



57  
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ALTERACIONES DEL ESQUEMA CORPORAL EN  
NIÑOS CON DISFUNCION CEREBRAL

T E S I S

Que para obtener el Título de:

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P r e s e n t a :

**LILIA MARGARITA ESTRADA CLAVEL**

México, D. F.

1992

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **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.

## INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION.	1
CAPITULO I	
MARCO TEORICO	3
DIFERENCIAS SEXUALES EN EL AUTO-CONCEPTO	7
ASPECTOS CORPORALES QUE FAVORECEN LA INTEGRACION DE LA- IMAGEN CORPORAL	8
EL DOLOR	11
EL CONTRAOL MOTOR	21
ASPECTOS SOCIALES QUE CONTRIBUYEN A LA ESTRUCTURACION - DEL ESQUEMA CORPORAL	12
PLASTICIDAD DE LA IMAGEN CORPORAL	14
LA HIGIENE	14
LA ROPA	15
LOS AORNOS	15
LA GIMNASIA, LA DANZA Y OTROS	15
OPINIONES Y APORTACIONES TEORICAS EN EL ESTUDIO DE LA - INTEGRACION DE LA IMAGEN CORPORAL	16
CAPITULO II	
ALTERACIONES DEL ESQUEMA CORPORAL	17
PERSPECTIVAS HISTORICAS	18
EXAMENES QUE DETECTAN ALTERACIONES EN LA IMGEN CORPORAL	20
PRONOSTICO	21
CAPITULO III	
CONSIDERACIONES GENERALES CON RESPECTO AL DESARROLLO - DEL DIBUJO	21
ORIGEN DEL DIBUJO	22
IMPORTANCIA DE LA EXPRESION ARTISTICA	23
EVOLUCION DEL DIBUJO	24
EVOLUCION DEL DIBUJO DE LA FIGURA-HUMANA	26
CARACTERISTICAS DEL DIBUJO INFANTIL	29
ELEMENTOS PSICOLOGICOS DEL DIBUJO	31
USO CLINICO DEL DIBUJO	33

INFLUENCIA DEL TALENTO ARTISTICO EN EL PUNTAJE	38
DIFERENCIAS SEXUALES	38
ESTUDIOS TRANSCULTURALES	38
PRUEBAS QUE SE HAN CONSTRUIDO TOMANDO AL DIBUJO DE LA FIGURA-HUMANA COMO TEMA	39
CAPITULO IV	
REVISION BIBLIOGRAFICA DEL SINDROME DE DISFUNCION CEREBRAL	40
BOSQUEJO HISTORICO	40
DEFINICION	42
ETIOPATOLOGIA	42
FRECUENCIA	44
SINTOMATOLOGIA	45
PASOS PARA LLEGAR AL DIAGNOSTICO	52
EL SINDROME DE DISFUNCION CEREBRAL EN EL NIÑO	53
PRONOSTICO	53
TRATAMIENTO	54
AUTO-CONCEPTO	55
CAPITULO V	
METODOLOGIA	56
OBJETIVO	56
SIJETOS	56
INSTRUMENTOS	56
ESCENARIO	57
DEFINICION DE VARIABLES	57
DISEÑO	57
HIPOTESIS DE TRABAJO	58
HIPOTESIS	58
PROCEDIMIENTO	59
ANALISIS ESTADISTICO	60
CAPITULO VI	
RESULTADOS	66
CUADROS	67

ANALISIS CUALITATIVO DE LOS RESULTADOS	82
CONCLUSIONES	89
SUGERENCIAS	92
LIMITACIONES	93
"PIENSA EN MI COMO PERSONA"	94
BIBLIOGRAFIA	95

RESUMEN:

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico Infantil: "Dr. Juan N. Navarro", con niños que presentaban Disfunción Cerebral, con la finalidad de ver el nivel de integración del Esquema Corporal.

Se seleccionó una muestra de 90 casos, la que se dividió por edades en tres grupos de treinta niños de ambos sexos:

- a) De 7 años: 17 varones y 13 mujeres
- b) De 8 años: 16 varones y 14 mujeres
- c) De 9 años: 18 varones y 12 mujeres

Este trabajo es de tipo correlacional, ya que se estableció la relación existente entre las alteraciones en la percepción y coordinación visomotora y la integración del Esquema Corporal, tomando como parámetros el Test Gestáltico Visomotor de L. Bender y la Escala de Madurez Conceptual de Harris-Goodenough. Se tomaron en cuenta las edades cronológicas para ver si existe una correlación entre la edad y el nivel de integración del Esquema Corporal, también se correlacionaron tres modelos gráficos: Hombre, Mujer y Sí Mismo, para detectar si este último presentaba una mejor integración.

Se encontró en estos niños que el nivel de integración de la Figura-Humana, se encuentra alterado por la severidad de la afección.

Existe una correlación significativa entre la Disfunción Cerebral y el nivel de integración de la Figura-Humana.

Al correlacionar los tres modelos gráficos: Hombre, Mujer y Sí Mismo, no se encontró una diferencia significativa en la realización de éstos, ni aún ante la consigna de que: "se dibuje a sí mismo", cuestión que se pensaba iba a favorecer la validez del modelo.

INTRODUCCION:

Al Hospital Psiquiátrico Infantil: "Dr. Juan N. Na-

Navarro", acuden diariamente muchos padres de familia a solicitar consulta para sus hijos, hemos observado a través de los años que esta institución los porcentajes de pacientes que presentan Disfunción Cerebral, son muy elevados, la cual se manifiesta con el motivo de consulta de: problemas de aprendizaje, trastornos de conducta y emocionales, los cuales son síntomas de Disfunción Cerebral, con las diferentes alteraciones que este problema trae consigo, como son las alteraciones perceptivo-motrices que repercuten en el aprendizaje, en la conducta y en el área emocional.

En estos niños, sin excepción, se puede apreciar que el dibujo de la Figura-Humana se encuentre alterado; las alteraciones con variadas: impulsividad, desproporción de las partes, omisiones, rigidez y en general figuras poco estructuradas y que aparentan ser de niños menores. Sin embargo, a través de su dibujo no se puede establecer el nivel de desarrollo que correspondería a una edad determinada como sucede con los dibujos de los niños normales; estas alteraciones son ocasionadas por falta de madurez en el desarrollo que se manifiesta por dificultad en la coordinación ojo-mano, distorsiones que aparecen en la percepción y fallos en la integración del Esquema Corporal. De esta manera el dibujo de la Figura-Humana, ofrece características específicas que permiten la identificación de la Disfunción Cerebral.

El elevado número de niños afectados por la Disfunción Cerebral ha sido la razón principal de que se decidiera llevar a cabo la presente investigación, ya que se sabe que el diagnóstico a edades tempranas de esta entidad nosológica facilite su tratamiento y sobre todo previene problemas mayores tanto a nivel académico, como en lo relacionado a los aspectos psicológicos y emocionales, ya que sabemos que entre los factores que estos niños tienen en todas las áreas, bajo de manera importante su auto-estima y el concepto de sí mismo.

## CAPITULO I

### MARCO TEORICO.

La Imagen Corporal es una de las experiencias básicas en la vida de todo el ser humano; es uno de los puntos capitales de la experiencia vital. Cuando vemos algo, se inician al instante ciertas acciones musculares que ocurren cuando se presenta un cambio en la percepción de nuestro cuerpo. Todo afán y deseo modifica la sustancia del cuerpo, su gravedad e incluso su masa.

También se registran cambios inmediatos en la forma del cuerpo. Cuando tiene lugar una acción dada puede decirse que lleva la Imagen Corporal de un lugar a otro.

Para poder comprender esto, haremos un recorrido ontológico de la formación de la Imagen Corporal desde sus inicios.

El arribo del bebé al mundo se produce en un clima cargado de estimulación que para él en ese momento resulta agresiva, incluyendo, que al cortar el cordón umbilical deja de recibir oxígeno y tiene que iniciar a respirar en forma urgente, por lo que llora. Este llanto lo enfocó la Dra. Montessori en 1982 (92) como: "El llanto del exilio y la nostalgia, se acbaron el dulce cobijo y la tibieza suave y segura, así como la tranquila penumbra del vientre materno". Súbitamente debe afrontar los cambios como son: cambio brusco de temperatura, lo que le representa un enfriamiento de 0.03 grados centígrados por minuto, como apunta René Anry (1980): "deslumbramientos, ruidos, contactos bruscos de las manos del obstetra que olvidan su delicadeza a fin de ser prácticos y efectivos en el momento de recibir al bebé".

Shilder, 1958 (112) menciona que: "La Imagen Corporal se adquiere, se construye y recibe su estructura merced a un continuo con el mundo. Todos los sentidos participan en este proceso constructivo, por lo que cuando se presenta di-



facultades en la construcción del modelo postural del cuerpo, resulta imposible utilizar y coordinar los diversos sentidos".

Por todo esto, Stone, 1970 (117), "comprende cómo la serie de cambios rápidos que se producen en el momento del nacimiento se encuentran estimulando en forma múltiple al bebé, el cual así mismo se encuentra codificado, almacenado y transformando esas sensaciones en perceptos que favorecen su adaptación, al mismo tiempo que lo inician en la integración de su "Imagen Corporal".

La percepción por lo tanto juega un papel sumamente importante en la construcción e integración del Yo, por esta razón la definiremos y describiremos sus aportaciones.

William James, 1892, define la percepción como: "La conciencia de las cosas materiales particulares que se presentan a los sentidos". Seshore, 1924 menciona: "La percepción constituye la interpretación de la experiencia sensorial". Boring, 1948 dice: "La percepción es el primer fenómeno en la cadena que conduce del estímulo a la acción". Lengeld, 1969 menciona: "La percepción es la experiencia de los objetos y los fenómenos de aquí y de ahora". En la actualidad la percepción se define como indica Forgas, 1972 (50) "Es el proceso de extracción de información", por lo tanto es el proceso fundamental del aprendizaje, y el aprendizaje se define como "La actividad mediante la cual esa información se adquiere a través de la experiencia y pasa a formar parte del repertorio del individuo". Estos son aspectos que favorecen la percepción y a su vez, la adaptación.

Más adelante, en el desarrollo del bebé, gracias a la adquisición progresiva de la motilidad, el niño va adquiriendo el conocimiento de su cuerpo por medio, primeramente de las impresiones táctiles, ópticas, olfatorias, auditivas, térmicas y kinestésicas que subrayaron la definición de su modelo postural.

En las etapas tempranas del desarrollo, la madre adquiere gran importancia en la formación del Esquema Corporal y auto-concepto, ya que la madre es el "aceptar" a su hijo iniciando y proporcionarle los elementos indispensables para la formación de su personalidad y su salud mental. (Lussier, 1980, 85)

Kolb, 1970 (75) dice: "La fusión de ambos, Madre-Hijo, es producto de que la madre se sienta con la presencia del bebé narcisísticamente realizada, ya que ella necesita "verse en su bebé", para poderle proporcionar alanzas incondicionales que vayan fortaleciendo la auto-estima; hasta lograr que el nuevo ser aprenda a amarse a sí mismo en la medida del amor que ha recibido en la fase pre-natal de la vida. El niño podrá también relacionarse con su cuerpo, de la misma manera en la cual la madre, la familia y la sociedad se han relacionado con él. Así, él considerará a su cuerpo y a sus partes como buenas o malas, placenteras o repulsivas, limpias o sucias, cómodas o desagradables.

A medida que el bebé identifica a su madre como una persona y reconoce las sensaciones de necesidad y placer que ella satisface, se reafirma su percepción de que la madre no es parte de sí mismo, favoreciéndose la individualidad. Stone, - 1970 (117).

Entre la satisfacción de sus necesidades, está en primer plano la alimentación, la cual llena al bebé de estimulaciones placenteras, ya que como mencionó Steiner, 1979: "Hasta el olor de la leche materna es un olor agradable, capaz de provocar el reflejo de succión y proporcionarle al niño tranquilidad".

En este momento de la vida del bebé, sólo percibe — sensaciones primarias, lo agradable y desagradable, el placer y el dolor, sin el establecimiento con el exterior tanto que podemos decir que se encuentre como diría Freud, 1952 (55) en el "Egocentrismo" o "Narcisismo", en el cual el fuera el mismo tiempo, fuente y destinatario único de sus propias emociones.

- Spitz, 1979, señala: "Al final del primer año, ha triplicado su peso, ha duplicado su talla y ha adquirido muchas habilidades y conocimientos". Después de este período pone en práctica sus conocimientos mediante el juego, al cual lo llena de actividades de tipo intelectual y movimientos que favorecen el constante ejercicio de su identificación y proyección, aspectos básicos para el establecimiento de sus relaciones personales. Stone, 1970 (117), menciona: "El desarrollo normal entraña una serie de identificaciones: con los padres, con los maestros, con la sociedad en general, con las instituciones, con los principios, con los valores, con los estilos y con la humanidad en general". De tal manera que la identificación de cada edad prepara las siguientes.

Hacia los 2 años, se desarrolla el aprendizaje del propio cuerpo, según Piaget, gracias a que ha adquirido el esquema de objetos permanentes, que le permiten concebir el espacio, el tiempo y las relaciones causa-efecto. En este momento sabrá que los objetos y los seres existen, independientemente de que él los oiga, los vea, los huela, los sople o los toque, además de que tiene ya la capacidad de percibirse separado del medio y las personas con las que convive, considerándose, independiente.

- Hacia los 3 años, el pequeño quizá puede responder aparentemente seguro de sí mismo, de su nombre, señal de que su concepto del Yo está ya bastante organizado.

Se observa que sobre todo entre los 4 y 6 años, el niño adquiere mayor habilidad en su lenguaje, sin embargo habla de sí mismo y para sí mismo, lo cual demuestra que no ha abandonado del todo su conciencia "egocéntrica".

A los 6 años, la experiencia escolar enriquece el desarrollo de su personalidad, su comprensión de los papeles desempeñados por los integrantes del núcleo familiar es casi completa y la definición de su Yo es más consistente. "El cm

sistencia será en gran parte, producto de las experiencias y definiciones que los demás hayan expresado acerca de él. El se considera a sí mismo valioso, aceptado, querido, si en conjunto dichas apreciaciones son positivas. Por el contrario, si ha hecho acopio de impresiones más bien despreciativas o reprobatorias, tendrá un concepto negativo de sí mismo, quizá se sienta inferior.

De una u otra manera, a los 6 años la mayoría de los niños ya han decidido quienes y cómo son, e inician un proceso de reafirmación. Ahora se esfuerzan por ser ellos mismos, oponiéndose a todo aquello que amenaza la integridad de su Yo.

A partir de esta edad, funciona en forma coordinada el Yo y la auto-imagen, los cuales vuelven a sentirse amenazados en la adolescencia, en la que estas reacciones emotivas dependen en gran parte de los cambios físicos, psíquicos e intelectuales que irán modelando su cuerpo y mente.

#### DIFERENCIAS SEXUALES EN EL AUTOCONCEPTO.

Witkin, 1962 (131), encuentra que la gente difiere una a otra en su forma característica de percibir, tanto al mundo como a ellos mismos. Encontró también, que una forma de percibir está relacionada al ajuste de la personalidad que el individuo adquiere en el curso de su crecimiento. Gracias a la diversidad de la experiencia, del conocimiento, de los puntos de vista, de los intereses y de la actitud emocional hacia los objetos y fenómenos reales. Leoniev, 1969 (80), opina que las personas forman sus conceptos y sus maneras de percibir.

La percepción y posteriormente el auto-concepto varía según las circunstancias y el sexo de la persona, el hecho de que las genitales femeninas se encuentren ocultos dificulta su conocimiento y provoca desventaja en relación al hombre.

Dentro de algunas familias, lo mismo que dentro de algunas culturas, ciertos aspectos del desarrollo del cuerpo-

tienden a ser apropiados, mientras que otros son derogados. En general, estas actitudes tienden a ser relacionadas con el sexo del individuo. Fuerza y valor suelen ser enfatizados en niños y hombres con un investimento mayor en el desarrollo de miembros y músculos fuertes. De manera similar los padres y la cultura puede enfatizar los aspectos de la Imagen Corporal, los cuales corresponden como cualidades de belleza para las niñas.

Actitudes hacia el cuerpo también se derivan de las percepciones del individuo en relación con la aceptación o rechazo de la familia, el medio y la cultura. Lerner, 1980 (81) ha visto que los adolescentes buscan su auto-imagen en la configuración del propio cuerpo con respecto a sus expectativas, en la fuerza (hombres) y apariencia (mujeres), en su funcionalidad.

#### ASPECTOS CORPORALES QUE FAVORECEN LA INTEGRACION DE LA IMAGEN CORPORAL.

En nuestro cuerpo existen receptores internos y externos que nos proporcionen contacto con el medio, reportándonos el estado, la ubicación y el movimiento. Head, 1958 (112) considera estos aspectos al decir:

1. El sentido de la postura desempeña cierto papel en la construcción del conocimiento que tenemos de nuestro cuerpo.
2. En lo concerniente a la facultad de localización, existe la posibilidad de elaborar un conocimiento de la relación que guarda entre sí las distintas partes de la superficie.
3. Entre una imagen óptica del cuerpo, independientemente de las imágenes táctiles.
4. Las partes simétricas del cuerpo se hallan relacionadas entre sí, fisiológica y psicológicamente.

5. La percepción óptica y la imaginación hacen resaltar la similitud tácil de los puntos simétricos.
6. Las imágenes ópticas consistentes y las percepciones sólo constituyen una pequeña parte de lo que ocurre dentro de la esfera óptica.
7. La localización de las imágenes e impresiones táctiles es un proceso independiente de la simple percepción del contacto.

La piel, por ejemplo se halla tensa sobre los huesos, proporcionando una nítida percepción. Fisher, 1971 (47) habla de que la energía sensorial del ambiente afecta los límites corporales proporcionando percepciones constantes. Shilder, 1964 (113), pone su atención en la importancia de la piel como una posición interna, "La envoltura del verdadero self y lo que está dentro". Fisher y Cleveland, 1968 sugieren que: "Los límites del cuerpo, son áreas de relativa alta interacción en donde el individuo y el ambiente hacen contacto".

Hoff y Shilder, 1958 (112), hablan de que el tono muscular influye, por su parte sobre la construcción de la Imagen Corporal, en el sentido de que ésta sufre una contracción que modifica a los músculos y las partes del cuerpo y por ende el modelo postural del cuerpo.

La gravedad, aspecto estudiado por Friedlander, reporta percepciones que favorecen la integración del esquema postural del cuerpo. Según Hermann y Shilder, 1958: "La percepción de la gravedad depende del grado de tensión muscular y de las sensaciones de presión". Es evidente que la irritación del nervio vestibular, que tanta influencia tiene sobre el tono muscular, modifica en forma directa la percepción de la gravedad del cuerpo. El desempeño del aparato vestibular tiene gran importancia debido a que éste tiene la capacidad de asociar la Imagen Corporal.

La imagen óptica, tiene gran influencia sobre la concepción de la Imagen Corporal, debido a que éste reporta las características externas que favorecen el auto-concepto de la configuración corporal, llegando incluso a la conclusión de que se conoce mejor la parte delantera que las partes que quedan ocultas a nuestros ojos.

Por su parte, los orificios del cuerpo resultan ser las partes más importantes en la arquitectura y la concepción de la Imagen Corporal, debido a que reportan sensaciones particulares e inconfundibles a la persona, teniendo la particularidad de presentar su sensibilidad a un centímetro del orificio y de la superficie, además de que coinciden con las llamadas: Zonas erógenas descritas por Freud. Es evidente la enorme importancia psicológica de los orificios del cuerpo, puesto que es mediante éstos, como nos ponemos en contacto estrecho con el mundo exterior. Vale la pena hacer notar que a través de éstos cumplimos también las funciones de nuestra vida. Por su intermedio incorporamos aire, alimento y productos sexuales y por ellos excretamos orina, productos sexuales, materia fecal y aire.

Las manos, contribuyen también en forma particular en la construcción de la Imagen Corporal, adquiriendo gran importancia, debido a que tienen la cualidad particular de pertenecer al mundo externo para las partes del cuerpo que tocan. De este modo, la posibilidad de mover y desplazar las distintas partes del cuerpo, en su relación recíproca, se convierte en un aspecto psicológico de la mayor importancia. En efecto, aquellas partes del cuerpo que se hallan al alcance inmediato de las manos difieren en su estructura psicológica de aquellas que sólo pueden tocarse con dificultad.

Una vez adoptado el marco de la Imagen Corporal - fijado por las partes importantes (piel, orificios, gravedad, etc.) - se opera la gradual elaboración de la cambiante concepción de nuestra Imagen Corporal.

A decir de Schilder, existen dos factores que desempeñan un papel esencial en la creación de la Imagen Corporal. Uno, el dolor, y el otro, el control motor de nuestro cuerpo.

#### - El Dolor.

No es percibido sobre la piel, sino debajo de ella y una vez más, en la zona sensitiva situada a unos centímetros de profundidad, provocando una reacción somática sumamente fuerte, capaz de mover la personalidad total. El dolor, significa en sí mismo un peligro para el organismo. Los movimientos de reacción ante el dolor constituyen una tentativa para eludir una situación peligrosa que atenta contra la unidad del organismo y su imagen. El dolor, altera la estructura libidinal del modelo del cuerpo, modifica la simetría y equilibrio postural. Como expresa Freud, menciona: "Nuestro propio cuerpo se convierte en el centro de atención". Uexküll, considera el dolor, "como una necesidad biológica, que impide la auto-mutilación". Stern, lo define como: "Un sistema de señales que el individuo ha desarrollado para prevenirse de las amenazas contra la integridad del cuerpo. Un sistema de defensa que automáticamente produce reflejos de retirada al igual que invasión motivada y conductas de escape". Witkin, menciona que: "El desarrollo más temprano en la experiencia del individuo es el crecimiento de la conciencia al diferenciar lo que está dentro y fuera de la matriz original campo-cuerpo. El desarrollo del sentido del Yo, se inicia en las sensaciones generales por las funciones corporales y las actividades de: hambre, satisfacción, cambios de posición y el dolor". Remzy y Wallerstein hacen referencia a que: "Las sensaciones dolorosas son la parte protectora y benéfica de la Integridad Corporal".

El segundo aspecto al que hace referencia Schilder en la construcción de la Imagen Corporal es el de: control muscular.

#### - El Control Motor.

La motricidad y el trabajo muscular pone en eviden-



cis la personalidad física que, en muchos aspectos, se vincula con la personalidad mental. Debesse, 1960 (34), mencionar: "La personalidad física está compuesta de acción, toda acción - según Pick y Pütz - lleve consigo un cambio específico de la función gnóstica, y toda función gnóstica lleve consigo a su vez una acción". Dado que el conocimiento de nuestro cuerpo es una función gnóstica, es a través del movimiento que tomamos conciencia de nuestra Imagen Corporal. Scholl, afirma al respecto: "no sabemos gran cosa de nuestro cuerpo, a menos que nos movamos". El movimiento es, por lo tanto, un gran factor entre las distintas partes del cuerpo".

#### ASPECTOS SOCIALES QUE CONTRIBUYEN A LA ESTRUCTURA DEL ESQUEMA CORPORAL.

Debido a que el individuo es un ente bio-psico-socio-cultural, la integración de su Esquema Corporal se encuentra afectada por las Imágenes Corporales de su entorno. De esta manera la Imagen Corporal adquiere sus posibilidades y su existencia, debido al hecho de que nuestro cuerpo no se halla aislado.

Golstein y Rogers, 1975 (57), hablan de que: "El desarrollo de la Imagen Corporal desde el nacimiento depende de un complejo intercambio entre sí mismo y el ambiente que lo rodea; todas sus acciones requieren de la retroalimentación positiva o negativa del medio ambiente a fin de ir modelando su personalidad". Le cual va a lograrse por medio de la socialización, que a su vez es el proceso fundamental por medio del cual, el individuo aprende a incorporar valores, las convicciones y actitudes de la comunidad.

Bibl-Eibesfeldt, 1977 (38) ha estudiado acerca de que: "toda personalidad, tiene tendencias, motivos, sensaciones, sentimientos, pensamientos y emociones ligadas necesariamente a la auto-percepción y la visión que tiene de los demás. gracias a la curiosidad innata del individuo, éste explora su

cuerpo y el de los demás en un efón constante de conocerse y conocer y relacionarse con los demás, interesándose en quiénes son, cómo son, cómo sienten, piensan y se emocionan al igual que él, para esto tiene muy presente las señales corporales — que le revelan las intenciones de sus semejantes, y éstos le indican si puede continuar, detenerse, huir o protegerse, aspectos inmediatamente relacionados con la conservación de la integridad de la Imagen Corporal.

Este sistema de señales no tendría sentido si no existiera la proximidad, ya que un ser distante no requeriría de éstos. Al mismo tiempo que no tendría sentido su desarrollo es como decir que: "La palabra yo no tiene significado, cuando no hay tú". No sólo toleramos a los demás, sino que su existencia representa para nosotros una necesidad íntima, representa nuestras motivaciones, que es el motor de todos nuestros actos, por ellos podemos declararnos realizados, de este manera no sólo nos interesa nuestra propia integridad, sino también la de los demás. Esto sucede gracias a los procesos naturales de identificación y proyección, hasta poder decir, que cuando nos interesamos por nuestro cuerpo, nos estamos interesando por el cuerpo y la integridad del cuerpo de los demás, y nuestra Imagen Corporal se interrelaciona de tal manera que por medio de la plasticidad característica de ésta, se acorta la distancia social.

Concluyendo, podemos decir que el modelo postural del cuerpo no es estático, cambia constantemente de acuerdo a las circunstancias de la vida. Lo construimos, lo disolvemos y volvemos a contruir nuevamente. Los procesos de identificación, personalización y proyección desempeñan un importante papel en este constante proceso de construcción, reconstrucción y disolución de la Imagen Corporal, al grado de pensar que nuestra Imagen Corporal es el resultado de la suma de las Imágenes Corporales que nos rodean, y no exageremos al pensar que el dolor, la alegría, etc., de una persona nos es ajeno. Las leyes de identificación y comunicación hacen que estos sen

timientos y todas las demás expresiones corporales de un individuo muevan al resto de las Imágenes Corporales; cuando tenemos la intención primaria de ayudar a una persona, de mostrarle bondad, lo hacemos con el mismo espíritu que nos hace desear nuestra propia preservación y satisfacción, cuando nos preocupamos por el hambre y la miseria de nuestros semejantes, esta tendencia inmediata y primaria se ve en la productividad de la comunicación existente entre las Imágenes Corporales.

Esto no quiere decir, que exista una Imagen Corporal colectiva; lo que sucede es que todo mundo contruye su propia Imagen Corporal en contacto con otros, existiendo por lo tanto un constante dar y tomar, de modo tal que es cierto que muchas partes de las Imágenes Corporales son comunes a aquellas personas que suelen verse andar juntas y que guarden una relación emocional recíproca.

#### PLÁSTICIDAD DE LA IMAGEN CORPORAL.

La Imagen Corporal se altera constantemente y a cada cambio medioambiental, entre otras cosas por los diferentes roles sociales que se desempeñan y los aspectos relacionados con la acción corporal de cada uno de estos papeles, terminando por llevar la Imagen Corporal de un lado a otro y de una forma a otra.

A continuación mencionaremos algunos aspectos que nos ilustran al respecto:

La Imagen Corporal cambia, con y durante la higiene, los cambios de ropa, el maquillaje, peinado, corte o tinte de pelo, la utilización de joyas y la realización de movimientos como pueden ser, la danza, la gimnasia, la natación, etc.

#### \* La Higiene.

Tiene como función evidente la limpieza, sin embargo el afeitamiento y en sí el baño, se realiza a través de la auto-manipulación que libidiniza el Esquema Corporal, teniendo

en esto la facultad de favorecer el estado de ánimo.

- La Ropa.

Esta desempeña un papel importante ya que adquiere a la misma significación que la parte del cuerpo que cubre, adquiriendo por esta razón un simbolismo. Flugel, 1930 (49), a través de sus estudios incluyó que las transformaciones que ocurren en la Imagen Corporal también ocurren en la ropa. Uno de los motivos de la transformación y del recubrimiento con el vestido es el deseo de superar la rigidez de la Imagen Corporal. Así es posible transformarse mediante el uso de diferentes ropas. Como Heed, expresó en 1920: "El modelo postural del cuerpo llega hasta la pluma del sombrero de una mujer".

- Los Adornos.

Las joyas, el maquillaje y las modificaciones al peinado, son también elementos distintivos del Esquema Corporal que llega a dar a éste un estatismo o exclusividad con respecto a los demás.

Ya desde la antigüedad, las plumas, tatuajes o adornos tenían este cometido entre las tribus. Eibl-Eibesfeldt, 1977 (38) menciona: "Las tribus han llegado al grado de perfeccionar su cuerpo para insertar trozos de madera o metal mutilándose a sí mismos. En continuo jugar con el cuerpo y con la Imagen Corporal.

- La Gimnasia, la Danza y otros.

De manera violenta se modifica la Imagen Corporal mediante cualquier clase de gimnasia, natación, yoga, artes marciales u otros. Otra manera de disolver o debilitar la forma rígida del modelo postural del cuerpo es el movimiento y en sí, la danza. Dijimos anteriormente que siempre que nos movemos cambiamos el modelo postural del cuerpo. El esquema previo permanece en segundo plano y sobre este anterior, se constituye el nuevo. Durante un movimiento rápido, especialmente si es circular, modifica la reacción vestibular y, con ella,

La liviandad o pesadez del cuerpo. Esto se debe en parte a la acción muscular, pero también a la irritación vestibular. La tensión y relajación de los músculos que mueven el cuerpo a favor y en contra de la gravedad y de los impulsos centrifugos, pueden ejercer una enorme influencia sobre la Imagen Corporal. El fenómeno de la danza, por ejemplo, es un aflojamiento de la rigidez que favorece la expresión corporal.

Todos estos intentos de cambio tienen un objetivo: la belleza, el agrado a los demás, el buscar la aceptación del grupo, y en general buscar el reconocimiento del medio. Con respecto a la belleza, podemos decir que se halla vinculada íntimamente con el cuerpo humano; sin embargo es sumamente subjetiva y cambia de acuerdo al lugar y al momento, y lo único seguro parece ser, su origen en el campo de los sentimientos sexuales. Es evidente que la influencia estética desaparece cuando el deseo sexual se torna fuerte.

Concluyendo, podemos decir, que la Imagen Corporal y las Imágenes Corporales de los demás, su belleza y fealdad, se convierten así en la base de nuestras actividades sexuales y sociales.

#### OPINIONES Y APORTACIONES TEORICAS EN EL ESTUDIO DE LA INTEGRACION DE LA IMAGEN CORPORAL.

Schilder, 1958 (112) menciona: "El Esquema Corporal es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo. Y podemos llamar a esta imagen, Imagen Corporal. La construcción de ésta, se basa no sólo en la historia individual del sujeto, sino también en sus relaciones con los demás, en las asociaciones, en la memoria y en la experiencia, así como en las intenciones, propósitos y de la voluntad y tendencias. Esta imagen es un objeto diferente, según el uso que hagamos de ella".

Federn, 1970 dice: "El Esquema Corporal representa el constante conocimiento mental del propio cuerpo, la Imagen

Corporal es la representación cambiante del cuerpo en la mente.

Rogers, 1975 (109) dice: "El concepto de sí mismo o del Yo se va formando a partir de la integración de su ambiente, el cual al diferenciarse hace que la percepción y las interpretaciones del individuo hacia sí, producen una conducta congruente con su auto-concepto".

Hong, 1981 dice: "El término Imagen Corporal, se refiere a cómo el cuerpo es vivenciado psicológicamente y a los sentimientos y actitudes hacia el cuerpo".

Lo que estas definiciones nos lleven a pensar es que la gran importancia que hay en la concepción que tenemos de nosotros mismos, ya que esta autopercepción es nuestra carta de presentación que está en constante modificación y crecimiento; pues la modifica la experiencia, la aprobación, el afecto familiar y social, las vivencias ambientales y el crecimiento personal; dependiendo de esta concepción seremos audaces y confiantes o sumisos y dependientes, con una concepción devaluada ante los demás, por lo tanto de éste van a depender nuestras acciones y logros.

## CAPITULO II.

### ALTERACIONES DEL ESQUEMA CORPORAL:

Witkin, 1962 (131), menciona: "El establecimiento del Yo se forma a través de la formación del concepto sobre el propio cuerpo". Cuando el cuerpo presenta defectos, el establecimiento del Yo sentirá necesariamente las alteraciones que percibe de su Imagen Corporal ya que la formación de ésta implica la integración de un conjunto de experiencias internas y externas.

Gracias a los estudios hechos por, Schilder en 1958, Witkin en 1962, y Kolb en 1970, los trastornos de la Imagen Corporal reciben un amplio reconocimiento, particularmente en la práctica psiquiátrica y neurológica en los servicios de con

sults de medicina y cirugía en hospitales generales.

Los especialistas en psiquiatría y psicología son los indicados para asesorar en problemas comunes del paciente con tales trastornos y dar su opinión acerca de naturaleza de los fenómenos clínicos como de su tratamiento. En estos campos, el conocimiento del Concepto del Cuerpo ha sido empleado favoreciendo el entendimiento de las alteraciones en los trastornos corporales como en las esquizofrenias y múltiples fenómenos que ocurren como enfermedades agudas o crónicas del cerebro, o resultado de serios estados degenerativos, tóxicos y metabólicos, así como amputaciones o carencias físicas y de los sentidos. Son pocos datos verdaderos sobre los factores específicos de desarrollo, los cuales predisponen o determinan los trastornos de la Imagen Corporal en la mayoría de las enfermedades emocionales.

El fenómeno de la Imagen Corporal como se observa en la clínica general, puede representarnos, o bien una reacción psicofisiológica natural o ser una evidencia de desadaptación psicológica y emocional. Las diferencias entre las presentaciones esperadas y naturales del fenómeno de la Imagen Corporal y las variantes patológicas son ampliamente conocidas y por lo tanto generalmente no se diagnostican. Las distorsiones entre salud, enfermedad y el fundamento de muchos de los fenómenos clínicos pueden solo entenderse en el contexto del proceso de desarrollo de la personalidad. Un cambio en la Imagen Corporal a causa de un desorden metabólico o proceso quirúrgico despierta ansiedad en el paciente, la distorsión de la Imagen Corporal acostumbra de ser experimentada como una distorsión del self, y aparece una percepción irreal de su propio cuerpo y también de la percepción de otras personas.

#### PERSPECTIVAS HISTÓRICAS.

Los primeros escritos acerca de la Imagen Corporal fueron desde Paré, un cirujano del siglo XIII señalando la frecuencia de casos de "miembro fantasma" que siguen a una amputación. Es muy probable que los reportes de Paré fueran los

primeros conocimientos evidentes de la expresión de la Imagen Corporal en el hombre.

Después de Paré, algunos otros cirujanos y fisiólogos constataron la presencia del "miembro fantasma". Schilder, posteriormente estudió las alteraciones de la Imagen Corporal.

Dentro de los trastornos de la Imagen Corporal, encontramos que la enfermedad orgánica provoca sensaciones anormales, en parte por la fractura y en parte por la dotación libidinal. Los síntomas de las enfermedades orgánicas, así como también de las psicológicas, tienen lugar en el modelo postural del cuerpo. Anna Freud, 1952 (55), establece: "La merced de dolor y malestar, especialmente en la primera infancia, molestan al delicado balance entre el placer y el dolor, el cual tiene que ver con las bases del desarrollo mental y determina las actitudes positivas y negativas del niño en la vida. Por esta razón la enfermedad dolorosa es el principio de la vida, lo mismo que procesos médicos dolorosos son una amenaza justificable en lo que se refiere al desarrollo mental". Aquí Anna Freud, se refiere básicamente al dolor, el cual abruma al Yo, la agresividad de esta manifestación depende de la edad del niño, de la fortaleza yoica, y del apoyo del Ego a partir del medio familiar; aunque es arriesgado hipotetizar acerca de cómo perciben los niños en la etapa preverbal, podemos constatarlo en los adultos que han sufrido regresiones del Yo a causa del estrés.

Un carácter en desarrollo por ejemplo, puede no provocar ningún cambio inmediato en el modelo postural del cuerpo, pero sí puede determinar fatiga, debilidad e inestabilidad, síntomas todos que se hallan definitivamente vinculados con la Imagen Corporal.

Existen muchas enfermedades orgánicas y psicógenas que pueden afectar en forma directa a la Imagen Corporal; así como las intervenciones quirúrgicas, las fracturas, las deformaciones físicas, ya sea congénitas o post-traumáticas, o la ausencia



cia o pérdida de alguno de los sentidos que limitan y afectan la integración de la Imagen Corporal, hasta aquellas en las que sin haber un defecto físico o una incapacidad evidente, presentan debilitamiento en su auto-concepto, afectado por aspectos mentales basados en sus vivencias y fragilidad personal, como pueden ser las neurosis, psicosis, retardo mental y demencias, o alteraciones neurológicas que producen puntos ciegos en las diferentes partes del cuerpo, limitando el control y manejo voluntario de su cuerpo (agnosias).

#### EXAMENES QUE DETECTAN ALTERACIONES EN LA IMAGEN CORPORAL:

Las actitudes hacia el cuerpo y sus partes pueden ser evocadas y las adaptaciones del self a dichas actitudes pueden ser inferidas a través de los materiales que nos brindan los test, la entrevista, y la anamnesis psiquiátrica. Entre los materiales se encuentra el aquí utilizado (el dibujo de la Figura-Humana), al que se refiere Schilder, 1958 diciendo: "El dibujo de la Figura-Humana nos permite penetrar en el auto-concepto del autor con respecto a su cuerpo, reportando el conocimiento y experiencia sensorial que tiene respecto a sí mismo".

Machover, 1963 (86) describe: "El test de dibujo de una persona, una técnica proyectiva que evoca actitudes inconscientes y percepciones de la Imagen Corporal". Usando este test y su modificación (Test de Hombre-Mujer-Niño). Noble y Co., Knob y Wille en estudios con amputados, en estudios con problemas de las extremidades inferiores; Wysocki y Witney encontraron la expresión de la agresión sobre la extremidad afectada. Corroboran el estudio con el Test de la Figura Humana. Centers y Centers en 1963, para estudiar las reacciones de los niños que sufren amputaciones, reportando que no presentan evidencias de ansiedad o conflicto. Más tarde, Abel (75) estudió a pacientes con deformaciones faciales, encontrándose que proyectaban su problema a través de la minuciosidad en la elaboración de la parte afectada o borraduras en el área.

De lo que se concluye que la efectación de la Imagen Corporal puede ser proyectada y por lo tanto detectada por el especialista a fin del mejor conocimiento del paciente, repercutiendo esto en una forma de mejor tratamiento.

### PRONOSTICO.

De esta manera vemos que la Imagen Corporal no solo es destruida y puesta en peligro por el dolor, la enfermedad y las mutilaciones concretas, sino también por todas las insatisfacciones o perturbaciones libidinales profundas, lo cual únicamente puede ser salvado por medio de la intervención de una familia sana, ya que ésta tiende a aceptar el defecto y de esta manera el desarrollo de la personalidad es dirigido a través de limitantes donde otros valores pueden ser desarrollados y fortalecidos. Por estos medios el afectado puede obtener una clase de satisfacción, la cual, en grado sumo le compensa los efectos inadecuados de su Imagen Corporal.

Los medios sólo pueden determinarse a través de estudios psicológicos del individuo, una existencia productiva y socialmente satisfactoria, dependiendo de la aceptación del cambio de la estructura de la personalidad y el eventual establecimiento de la nueva Imagen Corporal, la necesidad de un tratamiento psiquiátrico es evidente para modificar los mecanismos patológicos e inconscientes del cambio de estructura corporal, la que tiende a perpetuar motivaciones que impiden la recuperación máxima.

### CAPITULO III.

#### CONSIDERACIONES GENERALES CON RESPECTO AL DESARROLLO DEL DIBUJO.

En este capítulo pretendemos llevar a cabo el tema desde los inicios del dibujo en general, su evolución con respecto al desarrollo basandonos en su importancia como lo men-

cions Juliette Boutehier, 1967 (32), en su libro: "Los dibujos de los niños", cuando dice: "El dibujo del niño expresa algo más que su inteligencia a su nivel de desarrollo mental: es una especie del modo en que se siente con respecto a otros debido a que la personalidad total procura expresarse en el dibujo libre".

Posteriormente iremos particularizando el dibujo hacia la Figura-Humana en la que también contemplaremos su desarrollo hasta que poco a poco va adquiriendo valor y las características necesarias para que en la actualidad sea considerado un test válido y confiable, que nos permita obtener datos sobre la persona que crea una Figura-Humana, tales como: nivel conceptual, rasgos de personalidad y actitudes frente al medio.

#### ORIGEN DEL DIBUJO.

Rappoport y Reyes 1962, opinan que el dibujo se debe considerar como el principio de las manifestaciones gráficas del hombre, producto también de la formación de conceptos y de la actitud efectiva en el individuo. Por esto, la historia del arte empieza casi al mismo tiempo que la historia del hombre.

El arte de los primitivos, tiene similitud con el dibujo de los niños, el niño como el hombre primitivo atraviesan en la evolución de su expresión gráfica en el "monoglotismo" que aunque en ocasiones nos parece ininteligible, pero ellos tiene un significado, que si no alcanza la precisión de las formas que intenta crear, es por falta de entrenamiento natural y madurez conceptual que no corresponden a su intención mental. Es posible que el hombre primitivo, con un lenguaje verbal incompleto, y que poco a poco fué inventando vocablos para darle un significado, haya encontrado en un arranque espontáneo, el medio para comunicarse a sus semejantes, así es como debe haber nacido el dibujo. La aparente similitud que

hay entre los dibujos del niño y los del hombre primitivo reside en la ausencia de perspectiva, debido a que no les interesa representar las cosas conforme a la percepción de la tercera dimensión, les interesa representar lo que conocen del mundo. Como el hombre primitivo, el niño tiene un público a quien satisfacer en cuanto a sus producciones, se recrea en los significados de sus dibujos, que sólo comprenden los niños que atraviesan por ese mismo estado mental. Con el tiempo, este lenguaje gráfico del niño, tiende a mejorarse, en un sentido estético a medida que evoluciona, teniendo aplicaciones más correctas, tal como le sucedió al hombre primitivo, cuando el hombre trató de perfeccionar su obra, surgió el arte.

Con la evolución del arte, el dibujo pasó de ser un medio de las técnicas plásticas, y sujeto por consiguiente a la modelidad de diversificar las realizaciones y aplicación. Su aprendizaje quedó diluido en el oficio o especialidad que siguió el artesano o el artista.

#### IMPORTANCIA DE LA EXPRESION ARTISTICA.

Deutch, 1963 (91) menciona: "El arte es un producto de la fantasía del artista que trata de crear la forma de realidad realizada más perfecta. Las fantasías del artista vienen determinadas por sus propias relaciones con la realidad, y éstas a su vez depende del esquema que adopta para formularlo". Ahora bien, Goodnow, 1980 (71) al hablar del dibujo en el niño nos dice: "Esta expresión artística por medio del dibujo es una escritura particular que evoluciona junto con sus facultades sensoriales e intelectuales, además de que es un medio de comunicación particular en el cual puede mostrarnos cómo piensa, cómo siente, cómo ve y por sí fuera poco, nos proporciona parte de sí mismo, a través de sus dibujos". Podemos contemplar además su crecimiento intelectual, su madurez emocional y social, sus intereses y sus conflictos, así como su grado de capacidad creadora, su rica y variada relación, entre el niño y su ambiente, etc. Pero en los dibujos -

no solamente se reflejen todas las transformaciones que sufre el niño a medida que crece y se desarrolla.

Las experiencias gráficas, como se ha mencionado — son canales para las manifestaciones de sentimientos y emociones que pueden no aflorar de otro modo bloqueando e inhibiendo el normal desenvolvimiento del niño. Las actividades de expresión artística son susceptibles, por lo tanto de impedir la represión y la acumulación de residuos psíquicos causantes de trastornos. Podemos afirmar por ello que tienen un valor terapéutico. Los materiales a su vez, ofrecen a los niños — las oportunidades de transformar sentimientos negativos en — acciones positivas. Por lo cual podemos afirmar que no hay — expresión artística posible sin la auto-identificación con la experiencia expresada, así como con el material artístico utilizado para ese fin. Este es uno de los factores fundamentales de cualquier expresión creadora. Es la verdadera expresión del Yo.

#### EVOLUCION DEL DIBUJO.

Si consideramos que el dibujo consiste en un sistema de líneas, cuya finalidad es presentar una forma, podemos — decir que la expresión gráfica infantil, con excepción de los primeros "garabatos", es dibujo.

El niño comienza su expresión con el trazo de líneas desorganizadas e incoherentes, irregulares, fragmentadas o continuas, carentes de orientación, contenido y significado. Posteriormente a los 4 años, según las investigaciones de Bender, demostraron que el niño emplea la primera forma experimentada, la espiral cerrada y la convierte en respuesta a cualquier figura por lo que Bender afirma: "Los esquemas visomotrices más primitivos dependen del principio del movimiento constante, — que se acomoda generalmente a un movimiento en espiral y posterior a esto, aparece la insistencia de los planos horizontales". A medida que estos trazos se depuran y organizan, ven-

sumen su significado hasta que alcanzan el valor representativo de una imagen, con esto se inicia el primer etapa del dibujo infantil, en el cual las formas dibujadas siguen una tendencia significativa con un carácter simbólico primero, y un valor expresivo después, el dibujo infantil en este periodo es denominado "lenguaje gráfico", debido a que es un verdadero lenguaje por signos.

El lenguaje gráfico como diría Rouss, 1962 (106), es un proceso de desenvolvimiento que atraviesa por varias etapas, advirtiendo al niño en cada una de ellas, una o varias experiencias que tiene paso a paso, hasta hacer posible el dibujo infantil. La evolución del dibujo tiene una relación directa con el desarrollo mental del niño y se manifiesta por medio de las nuevas formas que va adoptando el niño para expresar sus ideas.

Rouss, 1962 (106) divide el desarrollo en cuatro etapas:

1. Adaptación de la mano al instrumento.
2. El niño da un nombre definido a las incóordinaciones trazadas.
3. El niño enuncia de su intento lo que intenta representar.
4. El niño ve un parecido entre las líneas obtenidas por casualidad con ciertos objetos.

Ivsnoff, 1957 (59) basándose en los estudios de Clasperde, relacionó el dibujo con el desarrollo intelectual y estableció una serie de computos en base a una escala de seis puntos que aplicables tres criterios de gran importancia:

1. El sentido de la proporción.
2. La concepción imaginativa,
3. El valor técnico y artístico.

Norman C. Meier, 1974 (35) habló también de etapas en el desarrollo e integración del dibujo, a las que llamó: "Etapas secuenciales", y explicó cómo el crecimiento casual adopta

te una forma reconocible, como se va desarrollando el ritmo, equilibrio y simetría desde una disposición primaria y elemental.

Greedy Herper, en el mismo año, describió el desarrollo del garabateo a trazos organizados e los que el niño de nombre y cómo más adelante usa con precisión las formas geométricas para simbolizar objetos importantes.

Luquet, 1962 (106) basándose en sus observaciones en el dibujo del niño, reconoce cuatro etapas en la evolución del dibujo:

1. Dibujo involuntario.
2. Capacitación inesperada, cuando se da cuenta de que con sus trazos puede representar algo.
3. Realismo lógico, el cual considera un punto culminante en el desarrollo gráfico. Piaget, habló al respecto en esta etapa como el fenómeno más importante en la vida intelectual de un niño, y le llamó: "Realismo intelectual".
4. Realismo visual, en donde el niño ingresa al dibujo del adulto y se somete al punto de vista de él, su manifestación más importante es la perspectiva. Desde este momento el desarrollo será cuestión técnica.

Algunos otros investigadores como Norman C. Meier, Herper y Luquet, de 1962 a 1974, estudiaron los dibujos de los niños pequeños y elaboraron etapas del dibujo, con la finalidad de evaluar y determinar las características de la integración del dibujo en relación al desarrollo evolutivo del niño y así podemos establecer mediciones en base a estas técnicas y valorar al niño a través de su expresión gráfica.

#### EVOLUCION DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA.

A través de las investigaciones antes mencionadas, gran número de estudiosos han comprobado que crece la totalidad

de los niños, un 94% iniciaron dibujando la Figura-Humana. In explicación se basa en la investigación que se ha hecho, y es el niño es criado al lado de las personas, primero sus padres, luego sus compañeros, maestros y etc., siendo éste, el primer escenario de su vida. En cambio los niños indígenas que crecen alejados de los padres y cercanos a los animales, inician dibujando a éstos en primer lugar, de su desarrollo gráfico, y el de la Figura-Humana se retrasa.

Cyril Burt, 1962 (106), otro investigado en este campo, estableció los estadios o etapas, en forma muy específicas y nos reporta:

1. Garabateo, de 2 a 3 años.

- Existe una falta de integración por el manejo del lápiz principalmente es el de disfrutar de esta actividad como una expresión motora.
- Más manejo positivo del lápiz; los resultados por sí mismos son el foco de su atención.
- Manejo imitativo del lápiz, modelado en los movimientos del adulto, más que de su propia producción.
- Garabateo localizado, el niño trata de reproducir partes específicas de un objeto.

2. Líneas, 4 años.

- Movimientos individuales del lápiz reemplazando el garabateo masivo.
- En el dibujo de la Figura-Humana, las partes están yuxtapuestas más que organizadas.

3. Simbolismo descriptivo, de 5 a 6 años.

- En el dibujo de la Figura-Humana, un esquema crudo llega a ser evidente con pequeñas atenciones a la forma o producción, involucrando principalmente: cabeza, piernas y rasgos faciales.

4. Realismo, de 7 a 10 años.

- El énfasis es en lo descriptivo, más que en lo represen



tativo.

- El dibujo aún simboliza, más que representa, aunque el esquema es más verdadero el detalle y a la realidad.

5. Realismo visual, de los 10 a los 11 años, o más.

- La técnica se ha mejorado y el niño se inicia en la copia, o traza el trabajo de otros.
- Dibuja la naturaleza.
- Ensayo representaciones visuales:
  - a. dibujos de dos dimensiones,
    - contornos,
    - siluetas,
  - b. dibujos de tres dimensiones,
    - el paisaje de tres cuartos puede ser intentado, personas particulares son representadas, la ocasión es introducida.
    - El niño comienza a comparar y contrastar sus varios esfuerzos a temas, y conscientemente el manejo de su rendimiento.

6. Representación pre-puberal, de los 12 a los 14 años.

- Los dibujos muestran deterioros o regresiones.
- Los procesos vienen a ser más lentos y laboriosos.
- Los deterioros en ocasiones tienen su origen en conflictos emocionales, aunque también se encuentran involucrados factores cognitivos e intelectuales.
- Hay un incremento en el poder de observación e incremento en el poder de observación e incremento en la capacidad para la apreciación estética.
- Existe un crecimiento en la habilidad de expresión de sí mismo, que a través del lenguaje juega un papel importante.
- La Figura-Humana viene a ser rara en los dibujos espontáneos, pero los dibujos geométricos, ornamentales, y el dibujo decorativo viene a ser comunes cuando el dibujo de cualquier clase es intentado.

#### 7. Renovación artística, temprana adolescencia.

- Se considera que muchos niños, nunca alcanzan este período.
- Los dibujos son hechos como queriendo decir o expresar un relato, éstos, se aproximan más a los métodos de un profesional.
- Aparecen elementos estéticos definidos, hay un notable interés en el color, formas y líneas como tal.
- Hay interés en el trazo técnico.

Rouss, 1974 (35) mediante sus observaciones también elaboró un código para diferenciar los dibujos de los niños normales, de los de los niños normales.

#### CARACTERISTICAS DEL DIBUJO INFANTIL.

A medida que el niño va venciendo las dificultades de representación, Merrens, 1962 (89), van apareciendo ciertas características propias, las cuales por muchos años fueron consideradas "errores", debido a que los dibujos de los niños no corresponden a la forma de ver del adulto. Estas características son:

- a. Esquematismo.
  - b. Ejemplaridad.
  - c. Transparencia.
  - d. Rigidez.
  - e. Abotamiento.
  - f. Yuxtaposición.
  - g. Finalidad o utilidad.
  - h. Perspectiva y tamaño.
  - i. Realismo plástico.
- e. Esquematismo.

Este se presenta cuando el niño ha integrado casi todos los elementos indicativos de la Figura-Humana, aunque no está presente aún la proporción.

b. Ejemplaridad.

— Tal parece que el niño, sabiendo sus tropiezos para representar las formas, escoge el modo en que pueden ser más reconocibles, de esta manera de atención a los detalles, dibujando las formas por su lado más reconocible, sin tomar en cuenta la perspectiva, de esta tendencia del niño por dibujar las formas por sus lados más ejemplares, se deriva el término de Ejemplaridad.

c. Transparencia.

— Esta se manifiesta desde la etapa del lenguaje gráfico, y es la que evoluciona primero, siendo condicionada por el realismo intelectual. Se origina por el deseo del niño por hacer visibles todos los elementos y recurre a dibujar éstos como si fueran transparentes para que se vean a través de ellos los objetos que se ocultan, es también con la intención de que se observe el esfuerzo de él para representar.

d. Rigidez.

— Este es otro de los sellos inconfundibles del dibujo infantil. Sin ser consecuencia de un factor psicológico, el niño dibuja las figuras, muy especialmente la humana, rígida, esto debido a que el niño procura vencer los obstáculos que el dibujo le presenta, buscando en ellos parecido, y por esto omite el movimiento. Con la edad y la aptitud gráfica esto va evolucionando hasta que logre captar el movimiento y representarlo, aproximadamente entre los 10 u 11 años.

e. Abatimiento.

— Esto es, "desplazarse a todos los puntos de vista", debido a un intento de una representación gráfica panorámica, tomando todos los puntos de vista, pretendiendo que ninguno de los elementos de su dibujo queden ocultos, esta representación tiene la intención de la transparencia, presentada tiempo atrás.

f. Yuxtaposición.

— La yuxtaposición es una prueba de su ingeniosidad y

de lo que es capaz, cuando interviene la elaboración mental — en el dibujo. Representa cada cosa por su lado más reconocible, sin deformaciones ópticas, de lo que resulta, que los elementos se vayan yuxtaponiendo.

#### g. Finalidad.

Berger, 1962 la definió así: "Es el hábito del niño de disminuir o suprimir lo que no le es útil en el dibujo y de aumentar lo que le parece importante". En las primeras representaciones de la Figura Humana dibuja descendiendo las partes que para él son significativas disminuyendo otras, dependiendo del significado que les dé.

#### h. Perspectiva y tamaño.

Los niños pequeños no poseen la comprensión de la perspectiva, en sus dibujos todos los objetos flotan sin que exista una línea base donde apoyarse. Las personas, los animales y los dibujos en general corresponden a la importancia para la mente del niño, y no de acuerdo al tamaño real. Las vías a veces son de mayor tamaño que el tren. Una flor puede ser más grande de la casa que tiene al lado.

#### i. Realismo práctico.

En el momento que el niño puede organizar plásticamente, las formas de representación de sus ideas, forma una "composición" en la que integra todos los elementos teniendo un sentido estético. Cuando el niño ha vencido su incapacidad sintético, sus dibujos inician a tener un sentido realista siendo sin embargo distinto al realismo del adulto, pues para el niño es real, si traduce lo que sabe, o lo que piensa.

### ELEMENTOS PSICOLÓGICOS DEL DIBUJO.

Existen varias clasificaciones, que en el fondo sólo varían por el término empleado. Luquet, los califica como elementos, y son:

1. Intención.
2. Interpretación.
3. Tipo.
4. Modelo interno.
5. Imaginación.
6. Colorido.

### 1. Intención.

Cuando los movimientos de la mano y la vista quedan asociados, empieza el niño a dar una intención a su actividad gráfica. Teniendo básicamente caracteres sensoriales y motores, para posteriormente ingresar a los caracteres intelectuales, convirtiéndose esta actividad en un juego psíquico, en el cual se desenvuelve la imaginación.

### 2. Interpretación.

Es la explicación que el niño hace de lo que representa, esto es la auto-valoración de su expresión gráfica, en niños muy pequeños puede haber discrepancias entre la Intención y la Interpretación.

### 3. Tipo.

Es la representación que hace cada niño de una misma cosa o idea, repitiendo en varios dibujos, como el "sello característico" del niño, que tiende a conservarse y modificarse muy poco con la evaluación. El tipo es sostenido por la aprobación del médico.

### 4. Modelo interno.

Corresponde a la realidad psíquica existente en el niño, de la cual se desprenden los tipos que dibuja. Este modelo se constituye a través de una laboración mental que no corresponde a un análisis sino a la idea que tiene de lo que representa y a su necesidad de representarle con la mayor claridad.

### 5. Imaginación.

Es una función creadora, es un elemento del dibujo -

infantil. Gsapp y Stern, dicen que el desarrollo de la fantasía se halla ligado a la elaboración de numerosos recuerdos y que en su experiencia es imposible la Imaginación. La fantasía consiste en que intuitivamente el niño forma representaciones propias del causal de sus recuerdos, complete lo percibido y cambie las representaciones parciales sueltas para formar nuevas representaciones. Es por esto que el niño no copia dibujos, sino realiza sus propias imágenes, pues son sus propias figuras y no otras las que sirven para expresar su mundo imaginario.

#### 6. Colorido.

Otro elemento del lenguaje gráfico es el colorido — que emplea el niño, como un medio intrínseco de expresión. A temprana edad el niño percibe más fácilmente el color que la forma y en su elección del color, prefieren los colores brillantes sin tener ninguna preocupación por armonizarlos, el niño carece del sentido de la analogía, le gustan las combinaciones brillantes y los contrastes, y ésta es una de las características más importantes del colorido infantil y la que hay que seguir cuando se trate de guiarlos en el uso del color.

#### USO CLINICO DEL DIBUJO.

A través de la observación del dibujo espontáneo y de sus creadores se ha encontrado que éste expresa los sentimientos y emociones del autor. Así como el progreso y las transformaciones del individuo según en la etapa en la que se encuentre, danos además su versión del mundo que lo rodea y de ese modo nos informa acerca de su personalidad. Por ejemplo, con el objeto de interpretar y valorar mejor la importancia del dibujo en los cambios, veremos cómo se afecta el dibujo en el desarrollo. En base a las observaciones hechas por Lowenfeld.

#### Desarrollo emocional y afectivo.

Los grados de auto-identificación varían desde un —

bajo nivel de compenetración con repeticiones estereotipadas, hasta un alto nivel donde el creador se entrega totalmente a la tarea de representar cosas que son significativas e importantes para él, y donde él mismo aparece en el dibujo. Es aquí donde se encuentran las mejores oportunidades para el desarrollo emocional.

Las frecuentes repeticiones estereotipadas se encuentran generalmente sólo en los dibujos de niños que han desarrollado modelos rígidos en su pensamiento. Todo ajuste a una nueva situación exige flexibilidad, tanto en el pensamiento como en la imaginación y en la acción. En casos graves de ajuste afectivo, resulta difícil adaptarse a situaciones nuevas por lo cual se refugian en conductas estereotipadas lo cual se transfiere en sus dibujos. Los niños que padecen desajustes afectivos, frecuentemente evaden hacia la representación rígida.

Tales representaciones estereotipadas expresan un tipo inferior de estado afectivo. Un niño que es afectivo o emocionalmente libre y que no presenta inhabilidad en lo que concierne a la expresión creadora, se siente seguro para afrontar cualquier problema que derive de sus experiencias. Se identifica estrechamente con sus dibujos y se siente independiente para explorar y experimentar con toda una variedad de materiales. Su arte se halla en constante estado de verificación y no teme cometer errores, ni se preocupa por el éxito o gratificación que va a tener en este caso particular. La expresión artística es realmente suya, y la intensidad de su compenetración, proporciona un factor de desarrollo emocional o afectivo.

#### Desarrollo intelectual.

El desarrollo intelectual se aprecia generalmente en la toma de conciencia progresiva que el niño tiene de sí mismo y de su ambiente. El conocimiento que revela el niño cuando dibuja inicia su capacidad intelectual.

A medida que el niño crece cambian los detalles y —

la toma de conciencia del ambiente que lo rodea. Los individuos que tienden a quedar retrasados en este aspecto, están demostrando falta de desarrollo intelectual. Este factor es muy significativo para comprender a los niños, pues no solamente nos proporcionan los medios de advertir, que los niños están dibujando y pintando desde lo más profundo de su ser, sino que además brindan al clínico la ocasión para comprender problemas que pueden surgir en otros campos de la expresión. Esto no quiere decir que cualquiera que sea capaz de estimular las aptitudes intelectuales de un niño con solo mirar sus dibujos, puede ser capaz de penetrar y comprender problemas que el niño difícilmente pueda comunicar por otro medio.

#### Desarrollo creador.

El desarrollo creador comienza tan pronto como el niño traza los primeros rasgos. Lo hace inventando sus propias formas y poniendo algo de sí mismo, de su manera que es únicamente suya. No siempre es un proceso fácil, pero el desarrollo de habilidades creadoras es esencial en nuestra sociedad, y el dibujo del niño refleja el desarrollo de su creatividad, tanto en el dibujo mismo, como en el proceso de realizar la forma artística.

Lerk-Horvitz, 1972 (83) encontró que estas características del dibujo varían más mediate va aumentando la edad, y que a veces era difícil establecer dónde terminaba un estadio y comienza otro. Applegate, en el mismo año determinó que aquellos niños que estaban adelantados en la etapa de desarrollo con respecto a su edad cronológica, se hallaban también adelantados en la edad mental, mientras que los niños mentalmente retrasados dibujaban de acuerdo con su edad mental más que con su edad cronológica. Por lo tanto es preciso aclarar que las etapas de desarrollo que hemos analizado se aplican sobre todo a los niños normales.

Piaget, al estudiar el raciocinio de los niños, descubrió que hay estadios en el desarrollo, estrechamente pre-



relatos y las etapas mencionadas. La primera etapa estudiada por él dura hasta los dos años y ha recibido el nombre de: "período sensorio-motor", ésta es seguida por un: "período preoperacional", que se prolonga hasta cerca de los siete años, al que luego es seguido por la etapa de las "operaciones concretas", que se extienden más o menos, desde los siete años hasta los once años. El análisis de algunas de las relaciones de estas etapas del desarrollo con el arte fué completado por Leusing-1972, este autor menciona que para ser cambiada la forma de un trabajo ejecutado por un niño, debemos primero cambiar en él sus conceptos.

Analizando las variaciones del esquema podemos lograr una mejor perspectiva de las experiencias del niño. Existen tres formas principales de desviaciones en los dibujos de los niños:

1. Exageración de las partes importantes.
2. Supresión de las partes no importantes.
3. Cambio de símbolos para partes efectivamente significativas.

La Exageración y la Supresión se refieren solamente al tamaño, mientras que el Cambio se refiere a la forma. El origen de tales desviaciones reside ya sea en experiencias auto-plásticas (las sensaciones del Yo corporal o muscular) en la importancia relativa de partes específicas, en el significado emocional que ciertas partes tienen para él.

Maschover, menciona que los dibujos proyectan su propia personalidad. Si un joven está preocupado por su nariz, puede que la exagere o la omita totalmente. El dibujo de la propia persona es, pues, el reflejo de la propia capacidad para enfrentarse a sí mismo.

En base a estas observaciones se inició a darle más importancia científica al dibujo de la Figura-Humana con la finalidad de extraer datos del creador autor del modelo, haciéndose estudios al respecto para que en la actualidad el di

bujo de la Figura-Humana es una prueba altamente estudiada — que reporta el nivel intelectual, rasgos de personalidad, desarrollo corporal, tipo de pensamiento, etc. Para esto, se ha ido sofisticando el conocimiento del dibujo, tanto que en la actualidad, se debe poner atención a la estructura y el contenido del modelo: el tamaño del dibujo, la presión de la línea, la calidad de los trazos, la colocación del papel, la exactitud, el grado y el área de completación y detalles del dibujo, las proporciones, el sombreado, la simetría, la perspectiva, los reforzamientos o los borrones, las omisiones, las desproporciones, etc. Por lo cual esta prueba ha adquirido la cualidad de: test psicológico.

Ventajas que ofrece el test de la Figura-Humana.

1. Es una tarea simple para el examinador.
2. Requiere de poco tiempo.
3. No requiere de material elaborado.
4. Es una tarea no-verbal.
5. Su expresión es primitiva: motora.
6. Favorece la espontaneidad, disminuyendo el control intelectual.
7. Es fácil de aplicar, aún cuando nos enfrentamos a niños pequeños, o de bajo nivel educacional, deficientes mentales, mudos, extranjeros, tímidos o retrasados.
8. El contenido interesa e incita a realizar un trabajo completo.
9. La brevedad contribuye a que niños inestables, que se fatigan, o distraen con facilidad, trabajen en una tarea en la que el tiempo lo determina su grado de maduración.
10. Detecta alteraciones a nivel de desarrollo psicomotriz y de coordinación.
11. Detecta la estructura y dinámica de la personalidad, sus relaciones interpersonales, espaciales, actitudes frente a su espacio vital y —

- frente a los demás.
12. Constituye el medio expresivo más adecuado para los niños.
  13. Puede aplicarse en forma individual o colectiva.
  14. La valoración es objetiva, aunque no está limitada en forma total, a la apreciación personal del clínico.
  15. Sus condiciones tienen aplicación psicológica, pedagógica, y clínica como pruebas de inteligencia (conceptualización) o/y proyectiva.

#### INFLUENCIA DEL TALENTO ARTISTICO EN EL PUNTAJE.

La capacidad artística en los niños altera el puntaje, debido a que las dotes para el dibujo incluyen la observación visual, la buena memoria de los detalles, aspectos que son esenciales y decisivos en la determinación de los puntajes altos, y esto repercute en su funcionamiento general. Goodenough, 1963, realizando la influencia del talento y de la educación estética, no les da una importancia significativa debido a que toma en cuenta más el nivel de maduración que el de la estimulación. Sin embargo Whytey, 1965, ha demostrado que el valor artístico del dibujo está altamente relacionado a la calificación de ajuste.

#### DIFERENCIAS SEXUALES.

Este es otro aspecto que se ha visto influenciado sobre el puntaje, por lo que Goodenough, lo contempló en sus estudios, y menciona que esto es debido a que las niñas como ya antes se dijo, maduran con mayor rapidez, y realizan por lo tanto modelos de mayor calidad, sobre todo en el nivel estético y de características sexuales.

#### ESTUDIOS TRANSCULTURALES.

El test se ha estudiado en forma transcultural y las

investigaciones han indicado que la ejecución depende más de las diferencias en el medio cultural de lo que supone en un principio al autor, ya que decían que este test estaba libre de influencias culturales. En 1966, Harris realizó un estudio con este test con diferentes grupos culturales distintos, compuestos por niños de seis años de edad, después de los estudios que han hecho con respecto a si los test se ven afectados por las culturas, lo cual se ha concluido que sí, por lo tanto resulta inútil intentar elaborar un test libre de influencias. Cada cultura fomenta y modela ciertas capacidades y modos de conductirse, y decrementa y suprime otros. Esto va afectando las normas del test, dependiendo de la cultura de la cual se está evaluando.

PRUEBAS QUE SE HAN CONTRIBUIDO TOMANDO AL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA COMO TEMA:

- Test de Inteligencia Infantil por medio del dibujo de la Figura-Humana de Florence Goodenough.
- Escala de Madurez Conceptual de Harris-Goodenough.
- Test Proyectivo del dibujo de la Figura-Humana de Keren Maschover.
- El Dibujo de la Familia de Maurice Porot.
- Test de House-Tree-Person de Buck.
- Test del Dibujo de la Familia de L. Corman.
- Escala de Sofisticación del Concepto del Cuerpo de H. Marlens.
- Las técnicas del Dibujo de Dos Personas de Keren Maschover.
- Test de la Pareja de Bernsteim.
- Persona Bajo la Lluvia de H. Fsy.
- Test del Hombre Incompleto de William M. Cruickshank.

## CAPITULO IV

REVISION BIBLIOGRAFICA DEL SINDROME DE DISFUNCION CEREBRAL.

Los niños en estudio presentan el Síndrome de Disfunción Cerebral, por lo tanto es útil dar un panorama acerca de lo que es este Síndrome según algunos investigadores, así como también ver las causas o etiología del padecimiento, los síntomas que presentan los niños afectados, la forma de diagnóstico así como un ligero bosquejo del tratamiento para entender la forma en que estos niños se perciben y auto-conceptualizan. El tema será tratado como Disfunción Cerebral debido a que nuestro interés, es primordialmente el mal funcionamiento del cerebro y no la ubicación estructural de la lesión. Se ha visto que existen más de cuarenta términos para designar el problema, difiriendo ligeramente uno de otro, aunque todos están designando el mismo grupo nosológico.

BOSQUEJO HISTORICO:

En 1902, un médico inglés de nombre G. F. Still, describió la sintomatología que se presentaba en los niños que padecían un Daño Cerebral evidente. T. G. Ebaugh, en 1923 llamó la atención sobre las secuelas neuropsiquiátricas de ciertos padecimientos que indudablemente producen cambios estructurales cerebrales como la encefalitis. Kahn y Cohen en 1943, describieron un síndrome llamado por ellos: Orgánico Cerebral caracterizado por un alto grado de hiperactividad, incoordinación motora y la liberación explosiva de todas las actividades inhibidas. Posteriormente en 1940, Werner y Strauss, dieron la primer descripción completa de este cuadro, que en la actualidad son los conceptos que se manejan al respecto de las diversas clases de Daño Cerebral que aparecen publicadas en el libro: "Psychopedagogy and Education of the Brain-Injured Child" publicado en 1947. Gallagher, aborda el tema en función de la "desproporción existente entre el desarrollo psicológico, con el nivel de educación, por lo que se hace necesario la enseñanza especializadas". Bender, 1968 expresó su opinión al

cir: "La Disfunción Cerebral disminuye la calidad del desarrollo general del niño e interfiere con la maduración, limitando al organismo como un todo, más que produciendo trastornos específicos de carácter motor o sensorial". Al tratar el tema no podríamos dejar fuera los trabajos de Bradley (1937), Denhoff (1957) y Birch (1964) y otros igualmente importantes. Lo cierto es que a partir de las aportaciones de Strauss, las investigaciones se han sucedido una tras otra y por lo tanto contamos hoy con un muy aceptado conocimiento de la Disfunción Cerebral.

Clemens y Peire, 1960 (9) la define como: "Disfunción Cerebral Mínima, cuando no hay signos neurológicos evidentes". Koeth Connors en 1967 (8), la describe: "Síndrome que comprende las desviaciones de las funciones cognitivas, conductuales, sociales y emocionales". La National Society for Cripple Children y el program the United States of the public health service, define a la Disfunción Cerebral como: "La patología que contiene a los niños con inteligencia levemente inferior, promedio o superior, con ciertos trastornos conductuales o de aprendizaje, que fluctúan de leves a serios, asociados con desviaciones que pueden manifestarse por distintas combinaciones de desajuste en la percepción, conceptualización, lenguaje, memoria y control de impulsos o funciones motrices". R. Clemeuros, 1974 (28), plantea que: "Este síndrome se caracteriza por: dificultad en la percepción, anomalías en el aprendizaje, conceptualización, lenguaje, atención y memoria". Abercrombie, 1967 (8), habla de la Disfunción Cerebral como: "Una dificultad visomotora y visoespecial, que reporta una alteración en la percepción y manipulación de las relaciones espaciales". Werner, 1971 (33) resalta la importancia de la Disfunción Cerebral, en los problemas de integración perceptual ya que él considera a la percepción como: "La capacidad principal para el establecimiento de las relaciones entre los objetos y el ambiente que los rodea", declarándola como la limitación más importante, debido a que: "La verdad para la per-

cepción es también verdad para el pensamiento y la memoria". -- Por lo tanto podríamos agregar, basándonos en esto, que es también la verdad para el concepto que se tiene del mundo y del Yo dentro de este mundo circundante. J. R. Pincus, 1966 habla de: "Deficits intelectuales, de genero y grado variable y que estos pueden estar generalizados o particularizados", -- enfatiza las deficiencias selectivas de la aritmética y el retraso en la adquisición de los hábitos de la escritura y lectura y los déficits en determinados procesos como son: percepción auditiva, comprensión, memoria, lenguaje y las capacidades para generalizar y clasificar.

#### DEFINICION.

Para el fin de la presente investigación definiremos el síndrome de Disfunción Cerebral como el conjunto de signos y síntomas capaces de provocar desajustes en el desarrollo perceptual, motor y en la manipulación de las relaciones espaciales, desviando las funciones en el aprendizaje, en la conducta y en lo emocional.

#### ETIOPATOLOGIA.

Existen pocos datos acerca del origen, creyéndose -- que la Disfunción Cerebral puede surgir en el período prenatal o preparto, período perinatal o periparto, o en el período postnatal o postparto, siendo este último a consecuencia de muchas clases de enfermedades o accidentes sufridos en los primeros años de vida. En términos generales se acepta que las causas del segundo grupo son las más importantes y frecuentes (70 a 80% de los casos), en tanto que las prenatales se presentan en el 10 a 15% de los restantes causas, ya durante la vida extrauterina.

Hasta ahora, no existen pruebas concluyentes de la genética que influye en la producción de la lesión cerebral, -- sin embargo algunos investigadores plantean esta causa como una causa endógena que proviene de afecciones neurológicas.

### - Período Prenatal.

Los accidentes y enfermedades contraídas en los primeros meses de gestación, van a afectar el proceso de maduración del embrión y son: -

1. Padecimientos infecciosos de la madre, principalmente rubéola y toxoplasmosis.
2. Anoxia prenatal, provocada más frecuentemente - por respiración materna de anhídrido de carbono, en sus formas graves, hipotensión severa, infartos placentarios, etc.
3. Microhemorragias cerebrales provocadas por toxemia materna, trauma directo, diátesis hemorrágicas, etc.
4. Exposición excesiva a los Rayos X.
5. Disturbios metabólicos de la madre, tales como diabetes, hipo o hipertiroidismo, etc.
6. Factor Rh+ que afecta la integración sanguínea del producto.
7. Problemas hormonales.

### - Período Perinatal.

Entre los factores perinatales tenemos: -

1. Anoxia neonatal, producida regularmente en las siguientes situaciones:
  - Obstrucción mecánica respiratoria.
  - Atelectasis.
  - Mal uso de sedantes y anestésicos administrados a la madre.
  - Placenta previa.
  - Hipotensión pronunciada.
  - Estrechez pélvica.
  - Insuficiencia en el estiramiento de los ligamentos del arco pélvico.
  - Nacimiento prematuro.
  - Prolapso del cordón umbilical.



- Apnea producida por una circular de cordón, etc.
- 2. Todas las distocias cefálicas de producir sufrimiento fetal:
  - Aplicación deficiente de forceps.
  - Maniobras de extracción.
  - Expulsión demasiado rápida.
  - Parto prolongado.
  - Cesárea.
  - Inducción con occitócicos, etc.

#### - Período Postnatal.

Entre las causas postnatales, se consideran como más frecuentes:

1. Enfermedades infecciosas en los primeros meses: especialmente tóxerina, sarampión, escarlatina, y las neumonías; también están las encefalitis y la meningitis.
2. Traumatismos craneoencefálicos.
3. Secuelas debidas a incompatibilidad del factor Rh.
4. Neoplasias cerebrales.
5. Anoxia accidental pasajera.
6. En general, cualquier enfermedad que produzca fiebre elevada y prolongada.

Estas causas pueden presentarse solas o combinadas, además de que como nos ilustra Bond, 1979: "Aparte de la pérdida de la función cerebral los trastornos crónicos del intelecto y la personalidad son en gran parte los resultados del manejo adecuado o no, por parte de los padres y de la sociedad en general del niño que presenta una enfermedad".

#### FRECUENCIA.

Cruickshank, 1971 refiere que la presencia de lesión cerebral, es más frecuente aparentemente en varones que

en niñas, una de las razones que justifica lo anterior podría ser el mayor tamaño del feto masculino, otra la debilidad cromosómica con respecto a la de la mujer, otra el nivel de estimulación que culturalmente es dado más al niño que a la niña, debido a las demandas sociales, que culturalmente están más a favor del hombre. Calderon, 1990 (134).

### SINTOMATOLOGIA.

Aunque el diagnóstico es muy importante, se sabe que la sintomatología, en ocasiones, es determinante, ya que en algunos casos ésta se presenta aún cuando el niño no tenga una Disfunción Cerebral, sino que sus síntomas son atribuibles a una dificultad en el control de su conducta, pero que sin embargo está sede con el tratamiento adecuado.

Otro aspecto importante de la sintomatología es que ninguno de los síntomas tiene valor patognomónico (que por sí solo asegure el diagnóstico). Pero debemos tener presente que aunque no estemos describiendo una entidad patológica propiamente dicha, es posible de acuerdo a la observación clínica, constatar un verdadero síndrome que corresponde a la situación patológica que llamamos: Disfunción Cerebral.

Uno de los primeros datos importantes posteriores al nacimiento, es la incapacidad de succionar, lo que reporta que el bebé no aprendió a hacerlo durante el último mes de gestación, debido a algún padecimiento neurológico.

A continuación los datos de mayor valor diagnóstico tomando en cuenta que algunos investigadores los han dividido en: perceptivo-motores, conductuales, emocionales y combinados.

#### 1. Hiperquinesia.

Uriarte, 1990 menciona que, es la más aparente de los trastornos de la conducta. No se trata de la inquietud más o menos reconocible, sino de un verdadero estado de movili

dad casi permanente. El niño reacciona a estímulos internos y externos. Dentro de los estímulos internos podemos mencionar: el hambre, el dolor, la sed y otros que tienen mayor intensidad en el niño hiperquinético y le exigen una satisfacción inmediata so pena de alterar la conducta seriamente si la gratificación no ocurre. En cuanto a los estímulos externos, ofrecen al niño una gran dificultad para establecer una discriminación adecuada, provocando que prácticamente todos ellos tengan el mismo valor, por lo tanto el niño es incapaz de fugir su atención por la exagerada reacción a los estímulos que no están siendo directamente atendidos. Esta afeción es también llamada: Hiperactividad sensorial. Distractividad. o desinhibición.

A continuación, algunos síntomas derivados de la Hiperactividad:

a. Destructividad.

Este forma de conducta deriva directamente de la hiperactividad, se reconoce fácilmente en el hogar, donde el niño destruye frecuentemente objetos valiéndose de herramientas como martillos, desarmadores, etc., o bien usando para ello sus manos o pies.

b. Hiperactividad verbal.

Los niños que le sufren hablan tanto y muestran tal inestabilidad para mantener el foco de su atención durante el discurso, que nos hacen recordar ciertos estados maníacos del adulto que cursan incluso con fuga de ideas. Es también reportado como: Disfasia.

c. Trastornos del sueño.

Denhoff y Rubinsault, 1976 (126) dicen que a veces la Hiperactividad se incrementa durante la noche, de tal manera que se dificulta la iniciación del sueño, aunque es frecuente que el niño se duerma pronto y despierta unas cuantas horas después, el niño ya despierto inicia actividades propias de su

**Hiperquinesia:** habla en voz alta, desembula por la casa, pretende ponerse a jugar, etc. Freeman, 1980 (54), hace referencias a estas alteraciones como un cambio en los ritmos de sueño y vigilia.

#### d. Agrésividad.

Se manifiesta de diferentes formas, crueldad hacia los animales, agresión sin motivo a otros niños e incluso a adultos, respuestas con agresión exagerada, además como dato específico de este tipo de agresividad es la "indiscriminabilidad" (Uriarte, 1990).

#### 2. Inatención.

Es producto de la distractibilidad del niño, que le impide concentrarse y obstaculiza este proceso, también llamadas: cortos períodos de atención, provocados por:

- a. hiperactividad sensorial
- b. distracción

#### 3. Irritabilidad.

Tanto los estímulos placenteros como los frustrantes provocan respuestas exageradas de júbilo o de enojo. Por lo tanto presenta:

- a. conducta impredecible: por variabilidad constante de la conducta.
- b. baja tolerancia a la frustración: que suele manifestarse en forma de rebietes, y "berrinches" incontrolables, por incapacidad para postergar satisfactores.

Según Wender, 1976 (126) podríamos llamarla también Hiperactividad, ya que implica la producción de respuestas normales en cuanto a cualidad, pero definitivamente anormales por su intensidad.

#### 4. Impulsividad.

Es otro síntoma importante, que a su vez origina cues-

tes modalidades del comportamiento. Es entendida como la incapacidad para inhibir los impulsos. Wender, considera que la Impulsividad incluye la baja tolerancia a la frustración, que ya mencionamos, así como lo que se puede llamar: conductas antisociales, enuresis, encopresis, así como la incapacidad para percibirse del peligro.

a. Conducta antisocial.

Esta a su vez comprende la agresividad, la destructividad, también ya citadas, y la tendencia a cometer frecuentes hurtos; frecuentemente esta alteración es confundida con la sociopatia.

b. Enuresis y encopresis.

Pobre control de los esfínteres.

c. Incapacidad para evaluar el peligro.

Debido a su incapacidad para inhibir los impulsos.

5. Incoordinación muscular.

Exhiben torpeza general, la que involucre tanto a los movimientos gruesos como a los finos. La incoordinación para los movimientos finos se descubre mediante la escritura, las dificultades que el niño tiene para abotonarse, atarse los zapatos, recortar figuras, etc. Es también llamada esta alteración: Dispraxia, Inmadurez motora, Torpeza motora, o Incoordinación simplemente.

a. Torpeza corporal.

Presenta problemas de postura, así como de dirección corporal, defectos de orientación derecha-izquierda, e incluso alteraciones en las expresiones faciales.

b. Disgrafía.

Deficiencia en la escritura.

c. Ineptitud deportiva.

Procesos en la competencia por poco equilibrio y --

problemas para lograr la coordinación requerida para la buena ejecución del deporte.

d. Disertría y Dislalia.

Alteraciones en la articulación del lenguaje.

6. Desobediencia patológica.

Esta se genera por las siguientes alteraciones:

a. Incomprensión de órdenes.

Ardils, 1991 (133), se refiere a la incapacidad que tienen muchos de estos niños para comprender órdenes verbales.

b. Repetición de la falta.

El niño comete una y otra vez la falta sin tratar de ocultarle y sin comprender por qué se le castiga.

c. Incomprensión del castigo.

Al aplicarle un castigo, no establece la relación entre la falta y la consecuencia.

7. Trastornos del aprendizaje.

Los trastornos del aprendizaje se encuentran casi siempre presentes en este síndrome, pudiendo llegarse a la prematura conclusión de que el niño presenta Debilidad Mental. El origen de sus dificultades escolares es la combinación de las alteraciones ya mencionadas, que decrecientan sus oportunidades en el aprovechamiento académico entre otras:

a. Hiperquinesia.

Esta afecta la concentración y las tareas de coordinación visomotora.

b. Disociación.

Incapacidad de ver las cosas como un todo, como una gestalt. Incapacidad integradora, por ver los estímulos como individuales, el niño no integra los detalles de un percepto en una totalidad "gestalt", por lo cual se deriva a ni -

del visomotor: la inversión, la fragmentación y mutilación de los estímulos. También se deriva de la distorsión una incapacidad para la conceptualización, por la incapacidad para formar una unidad significativa, alteración que también recibe el nombre de: Agnosia. Dificultad que se traduce en:

- Disgrafía.

Problemas de la escritura.

- Dislexia.

Problemas en la lectura por deficiencia en el deletreo de palabras.

- Discalculia.

Por el uso retardado del lenguaje y sus conceptos — insuficientes de los números.

c. Traducción.

Deficiencia en el paso de la percepción visual a la ejecución. También llamada: Apraxia.

d. Inversión del campo visual.

El niño no puede destacar la figura del fondo, por lo tanto hay una pérdida de la nitidez de la figura y en ocasiones una relevancia del fondo. Esta alteración también puede estar afectando la percepción auditiva, táctil, y en general toda la estimulación, agravándose el problema. De este manera los estímulos que provienen de todo el campo sensorial tienen aproximadamente el mismo valor, lo cual impide que la atención se fije discriminadamente sobre lo que en un momento dado constituye la figura central, que debe destacarse del fondo.

e. Perseveración.

Incapacidad para cambiar de una actividad mental o motora a otra.

f. Memoria deficiente.

La memoria está ligada con el proceso de atención, por lo tanto la afectan los lapsos cortos de atención, además

de la tensión emocional, la cual se encuentra aumentada por la hiperquinesia.

### 8. Trastornos emocionales.

Provocados por la hiper-actividad del niño. Los cuales provocan:

#### a. Apatía.

Desgano generado por la constante exposición al fracaso.

#### b. Disminución de la motivación.

Es el decremento del sentido y dirección de la conducta física, intelectual, emocional, etc.

#### c. Incapacidad para participar en tareas de grupo.

Directamente relacionada con las alteraciones que provocan su desorganización individual.

#### d. Problemas en el establecimiento de las relaciones interpersonales.

Por infantilismo, regresión, inestabilidad de carácter, desobediencia patológica, agresión, etc. Kenner, 1975 (118), habla del factor o síntoma social agregado, producto de la sintomatología del niño, al cual se refiere con el nombre de:

#### e. Factor de queja.

El cual se reduce en quejas de los padres, maestros, compañeros en general e incluso la sociedad, los cuales observan desviaciones más o menos merced a un código social aceptado.

Lauretta Bender, 1960 al hablar de la Ansiedad Ir describe como: "Una ansiedad difusa, con frecuencia abrumadora, que no se fija en ninguna situación e ideas específicas. Todo proviene del exceso de estimulación y del exceso de respuestas, de sus propiedades principales deformadas, de su mo-



tilidad desordenada y de su sensación general de perplejidad y del hecho de percibirse que en cierta forma difiere de otros niños".

#### 9. Disforia.

- a. Anhedonia.
- b. Ansiedad.
- c. Deficiencia en la auto-estima.

Aspectos éstos, que serán tratados en forma independiente dentro de este trabajo.

#### PASOS PARA LLEGAR AL DIAGNOSTICO.

Un procedimiento de diagnóstico útil y completo será aquel que tenga las mejores respuestas a estas preguntas:

- ¿Cuáles son los caminos más seguros para obtener información sobre la conducta del paciente?
- ¿Cuáles datos mensurables no conductuales se correlacionan con los patrones de comportamiento correspondiente al síndrome?
- ¿Qué tipo de información es el más útil para el plan terapéutico?

Respecto a estas preguntas cabe decir que la función del diagnóstico no debe ser la de proporcionar un nombre, si no más bien la de lograr una evaluación cuidadosa de la sintomatología, que permita planear el manejo del caso, y en la medida de lo posible, establecer el pronóstico.

Veamos en orden de importancia los recursos clínicos utilizables en los casos en que se sospecha de la existencia de un síndrome de Disfunción Cerebral:

1. Historia clínica.
2. Examen pediátrico.
3. Examen neurológico.
4. Examen de audición y lenguaje.
5. Examen psicológico.

6. Exámenes ofálmicos y ópticos.
7. Evaluación psicopedagógica.

### EL SINDROME DE DISFUNCION CEREBRAL EN EL NIÑO.

#### Clases.

Los Drs. Werner y Strauss, 1971 (33), hace 43 años, basándose en un grupo con Retardo Mental, nos proporcionaron los conceptos que actualmente se manejan de las diversas clases de niños con Disfunción Cerebral:

- a. Los que tienen un diagnóstico definido de lesión neurológica específica o difusa y caracterizados también por una serie de problemas psicológicos.
- b. Los niños que sin diagnosticarles un Daño neurológico franco, tienen características psicológicas y conductuales idénticas a las de los niños que no cabe duda acerca de la lesión cerebral.
- c. Niños comprendidos en grupos clínicos específicos, como los de Parálisis cerebral, Epilepsia, Retardo Mental, Privación ambiental, Trastorno emocional, y otros. Son niños que muestran características de Disfunción Cerebral y que se tiene la certeza, o bien la sospecha lógicamente de algunas deficiencias neurológicas.

En el presente estudio, la Disfunción Cerebral ha dado datos más generales en cuanto a los trastornos y más específicos en cuanto al nivel de atención por lo que se ha denominado: Síndrome por déficit de atención (Ostrosky, 1991, 135)

Todos los niños deben tener cualquier nivel intelectual, el cual no es lo más importante. Estos niños presentan problemas emocionales que complican el diagnóstico, que encubren las verdaderas causas, haciendo así que se piense primero en un trastorno emocional.

#### PRONOSTICO-

Bakwin, 1968 (122), al respecto menciona: "El pro -

nóstico no es necesariamente malo, depende principalmente de la extensión de la Disfunción y del tratamiento, más que de la naturaleza del agente lesionado".

Bender, 1966 dice: "Tal como sucede en un niño sano la naturaleza del niño tiene hacia la maduración, lo cual forma un fuerza capaz de salvar muchos obstáculos y aprovechar la ayuda que desde el exterior se le proporciona".

Markes y Cia, 1976 (126), quienes estudiaron el desarrollo y la evolución de niños con Disfunción Cerebral. 25 años después de haber sido diagnosticados con el Síndrome de Disfunción Cerebral, encontraron que la Hiperactividad había desaparecido a su entrada a la pubertad.

#### TRATAMIENTO.

De acuerdo con la Dra. Boder y el Dr. Poncerreda en 1979, (8): "El manejo y tratamiento del niño con Disfunción Cerebral debe ser dirigido a corregir los aspectos básicos del problema":

- a. Conducta
- b. Aprendizaje
- c. Respuesta emocional

Con el fin de que se le de la oportunidad de tener a ciertos, lo cual favorecerá que se cree en el niño una nueva auto-imagen y con esto se favorezca el Yo.

Un programa bien elaborado para el niño con Disfunción por lo tanto debe contener:

1. Manejo farmacológico.
2. Tratamiento psicológico.
3. Tratamiento pedagógico.

Todo esto dentro de un estado social que favorezca las condiciones ambientales del niño y su familia. Uriarte 1991. Este tratamiento multidisciplinario, tiene el obje-

tivo de corregir sus problemas conductuales. Además se puede incluir la Psicoterapia para que a medida que el niño vaya aprendiendo variedades y novedosas destrezas, se le brinde la oportunidad de ir comprendiendo las razones de su nueva conducta. Debe ser capaz de formarse conceptos verdaderos de su nuevo papel ante la sociedad. Los padres, a su vez, deben tener orientación que les ayude a comprender los cambios de su hijo y favorecer las condiciones ambientales para ir favoreciendo los logros del niño y con esto, a su auto-concepto.

#### AUTO-CONCEPTO.

No está bien desarrollado en estos niños, tratándose de comprender cuál es la forma en que ellos se perciben y en qué medida esta percepción afecta su conducta y sus valores.

El concepto de sí mismo, se empieza a desarrollar como ya antes se contempló, desde los primeros días de nacido, y se refiere al modo en que se siente y evalúa su propio organismo, las percepciones sensoriales y la musculatura esquelética, la superficie del cuerpo, así como la que proviene de la parte interna del organismo, el grado de claridad de la percepción del cuerpo, la satisfacción o descontento que experimenta por sí mismo, y su relación con las personas y objetos.

El desarrollo del concepto de sí mismo de un niño con Disfunción Cerebral, es muy diferente, debido a que influyen situaciones tales como: fracasos académicos, errores en la destreza para el deporte, problemas en el establecimiento de sus relaciones interpersonales, la consideración que tiene de sí mismo de incapacidad, de diferencia para con los demás, de similitud con respecto a otros niños, y de inadecuación. Además sus problemas perceptuales le hacen formar una imagen distorsionada de su cuerpo y del cuerpo humano en general. Todo esto los lleva a un concepto negativo de sí mismo.

Siendo su imagen distorsionada, será poco probable que lleguen a desarrollar un self fuerte, por lo cual su me-

dures emocional es deficiente, y de ahí su incapacidad para fijarse metas, lo cual les genera sentimientos de desesperanza y en ocasiones éstos provocan su comportamiento antisocial.

#### CAPITULO V.

#### METODOLOGIA.

#### OBJETIVO.-

1. Establecer la relación existente entre la Disfunción Cerebral y la integración del Esquema Corporal.
2. Encontrar las diferencias entre los tres niveles cronológicos: 7, 8 y 9 años y la integración del Esquema Corporal.
3. Correlación de los tres modelos gráficos: Hombre, Mujer y Sí Mismo, para saber si el modelo de Sí Mismo, presenta diferencias con los otros modelos.

#### SUJETOS.

La población en la que se realizó el presente estudio, estuvo seleccionada del servicio de Psicología Clínica, del Hospital Psiquiátrico Infantil: "Dr. Juan N. Neiverro", con el diagnóstico clínico de Disfunción Cerebral. La muestra que dó integrada por 90 niños de ambos sexos, cuyas edades fluctúan entre los 7 y 9 años 11 meses, distribuidos en tres grupos:

- a. De 7 años a 7 años 11 meses, 17 varones y 13 niñas.
- b. De 8 años a 8 años 11 meses, 16 varones y 14 niñas.
- c. De 9 años a 9 años 11 meses, 18 varones y 12 niñas.

#### INTRUMENTOS.-

1. Test Gráfico Visomotor de L. Bender.
2. Escala de Madurez Conceptual de Harris-Goodenough.

El test de Bender, se calificó mediante la técnica de Koppitz, y la Escala de Harris-Goodenough, se calificó mediante la técnica de Harris.

#### ESCENARIO.

Consultorio No. 4, tipo cámara de Gesell de la Sección de Psicodiagnóstico de Psicología Clínica del Hospital Psiquiátrico Infantil.

#### DEFINICION DE VARIABLES.

##### Variable independiente.

Son tres grupos de niños de 7, 8 y 9 años, presentando un nivel de maduración específica correspondiente a su edad cronológica.

Los tres grupos presentan Disfunción Cerebral.

En los tres grupos hay niños y niñas.

##### Variables dependientes.

Los niños dependiendo de su edad cronológica tendrán un nivel de integración del Esquema Corporal.

Cada uno de los niños presenta Disfunción Cerebral, la que trae como consecuencias, alteraciones perceptivo-motoras que alteran la integración del Esquema Corporal.

Los niños presentan menor integración en cuanto al detalle que las niñas, al realizar la Figura Humana, sin embargo su integración global, aparece antes que la de las niñas.

#### DISEÑO.

El diseño es de tipo correlacional ya que se trata de establecer las relaciones existentes entre las consecuencias perceptivo-motoras de la Disfunción Cerebral, así como encontrar las diferencias de integración del Esquema Corporal dependiendo de la edad cronológica del niño, y comparar las integraciones dependiendo de la orden de dibujar: un Hombre, una Mujer o dibujarse a Sí Mismo.

HIPOTESIS DE TRABAJO.

1. Las alteraciones detectadas por el Test de Bender, en niños con Disfunción Cerebral, afectan la madurez de la integración del Esquema Corporal.
2. Existen diferencias entre el número de errores aceptados por Bender en la reproducción de los modelos gestálticos, y en el número de errores cometidos por los niños de la actual muestra.
3. Si al niño se le da la indicación: "dibújate", habrá una mejor integración del Esquema Corporal.

HIPOTESIS:

- Hi. Existe diferencia entre los puntajes promedio obtenidos por Kopitz en la prueba de Bender y los puntajes promedio obtenidos en la actual muestra, ya que se trata de niños con Disfunción Cerebral.
- Ho. No existe diferencia entre los puntajes promedio obtenidos por Kopitz en la prueba de Bender y los puntajes promedio obtenidos en la actual muestra, aunque se trata de niños con Disfunción Cerebral.
- Hi. Existe diferencia entre los puntajes promedio en la prueba de Harris-Goodenough, por los niños de 7, 8 y 9 años.
- Ho. No existe diferencia entre los puntajes promedio obtenidos en la prueba de Harris-Goodenough por los niños de 7, 8 y 9 años.
- Hi. Existe diferencia en la integración de los Esquemas Corporales, reportados por la prueba de Harris-Goodenough, en los niños de 7, 8 y 9 años.

nos, dependiendo de su nivel cronológico.

- Ho. No existe diferencia en la integración de los Esquemas Corporales, reportados por la prueba de Harris-Goodenough, en los niños de 7, 8 y 9 años, dependiendo de su nivel cronológico.
- Hi. Existe diferencia, en base a los puntajes de Harris-Goodenough, en los niveles de integración del Esquema Corporal, realizados por los niños en el modelo de Hombre (H), Mujer (M) y el modelo correspondiente a Sí Mismo (SM).
- Ho. No existe diferencia entre los niveles de integración del Esquema Corporal, realizados por los niños en el modelo de Hombre (H), Mujer (M) y el modelo correspondiente a Sí Mismo (SM).
- Hi. Existe correlación directa entre las alteraciones detectadas por Bender, en los niños con Disfunción Cerebral, y el nivel de integración del Esquema Corporal, detectado por Harris.
- Ho. No existe correlación directa entre las alteraciones detectadas por Bender, en los niños con Disfunción Cerebral, y el nivel de integración del Esquema Corporal, detectado por Harris.
- Hi. Existe diferencias entre los puntajes promedio obtenidos en los modelos de Hombre (H) y Mujer (M), y éstos con el modelo de Sí Mismo (SM).
- Ho. No existe diferencia entre los puntajes promedio obtenidos en los modelos de Hombre (H) y Mujer (M), y éstos con el modelo de Sí Mismo (SM).

#### PROCEDIMIENTO.

Del total de niños recibidos en el Servicio de Psi -



cológica Clínica, se seleccionaron aquellos que presentan edades cronológicas de 7 años a 9 años 11 meses y habían sido diagnosticadas clínicamente (por medio del Psiquiatra) como sujetos con Disfunción Cerebral. Se seleccionaron estas edades, pues su entrada a la Primaria, hace más evidente los trastornos perceptivo-motrices, que es una de las consecuencias más evidente de la Disfunción Cerebral.

Con los datos obtenidos y habiendo realizado la selección de la muestra, se procedió a llevar a cabo la aplicación de las pruebas: Test Gestáltico Visomotor de L. Bender, para detectar la presencia de Disfunción Cerebral en los niños y la aplicación de la Escala de Madurez Conceptual de Harris-Goodenough, para determinar el nivel de integración del Esquema Corporal. La aplicación fue en forma individual según lo marca los test seleccionados y la presentación del estudio.

Al tomar en consideración, que el registro de la prueba de Bender y la integración del Esquema Corporal, según Harris, difieren en la medida en que el niño aumenta su nivel cronológico, se procedió a dividir a los niños en tres grupos, dependiendo de su edad cronológica. La muestra no fue seleccionada al azar, sino que se siguió el modelo del Método de observación sistemática.

Después de integrar los grupos en los tres niveles cronológicos, se procedió a la calificación de los registros de Bender, según la técnica de Kopitz y a los modelos de Harris-Goodenough, según la técnica de Harris, a fin de poder correlacionar los niveles de madurez detectados en los modelos del Esquema Corporal, con el grado de alteraciones perceptivo-motrices detectados por la prueba de Bender y poder determinar las relaciones existentes entre los diferentes modelos Hombre, Mujer y Sí Mismo, seleccionados en los niños.

#### ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Con el objeto de saber si los resultados que se ob-

tuvieron en la muestra pertenecen a los niños que presentan Disfunción Cerebral, se recurrió a la prueba hipotética de diferencia de promedios, comparando la media muestral con la media obtenida por Kopitz. Por tratarse de una muestra de más de treinta elementos se hizo esta prueba con base en la curva normal, utilizando el estadístico "Z" dado por:

$$Z = \frac{\bar{X} - M}{\frac{S}{\sqrt{N}}}$$

Donde:  $\bar{X}$  = Promedio muestral: promedio de los niños con Disfunción Cerebral.

$M$  = Promedio especificado por Kopitz, para niños normales.

$S$  = Desviación estándar muestral

$N$  = Tamaño de la muestra.

Para hablar sobre la aceptación o rechazo de la hipótesis nula ( $H_0$ ), se fijó la frontera de decisiones en base a un nivel de significancia de 0.05 (95%); debido a que se trata de una prueba bilateral en una curva normal en la cual la frontera de decisiones fué de -1.96 a 1.96, la prueba si fuera significativa, hecho que induciría a rechazar la hipótesis nula.

Para determinar si existe una diferencia significativa en el puntaje promedio obtenido en el test de Bender por los niños con Disfunción Cerebral en las diferentes edades motiva de nuestro estudio: 7, 8 y 9 años, se recurrió a una prueba de hipótesis de diferencia de promedios considerando las medias aritméticas obtenidas por éstos, así como las desviaciones estándares correspondientes. En este caso se realizaron las siguientes comparaciones: promedio obtenido por los niños de 7 años contra los 8 años, los de 7 contra los de 9 y por último los de 8 contra los de 9 años.

Las hipótesis nulas formuladas fueron las siguientes

tes:

$$H_0: M_7 = M_8$$

$$M_7 = M_9$$

$$M_8 = M_9$$

Esto es, se marcaron igualdades en el puntaje promedio obtenido en estas edades.

Las hipótesis alternas, que marcan desigualdades fueron las siguientes:

$$H_1: M_7 \neq M_8$$

$$M_7 \neq M_9$$

$$M_8 \neq M_9$$

Al igual que en la prueba de hipótesis anterior, el nivel de significancia utilizado fue de 0.05 (95%), que al dividirse en ambos lados de la curva nos dió una frontera de decisiones que va de -1.96 a 1.96 esto es, la prueba si fuera significativa, sólo cuando el valor de "Z" se encuentra fuera de este intervalo, y por lo tanto se rechazaría la hipótesis nula ( $H_0$ ).

El valor de "Z" a usarse en este caso, está dado por:

$$Z = \frac{\bar{X}_a - \bar{X}_b}{\sqrt{\frac{S^2_a}{N_a} + \frac{S^2_b}{N_b}}}$$

Donde:  $\bar{X}_a$  = Puntaje promedio de los niños de 7 y 8 años.

$\bar{X}_b$  = Puntaje promedio de los niños de 8 y 9 años.

$S_a$  = Desviación estándar de los puntajes de los niños de 7 y 8 años.

$S_b$  = Desviación estándar de los puntajes de los niños de 8 y 9 años.

$N_a$  = tamaño de la muestra de los niños de 7 y 8 años.

Nb = "tamaño de la muestra de los niños de 8 y 9 años."

Escala de Madurez Conceptual de Harris-Goodenough.

Para determinar si la muestra corresponde a los niños con problemas de integración del Esquema Corporal, se recurrió a una prueba de diferencia de promedios, la cual comparó los puntajes obtenidos por Harris, contra los puntajes obtenidos en la presente muestra. Para lo cual se utilizó el estadístico "Z", dado por:

$$Z = \frac{\bar{X} - M}{\sqrt{\frac{S}{N}}}$$

Donde:  $\bar{X}$  = Promedio muestral

M = Promedio especificado por Harris, para niños normales.

S = Desviación estándar muestral.

N = Tamaño de la muestra.

En esta prueba la aceptación o rechazo de la hipótesis nula se hará bajo los lineamientos anteriormente especificados, en base al nivel de significancia de 0.05, (95%) de validez.

Para determinar si existe una diferencia significativa con el puntaje promedio obtenido por los niños con Disfunción Cerebral, en las edades estudiadas: 7, 8 y 9 años, al dibujar la Figura-Humana, se recurrió a una prueba de hipótesis de diferencia de promedios, considerando las medias y desviaciones estándar, obtenidas por éstos. Para ello se realizaron las siguientes comparaciones: promedio de los niños en las edades de 7 años contra 8 años, promedio de los de 7 años contra los de 9 años, y por último, promedio de los niños de 8 años contra los de 9 años.

Las hipótesis nulas ( $H_0$ ), formuladas, fueron las siguientes:

$$H_0: M_7 = M_8$$

$$M_7 = M_9$$

$$M_8 = M_9$$

Como se puede ver, se encontraron igualdades en el puntaje promedio obtenido en estas edades, de tal manera que decimos que el Esquema Corporal realizado por los niños de 7 años es igual al realizado por los niños de 8 años, y éstos a su vez, igual al que hacen los niños de 9 años.

En cambio, las hipótesis alternativas ( $H_1$ ), determinaron desigualdades, esto es:

$$H_1: M_7 \neq M_8$$

$$M_7 \neq M_9$$

$$M_8 \neq M_9$$

En esta prueba de hipótesis, el nivel de significancia también fué de 0.05, que equivale al 95%, siendo el factor de decisiones de:  $-1.96$  a  $1.96$

El valor "Z" se obtuvo en este caso mediante la fórmula:

$$Z = \frac{\bar{X}_a - \bar{X}_b}{\sqrt{\frac{S^2_a + S^2_b}{N_a + N_b}}}$$

Donde:  $\bar{X}_a$  = Promedio de los niños de 7 y 8 años.

$\bar{X}_b$  = Promedio de los niños de 8 y 9 años.

$S_a$  = Desviación estándar de los niños de 7 y 8 años.

$S_b$  = Desviación estándar de los niños de 8 y 9 años.

$N_a$  = Tamaño de la muestra de los niños de 7 y 8 años

$N_b$  = Tamaño de la muestra de los niños de 8 y 9 años

Por otra parte, la comparación de los modelos: Hombre (H), Mujer (M) y Sí Mismo (SM), en los tres niveles cronológicos se determinaron así mismo mediante una prueba de diferencia de promedios, como las comentadas anteriormente, consi-

derando las medias obtenidas por éstos, así como las desviaciones estándar correspondientes, realizando para el logro de este objetivo las siguientes comparaciones: el modelo H contra el M; el H contra el SM y el M contra el SM.

Las hipótesis nulas ( $H_0$ ) formuladas, fueron las siguientes:

$$\begin{aligned} H_0: M_1 &= M_2 \\ M_1 &= M_3 \\ M_2 &= M_3 \end{aligned}$$

Donde se espera que los tres modelos: M (1), M (2) y SM (3), presenten el mismo nivel de integración.

Las hipótesis alternativas ( $H_1$ ), por su parte se estructuraron mediante:

$$\begin{aligned} H_1: M_1 &\neq M_2 \\ M_1 &\neq M_3 \\ M_2 &\neq M_3 \end{aligned}$$

En estas pruebas como en las anteriores el nivel de significancia utilizado fué de 0.05 y la frontera de decisiones fué de -1.96 a 1.96. La regla de decisiones es la misma que en las anteriores, nos dice que: si el valor que se obtenga de " $Z$ " se encuentre fuera del intervalo, la prueba será significativa y por lo tanto se rechazará la hipótesis nula ( $H_0$ ).

El valor de " $Z$ " se extrajo de la fórmula:

$$Z = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$$

Donde:  $\bar{X}_1$  = Puntaje promedio de los niños que dibujen H y M  
 $\bar{X}_2$  = Puntaje promedio de los niños que dibujen M y SM  
 $S_1$  = Desviación estándar de los puntajes de los niños que dibujen H y M.

- $S_2$  = Desviación estándar de los puntajes de los niños que dibujaron M y SM  
 $N_1$  = Tamaño de la muestra de los niños que dibujaron H y M  
 $N_2$  = Tamaño de la muestra de los niños que dibujaron M y SM

Correlación entre los tests de Bender y Harris-Bodenough, según las técnicas de Kopitz y Harris.

Con el fin de saber si existe una relación directa entre las alteraciones que reporte el test de Bender ante la presencia de la Disfunción Cerebral y el nivel de integración de la Figura Humana, se recurrió a la obtención de un coeficiente de correlación el cual se determinó mediante la fórmula de Pearson, de la siguiente manera:

$$r = \frac{NXY - (\Sigma X)(\Sigma Y)}{\sqrt{(N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2)(N\Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2)}}$$

- Donde:  $r$  = Correlación de Pearson  
 $N$  = Tamaño de la muestra de los niños de los diferentes niveles cronológicos.  
 $X$  = Puntaje del test de Bender  
 $Y$  = Puntaje del test de Harris

Para saber si existe una diferencia significativa en el puntaje de la integración del Esquema Corporal en los diferentes modelos H, M y SM, se procedió a formular las hipótesis alternas o nulas, que se comprobaron mediante la fórmula antes mencionada del valor "Z", teniendo un nivel de significancia de 0.05, que equivale al 95%.

CAPITULO VI.  
RESULTADOS.

Los resultados se presentan en forma gráfica, para posteriormente describirlos cualitativamente.

TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE L. BENDER  
 CALIFICACION SEGUN KOPPITZ  
 CUADRO 1 - 1

EDAD	PROMEDIOS		DESV. $\sigma$	ESTANDAR S	Z	FRONTERA DECISIONES	ACEPTACION O RECHAZO
	M	X					
7 - 7, 11	4.75	10.66	3.47	12.46	2.60	-1.96 a 1.96	R
8 - 8, 11	3.10	11.50	3.31	13.80	3.33	-1.96 a 1.96	R
9 - 9, 11	1.65	9.40	1.72	11.19	3.79	-1.96 a 1.96	R



TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE L. BENDER  
 NUMERO DE ERRORES ACEPTADOS POR L. BENDER,  
 COMO NORMALES EN CADA EDAD  
 CUADR 1 - 2

EDAD	ERRORES POBLACION	ERRORES MUESTRA	FRECUENCIA	%
7 - 7,11	5 - 6	7 - 18	26	87
8 - 8,11	3	6 - 22	30	100
9 - 9,11	2	3 - 20	29	97

TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE L. BENDER  
CORRELACION ENTRE LOS GRUPOS POR EDAD

CUADRO 1 - 3

EDAD	PROMEDIOS M	$\bar{X}$	DESV. ESTANDAR $\sigma$	S	FRONTERA DECISIONES	ACEPTACION O RECHAZO	Z
7 Vs 8	10.66	11.50	12.46	13.80	-1.96 a 1.96	NOR	- .82
7 Vs 9	10.66	9.40	12.46	11.19	-1.96 a 1.96	NOR	1
8 Vs 9	11.50	9.40	13.80	11.19	-1.96 a 1.96	R	2.29

TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE L. BENDER  
 TABLA DE DISTRIBUCIONES DE FRECUENCIAS

CUADRO 1 - 4

ALTERACIONES	7 ANOS		8 ANOS		9 ANOS	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
Distorsión de la Forma	30	100	30	100	27	90
Integración de las Partes	27	90	29	96.6	29	96.6
Rotación	26	86.6	30	100	29	96.6
Perseveración	26	86.6	24	80	15	50

TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE L. BENDER  
 PORCENTAJE DE ERROR PARA CADA MODELO GESTALTICO  
 CUADRO 1 - 5

MODELOS	7 AÑOS		8 AÑOS		9 AÑOS		TOTAL
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	
A	36	11.25	49	14.20	30	10.67	12.04
1	20	6.25	21	6.08	16	5.67	6.00
2	17	5.31	16	4.63	16	5.67	5.20
3	50	15.62	47	13.62	44	15.60	14.94
4	32	10.00	39	11.30	39	13.22	11.50
5	33	10.31	40	11.59	37	13.12	11.67
6	49	15.31	46	13.33	29	10.28	12.97
7	54	16.87	61	17.68	49	17.37	17.25
8	29	9.06	26	7.53	22	7.80	7.95

ESCALA DE MADUREZ CONCEPTUAL DE HARRIS-GOODENOUGH  
 CALIFICACIONES SEGUN HARRIS

CUADRO 2 - 1

EDAD	PROMEDIOS X	M	DESVIACION S	Z	FRONTERA DECISIONES	ACEPTACION O RECHAZO
7 - 7,11	85.94	100	12.97	5.93	-1.96 a 1.96	R
8 - 8,11	81.48	100	11.70	8.69	-1.96 a 1.96	R
9 - 9,11	78.45	100	11.31	3.69	-1.96 a 1.96	R

ESCALA DE MADUREZ CONCEPTUAL DE HARRIS-GOODENOUGH  
 CORRELACION ENTRE LOS TRES NIVELES CRONOLOGICOS  
 ESTUDIADOS Y EL GRADO DE INTEGRACION DEL ESQUEMA CORPORAL  
 CUADRO 2 - 2

GRUPDS	PROMEDIOS		DESVIACION		Z	FRONTERA DECISIONES	ACEPTACION O RECHAZO
	$\bar{X}_1$	$\bar{X}_2$	S1	S2			
7 Vs 8	85.94	81.48	12.97	11.70	1.42	-1.92 a 1.92	NOR
7 Vs 9	85.94	78.45	12.97	11.31	0.75	-1.92 a 1.92	NOR
8 Vs 9	81.48	78.45	11.70	11.31	0.34	-1.92 a 1.92	NOR

ESCALA DE MADUREZ CONCEPTUAL DE HARRIS-GOODENOUGH  
 CORRELACION ENTRE LOS MODELOS DE HOMBRE, MUJER Y SI MISMO  
 CUADRO 2 - 3

7 AÑOS	PROMEDIOS		DESVIACION ESTANDAR		FRONTERA DECISIONES	Z	ACEPTACION O RECHAZO
H Vs M	88.50	86.73	17.34	12.86	-1.96 a 1.96	0.44	NOR
H Vs SM	88.50	85.26	17.34	13.46	-1.96 a 1.96	0.81	NOR
M Vs SM	86.73	85.26	12.86	13.46	-1.96 a 1.96	0.43	NOR
8 AÑOS							
H Vs M	84.83	78.41	10.98	10.28	-1.96 a 1.96	2.35	R
H Vs SM	84.83	78.20	10.98	15.28	-1.96 a 1.96	1.93	NOR
M Vs SM	78.41	78.20	10.28	15.28	-1.96 a 1.96	0.06	NOR
9 AÑOS							
H Vs M	78.56	74.80	10.04	12.22	-1.96 a 1.96	1.30	NOR
H Vs SM	78.56	77.10	10.04	11.31	-1.96 a 1.96	0.52	NOR
M Vs SM	74.80	77.10	12.22	11.31	-1.96 a 1.96	0.74	NOR

ESCALA DE MADUREZ CONCEPTUAL DE HARRIS-GOODENOUGH  
 ORDEN EN LA EJECUCION DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA  
 CUADRO 2 - 4

FRECUENCIA %	CARACTERISTICAS 7 AÑOS														
100 -	1														
90 - 99	4														
80 - 89	9	24	25												
70 - 79	0														
60 - 69	13	19	55												
50 - 59	2	13	11												
40 - 49	3	18	30	33	41	46									
30 - 39	5	6	7	12	14	28	39	44	56						
20 - 29	20	22	43	47	48	57									
10 - 19	16	17	21	25	34	36	40	42	45	51					
1 - 9	8	15	23	26	27	28	29	31	32	37	38	49	50	52	
	53	54	58	59	60	61	62	63	64	65	67	68	69	72	73
0	66	70	71												



ESCALA DE MADUREZ CONCEPTUAL DE HARRIS-GOODENOUGH  
 ORDEN EN LA EJECUCION DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA  
 CUADRO 2 - 4

FRECUENCIA %	CARACTERISTICAS 8 AÑOS													
100	1	4												
90 - 99	9	35												
80 - 89	24													
70 - 79	19	55												
60 - 69	13													
50 - 59	11	28	33	46										
40 - 49	2	5	10	14	18	30	41	44	56					
30 - 39	6	39	43	47										
20 - 29	3	20	22	48										
10 - 19	16	26	32	36	40	45	51	53	57					
1 - 9	7	8	15	17	21	23	25	27	29	31	34	37	42	49
	50	52	54	59	60	61	62	63						
0	38	58	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73		

ESCALA DE MADUREZ CONCEPTUAL DE HARRIS-GOODENOUGH  
 ORDEN EN LA EJECUCION DEL DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA  
 CUADRO 2 - 4

FRECUENCIA %	CARACTERISTICAS													9 AÑOS
100	1	4												
90 - 99	9	35	55											
80 - 89	24													
70 - 79	0													
60 - 69	13													
50 - 59	2	11	19	33	39	41	46							
40 - 49	5	12	14	18	30	44								
30 - 39	3	28	43	47	56									
20 - 29	20	22	36											
10 - 19	8	16	17	21	25	29	31	40	42	45	48	49	51	53
1 - 9	7	15	23	26	27	32	34	37	38	50	51	52	54	57
	58	59	60	61	62	63	64							
0	65	66	67	68	69	70	71	72	73					

CORRELACION ENTRE LOS GRUPOS:  
 HOMBRE Y MUJER CONTRA SI MISMO  
 CUADRO 3 - 1

MODELOS	PROMEDIOS		DESVIACIONES ESTANDAR		FRECUENCIA DECISIONES	Z	ACEPTACION O RECHAZO
H Vs SM	83.96	80.18	12.78	13.35	-1.96 a 1.96	1.93	NOR
M Vs SM	79.98	80.18	11.78	13.35	-1.96 a 1.96	0.06	NOR

INTEGRACION DEL ESQUEMA CORPORAL, EN LOS NINOS  
 CON DISFUNCION CEREBRAL  
 CUADRO 3 - 2

EDAD	CARACTERISTICAS	MUESTRA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
7 - 7,11	18 - 23	0 - 17	18	60
8 - 8,11	22 - 26	0 - 21	25	83
9 - 9,11	25 - 31	0 - 24	26	83

ESTE DOCUMENTO  
 PERTENECE A LA  
 BIBLIOTECA  
 DE LA  
 UNIVERSIDAD  
 NACIONAL AUTONOMA  
 DE MEXICO

TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE L. BENDER  
 COMPROBACION DE HIPOTESIS  
 CUADRO 4 - 1

GRUPOS	PROMEDIOS		DESV. ESTANDAR		Z	FRONTERA DECISIONES	ACEPTACION O RECHAZO
	M	X	$\sigma$	S			
7 - 7, 11	4.75	10.66	3.47	1.46	2.60	-1.96 a 1.96	R
8 - 8, 11	3.10	11.50	3.31	13.80	3.33	-1.96 a 1.96	R
9 - 9, 11	1.65	9.40	1.72	11.19	3.79	-1.96 a 1.96	R
7 Vs 8	10.66	11.50	12.46	13.80	-0.82	-1.96 a 1.96	NOR
7 Vs 9	10.66	9.40	12.46	11.19	1.00	-1.96 a 1.96	NOR
8 Vs 9	11.50	9.40	13.80	11.19	2.29	-1.96 a 1.96	R

ESCALA DE MADUREZ CONCEPTUAL DE HARRIS - GOODENOUGH  
 COMPROBACION DE HIPOTESIS  
 CUADRO 4 - 2

GRUPOS	PROMEDIOS		DESV. ESTANDAR			FRONTERA DECISIONES	ACEPTACION O RECHAZO
	M	X	$\sigma$	S	Z		
7 - 7, 11	100	85.94	15	12.97	5.93	-1.96 a 1.96	R
8 - 8, 11	100	81.48	15	11.70	8.69	-1.96 a 1.96	R
9 - 9, 11	100	78.45	15	11.31	3.69	-1.96 a 1.96	R
7 V <sub>8</sub> 8	85.94	81.48	12.97	11.70	1.42	-1.96 a 1.96	NOR
7 V <sub>8</sub> 9	85.94	78.45	12.97	11.31	0.75	-1.96 a 1.96	NOR
8 V <sub>8</sub> 9	81.48	78.45	11.70	11.31	0.34	-1.96 a 1.96	NOR
7 AÑOS							
H V <sub>8</sub> M	88.50	86.73	17.34	12.86	0.44	-1.96 a 1.96	NOR
H V <sub>8</sub> SM	88.50	85.26	17.34	13.46	0.81	-1.96 a 1.96	NOR
M V <sub>8</sub> SM	86.73	85.26	12.86	13.46	0.43	-1.96 a 1.96	NOR
8 AÑOS							
H V <sub>8</sub> M	84.83	78.41	10.98	10.28	2.34	-1.96 a 1.96	R
H V <sub>8</sub> SM	84.83	78.20	10.98	15.28	1.93	-1.96 a 1.96	NOR
M V <sub>8</sub> SM	78.41	78.20	10.28	15.28	0.06	-1.96 a 1.96	NOR
9 AÑOS							
H V <sub>8</sub> M	78.56	74.80	10.04	12.22	1.30	-1.96 a 1.96	NOR
H V <sub>8</sub> SM	78.56	77.10	10.04	11.31	0.52	-1.96 a 1.96	NOR
M V <sub>8</sub> SM	74.80	77.10	12.22	11.31	0.74	-1.96 a 1.96	NOR
H V <sub>8</sub> SM	83.96	80.18	12.78	13.35	1.93	-1.96 a 1.96	NOR
M V <sub>8</sub> SM	79.98	80.18	11.78	13.35	0.08	-1.96 a 1.96	NOR

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS RESULTADOS.TEST GESTALTICO VOSOMOTOR DE L. BENDER.Calificación según Koppitz.Cuadro 1 - 1.

Este cuadro muestra que en los tres niveles de edad, la prueba presenta puntajes más elevados de los reportados por Koppitz como normales, por lo tanto nos indica que efectivamente en el grupo está presente la Disfunción Cerebral, lo que comprueba la hipótesis, siendo el grupo más afectado por el síndrome, el de 8 años.

Número de errores aceptados por L. Bender como normales en cada edad. Cuadro 1 - 2.

Los errores permitidos a los 7 años por Koppitz son entre 5 y 6, los errores presentados por los niños de la muestra van de 7 a 18 en los niños de 7 años, lo que representa el 87% en la frecuencia de errores. Los niños de 8 años pueden cometer un máximo de 3 fallos, los niños de la muestra correspondientes a esta edad, cometieron entre 6 y 22 errores, lo cual representan el 100%. A los niños de 9 años, Koppitz les permite sólo dos errores, sin embargo los niños de la muestra cometieron como mínimo 3, y como máximo 20, cometiéndolos el 97% de los niños, lo que muestra que el total de los niños presenta Disfunción Cerebral.

Corrección entre los grupos de edad.Cuadro 1 - 3.

Al correlacionar el grupo de niños de 7 años, con el de 8 años, vemos que los promedios de error obtenidos por ambos grupos tienen una diferencia mínima de .84 centésimas, lo que lleva el estadístico "Z" de -0.82, el cual cae dentro de la curva de distribución, y por lo tanto no es sig-

nificativo y no podemos rechazar la hipótesis nula. Cuando se compararon los grupos de 7 y 9 años, encontramos una diferencia mayor, pero no significativa lo cual indica que presentan un número semejante de errores entre sí, sin embargo el comparar el grupo de 8 contra el de 9 años, sí aparece una diferencia significativa entre ellos debido a que el grupo de 8 años reporta una cantidad de errores mayor, que el resto de los grupos, siendo éste el más afectado.

#### Tabla de distribuciones de frecuencias.

##### Cuadro 1 - 4.

Aquí aparecen las frecuencias reales y las relativas. Podemos notar que la alteración conocida como: Distorsión de la Forma, aparece a los 7 años, a los 8 y 9 años entre 90 y 100% de los casos. La Integración de las Partes, aparece de un 90 a un 95% de los casos, en los tres niveles cronológicos. La alteración conocida como: Rotación, se va haciendo más evidente como alteración determinante de Disfunción Cerebral al aumentar el nivel cronológico debido a que a los 7 años de edad, se permite cierta inclinación o Rotación Parcial en los modelos; contrariamente, la Perseveración va siendo más controlada por el niño conforme aumenta su desarrollo psicomotor al aumentar su edad cronológica, por lo tanto disminuye en forma considerable con el crecimiento que permite la madurez psicomotriz, esto puede observarse con mayor claridad de los 8 a los 9 años.

#### Porcentaje de error para cada modelo gestáltico.

##### Cuadro 1 - 5.

En este cuadro observamos que el modelo gestáltico 7, reporta el más alto nivel de dificultad para los tres niveles cronológicos, el modelo 3 le sigue en dificultad. Los modelos: A, 4, 5 y 6 tienen un grado de dificultad medio y los modelos sencillos de reproducir son el 1, 2 y 8.



ESCALA DE MADUREZ CONCEPTUAL DE HARRIS-GOODENOUGH.Calificación según Harris.Cuadro 2 - 1.

En el presente cuadro se puede ver que los tres niveles de edad, la prueba del Esquema Corporal, presentaron puntajes menores de los reportados por Harris para los mismos niveles de edad en niños normales, por lo tanto esto nos indica que efectivamente el grupo está constituido por niños que presentan dificultad para integrar el Esquema Corporal, y por lo tanto se comprueba la hipótesis, apareciendo como el grupo más afectado, el de 8 años.

Correlación entre los tres niveles cronológicos estudiados y el grado de integración del Esquema Corporal.Cuadro 2 - 2.

En este cuadro se muestran los valores "Z" obtenidos de las diferencias de estos promedios, pudiéndose apreciar que al comparar los puntajes promedio de los niños de 7 años, contra los de 8 años no hay una diferencia significativa, así como tampoco la hay al comparar a los niños de 7 contra los de 9 años, y a los de 8 contra los de 9 años, debido a que los puntajes "Z", caen dentro del intervalo que va de -1.96 a 1.96 por lo tanto no podemos aceptar la hipótesis alternativa de que los grupos necesariamente tienen un diferente nivel de integración de acuerdo al nivel de maduración esperado en cada edad, debido a que estos niños presentan todos, una deficiencia que rompe con la norma.

Correlación entre los modelos: Hombre, Mujer y Sí Mismo.Cuadro 2 - 3.

El cuadro muestra los valores "Z" obtenidos de la diferencia de estos promedios, de esto se puede observar que en la edad de 7 años no hay una diferencia significativa al

comparar los modelos de H, M y SM, debido posiblemente a que éstos dibujos son esquemáticos, y no presentan grandes características de diferenciación sexual. A los 8 años por su parte se determinó que se inicia la diferenciación sexual entre los modelos de H y M, sin embargo al comparar éstos con los de SM, no se obtiene una diferenciación significativa debido a que la muestra estudiada, es mixta, lo que no permitió una gran diferencia en la ejecución del modelo de SM. A los 9 años, no se encontró una diferencia significativa en la comparación de los modelos debido a que la muestra consta de, nuevamente de varones y niñas, que no permite que se observe la diferencia de ejecución de las características sexuales de los modelos.

#### Orden en la ejecución del dibujo de la Figura Humana.

#### Cuadro 2 - 4.

Estos cuadros muestran el tipo de dibujo de la Figura Humana, que realizaron los niños de los tres niveles cronológicos de la muestra. Aparecen aquí en orden de importancia las características de integración del Esquema Corporal. De esta manera podemos observar que los de 7 años, en su totalidad dibujaron la cabeza (100% de los casos); el 94.5% de los niños integraron la cabeza, los ojos; el 84.5% presentaron nariz, dedos y piernas; el 64.5% de los casos dieron las características de dos dimensiones en la nariz y boca, el cabello aparte de estar presente da la impresión de espesor y textura, e inició a darsele importancia a la vestimenta aunque lo hizo en forma sencilla, lo cual consiste en dividir la figura mediante una línea que representa una tira de botones y otra que divide el cinturón, así como la posible presencia de sombrero para diferenciar el sexo del modelo; en el 54.5% de los casos iniciaron a diferenciar la cabeza del resto del cuerpo mediante la presencia del cuello; el resto de las características del Esquema Corporal apreciaron para esta edad, de un 44.5% a un 5% de los casos estudiados por ser bajo esta frecuencia de aparición en los modelos es que no se tomaron como características

ticas importantes para la integración de los modelos.

A los 8 años, observamos que el 100% de los niños — esto es, la totalidad de ellos dibujaron la cabeza y los ojos; el 94.5% presentaron nariz y piernas; el 84.5% presentaron dedos, el 74.5% dibujaron el cabello dándole espesor y textura, así como el inicio de la ropa, la cual fué representada en forma rudimentaria, la cual sólo consiste en dividir la figura mediante dos líneas, la de los botones y la del cinturón, que — de la idea de presentar dos prendas de vestir: blusa o camisa con botones y pantalón o falda; en un 64.5% de los casos dieron la forma bidimensional a la nariz y a la boca; en un 54.5% de los casos, presentaron manos, brazos e los lados denotando solitud y presentaron tronco. El resto de las características — que se presentaron de un 5 a un 44.5% de los casos, lo cual no reportó características que aparecen en forma constante en esta edad, por lo cual se pudo deber al azar o a diferentes niveles de maduración no homogéneos, por lo cual no se tomaron como características de esta edad.

A los 9 años, encontramos que el 100% de los niños — integraron en su modelo la cabeza y los ojos; el 94.5% presentaron nariz, piernas y una prenda sencilla que denota por lo tanto dos prendas de vestir que pueden ser camisa y blusa con botones y pantalón o falda simuladas por un cinturón; el 84.5% presentó dedos; el 64.5% agregó a la nariz y a la boca el sentido bidimensional; el 54.5% presentaron cuello que definió el modelo; el cabello le agregó la característica de expresar movimientos; a las piernas les agregó los pies, ya sea de frente o de perfil; así como la característica del zapato que aunque aún no tuvo cualidades ornamentales, si presentó la perspectiva que pueden dar el zapato además presentaron tronco. El resto de las características pudieron ser atribuidas al azar a los diferentes niveles de maduración y estimulación de los niños de esta edad, por lo cual no se tomaron como características significativas para esta edad, ya que se

presentaron entre un 5 y un 44.5% de ocasiones en este nivel cronológico.

#### CORRELACION ENTRE LOS TEST DE BENDER Y HARRIS-GOODENOUGH.

A fin de conocer la relación existente entre las alteraciones que reporta el test de Bender ante la presencia de Disfunción Cerebral y el nivel de integración de la Figura-Humana, se recurrió a la obtención de un coeficiente de correlación, el cual se determinó mediante la fórmula de Pearson.

Los coeficientes obtenidos reportaron que a la edad de 7 años, existe una relación de 0.65, la que corresponde a una alta correlación. Los niños de 8 y 9 años, presentaron baja correlación, de 0.27 y 0.32 respectivamente, lo que respalda que existe una relación entre las alteraciones detectadas por el test de Bender y el nivel de integración del Esquema Corporal, por lo tanto se comprueba que los niños que presentan Disfunción Cerebral, presentan baja en la integración del Esquema Corporal debido a que las alteraciones detectadas por Bender, disminuyen su coordinación y percepción evidenciándose, cuando el niño elabora el Esquema Corporal, teniendo a obviar las partes que se le dificulta delinear.

Correlación entre los grupos: Hombre, Mujer contra Sí Mismo.

#### Cuadro 3 - 1.

Este cuadro nos muestra que no existe una diferencia significativa, cuando el niño dibuja a un hombre, a una mujer, o cuando se dibuja a sí mismo, con lo cual vemos que cuando se le pide: "dibujate", esta indicación no incrementa la calidad del dibujo debido a la motivación en la realización del modelo, ya que ésta es una actividad perceptivo-motora, independiente de la motivación.

Integración del Esquema Corporal, en los niños con Disfunción Cerebral.

#### Cuadro 3 - 2.

El presente cuadro muestra la diferencia que presentan los niños con Disfunción Cerebral para dibujar la Figura-Humana. A los 7 años, según Harris, el niño debe integrar el Esquema Corporal con un total de 18 a 23 elementos, los niños de la muestra, realizaron su dibujo, 18 de ellos, con menos de 17 características, esto es el 60% de ellos lo realizaron con una calidad menor a la esperada. Los niños de 8 años, deben realizar sus modelos corporales con 22 a 26 elementos, los niños de la muestra realizaron su dibujo con menos de 21 características, esto es el 83% presentó deficiencia en la integración de los modelos. Así mismo, los niños de 9 años, deben integrar el modelo corporal con 25 a 31 características, sin embargo, los niños de la muestra, 26 de ellos, esto es el 83% realizaron sus modelos con no más de 24 elementos, lo cual es también inferior a los requerimientos de la prueba.

#### TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE L. BENDER.

##### Comprobación de hipótesis.

##### Cuadro 4 - 1.

El cuadro muestra que en los tres niveles de edad, la prueba presenta puntajes más elevados de los reportados por Kopitz como normales, por lo tanto nos indica que efectivamente en el grupo está presente la Disfunción Cerebral, lo que comprueba la hipótesis, siendo el grupo más afectado por el síndrome el de 8 años. Al correlacionar el grupo de los niños de 7 años, contra los de 8 años, vemos que los promedios de error obtenidos por ambos grupos tienen la diferencia mínima de .84 centésimas, lo que lleva al estadístico "Z" de -0.82, el cual cae dentro de la curva de distribución, y por lo tanto no es significativo y no podemos rechazar la hipótesis nula. Cuando se compararon los grupos de 7 y 9 años, encontramos una diferencia mayor, pero no significativa lo cual indica que presentan un número semejante de errores entre sí, sin embargo el comparar el grupo de 8 contra el de 9 años, si aparece una di-

ferencia significativa entre ellos debido a que el grupo de 8 años reporta una cantidad de errores mayor, que el resto de los grupos, siendo éste el más afectado.

#### ESCALA DE CONCEPTUALIZACIÓN DE HARRIS-GOODENOUGH.

##### Comprobación de Hipótesis.

##### Cuadro 4 - 2.

Estos cuadros muestran las hipótesis planteadas y su comprobación, representando por lo tanto el resumen de la investigación, sin embargo no presentamos aquí ni una interpretación o reporte escrito debido a que se encuentra en la interpretación de los cuadros anteriores, y resultaría repetitivo volverlo a reportar.

#### CONCLUSIONES.

El modelo postural del cuerpo no es estático, cambia constantemente de acuerdo a las circunstancias de la vida. El modelo postural del cuerpo, en los niños es aún más afectado en sus cambios y además tiene la característica de ser afectado por el medio. Ahora bien, cuando tocamos el caso de un niño con Disfunción Cerebral, el cual tiene deventuras por ser constantemente calificado como "tonto", y además se muestra impulsivo, torpe y que constantemente está expuesto al fracaso, estas condiciones lo llevan a tener un Modelo Postural distorsionado y el desarrollo de su personalidad le proporciona una imagen devaluada, que repercute necesariamente en su conducta, siendo de esta manera un niño inseguro, con poco conocimiento de sus habilidades y además hostil porque el medio ha minado su concepto.

La Imagen Corporal, es puesta en peligro constantemente debido a su labilidad, la cual provocan las enfermedades, las mutilaciones físicas, las insatisfacciones o perturbaciones libidinales, etc. modificando el autoconcepto. Sin embargo, si el que sufre estas agresiones del medio, tiene u-

na familia sana y cálida que acepta al niño y su defecto, le estará proporcionando la oportunidad de dirigir positivamente su desarrollo, y fortaleciendo su Yo para afrontar el medio — y lo que con éste venga.

Si consideramos que el dibujo es una escritura personal y un medio de comunicación particular que evoluciona junto con las facultades sensoriales e intelectuales, que muestra el pensamiento, el sentimiento y el conocimiento que el niño tiene de su mundo; podemos considerar que el dibujo del niño que presenta Disfunción Cerebral, nos muestra la distorsión — que tiene su imagen y del mundo que lo rodea.

Rouma y Luquet, hacen referencia a la transparencia en el dibujo como parte importante en la etapa de análisis de los niños, de tal manera, el niño procure que la vestimenta sea transparente a fin de no tener que omitir detalles y mostrar su esfuerzo en la realización de la Figure-Humana, por lo tanto la transparencia es una forma de evolución en la integración del modelo gráfico, y no una característica propia de la Disfunción Cerebral, siempre y cuando aparece en el período anterior a los 8 años, en que se concluye la madurez cerebral, en la cual el niño ya no utiliza el recurso mencionado.

La habilidad para dibujar y la estimulación a este nivel produce "avances" en las representaciones gráficas, por lo tanto, el dibujo de la Figure-Humana, es afectado por la estimulación del medio y eso puede estar limitado la confiabilidad del instrumento, lo que para el psicólogo sería índice de patología, para el artista sería una incapacidad para el dibujo, por lo tanto esto comprobaría la inmadurez y no un problema de capacidad intelectual como pensaba Florence Goodenough.

Los niños con Disfunción Cerebral presentan un nivel de integración del Esquema Corporal por debajo al esperado en niños normales a su misma edad cronológica, ya que el —

estar afectada la coordinación visomotora, la percepción e integración, aparecen distorsiones u omisiones de las partes que componen el dibujo de la Figura-Humana, lo cual repercute en forma negativa sobre la calidad.

Comparando a los niños con Disfunción Cerebral en los tres niveles cronológicos, se esperaba menor calidad e integración en los Esquemas Corporales gráficos de los niños de 7 años con respecto a los de 8 años, así como de éstos con respecto a los de 9 años, sin embargo en la muestra tomada, el grupo mayormente afectado por la Disfunción Cerebral fue el de 8 años, lo que vino a determinar que depende más de la gravedad de la orgenicidad que de la madurez que puede proporcionar el paso del tiempo, debido a que esta madurez también resulta afectada por un proceso disfuncional.

Lo anteriormente observado nos lleva también a pensar que un aspecto en el niño y su desarrollo es la madurez, y otro aparte aunque íntimamente ligado es el funcionamiento el cual puede afectar al primero, pero no ser determinante, de esta manera podemos por un lado hablar de la madurez del niño en base a la prueba de Bender, y por otro hablar de las alteraciones que nos apuntan a Disfunción Cerebral.

Los dibujos de la Figura-Humana, de un niño atípico reportan perturbaciones de la personalidad, los cuales tienen considerable valor para el diagnóstico y pronóstico; por lo tanto, los dibujos son de gran utilidad como indicadores de progreso, detención o regresión del desarrollo de la personalidad.

Comparando los grupos en base a su edad cronológica y tomando en cuenta que el grupo más afectado fue el de 8 años, tenemos: todos presentan deficiencias en mayor o menor medida por la realización del Esquema Corporal, sin embargo estas deficiencias no tienen una relación directa con la edad del niño, sino que más bien dependen del grado de alteraciones



con esto su auto-concepto.

El utilizar normas extranjeras para la calificación de los dibujos de nuestros niños mexicanos afecta el puntaje debido a que ninguna prueba queda exenta de la influencia cultural, Harris lo comprobó en su estudio en 1966; por lo que tenemos que ser reservados y actuar con cautela y criterio profesional al evaluar a un niño, tomando en cuenta no solo el material estandarizado, sino el aspecto étnico, para lograr un mejor diagnóstico, del cual dependerá un mejor tratamiento.

El que en nuestra muestra haya un predominio de niños, el de niñas, corrobora a nivel médico, que el niño al nacer presenta mayor debilidad que la niña biológicamente, y socialmente nos reporta que el niño se le tiene más observado a nivel de rendimiento escolar que a la niña, lo cual repercute en demandas sociales que se mantienen hasta la adultez, dándole mayor ponderancia al trabajo masculino que el femenino.

### SUGERENCIAS.

En el desarrollo del Esquema Corporal intervienen la clase social, la edad, el grado de estimulación escolar, la facilitación artística, por lo tanto sería conveniente realizar una investigación paralela con grupos que incluyan niñas, o el total de estas categorías.

Confrontar grupos con otras patologías y/o limitaciones para establecer similitudes y diferencias, ya que estos aspectos afectan el desarrollo y nivel de integración del Esquema Corporal.

Estudiar la Imagen Corporal del adolescente, tomando en cuenta los conflictos de los cuales se está enfrentando en este proceso: la construcción de su identidad y la definición de su personalidad.

Witkin menciona: "El establecimiento del Yo se forma a través de la formación del concepto sobre el propio cuerpo". Sería interesante comprobar a través del dibujo de la Figure-Humana, las alteraciones que presentan personas listadas, vs el tiempo en el que se produce el accidente.

Se podrían tomar en cuenta parámetros de comparación, que en este trabajo no intervienen: nivel intelectual - vs el nivel alcanzado en el dibujo, claro ésto en niños que no presentan Disfunción Cerebral, pues en el presente trabajo se encontró que éste es determinante; nivel socioeconómico - vs tipo de integración en el dibujo, etc.

Sería interesante realizar una investigación con s-adolescentes hombres, vs adolescentes mujeres para poder observar la madurez en la integración del dibujo de la Figure-Humana, y que la diferencia de maduración en uno y otro, trae como consecuencia cambios en la auto-imagen.

#### LIMITACIONES

El presente trabajo no toma en cuenta el nivel intelectual, el grado escolar, el nivel socioeconómico y el sexo, características que contribuyen al desarrollo del Esquema Corporal, debido a que esto hubiera subdividido la muestra en pequeños grupos que no hubieran permitido la generalización que buscábamos, que es la relación entre la Disfunción Cerebral - y el nivel de integración del Esquema Corporal.

El estudio está limitado a las características gráficas del niño, no se tomaron en cuenta capacidades verbales.

La muestra no es representativa de la población infantil de México, debido a que sólo fué tomada en una Institución.

## PIENSA EN MÍ COMO PERSONA

Me miras con *lástima*,  
preocupación o *indiferencia*,  
pues soy un niño retrasado mental.  
Pero sólo ves mi aspecto exterior;  
si pudieras yo expresarme,  
te diría cómo soy interiormente.

Soy muy semejante a ti;  
como tú, siento el dolor y el hambre.  
No soy capaz de pedir cortésmente  
un vaso de agua, pero conozco  
la sensación abrasadora de la sed.  
Como tú, siento comezón  
cuando me pican los mosquitos  
y huyo al ver una abeja,  
también me siento protegido y a gusto  
cuando en la cocina bebo leche caliente  
en las tardes de tormenta.

Sentí un gran peso en el corazón  
cuando me separé de mi madre  
para subir al autobús escolar.  
Mis ojos iban de un lado a otro,  
en busca de su escape,  
sabiendo que no lo había.  
Cuando mi hermana me lleva al parque  
y los demás niños se burlan de mí,  
ella llora y me lleva otra vez a casa.  
Cuando llegamos,  
me siento acalorado y mareado;  
y se me dificulta respirar.  
Mi madre me abraza con los ojos  
llenos de lágrimas,  
me cuenta un cuento y me hace olvidar  
las burlas de aquellos niños.  
Si logro vestirme solo,  
ella me acaricia la cabeza  
y me dice: "¡Muy bien, hijo mío!"  
me siento un niño grande...  
tan grande como mi hermano,  
que ya va en segundo año.

Soy un niño,  
ahora por mi edad y mi aspecto;  
por mis facultades, siempre.  
Me gusta tocar los muñecos de felpa  
y el pelaje de los perros.  
Todos los juguetes me gustan.  
Me encanta bajar rodando una cuesta  
y detenerme, feliz, en el césped.  
Me gusta patinar;  
y notar la lluvia en la frente.

Es cómodo sentirse mimado,  
pero soy menos dependiente  
cuando la gente me trata  
como a un niño grande.  
No quiero que me tengan *lástima*  
desco que me respeten  
por lo que puedo hacer.  
Soy lento, y mucho de lo que para ti  
es fácil es muy difícil para mí.  
Me cuesta trabajo entender  
qué quiere decir "mañana";  
tardé meses en aprender  
a pedalear con el azul triciclo,  
pero me sentí muy orgulloso  
cuando por fin pude hacerlo y avanzar.  
Fui muy feliz  
cuando pude abrir la llave  
para beber agua. Y hubiera querido  
que el agua siguiera brotando siempre.  
Si me dejan aprender a mi paso,  
sin rechazarame,  
puedo tener lugar en un mundo  
donde la lentitud es mal vista.

Piensa en mí como persona  
que siente dolor, amor y alegría.  
Y recuerda que soy un niño  
al que hay que alentar y dirigir.  
Sonríe, saludame,  
¡Con eso me conformo!

1. AFFONSO, D. D.; STCHLER, F. 1980 Cesarian birth women's reactions. American Journal of nursing, (468-470).
2. AGUIRRE, R.-R. 1980 El proceso de deterioro de la Imagen Corporal en la esquizofrenia simple detectado mediante el test de la Figura-Humana. Tesis inédita, para obtener el grado de licenciatura, UNAM
3. AHOMADA, R.-R. 1965 Estudios psicológicos de validación cruzada de Wechsler (WISC) y el Goodenough en escolares mexicanos. Tesis, inédita para obtener el grado de licenciatura en psicología - UNAM
4. ALCALA, A. R. 1979 La adolescencia. Rev. Mamá, 79-89.
5. ALEJANDREZ, F. C. 1980 Sabía que los bebés piensan. - Rev. Mamá (2, 10-15).
6. ANASTASI, A. 1976 Los tests psicológicos. Ed. Aguirre
7. ANAYA, R. 1980 Cómo se adapta el bebé al mundo. Rev. - Mamá (1, 65-68)
8. ANONIMO 1979 Conceptos y características del cuadro clínico de la Disfunción Cerebral Mínima, Public. "Hospital Psiquiátrico Infantil".
9. ANONIMO 1960 Bosquejo histórico de la Figura-Humana, mimeo
10. ANONIMO 1970 Niño con Disfunción Cerebral, idem.
11. ANSBACHER, H. L. 1952 El test del dibujo de la Figura-Humana y las habilidades mentales primarias. Journal of consulting psychology, 16.
12. ARIAS, G. F. 1971 Introducción a la técnica de investigación en psicología. Biblioteca de Psicología.
13. BARTLEY, S. H. 1969 Principios de percepción. Bib. Psic.
14. BAUMAN, S. 1981 Physical aspects of the self. A review on some aspects of body image development in childhood. Journal of consulting psychology.
15. BENDER, L. 1977 test Gestáltico visomotor, Paidós, B.A.

16. BENDER, L. 1966 Sus dibujos. El niño pre-escolar, Guayaquil, (47-51).
17. BERTENHAL, B. I. 1980 Development of visual organization: the perception of subjective contours (51. 1072-1080) Journal of Experimental Psychology
18. BIRCH, H. G. 1964 Brain damage in children. Journal of Neurology.
19. BOSCH, L. P. 1971 Jardín de infantes. Librería del colegio. Buenos Aires.
20. BOUKYDIS, Z. 1981 Adult perception of infant appearance: a review. Child Psychiatry and Human Development. 11(4), summer.
21. BRADLEY, C. 1937 The behavior of children receiving benzodrine, western psychological services.
22. BUME, J. H. 1966 The house-person-tree technique. American Journal of Psychology.
23. CABRERA, D. L. 1974 Algunos resultados del estudio psicológico en el síndrome de Disfunción Cerebral Mínima. Memorias de Psiquiatría. Rev. Cubana
24. CALDERON, L. 1960 Nueva interpretación psicológica de dibujos de la Figura-Humana. Kerpelusz, B. A.
25. CASPER, R.-C. 1979 Disturbances in body-image estimation are related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. British Journal of Psychology.
27. CENTERS, L. 1980 Nueve consejos para vivir con su niño. Rev. Médica.
28. CERVERA, D. L. 1974 Algunos resultados del estudio psicológico en el síndrome de Disfunción Cerebral Mínima. Memorias de Psicología, Cuba.
29. CHARLONER, L. Emoción y percepción en el niño pequeño. Kerpelusz, 1979.
30. CHEONG, G. S. 1980 Relation among symmetry, perceptual comprehension of numerals by kindergarten and first grade children. British Journal of Psychology
31. COMOVRENS, R. L. 1966 Syndromes of minimal brain dysfunction

- tion in childre. Rev. pediátrica. (139-40).
32. GORMAN, L. 1987 El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica. Kepelausz B.A.
  33. CRUICKSHANK, W. M. 1971 El niño con Disfunción Cerebral en la escuela, en el hogar y en la comunidad. - Trillas.
  34. DEBESSE, M. 1960 La personalidad matrfz. Psicología -- gía del niño. Biblioteca Nova de educación, B.A.
  35. DI LEO, J. H. 1974 El dibujo y el diagnóstico psicológico del niño normal y anormal de 1 a 6 años. - Paidós, (22-391).
  36. DORMAN, G. 1979 El bebé descubre el pecho. Rev. Mmf
  37. DUENAS, C. G. 1975 Estudio comparativo entre niños con daño cerebral de diferente nivel cronológico e través del test de Bender-gestalt para niños pequeños de E. Kopitz. tesis, lic. UNAM
  38. BIBL-RIBESFELDT, I. 1977 El hombre programado. Aleeerz Madrid.
  39. ESTRADA, M. N. 1974 El dibujo en los niños. Rev. del Hosp. Psiq. de la Habana.
  40. ESTRADA M, N. 1974 Estudio comparativo de pacientes esquizofrénicos de larga y corta estancia a través de la Figura-Humana de K. Mchover. Rev. del Hosp. Psiq. de la Habana
  41. ESTRADA, M. N. 1974. Concepto de Sí Mismo de nuestros niños. Rev. Psiq. La Habana.
  42. FELMAN, J. M. 1952 Relaciones entre las dificultades para dibujar, e través del dibujo de la F-H. Journ. of consulting, USA.
  43. FERNANDEZ, D. M. 1967 La prueba de Witkin en el estudio de la personalidad del escolar mexicano. tesis Lic. UNAM.
  44. FERNANDES, P. S. 1980 Homicidas en un reclusorio del DF algunos carac. de personalidad según el MMPI y

y el PPT. Tesis, Lic. UNAM

45. FIEDLER, F. 1965. Excepts from the analysis of boy with congenital club feet. Bull Phil. -As.
46. FISHER, L. O 1968 Body image and personality. 2a. Ed. - New York, Dover publication Inc. -
47. FISHER, S. 1971 Boudery effects of persistent impuls & messages. Journal of abnormal Psyc.
48. FLOY, L. R. 1975 Conciencia del mundo en que vivimos - Trillas.
49. FLUGEL, J. C. 1930 Psychology of clothes, Londres
50. FORGUS, R. H. 1972 Perception. Trillas
51. FOUST, L. A. 1980 The concert of a ten year old body. Nurse Journal, Indiana Pensilvnia.
52. FRAISSE, P. 1973 La inteligencia Ed. Paidós
53. FRAISIER, S. H. 1969 Introducción a la psicología Trillas
54. FREEMAN, S. H. 1980 Hyperactivity and neurosis Amer J.
55. FREUD, A. 1952 The role of body illness in the mental life of children. Psychosocial study child
56. GOLDSTEIN, K. 1981 The brain-injure child. Child psychiatry and human development
57. GOLDSTEIN, R. 1975 Identificación: ¿bandición o desgracia? Psicología y vida, Trillas.
58. GONZALEZ, L. C. 1980 Primero, conoce tu cuerpo. Rev. - Memf.
59. GOOPRNOUGH, F. 1957 The test of the integigenci, J. N.Y
60. GOODENOUGH, F. 1975 Manual de calificación de la prueba de inteligencia por medio de la F-H. Paidós
61. GOUZE, K. R. 1980 Constancy of gender identity for self and others in children. Child development
62. GRIFFITHS, S. S. 1980 Body image concept of boy. Rev. - Matern child, UCLA
63. HALPERN, P. 1963 El test grafico visomotor de Bender técnicas psicológicas del diagnóstico. Rielp
64. HARRIS, D. B 1975 Revisión y extensión de la prueba del

dibujo de un hombre de F. Goodenough. UNAM, Fc  
de Psicología.

65. HILL, S. D. 1981 Self-recognition. Child development.
66. HONG, S. D. 1981 Self concept and body image. Psychosomatics.
67. HOROWITZ, M. J. Body and face image. New York.
68. HUGH, A. 1960 Sexual identification side, and associations in children figure drawings. J. Cl. Long Beach (N.Y)
69. HUNT, R. G. 1960 Body image and ratings of adjustment on human figure drawings. J. Cl. Psy.
70. IRONSMITH, M. 1980 Recognition memory for component of pictures in child. Child development.
71. IVES, W. 1980 The role of gender orientations in child. Child development
72. KATZ, J. M. 1975 Aspectos psicológicos ante el test T-MP en un grupo de pacientes portadores de síndrome juvenil. Rev. Psic. Habana
73. KINSBOURNE, M. 1980 Human figure representation by blind child. J. Psych. Toronto
74. KOHIER, C. 1974 De la infancia a la adolescencia, Ed. Guadarrama.
75. KOLB, C. L. 1970 Disturbances of the body image. Psych.
76. KOPPIZ, E. M. 1974 El test gestáltico visomotor preniños. Guadarrama E. D.
77. KOUPEBNIAK, C. 1975 Desarrollo psicomotor de la primera infancia. Buenos, Aires.
78. LA GRECA, A. M. 1980 Can children remember to be creative. Child development, Miami
79. LAUFER, M. W. 1957 Hiperkinetic impulse disorders in children's. Psychosomatics, medicine



dibujo de un hombre de F. Goodenough. UMAN, Proc  
de Psicología.

65. HILL, S. D. 1981 Self-recognition. Child development
66. HONG, S. D. 1981 Self concept and body image. Psychosomatics,
67. HOROWITZ, M. J. Body and face image. New York.
68. HUGH, A. 1960 Sexual identification side, and associations in children figure drawings. J. Cl. Long Beach (N.Y)
69. HUNT, R. G. 1960 Body image and ratings of adjustment on human figure drawings. J. Cl. Psy.
70. TRONSMITH, M. 1980 Recognition memory for component of pictures in child. Child development.
71. IVES, W. 1980 The role of gender orientations in child. Child development
72. KATZ, J. M. 1975 Aspectos psicológicos ante el test T-MP en un grupo de pacientes portadoras de síndrome juvenil Rev. Psic. Habana
73. KINSBOURNE, M. 1980 Human figure representation by blind child. J. Psych. Toronto
74. KOHIER, C. 1974 De la infancia a la adolescencia, Ed. - Gunderman.
75. KOLB, C. L. 1970 Disturbances of the body image. Psych.
76. KOPPIZ, E. M. 1974 El test gestáltico visomotor para niños. Gunderman E. D.
77. KOUPEENIK, G. 1975 Desarrollo psicomotor de la primera infancia. Buenos, Aires.
78. LA GRECA, A. M. 1980 Can children remember to be creative. Child development, Miami
79. LAUPER, M. W. 1957 Hiperkinetic impulse disorders in children's. Psychosomatics, medicine

80. LEONTIEV, S. 1969 Diferencias individuales en la percepción. Academia de ciencias psicológicas de la RSSFR? Instituto
81. LERNER, D. M. 1980 Self-concept. Child development.
82. LEVY, L. S. 1967 Enfoque clínico de la personalidad +opl. Psicología proyectiva Ed. Paidós B. A.
83. LOWENFELD, V. 1972 Desarrollo de la capacidad creativa Kapelusz, B.A
84. LOWENFELD, V. 1958 El niño y su arte. Ed. Kapelusz
85. LUSSIER, A. 1980 the physical handicap & the body ego. J. Psyc.
86. MACHOVER K. 1963 Dibujo de la F-H. Un método de investigación de la personalidad. Ed. Rialp
87. MACIÉD, V. 1979 Hora cero: cómo de nacer. Rev. Memé
88. MACHOVER, K. 1966 test del dibujo de la F-H Manual de técnicas de exploración psicológica
89. MARLENS, H. 1962 Articulación del concepto corporal. - Nueva York
90. MC GUIGAN, F. J. 1973 Psicología experimental. Mec. Psic.
91. MONTAGUE, A. J. 1963 Dibujos espontáneos de la F-H. Rialp
92. MONTESSORI, M. 1982. El niño, Ed. Diop
93. MOOR, L. 1969 test mentales en psiquiatría infantil Moray Masson, Barcelona
94. MORALES, M. L. 1970 Prueba de inteligencia infantil de F. Goodenough. Proc. Psic. UNAM
95. NARES, R. D. 1971 Adolescencia Serie UNISSSTE fem.
96. NEMETH, H. E. 1971 Estudio sobre el niño hiperactivo, e valoración test-retest. Assoc. Médica Americana
97. PADILLA, F. 1975 Análisis cualitativo del B-G en niños con DCM. tesis. Lic. UNAM
98. PALISIN, F. 1980 the nonverbal perception invention: fai

- -  
-
- tura replicatae. Child development.
99. PARE, A. 1649 The Workes of the famous chirurgion. Co  
tes London
  100. PASCUAL, R. O. 1975 Hacia la calificaci3n objetiva del  
dibujo de la F-H. La Habana, Cuba
  101. PEREYRA, F. M. 1966 test de Goodenough. Manual de tec.  
de exploraci3n psic.
  102. PINCUS, J. 1966 Syndromes of minimal brain disfuncion-  
in the childhood. J. Medical Progress.
  103. RAPAPORT, D. 1963 test del diagn3stico psicol3gico, -  
Paidos
  104. REITAN, R. 1955 Principales used in evaluation brain -  
Arch. Neurol. Psychiat.
  105. REITAN, R. 1958. Hypotheses supported by clinical evi-  
dence the are under current investigation. Arch  
Neurol. P.
  106. REYES, M. 1962 Pedagogia del dibujo. Ed. Purrus
  107. REZNIKOFF, M. 1956 El uso de los dibujos de la F-H en  
psicologia organica. J.-P.
  108. RIDDLE, I. 1972 Nursing intervention to promote body -  
image. Nursing clinical americ.
  109. ROGERS, L. 1975 La consistencia como la realizaci3n -  
del Yo. N. P.
  110. RUFF, H. 1980 The developmental of perception & record  
Ch. D.
  111. SAN ROMAN, A. 1968 Diagn3stico de organicidad entre -  
Bender G m y EEG. Rev. M. ISSSME
  112. SCHILDER, P. 1958 Imagen y experiencia del cuerpo huma-  
no. Paidos.
  113. SCHILDER, P. Contribution to developmental neuropsychiat-  
ric. U. de Frees.
  114. REICHARD, S. 1964 The developmental of concept, form-

- tion in children Amer. J. Psych.
115. SIMMER, M. F. 1956 Leprosy and Concept. Am-J. Psych.
  116. SOMAVILLA, M. 1975 Estudio sobre el dibujo de la F-H en niños de inteligencia normal. Matanzas, C. Psicop. del. Des. Ed. Psicos, B.A.
  117. STONE? L. 1970 Desde el nacimiento hasta los 20 años.. Psicop. del. Des. Ed. Psicos, B.A.
  118. STRAUSS, A. 1975 Psicología de la educación del niño con lesión cerebral. Eudebe
  119. SUNGDO, D. 1981 Self concept & image of children during physical illness. -Psych. N.Y.
  120. TORNOPOL, L. 1976 Dificultades en el aprendizaje. Guía médica España
  121. THOMSON, J. M. 1935 The relationships between the G. draw a man test. Psych.
  122. URDAPILLETA, D. 1968 Síndrome de D.C. en el niño. Rev. Clinica de la Conducta.
  123. VALLEJO NAJERA, J. A. 1971 Introducción a la Psic. -- Rev. Científico.médica.
  124. VANE, J. R. 1947 The G. draw a man test & rehsbilitiy & validity. J. Educational.Psyc.
  125. VANE, J. R. 1962 The G. draw a man test & signs of maladjustment in kindergarten en children. J Cl. B
  126. VELAZCO, F. R. 1976 El niño hiperquinético, Trillas.
  127. WERRY, G. 1975 Desordenes psicopáticos de niños Rev. médica.
  128. WERRY G. 1975 Psychopathological disorders of child. U. of. Auckland.
  129. WERTHEIMER, F. 1960 Principios de organización perceptual, Ed. Trops.
  130. WITKIN, H. 1948 Further experiments on perception of the upright with displaced visual fields. J. 4 Exp. Psych.

131. WITKIN, H. 1962 Psychological differentiation, N. Y.
132. ZARAGOZI, S. 1978 Estudio de la percepción visual de la forma en niños portadores de D. C. M. Ministerio de salud pública, Cuba.
133. ARDELA, A. 1991 Diagnóstico del Daño Cerebral enfoque neuropsicológico. Ed. Trilce.
134. CALDERON, G. R. 1990 El niño con Disfunción Cerebral, trastornos de Lenguaje, Aprendizaje y Atención Ed. Limusa
135. OSTROSAKY, F. 1991 El niño con Daño Cerebral. Ed. Rielp
136. URIARTE, V. 1990 Hiperkinetic Ed. Trilce.