancia se rechaza las hipótesis de nulidad y se aceptan las hipótesis alternativas 1 y 2.

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la comprobación de la hipótesis A1 se presentan en la tabla I.1. P resultó significativa al 0.05, rechazándose H₀₁, y aceptándose H_{A1} que dice: Existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes esquizofrénicos y el grupo de sujetos normales, en los índices de ausencia de rasgos gráficos adecuados, en la prueba del dibujo de la figura humana.

Esto significa que mediante la guía #1, de la cual se obtuvo un puntaje, para cada sujeto sometido al estudio, y del análisis estadístico utilizado para este caso, se pudo comprobar que faltan elementos de buena integración de la imagen corporal que de sí mismo tienen los pacientes esquizofrénicos estudiados, en relación a los puntajes obtenidos de un grupo control.

Los resultados obtenidos en la comprobación de la hipótesis A2 se presentan en la tabla I.2. P resultó significativa al 0.05 de significancia, rechazándose H₀₂, y aceptándose H_{A2} que dice: Existen diferencias significativas entre el grupo de pacientes esquizofrénicos, y el grupo de sujetos normales en los índices de rasgos gráficos inadecuados, en la prueba del dibujo de la figura humana.

Esto significa que mediante la guía # 2, de la cual se obtuvo un puntaje para cada sujeto, y del análisis estadístico mediante la prueba de Fisher, se comprobó que los pacientes esquizofrénicos presentan distorsiones de la imagen corporal, en relación con el grupo control.

Estos resultados concuerdan con los puntos de vista de los diferentes autores revisados para elaborar este trabajo. Todos ellos

desde un punto de vista teórico llegan a concluir que la representación de sí mismo como unidad corporal, se pierde en la desestructuración psicótica, y que la esquizofrenia representa una de las entidades en donde más patente es esta alteración.

SUGERENCIAS:

Hubiera sido de interés, aplicar la prueba del dibujo de la figura humana, el día en que ingresa el paciente, y volverla a aplicar cuando egresa por mejoría. Con esto comprobaríamos si la mejoría clínica se correlaciona con una mejor integración de la imagen corporal. Lo que estaría de acuerdo con el planteo de que a medida que el esquizofrénico puede integrar las partes de su yo escindidas, va cohesionando su esquema corporal.

Pensamos que el prestar atención y en consecuencia trabajar sobre el área corporal con los pacientes esquizofrénicos, fundamentalmente con los que presentan mayor desintegración de la personalidad, adelantaría y favorecería la evolución hacia la mejoría clínica. Para esto existen algunas técnicas, como la de Psicodrama entre otras, que no son objeto de nuestro estudio, pero que sí lo complementarían y nos permitirían redondear el tema del cual nos ocupamos en este trabajo.

APENDICE

GUIA DE CALIFICACION No I . PASOS GRAFICOS COPPOFALES ADECUADOS

No	Indices
I	Cabeza, representación clara, aproximadamente un tercio del tamaño del tronco.
2	Cuello, cualquier indicación clara distinguiéndole de la cabeza y el tronco.
3	Ojos, presencia de dos o más de sus partes principales: cejas, pestañas, pupilas, globo ocular.
4	Naríz, toda representación de ella.
5	Boca.
6	Oídos, proporcionados a la figura.
7	Tronco, su largo más grande que el ancho.
8	Brazos, por lo menos del largo del tronco.
9	Manos , representación de una o dos.
IO	Piernas, su longitud no debe ser menor que la medida vertical del tronco y no mayor que su doble.
II	Pies, representación clara de los dos
I2	Tamaño de la figura, aproximadamente de 7 a 21 cm.
I3	Vestimenta notoria de acuerdo al sexo dibujado.
I4	Figura enteramente vestida.
I5	Firmeza, dando la sensación de pisar el suelo.
I6	Figura de frente.
I7	Figura del propio sexo.

GUIA DE CALIFICACION No 2 GRADOS GRAFICOS CORPOPALES INADECUADOS

No	Indices
I	Distorsión de cabeza: aumentada o disminuída en su tamaño.
2	Distorsión de ojos: vacíos, cerrados o aumentados en su tamaño.
3	Oídos: aumentados en su tamaño.
4	Distorsión del tronco: en forma de triángulo o círculo o trazado por una sola línea.
5	Distorsión de brazos: demasiado largos o cortos, trazados con una sola línea o ausentes.
6	Manos ocultas.
7	Distorsión de manos; muñones y garfios.
8	Manos con tamaño excesivo.
9	Distorsión de piernas, grandes o pequeñas o ausentes.
I0	Traza reforzado.
II	Traza cortado.
I2	Distorsión del tamaño de la figura, más grande o más pequeñas
I3	Vestimenta mínima
I4	Figura rígida
I5	Figura dando la sensación de elevarse o caerse de lado.
I6	Figura de perfil
I7	Figura incompleta, faltandole por lo menos la mitad del total
I8	Figura del sexo opuesto.

SIGNIFICADO DE LOS INDICES QUE COMPRENDE LA GUIA No I

- I.-Cabeza, representación clara. Se observa en sujetos adaptados, en sus relaciones sociales, con control de impulsos corporales.
- 2.-Cuello, cualquier indicación clara. Sugiere la coordinación entre los impulsos y funciones intelectuales.
- 3.-Ojos, presencia de dos o más de sus partes principales. Es un órgano básico para observar el contacto del sujeto con el mundo exterior y el reflejo de sus sentimientos.
- 4.-Nariz, toda representación de ella. Es poseedora de simbolismo sexual.
- 5.-Boca. Órgano que se relaciona con la comunicación del individuo y su ambiente.
- 6.-Orejas, proporcionadas a la figura. Consideradas como órganos pasivos, su omisión es menos significativa que otra parte del cuerpo.
- 7.-Tronco su largo más grande que el ancho. Siendo el cuerpo proporcionado en el dibujo, sugiere la aceptación del individuo de su propio cuerpo o de su imagen.
- 8.-Brazos, por lo menos del largo del tronco. Su dirección y fluencia de las líneas se relaciona con grados de espontaneidad del contacto interpersonal dentro del medio ambiente.
- 9.-Se relaciona las manos con el contacto social y productividad
- IO.-Piernas, su proporción sugiere seguridad personal.
- II.-Pies, representación clara de los dos. Se encuentra relacionado con la seguridad personal.
- I2.-Tamaño de la figura. Su tamaño proporcional está en relación con la autoestima.
- I3.-Vestimenta, notoria de acuerdo al sexo. Sugiere la aceptación del rol sexual

I4.-Figura enteramente vestida.Tiene que ver con la aprobación social.

I5.-Figura firme,indica seguridad.

I6.-Figura de frente,indica seguridad.

I7.-Ier figura del propio sexo,indica buena identificación sexual.

SIGNIFICADO DE LOS INDICES COMPRENDIDOS EN LA GUIA No.2.

1.-Distorsión de la cabeza. Aumentada:se observa en sujetos frustrados intelectualmente,rasgos de personalidad paranoide y narcisita. También cuando existen padecimientos orgánicos y cefalea.

2.-Distorsión de ojos. Ojo vacío: sintomáticode inmadurez emocional, y egocentrismo. Ojo cerrado:indica aislamiento del individuo en su narcisismo.Ojos aumentados de tamaño,indica actitud socialmente agresiva y rasgos de personalidad paranoide.

3.-Orejas aumentadas de tamaño:rasgos paranoides.

4.-Distorsión del tronco : sugiere rasgos regresivos,desorganizados en su autoestima primitiva.

5.-Distorsión de brazos. Largos:ambición,o compensan sus deficiencias en las relaciones sociales.Cortos deficiencia en las relaciones .

6.-Manos ocultas:índice de evasión,falta de confianza en los contactos sociales y actos asociales.

7.-Distorsión de manos .Muñones(puños cerrados)índice de rebeldía. garfios:agresión reprimida.

8.-Manos con tamaño excesivo:indica una compensación de la incapacidad,en los contactos sociales.

9.-Distorsión de piernas.Grandes:inseguridad personal.Pequeñas:algún trastorno en el desarrollo.

10.-Trazo reforzado:refleja temor a la despersonalización,dificultades en la autoaceptación de sí mismo y del medio ambiente,falta de confianza en sí mismo y agresión.

- II.-Trazo cortado: refleja inseguridad y ansiedad.
- I2.-Distorsión del tamaño de la figura. Más grande: alta y fantástica autoestima como compensación de inseguridad. Pequeña: baja estima
- I3.-Vestimenta mínima: deseo exhibicionista de mostrar el cuerpo.
- I4.-Figura rígida :se observa en sujetos tensos, inseguros.
- I5.-Figura dando la sensación de elevarse o caerse de lado :indica inseguridad, evasión, aislacionismo.
- I6.-Figura de perfil: expresa evasión del medio ambiente y de la afectividad.
- I7.- Figura incompleta, que le falta la mitad por lo menos: problema orgánico en los órganos que faltan, o áreas de conflicto.
- I8.-Figura del sexo opuesto: mala identificación sexual.

B I B L I O G R A F I A

- Arieti.S. Interpretación de la esquizofrenia. Barcelona
Ed. Labor.S.A. 1965
- Bernard P. Semiología Psiquiátrica
- Bellak L. The Schizophrenic Syndrome 1960
- Bleuler E. Demencia Precoz.El grupo de las esquizofrenias
Ed. Paidos Buenos Aires 1960.
- Bychowski.g. Disorders of the body image. J.Nerv.Ment.Dis.
97. 313 ,1943
- Espina.E.A. El cuerpo en las psicosis.Rev. Clínica y análisis
grupal No 17 1979 Madrid.
- Ey Henri Tratado de psiquiatría.Toray Masson.Barcelona 1965
- Freud S. El yo y el ello.Obras completas.Ed.Biblioteca Nueva
Madrid 1967.
- Hammer E. Test proyectivos gráficos.Paidos 1969.
- Hécaen Henry La notion de schema corporal ey ses applications en
psychiatrie. Evolution psychiatrique,II,1948
- Lacan Jaques Escritos I yII ,Siglo XXI 1976.
- Luckianowicz Body image disturbances in psychiatric disorders
British J.of Psy.
- Machover Karen Proyección de la personalidad en el dibujo de la
figura humana. Habana,Cuba Cultural S.A. 1949
- Modell. Changes in human figure drawings by ptes.who re-
cover from regressed states.Ames.J.Orthopsychiat.
- Pichon Rivière Del psicoanálisis a la psiquiatría social Tomo I
y II Siglo XXI Buenos aires 1975
- Portuondo J. A. Test proyectivo de K. Machover(La figura humana)
Ed. Biblioteca Nueva Madrid.

- Schilder Paul Imagen y apariencia del cuerpo humano. Paidós Buenos Aires 1958
- Scott Clifford Algunas inferencias embriológicas, neurológicas psiquiátricas y psicoanalíticas del esquema corporal. (1948) Rev. Uruguay de psicoanálisis TIII 196
- Smith E. A study of sex differentiation in drawings and verbalizations of schizophrenics. J.Clin.Psychol 1953,9, 183-85.
- Waelems A. Une philosophie de l'ambiguïté. Lovaina Publications Universitaires de Louvain 1951.
- Wapner y Werner El concepto del cuerpo .Paidós Buenos Aires. 1970
- Zuckerman y Tresselt The objective characteristics of the figure drawing test in a hospital population. Psychol. newsltr. 1953 No 47 1-12.