UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Psicología
Departamento de Psicología Diferencial y del Trabajo

ESTUDIO SOBRE EL AUTOCOCEPTO EN PARAPLÉJICOS VARONES ADULTOS

Pilar Ortiz Quintana

Director: José A. Forteza

Madrid, 1990

A Eduardo, Jorge, María y Pablo

La elaboración de una Tesis Doctoral es un proceso largo y son muchas las personas que durante ese tiempo me han ofrecido sus aportaciones junto con su apoyo amistoso. A todos ellos mi agradecimiento.

Quiero agradecer muy especialmente al Dr. Forteza el haber aceptado dirigir esta Tesis, así como su amistad.

Al Dr. Exner, que me dedicó una buena parte de su tiempo en sus viajes a Madrid. Me prestó una valiosa ayuda en el enfoque y seguimiento de la investigación.

A la Dra. Belén García Torres que me brindó su colaboración para iniciar esta investigación, así como a la Dra. María Ángeles Quiroga, que me ofreció toda su ayuda a lo largo del proceso de elaboración de los datos.

Al Dr. Alejandro Avila, a la Dra. María Jesús Benedet y, especialmente, a la Dra. Marina Bueno que me han dedicado su tiempo.

Mi agradecimiento cariñoso a los parapléjicos que participaron en esta Tesis y a Paco Vañó, Miguel Pereyra y el Centro Nacional de Parapléjicos de Toledo que me facilitaron el trabajo allí.

A Magdalena de Juan y a Ma. Jesús Martín que me ayudaron en la recogida de la muestra y en la corrección del Rorschach, junto con Teresa López.

A Eduardo, mi marido, a mis hijos, a mi madre y a María Grande que han podido comprender que la dedicación a un trabajo de investigación, supone una merma en el tiempo dedicado a la convivencia.

I N D I C E

Pags.

INTRODUCCION 4
4

CAPITULO I: LA PARAPLEJIA Y SUS IMPLICACIONES PSICOLOGICAS 10

1.1. LUGAR DE LA PARAPLEJIA EN LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALIAS 11

1.2. LOS PROBLEMAS DE CARACTER PREDOMINANTEMENTE FISICO RELACIONADOS CON LA PARAPLEJIA 14

1.2.1. La alteración de las funciones excretoras 17

1.2.2. Las alteraciones de la sexualidad 17

1.2.2.1. Generalidades 17
1.2.2.2. Las disfunciones sexuales que afectan directamente al coito 18 20
1.2.2.3. Las implicaciones psicológicas de la disfunción sexual 19

1.2.3. La pérdida de la capacidad motriz y sensibilidad en miembros inferiores 22

1.2.4. El dolor 22

1.3. LAS IMPLICACIONES PSICOLOGICAS DE LA LESION MEDULAR TRAUMATICA 24

1.3.1. La personalidad pretraumática 25

1.3.2. La adaptación psicológica a la paraplejia 29

1.3.2.1. Primer periodo: Reacciones inmediatas a la lesión 29
1.3.2.2. Segundo periodo: Reacciones a medio plazo 33
1.3.2.3. Tercer periodo:Reacciones a largo plazo 42

CAPITULO II: EL AUTOCONCEPTO 49

2.1. TEORIAS SOBRE EL AUTOCONCEPTO 50

2.1.1. El autoconcepto en el enfoque fenomenológico 51

2.1.1.1. Precursores 52

2.1.1.2. El autoconcepto en el Interaccionismo Simbólico 55

2.1.1.3. El autoconcepto en el Cognitivismo 59

2.1.2. El autoconcepto en la Teoría Psicoanalítica 67

2.2. CUESTIONES PLANTEADAS EN TORNO AL AUTOCONCEPTO 73

2.2.1. Estabilidad-Inestabilidad del autoconcepto 73

2.2.2. Dimensionalidad del autoconcepto 75

2.2.3. Delimitación del constructo "autoconcepto" 81

2.3. PROBLEMAS METODOLOGICOS EN LA MEDIDA DEL AUTOCONCEPTO 89

2.3.1. Situación general de la medida 89

2.3.2. Problemas metodológicos en los diferentes tipos de medida 92

2.3.2.1. Técnicas de autoinforme: Ventajas y objeciones 93

2.3.2.2. Técnicas de inferencia: Ventajas y objeciones 96

2.3.3. Fiabilidad y validez de las medidas de autoconcepto 98

CAPITULO III: EL AUTOCONCEPTO Y LA MINUSVALIA FISICA 102

3.1. REPERCUSIONES DE LA MINUSVALIA FISICA EN EL AUTOCONCEPTO 103

3.2. AUTOCONCEPTO Y PARAPLEJIA 109

CAPITULO IV: INSTRUMENTOS DE MEDIDA UTILIZADOS 119

4.1. TENNESSEE SELF CONCEPT SCALE 120

4.1.1. Análisis factorial de la TSCS 122

4.1.2. Fiabilidad y validez 124

4.2. EL TEST DE RORSCHACH 128

4.2.1. Origen del test. 128

4.2.1.1. Principales escuelas del Test de Rorschach 129
4.2.1.1.1. Escuelas americanas 130
4.2.1.1.2. Escuelas europeas 132

4.2.2. El Sistema Comprensivo de Exner 132

4.2.2.1. Concepto y definición 134
4.2.2.2. La interpretación 135
4.2.2.3. Núcleos diagnósticos 137
4.2.2.4. El "Cluster" del Autoconcepto 142
4.2.2.4.1. Indice de Egocentrismo 143
4.2.2.4.2. Respuestas de Forma-Dimensión 147
4.2.2.4.3. Respuestas de vista 150
4.2.2.4.4. Respuestas de Contenido Humano 154
4.2.2.4.5. Respuestas de contenido anatómico y de radiografías 155
4.2.2.4.6. Contenido Mórbido 157
4.2.2.4.7. Contenido de las respuestas de calidad formal negativa 159
4.2.2.4.8. Contenido de las resp. de movimiento 161
4.2.2.4.9. Respuestas de movimiento humano 163
4.2.2.4.10.Proporción Ma:Mp y a:p 166

4.2.3. Otras investigaciones sobre autoconcepto utilizando el Test de Rorschach 167

4.2.4. Fiabilidad y validez 169

4.2.4.1. Fiabilidad 169
4.2.4.2. Validez 174

CAPITULO V: ESTUDIO EMPIRICO 179

5.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 180

5.2. METODO Y PROCEDIMIENTO 182

5.2.1. Sujetos 182

5.2.1.1. Grupo de Parapléjicos 183
5.2.1.2. Grupo de No Parapléjicos 190

5.2.2. Instrumentos utilizados 190
5.2.2.1. Criterios de selección 191

5.2.2.2. Descrpción de los instrumentos 192
5.2.2.2.1. Tennessee Self Concept Scale 192
5.2.2.2.2. Test de Rorschach 195
5.2.2.3. Datos estadísticos normativos 199

5.2.3. Procedimiento 202

5.2.3.1. Procedimiento seguido en la evaluación de los sujetos 202
5.2.3.2. Procedimiento de corrección 206
5.2.3.2.1. Corrección de la TSCS 206
5.2.3.2.2. Corrección del Test de Rorschach 207

5.3. HIPOTESIS 210

5.3.1. Hipótesis Primera 210

5.3.1.1. Primera Subhipótesis 211
5.3.1.2. Segunda Subhipótesis 212

5.3.2. Hipótesis Segunda 213

5.3.3. Hipótesis Tercera 213

5.4. ANALISIS DE DATOS 214

5.4.1. Referidos a la Hipótesis Primera 214

5.4.2. Referidos a la Hipótesis Segunda 216

5.4.3. Referidos a la Hipótesis Tercera 216

5.5 RESULTADOS 216

5.5.1. Referidos a la Hipótesis Primera 216

5.5.1.1. Referidos a la Primera Subhipótesis 230
5.5.1.2. Referidos a la Segunda Subhipótesis 235

5.5.2. Referidos a la Hipótesis Segunda 239

5.5.3. Referidos a la Hipótesis Tercera 263

CAPITULO VI: CONCLUSIONES 268

6.1 ASPECTOS GENERALES 269

6.2 REFERIDAS A LAS HIPOTESIS PLANTEADAS 269

6.2.1. Referidas a la Hipótesis Primera 270

6.2.1.1. Referidas a la Primera Subhipótesis 271
6.2.1.2. Referidas a la Segunda Subhipótesis 272

6.2.2. Referidas a la Hipótesis Segunda 272

6.2.3. Referidas a la Hipótesis Tercera 273

6.3 CONSIDERACIONES FINALES Y SUGERENCIAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES 274

BIBLIOGRAFIA 278

I N T R O D U C C I O N

Mi interés por el tema de la paraplejia se remonta a la época en que conocí a una persona con tetraplejia. Desde entonces me he ido preguntando muchas cosas acerca de los procesos mentales subsiguientes a una vivencia tan traumática como es la lesión medular.

Me fui acercando al mundo de los lesionados medulares y cada vez sentía más curiosidad por el estudio de las diferentes evoluciones que hacían los pacientes. Unos conseguían recuperar el deseo de vivir, conseguían ir acrecentando sus intereses en los campos más diversos y llegar a tener una vida satisfactoria tanto profesional como social y afectiva. Otros, sin embargo, quedaban en situación de aislamiento y soledad importantes.

Todo ello me llevó a plantearme el estudio en profundidad de las consecuencias psicológicas de la lesión medular. Consideré que uno de los aspectos más importantes cara a la rehabilitación era el poder recuperar el autoconcepto, dada la profunda alteración en el mismo que se produce después de la lesión.

Pensé que la mejor forma de conocer el tema que me preocupaba era acercarme al mundo de los parapléjicos. Estuve durante dos periodos largos conviviendo con ellos en el Centro Nacional de Parapléjicos de Toledo. Allí comencé esta investigación.

Al leer las publicaciones sobre el tema, fui comprobando que el interés científico por las consecuencias psicológicas de la paraplejia -muy poco estudiada años atrás- se acrecentaba últimamente. Pude comprobar que la

mayoría de los estudios no eran empíricos, sino suposiciones teóricas derivadas de lo que puede significar para el ser humano perder su motilidad, control de esfínteres, potencia sexual, sensibilidad de una parte importante del cuerpo, etc. He encontrado estudios empíricos con resultados en muchos casos contradictorios. También las posiciones teóricas varían de unos autores a otros.

Entre las publicaciones sobre las repercusiones psicológicas de la paraplejia destacan por su número las referidas al autoconcepto. En ellas se alude de forma prácticamente general a su importancia en el proceso de adaptación del parapléjico, pero los resultados también son muy diferentes de unos estudios a otros, lo que dificulta la comprensión de esta problemática. Los diseños no siempre están bien construidos, las muestras no están suficientemente definidas y las conclusiones, en muchos casos, nos parecen difícilmente generalizables.

Por otra parte, mi interés por el Test de Rorschach comenzó en la época en que realicé mis estudios de licenciatura en Psicología y me interesé por la Psicología Clínica y el Psicodiagnóstico. Asistí en agosto de 1971 a la constitución de la Sociedad Española de Rorschach y Métodos Proyectivos en Zaragoza.

Desde entonces, he procurado conocer en profundidad esta técnica. Las posibilidades que ofrece en la investigación las fui descubriendo, sobre todo, después de entrar en contacto con el Dr. Exner en el Seminario que impartió en 1977. Fue mi primer contacto directo con su obra y su enfoque comprensivo del Test de Rorschach.

El Test de Rorschach, como las técnicas proyectivas en general, ha sido atacado por muchos autores que han señalado su escasa fiabilidad y validez. Esto le hizo perder relevancia en los círculos académicos y de investigación. Sin embargo, su vigencia en la clínica ha sido constante. Los estudios realizados por LUBIN, WALLIS y PAINE (1971) mostraban que era utilizado en el 91% de los Servicios Clínicos encuestados. Años más tarde, LUBIN, MATARAZZO y LARSEN (1983) realizaron una encuesta similar: el 81% dicen seguir utilizándolo.

Recientemente, sobre todo a partir de las investigaciones realizadas por EXNER, se han llevado a cabo numerosos estudios para probar su fiabilidad y validez, como mostramos en el Cap. IV.

Mi interés por ambos temas de estudio me llevó a analizarlos en este trabajo de investigación. No hemos encontrado en la bibliografía consultada ningún otro trabajo sobre el autoconcepto en parapléjicos evaluado con el Test de Rorschach desde la perspectiva del Sistema Comprehensivo de EXNER.

Los objetivos generales de este trabajo son fundamentalmente los siguientes:

- Revisar la bibliografía fundamental existente hasta el momento actual sobre la paraplejia, el autoconcepto y las técnicas empleadas en la investigación.

- Estudiar el autoconcepto en parapléjicos.

Para ello, hemos estructurado esta Tesis de Doctorado en dos

partes fundamentales: la revisión teórica y el estudio empírico.

La primera se presenta en los cuatro primeros capítulos.

En el capítulo I, se aborda el tema de las implicaciones psicológicas subsiguientes a la paraplejia. Hemos comenzado por situar la paraplejia en el marco general de las minusvalías físicas. A continuación, hacemos una exposición de los problemas físicos fundamentales relacionados con la lesión medular. Nos parece importante conocer las alteraciones a nivel orgánico porque sin su conocimiento difícilmente pueden entenderse las perturbaciones psicológicas. Finalmente, nos centramos en el aspecto psicológico de la lesión medular al que dedicamos la mayor extensión del capítulo.

El capítulo II está centrado en el estudio del autoconcepto. Llevamos a cabo una revisión de las principales teorías, fundamentalmente de aquellas que creemos tienen mayor importancia en nuestro tema de estudio. Exponemos también las cuestiones que más controversia han levantado en torno al autoconcepto para aproximarnos posteriormente a una definición del mismo. Por último, abordamos los problemas metodológicos de la medida del autoconcepto.

El capítulo III se centra en la conexión del autoconcepto con la minusvalía física y, en especial, con la paraplejia. Su importancia en el tratamiento de estos pacientes para llegar a una buena adaptación psicológica. Se exponen los estudios empíricos realizados hasta hoy sobre el autoconcepto en la paraplejia.

En el capítulo IV se aborda el estudio de los dos instrumentos de medida utilizados en nuestra investigación: La

Tennessee Self Concept Scale (TSCS) y el Test de Rorschach. En la parte referida a la Tennesse Self Concept Scale hacemos una descripción de la misma, así como una exposición de los problemas suscitados en torno a su fiabilidad y validez. Con respecto al Test de Rorschach, hacemos una exposición de los avances en las investigaciones llevadas a cabo con este test.

El capítulo V se dedica a la exposición del trabajo empírico realizado. En él se expone, en primer lugar, el planteamiento del problema, método y diseño utilizado. A continuación, se describen las hipótesis planteadas, análisis de datos efectuados y resultados obtenidos.

En el capítulo VI se exponen las conclusiones extraídas del estudio empírico realizado. Se realiza una crítica de la propia investigación, algunas consideraciones finales y sugerencias para futuras investigaciones.

En la bibliografía están recogidas las publicaciones que se han consultado sobre este tema.

En el apéndice hemos incluido un cuestionario de la TSCS, así como una hoja de valoración y la hoja de elaboración del perfil. La traducción del cuestionario utilizado es la llevada a cabo por GARCIA TORRES (1982) para la realización de su Tesis de Doctorado.

C A P I T U L O I

LA PARAPLEJIA Y SUS IMPLICACIONES PSICOLOGICAS

1. 1. LUGAR DE LA PARAPLEJIA EN LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALIAS

Para comenzar a hablar de la paraplejia nos parece conveniente situarla en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) publicada por la OMS (1976, traducción al castellano, 1983).

Para ello, hemos de partir de tres clasificaciones distintas e independientes, cada una de ellas relacionada con un plano diferente de la experiencia a que da lugar la enfermedad.

* **Deficiencia** (Código DE):

En la CIDDM se define así:

> "Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica" (pág. 56)

Se caracteriza por pérdidas o anormalidades que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un órgano, miembro, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico y, en principio, refleja perturbaciones a nivel del órgano.

* **Discapacidad** (Código DI):

En la CIDDM se define así:

> "Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano" (pág. 58)

La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una actividad normal rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia y, en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel de la persona.

* **Minusvalía** (Código M):

En la CIDDM se defina así:

> "Dentro de la experiencia de la salud, una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales" (pág. 59).

La minusvalía está en relación con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o status del individuo y las expectativas del individuo mismo o del grupo en concreto al que pertenece. La minusvalía representa, pues, la socialización de una deficiencia o discapacidad y en cuanto tal refleja las consecuencias -culturales, sociales, económicas y ambientales- que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y la discapacidad.

La paraplejia, según los conceptos previos, es una deficiencia que tendrá como consecuencia diversas discapacidades que llevarán consigo varias minusvalías.

En la CIDDM la paraplejia está incluida dentro de las deficiencias musculoesqueléticas: parálisis bilateral completa de las extremidades inferiores (Código DE: 72.3)

Esta deficiencia tiene como consecuencia las siguientes discapacidades:

- Discapacidades de las relaciones:
  . Discapacidad del rol familiar (Códigos DI: 17.0 y 17.2)
  . Discapacidad del rol ocupacional (Código DI: 18.4)
- Discapacidades del cuidado personal:
  . Discapacidades de la excreción (Código DI: 30.0)
  . Discapacidad de higiene personal: (Código DI: 33.0)
- Discapacidades del movimiento del cuerpo:
  . (Códigos DI: del 52 al 59)
- Discapacidad en la resistencia: Código DI: 71)

La deficiencia y las discapacidades anteriormente expuestas producen las siguientes minusvalías:

- Minusvalía de independencia física: (Código M: 23)
- Minusvalía de movilidad: (Código M: 33)
- Minusvalía ocupacional: (Código M:43)
- Minusvalía de la integración social: (Código M: 52)

La lesión medular traumática ataca instantánea y radicalmente la capacidad motriz de la persona. Este hecho va a tener repercusiones importantes: dificultad o imposibilidad de atender a los propios cuidados personales, alteración de la autoimagen y el rol social y requerirá un gran esfuerzo psíquico para conseguir el conveniente ajuste social y psicológico. (BURNHAM y WERNER, 1978, 1979).

Consideraremos, **en primer lugar**, el tipo de incapacidad física que se genera, centrándonos en aquellos aspectos que pueden producir mayores trastornos psicológicos. Nos detendremos, **en segundo lugar**, en el análisis de esos trastornos y en el proceso de adaptación que requieren.

1. 2. LOS PROBLEMAS DE CARACTER PREDOMINANTEMENTE FISICO RELACIONADOS CON LA PARAPLEJIA.

LINDEMAN (1981, pág. 221) enumera los principales problemas físicos relacionados con la paraplejia y la tetraplejia:

1.- Movilidad
2.- Control de vejiga
3.- Infecciones del tracto urinario y riñón
4.- Dificultad permanente en el riñón
5.- Control intestinal
6.- Cuidado de la piel
7.- Contracturas
8.- Disrreflexias
9.- Termorregulación
10.- Alteraciones de la sexualidad
11.- Alteraciones en la imagen corporal
12.- Infecciones respiratorias (tetraplejia)

Por nuestra parte no vamos a seguir, punto por punto, esta clasificación. Hemos preferido una enumeración más globalizadora que nos parece atiende igualmente los diversos puntos enumerados por LINDEMAN.

El periodo inmediatamente posterior a la lesión medular traumática requiere de uno a tres meses de cuidados intensivos en hospital. El tratamiento incluye alineamiento de la columna,

estabilización completa del área, descompresión de las estructuras neurológicas y movilización temprana (PIERCE, 1979). Pasado este periodo el paciente ingresa en un hospital especializado para la fase de rehabilitación.

Las lesiones originadas al nivel de las vértebras dorsales producen parálisis del tronco y miembros inferiores (paraplejia), mientras que las lesiones originadas al nivel de las vértebras cervicales producen parálisis total o parcial -según sea la lesión- que afecta también a las extremidades superiores (tetraplejia).

Para la designación de la lesión se considera el nervio que mantiene la función completa. Así, por ejemplo, hablamos de D-7, C-4, L-1 para referirnos a una lesión al nivel de la séptima vértebra dorsal, cuarta cervical o primera lumbar. La lesión completa C-4 es el nivel más alto que permite sobrevivir sin respiración mecánica.

En la figura 1 se pueden ver los niveles de función de la médula.

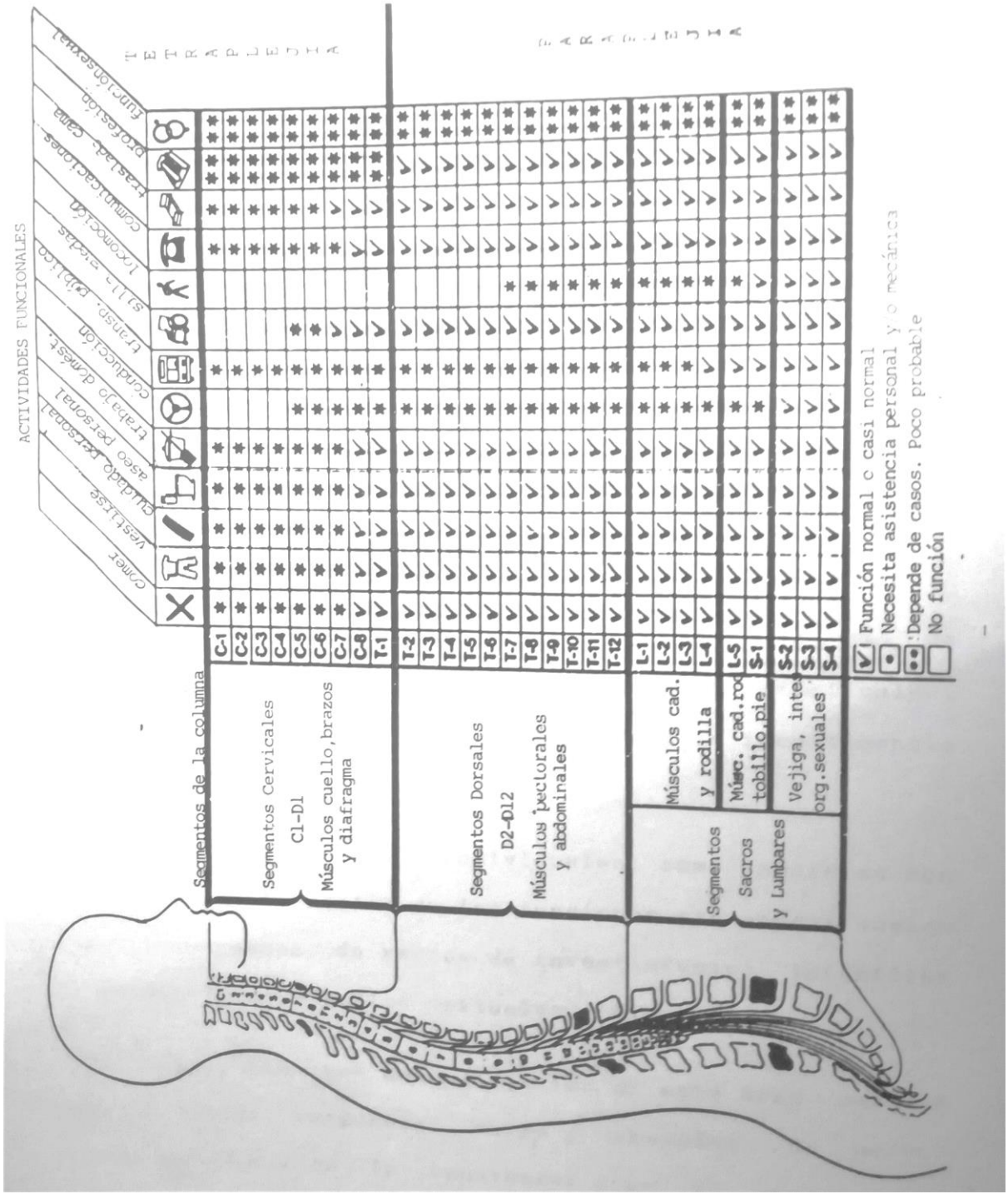

Figura 1. Niveles de función de la médula

La paralización del tronco y de las extremidades inferiores imposibilita el control de las funciones excretoras, la capacidad de respuesta sexual genital controlada y origina importantes restricciones musculares y motrices. La experiencia de dolor es frecuente.

1. 2. 1. LA ALTERACION DE LAS FUNCIONES EXCRETORAS.

Al carecer de control vesicular se hace necesario adoptar, para el paciente parapléjico, un sistema de drenaje de la orina. Son frecuentes las infecciones del tracto urinario y del riñón, como también la propensión a la formación de piedras renales.

Se hace necesaria una dieta apropiada y el uso de supositorios que favorezca los movimientos intestinales, Es necesario, además, adoptar medidas para la incontinencia excretora de materia fecal.

Las conductas, tanto individuales como sociales, con respecto a la alteración de las funciones excretoras suelen estar impregnadas de restos de investimientos infantiles que se manifiestan en los rituales, chistes, etc.

Es explicable que una alteración de esta área suponga para el sujeto vergüenza, culpa y ansiedad. De hecho, muchos parapléjicos lo consideran como el aspecto más conflictivo de su situación, incluso por encima de las limitaciones sexuales o las originadas por la falta de movilidad.

1. 2. 2. LAS ALTERACIONES DE LA SEXUALIDAD

1. 2. 2. 1. Generalidades.

Este tema ha sido investigado ampliamente (SILLER, 1979;

SINGH y MAGNER, 1975; TEAL y ATHLESTAN, 1975; HOHMANN, 1975; DUNN, 1979; RAY y WEST, 1983, 1984).

En cuanto a la determinación del grado y la naturaleza de la disfunción sexual será necesario tener en cuenta el nivel y grado de la lesión (completa o incompleta).

Estudiaremos, **en primer lugar**, las disfunciones que afectan al acto mismo del coito, atendiendo a las diferencias entre el hombre y la mujer. **En segundo lugar**, haremos un recorrido por los estudios sobre las implicaciones psicológicas de la disfunción sexual considerada en su conjunto.

1. 2. 2. 2. Las disfunciones sexuales que afectan al acto mismo del coito.

* **En el hombre**

Nos referiremos, en primer lugar, a las alteraciones con respecto a la realización del acto sexual, atendiendo a las tres etapas: excitación, erección y eyaculación.

En cuanto a la excitación, no hay diferencias respecto a los no parapléjicos.

La erección se produce cuando los vasos sanguíneos de los cuerpos cavernosos dilatados activamente por estimulación parasimpática endurecen el pene. El centro de la erección está localizado en la porción sacra de la médula. La erección se puede activar también por estímulos psicológicos que descienden desde la corteza cerebral a través de la médula.

Si la lesión es completa (sección de la médula) el sujeto

puede tener erección, pero sólo en algunas ocasiones eyacula. Si la médula sacra, la cauda equina y el simpático torácico-lumbar están intactos, el sujeto puede tener actividad sexual completa. En el caso de que la lesión afecte solo a una parte, el sujeto puede tener erección, pero no eyaculación.

El parapléjico con una lesión completa rara vez puede eyacular y sentir orgasmo. Algunos han denominado éste, "orgasmo fantasma", mientras que otros (GEIGER, 1979) consideran que es un acto del sistema nervioso central y no depende de respuestas periféricas. Lo cual no excluye que se dé la erección reflexogénica de duración escasa.

* **En la mujer**

En la mujer se puede dar lubricación vaginal como respuesta a la estimulación. Respecto al orgasmo, como en el hombre, puede darse rara vez.

1. 2. 2. 3. Las implicaciones psicológicas de la disfunción sexual.

Varios estudios han mostrado diferencias significativas en el ajuste psicológico total entre sujetos varones capaces de tener erección y los que no. Los sexualmente impotentes han manifestado estar mucho más abrumados emocionalmente que los potentes (RUSCK y TAYLOR,1964).

LINDNER (1953) encontró que los parapléjicos sexualmente potentes tienden a hacer más percepciones sexuales de acuerdo con la realidad en los tests proyectivos, mientras que los impotentes hacen una mayor distorsión de la realidad y manifiestan mayor represión.

BERGER (1952) examinó, a través del TAT, el rol de la potencia/impotencia sexual en el concepto de self en varones parapléjicos. Los jueces clínicos, en una lectura a ciegas de los protocolos, fueron capaces de identificar a 18 de los 20 sujetos como sexualmente potentes o impotentes.

A través de un análisis cualitativo de los datos BERGER consiguió diferenciar las siguientes características de los impotentes con respecto a los potentes: mayor índice de depresión y ansiedad, mayor desesperanza y preocupación por su cuerpo, más sentimientos de castración, mayor dificultad de identificación con el propio cuerpo sexuado, mayor dificultad para establecer relaciones afectivas estables, menor energía y vitalidad, más sentimientos de agresión con expresión no aceptable.

LABAN, BURK y JOHNSON (1966) encontraron que los impotentes habían tenido el doble de complicaciones físicas, de hospitalizaciones y de intervenciones quirúrgicas.

Algunos autores han mostrado que los pacientes parapléjicos están más preocupados por su disfunción sexual que por cualquier otro aspecto de su invalidez. (BRESLIM, 1971; COLE y otros,1973; BLOOM, 1974).

HANSON y FRANKLIN (1976, citado en RAY 1984), mostraron que la disfunción sexual era considerada como la menor de las grandes pérdidas producidas por la lesión. El 52% de los sujetos estudiados consideraba que la pérdida del movimiento y sensibilidad de sus piernas era la pérdida más importante, para el 35% la pérdida más importante era la del control de esfínteres. Sólo el 13% consideraba como la más importante la pérdida de las funciones sexuales.

HETRICK (1967) en un estudio con 256 sujetos indicaba que la satisfacción que lleva consigo el sexo es menor que la del empleo, la ordenación de vida, la vida social y la salud general.

En un trabajo de COLE (1975) para el 70% de los parapléjicos el tener una vida sexual activa era importante para su felicidad personal.

DAVID y otros (1978, citado en RAY 1984) encontraron que en las parejas estables las dificultades sexuales eran secundarias con respecto a otros problemas (como, por ejemplo, la falta de fertilidad.)

RAY y WEST (1984) en un estudio con 22 hombres y mujeres parapléjicos encontraron solo 2 para los que suponía un grave problema, para 13 un pequeño problema y 3 no lo consideraban problema. El placer propio y del compañero y la intimidad durante la relación sexual fueron citadas como las principales fuentes de placer.

SILLER (1969) señala que no es infrecuente la feminización y pasividad sexual entre los varones lesionados medulares, lo que -según el autor- lleva a la depresión, baja autoestima y otras reacciones destructivas.

A las mismas conclusiones llega el estudio realizado por WEISS y DIAMOND (1966). Advierten también estos autores cómo los varones que, previamente a la lesión, daban más importancia a la propia virilidad, sufrían un mayor impacto psicológico a consecuencia de la lesión.

1. 2. 3. LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD MOTRIZ Y DE LA SENSIBILIDAD EN LOS MIEMBROS INFERIORES.

La pérdida de la capacidad motriz y de la sensibilidad en os miembros inferiores es consecuencia directa de la lesión medular traumática. Tal pérdida será absoluta o no según el grado y nivel de la lesión. En el caso de lesión completa a nivel de las vértebras dorsales el paciente podrá cuidarse a sí mismo, pero se verá obligado a desplazarse en silla de ruedas. La pérdida del control motórico voluntario conlleva una cierta frecuencia de movimientos reflejos musculares involuntarios (espasticidad), en ocasiones dolorosos. La intensidad de una contractura puede hacer que el paciente se caiga de la silla o de la cama. Suelen servir de ayuda los relajantes musculares, pero es necesario tener en cuenta los efectos secundarios que suelen originar (flojedad o somnolencia).

1. 2. 4. EL DOLOR.

La experiencia del dolor en el sujeto parapléjico tiene importantes efectos neurofísicos, perceptuales y psicosociales. En los casos extremos el sujeto puede recurrir a la drogadicción o a solicitar operaciones quirúrgicas radicales.

Los pacientes describen cuatro tipos de sensaciones en las zonas paralizadas de su cuerpo:

1. Sensaciones fantasma.

Suelen ser descritas como "la capacidad para percibir y mover mentalmente los órganos paralizados." Los miembros inmovilizados objeto de tales sensaciones son denominados

"miembros fantasmas."

Excepto en los periodos más tempranos de la fase aguda, este tipo de sensaciones no se perciben como dolorosas. En la descripción que se hace de ellas es difícil, en ocasiones, discriminarlas de las sensaciones de quemazón y hormigueo. Muchos pacientes señalan que al intentar mover el miembro fantasma se incrementa la sensación fantasma.

Estas sensaciones no requieren un tratamiento específico, excepto asegurar al paciente que son normales y no indican patología.

2. Sensaciones de quemazón y hormigueo.

Han sido descritas por la mayor parte de los parapléjicos (BORS, 1951). Son análogas, aunque más intensas, a las que se producen por la compresión de un nervio. Se pueden suprimir con entrenamiento. Cuando se han utilizado drogas se ha comprobado el efecto sedante. También se ha señalado cómo, cuando termina el efecto sedante, vuelve la sensación incluso con mayor intensidad.

3. Dolor radicular.

Se observa frecuentemente en la primera fase subsiguiente a la lesión. Se describe como una hipersensibilidad y/o dolores punzantes, a veces en respuesta a movimientos corporales. Este dolor es causado por irritación de las raíces nerviosas o del segmento distal de la médula espinal intacta. Suele desaparecer a las pocas semanas, posiblemente cuando disminuye la irritación de las raíces nerviosas.

4. Dolor similar a la causalgia.

Solo aparece en personas con lesión de la cola de caballo o en lesiones incompletas. Se describe como "punzante', "eléctrico". Es el único tipo de dolor que ha respondido favorablemente a la intervención quirúrgica en sujetos parapléjicos sin intensos conflictos psíquicos.

Es recomendable evitar el uso de opiáceos y sedantes y entrenar al sujeto con técnicas de relajación y evitación del estrés.

1. 3. LAS IMPLICACIONES PSICOLOGICAS DE LA LESION MEDULAR TRAUMATICA.

En los últimos años se han realizado diversos estudios sobre las implicaciones psicológicas de la lesión medular traumática (SILLER, 1969; ENGLISH, 1971; SHONTZ, 1971; HOHMANN, 1975; BRACKEN y otros, 1981; LINDEMAN, 1981; TRIESCHMANN, 1980, 1984; JUDD, 1986; RICHARDS, 1986).

Parece evidente que un trauma físico que va a alterar de tal forma la vida del sujeto ha de tener un impacto emocional profundo y requerirá un tiempo más o menos largo para lograr la adaptación a la nueva situación.

La lesión medular traumática es una incapacidad que va a suponer cambios importantes en la vida de una persona. Está comprobado que no supone alteración en cuanto a la expectativa de vida normal. pero ésta va a quedar influenciada por diversas variables psicológicas y sociales. Por lo pronto, supone la interrupción brusca del tipo de vida previo a la lesión medular traumática durante el tiempo de hospitalización. El sujeto debe llevar a cabo la adaptación a la nueva situación: aprender a

vivir en un mundo de sujetos sanos que no suele aceptar bien su incapacidad: conflictos en las relaciones familiares y/o de pareja. En muchos casos ha de enfrentarse con un nuevo empleo, o incluso a no tener trabajo. Se verá obligado a mantener su sentido de la dignidad y autoestima para hacer frente a un mundo que, aunque parezca paradójico, puede penalizar sus esfuerzos por ser independiente y autosuficiente. (TRIESCHMANN, 1984).

Una primera reacción muy común ante la invalidez es preferir estar muerto. SILLER (1969) lo describe con estas frases puestas en boca del parapléjico:

> "No puedo reconocer mi self como mutilado y me horrorizo ante la posibilidad de perder mi yo. Por todo ello preferiría estar muerto, porque el self que yo conozco ya no existe" (pág. 309).

Vamos a tratar, **en primer lugar**, de la personalidad pretraumática porque pensamos que juega un papel muy importante en la recuperación psicológica del parapléjico.

En segundo lugar, estudiaremos la adaptación psicológica a la paraplejia. Diferenciaremos tres periodos: el primero, que comprende las reacciones inmediatas al trauma, el segundo, un periodo intermedio, y, finalmente, el periodo de resolución que incluirá las reacciones a largo plazo.

1. 3. 1. LA PERSONALIDAD PRETRAUMATICA

Diversos investigadores han señalado la importancia de la personalidad previa a la lesión.

En palabras de GUTTMAN (1973):

> "En el establecimiento del modelo psicológico en parapléjicos y tetrapléjicos, la personalidad traumática, la capacidad mental, el historial educativo, la posición social, la profesión, la edad, así como la severidad y duración de la parálisis y el tipo y eficacia del tratamiento inicial, encontramos que son factores esenciales" (pág. 478).

Según SILLER (1969), la lesión física es una situación de estrés en la que el sujeto utilizará su propio repertorio de patrones de conducta. Cuanto mejor sea su funcionamiento psicológico mental y afectivo mejor podrá enfrentarse a la situación presente.

TRIESCHMANN (1984) considera una falacia la noción implícita de que hay una secuencia de reacciones emocionales por las que forzosamente han de pasar los pacientes parapléjicos. Como tampoco se puede hablar de "personalidad específica" del lesionado medular. (WRIGHT, 1960; SILLER, 1969; SHONTZ, 1971; COOK, 1976; TRIESCHMANN, 1980).

WILCOX y STAUFFER (1972) consideran que la población de parapléjicos traumáticos es heterogénea cuando llega al tratamiento: edad, sexo, educación, experiencia profesional y de vida. Tan heterogénea como la propia naturaleza humana. Y continuará siéndolo al abandonar los centros de recuperación.

COOK (1976) señala que hay un acuerdo general entre médicos e investigadores en el sentido de que es la personalidad premórbida la que determina, en gran parte, la forma en que una persona reaccionará a la lesión.

HARRIS y otros (1973) dicen que el conocimiento del pasado del sujeto, su historia médica y familiar, así como las alteraciones psicológicas pueden ayudar a predecir la reacción inmediata a la lesión.

HOHMANN (1975) enfatiza que pacientes con un historial normal desarrollarán mecanismos adaptativos frente a los problemas adicionales que la lesión medular impone.

Tradicionalmente se ha valorado la personalidad previa del lesionado medular como un factor importante para determinar el éxito o fracaso en la adaptación (TRIESCHMANN, 1974).

*** Problemas psicopatológicos previos a la lesión**

Sólo hemos encontrado el trabajo de HOHMANN (1975) que estudia las personalidades pretraumáticas psicopatológicas y su incidencia en las consecuencias psicológicas de la paraplejia.

Alude a los siguientes cuadros psicopatológicos previos a la lesión:

1. Depresión.

Un cuadro sintomatológico depresivo severo con intento, o intentos de suicidio presentará problemas en el tratamiento y, más especialmente, si la lesión se produjo como consecuencia de un intento de suicidio. Es muy probable que el sujeto repita el intento. Y esta probabilidad es mayor cuando el proceso de recuperación ha llegado a un cierto nivel de estabilización. El paciente tenderá a mantenerse extremadamente aislado y requerirá tratamiento especializado. El uso de tricíclicos es efectivo, pero puede interferir con el funcionamiento de la vejiga.

2. Esquizofrenia.

En un estudio con 18 parapléjicos esquizofrénicos previos a la lesión, que presentaban alucinaciones e ilusiones, HOHMANN encontró que los trastornos psicóticos más graves desaparecieron a los pocos días de la lesión. Permanecieron, en cambio, algunos síntomas secundarios tales como la monotonía en el afecto y los trastornos en el proceso de pensamiento. No se advirtió recrudescencia de los síntomas, excepto cuando la lesión era incompleta, - con un retorno del funcionamiento neurológico especialmente a nivel sacro-y/o cuando se ejerciera presión sobre el paciente para que abandonase el hospital. Los pacientes esquizofrénicos responden razonablemente bien al régimen de tratamiento que se sigue habitualmente con psicóticos.

HOHMANN y MUÑOZ-MALLOWS (1960) indican que la cantidad de medicación requerida por un parapléjico es similar a la de los pacientes psiquiátricos esquizofrénicos no lesionados.

3. Trastornos de personalidad.

Se ha detectado un considerable número de sujetos compulsivos entre los trastornos de personalidad previa a la lesión medular traumática. Esta compulsividad suele estar en el origen mismo de las situaciones que han llevado a la lesión, tales como peleas, accidentes, etc. El comportamiento compulsivo puede acentuarse después de la lesión, debido, entre otras cosas, al cambio experimentado en la relación con los demás. No toleran la compasividad que se suele suscitar en su contorno. Su condición física generalmente se deteriora tan rápidamente que puede llevarle a actuar impulsivamente y a abandonar su cuidado personal.

La personalidad pasivo-dependiente tiende a buscar en la lesión una justificación para extremar su dependencia. Esto se advierte, muy desde el comienzo, en si disposición durante el periodo de rehabilitación.

4. Neurosis.

Dentro de las diversas manifestaciones de las neurosis, el carácter histérico tenderá a quedarse fijado en las muchas dificultades reales que tiene y desplegará una amplia gama de síntomas específicos.

El sujeto obsesivo-compulsivo es el que consigue la mejor adaptación. Si su deterioro no es muy grave, puede poner sus rasgos de personalidad al servicio del esfuerzo de adaptación y conseguir cotas importantes en algunas áreas específicas, como, por ejemplo, el cuidado de sí mismo o el esmero en el trabajo. Si el deterioro es grave su productividad quedará afectada por la tendencia al perfeccionismo y obtendrá resultados nulos, o casi nulos, en su esfuerzo de adaptación.

1. 3. 2. LA ADAPTACION PSICOLOGICA A LA PARAPLEJIA

Se pueden distinguir tres periodos: el primero comprende las reacciones inmediatas a la lesión: el segundo, al que denominamos intermedio, -cuya duración no es determinable a priori- y el tercero, relativo a los comportamientos a largo plazo.

1. 3. 2. 1. Primer periodo: Reacciones inmediatas a la lesión

Constatada la lesión medular traumática se hace necesario inmovilizar la columna, al menos durante ocho semanas, a fin de restringir cualquier movimiento. En estas primeras semanas la

medicación puede hacer disminuir la sensorialidad. Suelen ser necesarias grandes dosis de Valium para controlar los espasmos musculares.

El sujeto va a vivir un periodo de deprivación sensorial. Las investigaciones sobre el tema adquieren importancia a la hora de entender la conducta de un lesionado medular reciente. LUBEK (1969) señala que la restricción del movimiento puede producir estrés, incomodidad corporal y dificultad de pensamiento. En el caso del parapléjico, dada la obligada restricción del movimiento, el estrés es más agudo. En los casos de deprivación sensorial de los no parapléjicos el ejercicio físico ayuda a disminuir el deterioro en los tests de inteligencia y perceptuales. El EEG experimenta menos alteraciones que en los parapléjicos.

Dos semanas de deprivación sensorial perceptual producen un decrecimiento en las frecuencias del lóbulo occipital. Las frecuencias empiezan a aumentar cuando aumenta la estimulación perceptiva, pero a veces siguen estando por debajo de lo normal después de 10 días de terminado el periodo de deprivación.

La severidad del estrés producido por la enfermedad puede estar también influido por factores intrapsíquicos. ENGEL (1962) clasificó el estrés en términos de pérdida (o amenaza de pérdida) de los objetos psíquicos, lesión (o amenaza de lesión) y frustración. Esta clasificación da importancia a la experiencia intrapsíquica de la enfermedad (que estaría determinada por los conflictos intrapsíquicos no resueltos).

La pérdida (o amenaza de pérdida) del objeto, tal como la define ENGEL, puede ser real o fantaseada. Puede incluir pérdida de parte del cuerpo o de su función, pérdida del estatus social o

profesional, pérdida de planes de futuro etc.

STAIN y GROSS (1975, citado por JUDD, 1986) describieron otras categorías de tensión psicológica experimentada por pacientes con enfermedad o lesión física. Son las siguientes: 1) amenaza básica a la integridad narcisista, 2) miedo a los extraños, 3) ansiedad de separación, 4) miedo a la pérdida del afecto, 5) miedo a la pérdida del control de esfínteres, 6) miedo a la pérdida de las partes del cuerpo lesionadas (ansiedad de castración), 7) reactivación de los sentimientos de culpa y 8) miedo a la retaliación por las transgresiones previas.

Para KATZ (1978,1979) hay dos tipos de estímulos estresantes:

a) Condiciones físicas que dañan al cuerpo, como, por ejemplo, el hambre o la lesión física.
b) Problemas psicológicos, como, por ejemplo, un intenso temor persistente.

Los indicadores físicos autonómicos están necesariamente presentes en todas las situaciones.

En los últimos años muchos estudios han intentado determinar qué situaciones causan estrés y qué factores son estresantes. Algunas de las situaciones estudiadas lo fueron con enfermedades crónicas, amputaciones, parálisis y enfermedades terminales. Algunos investigadores (WRIGHT, 1960, ROTHSCHILD, 1970) sugieren la hipótesis de que la incapacidad física constituye una situación estresante en la que el sujeto utiliza mecanismos de defensa para adaptarse a la nueva situación. La cantidad e intensidad del estrés en sujetos incapacitados depende de una compleja interacción entre el estímulo proveniente de una

situación externa y las variables de personalidad del sujeto. Para el incapacitado la situación externa se define como la interacción con el mundo de los no incapacitados.

LINDEMAN (1981) señala como primer periodo un estado de shock producido por el shock físico. Comienza un estado de ansiedad con miedo a saber y a no saber, acompañada a menudo con desorganización cognitiva. Los miembros de la familia muestran frecuentemente los mismos síntomas, a veces incluso más acusados. Durante este tiempo el paciente necesita ser reconfortado, recibir información acerca de sensaciones inusuales y reafirmación para continuar su vida sin trastornos mentales.

JUDD (1986) considera como respuestas inmediatas a la lesión medular las siguientes:

a. conciencia de la lesión:

No todos los sujetos que han sufrido una lesión son conscientes de la incapacidad para moverse en el momento del accidente. HEILPORN y NOEL(1968, citado por JUDD, 1986) sugieren que solo el 50% es consciente. Es frecuente que la conciencia inicial del accidente y sus secuelas sea seguida de un periodo variable en el que el sujeto no es consciente de lo que ha ocurrido. Puede ser una defensa psicológica que protege al sujeto de una percepción demasiado rápida de su situación.

b. ansiedades:

La experiencia clínica muestra que es la supervivencia lo que más importa al paciente y a su familia, sobre todo cuando se trata de lesiones altas y con dificultades respiratorias. Otra fuente común de ansiedad, en la primera época, es el miedo a que el dolor persista y se pierdan las sensaciones en una parte del cuerpo. La falta de información acerca de lo que está ocurriendo

puede llegar a ser especialmente angustiosa.

c. debilitamiento del estado de conciencia.

La deprivación sensorial puede ser muy intensa en este primer periodo de hospitalización. La alteración de la sensorialidad, la restricción de la capacidad motriz y el aislamiento influyen profundamente en la conducta del sujeto.

Entre los rasgos característicos de la deprivación sensorial se han señalado la ansiedad, tensión, falta de capacidad para organizar los pensamientos acerca de uno mismo y sugestibilidad acentuada. En reacciones severas pueden aparecer incluso alucinaciones.

También influyen otros factores en el deterioro mental durante los primeros días de tratamiento: la falta de orientación espacial y temporal, la insuficiencia de la capacidad respiratoria, los efectos de los analgésicos (reducción del estado de conciencia, pérdida del sueño, el dolor que interfiere con la concentración, etc.)

1. 3. 2. 2. Segundo periodo: Reacciones a medio plazo

Entre el primer periodo -que acabamos de describir- y la etapa de resolución se extiende un periodo de duración no delimitable a priori al que, operativamente, denominamos "periodo intermedio" caracterizado por la exigencia sentida por el sujeto de adaptarse a su nueva situación. Consideramos este periodo como el propiamente específico de adaptación.

Para VERWOERDT (1972) hay tres tipos de variables que van a influir en las reacciones psicológicas que presente el parapléjico:

a. Variables de la propia enfermedad: Se incluyen en este apartado la gravedad de los síntomas, grado de independencia, amenaza a la vida, duración y progresión de la enfermedad y parte del cuerpo afectada.

b. Variables del paciente: edad, sexo, imagen corporal, personalidad premórbida y mecanismos de adaptación.

c. Variables ambientales: familia del paciente, medio social y trabajo.

Algunos autores juzgan que el paciente parapléjico va cubriendo una serie de etapas características de este periodo: negación, depresión y aceptación. Otros estiman que los diversos mecanismos o posturas psicológicas por las que atraviesa el sujeto no experimentan una secuencia que permita definir etapas.

Nos ha parecido conveniente presentar las diferentes etapas y los autores que se pronuncian a favor y en contra de las mismas.

1. 3. 2. 2. 1. Primera etapa: negación

Durante esta etapa el yo del paciente se defiende a sí mismo de la realidad que es vivida como una amenaza que acabará engulléndole y mantiene que se recuperará totalmente.

Para HOHMANN (1975) esta reacción es la más frecuentemente observada en el periodo que va desde la semana tercera a la octava después de la lesión.

El uso extensivo de la negación llega a desaparecer sólo

cuando el paciente ha tenido suficiente experiencia de su incapacidad de modo tal que le permita ir viendo que a pesar de su invalidez es capaz también de experiencias gratificantes.

STEWART (1977, citado en LINDEMANN, 1981) anota que la negación permite una introducción gradual a la conciencia de las implicaciones aplastantes de la lesión y que es parte de un proceso que ayuda a mantener el yo unitario. Describe este periodo como un moratorium para forjar la nueva identidad.

La negación puede ser masiva -"no ha pasado nada, voy a andar hoy mismo"- o puede ser más sutil: por ejemplo, la secreta convicción de que un descubrimiento médico o un milagro puede devolverle la función dañada.

La negación puede perjudicar la adaptación cuando se convierte en un foco obsesivo de actividad o cuando interfiere con los planes y acciones que son necesarios en la rehabilitación.

LINDEMANN (1981) habla de la reacción de ira como concurrente o subsiguiente a la negación. La describe en estos términos: el paciente ha experimentado un fuerte daño, tanto físico como psíquico, que es vivido como injusto, se siente desgraciado y esto le pone furioso. La expresión de la ira suele estar dirigida a la familia y al personal del centro. En ocasiones, la familia se coloca del lado del paciente.

La expresión de la ira es casi inevitable. Debe, por tanto, ser tolerada con paciencia, aunque no compartida ni reforzada innecesariamente. Solo si llega a ser destructiva para el propio sujeto o para los otros debe ser atemperada.

Según ROESSLER (1978), el sujeto niega el suceso traumático para mantener la integridad de la personalidad. Las formas de negación más frecuentes son: a) quedarse perplejo, b) negarse a aceptar ninguna información, c) insistir en que ha habido un error, d) no entender lo que se le ha explicado. La negación va acompañada de temor y ansiedad que puede expresarse en forma de una actividad excesiva, irritabilidad, dolores de cabeza, fatiga, insomnio, pérdida del apetito y dolores diversos.

Para SILLER (1969) la negación es poco frecuente excepto en sujetos muy jóvenes o retrasados mentales. Sus repercusiones son negativas para el paciente pues le dificultan la adaptación. Puede ser una solución temporal, como una forma transitoria de adaptación, pero llegaría a ser patológica si persiste como mecanismo importante.

TRIESCHMANN (1984), que da máxima importancia a la deprivación sensorial producida durante el periodo agudo de tratamiento, considera que más que un mecanismo de negación, se daría un no reconocimiento de las implicaciones de la lesión. De ahí que el sujeto no perciba la necesidad de participar en la rehabilitación.

HARRIS y otros (1973) consideran también muy importante la fase aguda de tratamiento. Estiman que el dolor -frecuente en el lesionado medular- y las complicaciones respiratorias asociadas pueden llevar a que sea el deseo de supervivencia, frente al miedo a la muerte, lo más importante en la fase de recuperación inmediata.

BRAACKMAN, ORBAAN y DISHOECH (1976) señalan que la mayor parte de los parapléjicos que entrevistaron tenían información de sus condiciones y de las implicaciones para el futuro. No había evidencia de negación. Al contrario, cuando se habían disipado

los efectos del tratamiento inicial, los pacientes deseaban recibir información sobre lo que les había ocurrido y las consecuencias que ello tendría en sus vidas.

CAYWOOD (1974) tampoco ha advertido el mecanismo de negación y piensa que la información acerca de la incapacidad se debe ir ofreciendo gradualmente de forma que no destruya la esperanza del paciente. Para él esta esperanza no solo no interfiere con el proceso de rehabilitación, sino que puede darle mucha energía para su mejor adaptación.

1. 3. 2. 2. 2. Depresión

Son bastantes los autores que han constatado depresiones ocasionales en los parapléjicos y en los tetrapléjicos durante este periodo (WITTKOWER, 1954; STEWART, 1977ª; BRACKEN, 1980).

HOHMANN (1975) describe una "primera fase de depresión reactiva". Se caracteriza por los sentimientos de abandono y hostilidad internalizada. El paciente se repliega sobre sí mismo, queda incomunicado en la cama, llora, habla en términos vagos de suicidio, no tiene apenas motivaciones para nada, se siente inútil, culpable y siente que lo mejor que puede hacer es distanciarse de sus más cercanos. Por esto, se hace necesario el consejo psicológico también para la familia. Y, en los casos graves, debe plantearse un tratamiento psiquiátrico.

Posteriormente aparece la hostilidad externalizada; el paciente culpa al médico, a la familia y a los amigos de su estado. Es violento física y verbalmente, exigente, intolerante e impaciente. Se aconseja que pueda canalizar la hostilidad hacia una actividad productiva.

Para SILLER (1969) la depresión caracteriza los sentimientos que aparecen vinculados al dolor por la pérdida del objeto. Se trata de un proceso semejante al que se produce en la pérdida de un ser querido. El sujeto necesita un periodo de tiempo de elaboración para desinvestir el objeto, en este caso la parte del cuerpo y la función dañada por la lesión.

Conviene favorecer el desarrollo del proceso de duelo y no reforzar los mecanismos de negación. La experiencia de la pérdida implica inevitablemente la alteración de la imagen que el sujeto tiene de sí mismo.

No es fácil encontrar el momento adecuado en que ofrecer al paciente parapléjico el empleo de las prótesis, pues ello puede interferir el proceso de duelo y favorecer reacciones hipomaniacas de negación.

KATZ y otros (1978-79), en un estudio con diez parapléjicos a los que aplican la Escala D del MMPI, un cuestionario sobre datos de su historia valorados como " favorables" o "desfavorables" y la observación clínica, obtienen los siguientes resultados:

1) Existe relación significativa entre la historia del sujeto y el grado de depresión.

2) Los sujetos que presentan datos de una historia "desfavorable" puntúan alto en la escala D del MMPI y la observación psiquiátrica los evalúa como deprimidos.

3) El grupo que puntúa alto en depresión presenta una historia con inestabilidad emocional, educacional y vocacional; poca relación con los padres; relaciones

familiares con muchas prohibiciones y castigos. Estos autores concluyen que la historia del paciente va a tener una gran importancia en la posibilidad de que desarrolle una depresión en el proceso de rehabilitación.

HOWELL y otros (1981), en un estudio con 22 parapléjicos a los que se les aplica la Escala de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (SADS-L de ENDICOTT, 1978) _ y la RDC (SPITZER, 1978), llega a los siguientes resultados: el 22,7% presenta trastornos depresivos durante los primeros meses después de la lesión, lo que indica que no es una reacción universal y cuando ocurre no es tan severa ni tan prolongada como se esperaba.

Para HOWELL la razón de la discrepancia entre el juicio clínico -que habla de depresión como reacción común- y los resultados de su investigación vendrían dados porque no se da una clara distinción entre afecto y cogniciones depresivas, por una parte, y una depresión como tal, por otra. Los periodos transitorios de afecto depresivo que manifiestan algunos lesionados medulares son considerados erróneamente trastornos depresivos.

La suposición de que estos pacientes deberían estar deprimidos por la pérdida sufrida, contribuye a hacer una sobreestimación de la incidencia de la depresión.

Advierte, además, cómo los pacientes estudiados en los últimos años están menos deprimidos de lo que podrían haber estado si hubieran sufrido la lesión hace años. debido a la mayor expectativa de futuro que tienen hoy los pacientes parapléjicos.

En la misma línea se manifiesta JUDD (1986). Según este autor, hay una confusión entre "abatimiento" (despondency),

"aflicción" (grief) y "depresión"(depression).

El abatimiento es una reacción común en las enfermedades graves. Suele ser de breve duración, no es constante y no va acompañado de trastornos vegetativos, cognitivos o de conducta.

La aflicción es una respuesta emocional compleja a la pérdida, que puede incluir ansiedad, culpa, tristeza, desesperación, incredulidad, protesta y el intento de recuperar lo perdido. Si este tipo de respuesta no se diera el sujeto podría desarrollar una reacción patológica de aflicción o una depresión.

En contraste con el abatimiento o la aflicción, la depresión se caracteriza por una baja disposición de ánimo continua, cualitativamente diferente de la normal, trastornos de sueño y del apetito e inhibiciones en la función psicomotriz.

Sería, pues, necesario, cara al diagnóstico diferencial del paciente parapléjico, tener en cuenta la deprivación sensorial y la estimulación insuficiente propias de las primeras etapas de modo tal que pueda establecerse la debida diferenciación entre abatimiento, aflicción y depresión.

LAWSON (1978) estudió a 10 tetrapléjicos durante su estancia en el hospital y no encontró periodos claros de depresión.

FULLERTON y otros (1981) estudiaron 15 parapléjicos y 15 tetrapléjicos a los que aplicaron la SADS y los RDC. Sus resultados fueron los siguientes: 15 pacientes no presentaban los criterios diagnósticos de depresión, 9 sí presentaban depresión que se había manifestado después de la lesión: ocho de ellos durante el primer mes y uno al tercer mes.

RICHARDS (1986), en una investigación realizada con 21 parapléjicos, 15 tetrapléjicos y 29 sujetos normales como grupo de control. Se les administró el BDI (Beck Depression Inventory) y el HPI (Handicap Problems Inventory). Obtuvo los siguientes resultados: 1) inmediatamente después de la lesión, aparecen diferencias significativas, en cuanto a la depresión, entre los parapléjicos y los tetrapléjicos con respecto al grupo control: aquellos estaban significativamente más deprimidos ($p< 0.01$ y $p<0.05$ respectivamente) que el grupo control. 2) esta diferencia disminuye hasta niveles no significativos estadísticamente a los tres meses. 3) En el HPI no aparecen diferencias significativas entre los grupos.

TAYLOR (1967), en una muestra de jóvenes parapléjicos encontró que, a los 3 meses de la lesión, daban un perfil en el MMPI similar al de los estudiantes de universidad.

BOWRESTON y HOWARD (1965) encontraron un perfil benigno -sólo se apreció una ligera depresión- en el MMPI de un grupo de parapléjicos comparado con otro grupo de pacientes con artritis reumatoide y esclerosis múltiple.

DINARDO (1971) encontró que los pacientes parapléjicos que mostraban evidencia de depresión tenían mayor dificultad de adaptación que los que no mostraban tal evidencia.

LAWSON 11978) estudió la incidencia, severidad y patrón de depresión en 10 tetrapléjicos durante todo el periodo de hospitalización. Utilizó para ello cuatro tipos de medida: autoinforme, bioquímica, evaluación por otros y conductual. Se evaluaba cada día a cada persona desde el ingreso al alta. Había evidencia de depresión ligera a las 3 semanas del ingreso y antes

del alta. Tres de las medidas utilizadas mostraron pocas señales de depresión. La valoración del personal del hospital sobreestimó lo emocional. Estos pacientes señalaban como el factor más deprimente la expectación del personal ante la posibilidad de que ellos se deprimieran.

TRIESCHMANN (1984), a la vista de estas y otras investigaciones, niega que la depresión sea paso obligado para conseguir una adecuada adaptación. Señala, por otra parte, la conveniencia de favorecer, en los pacientes deprimidos, la expresión de sus sentimientos.

1. 3. 2. 2. 3. Reacción contra la dependencia

Cuando los pacientes han avanzado en su proceso de rehabilitación y empiezan a tener un cierto grado de independencia, tienden a rechazar la rehabilitación -dicen que ya no la necesitan- y dirigen su atención fuera del centro, hacia su hogar, su trabajo o su educación. Se sienten liberados de la desesperación e impotencia que sentían y necesitan demostrar a los demás y a sí mismos su autosuficiencia.

Según HOHMANN (1975), en este periodo se intensificarán los rasgos de personalidad previos a la lesión.

Los sujetos con una personalidad pretraumática normal podrán desarrollar mecanismos adaptativos a su nueva situación. Lo cual no significa que un parapléjico no experimente, a veces durante largos periodos, frustración, rabia o depresión por su condición.

1. 3. 2. 3. Tercer periodo: Reacciones a largo plazo

VICENT (1968) señala que prácticamente nadie es capaz de digerir psicológicamente las consecuencias de la lesión hasta después de cuatro años.

BRAY (1978) citado por GREEN (1984) describe un periodo de "asimilación" que se daría a los dos años de la lesión. Comienza con el autoanálisis y la búsqueda de un sentido a la vida. En una segunda fase, el sujeto tiende a identificar y perseguir metas concretas. Por último, en una tercera fase, consigue una visión positiva de sí mismo y la aceptación de su situación.

Para TEAL (1975) la adaptación es un largo proceso porque el autoconcepto se ve seriamente afectado por la lesión. El paciente siente su yo seriamente amenazado. esto le hace verse incapaz y llega a convencerse de que más le hubiera valido morirse.

SILLER (1969) es, en nuestra opinión, uno de los autores que mejor ha descrito este periodo. Enumera cuatro elementos: 1) pasividad, 2) dependencia, 3) agresión y 4) compensación.

1. Pasividad

Define la pasividad como un modo de "adaptación" al propio entorno: el paciente espera que las cosas sucedan, vengan a él, en lugar de actuar él sobre las cosas. Este mecanismo puede ser útil en cuanto que le protege de la angustia de determinadas situaciones difíciles. En la base de la pasividad estaría actuando un pensamiento que SILLER enuncia así: "no tomo la iniciativa porque tengo miedo al fracaso, prefiero no intentarlo".

Considera este autor que se debe respetar la pasividad siempre que no se pueda hacer otra cosa. Pero a los sujetos que

parezcan capaces de enfrentarse a su nueva situación se les debe animar a que superen la pasividad y asuman la iniciativa.

2. Dependencia

En toda persona hay siempre un cierto grado de dependencia. Es condición de la existencia. Pero también puede aparecer otra dependencia que sería más bien residuo de la situación infantil. En el caso del parapléjico este residuo tenderá a reactivarse. Y buscará vehicularse a través de la necesidad real de ayuda que caracteriza a esta enfermedad.

SILLER habla de comportamientos de sobredependencia e infradependencia (o pseudoindependencia).

La sobredependencia se caracteriza por el temor excesivo, la búsqueda de aprobación, la necesidad extrema de cercanía de los otros, la incapacidad de tomar decisiones, el cuestionamiento de todo. El paciente se siente aplastado por el trauma, sin esperanzas de poder reconducir su propia vida. Es obvio que la sobredependencia puede estar siendo fomentada por las personas que rodean al enfermo.

La pseudoindependencia, por el contrario, se caracteriza por la obstinación, la incapacidad para aceptar la ayuda y por el énfasis puesto en el éxito. Este tipo de conducta no supone, aunque pueda parecerlo, una adaptación real. Muy probablemente acabará en fracaso, porque, en el fondo, se basa en el mecanismo de negación.

El parapléjico se encuentra, pues, en la dialéctica sobredependencia-infradependencia que puede resolverse en formas de chantaje emocional con respecto a los miembros de su entorno.

3. Agresión

Suele aparecer bajo la forma de agresión verbal. Es difícil de tolerar por parte de los demás. Conviene tener en cuenta que ciertas formas de agresión expresan la lucha del enfermo por salir de la pasividad.

Hay otro tipo de conducta agresiva no constructiva, que suele denominarse "pasivo-agresiva" y que se manifiesta bajo la forma del rencor y la intriga.

4. Compensación

La conducta compensatoria puede considerarse como adaptativa. El sujeto tiende a sobrecompensar sentimientos de inferioridad con sentimientos de carácter contrario. Dice sentirse importante y eficaz. Como mecanismo psicológico es muy importante, en los comienzos, en cuanto sirve al sujeto para protegerse ante la intensidad de los sentimientos e inferioridad. Si la sobrecompensación se mantiene como constante a lo largo del tiempo llevaría al empobrecimiento psíquico.

Muchos clínicos consideran que los pacientes no consiguen la adaptación hasta pasados, al menos, uno o dos años. STEWART (1976) señala que, elaborada adecuadamente la pérdida, el parapléjico puede desarrollar una identidad nueva. Ha comparado esta situación con la que vive el adolescente que necesita tiempo para desarrollar el sentimiento de identidad. Y este proceso durará años. Según este autor, incluso pasado este tiempo, posiblemente la conducta interpersonal, sexual y vocacional del parapléjico no alcanzará su pleno potencial.

JUDD (1986) señala que no hay estudios longitudinales que nos permitan conocer bien la evolución del paciente parapléjico. Los suicidios y el autodescuido no son infrecuentes a largo plazo.

PINKERTON y otros (1983) encontraron que el 50% de pacientes lesionados medulares presentaban pensamientos suicidas.

WILCOX y STAUFFER (1972), en un seguimiento de 423 pacientes parapléjicos, encontraron que el 43% de las 50 muertes que se habían producido habían sido por suicidio o autonegligencia. La alta proporción de suicidios y de autodescuido, junto con la falta de adaptación y vuelta a un funcionamiento normal puede indicar que los sentimientos disfóricos y la falta de motivación que aparece frecuentemente, no son parte de una adaptación normal, sino síntomas de depresión no reconocida y, por tanto, no tratada.

WRIGHT (1960) habla de "signos de rendición" y "signos de adaptación".

Los "signos de rendición" serían los siguientes:

1.- Conductas "como si". El sujeto intenta ocultar su incapacidad y actuar como si no se diera.

2.- Idealización de los estándares normales. Como consecuencia de no haber conseguido adecuar las aspiraciones previas a las nuevas limitaciones. El sujeto se ve abocado al fracaso.

3.- Eclipse de las posibilidades conductuales. El sujeto no puede aprender lo que puede hacer, dentro de sus límites, y desecha las nuevas técnicas de rehabilitación.

4.- Compensación. Los incapacitados intentan subsanar sus deficiencias en un área y se esfuerzan de forma exagerada en otra.

Los "signos de adaptación" serían los siguientes:

1.- Ampliación de la gama de valores.

2.- Refrenamiento de los efectos de la incapacidad.

3.- Aceptación.

4.- Subordinación de lo físico.

5.- Neutralización de la creencia generalizada en la "inutilidad" del parapléjico. El sujeto comprende que la totalidad de su vida no está afectada ni determinada por la incapacidad.

6.- Percepción adecuada de sus propios valores. Sin compararse con los estándares externos y con una consideración realista de sus propias cualidades personales.

Como hemos ido viendo a través de este capítulo, la paraplejia conlleva un fuerte impacto físico y psicosocial. Los cambios físicos y conductuales se convierten en estímulos nuevos para sí mismo y para los otros. Además, la severa experiencia de la pérdida es sentida como abrumadora.

La incapacidad producida por la lesión medular afecta seriamente el ajuste entre la persona y su medio ambiente y está

cargada de una gran significación psicológica. En todo caso, hay que tener en cuenta que la reacción frente a ella varía mucho de una persona a otra y depende tanto del propio sujeto como de su entorno.

La dificultad que el sujeto encuentra en el ajuste depende de la significación personal que tienen para él las diferentes implicaciones sociales, sexuales, etc. Cuando una persona centra su valía en aspectos físicos se verá más afectada por la lesión que cuando su centro de interés es su vida intelectual.

C A P I T U L O I I

EL AUTOCONCEPTO

A lo largo de este capítulo vamos a recoger las principales cuestiones que giran en torno al autoconcepto: versan fundamentalmente sobre las teorías, las controversias que más discusión han generado y los problemas metodológicos de su medida. No pretendemos una relación exhaustiva de tales cuestiones, sino el presentar aquellas que nos han parecido tener más relevancia en los últimos años.

2. 1. TEORIAS SOBRE EL AUTOCONCEPTO

Tratar las diferentes teorías referentes al autoconcepto plantea dos tipos de problemas: unos relativos a la cronología de las mismas y sus postulados básicos; otros, relativos a los autores representativos.

La literatura utiliza con frecuencia las expresiones de "sí mismo fenomenológico" (phenomenal self) y de "sí mismo no fenomenológico" (nonphenomenal self). Con la expresión "sí mismo fenomenológico", se suele identificar el conjunto de percepciones conscientes que el individuo tiene acerca de sí mismo.

Con la expresión "sí mismo no fenomenológico" se tiene en cuenta aquello del sí mismo que permanece desconocido (o velado, o deformado por los mecanismos de defensa) para el sujeto pero que, permaneciendo desconocido, actúa de alguna forma sobre el psiquismo (WYLIE, 1974, nonphenomenal self).

El "sí mismo fenomenológico" hace referencia, por tanto, a los elementos conscientes del autoconcepto y el "sí mismo no fenomelógico" se identifica con los aspectos inconscientes que

subyacen y ejercen algún influjo en el sujeto.

El modelo fenomenológico parece ser el que ha explorado de un modo más amplio el autoconcepto, por ello nos centraremos básicamente en él, para estudiar posteriormente otros modelos.

2. 1. 1. EL AUTOCONCEPTO EN EL ENFOQUE FENOMENOLOGICO

Una tesis fundamental de la aproximación fenomenológica es que la conducta no está solamente influida por el pasado y las experiencias diarias vividas, sino por el significado personal que cada individuo da a sus percepciones.

El significado que se da a las percepciones del mundo externo es el aspecto básico a partir del cual se desarrolla y se mantiene el autoconcepto. Las percepciones son selectivas y, a veces, erróneas como resultado de las distorsiones generadas por motivos, actitudes, mecanismos de defensa, etc.…Las percepciones son selectivas tanto en cantidad como en calidad y el autoconcepto va a eliminar o expandir la riqueza y variedad de la percepción (ROGERS, 1951).

Para la psicología cognitiva y fenomenológica la conducta es el resultado de la percepción individual de la situación, no como es realmente, sino como se le representa al sujeto en ese momento. Lo que es percibido es "realidad" para el perceptor, la única realidad por la que puede guiarse en su conducta (BURNS, 1979).

El acercamiento fenomenológico a la conducta, en cuyos principios se ha cimentado gran parte de la teoría del autoconcepto, interpreta la conducta en términos del campo

fenomenológico del sujeto.

2. 1. 1. 1. Precursores

Consideraremos, en primer lugar, a los que podemos llamar "precursores" de lo que hoy entendemos por autoconcepto.

W. JAMES en el capítulo “The Consciousness of Self", escrito en 1890 en su libro "Principles of Psychology”, categoriza dos aspectos del "self global": el self como conocedor ("I" (en inglés), "Yo" (en español)) y el self como aspecto del conocimiento global ("Me (en inglés), “Mi" (en español)).

El "self" como aspecto de conocimiento (o "Mi") es el que JAMES llama “self empírico". Está formado por cuatro componentes que se valoran, en orden descendente, según sus implicaciones en la autoestima:

- self espiritual: incluye los sentimientos y emociones que tenemos acerca de nosotros mismos.

- self material: incluye aquellas propiedades materiales que consideramos que forman parte, de alguna manera, de nosotros mismos.

- self social: incluye las opiniones que los demás tienen de nosotros. Para JAMES no hay un solo self social, sino que tenemos tantos self sociales como grupos y personas que son importantes para nosotros.

self corporal: incluye todo lo relacionado con el cuerpo. Aunque lo coloca en el último lugar, JAMES le da mucha importancia y lo relaciona con la “conciencia de estar

vivo".

Estos cuatro componentes se combinan e interaccionan entre sí. Posteriormente (1910) argumentó que la posición que una persona mantiene en el mundo determina su éxito o fracaso y propuso la siguiente ecuación:

$$\text{autoestima} = \frac{\text{exito}}{\text{fracaso}}$$

Según esta fórmula, la autoestima está en relación directa con las vivencias de éxito y en relación inversa con las de fracaso.

ay que señalar que JAMES anticipa ya el carácter social del sí mismo y no únicamente a nivel estructural, sino esencialmente a nivel dinámico: el individuo recibe unas imágenes de sí mismo que provienen de su medio y reacciona frente a ellas según el grado de concordancia o discordancia creado. La importancia de este aspecto es tan grande para JAMES que llega a decir que "una persona posee tantas imágenes de sí mismo como individuos existen en proporcionárselas". De este modo se adelanta a la abundante literatura que trataría de realzar el carácter social del autoconcepto.

También preconiza el carácter multidimensional del autoconcepto y propone la idea de una organización jerárquica entre los diversos elementos del mismo.

Posteriormente, ALLPORT (1955) elaboró el término “proprium" como una síntesis del Ego (yo) y el Self (sí mismo). Este concepto constituye una explicación más avanzada de los elementos constituyentes de JAMES. El “proprium" está constituido por siete aspectos:

- El Yo como conocedor: se corresponde con el componente "self espiritual" de JAMES (1890. (Este aspecto ALLPORT lo excluyó posteriormente por considerarlo campo de la filosofía (1961)).

_ El Yo como objeto de conocimiento: es el self corporal corresponde con "el self corporal" de JAMES).

_ El Yo como "egoísmo primitivo" (corresponde con el self material de JAMES).

_ El Yo como "impulso dominante": se refiere a la parte de la personalidad que demanda el reconocimiento de los otros (corresponde al self social de JAMES).

_ El Yo como "organización pasiva" de los procesos mentales (correspondería, de alguna manera, al "yo freudiano" que, sumergido en el conflicto entre instancias psíquicas, trata de establecer una síntesis).

- El Yo como "luchador para conseguir fines" (se corresponde con el "self espiritual" de JAMES y el "yo" como instancia adaptativa en la perspectiva psicoanalítica de HARTMANN (1939/1958).

- El Yo como "sistema conductual" (se corresponde con el yo en cuanto organizador de una conducta global de la psicología de la Gestalt, KOFFKA, (1935) y LEWIN, (1936)).

- El Yo como "organización subjetiva de la cultura" (se refiere al yo como sistema organizador de valores sociales).

Estos siete aspectos del "proprium" de una persona le hacen diferente de los otros. ALLPORT considera que la madurez de una persona está en íntima relación con el desarrollo del autoconcepto (ALLPORT, 1961).

2. 1. 1. 2. El autoconcepto en el Interaccionismo Simbólico

Para el Interaccionismo Simbólico la idea que una persona tiene de sí misma surge de la interacción con otros y refleja la idea que los otros tienen de ella, ya sean los "otros significativos" (COOLEY, 1902), ya sea "el otro generalizado", el entorno social (MEAD, 1934).

Según BURNS (1979) el Interaccionismo Simbólico parte de tres premisas:

1. Cada individuo responde al entorno en función del significado que, según él, atribuyen los otros a su comportamiento.

2. Tal significado es producto de la interacción social.

3. Los significados sociales/culturales pueden experimentar modificaciones en el ámbito de esta interacción compartida.

COOLEY (1902) define el self como "sistema de ideas procedentes de la vida comunicativa que cada uno aprecia como suya".

Introduce la Teoría del "loocking-glass self" (yo- espejo). El modo de recibir información a través de la contemplación en el espejo sobre la propia naturaleza física, sirve como modelo sobre el modo de recibir información sobre las propias actitudes a

través de las actitudes de los demás que uno puede percibir a modo de feed-back.

El "Yo espejo" surge, por tanto, de la interacción simbólica entre un individuo y sus diversos grupos primarios en la medida en que tales grupos se caracterizan por una relativa permanencia y un alto grado de intimidad. Son, por tanto, estos grupos los que se considera como “otros significativos".

El sentimiento hacia el self se desarrolla según la interpretación que cada sujeto hace de la realidad social y física.

MEAD (1934), partiendo del "self social" de James y de la teoría de COOLEY, elabora una teoría del desarrollo del self más extensa. Al igual que COOLEY, piensa que el self se origina y se mantiene a través de la interacción social que da lugar al desarrollo del autoconcepto.

Para MEAD (1934) el self está constituido por el "Yo instintivo" (primario, inconsciente) que incluye las tendencias primarias del sujeto y en "Yo aprendido” (social, consciente) que afianza y dirige los impulsos que, según el autor, son desorganizados e indiferenciados. El "yo aprendido” dirige los impulsos del "yo instintivo" hacia una conducta aceptable socialmente. Cada acto es producto de la polaridad "yo instintivo" y "yo aprendido".

SHRANGER y SCHOERREMAN (1979) hacen una revisión de las posturas a favor y en contra del Interaccionismo Simbólico. Concluyen afirmando que existe una correspondencia entre la imagen propia y la imagen que los demás tienen de uno; pero cuestionando el conocimiento de los procesos que subyacen a esa

correspondencia.

Actualmente hay importantes teorías socio-cognitivas sobre el autoconcepto representadas básicamente por BLASI, (1983); DAMON y HART, (1982); EDELSTEIN y NOAM, (1982); KEGAN, (1982). Estos teóricos analizan el autoconcepto en términos de la diferenciación yo-otros. Sus teorías difieren en sus definiciones del mismo y en cuestiones tales como si el autoconcepto es un proceso unitario o está formado por diferentes facetas (física, social, etc.). Todos ellos parten de las teorías de MEAD (1934).

VIGOTSKY (1986), en la misma línea que los autores anteriormente citados, considera que somos conscientes de nosotros mismos en la medida en que lo somos de los otros.

Los estudios empíricos acerca de cómo la influencia del concepto de los otros determina el autoconcepto son contradictorios. Por otra parte, la escasa disponibilidad de juicios y valoraciones ajenas, -dada la inhibición generalizada de este tipo de comunicaciones-, hace muy difícil poder determinar la influencia del concepto de los otros sobre el autoconcepto (FIERRO, 1985).

FIERRO (1985) considera que el Interaccionismo Simbólico tiene dos postulados básicos:

- descriptivo: se considera la mera correspondencia entre imagen de otros e imagen personal.

- explicativo: se atribuye a la imagen de otros el poder influir sobre la imagen propia.

En un estudio realizado con un grupo de 45 chicos entre 11 y

17 años acerca de las valoraciones personales por uno mismo y por otros, somete a prueba ambos postulados. Obtiene unos resultados que apoyan la hipótesis descriptiva del Interaccionismo Simbólico, al haber hallado realmente una asociación empírica entre la imagen de uno mismo y la imagen que los otros tienen de uno. Sin embargo, no se corrobora la hipótesis explicativa.

EPSTEIN (1973) recapitula las características que, según él, serían comunes a los autores del Interaccionismo Simbólico:

1. El autoconcepto es un subsistema de conceptos organizados jerárquicamente, internamente consistentes y contenidos en un sistema conceptual más amplio.

2. Contiene diferentes self empíricos, como un self corporal, social, espiritual.

3. Es una organización dinámica que cambia con la experiencia, manteniendo un cierto grado de estabilidad.

4. Se desarrolla fundamentalmente a partir de la experiencia de interacción con los otros significativos.

5. Es fundamental en el conjunto del funcionamiento del sujeto que se mantenga la organización del autoconcepto. Cuando su organización se ve amenazada, el sujeto experimenta ansiedad y se defiende de esa amenaza. Si la defensa no es efectiva el estrés aumenta y lleva a la desorganización.

6. Hay una necesidad básica de autoestima que está relacionada con todos los aspectos del sistema del Yo y a la que están subordinadas otras necesidades.

7. Tiene dos funciones básicas: 1) organiza los datos de la experiencia, sobre todo los relacionados con la interacción social. 2) facilita los intentos de satisfacer las necesidades, así como de evitar la ansiedad.

2. 1. 1. 3. El autoconcepto en el Cognitivismo

El conocimiento de uno mismo es conocimiento que está sujeto a las leyes que siguen los procesos cognitivos; el concepto de si mismo es concepto y está sujeto a las leyes de formación de conceptos. (FIERRO,1986).

El acercamiento cognitivo al autoconcepto asume que si nosotros vamos a comprender o predecir la conducta de otros sujetos debemos comprender cómo ese sujeto representa o estructura cognitivamente el mundo.

En el trabajo de MEAD (1934) el self es a la vez "Yo" y “Mi', conocedor y conocido, alternando sus posiciones en el proceso del conocimiento. El Yo como conocedor es lo que entendemos como proceso. El conocido es la estructura.

Muchos psicólogos han tenido gran dificultad en mantener ambos aspectos del self - proceso y estructura- y sus definiciones se refieren a uno u otro aspecto. En la Psicología Cognitiva autores como ROGERS (1951), KELLEY (1955) y GORDON (1968) tienden a descubrir el self como una estructura focalizando su estudio en sus características sociales, mientras que otros como JACKSON (1972), CROOK (1980) y MCCALL (1977) lo describen como proceso. GERGEN (1971) intenta un acercamiento entre los dos enfoques. Acercamiento no fácil, pues la distinción entre "estructura" - que se refiere a la relativa estabilidad

del self - y "proceso" - que se refiere a su naturaleza cambiante - es un motivo continuo de controversia entre los investigadores.

Teóricos como KELLY (1955) han considerado el self como una estructura cognitiva. Para KELLY la conducta del sujeto y su personalidad pueden explicarse en función del complejo de constructos y cogniciones que posee. Cada sujeto, como resultado de la experiencia desarrolla un complejo de constructos y cogniciones personales por medio de los cuales toma las decisiones que considera más apropiadas para enfrentarse a las situaciones.

Cada sujeto construye sus propias hipótesis con las que intenta explicar su pasado y sus experiencias actuales, y poder así discriminar y planear sus acciones. El autoconcepto está incluido en los constructos centrales que se forman acerca del self.

SNYGG y COMBS (1949)(1959) dan una importancia fundamental a los sentimientos, cogniciones y percepciones conscientes del sujeto. El comportamiento es el resultado de cómo cada uno ve las situaciones y como se ve a sí mismo en ellas. El conjunto de percepciones que realiza el sujeto constituye el "ámbito fenomenológico". La porción más diferenciada de ese ámbito fenomenológico es aquella que se identifica con el conjunto de las percepciones que el sujeto tiene de sí mismo y que constituye el "sí mismo fenomenológico". En el seno del "sí mismo fenomenológico" hay percepciones muy importantes o centrales que son las que configuran el autoconcepto.

Para ROGERS (1951)(1963) el autoconcepto es una configuración organizada de las percepciones de sí mismo

admisibles a la conciencia. Tal configuración incluye las percepciones de las características propias, los conceptos que uno tiene de sí mismo en relación con los demás, las cualidades de valor -positivas o negativas- que se perciben asociadas a las experiencias.

En realidad, ROGERS desarrolla la, teoría previa, de SNYGG y COMBS (1949) y la de RAIMY (1948). Para estos autores el autoconcepto es un sistema perceptual aprendido y como tal debe ser estudiado según las leyes generales de la percepción. He aquí los puntos centrales de la teoría de ROGERS:

- El self forma parte de una teoría general fenomenológica de la personalidad.

- El autoconcepto es la organización de las percepciones del self admisibles a la conciencia.

- El autoconcepto es el determinante más significativo de respuesta al entorno en cuanto gobierna las significaciones atribuidas al mismo.

- El autoconcepto es aprendido a través de la internalización de la aceptación positiva de los otros.

- El intento de preservar el autoconcepto de la amenaza de experiencias negativas puede derivar en percepciones selectivas y distorsionadas.

- El organismo es un todo integrado con una tendencia básica a la autorrealización.

- El autoconcepto parte de esta tendencia básica. La

alteración del mismo conlleva la alteración del conjunto. La conducta es un intento dirigido de satisfacer las necesidades del organismo tal como éstas se perciben.

- La alteración de la personalidad se caracteriza por un yo ideal poco realista y/o incongruente con el autoconcepto. La terapia intenta corregir la congruencia del yo ideal con el autoconcepto.

- La noción de "self" (más amplia que la de autoconcepto), es sinónimo de persona; e incluye aspectos no conscientes del individuo.

Las premisas básicas de la teoría fenomenológica desarrollada por ROGERS son:

a) La conducta es producto de las percepciones propias.

b) Las percepciones organizan el campo (ó ámbito) fenomenológico. El autoconcepto cumple una función central en tal organización.

c) El autoconcepto es tanto un percepto como un concepto alrededor del cual se reúnen los valores del patrón cultural.

d) La conducta está regulada por el autoconcepto.

e) El autoconcepto es relativamente consistente a través del tiempo y las situaciones.

f) Las estrategias de defensa son utilizadas para prevenir las incongruencias entre la experiencia y el autoconcepto

g) Hay sólo un impulso básico, el de autorrealización.

Para EPSTEIN (1973, 1980) el autoconcepto es considerado como una teoría individual acerca de uno mismo, que consta de una serie de postulados jerarquizados con los que la persona afronta la experiencia de la realidad. Su función básica es mantener la autoestima y organizar los datos de la experiencia de modo que puedan ser utilizados de forma efectiva. El propósito básico de este instrumento conceptual es organizar el balance placer/dolor del sujeto a lo largo de su vida.

Actualmente, los teóricos que mantienen los postulados cognitivos el autoconcepto tratan de integrar el conceptualizarlo como estructura y como proceso. Se considera que es el modelo para la acción (proceso) y el modelo de acción (estructura). Aunque los investigadores esperan comprender el proceso o parte del self conocedor, focalizan en primer lugar su atención sobre lo conocido. (MUSITU y ROMAN, 1982). La Psicología Cognitiva permite ver el autoconcepto como un esquema cognitivo. Por "esquema" se entiende una unidad de procesamiento cognitivo: estructura cognitiva organizadora de la información y la experiencia que reúne unidades menores de información (percepción, memoria, conceptos) en una red más amplia, significativa y coherente; esta red permite, a su vez, el procesamiento de nueva información (FIERRO, 1986).

En esta línea se desarrollan los trabajos de MARKUS (1977), MARKUS y SMITH (1981), MARKUS y SENTIS (1982) . Para ellos el self es una estructura de memoria que consta de un grupo de esquemas.

MARKUS y SENTIS (1988) conceptualizan el self como un

sistema de esquemas del self: estructura de conocimiento desarrollada por el sujeto para comprender y expresar su propia experiencia social. El self es una estructura de memoria que consta de un grupo de esquemas que se pueden reestructurar y ser activadas por los estímulos adecuados. Para estos autores, un esquema es a la vez estructura y proceso.

Estos esquemas incluyen representaciones cognitivas derivadas de eventos específicos y también representaciones más generales derivadas de la categorización repetida y evaluación de nuestra conducta realizada por nosotros mismos y por los que nos rodean. Pero solamente disponemos de aquellos esquemas de nuestra conducta que son importantes para nosotros.

En las revisiones de estudios empíricos (WYLIE 1979; DAMON y HART, 1982) se puede comprobar que la mayoría de ellos se centran en el self como estructura, aunque hay muchos estudios teóricos que incluyen también el proceso. WYLIE (1979) señala que la mayoría de los estudios han explorado la autoevaluación, es decir, las opiniones y los sentimientos, positivos y negativos hacia sí mismo, la consideración que los demás tienen de uno.

MARKOVA (1978), considera importante conceptualizar el self como proceso, pero teniendo presente que un proceso sólo puede ser comprendido en relación con la estructura.

ROGERS (1981) y KUIPER (1981) propusieron también que el self puede ser visto como un esquema cognitivo. Consideran el self como una estructura de memoria que está involucrada en la interpretación, transformación, organización y memoria de la información personal. Es una estructura jerárquica en la que los elementos son cada vez más concretos, distintivos y determinados.

GREENWALD y PRATKANIS (1984), después de hacer una revisión de la literatura sobre el autoconcepto, concluyen que el autoconcepto del adulto es un "esquema complejo, específico de la persona, central y actitudinal". En esta descripción el autoconcepto es caracterizado como: a) complejo porque incorpora gran variedad de conocimientos (está compuesto por el self difuso, público, privado y colectivo, cada uno de ellos implicados en la autoevaluación); b) específico de la persona porque es una estructura de conocimiento idiosincrática; c) central, porque es una de las principales (quizás la principal) estructuras de la personalidad; d) actitudinal, porque está investido del afecto asociado a la auto valía; y finalmente e) esquema, porque es una estructura de conocimiento organizada.

Según GREENWALD (1988) el autoconcepto como una estructura de conocimiento emerge en el curso del desarrollo humano. 1988). Las representaciones mentales del sí mismo están organizadas en cinco niveles, en orden de complejidad creciente: objetos, categorías, proposiciones y esquemas. Estos niveles de representación (LOR) están interrelacionados en una estructura jerárquica, en la que, en cada nivel, desde el superior al inferior, hay unidades del nivel inmediatamente anterior. El nivel más alto de elaboración cognitiva corresponde a los esquemas donde se sitúa el autoconcepto que, a su vez, está compuesto de diferentes subesquemas.

Entre los autores que se han incluido clásicamente en el enfoque cognitivo del autoconcepto cabe destacar a EPSTEIN (1973, 1976, 1979b, 1980a, 1981a, 1981b, 1983). Su Teoría de la Personalidad tiene puntos en común con el enfoque fenomenológico, cognitivo y psicoanalítico.

Está próximo a las teorías del self fenomenológico de

LECKY (1945), SNYGG y COMBS (1949), ROGERS (1957) y KELLY (1955). Sin embargo, incluye una teoría de la realidad a un nivel de funcionamiento preconsciente que no es accesible directamente a través de los autoinformes, mientras que las teorías del self fenomenológico asumen que el autoconcepto puede ser directamente informado por el sujeto. Introduce tres sistemas conceptuales que corresponden al consciente, preconsciente e inconsciente.

La principal diferencia con ROGERS (1951) y SNYGG y COMBS (1949) es que ellos enfatizan el proceso consciente y postulan que hay una necesidad básica únicamente: la de mantener la integridad del sistema conceptual. Sin embargo, EPSTEIN (1983) enfatiza el sistema preconsciente y la necesidad de mantener la integridad del sistema conceptual como una de las tres necesidades básicas que incluyen la necesidad de mantener un balance favorable placer/displacer y un nivel favorable de autoestima.

La mayor diferencia con KELLY (1945) estriba en que EPSTEIN enfatiza más que KELLY el papel de las emociones y la motivación en la conducta, los niveles del funcionamiento mental preconscientes e inconscientes, los mecanismos de defensa y la importancia de la experiencia temprana.

Su teoría incluye principios de psicoanálisis y de la teoría del aprendizaje. Intenta ser compatible con ellos y con las teorías fenomenológicas, lo que no ocurre con otras teorías fenomenológicas.

EPSTEIN (1983) habla de nivel consciente para referirse al material que se conoce; de nivel preconsciente para referirse al pensamiento y las imágenes que no son accesibles a la conciencia

de inmediato, pero sí con un pequeño esfuerzo y de nivel inconsciente para referirse al material no disponible a la conciencia en condiciones normales. No hay una línea divisoria clara, los tres niveles implican un único proceso mental.

Se puede hablar de tres sistemas conceptuales asociados a cada uno de los niveles : el sistema conceptual racional se asocia al nivel consciente, el experiencial al preconsciente y la asociación con el inconsciente. Los tres sistemas son complementarios: el sistema conceptual más racional usa símbolos convencionales y su lógica corresponde con el pensamiento lógico. El experiencial está estrechamente relacionado con la experiencia emocional, usa un lenguaje privado, utiliza la imaginería y significados equivalentes a las manifestaciones verbales ahí donde las manifestaciones verbales se han desvanecido, pero permanece el significado y la conducta afectiva. El sistema de asociación corresponde a un estado de conciencia alterado en el que los conceptos se relacionan por asociación y con frecuencia son representados por metáforas generalmente en forma de imágenes visuales. Su lógica es la atribuida por Freud al proceso de pensamiento primario, caracterizado por la condensación, desplazamiento, falta de consideración del tiempo y el espacio.

2. 1. 2. EL AUTOCONCEPTO EN LA TEORIA PSICOANALITICA

La organización de la Teoría Psicoanalítica descansa sobre tres instancias psíquicas que constituyen la base de la organización del psiquismo: yo, ello y superyo. FREUD desarrolló dos teorías del aparato psíquico. La primera hace intervenir los sistemas inconsciente, preconsciente, consciente. La segunda considera instancias psíquicas: yo, ello y superyo.

El concepto de "yo" aparece, desde los primeros escritos, como "efecto" de una situación conflictiva, e incapaz de dominarla.

A partir de 1920 FREUD desarrolla la segunda teoría tópica en la que el yo es presentado como una instancia psíquica a la que se atribuyen las más diversas funciones: control de la motilidad y de la percepción, prueba de la realidad, anticipación, ordenación temporal de los procesos mentales, pensamiento racional; pero también, desconocimiento, racionalización, defensa compulsiva frente a las exigencias pulsionales (LAPLANCHE y PONTALIS, 1968). El yo actúa de intermediario entre las exigencias del mundo exterior y las pulsiones provenientes del ello.

La extensión adquirida por el yo en la teoría psicoanalítica demuestra la atención que le han prestado muchos autores y la diversidad de modos de abordaje.

Ha sido, sobre todo en Estados Unidos, donde se ha desarrollado una escuela de la "Psicología del Yo" que ha intentado relacionar la teoría psicoanalítica con otras disciplinas: Psicofisiología, Psicología del Aprendizaje, Psicología Social, con vistas a constituir una Psicología General del Yo. El Yo se concibe como una instancia de apelación y de adaptación a la realidad y su génesis se intenta explicar por medio de procesos de maduración y de aprendizaje.

En el ámbito de la Escuela de la "Psicología del Yo" y en el de la Escuela Inglesa de las Relaciones Objetales es donde más se ha desarrollado el concepto de self.

La Psicología del Yo se enriqueció con los trabajos de SULLIVAN, HORNEY, FROMM y THOMPSON, cuyas obras prepararon el camino para los estudios de ERIKSON sobre la identidad del Yo.

SULLIVAN (1953) formuló su Teoría de la Personalidad en la que habla de un sustrato biológico -que comprendería las necesidades orgánicas, el cerebro y el sistema nervioso como aparato de percepción, pensamiento, control y emotividad- y de un "self" que asume y dirige ese sustrato El " sistema del self" (o el "dinamismo del self") sería un sistema de defensa y negación de la ansiedad: surge como resultado de las experiencias de aprobación y reproche, de recompensa y castigo. Las relaciones tempranas con la madre en términos de recompensa-castigo hacen que el niño internalice valores, prohibiciones , etc. El "sistema del self" es el resultado de la experiencia de relación interpersonal en un intento de enfrentar la ansiedad.

ERIKSON (1965) acepta el concepto de "sustrato biológico" de SULLIVAN y considera que la vida humana constituye un proceso total de relaciones interpersonales. La influencia social del medio va a tener una gran importancia en la formación de la "identidad del yo".

El proceso de formación de la "identidad del yo" de ERIKSON (1965) es en gran parte inconsciente. En esto se diferencia de COOLEY (1902) y MEAD (1934). La formación de la "identidad del yo" es un proceso continuado de diferenciaciones progresivas del self.

HARTMANN (1958) desarrolló la teoría del "Yo-sistema". El Yo para HARTMANN es un "órgano" o conjunto de automatismos al servicio del control interno y de la adaptación externa al mundo circundante. Distingue dos tipos de adaptación: "autoplástica",

por la que el individuo se modifica a sí mismo -para adaptarse al medio- y la "aloplástica", por la que modifica al medio para adecuarlo a sus necesidades.

FAIRBAIRN (1952) y la Escuela Inglesa de Psicoanálisis de las Relaciones Objetales revisaron la idea de Freud de que los objetos son necesarios para gratificar las pulsiones . FAIRBAIRN considera que la necesidad humana de relación objetal, es decir de relación con los otros, es innata, gratificante en sí misma e independiente de las pulsiones. Para él la experiencia de la relación objetal es el factor determinante en el desarrollo del Yo.

Lo primordial, según FAINBAIRN es reconocer la integridad dinámica del ser humano como persona. El problema básico desde el nacimiento no es la gratificación de las pulsiones, sino la perseveración de la integridad psíquica o, en el caso de que se haya perdido, su recuperación.

Para WINNICOT (1967) los procesos de maduración "actualizan", hacen realidad, la potencialidad innata del individuo. Tal potencialidad no llega a actualizarse si no dispone de un medio apto para el desarrollo. El desarrollo se interrumpe y el "self verdadero" no se "realiza", emerge entonces un "falso self" que suscitará reacciones de conformismo o adaptación.

El niño sólo puede llegar a desarrollar el "verdadero self" si durante el período de separación de la madre, ésta le brinda el apoyo necesario. En estas circunstancias, con un self personal consolidado gracias a una adecuada experiencia de relación, el yo socializado del adulto puede desarrollar a su capacidad de entrega sin perder la integridad.

GUNTRIP (1961) considera que el ser humano es una totalidad psicosomática en la que el "soma" proporciona la base de la existencia material y los mecanismos para la realización de los objetivos del "self psíquico". Tiene, desde el nacimiento apetitos y funciones corporales destinados a asegurar su supervivencia, posee los suficientes recursos mentales y está dotado de un self en latencia. Su verdadera razón de ser, en el proceso de establecer relaciones con el medio material y humano, consiste en descubrir y asumir ese self. El self se convierte en el centro de su teoría, al considerar que lo más importante para el ser humano es llegar a poseer una experiencia estable de sí mismo como persona en su totalidad.

JACOBSON (1964) considera que la reformulación del concepto de "sí mismo" ha conducido a pensar el "ego" como una estructura más global, un "sistema mental estructural" que comprende grandes estructuras básicas de la personalidad, además de conservar su papel de mediador entre el ello y el superyo. El "sí mismo" (concepto de sí mismo) abarca la "persona entera en tanto que individuo (...) incluyendo su cuerpo (...), así como su organización psíquica, (...) en tanto que ente distinto de los objetos del mundo circundante" (JACOBSON, 1964, 6). Las representaciones del "sí mismo" incluyen a las representaciones endopsíquicas inconscientes, preconscientes y conscientes.

Las contribuciones de la Escuela Inglesa de las Relaciones Objetales prepararon el camino para la conceptualización sistemática acerca del self llevada a cabo por KOHUT (1966). Reformuló el concepto psicoanalítico del narcisismo a partir del estudio de los trastornos narcisistas y su tratamiento (KOHUT, 1971, 1977, 1978, KOHUT y WOLF, 1978).

Introdujo y elaboró el nuevo concepto de "self-objet" que permitió la formulación de una psicopatología psicoanalítica del self. El "selfobjet" es un aspecto de la otra persona que sirve para mantener nuestro propio sentido. El self no sólo se enriquece, sino que se estabiliza su existencia por la existencia de los otros que confirman la experiencia de si mismo. Necesitamos de los otros para ser nosotros mismos.

El self surge como resultado de la interacción entre el equipamiento innato del recién nacido y las respuestas selectivas del "self-objet". De este juego surgirá el "self nuclear".

El "selfobjet" no se identifica pues, ni con el self ni con el objeto, es la función de relación entre self y objeto, el proceso de interacción entre ambos. El contexto intersubjetivo en el que el "sí mismo" emerge como una organización psicológica.

Como vemos, un gran número de autores han enfatizado la importancia de las relaciones objetales en el desarrollo, afianzamiento y mantenimiento del sí mismo. Otros han enfatizado la importancia del yo.

En todo caso, para todos ellos el self es considerado un representante de toda la personalidad del sujeto. El autoconcepto representaría un aspecto del self: el conjunto de las percepciones que el sujeto tiene acerca de sí mismo.

No es fácil estimar la importancia del concepto de self en el conjunto de la Teoría Psicoanalítica, como tampoco aparece con suficiente claridad la relación del self con el yo, convertido por ciertas escuelas en una especie de sistema mental

global de difícil definición.

2. 2. CUESTIONES PLANTEADAS EN TORNO AL AUTOCONCEPTO

2. 2. 1. ESTABILIDAD-INESTABILIDAD DEL AUTOCONCEPTO

El problema de la estabilidad-inestabilidad del autoconcepto ha sido ampliamente debatido en la literatura. GARCIA TORRES (1982) señala como razones básicas de esta polémica las siguientes:

a) La consideración de que las características de la personalidad son algo permanente, aunque con eventuales modificaciones, frente a una concepción situacionista que hace depender el comportamiento del contexto en que se produce.

b) La consideración de las variables de la personalidad como estructuras o como procesos.

c) Los estudios de las diferencias individuales frente a los realizados por la Psicología Social y la Psicología Experimental.

d) La diferencia tan fácilmente expresada en castellano entre "ser" y "estar".

Desde un punto de vista histórico es tradicional la perspectiva de la estabilidad de la estructura y de las diferencias individuales. En este enfoque se tiende a pensar que el autoconcepto influye más en la conducta que a la inversa.

BACHMAN y O'MALLEY (1977) defienden el autoconcepto como un rasgo estable de la personalidad y como una dimensión global. Llegan a esta conclusión a partir de un experimento llevado a cabo durante un periodo de 8 años con adolescentes de 15 años a los que se estudia hasta que cumplen los 23. Los resultados fueron los siguientes:

* Hasta los 15 años se produce un aumento gradual en la autoevaluación, durante los 8 años analizados.

* Se detecta un cambio sustancial relacionado con l autopercepción.

* Posteriormente, autoevaluación y autopercepción se estabilizan y como consecuencia de ello, el autoconcepto se presenta como una característica estable de la personalidad.

ENGEL (1959) y CARLSON (1965) obtienen resultados muy similares.

Otros estudios (GREENWALD, 1980; GREENWALD y PRATKANIS, 1984; ROSENBERG, 1989) revelan que los sujetos parecen ignorar los aspectos de su conducta que pueden llevarlos a cambiar su autoconcepto. Aluden a un sentido de estabilidad del self que no se ve afectado por las variaciones de la situación social.

El enfoque de la inestabilidad del autoconcepto se deriva fundamentalmente de su naturaleza social.

ARGYLE y LITTLE (1972), GECAS (1972), GOFFMAN (1959), STONE(1962), BLUMER (1969), afirman que el autoconcepto está determinado socialmente y por tanto cambia cuando cambia el

contexto social.

MARKUS y ZUNDA (1986) sugieren que el autoconcepto es estable y maleable al mismo tiempo. Sus investigaciones confirman que el autoconcepto no es una entidad monolítica, sino que es bastante sensible al entorno social.

JACKSON y PAUNOMEN (1980) tras una amplia revisión del tema llegaron a las conclusiones siguientes:

- Hay una disposición en el sujeto que se caracteriza por su consistencia, así que en este caso el autoconcepto es concebido como un rasgo.

- El autoconcepto es una característica que está referida a variables contextuales y como tal puede ser concebido como inestable.

Nosotros, en base a los estudios y supuestos teóricos revisados, consideramos que el autoconcepto es fundamentalmente estable. Va estructurándose a medida que el individuo crece y al llegar a la madurez mantendrá una cierta continuidad y estabilidad, aunque pueda variar temporalmente en determinadas situaciones. Como SHAVELSON y otros (1976) opinan, el autoconcepto está formado por facetas que podrán tener diferente primacía en unos momentos u otros de la vida, pero hay una cierta continuidad del mismo.

2. 2. 2. DIMENSIONALIDAD DEL AUTOCONCEPTO.

Una de las cuestiones más importantes planteadas en el estudio del autoconcepto es la referente a su conceptualización como dimensión única o múltiple. Esta dualidad la encontramos en la base de la mayor parte de los instrumentos de medida, entre

los que podemos diferenciar fundamentalmente tres tipos:

- aquellos que están construidos por diferentes subescalas correspondientes a las diferentes dimensiones del autoconcepto.

- aquellos que arrojan una única puntuación del autoconcepto. Ejemplo: Rosenberg (Self Esteem Scale), cuyo test consiste en 10 ítems con afirmaciones muy generales acerca de uno mismo. En este sentido, ROSENBERG (1973) considera el autoconcepto como unidimensional.

- aquellos que arrojan una única puntuación pero que están construidos por ítems que representan distintas esferas de actuación y de relación de los sujetos. Los instrumentos construidos según esta concepción son multidimensionales.

En torno a la hipótesis de un autoconcepto unidimensional ROSENBERG (1979) dice:

"el autoconcepto no es una 'colección' sino una 'organización' de partes, piezas y componentes que están jerárquicamente organizados e interrelacionados de un modo complejo" (p. 73).

Para ROSENBERG dicha jerarquización no es incompatible con la unidimensionalidad del autoconcepto. El considera que tan legítimo e importante es el estudio del autoconcepto global como de las partes del mismo, pero que no son intercambiables, son entidades diferentes y ambas coexisten en los individuos.

En cuanto a la predicción de la conducta dice "parece que el autoconcepto referido a los componentes es más efectivo que

el autoconcepto global."

WYLIE (1974) revisando los estudios realizados mediante análisis factorial, comenta que no se puede sostener la unidimensionalidad de ROSENBERG puesto que los análisis que él ha realizado arrojan más de un factor.

Una postura más radical sostiene que las dimensiones separadas del autoconcepto no son importantes y sólo es importante el autoconcepto global. MARX y WINNE (1978, 1980), WINNE, MARX y TAYLOR (1977) han sido muy críticos con el modelo multidimensional, fundamentalmente con el que presta especial atención a la dimensión académica. Señalan que hay una falta de validez discriminante en este constructo cuando se le compara con el autoconcepto global.

SHAVELSON y BOLUS (1982) han demostrado la validez de constructo del autoconcepto global frente al autoconcepto académico como elementos separados. El autoconcepto académico sólo es relevante cuando se refiere a situaciones escolares, mientras que los otros componentes -social, emocional y físico- son de primer orden.

Investigaciones teóricas y empíricas recientes han enfatizado la multidimensionalidad del autoconcepto. (BYRNE, 1984; DUSEK y FLABERTYy, 1881; FLEMING y COURTNEY, 1984; MARSH y otros, 1985; MARSH y SHAVELSON, 1985; SHAVELSON y otros, 1976; SHAVELSON y BOLUS, 1982)

BYRNE (1984) en una amplia investigación sobre la validez de constructo concluye que

> "el autoconcepto es un constructo multidimensional, que tiene un constructo general y muchas facetas específicas"

(pág. 427).

SHAVELSON y cols. (1976) llegaron a conclusiones semejantes. Señalan que el autoconcepto no se puede entender adecuadamente si se ignora su multidimensionalidad. Formularon un modelo multidimensional jerárquico.

En un primer nivel se halla el autoconcepto académico y el no-académico.

En un segundo nivel el componente no-académico está formado por 3 subcomponentes:

- social: su contenido está relacionado con la significación que la conducta del sujeto tiene para los demás.

- emocional: posee un carácter más subjetivo e interno. Es el menos generalizable.

- físico: está influenciado por las aptitudes y la apariencia general.

En la figura 2, se presenta el modelo de SHAVELSON, HUBNER y STANTON (1976).

ROGERS (1981) considera el autoconcepto como una categoría cognitiva con una organización jerárquica interna. Para él los elementos son términos autodescriptivos tales como rasgos, valores y recuerdos de conductas y acontecimientos. Estos términos están ordenados jerárquicamente siendo cada vez más distintivos y específicos.

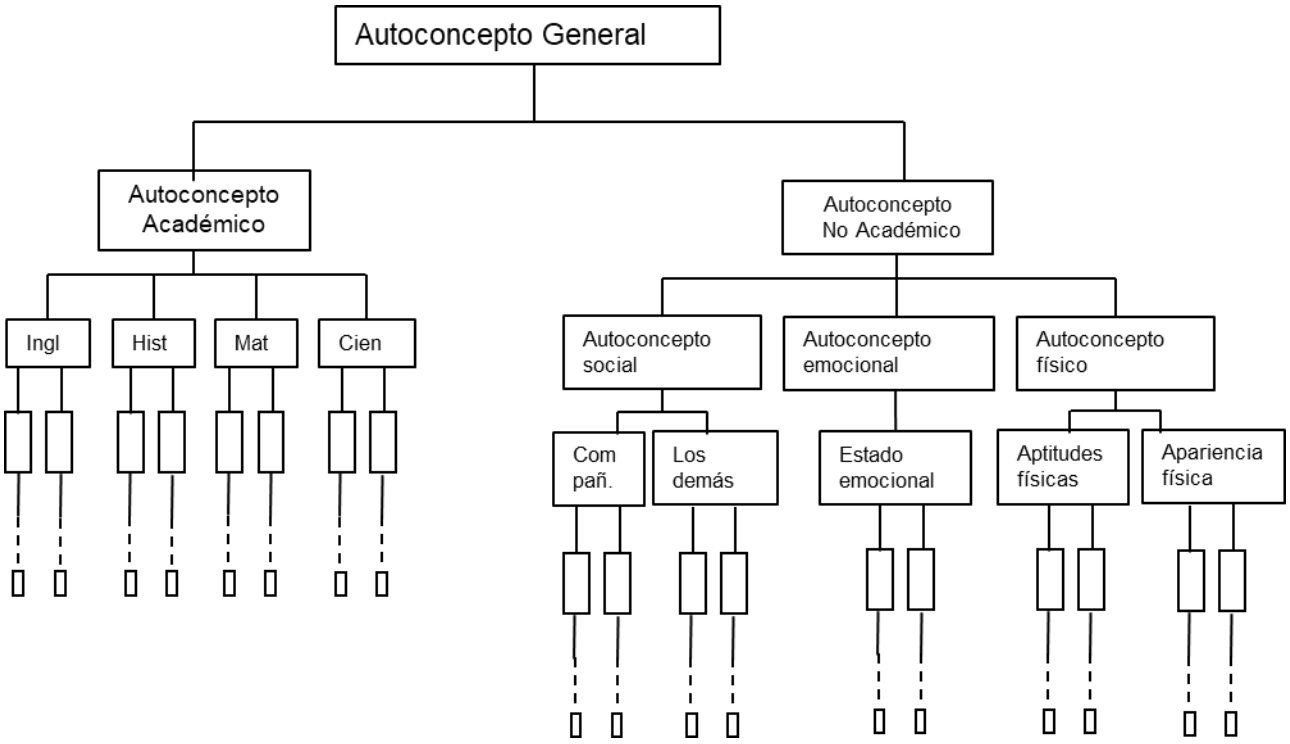

Figura 2 Modelo Jerárquico de Shavelson, Hubner y Stanton

Con el incremento del énfasis en la multidimensionalidad del autoconcepto parece que los componentes específicos son cada vez más importantes y queda menos claro el papel del autoconcepto global. No hay una clara formulación acerca de cómo se debe definir el constructo global. MARSH (1986) señala al menos 5 definiciones operativas:

1) un autoconcepto global que aparece en la cumbre de modelos jerárquicos como el modelo de SHAVELSON.

2) un autoconcepto global que es la suma total de una mezcla de ítems autorreferentes.

3) una escala de autoconcepto global que es relativamente unidimensional, compuesta por ítems que se refieren a un sentido general de la autoestima (ROSENBERG, 1965, HARTER, 1982).

4) escalas que tratan de medir la discrepancia yo real-yo ideal. (HIGGINS y otros, 1985).

5) un autoconcepto general donde las dimensiones específicas son ponderadas de acuerdo a su valor e importancia. (HOGE y MCCARTHY, 1984; WATKINS, 1978).

GARCIA TORRES (1982) señala como problemas más importantes en la interpretación de los resultados de instrumentos de medida de autoconcepto como constructo multidimensional los siguientes:

1) confusión autoestima-autoconcepto: cuando los sujetos contestan a un cuestionario sobre sus aptitudes, roles y aspectos de la personalidad, y el examinador obtiene una puntuación global, ésta suele interpretarse como índice de mayor o menor autoestima. sin embargo, sería más correcto hablar de autoconcepto.

2) representación inadecuada de los distintos aspectos. Siguiendo a WELLS y MAXWELL (1976) señala que los diferentes instrumentos de medida no cubren el universo posible del constructo, lo que impide realizar el análisis estructural para validación de la medida. Además, no existe correspondencia entre los instrumentos, cada constructo empírico definido es prácticamente único y específico de un test concreto, lo que dificulta la

acumulación coherente de conocimientos.

3) Falta de diferenciación entre aspectos. WELLS yMARWELL (1976) también señalan que hay varios factores de autoestima. Al hallar una única puntuación se llega a un resultado incorrecto puesto que las puntuaciones no son comparables para los distintos sujetos.

La jerarquía de valores para los distintos sujetos es algo subrayado por muchos autores (FRENCH y KAHM, 1962; SIMPSON y BOYLE, 1975; WILSON y WILSON, 1976; ROSENBERG, 1979; HINES y BERG-CROSS, 1981).

Además, también se ha comprobado que la jerarquía de valores varía en función de la edad, sexo, etc.

4) Confusión de los determinantes con el propio constructo.

Los instrumentos de medida de la autoestima desde lo multidimensional están construidos en su mayor parte por ítems referentes a relaciones familiares, sociales, trabajo, etc., por lo tanto, la definición operativa de autoconcepto a través de ellos no es correcta, ya que las relaciones pueden deberse no tanto a una mayor o menor autoestima cuanto a la influencia directa o indirecta de alguna de las dimensiones incluida.

2. 2. 3. DELIMITACION DEL CONSTRUCTO "AUTOCONCEPTO"

Las definiciones del autoconcepto son imprecisas y varían de unos estudios a otros, porque la palabra self se ha utilizado de formas muy diversas.

El estudio del self en psicología va adquiriendo cada vez

más importancia, fundamentalmente porque muchos psicólogos asignan al autoconcepto una función primordial en la integración de la personalidad.

Se ha dicho que está dicotomizado su uso en lo que se refiere al self como proceso o agente y lo que se refiere al self como objeto de conocimiento y evaluación. La conciencia de ser único y de conocerse es lo que se ha venido entendiendo como "sí mismo" (self). Dentro del sí mismo habría dos funciones principales: el sí mismo como agente (al que JAMES (1890) llamó "Yo") y la autopercepción que daría lugar a la consideración del sí mismo como objeto (el "Mí" de JAMES) o autoconcepto.

El Self como conocedor es un concepto nomotético, de aplicación universal, puesto que cada persona tiene capacidad de tener experiencias. El contenido de la experiencia, o self como conocido es un concepto idiográfico.

El autoconcepto es el individuo como conocido del individuo, una configuración única. Este aspecto del self global, el autoconcepto o "Mi", abarca los perceptos del individuo, sus conceptos y evaluaciones sobre sí mismo, incluyendo las imágenes y creencias que los demás tienen de él y la persona que le gustaría ser.

Por otra parte, mientras algunos psicólogos han postulado que el conocimiento y evaluación de nuestras propias características es asequible al conocimiento consciente, otros afirman que sólo es parcialmente asequible a la conciencia.

Self y autoconcepto se utilizan de forma indistinta en la literatura para referirse al conjunto del autoconocimiento del sujeto.

Un tipo particular de ambigüedad en las teorías del autoconcepto es la dimensión conceptual que se le asigna.

SHAVELSON y otros (1976) tras realizar una amplia revisión acerca de las diferentes definiciones de autoconcepto en la literatura encontró 17 dimensiones conceptuales diferentes. Algunas de ellas son las siguientes:

a) énfasis en un autoconcepto estable o inestable.

b) métodos para cambiar el autoconcepto: refuerzos en el aprendizaje, noción de disonancia, estimulación de necesidades y defensas.

c) determinantes del autoconcepto: situacional, fenomenológico o interno.

d) tipos de evaluación.

e) dimensionalidad de la estructura del self: unidimensionalidad o multidimensionalidad.

Otro problema conceptual es la no diferenciación entre autoconcepto y autoestima. En la revisión de la literatura no encontramos, en gran número de casos, una clara diferenciación entre ambos, lo que plantea serias dificultades a la hora de delimitar el concepto. Utilizan los dos términos de forma indistinta autores como TAYLOR (1955), FITTS (1965), GIMENO y SACRISTAN (1976), MARTORELL (1978), SHAVELSON y cols. (1976), SHAVELSON y BOLUS (1982), etc.

El autoconcepto es un concepto más general que incluye el

conjunto de opiniones, cogniciones, afectos y valoraciones de nosotros mismos. El aspecto afectivo- evaluativo es lo que entendemos por autoestima (GARCIA TORRES, 1982).

En el mismo sentido están, entre otros, WELLS y MARWELL (1976), ROSENBERG (1973), COOPERSMITH (1967), LERNER y cols. (1980), FLEMING y COURTNEY (1984).

Para BURNS (1979) las creencias, conocimientos o componentes de una actividad representan una proposición o una descripción de un objeto con independencia de si el conocimiento es verdadero o falso, basado en experiencias objetivas o bien en experiencias subjetivas. Así mismo las descripciones del self están investidas de tonos emotivos y evaluativos. Aunque hay fuertes componentes actitudinales en el autoconcepto, no todas las creencias que una persona tiene hacia sí misma son evaluadas. Creencias acerca de sí mismo que parecen neutrales llevan implícitos matices evaluativos.

El conocimiento evaluado acerca de la persona, el hecho de que sea inferido subjetivamente o basado en hechos objetivos, predispone al individuo a responder o comportarse de un modo u otro.

La carga emotiva del autoconcepto es aprendida y puesto que es aprendida se puede alterar en posición y peso con otras experiencias de aprendizaje.

Los términos "autoimagen" (self-image) y "autorretrato" (self-picture) se han utilizado en la literatura como sinónimos de autoconcepto. Sin embargo, son sólo dos elementos del autoconcepto, otro elemento es el valor que el individuo atribuye a las descripciones particulares. La mayor parte de los

autores emplean "autoestima" para referirse a este componente de la autoevaluación.

Por autoestima COOPERSMITH (1967) entiende la evaluación que el individuo hace y mantiene habitualmente cuando se mira a sí mismo. Expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en que el individuo se siente a sí mismo capaz, significativo, exitoso y valioso (pág. 4). En resumen, la autoestima es un juicio personal de valía que es expresado en las actitudes que el individuo manifiesta.

Para WYLIE (1979) el autoconcepto está compuesto por las evaluaciones y cogniciones sobre aspectos restringidos del yo, el yo ideal y el concepto general de sí mismo:

> "mi término genérico de autoconcepto cubre constructos globales como autoestima, auto- aceptación, y discrepancia yo/yo ideal, que están supuestamente determinadas por alguna combinación de cogniciones y evaluaciones de muchos atributos del yo" (pág. 4).

ROSENBERG (1979) propone un modelo en el que el autoconcepto estaría compuesto por 4 áreas:

1.- Contenido (partes)

2.- Estructura (relación entre las partes)

3.- Dimensiones (forma de describir las partes y el todo)

4.- Extensiones del yo (fronteras del objeto)

Dentro de las dimensiones y considerando el autoconcepto

como una actitud, concibe la autoestima como "la actitud positiva o negativa hacia un objeto particular, el autoconcepto". (pág. 30).

Para él hay 3 puntos de referencia importantes acerca de la autoevaluación:

1.- La comparación de la autoimagen como conocida con la autoimagen ideal: la persona que uno desearía ser.

2.- Internalización del juicio social, es decir, la autoevaluación está determinada por las creencias del individuo acerca de cómo le evalúan los demás. Es la conceptualización del Interaccionismo Simbólico.

3.- El individuo se evalúa a sí mismo en relación al éxito o fracaso al hacer lo que su identidad le impone. Se refiere no al juicio sobre si lo que uno hace es bueno en sí mismo, sino si uno es bueno en lo que hace.

Un autoconcepto positivo puede ser equiparado a una autoevaluación positiva, autorrespeto, autoestima, autoaceptación; un autoconcepto negativo es sinónimo de falta de sentimiento de valoración personal. Cada uno de estos términos tiene connotaciones de los otros que se han utilizado de forma intercambiable por varios autores.

ROSENBERG (1965) considera que no hay diferencia cualitativa entre las actitudes hacia el self y hacia otro objeto. Los componentes básicos hacia una actitud se revelan similarmente en las actitudes hacia el self, por lo que el autoconcepto combina:

a: la autoimagen: lo que una persona ve cuando se mira a sí misma.

b: intensidad afectiva: lo que una persona siente hacia esas facetas de sí misma.

c: auto evaluación: si la persona tiene una opinión favorable o desfavorable acerca de su imagen.

d: predisposición conductual: lo que la persona probablemente hará en respuesta a su autoevaluación.

Sin embargo, hay aspectos en las actitudes hacia el self que difieren de las actitudes hacia otros objetos. Estas cualidades distintivas son:

1) Falta de objeto común de referencia. Es decir, en las actitudes hacia el self los sujetos se están percibiendo a ellos mismos.

2) Todas las personas están motivadas para sostener las mismas actitudes hacia el self, esencialmente hacia el polo positivo o favorable.

3) El objeto es importante para todo el mundo, ya que el autoconcepto es central en la existencia psicológica de toda persona.

4) El self es reflexivo: la persona que sostiene la actitud y el objeto hacia el que se dirige la actitud es idéntico. La persona es objeto y sujeto. Esto proporciona una única perspectiva: nadie, excepto nosotros mismos, puede decir cómo nos percibimos.

5) Compromiso emocional: algunas emociones como orgullo, presunción, vergüenza, desesperación o mortificación sólo surgen en relación al self o a los objetos relacionados con él. Estas emociones explican por qué las auto actitudes son de gran importancia para la salud mental.

6) Fuentes de influencia: hay diferencia entre la clase de influencias que afectan a las actitudes hacia el self y aquellas que afectan a las actitudes hacia otros objetos.

Para SHAVELSON y cols. (1976) el autoconcepto es la percepción que el sujeto tiene de sí mismo. Se forma a través de sus experiencias, sus interacciones con otros significativos, sus atribuciones y su conducta. Lo considera evaluativo, descriptivo, multidimensional y organizado jerárquicamente.

MARTORELL (1986) considera el autoconcepto como el proceso mediante el cual la persona percibe sus propias características, así como sus reacciones, bien sean éstas de carácter emocional bien sean de tipo conductual. Concebido así el autoconcepto encierra aspectos cognitivos relacionados con la valoración que el individuo realiza y mantiene sobre sí mismo y que manifiesta mediante la aprobación o rechazo.

En la revisión de la literatura que hemos realizado vemos que no hay una diferenciación clara, ni teórica ni empírica, respecto al constructo autoconcepto, lo que dificulta sin duda el avance en su estudio.

Nosotros consideramos el autoconcepto como el conjunto de percepciones que el sujeto tiene acerca de sí mismo. Es una estructura compleja, que reúne algunas características generales

y otras más específicas. Es estable básicamente, aunque se va desarrollando a lo largo de la vida y puede sufrir alteraciones en situaciones que el sujeto vive como amenazantes para el yo.

2. 3. PROBLEMAS METODOLOGICOS EN LA MEDIDA DEL AUTOCONCEPTO

2. 3. 1. SITUACION GENERAL DE LA MEDIDA

Revisando la literatura de investigación sobre el autoconcepto encontramos una considerable variación en los procedimientos de medida utilizados que difieren ampliamente en la orientación teórica y en el significado particular que aplican al término autoconcepto. BROOKOVER y otros (1967) puntualizan que a veces la única semejanza encontrada entre un estudio y otro es el uso del término autoconcepto. El análisis de WYLIE (1974, 1979) acerca de 463 trabajos reveló una sorprendente colección de instrumentos de medida.

SHAVELSON y cols. (1976) señalan que los estudios actuales acerca del autoconcepto pueden criticarse, igual que lo fueron hace años por WYLIE (1974) y CROWNE y STEPHENS (1961), en el sentido de que sus interpretaciones y medidas pueden no ser válidas por las razones siguientes:

1) Las definiciones de autoconcepto son imprecisas y varían de un estudio a otro, lo cual hace muy difícil especificar para qué tipos de sujetos son apropiadas las técnicas y las interpretaciones.

2) Los datos no son fácilmente aprovechables con los diferentes instrumentos de medida. En muchos casos los investigadores crean sus propios instrumentos para sus

problemas específicos con lo que aumentan las técnicas tanto como los estudios. Pero dada la variabilidad e imprecisión de las definiciones, no podemos ver como equivalentes las diversas técnicas. La falta de equivalencia, demostrada empíricamente entre las medidas de autoconcepto, imposibilita hacer generalizaciones a partir del uso de técnicas diferentes.

Por su parte, WYLIE (1974) señala como deficiencias metodológicas más comunes las siguientes:

1) El método utilizado es indicado de forma tan vaga que hace difícil la interpretación, e imposible la réplica.

2) Es bastante frecuente el uso de medidas con validez de constructo no demostrada o inadecuada.

3) En la práctica ha habido una fuerte dependencia de los diseños R-R para cuestionar la hipótesis antecedente-consecuente.

4) En algunos estudios se carece de suficientes grupos de control diferentes y con frecuencia sus características son inadecuadas, así como su método de selección y/o su tratamiento.

5) En muchas investigaciones hay un gran sesgo de contaminación artificial entre variable dependiente e independiente debido al solapamiento de instrumentos, al fracaso de la interpretación a ciegas y al uso de informes verbales que no sólo son índice de dimensiones del autoconcepto sino también de las conductas supuestamente relacionadas con él.

6) Se producen sobregeneralizaciones de diversos tipos. El experimentador, a veces, no respeta en sus conclusiones las limitaciones impuestas por sus hipótesis, instrumentos de medida, grupos y procedimientos.

7) En algunos estudios las generalizaciones se realizan a partir de resultados con una significación estadística poco clara.

8) Muchos estudios son puntuales, sin réplica y sin validación cruzada.

9) El uso de variables independientes demográficas y sociográficas sin relevancia para las variables psicológicas estudiadas impide una clara interpretación de los resultados.

Los ítems específicos incluidos en una técnica de evaluación del autoconcepto afectan a la puntuación obtenida. Si se concentran en un área de la vida en la que el sujeto desarrolla poca competencia, su autoconcepto puede aparecer como negativo, y a la inversa. Es por ello por lo que es necesario un amplio rango de ítems para la evaluación del autoconcepto global. El uso de cuestionarios puede proporcionar una impresión inexacta que puede contemplarse como fija y global. Esa concepción global es errónea, el individuo posee muchas autoconcepciones: académica, física, social, etc. (BROOKOVER, THOMAS y PATTERSON, 1964; SHAVELSON y cols., 1976).

WYLIE (1974) considera que, a pesar de todo, se han llegado a elaborar teorías acerca del autoconcepto suficientemente aceptables, pero sin llegar a definir seriamente los términos y

se han atribuido al autoconcepto muchas propiedades que influyen en la conducta.

Se pueden mejorar los constructos y las hipótesis. Quizá se han formulado constructos excesivamente amplios para poder ser manejados empíricamente. Posiblemente aspectos autoevaluativos más delimitados pueden ser teóricamente más apropiados para operativizar con ellos. Los constructos globales generan problemas para establecer la validez de constructo de los instrumentos utilizados y para demostrar la relación que puedan tener sus puntuaciones con otras variables teóricamente asociadas.

Las teorías tal y como se presentan no implican hipótesis precisas respecto a la relación funcional de variables importantes.

Parece, pues, que se ha producido una notable mejoría en la situación actual. Se tiende a utilizar instrumentos con niveles aceptables de fiabilidad y validez de constructo y también a restringir las conclusiones propias a la luz de los instrumentos de medida utilizados.

Aunque algunos instrumentos se han utilizado muy pocas veces, se han realizado esfuerzos metodológicos importantes: se han aplicado análisis de ítems, análisis factorial y sesgo de respuesta. Pero en muchos casos falta claridad en el establecimiento de definiciones de constructos básicos.

2. 3. 2. PROBLEMAS METODOLOGICOS EN LOS DIFERENTES TIPOS DE MEDIDA

2. 3. 2. 1. Técnicas de autoinforme. Ventajas y objeciones

Las técnicas de autoinforme consisten en un informe verbal o escrito que la persona interesada realiza a propuesta del experimentador. Puede tratarse de una autodescripción totalmente libre partiendo de un cuestionario general que desarrolla el propio sujeto; en otras ocasiones la persona sometida a análisis proporciona una apreciación sobre sí misma a partir de una lista de adjetivos, frases, etc.

Cualquiera que sea el método utilizado, la hipótesis es la misma: si el autoconcepto corresponde a la manera como el individuo se percibe, el único medio para conocerle consiste en preguntarle directamente.

Este tipo de técnica es la que se utiliza para medir el autoconcepto fenomenológico, es decir, aquel del que el sujeto tiene conciencia. (WYLIE, 1974).

La idea de los fenomenólogos es que el estímulo objetivo es interpretado de forma diferente por los diferentes sujetos y adquiere propiedades y significados específicos según cada caso (GARCIA TORRES, 1982). Así MISCHEL (1973) señaló "los significados adquiridos por el estímulo sólo se pueden conocer determinando lo que la persona hace verbalmente y comportamentalmente con él... Hay bastante evidencia para sugerir que esta tarea evoluadora de información directa de la persona es la mejor fuente de datos". (citado en GARCIA TORRES, 1982).

BURNS (1979) considera que el autoconcepto se puede inferir a través de técnicas de autoinforme o por observación de la conducta del sujeto, "nos enfrentamos a la necesidad inherente

de basar el conocimiento sobre el autoconcepto del individuo en los caprichos de la introspección y/o en el sesgo desconocido de la observación y la interpretación de la conducta externa".

COMBS, SOPE y COURSON (1963) distinguen entre medida a través de autoconcepto o de autoinforme. El autoconcepto es la forma en que el individuo se ve a sí mismo, mientras que el autoinforme es lo que el individuo quiere decir sobre sí mismo. Para estos autores los autoinformes están condicionados a la claridad de conciencia del individuo. Su deseo de cooperar, su expectativa social, su capacidad de expresión verbal y su sentimiento de adecuación personal.

La deseabilidad social puede dificultar que el sujeto responda acerca de su verdadero autoconcepto. Esta tendencia de respuesta es particularmente activa como fuente de error en los autoinformes. Es fácil falsificar respuestas para dar una imagen positiva o negativa de sí mismo. VERNON (1963) indica que se admiten muchos más síntomas desagradables cuando se contestan los tests anónimamente y que las personas de educación superior pueden ser más conscientes de sí mismas.

CROWNE, STEPHENS y KELLY (1961) llegan a la siguiente conclusión:

> "Mientras que no se hagan estudios sobre el efecto de la variable de deseabilidad social utilizada en muchos tests de autoaceptación, los resultados de algunas investigaciones podrían sugerir que los tests autoevaluativos son particularmente susceptibles a la crítica desde el terreno de la deseabilidad social. Un denominador común en los hallazgos en investigación sobe autoaceptación podría ser la variable deseabilidad social".(pág. 117, citado en SHAVELSON y otros 1970).

WYLIE (1974) señala que en los autoinformes el sujeto revela lo que quiere que conozca el experimentador y puede mostrar actitudes que no tiene realmente. En esta misma línea se manifiesta PURKEY (1970) aunque dice que los autoinformes son fuentes válidas de información.

También EPSTEIN (1983) considera que los autoinformes tienen sus limitaciones. Considera que una de las razones por las que los psicólogos fracasan en la predicción de la conducta es que sólo examinan actitudes concretas a través de los autoinformes, cuando nuestra conducta está determinada por las actitudes preconscientes a las que no podemos acceder mediante autoinformes.

> "Una teoría personal de la realidad es una teoría implícita que se desarrolla inconscientemente a lo largo de la vida y no se puede esperar que las personas descubran su teoría de la realidad si se les pregunta. Sin embargo, las teorías personales de la realidad se pueden inferir de patrones de conducta repetitivos, de las disposiciones de ánimo y las emociones y posiblemente de forma indirecta (por ejemplo, test proyectivos") (EPSTEIN, 1983 pag.220).

Se han hecho intentos para salvar la dificultad que ofrece el autoinforme por métodos de elección forzada o haciendo a los sujetos categorizar afirmaciones sobre sí mismos (Técnica Q de STEVENSON, 1953).

FREEMAN (1950) defiende los autoinformes señalando que son, literalmente, el único método disponible para medir el autoconcepto.

Creemos que, a pesar de todo, la técnica del autoinforme nos permite tener acceso a las vivencias del individuo y a sus percepciones tal y como son experimentadas por él. Nos aportan

su propio punto de vista . Excepto en los casos en que el sujeto quiere engañar conscientemente, no deja de informarnos acerca de cómo se ve a sí mismo, ya que el sujeto cree verdaderamente ser así (WYLIE, 1974 pág. 57- 59).

2. 3. 2. 2. Técnicas de Inferencia, Ventajas y Objeciones

Las técnicas de inferencia consisten en construir lo que puede ser el autoconcepto de una persona a través de observaciones de secuencias de comportamiento, de material de entrevistas o de interpretaciones de tests proyectivos.

La hipótesis específica de base es que el individuo es incapaz de dar una descripción adecuada y objetiva de sí mismo ya que está influido por sus propios mecanismos de defensa (COMBS y SNYGG,1959; COMBS, SOPER y COURSON, 1963; CROWNEY, STEPHENS, 1961; HILGARD, 1949; ZILLER,1973).

Los autores que proponen inferir el autoconcepto a través de la conducta suponen que la información directa de los sujetos está viciada voluntaria o involuntariamente. Pretenden subsanar la subjetividad con la que el individuo se percibe mediante la objetividad del examinador. Este último intenta definir unos criterios y unas estructuras de situaciones que le permitan conocer el autoconcepto del individuo.

El problema más serio que surge con estas técnicas según GARCIA TORRES (1982) es que si se consideran un sustituto adecuado de la información del propio sujeto y se rechaza ésta por la posibilidad de que el sujeto falsee la información sobre sí mismo, no se tiene en cuenta que las personas también pueden "falsear" su conducta y, por tanto, no es éste el mejor reflejo de su autoestima.

Nosotros pensamos que surge además otro problema: la observación implica el riesgo de interpretaciones incorrectas influidas por la propia personalidad del examinador, de manera que, como dice WYLIE, (1974) las inferencias a partir de la conducta pueden quedar sometidas a problemas similares a los señalados a propósito de las autodescripciones del sujeto.

Las otras técnicas de inferencia son las que se basan en el estudio del autoconcepto a través de las técnicas proyectivas, que nos darían acceso al autoconcepto no fenomenológico (WYLIE,1974).

En las técnicas proyectivas el sujeto no percibe con suficiente claridad el sentido de sus respuestas, por lo que se disminuye el papel de los mecanismos de defensa.

WYLIE (1974), PURKEY y CAGE (1973) consideran que este tipo de instrumentos pueden ser muy valiosos ya que permiten detectar aspectos de uno mismo que con las pruebas de autoinforme no se lograría. También se puede evitar la influencia de la deseabilidad social, que es uno de los aspectos más criticados en las pruebas de autoinforme. Al ser el estímulo ambiguo, es decir que su significado y relevancia no son obvios, es extremadamente difícil para el sujeto presentar deliberadamente una imagen particular de sí mismo.

Sin embargo, también tienen importantes objeciones.

GARCIA TORRES (1982) señala como fallos más evidentes los relacionados con problemas de mediación empírica: ser técnicas poco objetivas, no estar concebidas para evaluar la autoestima, y no existir evidencia de su validez de constructo.

WYLIE (1974) señala como problemas más importantes los derivados de la escasa atención que se ha prestado al tema de la validez discriminante y de constructo por parte de los investigadores.

Pensamos que las técnicas proyectivas, a pesar de sus limitaciones, pueden ser un buen modo de acercamiento al conocimiento del autoconcepto no fenomenológico y son complementarias con las técnicas de medida del autoconcepto fenomenológico. Hemos podido encontrar muy pocos estudios en los que se haya trabajado con ambos tipos de técnicas que nos permitan comparar, por tanto, si las actitudes conscientes y expresadas directamente por el sujeto hacia sí mismo son similares a las que se pueden inferir de sus respuestas a las técnicas proyectivas. Este es uno de nuestros propósitos en esta investigación.

2. 3. 3. FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LAS MEDIDAS DE AUTOCONCEPTO

A pesar de los numerosos estudios realizados sobre el autoconcepto, son escasos los relativos a la fiabilidad y la validez.

Respecto a la fiabilidad, WYLIE (1974) señala que en la mayoría de los casos se ha utilizado el método de coeficientes de consistencia interna. La fiabilidad test-retest, con la misma forma o una forma paralela, apenas aparece en la literatura.

BURNS (1979) en su revisión sobre este tema solamente ha encontrado dos estudios longitudinales: ENGEL (1959) que realizó un retest a un grupo de adolescentes después de dos años, encontrando una correlación de .78, CONSTANTINOPLE (1969) que,

en un intento de medir el cambio y/o la estabilidad del autoconcepto, categorizó afirmaciones psicosociales características del adolescente, encontrando en un retest, trás seis semanas, una correlación de .70 con los resultados previos.

El procedimiento clásico para el estudio de la validez de constructo es el propuesto por CAMPBELL y FISKE (1959), consistente en un análisis multirrasgo-multimétodo que permite establecer conjuntamente la validez discriminante y la convergente.

Metodológicamente intachable este procedimiento, sin embargo, por el contenido mismo de las dimensiones que se pretende validar y discriminar, puede llegar a mostrarse prácticamente irrealizable, como sucede justamente en el caso de la autoestima (FIERRO, 1986),

Aunque abstractamente recomendable e indicada, la validación convergente y discriminante mediante matrices multirrasgo-multimétodo, puede resultar irrealizable en la práctica por la inexistencia de métodos suficientemente diferentes para asegurar el carácter multimétodo y que sean a la vez comunes a varias dimensiones, de manera que se salve el carácter multirasgo.

A través de esta metodología se pone de manifiesto que, en el estudio del autoconcepto, tanto los índices que se refieren a la validez convergente como a la discriminante son bajos. MARTORELL (1986,1988) señala que los índices de validez convergente están comprendidos entre .15 y .90 siendo la correlación media de .52. WYLIE (1974) informa que de 93 correlaciones interinstrumento que examinó, sólo 7 alcanzaban una correlación de .80. Ello pone de manifiesto una vez más que

la validez de constructo sólo existe en algunos de los instrumentos destinados al estudio del autoconcepto.

BURNS (1979) considera que esta evidencia no es inesperada en tests que tratan de medir el autoconcepto global o que parten de formulaciones teóricas diferentes. Pero ocurre lo mismo cuando se trata de aspectos más particulares, lo que sugiere que no son escalas equivalentes.

Posiblemente en la base de estas deficiencias está el que se utilizan como sinónimos términos que no lo son, como hemos señalado anteriormente y que WYLIE (1974), resume así:

> "El tipo de aspectos del self fenomenológico más estudiados incluye actitudes como autosatisfacción, autoaceptación, autoestima, autoaprobación, confluencia entre el yo y el yo ideal, y discrepancia entre yo y yo ideal. Estos términos no son sinónimos, sin embargo, se entrelazan y se solapan en la literatura de manera que los constructos han de discutirse como grupo". (pág. 127).

En este apartado sobre problemas metodológicos hemos tratado de expresar las dificultades que surgen en el estudio del autoconcepto a través de las diferentes técnicas de medida. Hemos visto las limitaciones inherentes
así como las ventajas de cada una de ellas.

Debido a las diferentes posiciones y definiciones teóricas, las investigaciones llevadas a cabo con los diferentes instrumentos, pueden estar aludiendo a diferentes aspectos del autoconcepto, por lo que hay que ser muy cauteloso con la interpretación de los resultados. El grado de confianza que se le puede dar a gran parte de tales estudios es cuestionable, dado que carecen de índices aceptables de fiabilidad y validez.

A través de esta revisión hemos podido ver que se da una

gran variedad de puntos de vista. Hemos desarrollado las principales líneas teóricas de investigación del autoconcepto, los problemas metodológicos que plantea su medida y la controversia metodológica entre las diferentes técnicas evaluación.

Posiblemente queda mucho por decir sobre el autoconcepto. Parece evidente que es un tema que sigue interesando a los investigadores y las limitaciones que ofrece su estudio, tanto a nivel conceptual como de medida, son un estímulo para seguir profundizando en su desarrollo.

C A P I T U L O I I I

EL AUTOCONCEPTO Y LA MINUSVALÍA FÍSICA

3. 1. REPERCUSIONES DE LA MINUSVALIA FISICA EN EL AUTOCONCEPTO

La presencia de la incapacidad puede ocasionar cambios físicos en la persona, en sus aptitudes y destreza funcional. Resulta lógico pensar que la imagen de sí misma
que tiene la persona con minusvalía física se alterará para acomodarse a los cambios físicos o mentales producidos.

Si el nuevo autoconcepto consiste en evaluaciones negativas se convertirá en un grave impedimento para la rehabilitación completa. Esto no se debe simplemente a que la persona incapacitada tenga una autopercepción deteriorada, sino a que el propio autoconcepto -como hemos visto en el cap. II- está influenciado por la visión que los otros tengan de ella.

Hay evidencia acumulada de que muchos grupos sociales se hallan estigmatizados en nuestra sociedad y, entre ellos, los minusválidos físicos. Son grupos que tienen mayores dificultades económicas, profesionales y también interpersonales. Sufren las consecuencias negativas de ser "diferentes". Sin duda, esta discriminación social, económica y profesional tiene importantes consecuencias psicológicas, entre ellas su repercusión en el autoconcepto. Los efectos de la discriminación sobre el autoconcepto ha sido el foco de interés de muchos estudios tanto teóricos como empíricos.

El interaccionismo simbólico -ya mencionado en el capítulo II- ha considerado que la idea que una persona tiene de sí misma surge de la interacción con otros y refleja la idea que los otros tienen de ella. Desde esta perspectiva los minusválidos físicos son conscientes de que son vistos negativamente por los demás y esto puede producir un descenso de su autoconcepto.

Los demás pueden ser el "otro significativo" que interactúa con el minusválido, o el "otro generalizado" (MEAD, 1934), es decir el entorno socio-cultural. Entonces, los minusválidos pueden desarrollar autoconceptos negativos porque los otros significativos (familia, amigos, etc.) tienen actitudes negativas hacia ellos o porque los miembros de este grupo están generalmente devaluados, como se puede expresar en la calle, medios de comunicación, etc...

Aunque no se ha investigado en exceso, los minusválidos parecen tener conciencia de los estereotipos negativos que los otros tienen de ellos (AVILLION, 1986; SCOTT, 1969).

Sin embargo, también encontramos en la literatura datos de signo contrario: BURDEN y PARISH (1983); CLIFFORD y CLIFFORD (1986) en sendos estudios con disminuidos físicos encuentran que estos tienen un autoconcepto más alto que los grupos de control.

CROCKER y MAJOR (1989) a la vista de los resultados que muestran que no se producen una disminución del autoconcepto en los sujetos con minusvalías físicas u otro tipo de deficiencias, consideran que la autoimagen queda protegida por varias razones:

1) Una razón que se aduce a menudo, es que la autoestima se establece en etapas muy tempranas de la vida y una vez establecida no cambia en respuesta a situaciones interpersonales. Consideran que esta razón no es válida porque, a la luz de la evidencia empírica, el autoconcepto puede y, a menudo, cambia en respuesta al entorno social. Muchos estudios, utilizando técnicas metodológicas diferentes, han demostrado que el autoconcepto varía en razón de la edad, evolución del sujeto, contexto social, etc.…(GERGEN, 1971; ROSENBERG, 1969, 1986)

2) Una segunda explicación es el argumento de que las personas que discriminan a estos sujetos no constituyen sus "otros significativos". Sin embargo, aunque los "otros significativos" como pueden ser los más allegados, no tengan actitudes discriminativas hacia ellos, hay otras figuras que tienen importancia en su vida que sí pueden comunicarles actitudes negativas. Desde la posición del interaccionismo simbólico se expresa la importancia del otro generalizado en el autoconcepto.

3) Una tercera explicación es que las reacciones afectivas que mucha gente tiene hacia los disminuidos son ambivalentes, no únicamente negativas (GERGEN y JONES, 1963; JONES y otros, 1984; KATZ, 1981). Sentimientos de hostilidad y rechazo pueden coexistir con sentimientos de simpatía, educación y tolerancia. En consecuencia, los sentimientos negativos pueden no ser expresados verbalmente o en su modo de actuar con las personas estigmatizadas. Sin embargo, cuando existen los sentimientos de rechazo, aunque intenten reprimirse, es fácil que se transmitan en muchas ocasiones, puesto que no siempre controlamos conscientemente nuestra conducta.

El propio sujeto puede establecer sus mecanismos de autoprotección:

* Atribuir un feed-back negativo a las actitudes de prejuicio de los otros hacia su grupo. Si el sujeto atribuye sus resultados negativos a causas internas, podría reducir su autoconcepto, pero si lo atribuye a causas externas lo protege.

* Un segundo mecanismo de protección del autoconcepto es la tendencia a hacer comparaciones dentro de su propio grupo. Si esta persona se compara con los grupos no estigmatizados. se podrían sentir inferiores, pero si se comparan con su propio grupo pueden sentirse bien, negando así la amenaza que supone para el autoconcepto la comparación con los otros no disminuidos.

* Un tercer mecanismo de protección del autoconcepto es la selectividad de valores. Los miembros de los grupos estigmatizados tenderán a mirar los atributos o dimensiones en los que ellos son más débiles como menos importantes personalmente y aquellos en los que sobresalen como más importantes. Por ejemplo, los minusválidos físicos, para poder adaptarse a su situación, enfatizan la poca importancia de tal atractivo físico. La investigación acerca de la adaptación a la disminución física ha comprobado la tendencia de estos sujetos a cambiar su estructura de valores (LICHTMAN, 1982; TAYLOR, 1983).

Además, hay otros factores que pueden influir en la repercusión de la minusvalía física sobre el autoconcepto, como el tiempo transcurrido desde que se produjo la minusvalía, su visibilidad y el lugar que ocupa en el autoconcepto.

* CROCKER y MAJOR (1989) consideran que los sujetos que han adquirido su deficiencia recientemente no tienen estrategias de autoprotección. Es necesario un tiempo de adaptación que permita desarrollar las estrategias hemos anteriormente señaladas. Posiblemente es más importante el tiempo transcurrido desde que se produjo la minusvalía que la edad en la que se produjo.

* La visibilidad de la deficiencia juega un papel importante en las reacciones que se pueden producir en los demás.

Diversos estudios han comprobado que cuando la minusvalía no es perceptible por los demás, es más fácil el ajuste psicológico, (JONES y otros, 1984).

Sin embargo, estas personas también tienen más dificultad para poder establecer los mecanismos de defensa ya referidos.

* El uso de estos mecanismos puede variar según la importancia que tenga la minusvalía en el autoconcepto. Para algunos sujetos su condición de minusválidos puede ser un aspecto central del autoconcepto, mientras que para otros la misma condición puede ser algo periférico en su identidad (JONES, 1984). Si la organización del autoconcepto gira en torno a la minusvalía, el autoconcepto disminuirá, mientras que, si está centrada, por ejemplo, en aspectos más intelectuales, su autoconcepto no aparecerá alterado.

Por ello, el estudio de la relación entre autoconcepto e incapacidad es de primordial importancia para comprender la dinámica, personal e interpersonal, del proceso de rehabilitación y ajuste psicológico de la persona minusválida física.

Es normal que el sentimiento de inferioridad y de bajo autoconcepto se de en las personas disminuidas, sobre todo mientras dura el periodo de ajuste. El esfuerzo para alcanzar un autoconcepto adecuado, puede estar dirigido hacia la autoaceptación, hacia esconder o disminuir la identificación con el grupo lisiado.

En el estadío inicial del ajuste la persona suele tender a negar su incapacidad puesto que la siente como negativa para la imagen de sí mismo. El modo de eliminar las consecuencias negativas es eliminar el hecho de la incapacidad.

Esta negación puede llevar a una idealización de la normalidad; la persona disminuida se adhiere a los patrones de normalidad e intenta actuar "como sí" la incapacidad no existiera, lo cual le lleva a situaciones de fracaso, inferioridad y sentimientos de insatisfacción. Muchas personas acaban emocionalmente perturbadas porque son incapaces de aceptar su verdadera naturaleza y modelar sus metas de acuerdo con sus aptitudes. (WRIGHT, 1983).

Aunque se ha estudiado el impacto de la incapacidad sobre el autoconcepto desde un punto de vista teórico, se citan pocas investigaciones empíricas que apoyen las conclusiones inferidas.

FISHMAN (1945) llegó a la conclusión de que el ajuste de una persona que ha sufrido una amputación a una prótesis de pierna, depende en grado considerable del autoconcepto, aunque no sea el único factor determinante.

SHELSKY (1957) comparó las percepciones de sí mismo retrospectivas, presentes e ideales de varias muestras de amputados, tuberculosos y pacientes con enfermedades agudas. Los resultados indicaron que el tipo de incapacidad afecta de modo diferente al autoconcepto, y que la tuberculosis tenía el mayor impacto negativo.

SMITS (1964) evaluó el autoconcepto en estudiantes incapacitados de segunda enseñanza y llegó a la conclusión de que los adolescentes con incapacidades más severas tenían puntuaciones significativamente más bajas. MEISSNER (1966) obtiene resultados similares.

HONG y KIM (1981) en un estudio con niños hospitalizados

entre 10 y 12 años, encontraron que la enfermedad física aguda producía un impacto negativo en el autoconcepto.

MEIGHAN (1970) administró la Tennessee Self Concept Scale (TSCS) a una muestra de adolescentes ciegos totales, o con vista defectuosa, y comprobó que sus autoconceptos eran extremadamente bajos en relación al grupo control. Sin embargo, en algunos estudios los resultados son de signo contrario. SEIDENFELD (1948) encontró que los sujetos con poliomielitis mostraban un mayor sentido de la valía personal que el grupo control. COLEMAN (1973) en un estudio que comparaba niños con minusvalías físicas y niños normales, los primeros puntuaban significativamente más alto en autoconcepto y valía personal. WILLIANS (1972) obtiene resultados similares con adolescentes ciegos.

WRIGHT (1973), a partir de su revisión de estudios sobre minusvalías físicas y autoconcepto, llega a la conclusión de que no se puede afirmar que los sentimientos de inferioridad se relacionen de modo sistemático con el tipo de disminución, su grado o duración.

La investigación no ha mostrado una correlación consistente entre ajuste y disminución.

3. 2. AUTOCONCEPTO Y PARAPLEJIA

La adaptación a la lesión medular es un proceso a largo plazo como hemos visto en el cap. I. Entre los factores que parecen seriamente afectados está el autoconcepto (TEAL, 1975). La amenaza al self es tan grande que su reconstrucción necesita tiempo.

SILLER (1969) considera que el foco principal de la

rehabilitación es ayudar a la persona a reformular un autoconcepto que apruebe su ser actual, a pesar de la diferencia y discontinuidad con la identidad pasada. Esto significa, fundamentalmente, que es necesaria la promoción de una nueva autoimagen estructurada a partir de la valoración de sí mismo y no de la deficiencia y el autodesprecio.

La meta de la rehabilitación está dirigida a promover la integridad del yo y los sentimientos de autovalía. El sujeto recientemente incapacitado es normal que tenga gran ansiedad acerca de lo que será capaz de lograr, y que ello provoque una disminución de la autoestima a causa de la herida narcisista generada por la incapacidad. Es necesario facilitar la orientación restitutiva que cristalice el autoconcepto en términos de la aceptación, ya que ello permitirá una mejor respuesta a los procedimientos de rehabilitación específicos que habrá que llevar a cabo.

La aceptación de la pérdida lleva consigo la reconstrucción del autoconcepto, recuperándose de la herida narcisista y recobrando el interés por la realidad, utilizando mecanismos de defensa que no sean patológicos.

Algunas personas se orientan hacia su propia reconstrucción intentando compensar su condición de parapléjico. Otros intentan evitar las implicaciones de su condición y su primera motivación es la evitación de la ansiedad y otros afectos negativos. Esta resolución estaría basada fundamentalmente en la no aceptación. Hay que ayudar al paciente a que recupere su autoimagen positiva, a aumentar su respeto hacia sí mismo. Sólo así podría superar las fases, a veces muy duras, de la rehabilitación.

El autoconcepto en la paraplejia tiene una gran importancia

ya que va a influir en cómo el sujeto va a participar, cooperar o utilizar adecuadamente los servicios de rehabilitación. Después del trauma el paciente sufre una serie de cambios: cambia de una situación de independencia a una de dependencia, es dependiente de los otros para el movimiento y el cuidado corporal. Físicamente ha regresado a una etapa infantil. Sin embargo, su capacidad mental no queda afectada por la lesión, por lo que es plenamente consciente de su incapacidad.

CARLSON (1979) y KEMP (1971) han estudiado el autoconcepto en parapléjicos y han comprobado que, tras un largo periodo se puede recuperar una alta autoestima y confianza en sí mismo.

GREEN y otros (1984) en un estudio con 71 lesionados medulares - parapléjicos y tetrapléjicos - lesionados al menos 4 años antes, a los que se administra la TSCS, concluyó que tienen un autoconcepto positivo, habiendo alcanzado el estadio de BRAY de aceptación de la lesión. Aparece una correlación negativa entre autoconcepto físico y edad, lo que puede indicar que las personas de más edad son más vulnerables a las consecuencias negativas de la lesión, particularmente en lo referente a habilidades físicas, estado general de salud y sexualidad. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por KEMP y VASH (1971), KERR y THOMSON (1972), WILCOX y STAUFFER (1972).

También halló una correlación positiva entre nivel educativo y alto autoconcepto, así como historia satisfactoria antes de la lesión y relaciones interpersonales positivas y alto autoconcepto, al igual que encontraron NICKERSON (1974), KERR y THOMSON (1972), KEMP y VASH (1971).

Sin embargo, RAY y WEST (1984) en su estudio con 22 parapléjicos a largo plazo (media de tiempo transcurrido desde la

lesión: 10.5 años) llegan a la conclusión de que el autoconcepto sí se ve afectado por la paraplejia: la persona parapléjica se siente a sí misma diferente a los demás, aunque algunos de los sujetos consideraban que los sentimientos hacia sí mismo habían mejorado después de la lesión. La paraplejia es una amenaza para la autoimagen que sólo se puede resolver si no se intenta conservar la que se tenía antes, sino acomodándose a la nueva situación, explorando nuevos intereses para compensar positivamente lo que se ha perdido y lograr una nueva maduración.

RICHARDS (1986) en un trabajo con parapléjicos y tetrapléjicos, a los que se les administró el Handicap Problems Inventory (HPI) y el Beck Depression Inventory (BDI) a las tres semanas del alta, a los tres meses y al año encontraron los siguientes resultados:

- Los parapléjicos y tetrapléjicos están más deprimidos que el grupo control después del alta, pero esta diferenciación se hace insignificante al cabo de un año.

- Del mismo modo, aparece mayor hostilidad en los lesionados, pero al cabo de un año no hay diferencias estadísticamente significativas.

- En el mismo periodo de tiempo, un año, también desaparecen las diferencias en cuanto al autoconcepto. Inicialmente sí hay una disminución del mismo, pero posteriormente se igualan al grupo control.

SCHULZ y otros (1985) en un trabajo con una muestra muy amplia de parapléjicos -100 sujetos-, examinaron el ajuste psicológico a largo plazo (20 años después de la lesión). Encontraron que no había apenas diferencias con el grupo control.

Señalan que tienen un mejor autoconcepto los sujetos que han logrado relaciones afectivas satisfactorias, mientras que aquellos que se han ido aislando y han evitado su enfrentamiento con la incapacidad tienen mayor dificultad para el ajuste.

MAYER y ANDREWS (1981), por otra parte, encontraron una relación importante entre disminución del autoconcepto y satisfacción de vida previo: los sujetos que señalaban cambios positivos en su vida a partir de su invalidez, eran los que tenían situaciones familiares previas más conflictivas, y un soporte religioso y espiritual fuerte. Los que no manifestaban cambios se correspondían con sujetos que tenían algún área de interés importante a la que se dedicaban ampliamente, generalmente vivían con sus padres y eran populares y no religiosos. Los que manifestaban cambios negativos expresaban problemas físicos, falta de metas y falta de actividad.

En un trabajo posterior, MAYER y EISENBERG (1982) utilizando la TSCS, compararon el autoconcepto obtenido por un grupo compuesto por 45 parapléjicos y tetrapléjicos, con un grupo de 363 pacientes psiquiátricos y con los datos normativos de FITTS (1965) sobre población normal. Sus resultados muestran que los lesionados medulares tienen un autoconcepto general más bajo que el grupo normativo, y más alto que el grupo psiquiátrico. Sin embargo, el grupo de lesionados medulares era el más bajo de todos en la escala de autoconcepto físico.

La incapacidad producida por la paraplejia coloca al sujeto en una posición que hace necesaria una revisión del autoconcepto. Las actividades para las que ahora tiene capacidad son generalmente sedentarias, reflexivas, diferentes en muchos casos a las anteriores. Para muchos parapléjicos su nueva imagen es incompatible con la antigua y supone descubrir cualidades y

valores desdeñados en el pasado.

Otro aspecto del autoconcepto también investigado con parapléjicos, es la importancia de los otros en el concepto de sí mismo. (Mc DANIEL, 1969; WRIGHT, 1960; ENGLISH, 1971; ROTHSCHILD, 1970).

SHONTZ (1975) manifiesta que cuando no se puede evitar la situación estresante provocada por la incapacidad física la persona afectada puede infravalorarse. El cuidado e interés de los otros puede hacer que se pueda renovar el sentimiento de valía personal.

A partir de esta hipótesis de SHONTZ, KATZ (1978) hace un estudio con veteranos de guerra y sus resultados confirman que éstos tienen un autoconcepto mayor que otros lesionados medulares cuya incapacidad proviene de accidentes laborales o de tráfico.

En la misma línea están los resultados obtenidos por RICHARDSON (1961) y ROTHSCHILD (1970), también con veteranos de guerra.

Para RAY y WEST (1984) el lesionado medular tendría que encontrar su identidad social redefiniéndola desde su incapacidad, y esta redefinición vendrá dada por el rechazo social, ya que las actitudes hacia el disminuido físico son ambivalentes: por una parte, hay una actitud de protección, ayuda y consideración, pero por otra parte la incapacidad puede ser una fuente de angustia para las personas sanas de manera que tienden a evitar el contacto y a ser críticas con las personas disminuidas. Nuestro autoconcepto depende, en parte, de la imagen que los otros tienen de nosotros y el disminuido físico puede llegar a aceptar la tipificación impuesta o, si ha sido rechazado

por los otros, puede introyectar esta evaluación y se evalúa a sí mismo negativamente.

La imagen corporal es un aspecto importante del autoconcepto, y creemos que cobra aún mayor importancia en una situación como la paraplejia. Se han hecho diversos estudios sobre las alteraciones que se producen a nivel de esquema y de imagen corporal en los parapléjicos.

BORS (1951) encontró distorsión de la imagen corporal en el 100% de los casos estudiados. Todos los pacientes descubrieron síntomas de miembros fantasmas que incluían sensaciones cutáneas o alucinaciones posturales. Frecuentemente también descubren alteraciones de la imagen corporal propioceptiva: sienten las piernas en una posición diferente a cómo las ven (CONOMY, 1973). Estos desórdenes afectan, sobre todo, a los miembros inferiores. También son frecuentes las percepciones alteradas del movimiento o postura, y distorsiones de la percepción del tamaño, volumen y continuidad corporal.

BERGER (1952), refiriéndose a pacientes parapléjicos, enfatiza la necesidad de integrar la incapacidad en la imagen corporal e hipotetiza que el largo periodo de aislamiento, depresión y falta de interés, que en muchos casos sigue a la lesión, son debidos a la gran cantidad de energía psicológica que es necesaria para llevar a cabo esa integración.

De modo similar, GRAYSON (1952) señala que la imagen se debe reorganizar para que el miembro inútil, deformado, pueda corresponderse con la imagen interna del sujeto. Algunos sujetos no pueden encontrar lugar en su imagen corporal para la deformidad. En esos casos, síntomas como la despersonalización, sentimientos de irrealidad y resistencia a utilizar aparatos

ortopédicos, son una defensa del yo para, inconscientemente, mantener su integridad de cara a una perturbación de la imagen corporal.

HIRSCHENFANG y BENTON (1967) encontraron que tanto los parapléjicos como los tetrapléjicos tienen dificultades para reajustar su imagen corporal y que la dificultad es mayor en los tetrapléjicos.

WEBER y WESSMAN (1971) señalan que, si el cuerpo está físicamente intacto y con apariencia normal, hay una tendencia a mantener la imagen corporal previa a la lesión, por tanto, una imagen corporal irreal.

RYAN (1961), estudiando los sueños de 19 varones parapléjicos concluyó que su imagen corporal antigua era muy resistente al cambio porque establecer una nueva imagen de acuerdo con la realidad produciría mucha ansiedad.

ARNHOFF y MEHL (1963) opinan que el confinamiento en silla de ruedas durante un largo período de tiempo, como ocurre en la paraplejia, lleva a un deterioro en la imagen corporal.

MAYER y EISENBERG (1982) encontraron una correlación positiva entre autoconcepto e imagen corporal.

FISHER (1970) refiriéndose a lo importante de la incapacitación corporal a largo plazo, comenta que, a veces, las minusvalías físicas severas producen, aparentemente, un efecto muy pequeño en el concepto corporal. Sin embargo, posiblemente se trata de una negación de la transformación física que es demasiado amenazante para ser reconocida.

GENSKOW (1967), utilizando una amplia batería de tests en un estudio sobre la imagen corporal de los parapléjicos, llegó a las siguientes conclusiones:

1) Los parapléjicos evidencian más ansiedad corporal que los no parapléjicos.

2) Los parapléjicos juzgan sus cuerpos como menos potentes, activos y positivos que los no parapléjicos.

3) Las valoraciones de autoconcepto y concepto corporal correlacionan significativamente, pero, contrariamente a lo esperable, la relación no es más baja en los parapléjicos que en los no parapléjicos.

4) Los autoconceptos no corporales puntúan más alto que los corporales en todos los grupos.

5) Los parapléjicos proyectan sentimientos más negativos hacia su propio cuerpo en los dibujos de la figura humana y también hay más alteraciones en sus figuras.

Se han llevado a cabo estudios interesantes sobre la imagen corporal en parapléjicos mediante la puntuación de Barrera-Penetración de FISHER y CLEVELAND (1958):

LANDAU (1960) encontró una correlación positiva y significativa entre puntuación Barrera y ajuste psicológico. Sin embargo, las puntuaciones de Penetración no eran significativas. SIERACKI (1963) obtuvo unos resultados similares.

EUCHNER (1979) y MITCHEL (1970) también encuentran que los sujetos más adaptados a su incapacidad dan más respuestas Barrera. Estudian, además, la influencia del tiempo desde la

lesión y la gravedad de la misma, pero en estos aspectos no hay diferencias entre los grupos.

ORTIZ y otros (1990 a,b) utilizando el DAP y las puntuaciones Barrera-Penetración del Rorschach con 50 parapléjicos obtienen diferencias significativas con el grupo control. Los parapléjicos muestran unos límites corporales poco definidos, su relación con el exterior es desde una posición de vulnerabilidad. Los parapléjicos presentan una mayor dificultad en la expresión de los sentimientos referidos al cuerpo. En el DAP aparece una tendencia a ocultar la vivencia de deterioro de la propia imagen, rigidez e inhibición de las emociones vinculadas al cuerpo y una autopercepción inadecuada y un pobre autoconcepto. También se pueden observar mecanismos de defensa compensatorios de la imagen corporal dañada.

C A P I T U L O I V

INSTRUMENTOS DE MEDIDA UTILIZADOS

En este capítulo vamos a referirnos exclusivamente a los instrumentos de medida del autoconcepto que hemos utilizado en este estudio. Nos ha parecido innecesario hacer un recorrido por las diferentes técnicas de evaluación, ya que se pueden encontrar estudios muy detallados y rigurosos sobre ellas, por ejemplo, las revisiones llevadas a cabo por WYLIE, (1969, 1974); WELLS y MARWELL, 1976).

Los dos instrumentos que hemos elegido son la Tennessee Self Concept Scale y el Test de Rorschach. Nos centraremos en aquellos aspectos que nos parecen más importantes con vistas a justificar su elección y que den cuenta de su capacidad de medida del autoconcepto.

4. 1. TENNESSEE SELF CONCEPT SCALE

La Tennesse Self Concept Scale (TSCS) fue construida por FITTS (1965). A diferencia de otros instrumentos de medida de su época, enfatizó la multidimensionalidad del mismo, siendo diseñado específicamente para medir esos factores. FITTS señaló la necesidad de una escala que fuera multidimensional en su descripción de autoconcepto y en base a ello desarrolló la Tennessee Self Concept Scale. En este sentido, la Tennessee Self Concept Scale, fue precursora de los instrumentos desarrollados más recientemente.

FITTS utilizó un diseño de 5 (marco de referencia externo) por 3 (marco de referencia interno) por 2 (ítems expresados positivamente versus ítems expresados negativamente), en la

construcción de la TSCS.

El marco de referencia externo está compuesto por cinco escalas: "yo físico", "yo moral", "yo personal", "yo familiar" y "yo social". Estas escalas son similares a las incluidas en algunos instrumentos posteriores (por ejemplo, MARSH y otros, 1985). En el esquema de FITTS cada uno de estos aspectos del autoconcepto se puede expresar en relación a tres marcos de referencia internos: Identidad ("yo soy"), Satisfacción ("cómo me siento"), y Conducta ("cómo actuó"). La identidad es el autoconcepto interno, mientras que la conducta es la manifestación del autoconcepto observable por los demás. La satisfacción refleja la discrepancia actual-ideal. FITTS señaló que una persona puede tener una alta puntuación en Identidad y Conducta y, sin embargo, tener una puntuación baja en Satisfacción a causa de las altas expectativas que tiene.

Además, de los 90 ítems que componen la escala, la mitad está formulada positivamente y la otra mitad, negativamente. Cuando las respuestas de un sujeto a los ítems positivos difieren de las respuestas a los ítems negativos, es señal de conflicto psicológico. La diferencia entre las puntuaciones obtenidas en los ítems positivos y la obtenida en los ítems negativos es una medida operativa de conflicto (FITTS, 1965).

La TSCS ofrece otras puntuaciones, de las que hablaremos en el estudio empírico, acerca de la variabilidad de la tendencia de respuesta del sujeto y de la capacidad de autocrítica.

Este cuestionario sigue siendo uno de los instrumentos más populares y utilizados en la medida del autoconcepto. BOLTON (1976) señala que las referencias sobre esta escala constituyen el lugar número 14 del total de referencias sobre tests de

personalidad durante el trienio 1969 - 1971, y que su utilización va en aumento. En el Mental Measurement Yearbook (MITCHEL, 1985) la TSCS ocupa el lugar 18 del total de referencias sobre tests, el 12 entre los tests de personalidad y el primero entre los instrumentos de medida del autoconcepto. Hay 800 referencias citadas en los varios BUROS, y en la revisión bibliográfica realizada por REED, FITTS y BOEHM (1981) sobre la TSCS durante el periodo 1965- 1980 se recogen 1350 referencias.

Como podemos ver, su popularidad es sumamente alta, sin embargo, hay discrepancias entre los distintos investigadores acerca de su valía. CRANDAIL (1973) señala que es el mejor instrumento de medida del autoconcepto después de hacer una amplia revisión sobre el tema. BENTLER (1972) por otra parte, considera que algunos aspectos están bien concebidos, pero que hay una total ausencia de información acerca de la estructura interna de la escala, lo que no deja de ser sorprendente en un instrumento multidimensional (MARSH, 1989).

WYLIE (1974) concluye -creemos que en una visión excesivamente negativa- que la TSCS "no ofrece ninguna justificación ni desde un análisis "a priori" en términos de criterios metodológicos aceptables ni desde el estudio de resultados empíricos que justifiquen su uso" (pág. 236). En este estudio WYLIE crítica especialmente la falta de evidencia de una estructura factorial y de validez discriminante en muchas de las puntuaciones.

4. 1. 1. Análisis factorial de la TSCS

Se han realizado numerosos estudios para examinar la estructura factorial empírica de la TSCS, frente a la estructura

factorial teórica. (BOYLE y LARSON, 1981; GABER, 1984; GABLE y otros, 1973; LANG y VERNON, 1979; MC GUIRE y TINSLEY,1981; POUND y otros, 1979; GELLEN y HOFFMAN, 1984; RENTZ y WHITE, 1967; VACHINO y STRAUSS, 1968).

Algunos de estos estudios han encontrado que la TSCS es esencialmente unidimensional con altas inter-correlaciones entre las subescalas (BOLTON, 1976; BOYLE y LARSON, 1981; GABER, 1984; GABLE y otros, 1973; MC GUIRE y TINSLEY, 1981; POUND y otros, 1979; RENTZ y WHITE, 1967; ROFFE, 1981).

Sin embargo, los resultados de las investigaciones previas, cuando han encontrado más de un factor, no han sido consistentes de un estudio a otro. Estas inconsistencias se pueden deber también a la variedad de métodos empleados.

Muchos estudios no son interpretables porque las escalas en las que se basan están compuestas de ítems que se solapan, dando lugar a altas correlaciones, pero falsas (por ejemplo, utilizando las cinco dimensiones externas y las tres internas). En otros estudios, aparecen con mayor soporte las escalas de las dimensiones externas que las internas.

Cuando se han utilizado ítems de una sola escala externa (TZENG, 1985), se han encontrado subcomponentes diferenciales para cada escala, por ejemplo, la escala del "yo físico" parece contener componentes que reflejan salud física, atractivo físico y apariencia cuidada , mientras que la escala del "yo moral" tiene componentes que están relacionados con la religión, honestidad y moralidad.

RENTZ y WHITZ (1967) al analizar las puntuaciones de las diversas escalas, comprobaron que la que ofrece mayor soporte es

la escala interna de "autosatisfacción".

WYLIE (1974) considera que la aplicación del análisis factorial no es apropiado para esta escala, puesto que las puntuaciones de las dimensiones externas e internas son redundantes.

MARSH y RICHARDS (1989) al examinar su estructura interna, confirman la multidimensionalidad de la escala, observan que los factores obtenidos empíricamente siempre están relacionados con lo que las escalas del TSCS pretendían medir. Es clara la consistencia de tres de las escalas de las dimensiones externas: yo físico (.64), yo social (.34) y yo familiar (.46), pero no las demás.

4. 1. 2. Fiabilidad y validez

FITTS (1965) encontró altos coeficientes de fiabilidad en el test-retest realizado a 60 estudiantes universitarios (puntuación total de autoconcepto:.92; dimensiones externas de .85 a .90; dimensiones internas de .88 a .91).

Algunos autores también han encontrado índices de fiabilidad altos (SHARPLEY y HATTIE, 1983; ROFFE 1981), sin embargo, otros, como LUND y otros (1981) obtuvieron coeficientes muy bajos en un estudio con sujetos retrasados mentales. MARHS y RICHARDS (1989) en una investigación con 343 sujetos, hallaron unos coeficientes de fiabilidad muy altos en todas las escalas.

El tema de la validez de la TSCS ha despertado más interés, aunque los resultados también son discrepantes.

WAYNE (1963), citado por FITTS (1965), halló una correlación de .68 entre el Izard Self Rating Positive Affect Scale y la TSCS. VAN TUINEN y otros (1979) encontraron evidencia de alta validez convergente y discriminante en un análisis entre TSCS y el Coopersmith Self Esteem Inventory (SEI). Resultados similares obtuvo BRIOLE con la TSCS y la Rosenberg Self-Esteem Scale, (RSE).

Sin embargo, otros autores como RENTZ y WHITE (1967) no encontraron esa validación entre la TSCS y el Diferencial Semántico de OSGOOD. VICENT (1968) obtuvo correlaciones de .61 entre la TSCS y el California Psychological Inventory (CPI) y de .67 con el Maslow Security-Insecurity Inventory.

MARSH y RICHARDS (1989) examinaron la relación entre la TSCS y el Self Description Questionnaire (SQD) III. Eligieron esta técnica para su confrontación con la TSCS porque su estructura factorial está bien definida y por haber una clara correspondencia entre las escalas que las componen. A través de análisis multirrasgo-multimétodo, los resultados parecen proporcionar un fuerte soporte para la confirmación de a validez discriminante y convergente de las respuestas de la TSCS y el SDQ III. Sin embargo, los análisis estadísticos realizados revelan ciertas anomalías en algunas escalas de la TSCS:

- Algunas escalas, fundamentalmente las referidas al "yo físico" y "yo moral" mantienen altas correlaciones con las escalas correspondientes del SDQ III.

- Las distinciones entre "Identidad", "Satisfacción" y "Conducta" no se justifican, porque no diferencian suficientemente las dimensiones externas.

En lo que respecta a la validez discriminante entre dimensión externa e interna, WYLIE (1974) considera que sólo pueden hallarse correlaciones interdimensionales externas e interdimensionales internas debido al solapamiento que hay entre ellas.

MC GUIRE y TINSLEY (1981), con una muestra de 678 sujetos universitarios y 341 delincuentes, encontraron confirmación para ambas dimensiones en el grupo de universitarios, pero no en el de delincuentes.

BERTINETTI y FABRY (1977), con 237 adolescentes, confirmaron una estructura similar a la de FITTS (1965).

WYLIE, por su parte, considera que está injustificado el uso separado de puntuaciones en las dos dimensiones porque:

a) Los items se solapan

b) Las intecorrelaciones en las dimensiones externas, teniendo en cuenta los items que no se solapan, eran de .41 a .75.

c) Las intecorrelaciones en las dimensiones internas con los items que no se solapan van de .80 a .91.

d) La puntuación total de autoconcepto muestra una correlación de .93 a .96 con las tres dimensiones internas.

e) La puntuación total de autoconcepto muestra una correlación de .75 a .90 con cada dimensión externa.

En cuanto a la comparación entre grupos, FITTS (1965) cita

cinco trabajos no publicados (CONGDON, 1958; PIETY, 1958; WAYNE, 1963 y uno suyo propio) en los que se encontraron las diferencias esperadas entre el autoconcepto de pacientes y no pacientes.

GROSS y ADLER (1970) y VANDERPOOL (1969) también encontraron diferencias entre un grupo de alcohólicos y los datos normativos de FITTS.

Sin embargo, también podemos encontrar resultados contrarios. Por ejemplo, en un estudio realizado por HAVENER e IZARD (1962), un grupo de esquizofrénicos paranoides puntuaba más alto en las puntuaciones correspondientes a autoaceptación que el grupo control. WILLIAMS y BYARS (1968) no encontraron diferencias aparentes en el autoconcepto de blancos y negros.

Hemos podido comprobar, a través de esta revisión de la literatura sobre la TSCS, que se han hallado diferentes resultados, unos confirman y otros descartan la multidimensionalidad de la escala, así como su validez.

Esta controversia se produce con respecto a la mayoría de los instrumentos de medida del autoconcepto, como ya señalábamos al hablar de los problemas metodológicos en la medida del autoconcepto. WYLIE (1974), en una revisión realizada sobre 93 instrumentos, sólo halló un índice de validez convergente de .80 en 7 de ellos, en los restantes fueron menores.

El hecho de que la TSCS sea uno de los instrumentos de medida del autoconcepto más extendidos, el que sigue despertando interés en los investigadores más relevantes del momento y su complejidad son las razones básicas que nos han llevado a incluirla en esta investigación.

4. 2. EL TEST DE RORSCHACH

4. 2. 1. ORIGEN DEL TEST. PRINCIPALES ESCUELAS.

A Hermann RORSCHACH le cabe el honor de la creación del Test y del "Psicodiagnóstico". Desde entonces ha suscitado un gran interés y ha sido investigado en numerosas áreas. Durante mucho tiempo su nombre casi vino a ser sinónimo de "Psicología Clínica" y siempre ha gozado de un gran prestigio en el ámbito de la misma.

Previamente se habían realizado intentos de utilizar las manchas de tinta como una forma de test. El primer trabajo conocido con manchas de tinta corresponde a KERNER, quien trabajando en su laboratorio de Tubingen descubrió casualmente que se podían ver muchas cosas en las manchas de tinta. Publicó sus hipótesis en esta línea en su libro "Die Klekso-graphien" (1857). Pudo apreciar que no se pueden interpretar las manchas de acuerdo con un plan preconcebido y trató de experimentar la relación entre los rasgos objetivos de las manchas y las respuestas proyectivas del sujeto, pero no llegó a comprender que podía haber una relación entre la percepción de esas manchas y el diagnóstico de la personalidad del sujeto.

En 1895, BINET sugirió la utilización de las manchas de tinta en la investigación acerca de la imaginación visual. A partir de este trabajo, DEARBORN (1897) y KIRKPATRICK (1900) incluyeron las manchas de tinta en psicología experimental.

WHIPPLE fue pionero en la sistematización de este enfoque: Publicó en 1920 la primera serie estandarizada de manchas de tinta. Se centró básicamente en la investigación de los procesos

imaginativos del sujeto. BARTLETT (1916) y PARSONS (1917) siguiendo la misma línea de WHIPPLE en el estudio de la actividad imaginativa , se encontraron con unos resultados que permitían ver la utilidad del método para establecer diferencias individuales.

RORSCHACH inició su interés por las manchas de tinta a partir de 1911. Se centró no tanto en el contenido de las respuestas -que es lo que habían hecho los investigadores anteriores- como en las características formales de las mismas; es decir, no sólo es importante lo que el sujeto ve, sino cómo maneja el material de estimulación. Estas categorías formales son la base del método para el diagnóstico de la personalidad.

Poco a poco su método se fue extendiendo y en 1939 se creó el "Rorschach Institute" que le dio un auge universal.

4. 2. 1. 1. Principales escuelas del Test de Rorschach

En 1947 LOUTIT y BROWNE señalan que el Test de Rorschach ocupa el cuarto lugar entre los métodos de evaluación en cuanto a la frecuencia de utilización. En 1959 era el instrumento más utilizado en la clínica según SUNDBERG (1961). Entre 1950 y 1960 se crean las grandes escuelas o sistemas de Rorschach, conocidas por el nombre de los autores que las impulsaron. Los principales sistemas americanos corresponden a KLOPFER, BECK, HERTZ, PIOTROWSKI y RAPAPORT-SCHAFER. Los sistemas europeos más importantes corresponden a las escuelas alemana (BOHM, BINDER), suiza (LOOSLI-USTERI) y francesa (RAUSCH de TRAUBENBERG).

Cada una de ellas tiene sus propias peculiaridades que intentaremos exponer muy brevemente, centrándonos en especial en

los sistemas americanos, que son los que mayor desarrollo han tenido, quizá debido a su complejidad en la valoración de las respuestas, y a que dan lugar a un "psicograma" mucho más minucioso y completo.

4. 2. 1. 1. 1. Escuelas americanas

1. EL SISTEMA DE KLOPFER

El método de KLOPFER es de los más extendidos. Su primera versión es de 1942 ("The Rorschach Technique", KLOPFER, B. y KELLEY, D.). Su formación se realizó en Alemania, tuvo una importante orientación fenomenológica y estuvo influenciado por el pensamiento de Jung. Desde esta perspectiva enfocó el Test de Rorschach subrayando los aspectos cualitativos y subjetivos de las respuestas. Su sistema de valoración es el más complejo en cuanto a las categorías de localización y determinantes.

Fundó en 1936 la primera revista dedicada a la investigación en Rorschach: "The Rorschach Research Exchange", que posteriormente llegaría a ser el Journal of Proyective Techniques y actualmente el Journal of Personality Assessment. Así mismo creó el Rorschach Institute (1939) que evolucionaría hasta la actual Society of Personality Assessment.

2. EL SISTEMA DE BECK

BECK, al contrario que KLOPFER se formó en un marco claramente behaviorista. Su perspectiva del Rorschach incluía una consideración importante de los datos nomotéticos junto a los ideográficos. Su enfrentamiento con KLOPFER fue importante y se convirtieron en dos alternativas de interpretación del Rorschach. BECK enfatiza los aspectos objetivos de las respuestas, por

tanto, se centra básicamente en los problemas de validación.

3. EL SISTEMA DE HERTZ

HERTZ (1934, 1935) intentó conciliar los sistemas de KLOPFER y BECK. Su método incluye aspectos de los dos autores y los que fue desarrollando ella misma en su propio trabajo con el test. Dio especial importancia a los problemas psicométricos de la prueba, que KLOPFER y BECK no tuvieron demasiado en cuenta.

4. EL SISTEMA DE PIOTROWSKI

PIOTROWSKI empezó sus estudios de Rorschach con KLOPFER, pero poco después difería en sus planteamientos por considerar que KLOPFER enfatizaba excesivamente la teoría. Estudió especialmente el diagnóstico de la organicidad a través del Rorschach. En 1950 publicó el núcleo de lo que era su aproximación al test y en 1957 publicó "Perceptanalysis" en el que expresó su propio modo de concebir la interpretación, básicamente desde un punto de vista perceptual.

5. EL SISTEMA DE RAPAPORT-SCHAFER

Los trabajos básicos del sistema de RAPAPORT-SCHAFER fueron publicados en 1946 en dos volúmenes dedicados a una batería de tests titulados : "Psychological Diagnostic Testing". Posteriormente (1954) SCHAFER completó el sistema con la obra "Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing".

Su método es similar en algunos aspectos al de KLOPFER, pero está mucho más influenciado por la interpretación psicoanalítica de los datos del test. El libro de SCHAFER supone un desarrollo importante de un modelo detallado acerca del funcionamiento del

yo.

4. 2. 1. 1. 2. Escuelas europeas

En la escuela alemana BOHM desarrolló su método que ha tenido una gran influencia en toda Europa. En España ha sido, posiblemente, el más utilizado a partir de la publicación en castellano de su obra "Manual del Psicodiagnóstico de Rorschach (1949)" en 1953. Su formación en Rorschach se realizó en la Sociedad Suiza de Psicología y representa la trayectoria que siguió fundamentalmente el Rorschach en Europa: trata de integrar el psicoanálisis y la psicopatología clásica alemana.

La máxima representante de la escuela suiza fue LOOSLI-USTERI, fue la primera presidenta de la Sociedad Internacional de Rorschach, fundada en 1952 en Berna. Trató de mantenerse fiel a la línea trazada por Rorschach. Su libro fundamental es "Manuel pratique du test de Rorschach". (1959).

La escuela francesa, representada básicamente por RAUSCH DE TRAUBENBERG, tiene también una orientación dinámica, se basa en el método de SCHAFER por considerar que es el que da la explicación más racional de la convergencia de los factores perceptivos y dinámicos en la respuesta. Para ello, es básico en la interpretación tener en cuenta los datos multidimensionales que ofrece el test.

4. 2. 2. EL SISTEMA COMPRENSIVO DE EXNER

Han sido expuestos los principales sistemas que han tenido una mayor expansión a lo largo de la historia del Rorschach. Sin embargo, la aportación más decisiva en el desarrollo de la

investigación experimental en el Test de Rorschach posiblemente sea la de EXNER.

EXNER desarrolla su "Sistema Comprensivo" (1974, 1978, 1985, 1986, 1990, y EXNER y WEINER, 1982) en un intento de evitar la proliferación de sistemas y unificar criterios que faciliten el trabajo del investigador y del clínico. Para ello se basa en lo que considera que son las aportaciones fundamentales de los cinco sistemas americanos que ya hemos expuesto.

> "Hemos intentado incorporar lo mejor de cada uno de ellos en un Sistema Comprensivo de Rorschach. En efecto, parece necesario un sistema que incluya todos los desarrollos del test llevados a cabo por cualquiera de las cinco escuelas. Un sistema, en fin, que fortalezca el uso del test, permitiéndole afrontar mejor las pruebas de fiabilidad y validez y que proporcione la máxima cantidad posible de información descriptiva sobre la que se basará la comprensión" (EXNER, 1974, pág. 32).

En 1974 aparece el Tomo I del Sistema Comprensivo (reeditado y revisado en 1986), que representa un esfuerzo integrador notable.

Vamos a detenernos en el análisis del test de Rorschach desde la perspectiva del Sistema Comprensivo, puesto que con él hemos realizado el presente trabajo de investigación, ya que nos parece que es el sistema de mayor rigor científico, es el más completo en cuanto a la valoración de respuestas y el más difundido actualmente. De todos modos, no expondremos los criterios de valoración de las respuestas ni la configuración del sumario estructural, pues se puede encontrar en otras publicaciones (EXNER, 1986, 1990; ORTIZ, 1990).

Nos centraremos en su concepto del test, el proceso de interpretación y los que hemos llamado "núcleos diagnósticos" basados en las agrupaciones de variables presentadas por EXNER para facilitar la interpretación del protocolo.

4. 2. 2. 1. Concepto y definición

RORSCHACH postuló que las respuestas a su test se formaban mediante la integración de las huellas mnémicas con las sensaciones creadas por la figura estimular. Sostiene que esa integración o ese esfuerzo por armonizar las sensaciones del estímulo con los engramas ya existentes es una operación realizada conscientemente. El método requiere un deseo por parte del sujeto de identificar la mancha como algo, sabiendo que no lo es, pero tiene alguna semejanza. Veía el proceso de respuesta como un proceso de percepción y/o apercepción.

EXNER considera que RORSCHACH estaba en lo cierto. La naturaleza del test fuerza al sujeto a convertir una mancha en algo que no lo es, se requiere una cierta violación de la realidad. El hecho de que las láminas no tengan un significado universal (WALLACH, 1978) y el tener contornos imprecisos, hace que se puedan traducir en gran diversidad de formas, y ese proceso que culmina en una respuesta, e implica operaciones psicológicas complejas, es el que resulta crucial en el Rorschach (EXNER, 1980).

Para EXNER (1980) el Rorschach:

> "es un conjunto de estímulos que, bajo unas instrucciones determinadas, pone en marcha muchas de las características psicológicas 'naturales' del individuo que han sido o están siendo formada o, dicho de otra manera, provoca las

> tendencias o estilos de respuesta que serán los que entre 6esas características, marquen a la persona como una personalidad" (págs. 573-574).

Además, es una técnica proyectiva, puesto que cada protocolo está caracterizado por su propia idiografía y, con frecuencia, es rico en el tipo de verbalización única y exclusiva del sujeto que responde al test. Este material es importante y no se debe dejar de lado en la interpretación. De hecho, el reto para el investigador y el evaluador es encontrar los estilos psicológicos básicos de una persona, diferenciando aquellos que permiten vislumbrar el mundo más personalizado o privado del sujeto.

4. 2. 2. 2. La interpretación

La interpretación de los datos del Test de Rorschach es un proceso complejo ya que cada protocolo obtenido determina una configuración única, al igual que la de la personalidad que la produjo, y, por lo tanto, irrepetible e imposible de trasladar a otra persona (ALESSANDRO DE COLOMBO y otros,1989).

Una interpretación adecuada es el producto de un buen conocimiento del test, de su correcta administración y valoración , así como del conocimiento de las teorías de la personalidad y de la psicopatología .

> "La respuesta es un compuesto de un proceso perceptivo y un proceso proyectivo. La idiografía en el Rorschach representa proyección, pero esa proyección, excepto en sujetos extremadamente desorientados está combinada con un componente perceptivo". (Exner, 1986, pág. 299).

Por tanto, habrá que tener en cuenta ambos aspectos en la interpretación.

La interpretación podemos considerarla como global, en el sentido de que no se trata de analizar cada variable por separado sino de su interacción. Esto hace que la labor de la interpretación sea laboriosa, pero la información que permite recoger - y posiblemente ahí está uno de los mayores valores del Rorschach - nos da una visión del individuo, como un ser dinámico y no como una suma de características.

4. 2. 2. 2. 1. Proceso de interpretación

Todos los sistematizadores del Test de Rorschach han recomendado tener en cuenta todos los datos del test en la interpretación. Según la aproximación de cada sistema se tendrá en cuenta el llamado análisis cualitativo o el análisis cuantitativo. En todo caso, es necesario integrar el análisis del conjunto de valoraciones, el análisis de los contenidos de las respuestas y su secuencia y también la conducta total del sujeto durante la prueba. El tener en cuenta sólo algunos de estos aspectos o analizarlos sin integrarlos es empobrecer el valor del Rorschach.

Para EXNER (1986) la interpretación consta de dos fases:

- Fase propositiva: incluye la revisión de cada uno de los componentes: a) el sumario estructural con todas sus frecuencias, porcentajes y proporciones, b) puntajes especiales, c) verbalizaciones durante la asociación libre y d) verbalizaciones durante la encuesta. A partir de estas cuatro grandes unidades se formularán las hipótesis.

- Fase de integración: una vez formuladas las hipótesis a partir de la revisión a fondo de las cuatro unidades de los

datos, comienza la tarea de integración. Implica la conceptualización clínica de la psicología de una persona. Algunas de las hipótesis previamente formuladas pueden desecharse o modificarse por otras. El clínico va más allá de los datos específicos, analizando su propia lógica deductiva y su conocimiento de la psicopatología.

El proceso interpretativo va a llevar una progresión lógica. Se comienza por los datos que tienen mayor fuerza empírica y, posteriormente, se pasa a los que requieren mayor habilidad clínica.

Por tanto, se debe empezar por los datos del sumario estructural, para pasar luego a la secuencia de valoraciones, que nos puede ofrecer información acerca de cómo el sujeto se ha acercado a las láminas.

Finalmente se ha de hacer una revisión cuidadosa del material verbal del sujeto. Es necesario examinar el material proyectivo, ya que nos habla de la idiografía del sujeto, y puede ser importante para desarrollar las hipótesis previas. El material simbólico de las respuestas no permite la validación por su propia naturaleza, pero nos aporta datos complementarios, y a veces únicos, acerca de sus conflictos y defensas.

4. 2. 2. 3. Núcleos Diagnósticos

A lo largo de su obra EXNER ha ido desarrollando diferentes estrategias de interpretación. Desde 1986 ha venido realizando análisis factoriales, de conglomerados y de discriminación de funciones, así como estudios de correlación que identifican qué variables del test se relacionan con qué características de personalidad. A partir de estos estudios ha establecido una serie

de "clusters de variables".

En las tablas 1 y 2 exponemos la configuración de los diferentes clusters propuestos en 1986 y en 1989, donde puede apreciarse las diferencias que se han producido en esos años de investigación.

El último cluster de 1989, el relacionado con strees situacional, no es realmente un cluster, es decir, todas las variables no están relacionadas entre si, pero todas se relacionan con el stress situacional.

Tabla 1 Clusters de variables propuestos por EXNER (1986)

COMPONENTE O FUNCION	VARIABLES
CAPACIDAD DE CONTROL Y TOLERANCIA AL STRESS.	D, D ajust, EA
ESTILO PREFERENTE DE RESPUESTA.	L, EB
IDEACION	a:p, M^a:M^p, 6Punt.Espe. MQ, MOR
PROCESO COGNITIVO	Zf, W, D:Dd, (W:M),DQ, Zd,(S), PSV
MEDIACION COGNITIVA	X+%, X-%, P, L, (F+%),CONFAB
RASGOS AFECTIVOS	Afr, FC: CF+C, C Pura, S, AG, eb, C', DM color-sombreado, DM sombreado-sombreado
PERCEPCION PERSONAL	3r+2/R, (Fr+rF), MOR, H, FD,V, An, Xy
PERCEPCION INTERPERSONAL	T, (Cluster Paranoic), Aisl/R
TACTICAS DEFENSIVAS ESPECIALES	CP, PER, Art+Ab, Cg

La forma más adecuada para buscar a través de los clusters vendría definida por la presencia de una o más variables estructurales claves. El listado de variables claves que propone EXNER (1990), se muestra en la Tabla 3, que también incluye el orden en que se deben buscar los clusters. Están colocados en orden de prioridad, por tanto, se va descendiendo en la lista hasta que una es positiva y entonces se utiliza la rutina interpretativa de esa variable.

Puede ser que en algún protocolo no se cumpla ninguna de las variables clave. En ese caso la búsqueda interpretativa se basa en la presencia de variables secundarias. En la Tabla 4 se expone la lista de variables secundarias propuestas por EXNER (1990). Esta lista también está ordenada jerárquicamente, por tanto, hay que recorrerla de arriba abajo. No se ha encontrado ningún protocolo que no tenga, al menos, una variable positiva en esta tabla.

Tabla 2 Clusters de variables propuestos por EXNER (1989)

COMPONENTE O FUNCION	VARIABLES
CARACT. AFECTIVAS	EB (estilo extratensivo), eb (valor del lado derecho C',T,V, Y),FC:CF+C, Calidad de C pura, Afr, Cp, S, Múltiples, Mult. Col-Claros, Múltiples de Claroscuro
CAPACIDAD DE CONTROL Y TOLERANCIA AL STRESS	Puntuación D, D ajus, EA, (Sum M, Sum C), es (FM,T,V,C')
MEDIACION COGNITIVA	L>.99, P, FQ+, X+%, X-%, (revisar las respuestas menos por S, la homogeneidad del cluster, niveles de distorsión), CONFAB.
IDEACION	EB (estilo introversivo),eb (valor del lado izquierdo (FM+m),a:p, M^a:M^p, 2AB+(Art+Ay), MOR, 6Fen. Esp (Nvl1 vs Nvl2), MQ, Calidad de las respuestas M.
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	L>.99, Zf, W:D:Dd, (W:M), DQ, Zd, (ajustar para S si es necesario), PSV, Secuencia de Localización.
PERCEPCION INTERPERSONAL Y RELACIONES	p>a+1, Fd, T, HVI, PER, COP, AG, Aislamiento/R, Contenido de las respuestas humanas que tienen un par, Todos los contenidos humanos.
AUTOPERCEPCION	3r+(2)/R, (Fr+rF),FD, V, H pura: H no pura, An+Xy, MOR, Contenido de las respuestas menos, Contenido de todas las respuestas de movimiento.
STRESS SITUACIONAL	D, D Adj., EA, EB (valores cero, m, Y, T, Complejiad de múltiples, Múlt. de Col-Claros (creados por m e Y), C pura, M sin forma, M-.

Tabla 3 Búsqueda de estrategias interpretativas

VARIABLES POSITIVAS	BUSQUEDA DE CLUSTER→
SCZI > 3	IDEACION→MEDIACION→ PROCESAMIENTO→CONTROL→ AFECTO → AUTOPERCEPCION→PERCEPCION PERSONAL
DEPI > 4	AFECTO→CONTROL→ AUTOPERCEPCION→ PERCEPCIONPERSONAL→ PROCESAMIENTO→MEDIACION→ IDEACION
D < ADJ D	CONTROL→ SITUACION DE STRESS → (Seguir la búsqueda en la siguiente variable clave o si no buscar en las variables secundarias)
CDI POSITIVO	CONTROL→PROCESAMIENTO→ MEDIACION → IDEACION→ AFECTO→PERCEPCION PERSONAL → PERCEPCION INTERPERSONAL
ADJ D ES MENOR	CONTROL → (Seguir la búsqueda de la rutina en la siguiente variable clave de las variables secundarias)
LAMBDA > 0.99	PROCESAMIENTO →MEDIACION →IDEACION → CONTROL→ AFECTO→ AUTOPERCEPCION → PERCEPCION PERSONAL
REFLEJO > 0	AUTOPERCEPCION → PERCEPCION PERSONAL → CONTROL → (Seguir la búsqueda de la rutina en la siguiente variable clave de las variables secundarias)
EB: INTROVERSIVO	IDEACION → PROCESAMIENTO→ MEDIACION → CONTROL → AFECTO → AUTOPERCEPCION → PERCEPCION INTERPERSONAL
EB: EXTRATENSIVO	AFECTO → AUTOPERCEPCION → PERCEPCION INTERPERSONAL→CONTROL→ PROCESAMIENTO → MEDIACION →IDEACION
p < a + 1	IDEACION →PROCESAMIENTO →MEDIACION →CONTROL →AUTOPERCEPCION →PERCEPCION INTERPERSONAL →AFECTO
HVI POSITIVO	IDEACION→ PROCESAMIENTO→ MEDIACION →CONTROL→ AUTOPERCEPCION →PERCEPCION PERSONAL → AFECTO

4. 2. 2. 4. El Cluster del Autoconcepto

Una vez descrito el proceso interpretativo y la configuración de los diferentes clusters, nos detendremos en aquel que es objeto de esta investigación. Vamos a ir analizando cada una de las variables que lo componen, las investigaciones que hemos encontrado acerca de cada una de ellas y su interpretación.

Tabla 4 Búsqueda de estrategias interpretativas basada en las variables secundarias

VARIABLES POSITIVAS	BUSQUEDA DE CLUSTER
OBS POSITIVO	PROCESAMIENTO→ MEDIACION→ IDEACION→ CONTROL → AFECTO→ AUTOPERCEPCION→PERCEPCION INTERPERSONAL
EA > 12	CONTROL→IDEACION→PROCESAMIENTO → MEDIACION→AFECTO →AUTOPERCEPCION→ PERCEPCION INTERPERSONAL
M -> 0, o $M^p > M^a$, o SUM 6 SPEC SC > 5	IDEACION → MEDIACION → PROCESAMIENTO → CONTROL → AFECTO → AUTOPERCEPCION → PERCEPCION PERSONAL
SUM SHAD > FM + m, o CF+C > FC + 1, o Afr > 0.46	AFECTO → CONTROL → AUTOPERCEPCION →PERCEPCION PERSONAL → PROCESAMIENTO → MEDIACION → IDEACION
X-% > 20%, o Zd < +3.0 o < -3.0	PROCESAMIENTO → MEDIACION → IDEACION → CONTROL → AFECTO - > AUTOPERCEPCION → PERCEPCION PERSONAL
3r + (2)/R < .33	PERCEPCION PERSONAL → PERCEPCION INTERPERSONAL → AFECTO → CONTROL → PROCESAMIENTO → MEDIACION → IDEACION

MOR > 2, o AG > 2 T = 0 o > 1	PERCEPCION PERSONAL → PERCEPCION INTERPERSONAL→ CONTROL → IDEACION → PROCESAMIENTO → MEDIACION → AFECTO PERCEPCION PERSONAL → PERCEPCION INTERPERSONAL → AFECTO → CONTROL → IDEACION → PROCESAMIENTO → MEDIACION

4. 2. 2. 4. 1. Índice de Egocentrismo: 3r+(2)/R

El Índice de Egocentrismo es una proporción experimental creada para proporcionar un índice de autoestima y egocentrismo. Este tipo de relación es introducida por EXNER (1974). Ningún otro sistematizador la ha incluido en su sumario estructural o psicograma.

La valoración independiente de las respuestas de reflejos y de pares en el sistema comprensivo se desarrolló de modo accidental en el transcurso de una investigación sobre el acting-out. (EXNER, 1969)

Se formaron cuatro grupos de 20 varones cada uno, incluyendo homosexuales declarados, trastornos de carácter diagnosticados como psicópatas o sociópatas, depresivos con un intento reciente de suicidio y no pacientes.

En todos ellos apareció una frecuencia de respuestas FV, relativamente alta. En los grupos de homosexuales y de trastornos de carácter, muchas de estas respuestas eran de reflejos. Valorándolas separadamente como Fr o rF se encontró una clara diferencia entre los grupos: los homosexuales y trastornos de

carácter dieron un número significativamente superior de reflejos (X= 0.6). Aparecieron respuestas "r" en 17 de los 20 homosexuales y en 25 de los 20 protocolos de trastornos de carácter; sólo en 3 de los 20 depresivos y en 7 del grupo control.

Se contabilizó, además, la frecuencia con que se mencionan respuestas de pares de objetos, suponiendo que podrían ser una forma sutil o controlada de respuestas de reflejo. El grupo de homosexuales dio un número significativamente superior de pares que los otros grupos, y los depresivos menos que los demás, aunque aparecieron respuestas de pares en la práctica totalidad de los protocolos.

RAYCHAUDHURI y MUKERJI (1971) trabajaron con 4 grupos de 15 sujetos de población penal para estudiar respuestas de reflejos y de pares: homosexuales activos, pasivos, sociópatas y grupo control.

Los grupos que presentaban una confusión sexual grave dieron un número de respuestas "r" significativamente superior a los otros grupos. Los predispuestos a conductas antisociales dieron un número significativamente superior al grupo control. El número de respuestas de pares era muy alto tanto en los grupos de homosexuales como en el grupo control comparándolo con el grupo de sociópatas.

En otra investigación (EXNER, 1973), utilizando un modelo similar al de WATSON (1965) en su estudio de narcisismo, encontró respuestas de reflejo en 37 de los 40 protocolos tomados del grupo "alto narcisismo", obteniendo una frecuencia superior al doble de los sujetos de "bajo narcisismo". También se encontró 2 veces y media más respuestas de pares en el grupo de "alto narcisismo"

Posteriormente se repitió el estudio, utilizando un método de valoración más satisfactorio, y se emplearon 2 grupos (N=30 cada uno) de sujetos no psiquiátricos en base a sus puntuaciones extremadamente altas o bajas en el test de completamiento de frases. Colaboraron 16 examinadores. La frecuencia de reflejos y pares aparece como 2 veces mayor en el grupo centrado en sí mismo, que en el otro grupo.

EXNER, (1974) realizó muchas pruebas pre y postratamiento a tres grupos psiquiátricos: 75 esquizofrénicos internos, 74 pacientes internos con reacciones depresivas y 31 pacientes internos con trastornos de carácter. Tres psiquiatras trabajaron "a ciegas" con la Escala Psiquiátrica Multidimensional, para pacientes internos y con la Escala de Ajuste de Katz (forma R), cumplimentada por un familiar del paciente. Entre 3 y 6 semanas después del alta se repitieron las pruebas. Se dividió a los sujetos en dos grupos: sujetos que habían "cambiado" significativamente de acuerdo con las evaluaciones profesional y familiar, y sujetos que "no habían cambiado".

La frecuencia y proporción de respuestas de "r" y pares señalan que se altera significativamente: en los esquizofrénicos y los pacientes con trastorno de carácter disminuyó el número de rF y Fr. En los depresivos mejorados aumentaron. Los esquizofrénicos mejorados dieron un número inferior de respuestas de pares, los depresivos aumentaron. Los pacientes con trastornos de carácter mejorados dieron un número ligeramente inferior de respuestas de pares, aunque la diferencia no es significativa.

Los resultados sugieren que las respuestas de reflejos y pares representan una forma de egocentrismo o de centración en sí mismo.

Un número excesivamente elevado o bajo puede acompañar diversos estados psicopatológicos, y la mejoría de estas condiciones se caracteriza por un cambio hacia un nivel de egocentrismo más consistente con el encontrado en los protocolos de sujetos no pacientes.

A la vista de estos resultados, EXNER consideró la posibilidad de combinar ambos tipos de respuestas (reflejos y pares) en un único índice, y así surge el índice 3r+(2)/R. Se dio un peso mayor a las respuestas de reflejo al comprobar que tenían una fuerza mayor en la medida del egocentrismo.

El primer estudio de validación del Índice de Egocentrismo se realizó a partir de un índice de conducta de auto-centramiento. Se filmó la conducta de 21 sujetos candidatos a una plaza de Ingenieros, que fueron dejados solos en una sala de espera, uno a uno, durante 10 minutos esperando a un entrevistador. Se anotó el tiempo que cada sujeto empleó mirándose al espejo instalado en la sala. El tiempo osciló entre 6" y 104" con una media de 49". El grupo de fraccionó en dos por la mediana y se eliminó al candidato situado en la mediana. La unidad superior tenía una X=68.5, la inferior X=27.1.

La comparación de estos datos con el Rorschach señala que los 10 sujetos del primer grupo dieron 8 respuestas de reflejos en 6 protocolos y 103 respuestas de pares. Los del segundo grupo no dieron respuestas de reflejos, y sólo 68 de pares. La diferencia es significativa.

La consistencia temporal de este índice es bastante alta, tanto en intervalos cortos (.80), como en largos (.90) (EXNER, 1986).

La media en no pacientes es de .39, considerando adecuado un rango de .33 a.43 (EXNER, 1990b).

En niños aumenta notablemente, sobre todo en los pequeños. Llega a alcanzar una media de .69 a los 5 años, baja progresivamente hasta que, en la adolescencia, llega a un nivel similar al del adulto.

Posteriormente, EXNER (1986) ha interpretado este índice como una forma de preocupación por uno mismo, de centramiento en sí mismo. Un índice excesivamente alto no significa necesariamente una autoimagen positiva, de hecho, puede dificultar la relación con los otros. Si incluye una respuesta de reflejo, sugiere que, el estar envuelto en sí mismo representa una tendencia narcisista importante. Un índice de egocentrismo bajo parece indicar una baja autoestima y una escasa valoración personal, relacionada con la falta de realización de deseos y expectativas del sujeto. También puede reflejar un aumento de la intensidad de las experiencias depresivas.

4. 2. 2. 4. 2. Respuestas de Forma-Dimensión: FD

Esta categoría de respuesta se desarrolla en el seno del Sistema Comprensivo de Exner (1974). Previamente KLOPFER y KELLEY (1942), habían tenido en cuenta la dimensionalidad, pero no basada en los elementos formales.

Para la introducción de esta categoría de respuesta, EXNER se basa en un estudio realizado con 64 protocolos de sujetos, que realizaron algún intento de suicidio en los 90 días posteriores a la realización del test. Esos protocolos tenían un promedio de tres respuestas de FD, en contraste con la puntuación de los no

pacientes, que sólo presentan una medida de una respuesta FD. En principio parecía que la FD podría estar relacionado con los rasgos depresivos comunes en los suicidas. Sin embargo, se encontró que el grupo de pacientes psiquiátricos no internos daban también una media más alta que el grupo de no pacientes. Estos datos llevaron a pensar que la FD podía estar relacionada con la introspección, basándose en que los pacientes, por su hábito terapéutico, tienden a ser introspectivos.

Para comprobar esta hipótesis se realizaron 3 estudios (EXNER, 1978):

1) Se encontró que los sujetos introversivos, pacientes y no pacientes, daban más FD (X=2.42) que los extratensivos (X=0.93), siendo los grupos significativamente diferentes a un nivel de P<.01. Estos resultados sugieren que la FD está relacionada con la internalización y/o la demora.

2) Se intentó evaluar la relación de la respuesta FD con la introspección. Tomaron 40 sujetos de una lista de espera de una institución psiquiátrica elegidos al azar, 10 en cada grupo, en 4 grupos diferentes. Compararon los resultados del Rorschach con las verbalizaciones acerca de sí mismo y sobre temas del momento presente en todos los sujetos, en la hipótesis de que los sujetos más introspectivos tenderían a dar verbalizaciones en esta dirección. Se dividió a los sujetos en dos grupos, en base a la media del número de respuestas FD. La mitad superior tenía una media de FD=2.83, la inferior FD=1.34. La mitad superior verbalizó significativamente más sobre "sí mismo". Se completó el estudio con la comparación de resultados de estos sujetos en el Self Focus Sentence Completion (Exner, 1973) y que informa sobre egocentrismo. Este test fue aplicado con el Rorschach antes de la formación de los grupos. Los resultados indican que el grupo de

FD superior está ligeramente más orientado hacia el mundo exterior que el grupo de FD inferior, lo que parecía excluir la posibilidad de que las verbalizaciones dirigidas hacia "sí mismo" fueran manifestaciones de egocentrismo.

3) El tercer estudio consistió en un procedimiento de test-retest con 15 pacientes no psicóticos como sujetos. Respondieron al Test de Rorschach al inicio de su psicoterapia individual . La media fue de FD=2.06, con un rango de 0 a 4. La hipótesis era si FD está relacionada con la introspección, la media aumentaría durante los primeros estadios del tratamiento como resultado del entrenamiento en el examen de sí mismo. Después de 10 sesiones de tratamiento se reaplicó el Rorschach. La media fue de FD=3.11, y el rango aumentó también de 1 a 6 ($p < .05$). Los datos apoyan que FD se relaciona con la actividad psicológica que implica autoexamen o conciencia de sí mismo.

EXNER, WYLIE Y KLEIN (1977) pasaron el Rorschach a 279 pacientes externos y les hicieron un retest a los 9, 18 y 27 meses desde el comienzo del tratamiento. La media de FD antes de comenzar el tratamiento fue de 1.52. En el primer retest fue de 2.71 ($p < .01$). A los dieciocho meses se manifestaba una pequeña disminución ($X=2.71$) que no tiene significancia estadística. Sin embargo, cuando se dividió el grupo en dos, los que habían terminado el tratamiento y los que todavía continuaban, la media de FD en los que habían terminado era de 1.68, frente a 3.49 en los que aún continuaban.

A la vista de todos estos resultados, parece que la respuesta FD se puede interpretar como una forma de examen de sí mismo que puede ser una forma de hacer frente a las necesidades afectivas a través de un tipo de razonamiento centrado en el Yo y

sus aspectos positivos y negativos. Representa un proceso introspectivo no emocional, una toma de distancia con respecto a uno mismo con el propósito de examinarse.

La media en no pacientes es de 1.16. Si FD es alta, el autoexamen puede ser excesivo, y reflejar un distanciamiento del Yo, más que una adaptación.

4. 2. 2. 4. 3. Respuestas de vista: V

RORSCHACH (1923) identifica la utilización del sombreado para denotar dimensionalidad, pero lo hace de forma marginal. KLOPFER Y KELLEY (1942) y, posteriormente BECK, introdujeron el determinante formal para este tipo de respuesta, pero ambos incluyen en ella las respuestas de reflejo. Discrepan sobre el criterio de clasificación, pero no en cuanto a su interpretación. Ambos sugieren que están relacionadas con una forma de introspección. Para KLOPFER esta introspección respondería al intento, por parte del sujeto, de manejar sus ansiedades distanciándose de los problemas. Para BECK implican depresión del afecto y sentimiento de inferioridad.

BAUGHMAN (1979) demostró que son respuestas originadas por los elementos grises y negros de las láminas, y que

MELTZER (1944) ha demostrado que se dan con una frecuencia significativamente superior entre tartamudos que entre no tartamudos.

BUHLER y LEFEVER (1947) observaron que los alcohólicos dan un número significativamente superior a los psicópatas, y lo interpretan en el sentido de la mayor capacidad autocrítica de los primeros.

RABINOVITCH (1954) ha demostrado que las respuestas de vista se relacionan de modo significativo con umbrales perceptivos elevados. Interpreta estos resultados como indicativos de una responsividad ansiosa, probablemente relacionada con el intento de evitar estímulos no satisfactorios.

EXNER (1974) realizó tres investigaciones para estudiar estas respuestas de modo más específico, dada la escasa literatura sobre el tema:

1) Recogió 64 protocolos de pacientes diagnosticados de trastornos afectivos al comienzo de la intervención. Ninguno había realizado intentos de suicidio previo. En los 55 días posteriores a la aplicación 16 de ellos lo intentaron. Este grupo había dado un número de respuestas V significativamente superior al resto de los pacientes estudiados (2.3 frente a 1.53). Y ambos grupos dieron un número de V significativamente superior al de un grupo seleccionado al azar de 50 sujetos no pacientes (0.44). 15 de los 16 protocolos de los que intentaron suicidarse dieron al menos 1 respuesta V, así como 36 de los 48 que no lo intentaron. En el grupo control sólo en 21 de los 50 protocolos de sujetos no pacientes presentaron este riesgo.

Estos resultados hacen suponer que las respuestas V se asocian a características depresivas y pueden representar el tipo de introspección dolorosa común en estos pacientes.

2) En el estudio ya citado (pág. 176) que realizó para estudiar la relación de FD con la introspección, encontró que los sujetos que daban más FD, daban también más respuestas de vista (X=1.41), frente al grupo de FD bajo (X=0.52). Las respuestas de vista aparecen en 18 de los 20 protocolos en los que hay FD alta y sólo en 7 de los 20 con FD baja.

Estos resultados parecen avalar la relación de las respuestas de vista con la actividad de introspección.

3) Se compararon los protocolos, pre y post tratamiento, de 74 pacientes internos diagnosticados de distintas formas de desórdenes afectivos. 62 de los sujetos dieron al menos 1 V al comienzo del tratamiento (X=1.61). Los resultados postratamiento señalan respuestas V en sólo de los 74 casos (X=0.59).

El número de respuestas FD del grupo al ser dado de alta no varió (2.1) respecto a inicio del tratamiento (2.3). Se interpreta en el sentido de que disminuyeron las características molestas de la introspección, pero se mantuvo la tendencia a la introspección.

Todas las investigaciones apoyan la hipótesis de que la respuesta de vista refleja un proceso introspectivo, y parece apuntar en la dirección propuesta por KLOPFER y BECK de que es un proceso molesto.

Aparece con la frecuencia más alta entre los protocolos de sujetos inclinados a la depresión y al suicidio y presenta una correlación significativamente positiva en la incidencia al suicidio. (EXNER y WYLIE, 1977; EXNER, MARTIN y MASON, 1984). Son las respuestas menos frecuentes en todos los grupos de las muestras de referencia, excepto en los pacientes internos depresivos, y en tres niveles de edad de los niños y adolescentes diagnosticados de problemas de conducta.

Son las menos frecuentes de todas las respuestas de sombreado. Aparecen sólo en el 27% de los sujetos no pacientes (EXNER, 1986). La mayoría de no pacientes no da respuestas V, con

sólo una media de 0.26 respuestas V por protocolo en la muestra de 700 sujetos no pacientes. La muestra del grupo de depresivos registró la frecuencia más alta de V (X=1.09) (EXNER, 1990). PHILIPS Y SMITH (1953) obtienen resultados similares.

Los niños y los adolescentes dan pocas V. Los niños no pacientes no dieron ninguna V en el nivel de los 5 a los 9 años. En el nivel de 10, 12 y 14 años la frecuencia media de respuesta fue de 0.02 y ligeramente superior en el nivel de los 13, 15 y 16 años. La frecuencia más alta se registró en las muestras de "retraídos", siendo casi de 1.0 en el nivel de 14 a 16 años.

La respuesta V representa una experiencia emocional de tipo interno y negativo asociada a autoexamen o introspección. El hecho de que aumente en pacientes en psicoterapia es de esperar ya que a estos sujetos se les "enseña" a introspeccionarse y gran parte de la psicoterapia se focaliza en las cualidades negativas.

Del estudio sobre recaídas (EXNER y MURILLO, 1975) se deriva un dato: 18 de los 22 no esquizofrénicos que recayeron dieron como mínimo 1 respuesta V al ser dados de alta del hospital en contraste con los sólo 6 protocolos de los sujetos no esquizofrénicos que no recayeron.

Las bajas frecuencias de V en todos los grupos, excepto en los que están en tratamiento, indican que la sola presencia de una respuesta V debe ser cuidadosamente evaluada.

La V implica un elemento afectivo asociado a la toma de distancia para el autoexamen, y este elemento afectivo puede crear una distorsión de lo que se ve. Es decir, cuando aparece V señala una presencia de malestar que es producido por un examen de sí mismo focalizado en percibir las características

negativas del self.

4. 2. 2. 4. 4. Respuestas de Contenido Humano: H

RORSCHACH (1921) observa que hay gran variedad de contenidos pero que obedecen a ciertas reglas: las formas animales o de partes de animales suman entre el 35 y el 50% del total de las respuestas; las figuras humanas enteras o parciales suman del 15 al 20%.

Todos los autores están de acuerdo en que la presencia de respuestas de contenido humano es un índice de interés por los demás. Su ausencia es muy rara y parece marcar una falta de interés hacia la gente excepto en niños muy pequeños; posiblemente conlleva características patológicas y, casi siempre, indica problemas en la identidad y/o autoconcepto.

Una baja presencia de contenido humano es frecuente entre sujetos que no se identifican con los valores sociales, como criminales, delincuentes etc.…(WALTERS, 1953; RAY, 1963; RICHARDSON, 1963; EXNER, BRYANT y MILLER, 1973).

La media de H pura en sujetos no pacientes es 3.39. Los grupos de pacientes tienden a dar medias más bajas: esquizofrénicos: 3.17; depresivos, 2.05; trastornos del carácter, 1.94 (EXNER, 1990).

Entre pacientes psiquiátricos y niños pequeños hay pocas H, pero tienden a aumentar las Hd (figura humana incompleta) y las (H) (figura humana completa perteneciente al mundo de la ficción). La frecuencia de los contenidos humanos entre paréntesis es baja entre los no pacientes. Es más común entre pacientes esquizofrénicos y con trastornos de carácter, pero

menos en depresivos. Parecen indicar un alejamiento del mundo real para refugiarse en un mundo de fantasía. MOLISH (1967) sugiere que pueden ser formas de negación relacionadas con el entorno social.

BECK (1945) sugirió que el énfasis en las respuestas Hd puede ser un signo de sentirse "acorralado" por su mundo. KLOPFER y otros (1954) lo interpretan como intelectualización y/o compulsividad. MOLISH (1967) también lo considera como una forma de defensa constructiva.

EXNER hasta 1986 ofrecía tres datos acerca de la distribución de los contenidos humanos:

H + HD: A + Ad

(H) + (Hd): (A) + (Ad)

H + A: Hd + Ad

En 1986 los reestructura de la siguiente forma:

H + (H): Hd + (Hd)

H pura

H + Hd: A + Ad

H + A: Hd + Ad

Finalmente, en 1990 los vuelve a reorganizar:

H: (H) + Hd + (Hd)

(H) + (Hd): (A) + (Ad)

H + A: Hd + Ad

De estas tres últimas proporciones la que nos interesa y que EXNER incluye en el cluster de autoconcepto, es la primera: H: (H) + Hd + (Hd). La proporción ha de ser 3:1 o 4:1 una elevación del lado derecho puede indicar que el sujeto tiene un interés poco real por los demás.

4. 2. 2. 4. 5. Respuestas de Contenido Anatómico y de Radiografías: An y Xy.

Para EXNER (1978, 1986) las respuestas de contenido de anatomía (An) y radiografías (Xy) nos dan información acerca del autoconcepto (EXNER, 1984).

RORSCHACH (1921) las considera como la expresión de un "complejo de inteligencia", es decir, como la expresión del deseo de brillar en quienes, sintiéndose en posición inferior, aspiran a producir efectos brillantes sobre los demás. Así consideradas estarían ligadas a un profundo sentimiento de insuficiencia. Según RORSCHACH, se las encuentra con mayor frecuencia en los epilépticos, los hipocondríacos y los post-traumatizados.

BECK (1952) informó que estaban relacionadas con el autoconcepto corporal. En esta línea se encuentran las conclusiones de la mayor parte de los autores: SHATIN (1952) encuentra que aparecen con una frecuencia significativamente mayor en los psicosomáticos. ZOLLIKER (1943) señala su alta incidencia en mujeres y sugiere complicaciones psiquiátricas debido al embarazo.

DRAGUNS, HALEY y PHILLIPS (1967) concluyen que son respuestas que reflejan el grado de preocupación por sí mismo, indicando que puede ser producto de un autismo o de cambios fisiológicos como el embarazo, pubertad o enfermedad física. Para WEISS y WINNIK (1963) pueden indicar una preocupación relacionada con el cuerpo sin experimentar directamente malestar físico.

La media de respuestas de contenido anatómico en el grupo normativo es de .42 (EXNER, 199). El aumento de An puede conducir a un excesivo centramiento en sí mismo, lo que probablemente lleve al sujeto a un aislamiento del entorno. La mayor parte de las respuestas An implican el uso del color cromático. Puede ser un índice de expresión afectiva directa a través de la preocupación.

Las respuestas de radiografías han sido menos estudiadas debido a su escasa frecuencia (la media en el grupo normativo es de .03, EXNER, 1990). Suelen incluir sombreado o color acromático. Representan una forma dolorosa de preocupación en la que se intentan ocultar las reacciones frente a ella.

La combinación de An y Xy para EXNER (1986) refleja el grado de preocupación por el cuerpo. El aumento de este tipo de contenidos en un protocolo traduce dicha preocupación, a veces de origen psicógeno, relacionada con el autoconcepto negativo.

Cuando se combinan con Rayos X (Xy) hay diferencia significativa entre los grupos psiquiátricos y los de no pacientes. El grupo no psiquiátrico presenta una media de 0.6 para la combinación An-Xy mientras que los tres grupos psiquiátricos dan medias que son, por lo menos, dos veces superiores: la media en pacientes externos es de 1.6; en pacientes esquizofrénicos de 1.4 y en pacientes no esquizofrénicos de 1.8.

Las respuestas Xy aparecen casi dos veces más frecuentemente en pacientes externos que en los otros grupos psiquiátricos y más en los protocolos de no esquizofrénicos que en esquizofrénicos. Sin embargo, el mayor número de respuestas An lo dan los esquizofrénicos.

4. 2. 2. 4. 6. Contenido Mórbido: MOR

El contenido mórbido es uno de los puntajes especiales que incorpora EXNER. Se considera respuesta de contenido mórbido toda aquella que incluye un objeto muerto, lesionado, destruido o roto; o bien cuando se le atribuye una característica claramente

disfórica.

Este puntaje especial se desarrolló a partir del estudio de la depresión en los niños. Se realizaron algunos estudios acerca de la importancia del contenido mórbido. A partir de estos trabajos se establecieron unos criterios de valoración de MOR que se dieron a 5 jueces, resultando una fiabilidad interjueces del 90% (EXNER y MCCOY, 1981).

La fiabilidad test-retest de MOR entre no pacientes es de .66 a .71 en periodos largos, y de .78 a .88 cuando el tiempo transcurrido es de un mes. La media para adultos no pacientes es de .70. Entre los grupos de pacientes la media más alta se produce en el grupo de depresivos, (1.56) de los que el 97% da al menos una.

Hay una correlación negativa entre MOR y el Índice de Egocentrismo ($r=-.41$, $p < .01$). Se ha encontrado MOR en el 71% de los protocolos de sujetos que efectuaron un intento de suicidio en los 60 días siguientes a la aplicación del test (EXNER y WYLIE, 1977). La presencia de más de tres MOR en un protocolo contribuye a la diferenciación del grupo de suicidas de los otros grupos de control. Por todo ello, EXNER lo incorporó como una variable de la constelación de suicidio (EXNER, MARTIN y MASON, 1984).

Las respuestas MOR incluyen un tipo de proyección en la clasificación del estímulo, al atribuir al objeto características que no son obvias en el estímulo. Para EXNER (1986) esto sugiere que el autoconcepto del sujeto está marcado por aspectos negativos, posiblemente destruidos y, también, que la orientación del sujeto hacía sí mismo y hacia el entorno está marcada por un pesimismo considerable.

4. 2. 2. 4. 7. Contenido de las respuestas de calidad formal negativa

Uno de los elementos más importantes entre los datos estructurales del Test de Rorschach es la calidad formal, es decir, la adecuación de la respuesta al área de la mancha realizada.

Todos los sistematizadores concuerdan en que es uno de los elementos cuantificables de mayor importancia y también en que hay dos categorías básicas: calidad formal buena y deficiente.

El funcionamiento objetivo de la percepción se mide en el Rorschach por la calidad formal de las respuestas que traduce el funcionamiento de un yo integro y completo (VIVES, 1989).

El sistema comprensivo utiliza un método para evaluar la calidad formal que tiene en cuenta la distribución de frecuencias de los sistemas de BECK y HERTZ. El modelo consiste en 4 categorías derivadas del método de MAYMAN, dos de ellas califican una utilización adecuada de la forma, otra se refiere a las respuestas en las que no se viola de un modo significativo el uso de la forma, pero cuyo contenido se da con poca frecuencia, y una cuarta categoría que representa las respuestas en las que se ha utilizado la forma de modo inadecuado.

En la tabla 4 figuran los símbolos y criterios para la valoración formal (Exner, 1985). Anteriormente (1974) en lugar de la calidad formal única o inusual (u), figuraba la calidad forma débil (w).

La fiabilidad interjueces (10 jueces) en dos estudios llevados a cabo por EXNER, (1985) muestran un alto nivel de acuerdo: calidad formal superior:93%, ordinaria:97%, única:94% y

negativa:94%.

Las respuestas de calidad formal negativa son poco comunes, aparecen en los protocolos de no pacientes, pero con una frecuencia baja. Las frecuencias más altas se producen entre los pacientes esquizofrénicos.

KLOPFER (1982) señala que los sujetos que solo dan F_ tienen un nivel intelectual inferior al promedio. BOHM (1971) indica que los esquizofrénicos obtienen muchas respuestas de mala calidad formal. EXNER (1985) considera que cuando el X-% (porcentaje de respuestas de calidad formal negativa en relación al total de respuestas al test) es mayor del 15% podría corresponder con la esquizofrenia, puesto que nos habla de alta distorsión perceptiva.

Sin embargo, es necesario distinguir si la calidad formal aparece de forma indiferenciada a largo de todo el test, o se da fundamentalmente en relación a un tipo específico de contenidos o determinantes. Cuando se da en contenidos específicos es posible que tenga que ver con problemas específicos del sujeto, por ejemplo, personas con problemas respecto a la imagen corporal, darán respuestas de calidad formal negativa en contenidos anatómicos y de radiografías.

Tabla 4 Categorías de Calidad Formal

+ Superior	Utilización de la forma sobreelaborada extraordinariamente bien desarrollada y articulada de tal modo que la calidad de lo percibido resulta enriquecida sin sacrificarla exactitud de la forma en cuestión.
o Ordinaria	Utilización obvia de la forma en la que el contenido y el área de la mancha resultan congruentes. La respuesta es generalmente muy común, fácilmente visible y no hay un enriquecimiento especial de la calidad por el modo en que se especifica la forma.
u Única	Se trata de una respuesta de baja o inusual frecuencia en la que el contorno básico no es transgredido de una manera significativa. Son respuestas poco comunes, que el observador puede ver fácil y rápidamente.
- Menos	Utilización distorsionada, arbitraria y no realista de la forma. Una respuesta se impone a un área de la mancha sin tener en cuenta su estructura. A menudo se crearán contornos arbitrarios donde no existen.

4. 2. 2. 4. 8. Contenido de las respuestas de movimiento

EXNER ha ido dando cada vez mayor importancia a las características de los contenidos de las respuestas de movimiento, hasta llegar a incluir dos variables como puntajes especiales: movimiento agresivo (AG) en 1985, y movimiento cooperativo (COP) en 1988.

* Movimiento Agresivo: AG.

Esta valoración del contenido parte de un trabajo de PIOTROWSKI (1957). Este autor señala que las características de las respuestas de movimiento humano nos revelan cómo el sujeto

siente a las personas y cómo reacciona frente a ellas.

Se valora AG cualquier respuesta de movimiento en la que la acción está ocurriendo y es claramente agresiva.

EXNER (1986) ha estudiado las correlaciones entre este puntaje especial y las conductas abiertamente agresivas - sobre todo entre adolescentes y presos-, y con formas más sutiles de agresividad como resistencia y pasividad. La correlación con la agresividad manifiesta es alta (r = . 39).

A partir de los estudios realizados, llega a la conclusión de que la elevación de AG en un protocolo está relacionada con una alta probabilidad de conductas agresivas y que ello indica actitudes negativas y hostiles hacia los demás. Esa agresividad puede ser una característica de la personalidad, cuya manifestación variará considerablemente según sean los controles afectivos y la tolerancia al stress del sujeto.

* Movimiento Cooperativo: COP.

Se considera COP cualquier respuesta de movimiento en la que la actividad es claramente cooperativa. EXNER la incluye como puntaje especial en 1988 a partir de una serie de estudios que permiten comprobar su importancia en la percepción interpersonal.

COP correlaciona con los cambios producidos a partir del proceso de terapia de grupo, así como con los resultados de sociogramas. También parece ser una variable importante como indicador pronóstico en lo que respecta a la posibilidad de terminar con éxito un tratamiento.

En un estudio con 55 pacientes externos que iniciaron un tratamiento a causa de problemas interpersonales, al comienzo del

mismo, 28 de los sujetos tenían 0 COP y 27 tenían 1 COP. Se hicieron retests a los 10 meses y 20 meses. A los 10 meses, 19 tenían al menos 2 COP, 15 tenían 1 y los 21 restantes no tenían COP. En el retests de los 20 meses apenas había diferencias. De los 21 que no tenían COP, 9 seguían teniendo problemas interpersonales y 7 de ellos reiniciaron el tratamiento.

En otro estudio con 45 pacientes internos depresivos los resultados fueron similares. Los que habían aumentado COP (2 o más) presentaban una evolución favorable.

4. 2. 2. 4. 9. Respuestas de movimiento humano: M.

Las respuestas de movimiento humano son el tema de gran número de investigaciones, quizá por ser una variable muy compleja. En esta respuesta se produce la fusión más o menos simultánea de tres factores: 1) el factor forma; 2) el factor movimiento; 3) el factor contenido humano. La diferenciación de estos tres factores supone la presencia de dos procesos: asociativo y proyectivo; dos aspectos, intelectual y proyectivo que se superponen constantemente.

La formación de la respuesta de movimiento incluye características que no están en la mancha, por tanto, son características creadas por el sujeto y atribuidas al campo estimular. De ahí la importancia que tienen las respuestas M y sus contenidos en la interpretación cualitativa del protocolo.

Hay muchos estudios que relacionan la M con las operaciones intelectuales. SCHULMAN (1953) encontró una correlación positiva entre M y pensamiento abstracto, y considera que en ambas actividades se requieren operaciones de demora. Otros autores han relacionado la calidad y frecuencia de M con medidas de

inteligencia. (PAULSEN, 1941, ABRAMS, 1955, TANAKA, 1958). Sin embargo, MASON y EXNER (1984) no encontraron correlaciones significativas entre M y ninguno de los subtests del WAIS en un grupo de 179 adultos.

Se ha estudiado la M como índice de creatividad (DANA, 1968; HERSCH, 1962; WINTER, 1966; DUDEK, 1968) y en relación a la fantasía, con resultados bastante positivos (PALMER, 1963; LERNER, 1966; DANA, 1968; COCKING, DANA y DANA, 1969).

La relación entre M e inhibición motora también ha sido objeto de muchas investigaciones, fundamentalmente, porque RORSCHACH postuló la presencia de la actividad kinestésica en la formación de las respuestas M. Este aspecto es de especial importancia para nosotros, dado que nuestro trabajo se realiza con sujetos parapléjicos, que tienen los miembros inferiores paralizados. No hemos encontrado ninguna investigación realizada con una muestra similar, pero sí algunas en las que se ha analizado algún tipo de inhibición motora.

SINGER, MELTZOFF y GOLDMAN (1952) comprobaron que la M aumentaba después de que los sujetos se habían mantenido en posiciones incómodas. De modo similar se producía un aumento de M después de un periodo forzado de espera (SINGER y HERMAN, 1954, SINGER y SPOHN, 1954).

BENEDICK y KLOPFER (1954) informan de un notable aumento de las respuestas de movimiento bajo condiciones de inhibición motora y de deprivación sensorial experimentalmente inducida.

STEELE y KAHN (1969) observaron que los sujetos con una alta producción de M tendían a acusar un aumento de su potencial muscular. COOPER y CASTON (1970) han observado que la expresión motora ha precipitado un aumento en la frecuencia de respuestas

de movimiento.

Para DWORETZKI (1939) la M está relacionada estrechamente con la representación diferenciada del propio cuerpo - imagen corporal - y de la persona sentida como distinta de los demás. La experiencia del cuerpo aparecerá expresada a través de la M y del contenido humano que ella conlleva.

RAUSCH DE TRANBERNBERG (1970) se centra en el factor del contenido humano en la respuesta de M humano. Para ella, a través del contenido humano proyectado, la M supone identificación o búsqueda de identificación. En este sentido PIOTROSWSKI (1960) señala que la identificación coincide con la capacidad de empatía y el interés social. Cuando se dan pocas M en un protocolo generalmente hay poco interés por la gente (WEINER, 1966, 1982), aunque un número elevado de ellas no necesariamente conlleva buenas relaciones interpersonales.

Para WISHNER (1959), M y H están altamente relacionadas, aunque hay más H que M en un protocolo normal. A veces la M aparece con contenidos Hd y A; cuando es así, puede ser que la capacidad para establecer relaciones interpersonales esté deteriorada.

Estos aspectos de las M y las H referidas a la identificación del sujeto, su autoimagen y su capacidad de empatía son las que nos resultan más importantes de cara a nuestro trabajo.

Hemos incluido esta variable, que no incluye EXNER como tal en el cluster de autoconcepto, por considerar que nos puede mostrar la capacidad del sujeto parapléjico de identificarse con figuras humanas en movimiento, siendo que él no puede moverse.

También nos resultan interesantes los estudios sobre inhibición motriz como ya hemos señalado anteriormente.

4. 2. 2. 4. 10. Proporción Movimiento humano activo- Movimiento humano pasivo: Ma:Mp. Proporción activo pasivo: a:p

RORSCHACH (1921) sugirió que las diferencias en el tipo de movimiento podrían diferenciar características de la personalidad. Descubrió dos tipos de movimiento: movimiento en flexión y movimiento en extensión. Clasificó como respuestas de movimiento en flexión aquellas respuestas en las que el movimiento se dirige hacia el centro de la mancha, y como respuestas de movimiento en extensión aquellas en las que el movimiento parte del centro y se extiende hacia afuera. Las respuestas de movimiento en extensión significaban, para él, aserción; las de movimiento en flexión significaban sumisión.

Esta valoración de RORSCHACH ofrece excesivas limitaciones como comprobaron BECK (1961) y PIOTROWSKI (1960). Este último sugirió otra clasificación: activo- pasivo; hostil-no hostil; cooperativo-no cooperativo.

Siguiendo esta clasificación de PIOTROWSKI, EXNER (1974) encuentra resultados más claros: la dimensión activo-pasivo, y la diferencia proporcional entre ambos tipos de movimientos, permite diferenciar pacientes de no pacientes. A partir de varias investigaciones sugirió que los datos de la proporción activo-pasivo están relacionados con la flexibilidad cognitiva.

Las correlaciones de fiabilidad para el movimiento activo y pasivo son bastante altas, tanto en periodos breves como largos: .80 a .90 para el movimiento activo y .70 a.80 para el movimiento

pasivo (EXNER, 1986).

Lo normal es que predominen los movimientos activos sobre los pasivos. Los no pacientes dan entre 2-3 movimientos activos por cada movimiento pasivo. Solamente el 3% de los adultos no pacientes da más respuestas de movimiento pasivo que de movimiento activo. También ocurre así en esquizofrénicos agudos, desórdenes de carácter y en delincuentes.

Señala EXNER (1978) que esta proporción nos puede facilitar información sobre las tendencias conductuales. Cuando p>a en más de un punto, existe una fuerte posibilidad de algún tipo de conducta pasiva (EXNER y KAZAOKA, 1978), y posiblemente dependiente.

En la misma línea se puede interpretar la proporción M^a:M^p. EXNER (1978) ha sugerido que cuando M^p es mayor que M^a es muy posible que las fantasías del sujeto remitan a las características de "Blancanieves" es decir, fantasías en las que el sujeto tiende a ser pasivo y a responder más a actividades que inician los otros.

4. 2. 3. OTRAS INVESTIGACIONES SOBRE AUTOCONCEPTO UTILIZANDO EL TEST DE RORSCHACH

El modo en que el Test de Rorschach ha sido utilizado para inferir las actitudes inconscientes hacia sí mismo ha sido especificado muy vagamente por la mayoría de los autores que han empleado este instrumento, y el modelo de resultados de los estudios en los que se ha usado no es concluyente.

Varios investigadores (DILLER y RIKLAN, 1957; LINTON y GRAHAM, 1959; SARBIN y FARBEROW, 1952) han asumido que algunos aspectos de M pueden usarse para inferir algunos datos acerca del

autoconcepto.

DILLER y RIKLAN (1957) asumieron que un alto número de respuestas M en el Rorschach, representa tendencias autorreveladoras. Partiendo de la premisa de que el sujeto revelaría u ocultaría aspectos negativos del autoconcepto, predijeron que el número de M correlacionaría con el número de autoafirmaciones negativas del Robinson Freeman Self-continuity Test. Sin embargo, según WYLIE (1974), las posibilidades del instrumento no estaban adecuadamente controladas: si el número de M correlaciona con el número total de autoafirmaciones en el Rob-Freeman no parece posible una interpretación clara de la relación entre el número de M y la negatividad del autoconcepto consciente. Los autores han considerado el problema del total de respuestas en cada instrumento, pero la explicación de las correlaciones halladas parece inadecuada.

LINTON y GRAHAM (1959) asumieron que las M pasivas del Rorschach pueden usarse para inferir un autoconcepto inconsciente pasivo. Alegaron que un Hd alto en el Rorschach es indicador de autocrítica y preocupación con respecto al self y al cuerpo.

SARBIN y FARGEROW (1952) infirieron la organización de autoperceptos desde características estructurales de los protocolos de Rorschach, por ejemplo, M, FM y C.

HAIMOWITZ y HAIMOWTZ (1952) y COHEN (1954) usaron las características del Rorschach para inferir actitudes hacia el self, pero no estaban suficientemente especificadas ni las variables ni las bases interpretativas en las que basaban sus inferencias.

4. 2. 4. FIABILIDAD Y VALIDEZ DEL TEST DE RORSCHACH

Ambos aspectos han sido muy criticados no solamente con respecto al Rorschach, sino a todas las técnicas proyectivas. Sin embargo, creemos que en los últimos años se han hecho esfuerzos considerables y actualmente disponemos de los suficientes datos empíricos que avalan el test.

4. 2. 4. 1. Fiabilidad

Evaluar la fiabilidad del Rorschach es difícil, sobre todo por no disponer de una prueba paralela. La técnica de las dos mitades plantea muchos problemas y no parece adecuada, porque los estímulos del test son diferentes, tanto en niveles de dificultad como de complejidad. A pesar de todo, inicialmente se realizaron estudios de este tipo con resultados suficientemente aceptables (por ejemplo, HERTZ, 1954; VERNON, 1933).

Con respecto a la técnica test-retest, GOLFRIED, STRICKER y WEINER (1971) señalan que no se puede determinar si los cambios a lo largo del tiempo son producidos por la inestabilidad del test o por un cambio en las características de la personalidad.

EXNER (1978) considera que es necesario precisar algunos puntos habitualmente criticados con respecto al sistema test-restest en el Rorschach:

1) A pesar de que autores como HOLZBERG (1960) señalan que la actitud del sujeto es diferente en las dos situaciones, y que el retest puede, por sí mismo crear un encuadre diferente, produciendo posiblemente resultados falsos, la evidencia señala que el impacto de la variación se ve más en los contenidos que en los determinantes. Por otra parte, parece lógico asumir que el sujeto sufrirá una alteración completa en su estilo de respuesta,

incluso se puede pensar que al conocer mejor la prueba se puede pensar que al conocer mejor la prueba su estilo de respuesta quedará mejor reflejado.

2) HOLZBERG también señaló que las operaciones mentales en el segundo test serán diferentes de las del primero, debido a la influencia de la memoria. EXNER considera incorrecta esta aseveración dado que si el sujeto hubiera visto sólo uno o dos objetos por lámina la posibilidad de la influencia de la memoria sería sustancial, pero la mayoría de los sujetos seleccionaban las respuestas a partir de un numeroso conjunto de objetos percibidos.

> "La memoria no se basa tanto en el recuerdo de lo que se ha visto, como en lo que se ha dicho y este proceso requiere la existencia de engramas razonablemente firmes, especialmente cuando el intervalo entre la primera y la segunda prueba es largo" (pág. 80)

En un estudio efectuado sobre la situación de retest, en un periodo de seis meses (EXNER, 1978), con 20 sujetos, encontró que 6 de ellos pensaban que eran otras láminas y 8 daban respuestas diferentes a las que dieron en la primera administración a pesar de reconocer las láminas.

3) HOLZBERG también se cuestionaba la estabilidad de la personalidad. Considera que no se puede asumir que la personalidad como tal permanece constante. EXNER también replica este punto señalando que efectivamente la personalidad se modifica, pero que es poco probable que la personalidad estabilizada es decir del adulto, no sujeto a desorganizaciones psicopatológicas o a las influencias de un tratamiento experimente demasiadas modificaciones durante periodos relativamente cortos de tiempo o incluso durante varios años.

4) Por otra parte, también se pretende que todas las variables del Rorschach tengan la misma consistencia temporal. Sin embargo, algunas variables se relacionan con fenómenos situacionales, como las respuestas de movimiento inanimado (m). Aunque esto muestre una "inconsistencia" temporal para esta variable en particular, no implica que el test no sea fiable, ni tampoco invalida el significado de la variable. Los estudios sobre la consistencia temporal son importantes, por tanto, para diferenciar los rasgos más estables del sujeto de los que pueden ser de naturaleza pasajera.

Vamos a revisar a continuación los datos que se han obtenido tanto en muestras de adultos como de niños.

*** Muestras de adultos**

1. Adultos no pacientes

EXNER, LEURA, ARMBRUSTER y VIGLIONE (1977) en un estudio con 100 adultos no pacientes hallaron unos coeficientes de fiabilidad a largo plazo (3años) que van de .66 a .90 para las variables estudiadas, no se incluían todas las del test, pero si aquellas que representan la base de la interpretación del Rorschach. El más bajo corresponde a la variable "suma de todas las respuestas de sombreado" y el más alto a la variable "proporción afectiva".

EXNER, ARMBRUSTER y LEURA (1975) realizaron un retest a medio plazo (60 días) y hallaron unos coeficientes de fiabilidad de .59 a .89, correspondiendo el más alto y el más bajo a las mismas variables que en el estudio a largo plazo.

EXNER y BRYANT (1974) en su estudio sobre consistencia temporal para intervalos breves (7 días) obtuvieron unos

coeficientes de fiabilidad entre .51 y .93. Ambos corresponden con las mismas variables de los estudios reseñados previamente.

Todos estos datos están obtenidos con grupos de adultos no pacientes de ambos sexos. Los sujetos fueron diferentes para cada estudio.

2. Adultos pacientes

EXNER, SCHLUYLER, SCHUMACHER y KUHN (1976) hallaron los coeficientes de fiabilidad para las variables ya mencionadas con un grupo de esquizofrénicos hospitalizados. El retest se pasó a los 10 días. Los resultados van de .71 a .92. El más bajo corresponde a la variable "experiencia potencial" (ahora llamada experiencia estimular), y el más alto a la variable "X+%". El coeficiente en la variable "suma de todas las respuestas de sombreado" fue de .72 y el de la variable "proporción afectiva" fue de .79.

Con el objeto de analizar las variaciones que se pueden dar en el Rorschach bajo condiciones de tratamiento EXNER, WYLIE y ARMBRUSTER (1975-76) realizaron dos estudios:

1) Se administró el test de Rorschach a 35 pacientes externos al comienzo del tratamiento breve, y el retest a los 30 meses después del inicio del mismo. El coeficiente de fiabilidad más bajo corresponde a la variable "suma de todas las respuestas de sombreado (.28) y el más alto al "índice de egocentrismo" (.91)

2) Se realizó un estudio similar con 30 pacientes externos al comienzo de un tratamiento a largo plazo. Se les administró la segunda prueba al cabo de 6 meses. El coeficiente de fiabilidad

más bajo es el que corresponde a la variable "suma de todas las respuestas de color" (.30) y el más alto a la variable "X+%".

A la luz de estos resultados Exner (1978) extrae las siguientes conclusiones:

1) En sujetos no pacientes la mayoría de las variables que sustentan la interpretación del Rorschach son consistentes en diferentes intervalos de tiempo.

2) Cuatro de las cinco proporciones básicas aparecen muy sólidas a lo largo del tiempo.

3) El "EB" es la proporción más consistente tanto en pacientes como en no pacientes, mientras que el "eb" presenta la mayor inestabilidad en todos los grupos, sobre todo en los que están en tratamiento.

4) La consistencia del X+% en todas las investigaciones sugiere que la exactitud perceptiva de las personas es muy estable a lo largo del tiempo, tanto si es adecuada como si es inadecuada.

* **Muestras de niños**

En muestras de niños se obtuvieron los siguientes resultados:

BRENT y EXNER (1980) con niños de 8 años y un intervalo para el retest de 7 días: el coeficiente de fiabilidad más bajo corresponde a la variable "m" (.49) y el más alto a la variable "X+%" (.95).

THOMAS y EXNER (1980) con niños de 6 años y un intervalo test-retest de 24 meses, obtuvieron el coeficiente de fiabilidad más bajo en la variable "suma de las respuestas de sombreado"(.08) y el más alto en la variable "movimiento activo" (.86).

Los mismos autores con niños de 9 años y un intervalo test-retest de 30 meses, obtuvieron el coeficiente de fiabilidad más bajo (.09) y el más alto (.86) en las mismas variables que en el estudio anterior.

ALINSKY y EXNER (1980) con niños de 7 y 15 años divididos en 2 grupos, en función de la edad, obtuvieron el coeficiente más bajo para ambos grupos en la variable "m" (.O6 para el grupo de 7 años y el .17 para el grupo de 15 años), y el más alto en la variable "P" (.88) a los 6 años y en la variable "proporción afectiva" (.89) a los 15 años.

Estos 5 estudios parecen ofrecer información considerable acerca de la fiabilidad del test con niños, en diferentes intervalos de tiempo. Estos datos unidos a los resultados obtenidos en los estudios de adultos hacen que EXNER (1980) concluya que el Rorschach tiene suficiente fiabilidad.

4. 2. 4. 2. Validez

El tema de la validez del Rorschach, así como de las técnicas proyectivas en general ha sido ampliamente discutido y censurado.

WEINER (1977) en su extenso trabajo sobre la validez del Rorschach, considera, que para realizar un acercamiento adecuado

la investigación sobre la validez del Rorschach, es necesario tener en cuenta que la mayor parte de los estudios realizados han sido puramente "empíricos" y no "conceptuales" y que es el motivo de la baja validez alcanzada.

QUIROGA (1989), resumiendo lo que WEINER (1977) considera por estudios "puramente empíricos", señala que son aquellos en los que se comparan diversas muestras en una serie de variables aleatoriamente seleccionadas, intentando determinar cuál predomina en una u otra muestra. Por el contrario "estudios conceptuales son aquellos que aportan algún argumento acerca de por qué son relevantes las medidas en cuestión para obtener la diferenciación pretendida.

Basándose en esta observación WEINER considera que los estudios conceptuales han demostrado satisfactoriamente la validez del Rorschach.

DANA (1978), PARKER (1983) y ATKINSON y otros (1986) han intentado verificar la propuesta de WEINER.

PARKER (1983) llevó a cabo una revisión de 39 trabajos de investigación sobre el Rorschach, publicados entre 1971 y 1980, en el Journal of Personality Assessment. Muestra que se pueden esperar coeficientes de fiabilidad de hasta .81 y superiores y coeficientes de validez superiores o iguales a .45, cuando las hipótesis se apoyan en evidencia teórica o empírica previa, y cuando las técnicas estadísticas utilizadas son poderosas y adecuadas: los resultados mejores se obtuvieron con estadísticos que describen la relación entre 2 variables continuas u ordenadas por rangos.

ATKINSONS y otros (1986) revisaron 126 artículos sobre la

validez del Rorschach publicados entre 1930-1980. La mayor parte de los estudios estaban basados en la relación del Rorschach con un criterio y, en algunos también se abordaba la validez de constructo.

Los estudios que analizaron fueron elegidos porque reunían las siguientes características:

* Administración de las láminas del Rorschach en su forma estándar.
* Comparación de grupos como parte del estudio.
* Juicios clínicos basados únicamente en el Rorschach.
* Al menos 10 sujetos de muestra
* No se utilizaba el Rorschach como autocriterio.
* Análisis de datos con tests de significación.

Clasificaron los 126 trabajos siguiendo un doble criterio:

1) Que fuera empírico o conceptual.

2) Estudios centrados en variables independientes por separado (ejemplo: W,F,M,...) o estudios centrados en "clusters" de variables (ejemplo: FC/CF+C, M/Fm+m...)

Se utilizó análisis de varianza unifactorial, siendo el procedimiento de validación la variable independiente, y la tasa "Inferencias Significativas/Total de Inferencias", la variable dependiente. Los resultados obtenidos muestran que los estudios conceptuales, tanto centrados en variables independientes por separado, como en "clusters" de variables, obtienen datos en los que se apoya mejor la validez del Rorschach, en comparación con los estudios empíricos ($F_{(1.126)}=26.12$; $p<0.0001$ y $F_{(1.126)}=16.62$; $p<0.0001$). En general, la investigación de tipo "empírico" valida

el 20% de sus inferencias mientras que los estudios "conceptuales" validan un 53%.

Las conclusiones de estos autores son las siguientes:

* Dado que la investigación empírica, no está basada en una conexión lógica entre los índices del Rorschach y las discriminaciones pretendidas, podemos asumir que su éxito en la validación es en gran medida fortuito.

* Dado que los estudios conceptuales manifiestan mayor éxito que las investigaciones empíricas, debemos pensar que el Rorschach posee alguna validez. En concreto, el éxito de la investigación conceptual, demuestra tanto la validez de criterio, ya que las puntuaciones correlacionan con algún aspecto del comportamiento concurrente o predicho, como la validez de constructo, ya que la formulación teórica, da cuenta de la relación entre la(s) puntuación(es) del Rorschach y alguna condición o conducta.

En todo caso, se han llevado a cabo numerosos estudios centrados en la validez predictiva y concurrente en el Rorschach, de las que HOWES (1981) hace una extensa revisión. En algunos casos, la validez concurrente con otros instrumentos arroja resultados ambiguos (PALMER y LUSTGARTEN, 1962; KUNCE y TAMKIN, 1989). Esto se explica por el hecho de que, casi siempre, los constructos empleados por pruebas diferentes, no coinciden más que en el nombre y en una proporción casi imperceptible de la varianza (AVILA y RODRIGUEZ SUTIL, 1990).

Muchos autores proponen el método de la validez de constructo como el más adecuado para las técnicas proyectivas (DANA, 1968, 1982; GOLFRIED y otros, 1971; AVILA, 1986).

WIDIGER y SCHILLING (1980) propusieron un modelo para estudiar la validez de constructo del Rorschach. Su propuesta incluye 3 pasos fundamentales:

- Explicación del entramado nomológico
- Determinación de observables
- Construcción de un diseño de investigación que permita evaluar la validez del instrumento dentro del entramado nomológico citado.

Este diseño incluiría: validez convergente y discriminante, validación cruzada, conclusión negativa inequívoca. Una vez establecida la validez conceptual se habrían de obtener una serie de objetivos:

1) Tener validez clínica
2) Tener validez incremental
3) Utilizar muestras representativas.
4) Hacer un uso limitado de la inferencia estadística.

Como vemos, aunque ha sido muy censurada la falta de estudios empíricos serios, en lo que se analizara la fiabilidad y validez del Rorschach, así como de otras técnicas proyectivas, en los últimos años se han realizado importantes avances en esta línea.

C A P I T U L O V

ESTUDIO EMPIRICO

5. 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los capítulos precedentes hemos realizado una revisión de la literatura científica que estimábamos básica para establecer nuestro punto de partida.

Hemos partido de la exposición acerca de las implicaciones psicológicas de la paraplejia porque estimamos que ofrecen el marco adecuado para la comprensión del autoconcepto. (Capítulo I).

A continuación, hemos recogido las aportaciones que han realizado los autores más significativos que han estudiado el autoconcepto desde diversas perspectivas. (Capítulo II).

Hemos relacionado autoconcepto y minusvalía física para centrarnos en la relación autoconcepto-paraplejia. (Capítulo III).

Finalmente, hemos realizado una revisión de la literatura científica referida a las técnicas de medida seleccionadas para llevar a cabo nuestro estudio. (Capítulo IV).

De lo expuesto en estos capítulos de revisión sobre el estado actual de la investigación, se desprenden las siguientes consideraciones:

1. La investigación sobre las implicaciones psicológicas de la lesión medular traumática ha experimentado un notable incremento en estos últimos años.

2. En líneas generales, se estima que no queda alterada la expectativa de vida, pero que el impacto emocional sufrido por el sujeto va a requerir un tiempo largo de adaptación a la nueva

situación.

3. Una de las implicaciones psicológicas más importantes es la alteración del autoconcepto en el parapléjico.’5

4. La adaptación psicológica a la paraplejia va a pasar por una serie de estadíos (proceso de adaptación) en los que el autoconcepto irá experimentado diversas transformaciones.

5. Últimamente la amplia bibliografía sobre el tema del autoconcepto está incrementándose de forma notable. Proliferan -a nuestro juicio, en exceso- teorías no suficientemente validadas, incompletas y ambiguas. E incapaces, por tanto, de servir de marco referencial a los estudios empíricos.

6. Se echa, además, en falta una exploración empírica sistemática del autoconcepto.

7. Existe una polémica no resuelta acerca de diversos temas referentes al autoconcepto: dimensionalidad, estabilidad, interrelación con otros constructos.

8. Existe un excesivo número de técnicas de medida del autoconcepto; pero dada la variabilidad e imprecisión de las definiciones acerca del mismo, tales técnicas no se pueden confrontar entre sí ni permiten hacer generalizaciones a partir de ellas.

9. Entre las diferentes técnicas de medida del autoconcepto se pueden distinguir dos tipos básicos: los autoinformes y las técnicas de inferencia. Los autoinformes se utilizan para medir lo que se ha dado en llamar el "autoconcepto fenomenológico", es decir, aquello de sí mismo de lo que el

sujeto tiene conciencia. Las técnicas de inferencia plantean el acceso al autoconcepto a través de secuencias de comportamiento, de material de entrevistas o de interpretaciones de tests proyectivos.

10. La TSCS es uno de los métodos de autoinforme más utilizados para la medición del autoconcepto.

11. Entre las técnicas de inferencia, el Test de Rorschach ha significado un avance importante en la medida del autoconcepto a partir de la introducción del "Cluster de Autoconcepto" propuesto por Exner.

Hasta ahora, los estudios empíricos que se han realizado sobre el autoconcepto en la paraplejia -algunos de ellos, con la TSCS- aportan resultados contradictorios. Con respecto al Test de Rorschach, no conocemos ninguna investigación que se haya realizado con esta técnica para evaluar el autoconcepto en los parapléjicos.

Por todo ello, el objetivo de nuestro trabajo es doble:

1. Profundizar en el estudio del autoconcepto en los parapléjicos a fin de poder conocer mejor las implicaciones psicológicas subsiguientes a la lesión medular traumática.

2. Acercarse a la medida del autoconcepto con dos técnicas de evaluación de características muy diferentes; lo que nos permitirá abordar su conocimiento desde ambas perspectivas.

5. 2. METODO Y PROCEDIMIENTO

5. 2. 1. SUJETOS

Los sujetos que forman parte de este estudio son 100, divididos en dos grupos de 50 cada uno: Parapléjicos (P) y No Parapléjicos (NP).

5. 2. 1. 1. Grupo de Parapléjicos

A continuación, expondremos los criterios seguidos para la selección de los parapléjicos.

1. Sexo:

Son todos varones. El hecho de haber elegido solo varones se debe a que la mayor parte de la población de parapléjicos es masculina, tanto en España como en otros países. Datos del INSTITUTO GUTTMAN de Barcelona (1980) recogidos durante 25 años muestran una incidencia del 76% de población masculina y del 24% femenina. En el CENTRO NACIONAL DE PARAPLEJICOS de Toledo, las cifras apuntan a un 80% de hombres y un 20% de mujeres. TRIESCHMANN (1981), refiriéndose a la población norteamericana, ofrece unos datos similares (80% de hombres y 20% de mujeres).

A la vista de estos porcentajes, nos pareció viable realizar el estudio sólo con varones.

2. Edad:

De 20 a 40 años. Los datos epidemiológicos señalan que éste es el intervalo en el que se produce mayor número de lesiones medulares. El INSTITUTO GUTTMAN (1980) tiene registrado en este intervalo el 42% de los lesionados medulares. TRIESCHMANN (1981) señala que el 60% se sitúa entre los 15 y los 29 años.

Aunque se registra un número también alto de lesionados

medulares entre los 15 y 20 años, nos ha parecido conveniente mantener nuestro intervalo entre los 20 y los 40 años a fin de que hubiera la mayor homogeneización posible, y no se alteraran los resultados por efecto de las características propias de la adolescencia, de difícil control y categorización.

3. Nivel cultural:

Se han incluido sujetos de nivel cultural bajo, medio y superior en proporciones semejantes a las observadas en la población de lesionados medulares. En el Instituto GUTTMAN (1980) se han descrito estos porcentajes: Analfabetos: 17%, nivel primario: 55%, nivel elemental: 22%, nivel superior: 6%.

Las categorías establecidas por el Instituto Guttman no corresponden exactamente con las que hemos establecido nosotros. Se incluye allí en el nivel primario a sujetos que saben leer y escribir con dificultad; en el nivel elemental a los que saben leer y escribir correctamente y conocen las cuatro reglas fundamentales de aritmética; en el nivel superior a los poseedores de estudios medios o superiores.

Nosotros hemos establecido un criterio más exigente: "Nivel bajo" incluye a los sujetos con estudios primarios, "nivel medio" a los bachilleres y " nivel superior" a los titulados superiores o que al menos estén a la mitad de una carrera universitaria.

Nuestra distribución porcentual según los diferentes niveles culturales es la siguiente:

Nivel bajo	Nivel medio	Nivel superior
15 suj. (30%)	26 suj. (52%)	9 suj. (18%)

4. Procedencia Geográfica:

Los sujetos parapléjicos de nuestro estudio proceden de diversas regiones de la geografía española. El 78% procede de zonas urbanas y el 22% de zonas rurales.

5. Situación familiar:

Todos los sujetos incluidos viven con su familia. No hemos hecho diferenciaciones en cuanto al estado civil porque las investigaciones consultadas a este respecto no muestran diferencias significativas.

Nos ha parecido necesario que todos tuvieran una situación familiar estable, dada la dificultad que supone para estas personas vivir solos, una vez acabada la hospitalización.

5. Normalidad de los sujetos:

Este criterio nos ha parecido importante, dado que la presencia de trastornos emocionales o rasgos psicopatológicos previos, puede ser la causa o al menos influir en la posibilidad de tener algún accidente.

Por todo ello se han excluido de este estudio:

1. Los sujetos que han estado en tratamiento psiquiátrico o psicológico.

2.- Los sujetos que, aunque no hayan acudido a ningún tratamiento, presentaban en los datos de su historia elementos que hacían pensar en trastornos emocionales y/o psicopatológicos.

3.- Los sujetos cuya lesión sea el resultado de un accidente de naturaleza dudosa, que podría interpretarse como un intento de suicidio declarado o no.

6. Lesión:

En cuanto a la causa, nivel y extensión de la lesión hemos querido que el grupo fuera lo más homogéneo posible para que las consecuencias físicas de la misma fueran similares.

a) Causa de la lesión: La causa de la paraplejia puede ser médica, por enfermedad, por defecto congénito o traumática.

Los datos del Instituto Guttman señalan que el 64% tiene una causa traumática y el 36% engloba a las demás.

La misma fuente da la siguiente distribución porcentual de las parálisis traumáticas:

Accidente laboral: 43%
Accidente de tráfico: 39%
Otros accidentes: 18%

TRIESCHMANN (1981) señala en cuanto a las causas de las lesiones medulares traumáticas este orden de frecuencia: accidentes de tráfico, accidentes deportivos y accidentes laborales.

Nuestra investigación la hemos centrado en el análisis de los lesionados medulares traumáticos. Las razones que nos han llevado a ello son, por una parte, su alta frecuencia y por otra, el hecho de que al producirse un cambio tan súbito

y radical -de estar sano a estar paralizado de forma irreversible-, sus consecuencias nos parecen más difíciles de asimilar y elaborar. También pensamos que incluyendo sólo parapléjicos traumáticos, el grupo sería más homogéneo.

En cuanto a la causa de la lesión, nuestro grupo queda distribuido así:

. Accidentes de tráfico: 33 sujetos. 66%
. Otros accidentes: 17 sujetos. 34%

b) Nivel de lesión: Hemos limitado nuestro estudio al análisis de los sujetos con lesión medular a la altura de las vértebras dorsales o lumbares (parapléjicos) y hemos excluido a los sujetos con lesiones a la altura de las vértebras cervicales y primera dorsal (tetrapléjicos).

Nuestro grupo, por tanto, está constituido por parapléjicos exclusivamente y no incluimos tetrapléjicos. Nos ha llevado a ello el hecho de que las limitaciones que comporta la paraplejia son menores que las que lleva consigo la tetraplejia.

Los lesionados dorsales y lumbares no tienen afectados los miembros superiores, mientras que los tetrapléjicos sí, y esto nos parece de especial importancia a la hora de estudiar el autoconcepto (véase capítulo I)

c) Extensión de la lesión: Hemos optado por incluir exclusivamente lesiones completas, por tanto, que afecten al plano motor y sensorial

Las lesiones incompletas pueden suponer alguna posibilidad de actividad motora controlada o de sensibilidad, que nos

parece ha de influir de un modo diferente en la percepción de sí mismo, sobre todo a nivel corporal, tanto de imagen corporal como de esquema corporal y sentimiento de integración.

7. Tiempo transcurrido desde la lesión:

Nos ha parecido interesante hacer una subdivisión del grupo de parapléjicos en base al tiempo transcurrido desde la lesión: Hemos denominado a estos subgrupos "Parapléjicos Antiguos" (PAN) y "Parapléjicos Nuevos" (PNUE).

Esta subdivisión la hemos realizado porque pensamos que puede haber diferencias en el autoconcepto entre los sujetos que llevan poco tiempo desde que ocurrió el accidente y por tanto están en las fases de adaptación (ver Cap. I) y los que llevan ya un cierto tiempo y, por lo tanto, han realizado -o así se espera- el ajuste psicológico a su nueva situación.

Vamos a hacer una descripción de las características específicas de los dos subgrupos.

. **PARAPLEJICOS ANTIGUOS (PAN):** Consideramos Parapléjicos Antiguos a los sujetos que llevan lesionados entre un mínimo de dos años y un máximo de diez.

El mínimo de dos años lo hemos establecido para que lleven por lo menos un año reintegrado a su vida familiar, ya que el periodo de rehabilitación dura algo menos de un año. El máximo de diez nos parecía que marcaba un límite suficiente para evitar una alteración de los resultados debida a otro tipo de trastornos.

. **PARAPLEJICOS NUEVOS (PNUE):** Llamamos Parapléjicos Nuevos a aquellos que llevan no menos de tres meses ni más de un año desde que se produjo la lesión.

El mínimo de tres meses se ha fijado teniendo en cuenta:

* que hubieran pasado la fase aguda del tratamiento.

* que ya estuvieran adaptados a la silla de ruedas. Es decir, que ya no sufrieran mareos, ni vértigos y fueran capaces de permanecer sentados en ella al menos 5-6 horas diarias.

* que tuvieran una adecuada información por parte del Centro sobre su situación, es decir, sobre la irreversibilidad de la lesión y sus consecuencias.

Nos ha parecido que este margen de tiempo fijaba las condiciones mínimas en que el sujeto puede afrontar su nueva situación.

El máximo de un año se ha fijado con la finalidad de que todos los llamados Parapléjicos Nuevos estuvieran en la misma situación: permanencia en el Centro de Rehabilitación y no haberse reintegrado aún a la vida familiar.

Ninguno de los sujetos conocía la finalidad de la investigación. Se les preguntó solamente si querían colaborar en una investigación que se estaba llevando a cabo en la Universidad para conocer mejor la paraplejia.

5. 2. 1. 2. Grupo de No Parapléjicos (NP).

El grupo de No Parapléjicos se definió como grupo de control.

Está compuesto por 50 sujetos varones de 20 a 40 años.

A fin de que la variable "nivel cultural" no interfiriera en los resultados se realizó una distribución similar a la efectuada en el grupo de parapléjicos.

Se distinguieron tres niveles:

Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto
l2 suj. (24%)	23 suj. (46%)	15 suj. (30)

No hay diferencias significativas entre el grupo de parapléjicos y el de No Parapléjicos en la variable nivel cultural.

Se han mantenido los mismos criterios que en el grupo de Parapléjicos en cuanto a procedencia geográfica, situación familiar y normalidad.

Tampoco este grupo conocía la finalidad de la investigación. Se les propuso si querían participar en una investigación que se estaba llevando a cabo en la Facultad de Psicología con hombres de su edad.

5. 2. 2. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Hemos seleccionado los siguientes instrumentos:

- Tennessee Self Concept Scale (TSCS, Fitts, 1965). Traducción de Gª TORRES (1982).

- Test de Rorschach (Medical Publishers, 1948). Se siguió el sistema de administración, corrección e interpretación desarrollado por EXNER (1974, 1978, 1986, 1990).

5. 2. 2. 1. Criterios de selección

Los criterios que guiaron la selección de estos dos instrumentos fueron los siguientes:

. Tennessee Self Concept Scale

* Ha sido suficientemente estudiada y su difusión es cada vez más amplia. Cubre la población tanto de jóvenes como de adultos.

* Ha sido la prueba de autoconcepto más utilizada en lesionados medulares (RIGGIN, 1976; FITTING, 1979; MAYER, 1982; GIALLO, 1984; GREEN, 1984; THUEDT, 1984).

* Permite diferenciar diversos aspectos del autoconcepto. Y esta diferenciación adquiere especial relevancia tratándose de parapléjicos, pues esperamos que, en este grupo, con relación al grupo de No Parapléjicos, algunas áreas del autoconcepto queden más afectadas que otras.

. Test de Rorschach:

* La amplia difusión que ha tenido el test de Rorschach y los numerosos estudios consagrados al mismo, permiten hoy considerarlo como una prueba de suficiente fiabilidad y validez. (Véase capítulo IV).

* El Cluster de Autopercepción (véase capítulo IV) incluido por EXNER (1986, 1988) ofrece, además, buenas posibilidades de contrastación con la TSCS.

5. 2. 2. 2. Descripción de los instrumentos

A continuación, haremos una descripción de cada una de ellos.

5. 2. 2. 2. 1. Tennessee Self Concept Scale

LA TSCS está constituida por 100 elementos. FITTS (1965) seleccionó los elementos de su escala a partir de los estudiados en otras escalas de autoconcepto - BALESTER (1956), ENGEL (1956) y TAYLOR (1953)- y de la descripción que hacían por escrito pacientes y no pacientes.

FITTS habla de un sistema, que denomina "fenomenológico", con el que llega a identificar 90 elementos que son considerados, cada uno, -a través de cuadros de doble entrada-, en una dimensión externa (columnas) y una dimensión interna (filas). Se llega así a configurar una clasificación del total de los 90 elementos en cinco dimensiones externas y tres internas.

Este trabajo fue realizado por siete psicólogos clínicos entre los que hubo un alto nivel de acuerdo sobre su distribución en las diferentes escalas. Además, se añadieron 10 elementos de autocrítica a partir de la Escala L del MMPI.

De los 90 elementos, 45 se hallan formulados positivamente (P) y 45 negativamente (N).

Se clasifican en primer lugar en tres dimensiones internas:

1. Identidad ("cómo soy"). El sujeto se describe a sí mismo tal y como él se percibe. (Es lo que FITTS denomina "identidad básica".)

2. Autosatisfacción: ("cómo me siento"). El sujeto describe cómo percibe que se siente a sí mismo.

3. Conducta: ("cómo actúo") corresponde con los elementos que hacen referencia a "lo que yo hago o así actúo".

Cada una de estas tres dimensiones está constituida por elementos que a su vez hacen referencia a cinco dimensiones externas del autoconcepto:

1. El "sí mismo físico": el sujeto describe cómo ve su cuerpo, su estado de salud, su apariencia física, habilidades y sexualidad.

2. El "sí mismo ético-moral": el sujeto describe cómo se ve a sí mismo con respecto a los valores ético-morales.

3. El "sí mismo personal": el sujeto describe cómo se percibe con respecto a su valor personal y con respecto a su sentimiento de adecuación como persona.

4. El "sí mismo familiar": el sujeto describe cómo se percibe en cuanto a su valor y estimación en tanto miembro de la familia.

5. El "sí mismo social": el sujeto describe cómo se percibe e interactúa con los demás.

Existen 5 posibilidades de respuesta: 1: completamente falso, 2: bastante falso, 3: entre cierto y falso, 4: bastante cierto, 5: completamente cierto.

Se obtiene una puntuación para cada una de las dimensiones interna y externa. Su suma nos dará la puntuación total de autoconcepto.

También se tienen en cuenta las siguientes puntuaciones:

* Conflicto Neto (NET CONFLICT): mide cómo las respuestas del sujeto a los elementos positivos (P) difieren de sus respuestas a los elementos negativos (N) en la misma área de percepción de sí mismo. La diferencia entre ambas puntuaciones (P-N) es una medida operativa de conflicto.

* Proporción Verdadero- Falso (V/F): Es semejante a la anterior. El sujeto se autodefine centrándose en lo que considera que él es y rechazando lo que considera que no es.

* Puntuación Total de Conflicto (TCON): refleja el total de conflicto entre los elementos positivos y negativos.

* Puntuaciones de Variabilidad (CV, RV, VT): reflejan las fluctuaciones entre un área de autopercepción y otra.

* DIS, N5, N4, N3, N2, N1: estas puntuaciones expresan cómo se distribuyen las respuestas entre los 5 tipos posibles. Indican el índice de certeza respecto a cómo el sujeto se ve a sí mismo.

Aunque en la mayor parte de los trabajos consultados sólo se analizan las puntuaciones de las dimensiones internas y externas y la puntuación total de autoconcepto, nos ha parecido interesante incluir las anteriormente citadas porque pueden explicar las diferencias existentes, o ausencia de las mismas, entre los grupos.

5. 2. 2. 2. 2. Test de Rorschach

En el Capítulo IV hemos realizado una revisión teórica del Test de Rorschach y los Clusters propuestos por EXNER (1986, 1988, 1990). Aquí nos limitaremos a describir las variables que componen el Cluster de Autopercepción y las que nosotros hemos añadido y que posteriormente justificaremos.

Las variables que componen el "Cluster de Autopercepción son las siguientes: EGOC, Fr+rF, FD, V, MOR, H pura, An+Xy, Cont. M, FQ-.

Nosotros hemos incluido, además, las variables M^a, M^p, a y p que posteriormente describiremos.

Vamos a definir brevemente las variables anteriormente citadas:

* EGOC: [3r+(2)]/R. Representa la proporción de respuestas de reflejos y pares con respecto al total de respuestas al test. Las respuestas de reflejo, debido a su escasez en la mayor parte de los protocolos, reciben una puntuación ponderada equivalente a tres respuestas de pares.

* Fr+rF: Suma de todas las respuestas de forma reflejo y reflejo forma que aparecen en el protocolo. Se valora como

Fr la respuesta en que la forma de la mancha determina el contenido que a su vez se interpreta como reflejado a causa de la simetría de la mancha. Se valora como rF la respuesta en que los rasgos de simetría son primarios y la forma se introduce de modo inespecífico o ambiguo.

* FD: Esta valoración se utiliza para las respuestas que incluyen perspectiva o dimensionalidad determinada exclusivamente por la forma.

* V: Incluye todas las respuestas en las que la interpretación de la profundidad o dimensionalidad se basa en los elementos de claroscuro de la mancha. Hay tres tipos:

- Vista pura (V): el sujeto solo alude a la perspectiva o profundidad, sin referencia a la forma.

- Vista forma (VF): Las respuestas se basan primariamente en los elementos de sombreado e incorporan de forma secundaria los elementos formales.
- Forma vista (FV): las respuestas tienen como determinante primario la forma y se utiliza el sombreado secundariamente para representar profundidad o perspectiva.

* MOR: Contenido mórbido: Respuestas en las que un objeto se identifica con alguna de las características siguientes:

- Objeto muerto, destruido, arruinado, estropeado, dañado, lesionado o roto.

- Atribución a un objeto de un sentimiento o una

característica claramente disfórica.

* H pura: Total de respuestas cuyo contenido es una figura humana completa.

* An+Xy: Suma de las respuestas de contenido anatómico (An) y de radiografías (Xy).

- An: Percepción de órganos internos ya sean animales o humanos.

- Xy: percepción de radiografías

* Cont. M: Contenido de las respuestas de movimiento humano.

* FQ-: Total de respuestas de calidad formal negativa. Se considera FQ- cuando se utiliza la forma de modo distorsionado o incluye líneas arbitrarias imaginarias.

El hecho de tratarse de un estudio realizado con un grupo de parapléjicos nos ha inducido a incluir una serie de variables en las que pensamos que podrían aparecer diferencias significativas con respecto al grupo de no parapléjicos, debido a los aspectos psicológicos que evalúan dichas variables. Posteriormente, en una comunicación personal, el profesor EXNER (1988) mostró su acuerdo con respecto a la elección realizada. Estas variables son las siguientes:

* Mª: respuesta que implica una percepción cinestésica activa y cuyo contenido -referido a personas o animales- dice de un comportamiento humano. En el caso de referirse a animales, la actividad incluida en la respuesta no puede

ser compatible con el mundo animal.

* Mp: Igual a la anterior, pero aquí la percepción cinestésica es pasiva.

* a: Toda respuesta de movimiento humano, animal o inanimado que sea activo.

* p: Toda respuesta de movimiento humano, animal o inanimado que sea pasivo.

* Análisis por separado de An y Xy.

De esta forma disponíamos de 14 variables que nos permitían valorar el autoconcepto. No obstante, esto conlleva una dificultad, en el sentido de que no obteníamos una única puntuación de autoconcepto sino diversas aproximaciones. Precisamente por ello, EXNER (1990) ha identificado 8 variables cuya conjunción permite obtener una única puntuación de autoconcepto. Esta identificación está basada en aspectos teóricos que los diversos trabajos empíricos en curso de realización deberán apoyar o no. La nueva variable ha sido denominada "Self" y se construye a partir de los valores obtenidos en 3r+(2)/R, FV, FD, H pura, MOR, An+Xy, H cont, FQ-, Fr y rF de la forma siguiente: Al sujeto se le asigna valor 1 o 0 en función de las condiciones que especificamos a continuación, de tal forma que la variable "Self" es el resultado de la suma de 1 y 0 conseguidos según la fórmula siguiente Self= S1+S2+S3+S4+S5+S6-S7-S8.

Condiciones:

1. Si (3r+(2)/R <.33) ---------- S1=1
   En otro caso ---------- S1=0

2. Si (FV >0) o (FD >1))---------- S2=1
   En otro caso---------- S2=0

3. Si (H pura < 2)---------- S3=1
   En otro caso---------- S3=0

4. Si (MOR > 1) ---------- S4=1
   En otro caso---------- S4=0

5. Si (An+Xy > 1) ---------- S5=1
   En otro caso ---------- S5=0

6. Si H cont= FQ- ---------- S6=1
   En otro caso ---------- S6=0

7. Si ((Fr=rF >0) o (3r+(2)/R >.43)) --- S7=1
   En otro caso ---------- S7=0

8. Si (H pura > 3) ---------- S8=1
   En otro caso ---------- S8=0

Por tanto, la variable "Self" posee un rango que va desde -2 a +6, de tal forma que a menor puntuación mejora el autoconcepto ya que las puntuaciones positivas obtenidas en S1-S6 reflejan cualidades negativas del autoconcepto.

5. 2. 2. 3. Datos estadísticos normativos

Los datos estadísticos de la TSCS ofrecidos por FITTS (1965) están elaborados sobre una muestra de 628 sujetos de ambos sexos de edades comprendidas entre los 12 y 68 años. (tabla 5)

Los coeficientes de fiabilidad fueron obtenidos utilizando como método el procedimiento test-retest, siendo el intervalo de

2 semanas. Estos coeficientes se obtuvieron a partir de los resultados obtenidos por 60 sujetos de ambos sexos de edades comprendidas entre 17 y 22 años.

Los últimos datos estadísticos descriptivos del Rorschach publicados por EXNER (1989) están elaborados con una muestra de 700 sujetos adultos no pacientes. 350 varones y 350 mujeres, de edades comprendidas entre 18 y 65 años (tabla 6).

Los coeficientes de fiabilidad fueron obtenidos a través de dos estudios utilizando como método el procedimiento test-retest. En el estudio llevado a cabo por EXNER, THOMAS y COHEN (1983), con 50 sujetos (25 hombres y 25 mujeres), el intervalo fue de un año. En el realizado por EXNER, ARMBRUSTER y VIGLIONE (1978), con 100 sujetos (50 hombres y 50 mujeres), el intervalo fue de tres años.

En ambos estudios solamente se codificaron 19 variables del Sumario Estructural, por considerar que son las que sirven de base para la interpretación del Rorschach. En la tabla que exponemos con los datos normativos sólo figuran aquellos coeficientes de fiabilidad de las variables de que podemos disponer.

Tabla 5 Datos estadísticos descriptivos de la TSCS

	$\bar{X}$	Sx	Fiabilidad test-retest 2 semanas
SCRI	35.54	6.70	.75
TF	1.03	.29	.82
NC	-4.91	13.01	.74
CTOT	30.10	8.21	.74
TOT	345.57	30.70	.92
R1	127.10	9.96	.91
R2	103.67	13.79	.88
R3	115.01	11.22	.88
CA	71.78	7.67	.87
CB	70.33	8.70	.80
CC	64.55	7.41	.85
CD	70.83	8.43	.89
CE	68.14	7.86	.90
VT	48.53	12.42	.67
CV	29.03	9.12	.73
RV	19.60	5.76	.60
DIS	120.44	24.19	.89
N5	18.11	9.24	.88
N4	24.36	7.55	.79
N3	18.03	8.89	.77
N2	18.85	7.99	.71
N1	20.63	9.01	.88

Tabla 6 Datos estadísticos descriptivos del Rorschach

	$\bar{X}$	Sx	Fiabilidad test-retest 1 año	3 años
FQ-	1.44	1.04		
M	4.30	1,92	.84	.87
Ma	3.03	1.59		
Mp	1.31	.94		
a	6.48	2.14	.83	.86
p	2.69	1.52	.72	.75
V	.26	.58	.87	.81
Fr	.08	.35		
Par	8.68	2.15		
FD	1.16	.87		
EGOC	.39	.07	.89	.87
H	3.39	1.80		
MOR	.70	.82	.83	.69

5. 2. 3. PROCEDIMIENTO

A continuación, vamos a describir el procedimiento seguido en la aplicación de las pruebas y en su corrección.

5. 2. 3. 1. Procedimiento seguido en la evaluación de los sujetos

En todos los casos se llevó a cabo una entrevista previa a la aplicación de las pruebas.

Su objetivo era la recogida de una serie de datos personales, así como el establecimiento de un buen contacto que permitiera una mayor colaboración en la realización de las

pruebas.

En la recogida de datos personales se incluyeron preguntas acerca de: edad, nivel de estudios, profesión, situación familiar actual, composición de la familia parental, lugar de residencia, etc.

En el caso de los Parapléjicos se formularon, además, una serie de preguntas que consideramos necesarias para el estudio:

- Fecha del accidente, con la finalidad de comprobar si el sujeto entraba en los intervalos marcados en cada uno de los dos grupos.

- Tiempo de hospitalización y evolución de la paraplejia con la finalidad de conocer las complicaciones que hubieran podido darse durante ese periodo. Quedaron descartados aquellos sujetos que habían tenido complicaciones excepcionales.

- Nivel y grado de lesión, puesto que todos nuestros sujetos debían tener lesiones dorsales o lumbares completas.

- Situación familiar actual, incluyendo preguntas acerca de cómo había colaborado la familia durante el periodo de hospitalización (En el Centro Nacional de Parapléjicos les permite y se recomienda a los familiares que permanezcan durante el día con los pacientes). En el caso de los Parapléjicos Antiguos también recogimos información acerca de la acogida familiar después de la vuelta a casa.

- En caso de accidente de tráfico, se preguntó quién

conducía el vehículo y qué consecuencias tuvo para el resto de las personas accidentadas. (El que hubiera habido algún fallecido o algún herido con lesiones graves nos parecía que podía aumentar el nivel de conflicto y la culpa). (La variable conductor-no conductor fue incluida inicialmente en la investigación, pero al no haber aparecido diferencias significativas entre ambos grupos, la hemos excluido).

- En el caso de accidentes deportivos o laborales, preguntamos la causa del accidente, a fin de poder descartar aquellos casos en los que aparecieran imprudencias que indujeran la sospecha de intentos de suicidio más o menos conscientes.

Además, en el caso de los Parapléjicos Antiguos también se formularon preguntas acerca de:

- Hospitalizaciones y problemas orgánicos o psíquicos posteriores.

- Situación profesional después del accidente.

- Cambios en la situación familiar que se hubieran producido a partir del accidente: matrimonio, separación, empezar a vivir solo, etc.

Los datos relativos a fecha del accidente, nivel y grado de lesión, tiempo de hospitalización y problemas orgánicos, los confirmamos con los registros del centro para tener la certeza de que no había habido alteraciones en la información.

La aplicación de la Tennessee Self Concept Scale (TSCS) se llevó a cabo siguiendo las normas de aplicación descritas por FITTS (1965).

La aplicación del Rorschach se realizó siguiendo el procedimiento propuesto por EXNER (1974, 1986).

El orden de aplicación fue el mismo para todos los sujetos: Entrevista, Rorschach, TSCS. Su aplicación se realizaba en una sola sesión. Decidimos pasar en primer lugar el Rorschach para que los sujetos del estudio no establecieran ninguna relación entre esta prueba y el estudio del autoconcepto.

En el grupo de Parapléjicos, la administración de las pruebas se llevó a cabo por parte de la autora de este trabajo, que permaneció en el Centro Nacional de Parapléjicos de Toledo

durante dos periodos de 15 días cada uno. En todo momento se respetó el funcionamiento del centro, acudiendo los sujetos a las entrevistas cuando disponían de tiempo libre. Se dispuso para su realización de un despacho sin que se produjeran interrupciones por parte de terceras personas.

En el grupo de No Parapléjicos, la administración de las pruebas fue realizada siempre por la misma persona. En ninguno de los casos la psicóloga tenía relación previa con el sujeto entrevistado.

A todos los sujetos se les informó de la confidencialidad de sus resultados personales.

5. 2. 3. 2. Procedimiento de corrección

5. 2. 3. 2. 1. Corrección de la TSCS

Se llevó a cabo siguiendo las normas propuestas por FITTS (1965) en el manual de la prueba.

Los 100 protocolos fueron corregidos por la autora de este trabajo.

Una vez valorados los protocolos, se calculó el coeficiente de consistencia interna (de CROMBACH) como método para analizar la fiabilidad del test. Se halló este índice porque no nos era posible calcular otro método de fiabilidad dadas las características de nuestro estudio. No obstante, pensamos que siendo el coeficiente alpha de Crombach el límite inferior del coeficiente de fiabilidad, disponemos de una información bastante adecuada acerca de este aspecto del test. En este caso el índice alpha es .64 (calculado mediante el programa "Reliability" del

paquete estadístico para ordenadores SPSS), por lo que podemos considerar que la TSCS posee una aceptable fiabilidad para ser utilizada en muestras españolas.

5. 2. 3. 2. 2. Corrección del Rorschach

El método de corrección seguido -al igual que el de aplicación- es el propuesto por EXNER (1974, 1986). Se ha elegido este sistema por ser el de mayor reconocimiento actualmente (ver cap.IV).

Todos los protocolos fueron corregidos por dos . En ningún caso conocían los datos de identificación del sujeto ni su grupo de procedencia (P-NP)

Una vez realizadas las correcciones, se seleccionaron las variables que se iban a analizar en este estudio (véase pág.230). Se cotejaron las diferencias, que en la mayoría de los casos quedaron resueltas por consenso. En los casos en que no había acuerdo se solicitó la corrección por parte de un tercer experto. En este caso, la valoración definitiva era la que suponía el acuerdo de dos de ellos.

En la Tabla 7 se exponen los porcentajes de acuerdo en cada una de las variables analizadas.

Como puede verse, las discrepancias interjueces más importantes corresponden a la valoración de las respuestas de Vista (V), Forma-Dimensión (FD), Contenido Mórbido (MOR), Calidad Formal Negativa (FQ-) y a la calificación de un movimiento como activo o pasivo.

La valoración de una respuesta como FD (forma-dimensión) o V (vista) puede aparecer dificultada por la verbalización del

sujeto. En ambos casos se está valorando dimensionalidad en la respuesta. En el caso de la FD esa dimensionalidad está basada en la forma. En el caso de la V, en el sombreado de la mancha.

La valoración del contenido de una respuesta como contenido mórbido viene dada por las características disfóricas del mismo. A veces, la verbalización no es suficientemente clara en este sentido.

Las diferencias respecto a la calidad formal sólo surgieron al valorar FQu o FQ-, es decir, entre la gama de las que Exner llama "calidad formal deficiente" y cuya diferenciación viene dada por frecuencia de respuestas y grado de distorsión. En ambas se da una respuesta poco frecuente y la valoración de la distorsión formal que se produce a veces no es fácil de diferenciar por la propia peculiaridad de la respuesta.

La clasificación de una respuesta de movimiento como movimiento activo o pasivo (a-p) es un punto donde incluso los profesionales más experimentados no se ponen totalmente de acuerdo y no existen definiciones específicas para su definición. Como dice el propio EXNER (1978, pág. 29) "es imposible definir con exactitud esta distinción". A pesar de todo, el nivel de concordancia es bastante alto.

Tabla 7 Porcentajes de acuerdo en las variables del Rorschach estudiadas

FQ-	**90%**
M	**97%**
Mª	96%
Mᵖ	93%
a	92%
p	89%
V	81%
Fr	100%
Par	98%
FD	88%
Egoc	98%
H=	100%
MOR =	91%
An =	99%
Xy	100%
Anxy=	98%

El acuerdo, en cambio, es casi unánime en la valoración de las otras variables debido a que éstas tienen características bien definidas y apenas permiten ambigüedad.

Una vez corregidos los protocolos, se elaboró el sumario estructural de cada sujeto. Del sumario estructural se extrajeron las variables que se iban a utilizar en el estudio. Cada sujeto obtuvo una puntuación en cada una de ellas. Algunas de estas puntuaciones están influidas por el número total de respuestas, por lo que en los Análisis de Datos hemos intentado parcializar esa influencia.

5. 3. HIPOTESIS

A continuación, se describen las hipótesis formuladas.

5. 3. 1. Hipótesis Primera

Esperamos que el grupo de Parapléjicos presente un autoconcepto más bajo que el grupo de No Parapléjicos ya sea al medirlo a través de la TSCS como del Test de Rorschach.

Además, esperamos que el Rorschach discrimine mejor entre ambos grupos puesto que el sujeto posee un menor control sobre los aspectos que serán relevantes en sus respuestas.

Como ya hemos visto en la revisión de la literatura realizada en el Capítulo III, la presencia de una minusvalía física puede afectar al autoconcepto. La mayoría de los autores, tanto desde el punto de vista teórico (como SILLER, 1969, TRIESCHMAN, 1981) como desde el punto de vista empírico (FITTING, 1979; GIALLO, 1984; GREEN, 1984; MAYER, 1982; RAY y WEST, 1984 RIGGIN, 1976; THUEDT, 1984) consideran que la lesión medular traumática es una amenaza para la autoimagen. Sin embargo, la investigación realizada ha mostrado resultados contradictorios. Nuestro objetivo es ahondar en este tema y confrontar nuestros resultados con los obtenidos en las investigaciones anteriores que hemos podido recoger.

Al utilizar como técnicas de evaluación del autoconcepto la TSCS y el Test de Rorschach hemos pretendido contrastar la aportación o la relevancia de cada una de ellas en cuanto a su posterior utilización como medidas del autoconcepto o modos de

operativizar el constructo autoconcepto.

Con la TSCS intentamos medir el "autoconcepto fenomenológico", en términos de WYLIE (1974) y de su propio autor (FITTS, 1965). Con el Rorschach nos acercaremos al "autoconcepto no fenomenológico".

Nuestra hipótesis en este sentido es que posiblemente los parapléjicos al ser preguntados directamente acerca de qué piensan de sí mismos, "oculten" o "nieguen" la forma real con la que se perciben (EPSTEIN, 1983; CROCKER y MAJOR, 1989). Sin embargo, en el Test de Rorschach estas defensas no entrarían en juego puesto que el sujeto desconoce la finalidad del mismo, aspecto que puede permitir observar la realidad de su autopercepción.

Además, no se han realizado estudios, que nosotros conozcamos, sobre la evaluación del autoconcepto de los parapléjicos mediante el Rorschach a través del Cluster de Autopercepción propuesto por Exner.

5. 3. 1. 1. Primera Subhipótesis

Esperamos que la dimensión física del sí mismo incluido en la TSCS permita discriminar mejor entre ambos grupos, en el sentido de que los Parapléjicos obtendrán puntuaciones indicativas de una autopercepción del si mismo físico disminuido.

Como hemos visto a lo largo del Capítulo II, el componente físico del autoconcepto es un factor importante del mismo. Las investigaciones teóricas y empíricas recientes han resaltado cada vez más la multidimensionalidad del autoconcepto y la mayoría de

los autores incluyen una faceta referente al componente físico.

Dado que la paraplejia afecta de manera muy intensa y extensa al cuerpo -tal y como hemos desarrollado en el Capítulo I- pensamos que, aunque otras áreas del autoconcepto no estuvieran afectadas, sí lo estará su dimensión física.

Para la verificación de esta hipótesis analizamos exclusivamente la dimensión externa del "yo físico" de la TSCS.

5. 3. 1. 2. Segunda Subhipótesis

El grupo de Parapléjicos diferirá del grupo de No Parapléjicos en el Rorschach fundamentalmente en las variables estrechamente relacionadas con la representación diferenciada del propio cuerpo.

A través del análisis de algunas de las variables del Cluster de Autopercepción del test de Rorschach propuesto por EXNER (1988) esperamos poder obtener información acerca de la representación diferenciada del propio cuerpo, así como del tipo de identificaciones que realizan los sujetos parapléjicos en relación a los no parapléjicos.

Para ello, vamos a analizar la relación M^a:M^p, a:p y las características de las respuestas de movimiento humano.

Esto supone intentar acercarnos a la evaluación de la imagen corporal, cuya importancia en el autoconcepto hemos visto en el Capítulo II, y, referida a los parapléjicos, en el Capítulo III. No conocemos ningún estudio realizado en esta línea, por lo que los resultados que obtengamos los consideramos de carácter exploratorio.

5. 3. 2. Hipótesis Segunda

Esperamos que el autoconcepto de los Parapléjicos Antiguos se asemeje más al de los No Parapléjicos que el de los Parapléjicos Nuevos.

El ajuste a la paraplejia es un proceso largo que requiere, entre otros aspectos, la reconstrucción del autoconcepto, como hemos visto en el Capítulo III. Nos ha parecido interesante estudiar el autoconcepto en los parapléjicos a largo plazo. Pensamos que el autoconcepto es estable, aunque puedan producirse cambios por diferentes razones. Por ello pensamos que, después de un periodo de ajuste -necesariamente largo porque la amenaza al yo es muy fuerte- la persona que haya podido aceptar la lesión también podrá recuperar la autoestima y la confianza en sí misma y, por tanto, podrá igualarse o acercarse a los no parapléjicos.

Hemos encontrado muy pocos estudios realizados con lesionados medulares a largo plazo y nos parece que este estudio puede ser un aporte para comprender mejor el proceso de rehabilitación.

5. 3. 3. Hipótesis Tercera

Esperamos que los Parapléjicos Nuevos tengan más disminuido su autoconcepto que los Parapléjicos Antiguos.

Cuando hemos revisado la literatura sobre el autoconcepto en los parapléjicos hemos encontrado resultados dispares: unos autores señalan que el autoconcepto disminuye en los parapléjicos, otros indican que no. Pensamos que esta heterogeneidad de resultados puede provenir en gran parte de la

falta de homogeneidad de muestras con las que se ha trabajado. En muy pocos estudios encontramos especificada la característica "tiempo transcurrido desde la lesión". Sin embargo, este dato nos parece de especial importancia ya que consideramos que en un primer periodo el impacto producido por la lesión es tan fuerte que desestabiliza al sujeto y, por tanto, es de esperar que también afecte a su autoconcepto.

Nuestro objetivo en este punto es comprobar que existe un autoconcepto más bajo en los "parapléjicos nuevos" que en los "antiguos" porque su ruptura con la identidad pasada todavía no ha podido ser resuelta ni tampoco se ha podido llevar a cabo una reconstrucción de la propia imagen.

5. 4. ANALISIS DE DATOS

Para someter a verificación las hipótesis formuladas se utilizaron diversas técnicas en función del test utilizado y del objetivo específico que nos proponíamos.

A continuación, describimos las diversas técnicas utilizadas

5. 4. 1. Referidos a la Hipótesis Primera

Realizamos diferentes tipos de análisis según el instrumento utilizado:

1. Datos de la TSCS.

   Análisis comparativo usando como estadístico la T de Student para grupos independientes. Este análisis se llevó a cabo mediante el programa 3D del paquete estadístico BMDP.

2. Con los datos del Rorschach se realizaron tres tipos de análisis:

* Análisis comparativo de la variable "Self" entre los dos grupos, de Parapléjicos y No Parapléjicos, a través del estadístico Kruskal- Wallis. Este análisis se realizó mediante el programa 3S del paquete estadístico MDP.

* Análisis correlacional comparando la distribución de las puntuaciones de la variable "Self" en los dos grupos de sujetos mediante el estadístico X^2. Este análisis se realizó mediante el programa 4F del paquete estadístico BMDP.

* Análisis de covarianza: Como covariante figuraba el número de respuestas de cada sujeto. Como variable clasificatoria o variable independiente: "Parapléjico o No Parapléjico" y como variable dependiente las puntuaciones o variables seleccionadas del Rorschach (Variables del Cluster de Autopercepción). Este análisis se llevó a cabo mediante el programa 1V del paquete estadístico BMDP.

Para analizar la primera subhipótesis llevamos a cabo un análisis correlacional entre los grupos de Parapléjicos y No Parapléjicos mediante el estadístico X^2 con respecto a sus puntuaciones en cada uno de los 18 elementos que componen la escala del "sí mismo físico" (CA) de la TSCS. Se eligió este estadístico debido al nivel de medida de las escalas de la TSCS.

Para analizar la segunda subhipótesis también llevamos a

cabo un análisis correlacional entre los grupos de Parapléjicos y No Parapléjicos, utilizando el estadístico X^2 con respecto a las variables del Rorschach: M^a: M^p, a:p, tipo de respuestas de movimiento humano.

5. 4. 2. Referidos a la Hipótesis Segunda

Realizamos los mismos análisis que en la primera hipótesis en función del instrumento utilizado, TSCS o Rorschach y aplicándolo a los grupos de Parapléjicos Antiguos (PAN)- No Parapléjicos (NP) y de Parapléjicos Nuevos (PNUE)- No Parapléjicos (NP).

5. 4. 3. Referidos a la Hipótesis Tercera

Realizamos los mismos análisis que en la hipótesis anterior en función del instrumento utilizado: TSCS o Rorschach, y aplicándolo a los grupos de Parapléjicos Antiguos (PAN) y Parapléjicos Nuevos (PNUE).

5. 5. RESULTADOS

A continuación, presentamos los resultados obtenidos en la verificación de las hipótesis planteadas.

5. 5. 1. Referidos a la Hipótesis Primera

* Resultados obtenidos en la TSCS

En la Tabla 8 se presentan las medias, desviaciones típicas y puntuaciones T halladas entre los grupos de Parapléjicos y No Parapléjicos referidos a las variables de la TSCS estudiadas.

Como podemos ver no aparece una diferencia significativa entre las medias de Parapléjicos y No Parapléjicos en cuanto al nivel total de autoconcepto (TOT), con lo cual no se confirmaría la primera hipótesis de forma absoluta.

Sin embargo, existen diferencias significativas al N.S. = .01 en V/F, NC, DIS, N5 y N3 y al N.S. = .05 en VT y RV.

Estas variables podríamos agruparlas en dos conjuntos: V/F, NC, VT y RV; DIS, N5 y N3.

En la proporción V/F vemos que los Parapléjicos dan una puntuación mayor, lo que puede interpretarse como que los Parapléjicos realizan su autodescripción centrándose en lo que son, es decir, pueden autodefinirse desde la afirmación de lo que son, pero no pueden concluir lo mismo eliminando lo que no son. Las puntuaciones de signo positivo en NC tienen una interpretación similar en cuanto que el sujeto sobrevalora sus atributos positivos.

Los Parapléjicos dan una puntuación V/F mayor que los No Parapléjicos y NC positivo, mientras que los No Parapléjicos dan NC negativo, es decir, se concentran en la eliminación de lo negativo.

Las puntuaciones en VT y RV junto con CV (cuya diferencia de medias no es significativa) son medida de la inconsistencia desde un área de percepción de sí mismo a otra. Los Parapléjicos puntúan más alto, de forma significativa en ambas variables, lo que nos hace pensar que tienen más dificultad en integrar diversos aspectos de sí mismos.

El grupo de No Parapléjicos, por tanto, muestra un autoconcepto interáreas más coordinado que el grupo de Parapléjicos.

Tabla 8 Diferencias de medias entre P y NP en la TSCS

	$\bar{X}_1$	Sx_1	$\bar{X}_2$	Sx_2	T	Prob.
SCRI	36.26	5.42	36.54	5.87	-.25	.8048
V/F	1.15	.40	.97	.25	2.75	.0074
NC	2.36	21.63	-8.12	12.40	2.97	.0039
CTOT	38.12	12.06	35.04	9.43	1.42	.1590
TOT	327.04	36.84	320.90	30.83	.90	.3684
R1	113.46	14.68	114.06	11.48	-.23	.8204
R2	102.64	14.70	100.54	11.79	.79	.4326
R3	111.12	13.96	106.50	12.08	1.77	.0800
CA	64.48	10.38	63.48	7.55	.55	.5830
CB	65.22	7.94	63.58	7.13	1.09	.2797
CC	65.20	10.97	63.98	8.29	.63	.5319
CD	67.30	10.22	65.82	8.33	.79	.4294
CE	64.84	8.29	64.36	7.11	.30	.7650
VT	49.16	15.02	43.94	10.14	2.04	.0448
CV	27.62	9.27	25.22	6.54	1.50	.1382
RV	21.54	7.87	18.76	4.72	2.14	.0352
DIS	124.76	31.87	105.40	25.22	3.37	.0011
N5	23.10	13.77	14.34	8.54	3.82	.0003
N4	20.68	9.21	23.36	7.19	-1.62	.1081
N3	19.48	11.51	26.16	12.67	-2.76	.0069
N2	15.68	10.07	18.70	8.29	-1.64	.1049
N1	21.06	11.37	17.70	9.09	1.63	.1061

La puntuación DIS aparece significativamente más alta en los Parapléjicos porque dan puntuaciones más extremas (mayor puntuación N5). Esto puede ser indicativo de que están más seguros y definidos acerca de lo que dicen de sí mismos, lo que correspondería con lo mencionado anteriormente acerca de su necesidad de sobreafirmar sus atributos positivos

(quizá como forma de defensa frente a la paraplejia. Los No Parapléjicos dan una puntuación significativamente más alta en N3. Son más ambiguos a la hora de describirse a sí mismos o muestran menor seguridad en su autopercepción.

En las Figuras 3, 4, 5 y 6 se presentan los perfiles de ambos grupos.

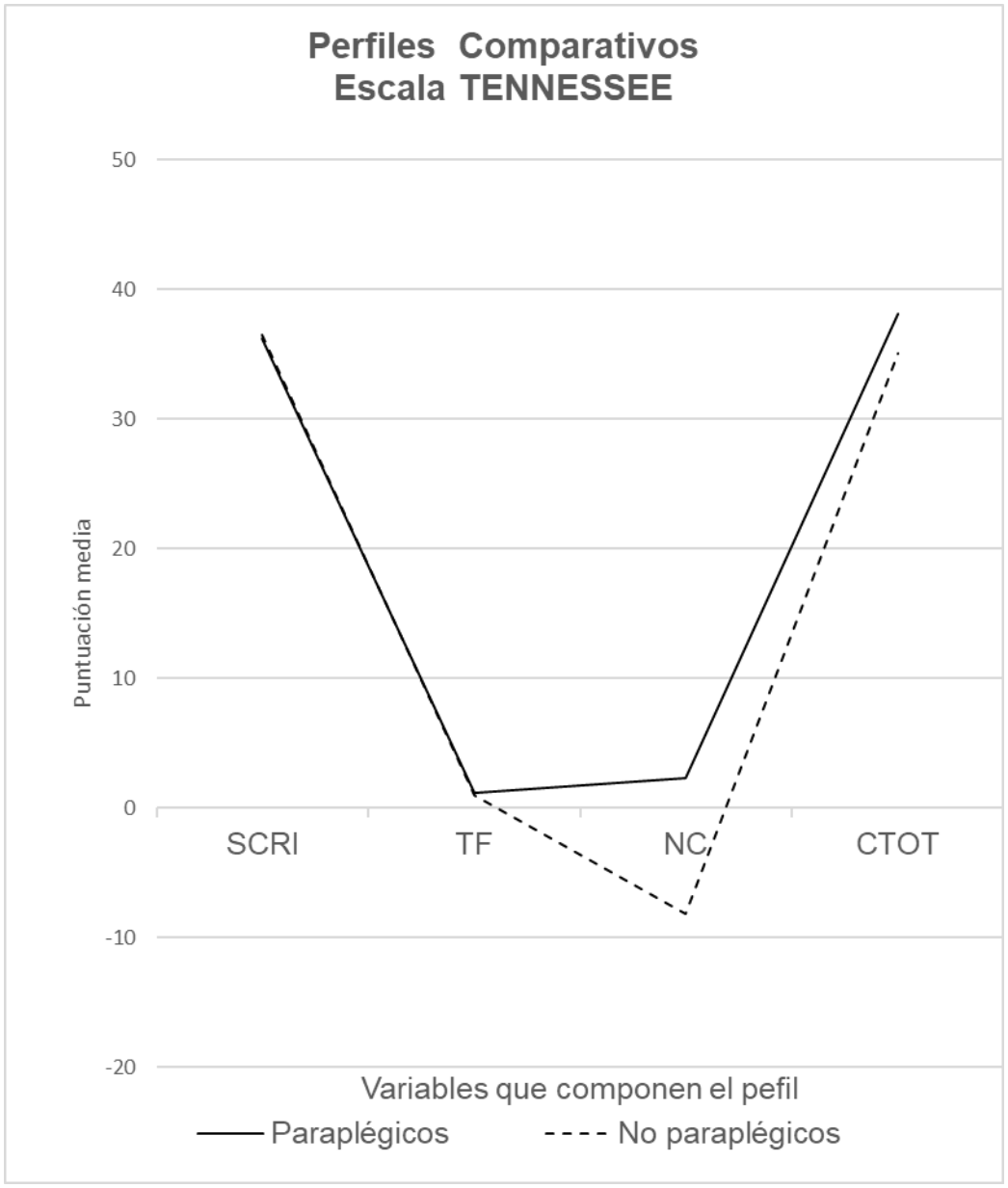

Figura 3: Perfiles comparativos entre P y NP en la TSCS

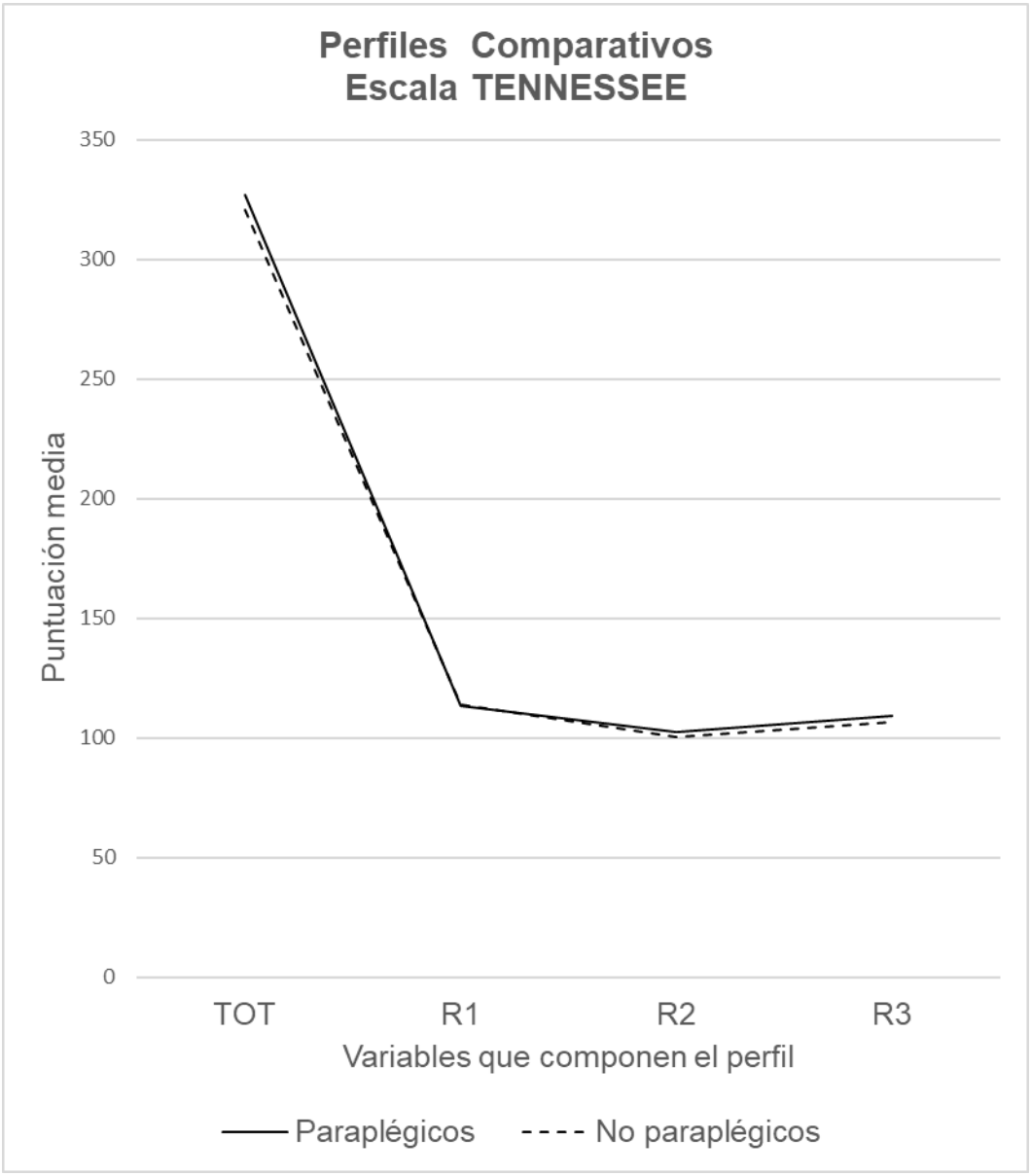

Figura 4: Perfiles comparativos entre P y NP en la TSCS

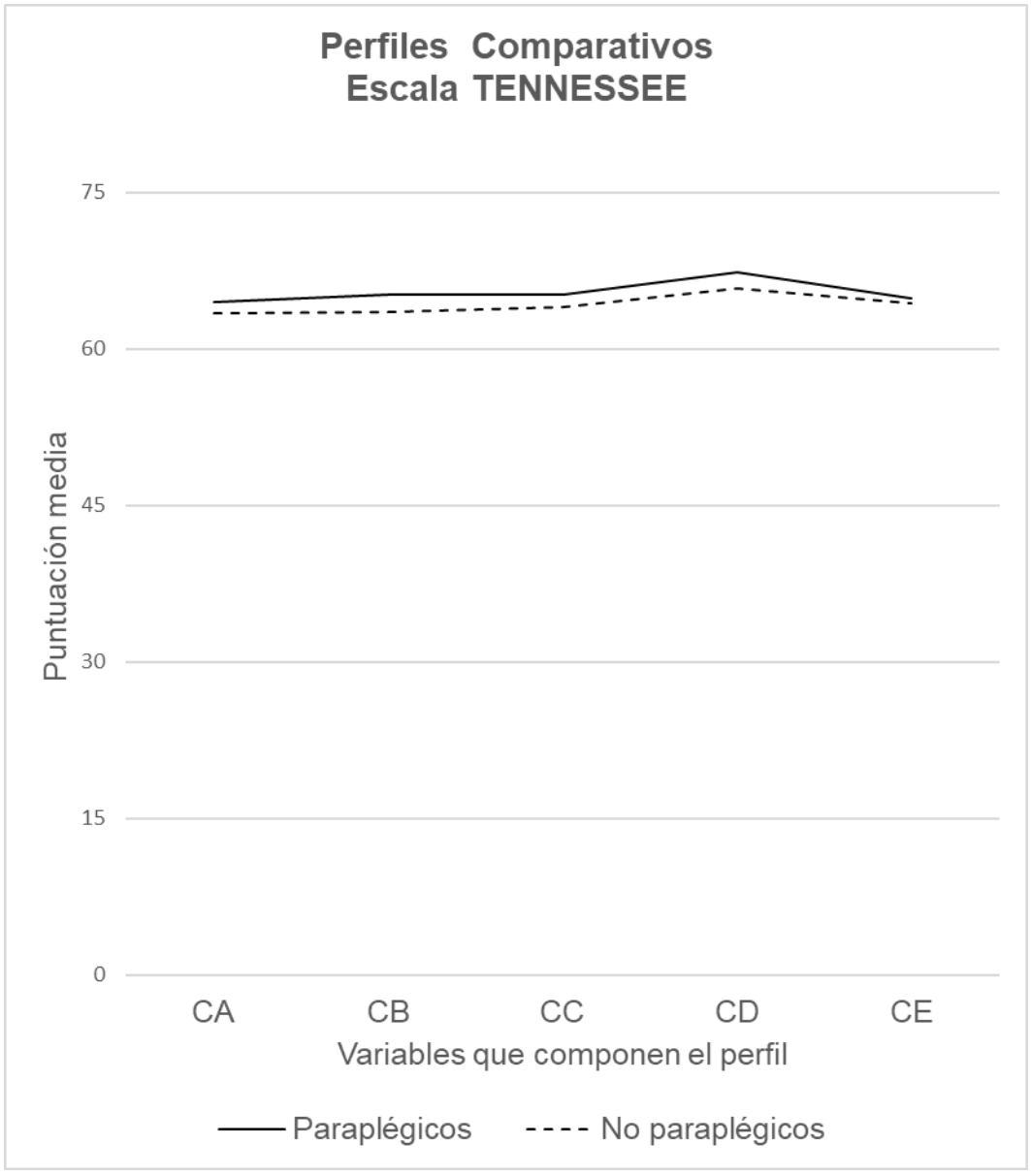

Figura 5: Perfiles comparativos entre P y NP en la TSCS

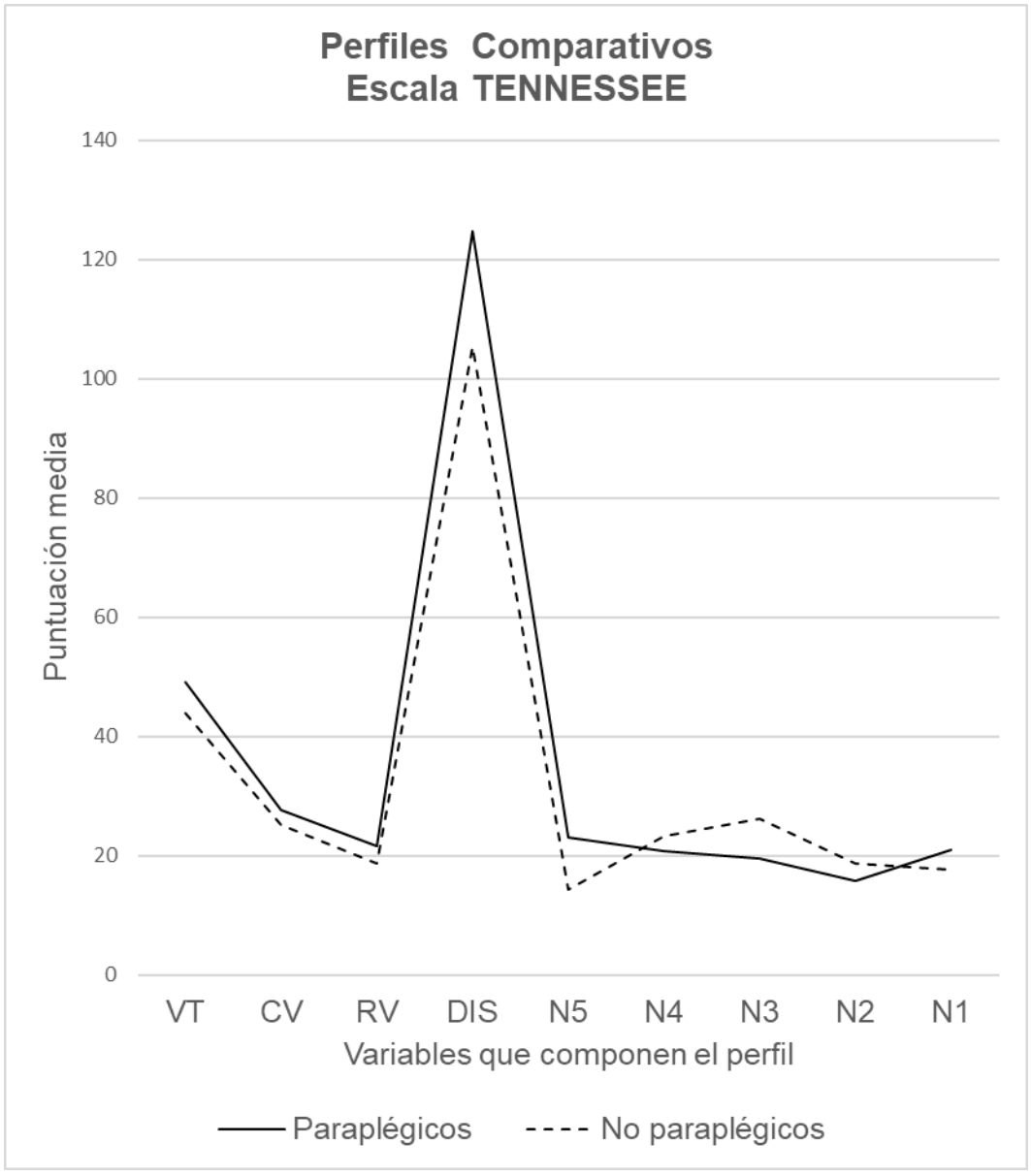

Figura 6: Perfiles comparativos entre P y NP en la TSCS

*** Resultados obtenidos en el Test de Rorschach**

Con respecto a la variable "Self" el análisis efectuado refleja que existen diferencias significativas entre los grupos (KW= 7,63, N.S= .0057).

Vemos que se confirma nuestra hipótesis: el grupo de Parapléjicos difiere del grupo de No Parapléjicos en la medida del autoconcepto mediante la variable "Self" generada a partir de las variables del Cluster de Autopercepción del test de Rorschach. Los Parapléjicos presentan un autoconcepto más negativo que los No Parapléjicos pues obtienen una puntuación más alta.

Además, hemos analizado la distribución de la variable "Self" en ambos grupos de sujetos. Para ello se ha utilizado el índice X^2 que nos permite ver con mayor exactitud lo que ya apuntaba el índice de Kruskal-Wallis.

En la Tabla 9 se muestra la distribución de las puntuaciones de la variable "Self" en ambos grupos.

Los datos obtenidos nos indican que existe relación significativa entre "Self" y ser o no ser parapléjico. No obstante, la covarianza o % de varianza compartida es baja (C= .29, C^2= .0841).

Los Parapléjicos tienden a dar puntuaciones de 4 a 6, mientras que los No Parapléjicos tienden a dar puntuaciones de -2 a 0, intervalo que corresponde con los elementos más positivos de la variable "Self".

A partir de la comprobación de esta hipótesis con el test de Rorschach hemos realizado una diferencia de medias entre ambos

grupos en cada una de las variables que componen el Cluster de Autopercepción propuesto por EXNER (1986, 1988) para poder precisar más nuestros resultados.

Tabla 9 Distribución de las puntuaciones de la variable "Self" en los grupos de P y NP

Frecuencias observadas

GRUPO	-2 a 0	1 a 3	4 a 6	TOTAL
PARA	6	34	10	50
NO PARA	15	33	2	50
TOTAL	21	67	12	100

Frecuencias esperadas

GRUPO	-2 a 0	1 a 3	4 a 6	TOTAL
PARA	10.5	33.5	6.0	50
NO PARA	10.5	33.5	6.0	50
TOTAL	21	67	12	100

X^2= 9.205 p= .01

En la Tabla 10 se presentan las diferencias de medias ajustadas (habiéndose controlado la influencia del número de respuestas) halladas entre los grupos de Parapléjicos y No Parapléjicos referidos a las variables del Rorschach estudiadas (Cluster de Autopercepción de EXNER (1986, l988)

Vamos a describir los datos obtenidos en este análisis.

La diferencia más significativa corresponde a las variables An y Anxy (n.c. 99.9). EXNER (1986, 1988) incluye únicamente Anxy en el Cluster de Autopercepción. Nos ha parecido conveniente separar las variables An y Xy para poder comprobar si las

diferencias venían marcadas por ambas o sólo por una de las dos. En efecto, la variable Xy no diferencia a ambos grupos. Son las únicas variables significativas en las que los Parapléjicos dan una media más alta que los No Parapléjicos.

Mª y a: En ambas variables la diferencia es significativa al n.c.: 99.5. Los Parapléjicos dan significativamente menos respuestas de movimiento humano activo, pero además también dan menos respuestas de movimiento activo en general.

FD, M y H: Los No Parapléjicos dan un número significativamente más alto de respuestas de contenido humano. Perciben figuras humanas completas y figuras humanas en movimiento en mayor número que los Parapléjicos. También dan mayor número de respuestas de Forma-dimensión.

Sin embargo, en el índice de egocentrismo (EGOC), que de manera más global representa la autoestima, no aparecen diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 10 Diferencias de Medias Ajustadas entre P y NP en el Test de Rorschach

	$\bar{X}$ ajust.P	$\bar{X}$ ajust. NP	F	Prob.
FQ-	4.63	5.01	.584	.4467
M	2.04	2.78	3.759	.0554
Mª	.98	1.75	7.272	.0083
Mp	1.10	1.00	.197	.6581
a	2.57	4.04	7.172	.0087
p	2.36	2.34	.009	.9663
V	.16	.14	0.93	.7615
Fr	.18	.32	1.004	.3188
Par	5.00	5.56	.880	.3506

FD	.19	.47	6.093	.0153
Egoc	.28	.34	2.299	.1357
H	2.36	2.98	3.657	.0588
MOR	.83	.78	.029	.8653
An	2.69	1.16	12.873	.0005
Xy	.10	.16	.484	.4883
AnXy	2.79	1.32	11.498	.0010

La interpretación que podemos dar a estos resultados es que los Parapléjicos tienen mayor dificultad para poder percibir figuras humanas completas (H), quizá debido a un sentimiento de fragmentación del cuerpo producido por su lesión, lo que hace aumentar notablemente las respuestas anatómicas (An); su preocupación por el cuerpo es muy fuerte con una expresión directa y afectiva de la misma sin intentar resistir a la tensión que ello origina ni ocultarla (An es significativa, pero no Xy).

La gran presencia de An y las pocas H también nos pueden indicar falta de interacción con el entorno. Posiblemente el Parapléjico está tan preocupado por sí mismo que no puede interactuar, ni tomar una posición activa (Mª y a más altas en los No Parapléjicos) en su enfrentamiento con el mundo.

Parece que, además, los Parapléjicos disponen de menos recursos ideacionales internos organizados que le permitan una buena adaptación con el mundo externo (M < en P).

La variable FD también es mayor en los No Parapléjicos. Esto nos hace pensar que los Parapléjicos tienen una actitud más defensiva al enfrentarse consigo mismos. Posiblemente no han podido aceptar su situación y ello les dificulta realizar el

examen de sí mismos a través de un razonamiento centrado en el yo y sus aspectos positivos y negativos (EXNER 1978).

Este aspecto referido anteriormente estaría relacionado con la menor presencia de M en los Parapléjicos.

Vemos, pues, a través del cluster de autopercepción propuesto por EXNER, que aparecen diferencias en algunas variables importantes. Esto indicaría una autopercepción más negativa en los Parapléjicos.

En la Figura 7 se muestran los perfiles de ambos grupos

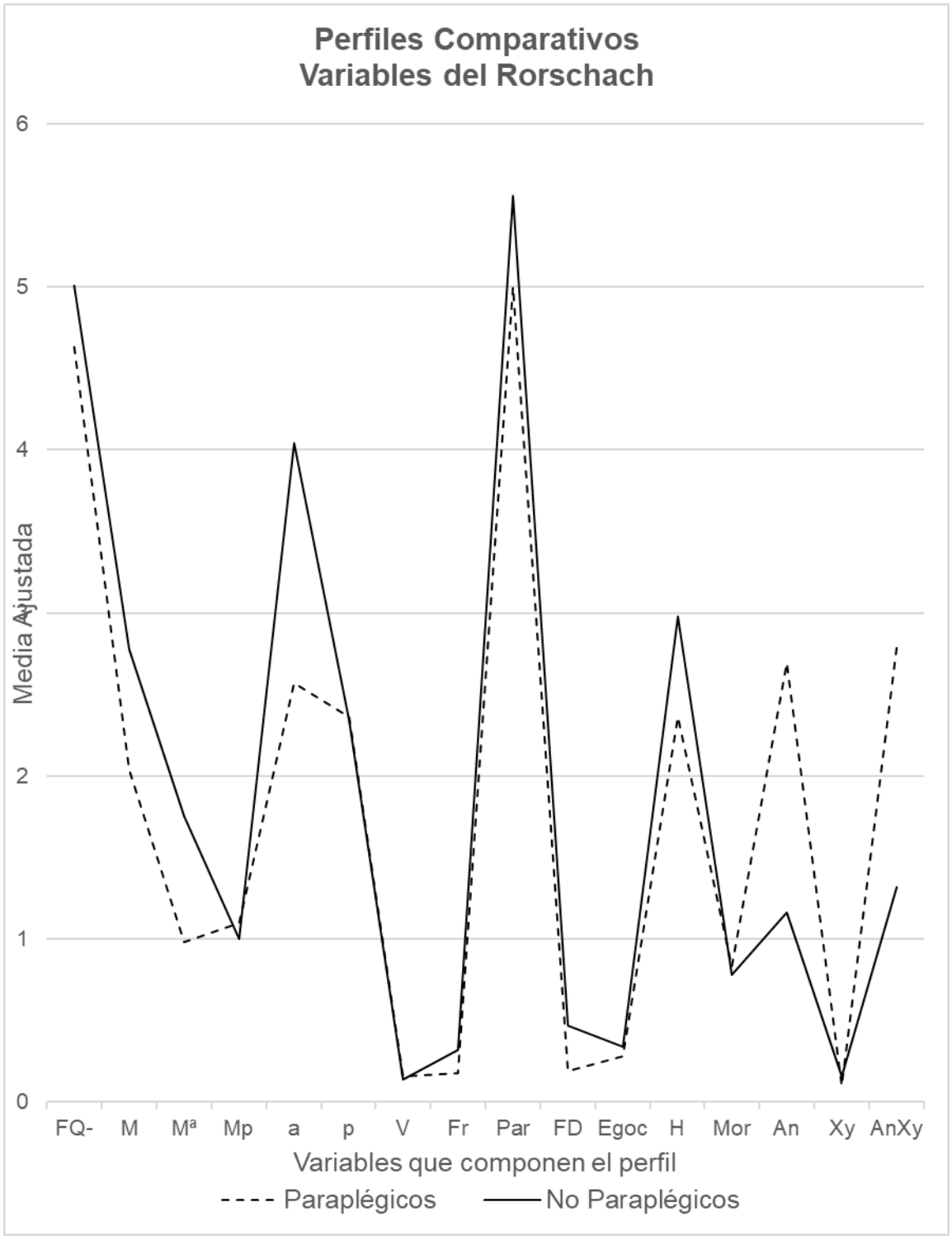

Figura 7: Perfiles comparativos P y NP en el Rorschach

5. 5. 1. Referidos a la Primera Subhipótesis

Diferencias de medias entre P y NP en el Sí mismo Físico (CA):

P		NP			
$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	T	P
64.28	10.38	63.48	7.55	.55	.5830

Vemos que entre el grupo de Parapléjicos y el de No Parapléjicos no aparecen diferencias significativas respecto a la dimensión del sí mismo físico.

Ante este inesperado resultado, hemos analizado las respuestas que uno y otro grupo dieron a cada uno de los elementos que componen esta escala. Para ello hemos trabajado con la frecuencia de respuestas en cada una de las cinco categorías posibles -totalmente falso, bastante falso, entre cierto y falso, bastante cierto, totalmente cierto- a cada uno de los 18 elementos que componen la dimensión del sí mismo físico.

Al encontrarnos en alguna de las posibilidades de respuesta una frecuencia "0", hemos optado por reagruparlas en tres categorías: 1) "Falso" (incluye "totalmente falso y bastante falso"), 2) "entre cierto y falso" y 3) "cierto" (incluye "totalmente cierto" y "bastante cierto").

Los 18 elementos que componen el "sí mismo físico" son los siguientes:

Elem. n. 3: Me considero una persona chapucera.
" " 11: Tengo un cuerpo sano.
" " 12: Soy una persona atractiva.
" " 18: Me gusta estar siempre arreglado.
" " 19: Tengo frecuentes jaquecas y dolores.
" " 20: Soy una persona enferma.
" " 35: No soy una persona gorda ni flaca.
" " 36: Me gusta el aspecto que tengo.
" " 37: Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo.
" " 52: No soy ni muy alto ni muy bajo.
" " 53: No me siento lo bien que debiera.
" " 54: Debería tener más atractivo sexual.
" " 69: Me cuido bien desde el punto de vista físico.
" " 70: Cuido mi aspecto.
" " 71: Con frecuencia actúo como un manazas.
" " 85: Me siento bien la mayor parte del tiempo.
" " 86: Los juegos y los deportes se me dan mal.
" " 87: Duermo mal.

En las Tablas 11 a 18 se muestran las distribuciones en los elementos que han resultado significativos.

Tabla 11 Elemento 3: Me considero una persona chapucera

F	C/F	C	TOTAL	
P	34	9	7	50
NP	20	22	8	50
TOTAL	54	31	15	100

$X^2 = 9.16$ $\alpha = 0.02$

Tabla 12 Elemento 11: Tengo un cuerpo sano

	F	C/F	C	TOTAL
P	14	14	22	50
NP	1	17	32	50
TOTAL	15	31	54	100

$X^2 = 13.41$ $\alpha = 0.005$

Tabla 13 Elemento 19: Tengo frecuentes jaquecas y dolores

	F	C/F	C	TOTAL
P	28	5	17	50
NP	37	7	6	50
TOTAL	65	12	23	100

$X^2 = 6.84$ $\alpha = 0.05$

Tabla 14 Elemento 20: Soy una persona enferma

	F	C/F	C	TOTAL
P	33	10	7	50
NP	47	2	1	50
TOTAL	80	12	8	100

$X^2 = 12.26$ $\alpha = 0.005$

Tabla 15 Elemento 53: No me siento lo bien que debiera

	F	C/F	C	TOTAL
P	13	10	27	50
NP	21	17	12	50
TOTAL	34	12	39	100

$X^2 = 9.44$ $\alpha = 0.01$

Tabla 16 Elemento 69: Me cuido bien desde el punto de vista físico

	F	C/F	C	TOTAL
P	2	15	33	50
NP	20	13	17	50
TOTAL	22	28	50	100

$X^2 = 20$ $\alpha = 0.001$

Tabla 17 Elemento 70: Cuido mi aspecto

	F	C/F	C	TOTAL
P	4	7	39	50
NP	11	11	28	50
TOTAL	15	18	67	100

$X^2 = 5.97$ $\alpha = 0.05$

Tabla 18 Elemento 86: Los juegos y los deportes se me dan mal

	F	C/F	C	TOTAL
P	34	6	10	50
NP	24	19	7	50
TOTAL	58	25	17	100

$X^2 = 9.00$ $\alpha = 0.02$

Vemos que el elemento que más diferencia a ambos grupos (=0.001) es el 69: "me cuido bien desde el punto de vista físico". Los Parapléjicos tienden a responder que es cierto, mientras que los No Parapléjicos tienen una tendencia de respuesta menos definida.

Al nivel = 0.005 tenemos los elementos 11: "Tengo un cuerpo sano" y 20: "Soy una persona enferma". En ambos, la tendencia de respuesta del grupo de Parapléjicos es menos definida que en el de No Parapléjicos (aunque con una tendencia importante hacia la respuesta F en el elemento 11 y C en el 20). Una gran parte de los No Parapléjicos considera que tiene un cuerpo sano y no son personas enfermas.

Al nivel = 0.01 está el elemento 53: "No me siento lo bien que debiera". Los Parapléjicos están claramente definidos hacia expresar que "es cierto" y los No Parapléjicos, que "es falso".

Los elementos 3, "Me considero una persona chapucera", y 86, "Los juegos y los deportes se me dan mal" dan el mismo nivel =0.02. Parece que los Parapléjicos en ambos casos lo consideran falso en tanto que los No Parapléjicos en su autopercepción no están seguros de esos elementos.

Al nivel =0.05 tenemos los elementos 19, "Tengo frecuentes jaquecas y dolores", y 70, "Cuido mi aspecto". Respecto al primero, los Parapléjicos aparecen con sus respuestas más distribuidas en las tres posibilidades, mientras los No Parapléjicos niegan ese contenido. En el segundo elemento, los Parapléjicos tienden a cuidar su aspecto más que los No Parapléjicos.

El resto de los elementos no dan resultados significativos.

Vemos, pues, que respecto a los elementos que se refieren a una mayor preocupación por el cuerpo, los Parapléjicos se diferencian claramente de los que no lo son. Tienden a verse a sí mismos como personas enfermas, que no se sienten bien y por ello han de cuidarse más.

Respecto a otros elementos no vinculados tan estrechamente al cuerpo en tanto que sano o enfermo, no aparecen diferencias.

Nos sorprende, no obstante, que no ofrezcan diferencias significativas elementos tales como "me gusta el aspecto que tengo", "me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo" o "debería tener más atractivo sexual"

Parece, pues, que los Parapléjicos no se sienten mal con su cuerpo actual, solo se sienten enfermos físicos. Pensamos que aparece una contradicción en las respuestas que podría deberse a un cierto mecanismo de negación que los lleve a no cuestionarse su propio cuerpo actual con las limitaciones que conlleva.

5. 5. 1. 2. Referidos a la Segunda Subhipótesis

En las Tablas 19 y 20 se muestran las distribuciones de frecuencias obtenidas en las proporciones M^a: M^p y a:p en cada uno de los grupos. En ambas variables existen tres categorías: a>p, a<p y a=p.

Tabla 19 Distribución de los sujetos P y NP en la variable Ma:Mp

	P	NP
$M^a > M^p$	16	27
$M^a < M^p$	21	10
$M^a = M^p$	7	8
TOTAL	44	45

X^2= 6.28 C= 0.26 RC= 2.45 (= 0.01)

Tabla 20 Distribución de los sujetos P y NP en la variable a:p

	P	NP
a>p	22	32
a<p	16	11
a=p	10	6
TOTAL	48	49

X^2= 3.77 C= 0.19 RC= 1.87 (no significativo)

Como podemos ver, existe relación significativa (=0.01) entre ser parapléjico o no serlo y la variable M^a: M^p, de tal forma que el grupo de Parapléjicos da más respuestas de movimiento humano pasivo que el grupo de No Parapléjicos, mientras que éste último da más respuestas de movimiento humano activo.

Sin embargo, no aparece tal relación significativa entre ser parapléjico o no serlo y la variable a:p. No obstante, sí existe una tendencia de respuesta diferente entre ambos, ya que los Parapléjicos dan en mayor medida a>p y los No Parapléjicos dan en mayor medida a<p.

Dentro del grupo de Parapléjicos existe un mayor número de sujetos en los que predomina la M^p sobre la M^a lo que indica que la representación diferenciada del propio cuerpo y la identificación o búsqueda de identificación es pasiva, con tendencia a un mayor número de conductas pasivas.

Existe la probabilidad de que las fantasías del sujeto respondan más a actividades que inician los otros que a las que puede iniciar él mismo. No se orientan a la resolución de un problema. La ideación se utilizaría más como refugio frente a los problemas.

Esto lo podemos interpretar como:

* proyección de su modo de vida

* al ser pasivos se están adaptando a sus necesidades y a que otros les cuiden

* representación real: la proyección de su propio movimiento en cuanto que no tienen otras opciones.

La mayor presencia de M^p en los Parapléjicos creemos que es reflejo de todo ello.

También nos parece importante el análisis de los diferentes tipos de movimiento. Diferenciar si se trata de respuestas de una sola persona o de figuras en interacción y, por último, describir el carácter de esa interacción.

En la Tabla 21 se muestran las distribuciones de frecuencias de respuestas de movimiento humano de una o dos personas en cada uno de los grupos.

Tabla 21 Respuestas M de 1 o 2 personas en P y NP

	1 persona	2 personas	TOTAL
P	25	70	95
NP	51	88	139
TOTAL	76	158	234

X^2=1.84 C=0.12 RC=1.84 (No signif. al 0.05)

No encontramos relación significativa entre ser Parapléjico o No Parapléjico y la variable 1 o 2 personas.

En la Tabla 22 se muestran las distribuciones de frecuencias respecto al tipo de movimiento (agresivo, mórbido, de cooperación o indiferente) en cada uno de los grupos (P y NP).

Tabla 22 Tipos de movimientos en P y NP

	AG	MOR	COP	IND	TOTAL
P	16	4	43	33	96
NP	20	9	62	54	145
TOTAL	36	13	105	87	241

X^2=0.95 C=0.06 RC=0.93 (No signif. al 0.05)

No encontramos relación significativa entre ser Parapléjico o No Parapléjico y la variable tipo de movimiento.

Vemos, pues, que sólo aparecen diferencias significativas entre M^a y M^p, pero no respecto al tipo de movimiento humano. Los Parapléjicos establecen el mismo tipo de relaciones interpersonales, aunque marcadas por la dependencia.

Los Parapléjicos proyectan su experiencia corporal pasiva, pero parece que ésta no hace diferente su relación con los demás. Su modo de vida actual no les hace ser más agresivos ni cooperadores que los No Parapléjicos.

5. 5. 2. Referidos a la Hipótesis segunda

*** Resultados obtenidos en la TSCS**

En primer lugar, presentamos las Medias y Desviaciones Típicas halladas en los grupos de Parapléjicos Antiguos (PAN) y de Parapléjicos Nuevos (PNUE) en la TSCS (Tabla 23).

En la Tabla 24 se presentan las puntuaciones T halladas entre los grupos de Parapléjicos Antiguos- No Parapléjicos (PAN-NP) y Parapléjicos Nuevos No Parapléjicos (PNUE- NP) en la TSCS.

Parapléjicos Antiguos- No Parapléjicos.

Comparando los grupos de Parapléjicos Antiguos y No Parapléjicos podemos constatar lo siguiente:

La diferencia más importante aparece en la variable N5: (=0.005). Los PAN dan más respuestas de valoración "5" que los NP. Esto además hace aumentar la puntuación DIS (= 0.05) Los PAN, al igual que el total del grupo de Parapléjicos, parece que no puede dudar acerca de su valoración personal. Una buena parte de sus respuestas son "totalmente verdadero". Necesitan sentirse seguros

acerca de sí mismos frente a los NP que pueden mostrar una actitud más discriminativa.

Al igual que en el grupo total de Parapléjicos, aunque a un nivel menor de significación (=0.01) los PAN sobrevaloran sus atributos positivos (V/F y NC).

La única variable que diferencia a estos dos grupos y que no era significativa respecto al grupo total de Parapléjicos es la R1 (=0.05). A través de los elementos que componen esta puntuación, el sujeto describe su identidad básica: cómo se ve a sí mismo. Los PAN hacen una descripción de sí mismos significativamente menos positiva que la que hacen los NP.

Tabla 23 Medias y desviaciones típicas de PAN y PNUE en la TSCS

	$\bar{X}_1$	$\bar{S}x_1$	$\bar{X}_2$	$\bar{S}x_2$
SCRI	38.13	5.04	34.67	5.31
V/F	1.17	.35	1.13	.44
NC	3.43	20.62	1.44	22.81
CTOT	39.78	11.31	36.70	12.77
TOT	316.39	31.02	336.11	39.47
R1	107.39	13.86	118.63	13.54
R2	100.22	13.84	104.70	15.34
R3	109.17	12.39	112.78	15.20
CA	62.78	7.48	65.93	12.29
CB	64.17	6.91	66.11	8.75
CC	62.87	10.08	67.19	11.48
CD	63.17	10.20	70.81	9.00
CE	63.39	9.09	66.07	7.49
VT	49.78	16.81	48.63	13.63
CV	28.26	10.77	27.07	7.94
RV	21.52	7.65	21.56	8.20
DIS	120.26	29.89	128.59	33.55
N5	22.78	12.61	23.37	14.92
N4	21.48	10.24	20.00	8.36
N3	21.09	11.20	18.11	11.81
N2	15.65	10.07	15.70	10.26
N1	19.00	12.13	22.81	10.59

Tabla 24 Diferencias de Medias entre PAN- NP y PNUE- NP en la TSCS

	PAN- NP		PNUE- NP	
	T	P	T	P
SCRI	1.19	.2406	-1.38	.1715
V/F	2.51	.0172	1.79	.0820
NC	2.49	.0187	2.02	.0508
CTOT	1.75	.0883	.59	.5551
TOT	-.58	.5663	1.74	.0895
R1	-2.16	.0343	1.49	.1435
R2	-.10	.9234	1.23	.2262
R3	.86	.3928	1.98	.0509
CA	-.37	.7141	.94	.3521
CB	.33	.7395	1.29	.2037
CC	-.46	.6472	1.28	.2072
CD	-1.17	.2447	2.44	.0170
CE	-.44	.6603	.94	.3473
VT	1.54	.1335	1.57	.1242
CV	1.25	.2202	1.04	.3049
RV	1.60	.1207	1.63	.1116
DIS	2.20	.0347	3.14	.0030
N5	2.92	.0064	2.90	.0064
N4	-.80	.4321	-1.77	.0840
N3	-1.65	.1042	-2.72	.0080
N2	-1.27	.2130	-1.30	.1987
N1	.46	.6497	2.22	.0293

En las figuras 8 a 11 se muestran los perfiles de ambos grupos (PAN-NP) en las variables de la TSCS.

Parapléjicos Nuevos- No Parapléjicos.

Entre estos grupos no hay tampoco diferencias significativas en cuanto al total de autoconcepto.

Siguen apareciendo las variables DIS (=0.005) y N5 (=0.01) como las más diferenciadoras entre los dos grupos. También los PNUE parecen seguros acerca de su valoración personal, pero la alta puntuación N5 nos hace pensar, como en los casos anteriores, en la presencia de una más intensa defensividad, que dificulta el cuestionarse o dudar acerca de las estimaciones sobre sí mismos.

En este caso se refuerza por la alta puntuación que obtienen en N1. Los PNUE a muchas de las cuestiones acerca de sí mismos que les plantea la escala responden "totalmente verdadero" o "totalmente falso". Podemos decir, que son extremistas en sus respuestas.

Los PNUE como los PAN y el total de P, dan un NC más alto que los NP (=0.05), sobrevalorando sus autopercepciones positivas.

Las únicas variables que aparecen diferenciando a estos dos grupos y no a los otros son CD (=0.01) y R3 (=0.05)

La alta puntuación que obtienen en CD (sí mismo

familiar) los PNUE nos hace pensar que se perciben a sí mismos más estimados y valorados por sus allegados y ellos estiman y valoran más su medio familiar que los NP.

La variable R3 (yo actúo) nos muestra que los PNUE se evalúan a sí mismos de forma más satisfactoria que los NP respecto a lo que hacen, a su conducta.

En las figuras 12 a 15 se muestran los perfiles de ambos grupos (PNUE-NP) en las variables de la TSCS.

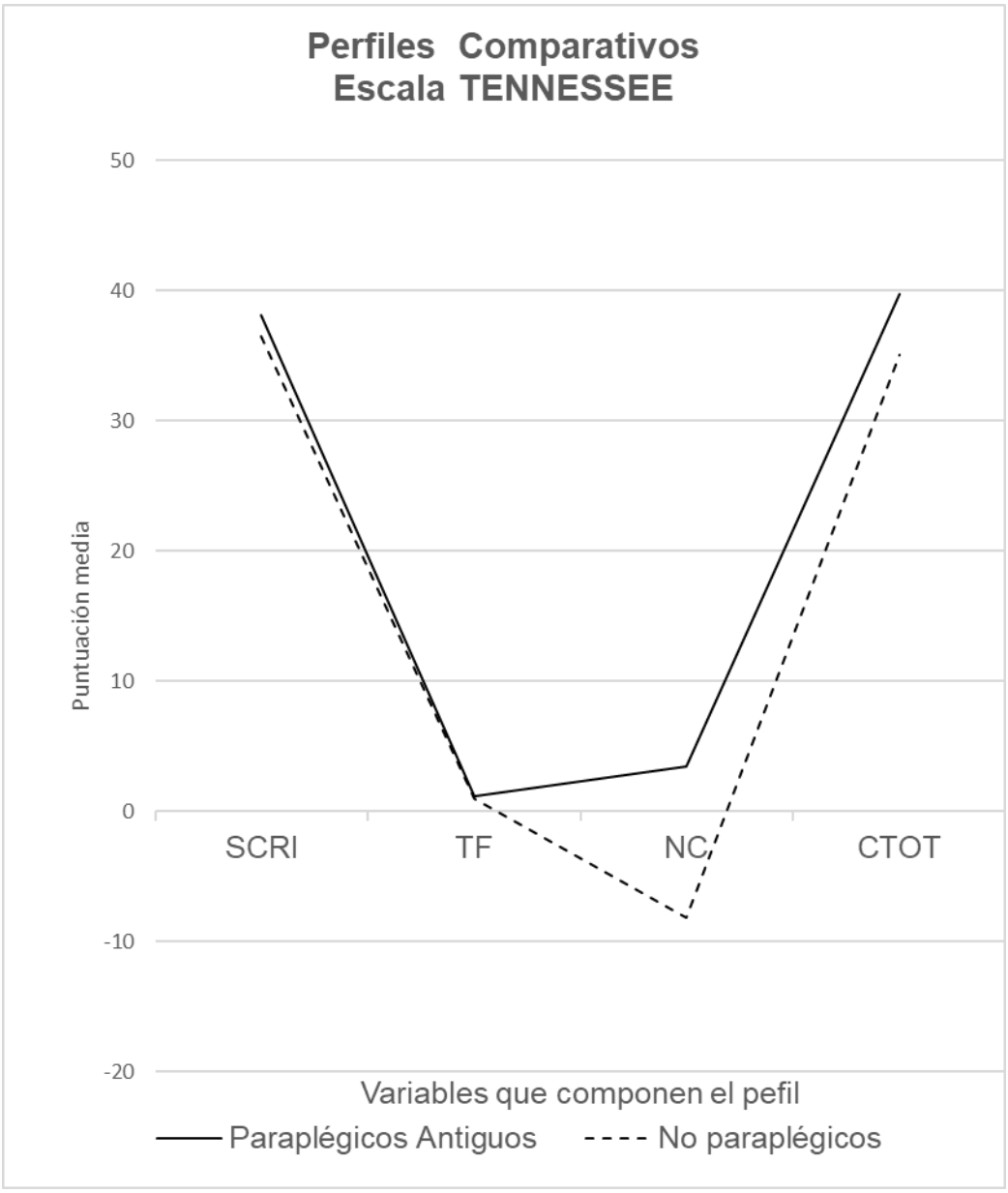

Figura 8: Perfiles comparativos entre PAN y NP en la TSCS

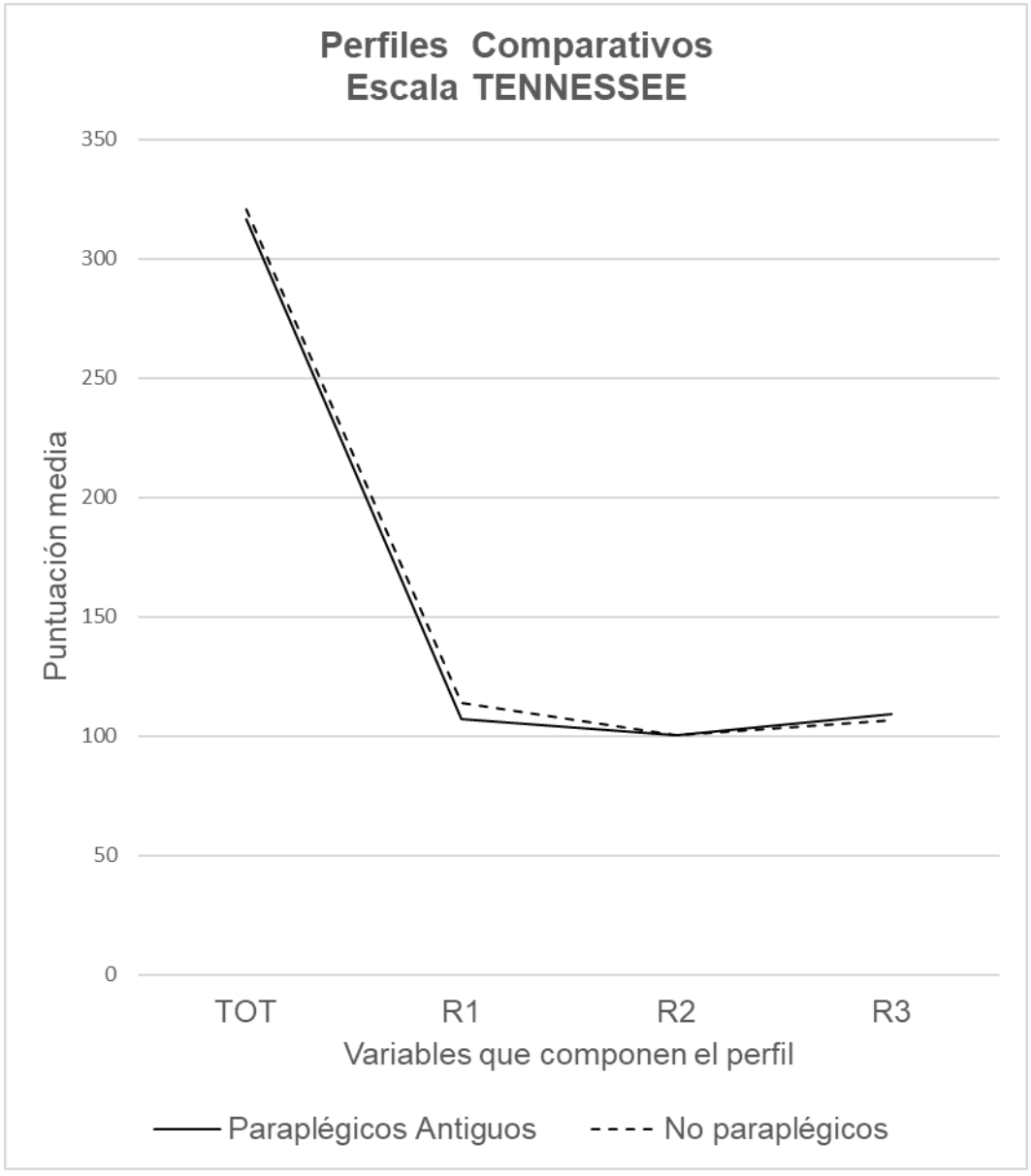

Figura 9: Perfiles comparativos entre PAN y NP en la TSCS

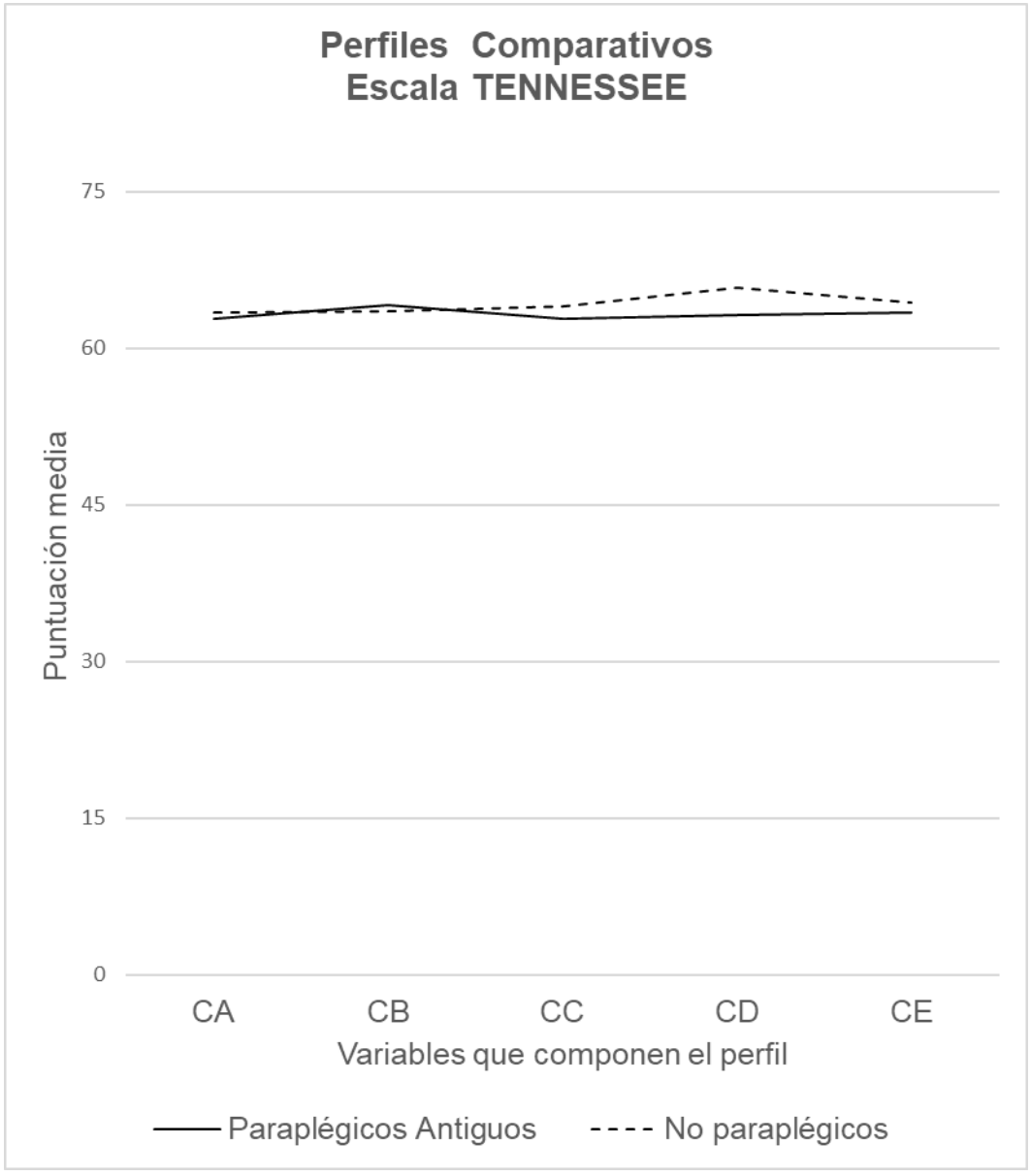

Figura 10: Perfiles comparativos entre PAN y NP en la TSCS

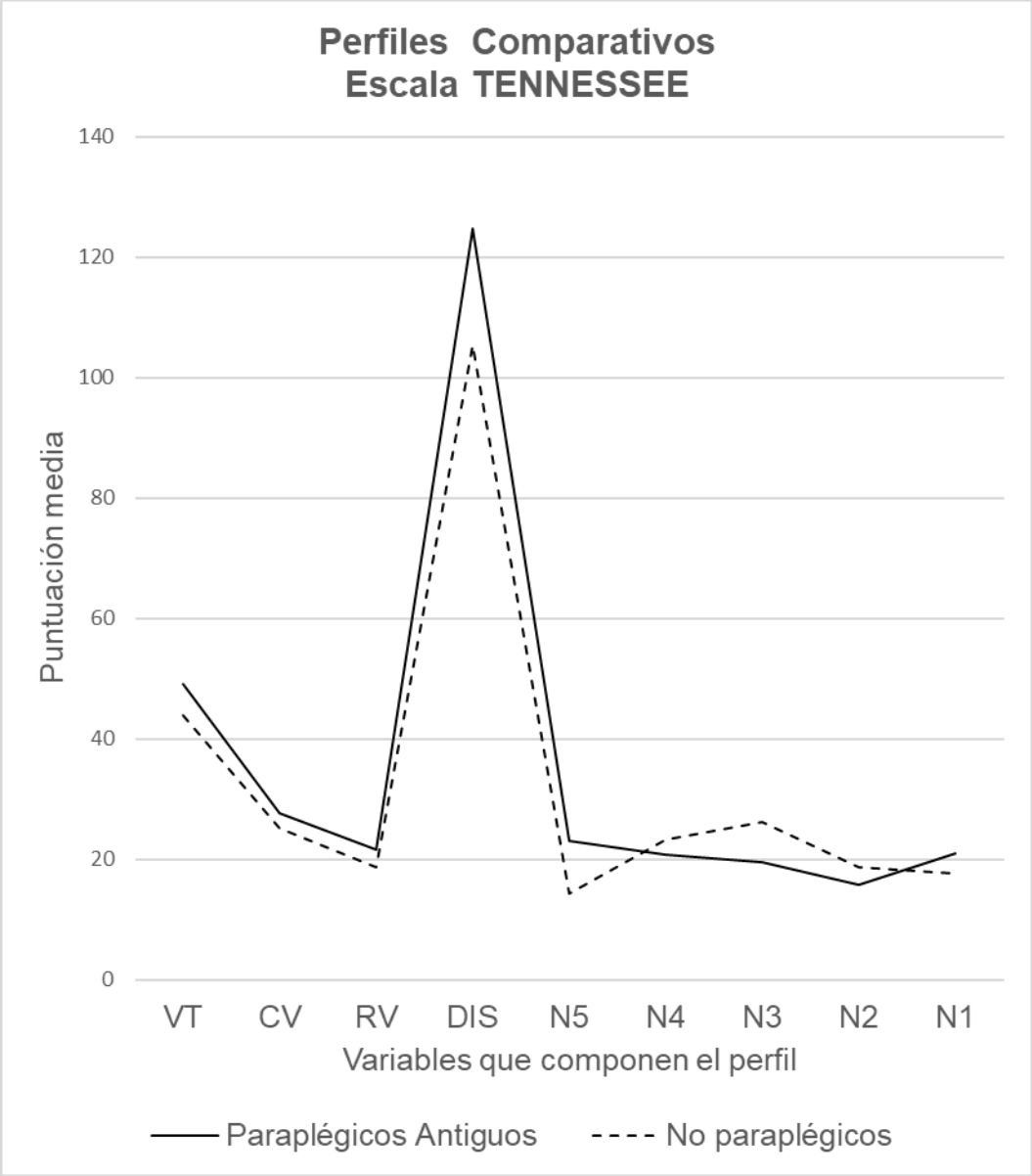

Figura 11: Perfiles comparativos entre PAN y NP en la TSCS

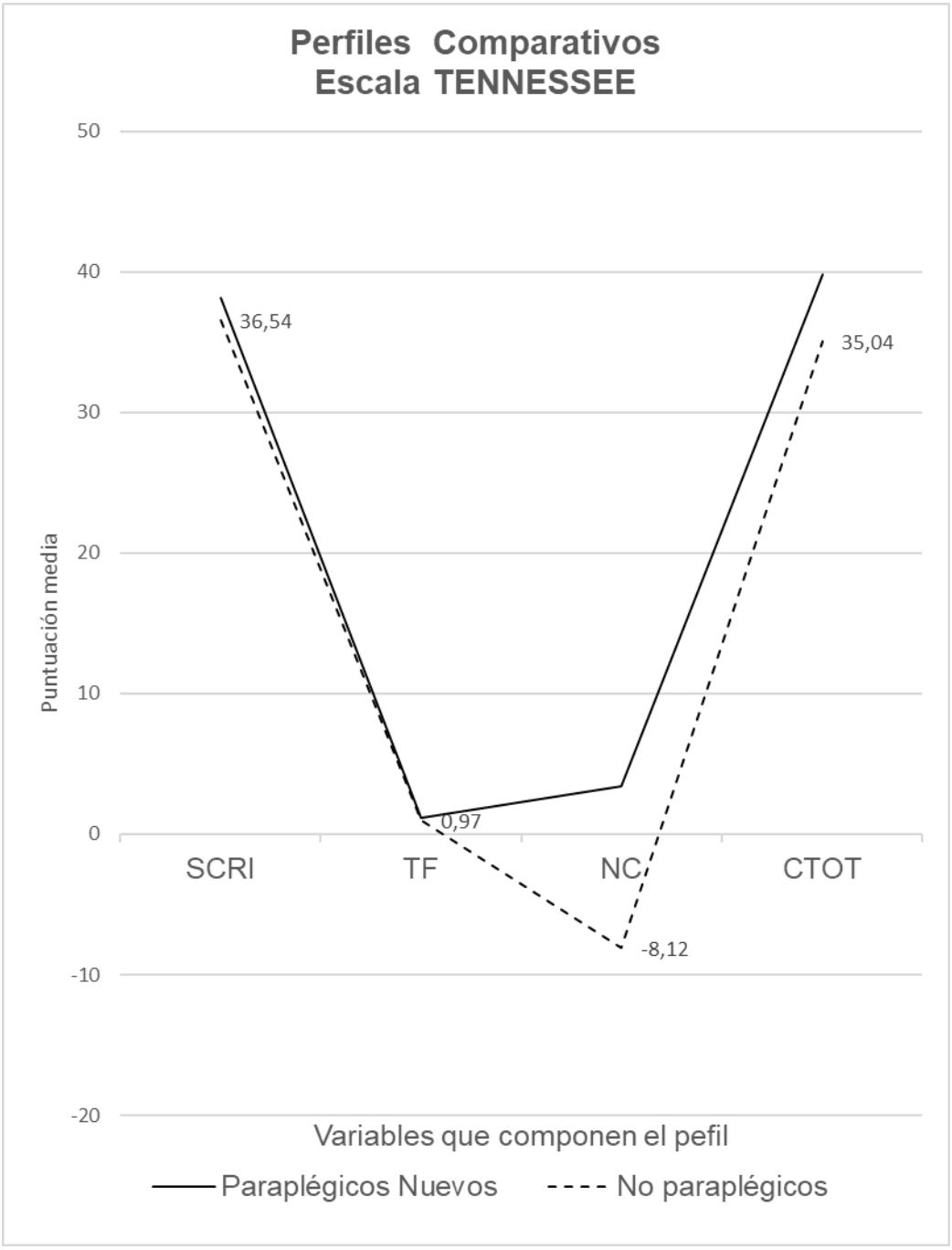

Figura 12: Perfiles comparativos entre PNUE y NP en la TSCS

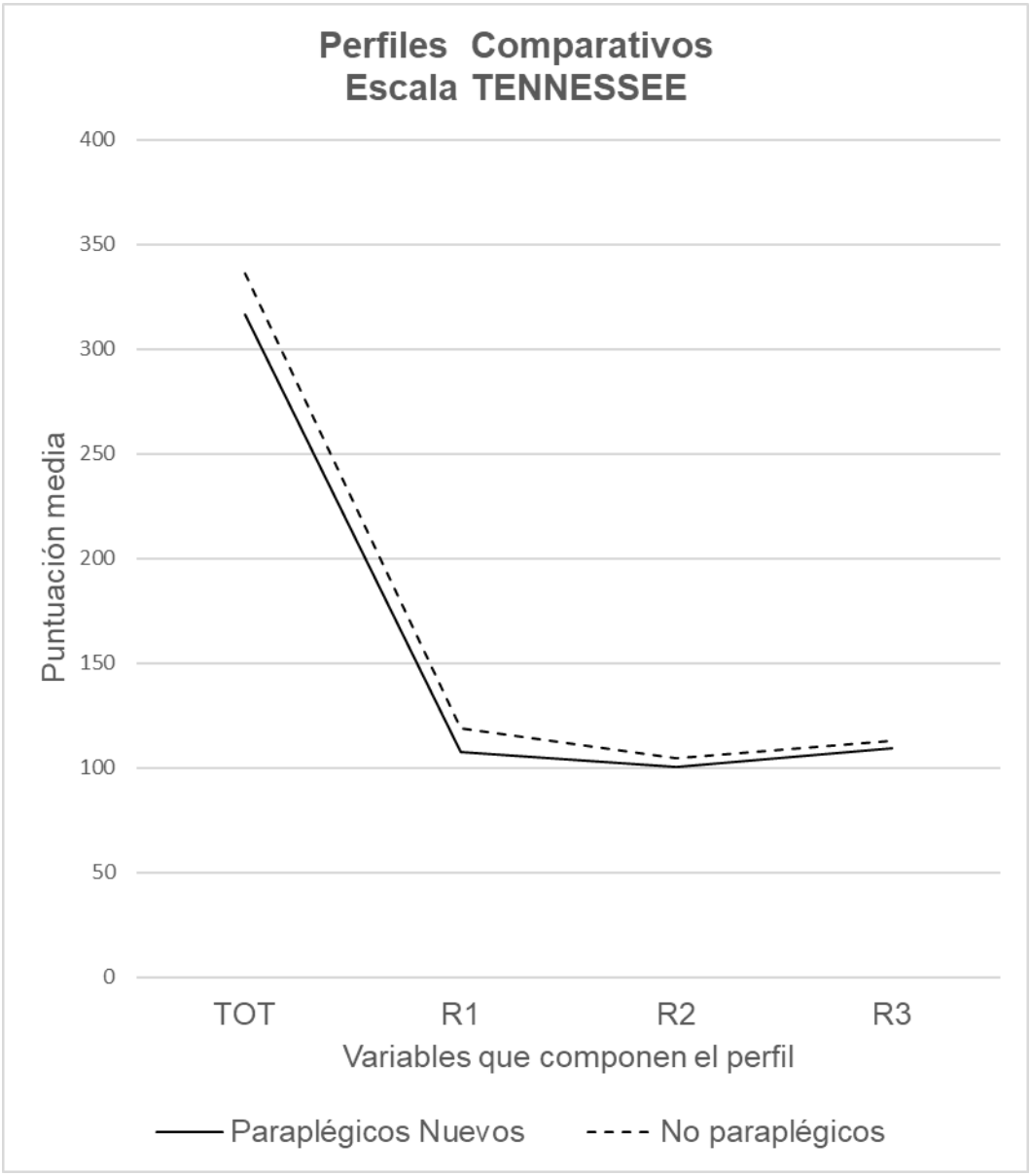

Figura 13: Perfiles comparativos entre PNUE y NP en la TSCS

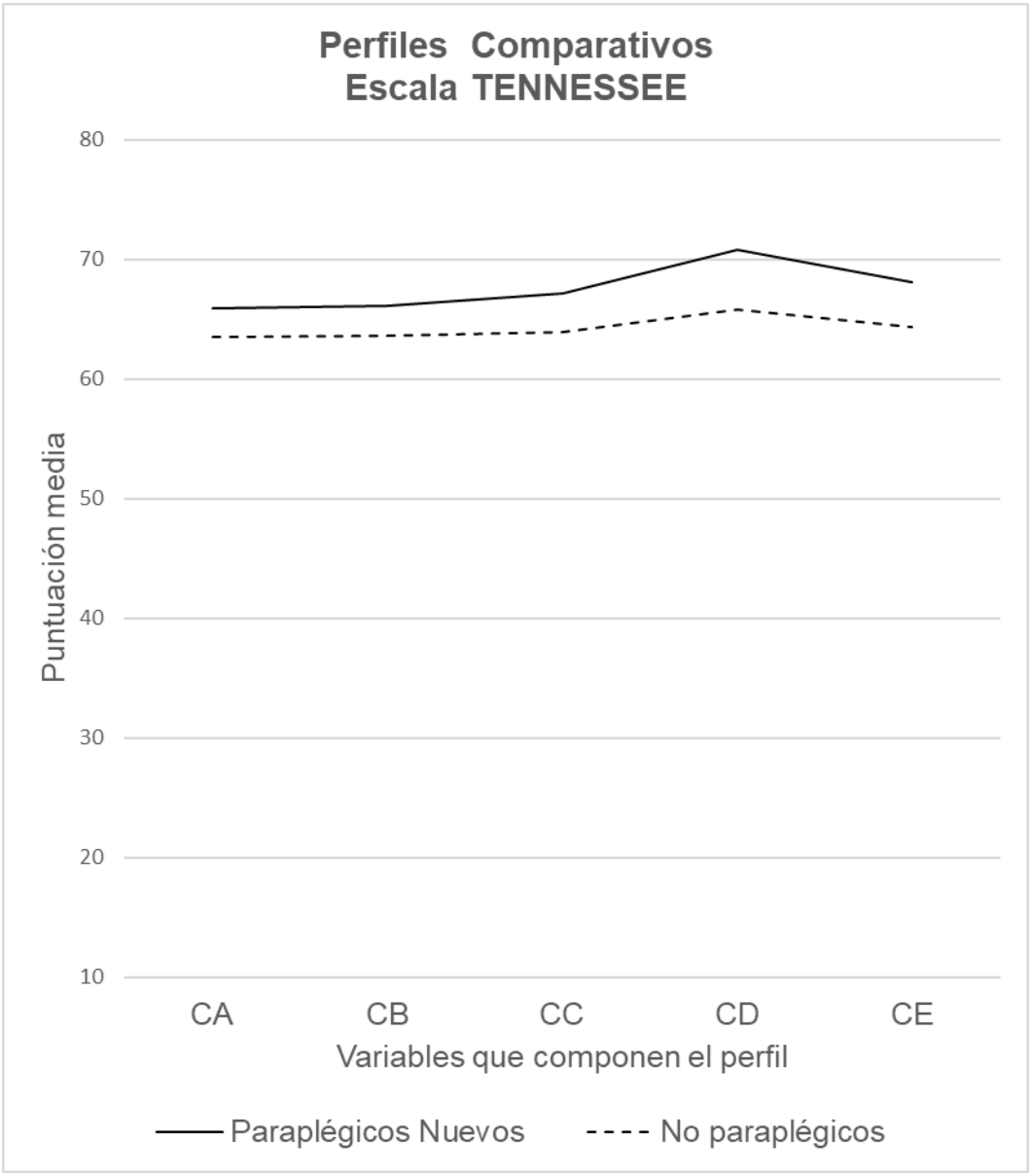

Figura 14: Perfiles comparativos entre PNUE y NP en la TSCS

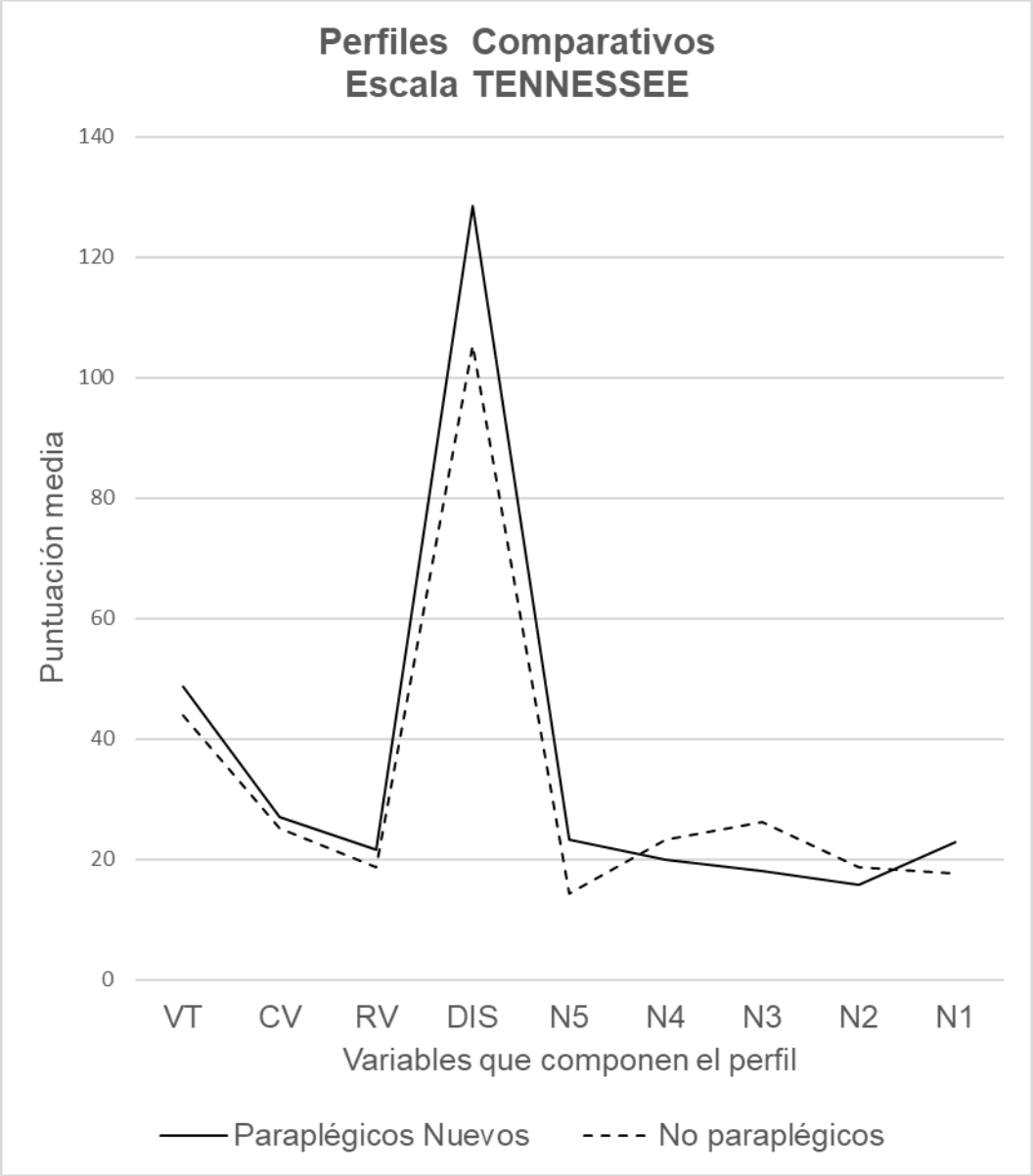

Figura 15: Perfiles comparativos entre PNUE y NP en la TSCS

*** Resultados obtenidos con el Test de Rorschach**

Parapléjicos Antiguos- No Parapléjicos

Con respecto a la variable "Self" el análisis efectuado refleja que existen diferencias significativas entre el grupo de Parapléjicos Antiguos y el de No Parapléjicos (KW= 3.57, N.S= .0587).

Vemos que se confirma nuestra hipótesis: el grupo de Parapléjicos Antiguos se asemeja más al grupo de No Parapléjicos que el grupo total de Parapléjicos en la medida del autoconcepto mediante la variable "Self" generada a partir de las variables del Cluster de Autopercepción del test de Rorschach.

Además, hemos analizado la distribución de la variable "Self" en ambos grupos de sujetos. Para ello se ha utilizado el índice X^2 que nos permite ver con mayor exactitud lo que ya apuntaba el índice de Kruskal-Wallis.

En la Tabla 25 se muestra la distribución de las puntuaciones de la variable "Self" en ambos grupos.

Tabla 25 Distribución de las puntuaciones de la variable "Self" en los grupos de PAN y NP

Frecuencias observadas

GRUPO	-2 a 0	1 a 3	4 a 6	TOTAL
PAN	4	14	5	23
NP	15	33	2	50
TOTAL	19	47	7	73

Frecuencias esperadas

GRUPO	-2 a 0	1 a 3	4 a 6	TOTAL
PAN	6	14.8	2.2	23
NP	13	32.2	4.8	50
TOTAL	19	47	7.0	73

X^2= 6.213 p= .05

Los datos obtenidos nos indican que existe relación significativa entre "Self" y ser parapléjico antiguo o no ser parapléjico.

Los Parapléjicos Antiguos tienden a dar puntuaciones de 4 a 6, mientras que los No Parapléjicos tienden a dar puntuaciones de -2 a 0, intervalo que corresponde con los elementos más positivos de la variable "Self".

A partir de la comprobación de esta hipótesis con el test de Rorschach hemos realizado una diferencia de medias entre ambos grupos en cada una de las variables que componen el Cluster de Autopercepción propuesto por EXNER (1986, 1988) para poder precisar más nuestros resultados.

En la Tabla 26 se presentan las Medias Ajustadas (habiéndose controlado la influencia del número de respuestas) halladas entre los grupos de Parapléjicos Antiguos y No Parapléjicos referidas a las variables del Rorschach estudiadas.

En las variables del Rorschach vemos que las únicas que

aparecen diferenciando a ambos grupos son: a (α=0.05), An (α=0.0002) y Anxy (α=0,0004).

El grupo de Parapléjicos Antiguos da menos respuestas de movimiento activo que el de No Parapléjicos y da muchas más respuestas anatómicas.

Como vemos se confirma nuestra hipótesis dado que los PAN se van igualando a los NP, excepto en los elementos referidos a la preocupación por el cuerpo y la pasividad.

Parece que, con el paso del tiempo, se va reconstruyendo la propia imagen -como era esperable-, pero sigue permaneciendo una preocupación muy marcada por el propio cuerpo, por la existencia física. La presencia de tantas respuestas anatómicas la podríamos interpretar como la imagen de un cuerpo amenazado, vulnerable, temeroso a la posible desintegración del yo.

Tabla 26 Diferencias de Medias Ajustadas entre PAN y NP en el Rorschach

	$\bar{X}$ Ajust. PAN	$\bar{X}$ Ajust. NP	F	Prob.
FQ	5.16	5.21	.005	.9436
M	2.11	2.84	2.178	.1445
M^a	1.07	1.79	3.428	.0683
M^p	1.06	1.03	.007	.9324
a	2.65	4.14	3.812	.0549
p	2.31	2.44	.056	.8129
V	.21	.14	.266	.6078
Fr	.19	.33	.565	.4549
Par	4.77	5.72	1.416	.2381
FD	.23	.48	2.665	.1071
Egoc	.27	.34	2.176	.1447
H	2.60	3.04	1.101	.2977
MOR	.51	.82	1.357	.2479
An	2.96	1.22	15.659	.0002
Xy	.11	.17	.182	.6712
Anxy	3.08	1.38	14.127	.0004

La otra variable significativa (a), nos lleva a pensar que sigue habiendo en estos sujetos una tendencia a depender de los demás y a proyectar su propia imagen paralizada.

En la Figura 16 se muestran los perfiles de ambos grupos (PAN-NP) en las variables del Rorschach estudiadas.

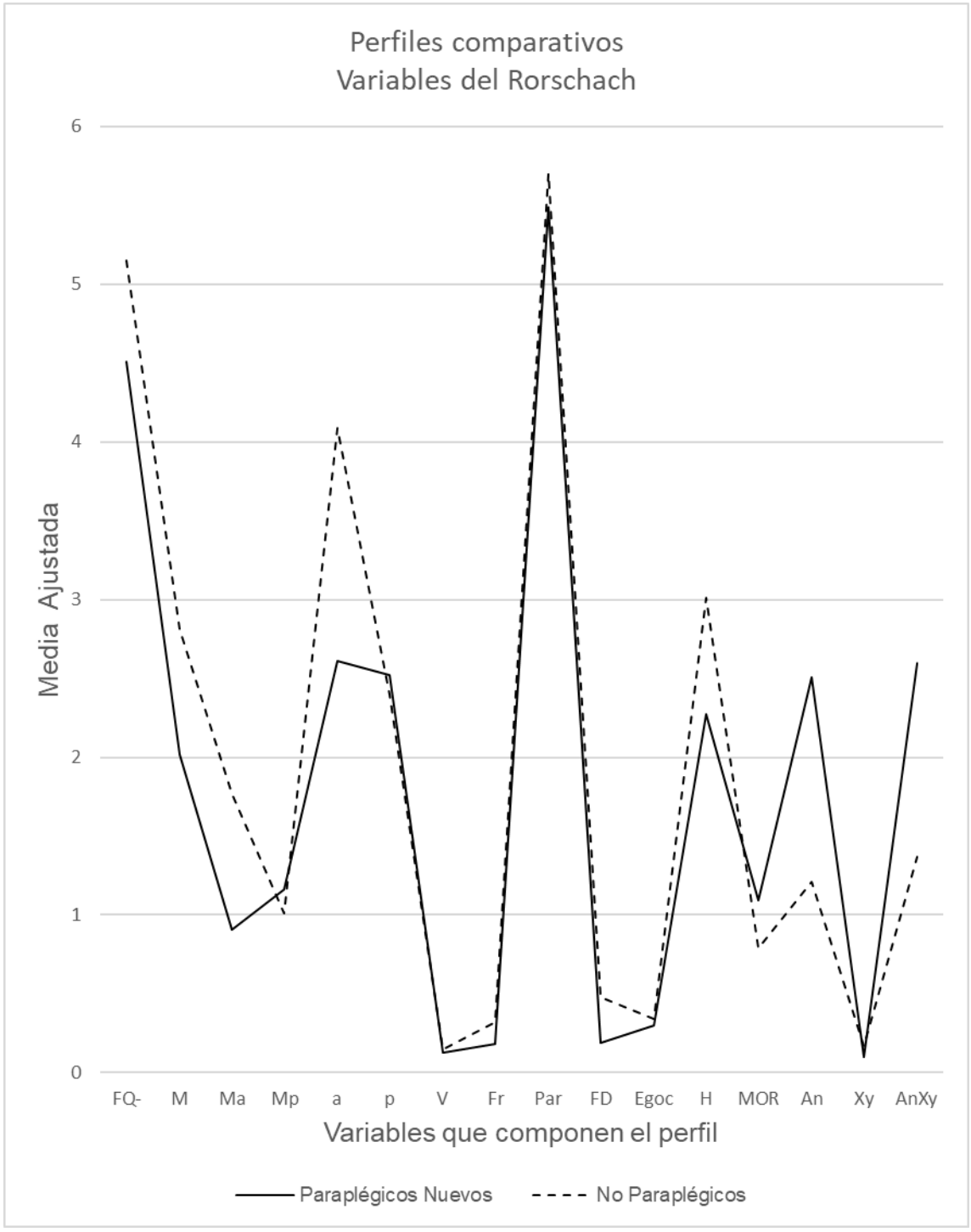

Figura 16: Perfiles comparativos entre PAN y NP en el Rorschach

Parapléjicos Nuevos- No Parapléjicos

Con respecto a la variable "Self" el análisis efectuado refleja que existen diferencias significativas entre los dos grupos (KW= 6.66, N.S= .0098).

Vemos que se confirma nuestra hipótesis: el grupo de Parapléjicos Nuevos difiere del grupo de No Parapléjicos en mayor medida que el grupo de Parapléjicos Antiguos en la medida del autoconcepto mediante la variable "Self" generada a partir de las variables del Cluster de Autopercepción del test de Rorschach. Los Parapléjicos Nuevos presentan un autoconcepto más negativo que los No Parapléjicos pues obtienen una puntuación más alta.

Además, hemos analizado la distribución de la variable "Self" en ambos grupos de sujetos. Para ello se ha utilizado el índice X^2.

En la Tabla 27 se muestra la distribución de las puntuaciones de la variable "Self" en ambos grupos.

Tabla 27 Distribución de la variable "Self" en los grupos de PNUE y NP

Frecuencias observadas

GRUPO	-2 a 0	1 a 3	4 a 6	TOTAL
PAN	2	20	5	27
NP	15	33	2	50
TOTAL	17	53	7	100

Frecuencias esperadas

GRUPO	-2 a 0	1 a 3	4 a 6	TOTAL
PAN	5.9	18.6	2.5	27
NP	11.1	34.4	4.5	50
TOTAL	17	53	7.0	77

X^2= 8.746 p= .025

Los datos obtenidos nos indican que existe relación significativa entre "Self" y ser Parapléjico Nuevo o no ser parapléjico.

Los Parapléjicos Nuevos tienden a dar puntuaciones de 4 a 6, o de 1 a 3, pero apenas dan puntuaciones de -2 a 0, mientras que los No Parapléjicos tienden a dar puntuaciones de -2 a 0 y de 1 a 3, intervalo que corresponde con los elementos más positivos de la variable "Self".

A partir de la comprobación de esta hipótesis con el test de Rorschach hemos realizado una diferencia de medias entre ambos grupos, al igual que en los casos anteriores, en cada una de las variables que componen el Cluster de Autopercepción propuesto por EXNER (1986, 1988) para poder precisar más nuestros resultados.

En la Tabla 28 se presentan las diferencias de medias ajustadas entre los grupos de Parapléjicos Nuevos y No Parapléjicos referidas a las variables del Rorschach estudiadas.

Existen diferencias significativas entre ambos grupos en las siguientes variables del Rorschach: M^a, a, FD, H, An y Anxy.

La de mayor significación es la variable An y Anxy (=0.01). Los Parapléjicos Nuevos dan muchas más respuestas

anatómicas que los No Parapléjicos, aunque esta variable es menos diferenciadora que la que aparecía al confrontar los Parapléjicos Antiguos y No Parapléjicos (Ver Tabla 27).

Tabla 28 Diferencias de Medias Ajustadas entre PNUE y NP en el Test de Rorschach

	$\bar{X}$ Ajust. PNUE	$\bar{X}$ Ajust. NP	F	Prob.
FQ-	4.51	5.15	1.142	.2888
M	2.02	2.81	2.759	.1010
M^a	.91	1.77	5.591	.0207
M^p	1.16	1.01	.294	.5892
a	2.61	4.09	5.091	.0270
p	2.52	2.40	.055	.8145
V	.13	.15	.021	.8838
Fr	.18	.32	.705	.4038
Par	5.49	5.70	.080	.7778
FD	.19	.48	4.359	.0403
Egoc	.30	.34	.859	.3570
H	2.27	3.01	3.756	.0564
MOR	1.09	.79	.694	.4075
An	2.51	1.21	7.737	.0069
Xy	.10	.17	.368	.5459
Anxy	2.60	1.37	6.723	.0115

Parece que, con el paso del tiempo, se agudiza la preocupación por el cuerpo, quizá porque es más difícil mantener una actitud negadora. La evidencia de la lesión ya no se puede negar y el cuerpo se convierte en algo especialmente diferenciador.

Las variables Mª y a (=0.02) muestran que los PNUE son más dependientes que los PAN al compararlos con los NP, hacen una proyección más masiva de su propio cuerpo y de su situación.

La variable FD (=0.05) nos indica que los PNUE evitan la introspección, no toleran todavía su nueva situación porque el sufrimiento es importante, mientras que los PAN ya están igualados a los NP, hay menos angustia y mayor adaptación.

En la Figura 17 se muestra el perfil de ambos grupos (PNUE-NP) en las variables del Rorschach analizadas.

Con respecto a la segunda hipótesis, vemos que se cumple nuestro supuesto de que los PAN se igualaban más a los NP que los PNUE a través de ambas pruebas. En la TSCS hay 5 variables significativas entre PAN y NP y 7 entre PNUE y NP. En el Rorschach hay 4 variables significativas entre PAN y NP y 6 entre PNUE y NP.

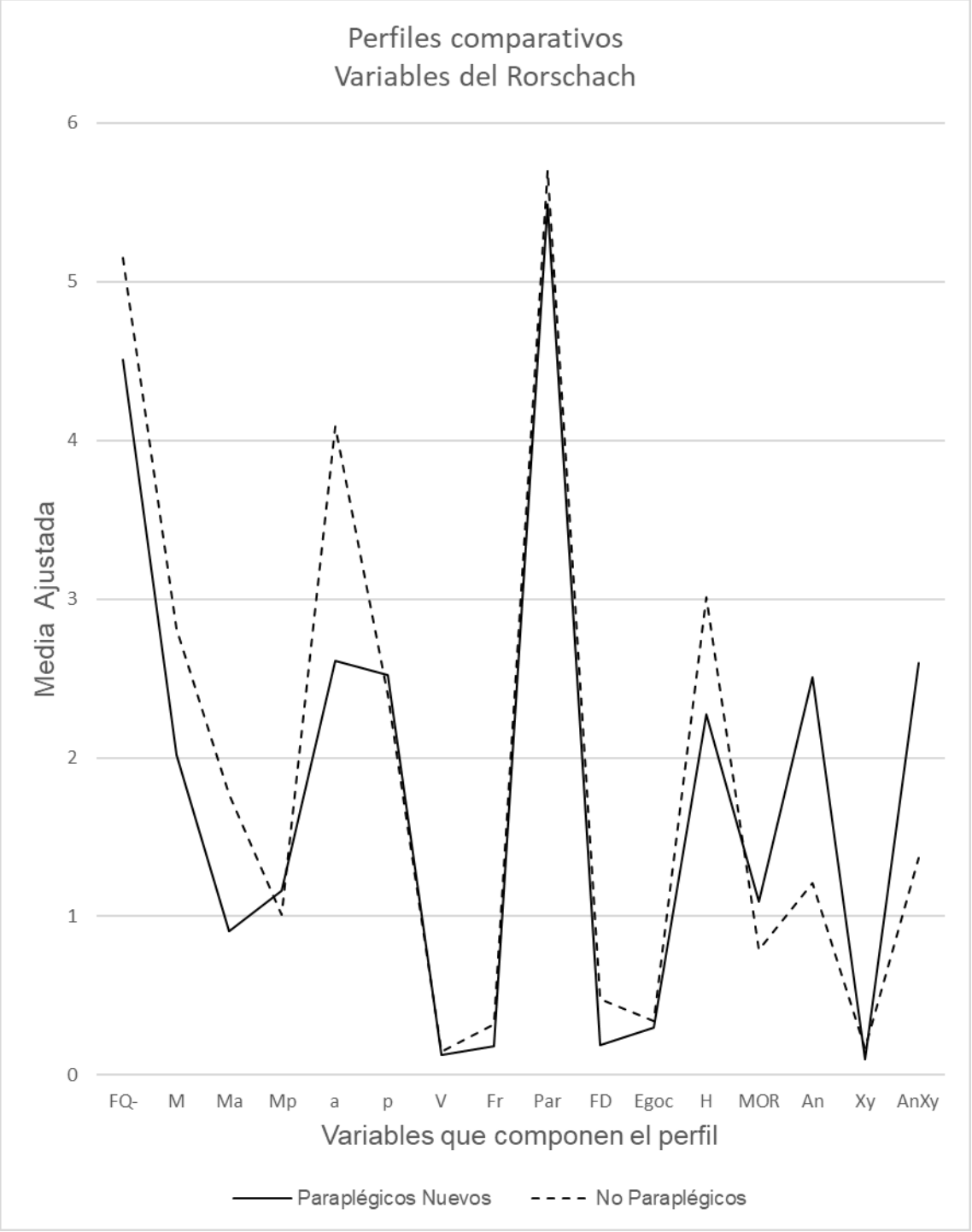

Figura 17: Perfiles comparativos entre PNUE y NP en el Rorschach

5. 5. 3. Referidos a la Hipótesis Tercera

*** Resultados obtenidos con la TSCS**

En la Tabla 29 se presentan las diferencias de medias entre Parapléjicos Antiguos y Parapléjicos Nuevos en la TSCS. (La tabla de medias de cada grupo figura en la página 276).

Como vemos, efectivamente los Parapléjicos Antiguos y los Parapléjicos Nuevos muestran menos diferencias en su autoconcepto. No obstante, son los dos únicos grupos que difieren a un nivel significativo en el nivel total de autoconcepto (TOT) de la TSCS (=0.05). Los PNUE puntúan más alto, lo que se podría interpretar como que se aceptan más a sí mismos que los PAN, encuentran que valen, confían en sí mismos y actúan de acuerdo a ello.

Sin embargo, al dar una puntuación significativamente más baja en autocrítica (SCRI) (=0.02), la alta puntuación en autoconcepto posiblemente es el resultado de una "distorsión defensiva". (FITTS, 1965).

Además, los PNUE obtienen una puntuación más alta (=0.005) en R1: están más satisfechos que los PAN respecto a cómo son, y cómo se ven a sí mismos que los PAN.

También el grupo de PNUE se siente más satisfecho con respecto a su familia (CD, =0.01), lo mismo que ocurría con respecto al grupo de NP. Parece que estima especialmente y se siente estimado por el grupo familiar.

Creo que podemos interpretar todos estos datos desde la menor actitud crítica hacía sí mismo del PNUE que representaría

Tabla 29 Diferencias de Medias entre PAN y PNUE en la TSCS

	T	P
SCRI	2.35	.0227
V/F	.38	.7025
NC	.32	.7474
CTOT	.90	.3704
TOT	-1.94	.0584
R1	-2.89	.0057
R2	-1.08	.2866
R3	-.91	.3682
CA	-1.07	.2906
CB	-.86	.3954
CC	-1.40	.1678
CD	-2.81	.0071
CE	-1.13	.2662
VT	.27	.7899
CV	.45	.6564
RV	-.02	.9880
DIS	-.92	.3622
N5	-.15	.8822
N4	.56	.5768
N3	.91	.3678
N2	-.02	.9858
N1	-1.17	.2465

una actitud defensiva ante una problemática que todavía no puede tener resuelta por lo que busca el apoyo familiar como forma de enfrentarse a ella en mejores condiciones.

También el grupo de PNUE se siente más satisfecho con respecto a su familia (CD, =0.01), lo mismo que ocurría con respecto al grupo de NP. Parece que estima especialmente y se siente estimado por el grupo familiar.

Creo que podemos interpretar todos estos datos desde la menor actitud crítica hacía sí mismo del PNUE que representaría una actitud defensiva ante una problemática que todavía no puede tener resuelta por lo que busca el apoyo familiar como forma de enfrentarse a ella en mejores condiciones.

El PAN se siente más seguro, no necesita tantas estructuras defensivas y puede ser menos dependiente del grupo de sus allegados.

*** Resultados obtenidos en el Test de Rorschach**

Con respecto a la variable "Self" el análisis efectuado refleja que no existen diferencias significativas entre los dos grupos (KW= 0.01, N.S= .9049).

Vemos que no se confirma nuestra hipótesis: el grupo de Parapléjicos Nuevos no presenta un autoconcepto más negativo que el grupo de Parapléjicos Antiguos medido a través de la variable "Self" generada a partir de las variables del Cluster de Autopercepción del test de Rorschach.

Además, hemos analizado la distribución de la variable "Self" en ambos grupos de sujetos. Para ello se ha utilizado el índice X^2.

En la Tabla 30 se muestra la distribución de las

puntuaciones de la variable "Self" en ambos grupos.

Tabla 30 Distribución de las puntuaciones de la variable "Self" en los grupos de PNUE y NP

Frecuencias observadas

GRUPO	-2 a 0	1 a 3	4 a 6	TOTAL
PAN	4	14	5	23
NP	2	20	5	27
TOTAL	6	34	10	50

Frecuencias esperadas

GRUPO	-2 a 0	1 a 3	4 a 6	TOTAL
PAN	2.8	15.6	4.6	23.0
NP	3.2	18.4	5.4	27.0
TOTAL	6.0	34	10.0	50

X^2= 1.411 No significativo

Los datos obtenidos nos indican que no existe relación significativa entre "Self" y ser Parapléjico Nuevo o Parapléjico Antiguo.

En la Tabla 31 se muestran las diferencias entre medias Ajustadas de Parapléjicos Antiguos y Nuevos en las variables del Rorschach estudiadas.

Como vemos, en el Rorschach no aparecen diferencias significativas entre el grupo de PAN y el de PNUE.

A la vista de los resultados obtenidos en la TSCS -en que por primera vez aparece una diferencia significativa entre dos grupos en la puntuación total de autoconcepto (TOT)- creemos que

se confirma nuestra hipótesis de que la TSCS permite controlar y negar más fácilmente los conflictos que el Rorschach.

En la TSCS aparece el grupo de PNUE con un autoconcepto mayor que el grupo de PAN, cuando los demás resultados no muestran diferencias entre ambos grupos. Pensamos que es debido a la necesidad de reafirmarse que tiene el PNUE ante una situación traumática no resuelta. Sus autodescripciones pueden estar marcadas por la necesidad de dar y darse una buena imagen.

Tabla 31 Diferencias de Medias Ajustadas entre PAN y PNUE en el Rorschach

	F	P
FQ-	1.087	.3024
M	.098	.7551
M^a	.313	.5784
M^p	.066	.7979
a	.026	.8718
p	.143	.7066
V	.258	.6132
Fr	.033	.8550
Par	1.290	.2617
FD	.044	.8831
Egoc	.430	.5148
H	.750	.3908
MOR	1.142	.2707
An	.348	.5580
Xy	.028	.8670
Anxy	.359	.5517

C A P I T U L O V I

CONCLUSIONES

6. 1. ASPECTOS GENERALES

A continuación, vamos a describir las conclusiones que pueden extraerse del estudio empírico que hemos realizado. Somos conscientes de las limitaciones que posee este trabajo. Las características que poseen los sujetos estudiados limitan las posibilidades de generalización de los resultados. Al seleccionar el grupo de parapléjicos, hemos intentado que se diera el mayor rigor en cuanto a su homogeneidad, puesto que uno de los problemas que, con más frecuencia, nos hemos encontrado al revisar la literatura sobre el tema, es que no se especifican suficientemente las características de los grupos con los que se han llevado a cabo los estudios.

Además, es necesario realizar otros estudios con muestras más amplias y representativas de la población, para que estos resultados tengan más consistencia. Por tanto, consideramos este trabajo como un estudio aproximativo al autoconcepto de los parapléjicos.

Para llevar a cabo la exposición de las conclusiones hemos considerado más oportuno desglosarlas en función de las hipótesis planteadas. Dado que, al exponer los resultados de los análisis de datos efectuados, se ha realizado una interpretación minuciosa de los mismos, ahora nos limitaremos a exponer las conclusiones generales de cada una de las hipótesis.

Posteriormente, expondremos los aspectos más relevantes de este trabajo y las sugerencias de cara a futuras investigaciones.

6. 2. CONCLUSIONES REFERIDAS A LAS HIPOTESIS PLANTEADAS

6. 2. 1. Referidas a la Hipótesis Primera

En esta hipótesis planteábamos que los Parapléjicos tendrían un autoconcepto más bajo que los No Parapléjicos medido a través del Rorschach y la TSCS.

A través del análisis realizado hemos podido comprobar que la TSCS no diferencia a ambos grupos en cuanto al autoconcepto. Solamente encontramos diferencias significativas en la tendencia de respuesta o en su variabilidad, pero no en las dimensiones internas ni en las externas.

Estas tendencias de respuesta nos muestran la necesidad de los Parapléjicos de reafirmarse en sus aspectos positivos, quizá como forma de no enfrentarse a lo que no desean ser, al mismo tiempo que tienen más dificultad para poder integrar diferentes aspectos de sí mismos. Son extremistas en sus respuestas, tienden -en mayor medida que los No Parapléjicos- a contestar "completamente cierto" o "completamente falso", de lo que se podría deducir que están más seguros que los No Parapléjicos de lo que piensan acerca de sí mismos. Sin embargo, pensamos que el no permitirse dudar acerca de sus autopercepciones puede ser un rasgo de signo contrario.

A través del Rorschach sí se ha confirmado nuestra hipótesis: los Parapléjicos tienen un autoconcepto más negativo que los No Parapléjicos.

Las variables del Cluster de Autopercepción que diferencian a ambos grupos nos indican que los Parapléjicos están muy preocupados por su propio cuerpo. Su percepción de un cuerpo vulnerable, posiblemente les dificulta sus relaciones interpersonales, lo que puede llevarlos a una mayor introspección

y aislamiento.

6. 2. 1. 1. Referidas a la Primera Subhipótesis

En esta subhipótesis planteábamos la probabilidad de que la dimensión del "sí mismo físico" de la TSCS discriminaría claramente a los dos grupos de estudio.

No hemos podido confirmar nuestra hipótesis: no aparecen diferencias significativas entre ambos grupos. Estos resultados son contradictorios con los dos únicos estudios (que hemos encontrado) que han analizado las diferencias entre Parapléjicos y No Parapléjicos respecto a la dimensión "yo físico" de la TSCS:

MAYER y EISENBERG (1982) hallaron diferencias entre el grupo de Parapléjicos y el de No Parapléjicos solamente en esta dimensión ($p<.0001$)

GREEN y otros (1984) encontraron resultados similares ($p<.05$).

Los resultados obtenidos nos han sorprendido, dada la importancia que la mayoría de los autores han dado a las alteraciones de la imagen corporal que se producen en la paraplejia. Es cierto que esta escala no pretende evaluar la imagen corporal, pero sí aspectos referentes al cuerpo.

La explicación que encontramos para estos resultados es que posiblemente resulta difícil enfrentarse directamente a un cuerpo dañado. Por otra parte, como señalan MARSH y RICHARDS (1989) la escala del "yo físico" contiene componentes más amplios que los referidos al cuerpo.

Aunque en este estudio no hemos trabajado con la imagen

corporal de los parapléjicos a través del Rorschach, sí hemos realizado otro en el que aparecían diferencias significativas ($p<.0001$) entre Parapléjicos y No Parapléjicos, siendo nuestros resultados similares a los encontrados por otros autores (LANDAU, 1960; EUCHNER, 1979; MITCHEL, 1970)

6. 2. 1. 2. Referidas a la Segunda Subhipótesis

Los resultados obtenidos nos permiten señalar que la identificación y la representación de sí mismos que tienen los Parapléjicos es pasiva, lo que podemos interpretar como proyección de su propia vida y como adaptación a sus necesidades.

Los No Parapléjicos se muestran como personas más capaces de enfrentarse a sus problemas de una forma activa y expansiva. Los Parapléjicos aparecen más replegados en sí mismos, más dependientes.

No aparece relación significativa entre ser parapléjico o no serlo y la variable a:p. Relacionando este resultado con el anterior podemos pensar que la pasividad está vinculada a la representación de sí mismo, no a la realidad externa.

6. 2. 2. Referidas a la Hipótesis Segunda

Partiendo de la suposición de que el autoconcepto es básicamente estable, aunque puede verse alterado por diferentes circunstancias a lo largo de la vida, puede esperarse que los Parapléjicos Antiguos volverán a recuperar un autoconcepto más positivo, asemejándose a los No Parapléjicos.

Los resultados obtenidos en la TSCS no muestran diferencias significativas entre ambos grupos respecto al autoconcepto

global.

Sin embargo, encontramos una dimensión interna que diferencia a los PAN de los NP: la dimensión de la Identidad. Los PAN se ven a sí mismos de forma menos positiva que los NP.

Cuando comparamos a los PNUE con los NP, encontramos más variables diferenciadoras, aunque no la puntuación de autoconcepto global. Pero, en este caso, son los PNUE los que se muestran más satisfechos con su actuación y valoran más a sus allegados.

Con la TSCS no podemos confirmar nuestra hipótesis más que de forma muy incompleta.

Si tenemos en cuenta los resultados del Rorschach, sí se confirma nuestra hipótesis. Los PAN presentan un autoconcepto más negativo que los NP, pero analizando las variables del Cluster de Autopercepción solamente hay tres que sean significativas: An, An+Xy y "a". Parece que con el paso de los años siguen preocupados por su cuerpo y sigue habiendo poca capacidad de enfrentar las situaciones desde una posición activa.

Los PNUE se diferencian más de los NP que los PAN. Tienen mayor tendencia a la introspección y menos capacidad de relación interpersonal.

6. 2. 3. Referidas a la Hipótesis Tercera

Nos formulábamos la hipótesis de que los PNUE tendrían un autoconcepto más negativo que los PAN.

Los resultados en la TSCS muestran lo contrario. Es la

primera comparación entre grupos, de las que hemos realizado, que muestra diferencias significativas en el autoconcepto global y, además, en la dimensión interna de la "Identidad" y en la externa del "yo familiar": los PNUE se sienten más satisfechos de cómo son y de sus relaciones familiares.

Estos resultados son contradictorios con los obtenidos en otros estudios (CARLSON, 1979; KEMP, 1971; GREEN, 1984, RICHARDS, 1986). Pensamos que pueden ser debidos a la negación que normalmente realizan los parapléjicos en las primeras etapas después de la lesión (ver Cap. I)

En el Rorschach no aparecen diferencias significativas ni en la puntuación general de autoconcepto, ni en las variables del Cluster.

6. 3. CONSIDERACIONES FINALES Y SUGERENCIAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Para finalizar quisiéramos hacer una breve exposición de las conclusiones generales que se pueden derivar de este estudio y formular algunas sugerencias de cara a futuras investigaciones que puedan efectuarse.

1. El hecho de que no aparezcan diferencias significativas del autoconcepto entre Parapléjicos y No Parapléjicos cuando lo medimos a través de la TSCS lo podemos interpretar en el sentido de que la TSCS no discrimina suficientemente el autoconcepto, al menos cuando se evalúa en un grupo de parapléjicos. Estos resultados nos llevan a concluir que cuando se trata de comparar grupos de Parapléjicos - No parapléjicos en el estudio del autoconcepto, la TSCS no es útil. Estos datos coinciden con los

obtenidos por otros autores (MAYER y EISENBERG, 1982; GREEN, 1984; CARLSON, 1979).

Además de las críticas que ya se han realizado a la TSCS en este sentido, (y que hemos expuesto en el capítulo IV) pensamos que, al preguntar directamente a los parapléjicos acerca de la percepción de sí mismos, se ponen en marcha mecanismos de defensa que les impiden afrontar el problema, dada la gravedad de su lesión y las grandes implicaciones a nivel psíquico y físico que conlleva.

2. Nos parece que el Test de Rorschach puede convertirse en una buena aportación al estudio del autoconcepto. Creemos que las recientes investigaciones de EXNER (1986, 1988), en las que se han configurado los "clusters" de variables para la interpretación del Rorschach, constituyen un futuro prometedor.

Este estudio, primero que conocemos que haya evaluado el autoconcepto de los parapléjicos a través del Cluster de Autopercepción propuesto por Exner, pensamos que ofrece resultados alentadores.

3. Podemos concluir, a través de los resultados que hemos obtenido con una prueba de autoinforme (TSCS) y otra proyectiva (Test de Rorschach), que cuando se utiliza una técnica proyectiva, en la que el sujeto no conoce su finalidad, actúan menos mecanismos defensivos y puede aparecer el autoconcepto más profundo y menos controlado por la respuesta verbal.

Como señala WYLIE (1974) la omisión de variables de autoconcepto inconsciente podría ser una de las razones por las que se ha limitado el éxito en la predicción de conductas importantes. Parece plausible que las teorías fenomenológicas

pueden llegar a ser más predictivas añadiendo constructos concernientes al self no fenomenológico.

También EPSTEIN (1983) formula la necesidad de ir más allá de las pruebas de autoinforme para poder conocer aquello que el sujeto no puede decir de sí mismo cuando es preguntado directamente.

4. Pensamos que el estudio del autoconcepto de los parapléjicos es un tema todavía poco investigado, y, sin embargo, de gran importancia, como señalan muchos de los autores que hemos ido revisando, para la rehabilitación psicológica de estos sujetos.

Como líneas de investigación futuras, pensamos que quedan muchas puertas abiertas:

* Evaluación del autoconcepto de los parapléjicos con otros instrumentos, de modo que se puedan contrastar los resultados obtenidos en esta u otras investigaciones.

* Profundización en el estudio de las implicaciones psicológicas producidas por la paraplejia, de tal manera que se posibilite mejor su rehabilitación.

* Profundización en el estudio de los "Clusters" de variables del Rorschach. Esta línea de investigación en Rorschach ofrece grandes posibilidades y un mayor rigor científico.

El campo de investigación posible es muy amplio. Queda mucho por decir sobre el autoconcepto, sobre la paraplejia y sobre las técnicas de medida que hemos empleado. Queda abierto un camino que esperamos poder seguir recorriendo. En esta línea se encuentran nuestros estudios sobre la imagen corporal en los

parapléjicos estudiada a través del Test de Rorschach y del Dibujo de la Figura Humana. En los resultados que hemos obtenido hasta el momento las diferencias son muy significativas.

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

ABRAMS, E. N. (1955). Prediction of Intelligence from Certain Rorschach Factors. Journal of Clinical Psychology, 11, 81-83.

ADAMS, H. (1972). Psychology of Adjustement.New York: Ronald Press.

ALESSANDRO DE COLOMBO, M. y otros (1989). El psicodiagnostico de Rorschach. Klex. Buenos Aires.

ALINSKY, D y EXNER, J.E. (1980). Temporal Consistency among Seven and Fifteen Years Olds Retested after Nine Months. Workshop Study, 352. Citado en EXNER, J. E. (1980).

ANDERSON, T.P. y ANDERBERG, M.M. (1979). Psychosocial Factors Associated with Pressure Scores. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation. 60, 341-346.

ANTHONY, E. (l979). Mutative Impact of Serious mental and Physical Illness in Parent on Family Life. En Anthony, E. y Koupernik, C. (eds.) The Child in his Family. International Yearbook for Child Psychiatry and Allied Disciplines. Vol. I. J. Wiley & Sons. New York.

ARGYLE, M. y LITTLE, B.R. (1972). Do Personality Traits Apply to Social Behavior?. Journal of Theory and Social Behavior, 2, 1-35.

ARMSTRONG, H. y BAKKER, C. (l976). Behavioral Self- Analysis in the Medical Curriculum. Journal of Medical Education. 5l(9), 758-762.

ASKVOLD, F. (l975). Measuring Body Image. Psychotherapy and Psychosomatics. 26, 7l-77.

ATKINSON, L., QUARRINGTON, B., ALP, I.C. y CYR, J.J. (1986). Rorschach Validity: An Empirical Approach to the Literature. Journal of Clinical Psychology. 42(2), 360- 362.

AYER, M.J., THORESON, R.W. y BUTLER, A.J. (l966). Predicting Rehabilitation Sucess with the MMPI and Demografic Data. Personnel and Guidance Journal. 44, 63l-637.

BACHMAN, J.G. y O'MALLEY, P.M. (1977). Self-esteem in Young Men: A Longitudinal Analysis of the Impact of Educational and Occupational Attainment. Journal of Personality and Social Psychology, 35, 365-380.

BARKER, R.G., WRIGHT, B.A., MEYERSON, L. y GONICK, M.R. (1953). Adjustment to Physical Handicap and Illness: A Survey of the Social Psychology of Psysique and Disability. Ed. Rew. Social Science Research Council. New York

BARLEY, W. y otros (1985). The Rorschach Comprehensive System. Egocentricity Index in Psychiatric Inpatiens. Journal of Personality Assessment. 49 (2), 137-140.

BARRON, F. (1953). An Ego-Strength Scale with Predicts Response to Psychotherapy. Journal of Consulting Psychology. 17, 327-333.

BARRY, J.R., DUNTEMAN, G.E., WEBB, M.W. (1968). Personality and Motivation in Rehabilitation. Journal of Counseling Psychology. 15, 237-244.

BARTON, K., CATTELL, R.B. (1972). Personality before and after a Chronic Illness. Journal of Clinical Psychology. 28, 464-467.

BASH, K.W. (1983). Sex Character of Human Movement Answers in the Rorschach Test in Transsexual and Transvestite Patients. Schweiz Arch. Neurol. Neurochir. Psychiatr. 132 (2), 315-323.

BECK, S.J. (1944). Rorschach's Test I: Basic Processes.Grune and Stratton. New York.

BECK, S.J. (1945). Rorschach's Test II: A Variety of Personality Pictures.Grune and Stratton. New York.

BECKMAN, C.E. et al. (1985) : Self-Concept: an Outcome of a Program for Spinal Pain. Pain. 22 (1), 59-66.

BENDICK, M.R. y KLOPFER, W.G. (1961). The Effects of Sensory Deprivation and Motor Inhibition on Rorschach Movement Responses. Journal of Projectives Techniques. 28, 261-264.

BERCKMAN, A.H. y otros (1978). Sexual Adjustement of Spinal Cord Injured Veterans Living in the Community. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation. 59 (1), 29-33.

BERGER, S. (1952). Role of Sexual Impotence in Concept of Self in Male Paraplegics. Doctoral Dissertation. New York University.

BERGER, S. y GARRETT, J. (1952). Psychological Problems of the Paraplejic Patient. Journal of Rehabilitation. 18, 15-17.

BERGER, S. (1953). Paraplegia. En Garrett (Ed.). Psychological Aspects of Physical Disability. (Rehabilitation Service Series no.210) Washington D.C.: Office of Vocational Rehabilitation. United States Department of Health, Education and Welfare.

BERTINETTI, J. y FABRY, J. (1977). An Investigation of the Construct Validity of the T.S.C.S. Journal of Clinical

Psychology. 33 (2), 416-418.

BLATT, S.J. (1975). The Validity of Projective Techniques and their Clinical and Research Contributions. Journal of Personality Assessment. 39, 327-343.

BLOOM, D.S. (1974). Sexual Aspects of Physical Disability. American Archives of Rehabilitation Therapy. 22, 32-39..

BLUMER, H. (1969). Symbolic Interaccionism: Perspective and Method. Englewood Cliffs. Prentice-Hall. New York.

BLUMETTI, A.E. y MODETTI, L.M. (1976). Psychological Predictors of Sucess or Failure of Surgical Intervention for Intractable Back Pain. Advances in Pain Research and Therapy . I, 323-325.

BODOIN, N.J. y PIKUNAS, S. (1983). A Rorschach Form-Color Porcentaje and Reality Testing in Adults Patients and Nonpatients. Journal of Personality Assessment. 6, 47, 583-587.

BOEKHOLT, M. (1983). Mécanismes du régulation narcissique au Rorschach. Psychologie Francaise. 28 (2), 124-128.

BOLLAS, C. (1982). On the Relation to the Self as an Object. International Journal of Psychoanalisis. 63 (Rt 3), 347-359.

BOLTON, B. (1976). Factorial Validity of the T.S.C.S. Psychological Reports. 39 (3, Pt 1), 947-954.

BOLTON, B. (1977). Psychologist Versus Client Perspectives in the Assessment of Psychopatology. Applied Psychological Measurement. 1, 533-542.

BOLTON, B. (1978 a). Review of the Sixteen Personality Factor Questionnaire. En: The Eighth Mental Measurements Yearbook. Gryphon Press. Highland Park. New York.

BOLTON, B. (Ed.) (1978b). Handbook of Meassurement and Evaluation in Rehabilitation. University Park Press. Baltimore.

BOLTON , B. (1979). The T.S.C.S. and the normal personality sphere (16PF). Journal of Personality Assessment. 43 (6), 608-613.

BORS, E. (1951). Phantom Limbs with Spinal Cord Injury. Archives of Neurology and Psychiatry. 66, 610-631.

BOYLE, E.S. y LARSON, P.C. (1981). Factor Structure of the T.S.C.S. for an Institutionalized disabled population. Perceptual

and Motor Skills. 52 (2), 575-582.

BOURESTOM, N.C. y HOWARD, M.T. (1965). Personality Characteristics of Three Disability Groups. Archives of Physical Medicine. 40, 626-632.

BRAAKMAN, C., ORBAAN, J. y DISHOECK, M. (1976). Information in the Early Stages after Spinal Cord Injury. International Journal of Paraplegia. 14, 95-100.

BRACKEN, M.B. y SHEPARD, M.J. (1980). Coping and Adaptation Following Acute Spinal Cord Injury: A Theoretical Analysis. Paraplegia. 18, 74-85.

BRACKEN, M.B., SHEPHARD, M.J. y WEBB, S.B. (1981). Psychological Response to Acute Spinal Cord Injury : An Epidemiological Study. Paraplegia. 19, 271-283.

BRACKETT, T.O. et al. (1984). The Emotional Care of a Person vith a Spinal Cord Injury. JAMA. 10, 252(6). 793- 795.

BRAY , G.P. (1978). Rehabilitation of Spinal Cord Injured: Family Approach. Journal Applied Rehabilitation Counseling. 9, 70-78.

BRENT, P. y EXNER, J.E. (1980). Temporal Consistency Among Eight Years Old Retested after Seven Days. Worshop Study, 361. Citado en EXNER, J.E. (1980).

BRESLIN, C. (1971). En Ward and Bronx V. A.: Talking About the Unspeakable. New York Magazine. 43-52.

BRIDLE, M.J. (1984). Comparison of the TSCS and the Rosenberg Sef-Esteem Scale. Occupational Therapy Journal of Research. 4 (1), 51-52.

BROOKOVER, W.B., ERIKSON, E.L. y JOINER, L.M.(1967). Self-concept of Ability and School Achievement. USOE Cooperative Research Report. Project número 2831, East Lansing: Michigan State University.

BUCK, P.M., HOMMANN, G.W. (1981). Personality Behavior, Values and Family Relationships of Children of Fathers with Spinal Cord. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation. 62, 432-438.

BUHLER, C y LEFEVER, D. (1977). A Rorschach Study on the Psychological Characteristics of Alcoholics. Quartely Journal of Studies of Alcoholism. 8, 197-260.

BULMAN, R.J. y WORTMAN, C.B. (1977). Attributions of Blame and

Coping in the "Real World". Severe Accident Victims React to their Lot. Journal of Personality and Social Psychology. 35, 351-363.

BURNHAM, B.A. y WERNER, G. (1979). The High-level Tetraplegic: Psychological Survival and Adjustment. Paraplegia. 16, 184-192.

BURNS, R. B. (1979). The Self-Concept: Theory, Measurement, Development. Longam. London.

BURNSTEIN, A. (1972). Rorschach Review. en BUROS (Ed.), The Seventh Mental Measurements Yearbook. New Jersey. Gryphon Press.

BYRNE, D. (1984). The General Academic Self-concept Nomological Net-Work: A Review of Construct Validation Research. Review of Educational Research, 54, 427-456.

CALKINS, D. (1981). The Rorschach Egocentricity Index: A Study of its Relationship to Self-Esteem. D.A.I., 42 (1- B), 365.

CAMPBELL, D. J. y ASKE, D. (1959). Convergent and Discriminant Validation by the Multitrait-Multimethod Matrix. Psychological Bulletin, 56, 81-105.

CARDONE, S. y OLSON, R.E. (1973). Intercorrelations between Some Body Image Measures. Journal of Personality Assessment. 37 (2), 122-129.

CARLSON, C.E. (1979). Conceptual Style and Life Satisfaction Following Spinal Cord Injury. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation. 60, 346-359.

CARLSON, R.(1965). Estability and Change in the Adolescent's Self-Image. Chid Developement, 30 (3), 659- 666.

CARR, A. (1984). Content Interpretation Rorschach: Solley and Teiling's "Dissociated Rage Attacks in a Vietnam Veteran: A Rorschach Study". Journal of Personality Assessment. 48, 4, 420-421.

CARTER-JOYNT, E. (1978). A Comparison between an Experimental and Traditional Rehabilitation Program for Spinal Cord Injured Patients Relative to Rehabilitation Sucess, Patient's Self-Esteem and Economic Costs. Dissertation Abstract International. 39 (1B), 160.

CASSELL, W.A. (1979). Anatomical Rorschach Responses and Death Symbolism. British Journal of Projective Psychology and Personality Study. 24 (1), 7-16.

CASTRO DE LA MATA, R., GINGRAS, G. y WITTKOWER, E.D. (1960). Impact of Sudden Severe Disablement of Father upon Family. Canadian Medical Association Journal. 82, 1015-1020.

CAYWOOD, J.A. (1974). A Quadraplejic Young Men Looks at Treatment. Journal of Rehabilitation. 49, 22-25.

CHATURVEDI, S.K. y PANT, V.L. (1984). Objective Evaluation of Body-Image of Renal Transplant Recipients. Journal of Psychological Rehabilitation. 28 (1), 4-7.

CHIU, W.S. (19 75). Life after Spinal Cord Injury. In Comprehensive Vocational Rehabilitation for Severely Disabled Persons. Washington D.C.: Job Development Laboratory. The George Washington University Medical Center.

CHRISTIAN, Q.A. (1969). Relationships between Physical Fitness and Self-Concept. Tesis Doctoral no publicada. East Texas State University Commerce.

CIBEIRA, J.B. y LIENDO, E. (1972). Team Approach to the Psychological Treatment of Patients with Spinal Cord Injury. Paraplegia. 10, 85-90.

CLEMENTE, A., MUSITU, G. y ROMAN, J.M. (1985). Multidimensionalidad del Autoconcepto. Universitas Tarraconensis. VII, 2, 219-234.

COBB, A.B. (Ed.) (1973). Medical and Psychological Aspects of the Disability. Springfield. Illinois. Charles C. Thomas.

COCKING, R.R., DANA, J.M. y DANA, R.H. (1969).Six Constructs to Define Rorschach M: A Response. Journal of Projective Techniques and Personality Assessment. 33, 322-323.

COFFMAN, R.J. (1981). Sexual Attitudes and Behaviors of Female Partners of Spinal Cords Injured Males. Dissertation Abstracts International,. 42, (4-B), 1583.

COGSWELL, B.E. (1968). Self-socialization: Readjustment of Paraplegics in Community. Journal of Rehabilitation. 34, 11-13.

COLE, T. (1975). Sexuality and Physical Disability. En GREEN, B.C. (Ed). Medical Textbook on Human Sexuality. Baltimore. William and Wilkins.

COLE, T.M., CHILGREEN, R. y ROSENBERG, P. (1973). New Programme of Sex Education and Counseling for Spinal Cord Injured Adults

and Health Care Professionals. Paraplegia. 11,111-124.

COLEMAN, R.L. (1973). Organ inferiority and personality. D.A.I. 33, 5373 B.

COLLINGWOOD, T.R., WILLETT, L. (1971). The Effects of Physical Training upon Sel-Concept and Body Attitude. Journal of Clinical Psychology. 27, 411-412

COLLINS, H.A., BURGER, G.K., DOHERTY, D.D. (1970). Self- Concept of EMR and Nonretarded Adolescents. American Journal of Mental Deficiency. 75, 285-289.

COMARR, A.E. (1970). Sexual Function among Patients with Spinal Cord Injury. Urology International. 25, 134-168.

COMARR, A.E. (1973). Sex among Patients with Spinal Cord and/ or Cauda Equina Injuries. Medical Aspects of Human Sexuality. 7, 222-238.

COMARR, A.E. y HOHMANN, G.W. (1972). The Sexual Function of the Spinal Cord Injury Patient. En A Source Book: Rehabilitating the Person with Spinal Cord Injury. Washington D.C. Veterans Administration.

COMBS, A.W., SOPER, D.W. y COURSON, C.C. (1963). The Measurement of Self-Concept and Self-Report. Educational and Psychologycal Measurement, 23, 493-500.

COMBS, A.W. y SNYGG, D. (1949). Individual Behavior: A Perceptual Approach to Behavior. New York: Harper and Brothers. (Edición revisada en 1959).

COMBS, A. y SOPER, D. (1957). The Self, its Derivate Terms and Research. Journal of Individual Psychology. 13, 134-145.

CONOMY, J. (1973). Disorders of Body Image after Spinal Cord Injury. Neurology. 23, 842-850.

CONSTANTINOPLE, A. (1969). An Eriksonian Measure of Personality Development in College Students. Developmental Psychology, 1, 357-372.

COOK, D.W. (1976). Psychological Aspects of Spinal Cord Injury. Rehabilitation Counseling Bulletin. 19, 535- 543.

COOK, D.W. (1979). Psychological Adjustment to Spinal Cord Injury: Incidence of Denial, Depression and Anxiety. Rehabilitation Psychology. 26, 97-104.

COOK, D.W. y ROESSLER, R. (1977). Spinal Cord Injury in Arkansas; Rehabilitation Service Provision and Client Characteristics. Informe de investigación. Fayetteville. Arkansas Rehabilitation Research and Training Center.

COOLEY, C.H. (1902). Human Nature and the Social Order. Scribners. New York.

COOPERSMITH, S. (1967). The Antecedents of Self-Esteem. San Francisco. Freeman, W.H.

COOPERSMITH, S. (1977). Self-concept: Its Origin and its Development in Inancy. San Francisco. Encuentro de la American Psychological Association.

COOPERSMITH, S. , SAKAI, D., BEARDSLEE, B. y COOPERSMITH, A. (1976). Figure Drawing as an Expression of Self- Esteem. Journal of Personality Assessment. 46, 371-375.

CORDARO, L. y SHONTZ, F. (1969). Psychological Situations as Determinants of Self-Evaluations. Journal of Counseling Psychology. 16, 575-578.

CROOK, J.M. (1980). The Evolution of Human Conciousness. Clarendon Press. Oxford.

CROWNE, D.P., STEPHENS, M.W. y KELLY, R. (1961). The Validity and Equivalence of Tests of Self-Acceptance. Journal of Psychology. 51, 101-112.

DALBY, J.T. y VALE, H.L. (1977). Self-Esteem and Children's Human Figure Drawings. Perceptual and Motor Skills. 44, 1279-1282.

DAMON, W. y HART, D. (1982). The Developemant of Self-understanding fron Infancy Throught Adolescence. Child Developement, 53, 841-864.

DANA, R.H. (1968). Six Constructs to Define Rorschach M. Journal of Projectives Techniques and Personality Assessment. 32 (2), 138-145.

DANNEMILLER, E.A. (1977). A Comparison of Assaultive Criminals on the Body Image Boundary Dimension of Fisher and Cleveland as Measured by the Rorschach and Holtzman Inkblot Techniques. Dissertation Abstracts International. 38 (2-B), 891.

DARE, C. y otros (1981). Developmental Aspects of the Interaction between Narcisism, Self-Steem and Object Relations. International

Journal of Psychoanalysis. 62 (3), 323-337.

DAVIS, G., SHEPARD, R. y JACKSON, R. (1981). Cardio- Respiratory Fitness and Muscular Strength in the Lower- Limb Disabled. Canadian Journal of Applied Sport Sciences. vol. 6 (4), 159-165.

DE CATO, G.M. (1984). Rorschach Reliability: Toward a Training Model for Interscorer Agreement. Journal of Personality Assessment. 48 (1), 58-64.

DAVID, A., GUR, S. y ROZIN, R. (1978). Survival in Marriage in the Paraplegic Couple. Paraplegia. 15, 198- 201.

DECKER, S.D. y otros (1985). Correlates of Life Satisfaction and Depression in Middle-Aged and Elderly Cord-Injured Persons. American Journal of Occupational Therapy. 39 (11), 740-745.

DELATTE, J.G., HENDRICKSON, N.J. (1982). Human Figure Drawings as a Mesure of Self-Esteem. Journal of Personality Assessment. 46 (2), 603-605.

DEXTER, W. (1981). Personality Factors Associated with Adjustment to Disability. Paper presented at A.P.A. Los Angeles.

DEW, M. y otros (1985). A Causal Analysis of Factors Affecting Adjustment to Spinal Cord Injury. Rehabilitation Psychological. 30 (1), 39-46.

DINARDO, Q. (1971). Psychological Adjustment to Spinal Cord Injury. Tesis Doctoral no publicada. Texas. Universidad de Houston.

DINSDALE, S.M., LESSER, A.L. y JUDD, F. (1971). Critical Psychosocial Variables Affecting Outcome in a Regional Spinal Cord Center. Proceding of the Veterans Administration Spinal Cord Injury Conference. 18, 193- 196.

DOSEY, M.A. y MEISELS, M. (1969). Personal Space and Self-Protection. Journal of Personality and Social Psychology. 11, 93-97.

DRAGUNS, J.G., HALEY, E.M. y PHILIPS, L. (1967). Studies of Rorschach Content: A Review of the Research Literature. Part I: Traditional Content Categories. Journal of Projectives Techniques and Personality Assessment. 33, 324-330.

DUNN, D.S. (1969). Adjustment to Spinal Cord Injury in the Rehabilitation Hospital Setting. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Maryland. College Park.

DUNN, M.E. (1975). Psychological Intervention in a Spinal Cord Injury Center: An Introduction. Rehabilitation Psychology. 22 (4), 165-178.

DUNN, M., LLOYD, E.E., y PHELPS, G.H. (1979). Sexual Assertiveness in Spinal Cord Injury. Sexuality and Disability. 2 (4), 293-300.

DURICKO, A. J. y otros (1989). Correlates of Egocentricity Index in Child and Adolescent Outpatients. Journal of Personality Assessment. 53 (1), 184-187.

DUSEK, J.B. y FLAHERTY, J.F. (1981). The Development of Self-Concept During the Adolescents Years. Monographs of The Society for Research in Child Development, 46 (4, serie número 191).

DWORETZKI, G. (1939). Le test de Rorschach et l'evolution de la perception. Librairie Naville. Geneve.

EIDE, R. (1982). The Relationship between Body Image, Self-Concept and Physical Activity. Scandinavian Journal of Social Medicine. 10, 29, 109-112.

ELDRIDGE, W.D. (1983). The Importance of Psychotherapy for Athletic-related Orthopedic Injuries among Adults. Compr Psychiatry, 24 (3), 271-277.

ENGEL, M. (1959). The Stability of the Self-Concept in Adolescence. Journal of Abnormal and Social Psychology. 58,211-215.

ENGLISH, R.W. (1971). The Application of Personality Theory to Explain Psychological Reactions to Physical Disability. Rehabilitation Research and Practice Review. 3 (1), 35-41.

EPSTEIN, S. (1973). The Self-Concept Revisited or a Theory of a Theory. American Psychologist. 28, 404-416.

EPSTEIN, S. (1980). The Self-Concept : A Review and the Proposal of an Integrated Theory of Personality. En E. STAUB (ED). Personality: Basic Issues and Current Research. Englewood Cliffs. Prentice-Halls. New York.

EPSTEIN, S. (1983). The Unconscious, the Preconscious and the Self-Concept. En SULS, J. y GREENWALD, A.G.: Psychological Perspectives on the Self. LEA. Hillsdale. New York.

ERIKSON, E. (1968). Identity, Youth and Crisis. Norton. New York.

EXNER, J.E. (1969). Rorschach Responses as an Index of Narcissism. Journal of Projective Techniques and Personality Assessment. 33, 324-330.

EXNER, J.E. (1973). The Self Focus Sentence Completion: A Study of Egocentricity. Journal of Personality Assessment. 37, 437-455.

EXNER, J.E. (1974). The Rorschach: A Comprehensive System; Volume I, New York. Wiley (Traducción al castellano: Sistema Comprensivo del Rorschach, Tomos I y II. Madrid. Pablo del Río, Ed., S.A. 1978 a y b).

EXNER, J.E.(1978). The Rorschach: A Comprehensive System. Volume II, Current Research and Advanced Interpretation. New York. Wiley (Traducción al castellano: Sistema Comprensivo del Rorschach, Tomo III, Madrid. Pablo del Río, Ed., S.A. 1981).

EXNER, J.E. (1980). But it's only an Inkblot. Journal of Personality Assessment. 44, 6, 563-577.

EXNER, J.E. (1983). Alumni Newsletter. Manuscrito no publicado.

EXNER, J.E. (1986). The Rorschach: A Comprehensive System. Volume I: Basic Foundations. (Second Edition). New York. J.Wiley and Sons.

EXNER, J.E. (1988). Alumni Newsletter. Manuscrito no publicado.

EXNER, J. E. (1989). Searching for Projection in the Rorschach. Journal of Personality Assessment. 53 (3), 520-536.

EXNER, J.E. (1990a). A Rorschach Workbook for the Comprehensive System. Rorschach Workshop. Asheville. North Carolina.

EXNER, J.E. (1990b). La interpretación del Rorschach. Seminario impartido en Madrid. Workshop.

EXNER, J.E., ARMBRUSTER, G.L. y LEURA, A.V. (1975). Temporal Consistency among Nonpatients over a 60 Day Interval. Workshop Study n. 218. Citado en Exner, J.E. (1978).

EXNER, J.E., ARMBRUSTER, G.L. y MITTMAN, B.L. (1978). The Rorschach Response Process. Journal of Personality Assessment. 42, 27-38.

EXNER, J.E. y BRYANT, E. (1974). A Study of Temporal Consistency over a Seven Day Period Study. Workshop Study n. 205. Citado en Exner, J.E. Jr. (1978).

EXNER, J.E., BRYANT, E y MILLER, A.S. (1975). Rorschach Responses of some Juvenile Offenders. Workshop Study, 214. Citado en EXNERJ.E. (1986).

EXNER J.E. y KAZAOKA, K. (1978). Dependency Gestures of Sixteen Assertiveness Trainess as Related to Rorschach Movement Responses. Workshop Study, 261. Citado en EXNER, J.E. (1986).

EXNER J.E. y MCCOY, R. (1981). An Experimental Score for Morbid Content (MOR). Workshop Study, 260. Citado en EXNER, J.E. (1986).

EXNER J.E., LEURA, A.V., ARMBRUSTER, G.L. y VIGLIONE, D. (1977). A Focal Study of Temporal Consistency. Workshop Study, 253. Citado en EXNER, J.E. (1978).

EXNER, J.E. y MURILLO, L.G. (1975). Early Prediction of Posthospitalization Relapse. Journal of Psychiatric Research. 12, 231-237.

EXNER, J.E., THOMAS, E. y MASON, B. (1985). Children's Rorschachs: Description and Prediction. Journal of Personality Assessment. vol. 49 (1), 13-20.

EXNER, J.E., VIGLIONE, D.J. y GILLESPIE, R. (1984). Relationship between Rorschach Variables as Relevant to the Interpretation of Structural Date. Journal of Personality Assessment. 48 (1), 65-69.

EXNER, J.E., y WEINER, I.B. (1982). The Rorschach: A Comprehensive System. Volume III. Assessment of Children and Adolescents. New York. John Wiley and Sons.

EXNER, J.E., WYLIE, J.R. y ARMBRUSTER, G.L. (1976). Effects of Brief Treatment with Anxious or Depressed Patients. Workshop Study, 216. Citado en EXNER, J.E. (1978).

EXNER, J. E., WYLIE, J.R. y KLINC, J.R. (1977). Variations in Rorschach Performance During a Twenty Eight Months Interval as Related to Seven Intervention Modalities. Workshop Study, 240. Citado en EXNER, J.E. (1986).

EVANS, J.H. (1962). On Disturbance of the Body Image in Paraplegia. Brain. 85, 687-700.

EZEILD, B.N. (1902). Cross-Cultural Utility of the TSCS. Psychological Reports. 51 (3-1), 897-898.

FAIRBAIRN, W.R.D. (1952). Psychoanalytic Studies of the

Personality. Tavistock Publications. London.

FALEK, A. y BRITTON, S. (1974). Phases in Coping. Social Biology, 21 (1), 1-7.

FELICE, K.A. y otros (1976). The Rehabilitation Problems and Needs of the Spinal Cord Injured: A Pilot Study. Journal of Applied Rehabilitative Counseling. 7 (2), 76- 88.

FELSON, R. B. (1981). Ambiguity and Bias in the Self- Concept. Social Psychology Quartely. 44 (1), 64-69.

FIERRO, A. (1985). Valoración de cualidades personales por uno mismo y por otros. Analisis y Modificacion de Conducta. 11 (29), 425-440.

FIERRO, A. (1986). Autoestima implícita: su medición y sus correlatos. Evaluacion Psicologica. 2, 4, 73-98.

FISHER, S. y CLEVELAND, S.E. (1983). Body Image and Personality. Dover (2ª ed.). New York.

FISHMAN (1949). Self-Concept and Adjustment to Leg Prothesis. Tesis Doctoral no publicada. New York. Universidad de Columbia.

FITTING, M.D. y otros (1978). Self-Concept and Sexuality of Spinal Cord Injured Women. Archives of Sexual Behavior. 7 (2), 143-156.

FITTS, W.H. (1965). Manual Tennessee Self Concept Scale. Nashville. Tennessee. Counselor Recordings and Tests.

FITTS, W.H. (1972 a). The Self-Concept and Psychopatology. Monograph n. 4. Nashville. Tennessee. Counselor Recordings and Tests.

FITTS, W.H. (1972 b). The Self-Concept and Behavior: Overview and Supplement. Monograph n. 7. Counselor Recordings and Tests. Nashville. Tennessee.

FITTS, W.H. y otros (1971). Self- Concept and Self- Actualization (Research Monograph- Dede Wallace Center n.3) Nashville. Tennessee.

FLEMING, J. S. y COURTNEY, B. E. (1984). The Dimensionality of Self-Esteem II. Hierarchical Facet Model for Revised Measurement Scales. Journal of Personality and Social Psychology. 46 (2), 404-421.

FOGEL, M. y ROSILLO, R. (1969). Correlation of Psychological

Variables and Progress in Physical Rehabilitation. Diseases of the Nervous System. 30, 593-601.

FORDYCE, W. (1964). Personality Characteristics in Men with Spinal Cord Injury as Related to Manner of onset of Disability. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation. 45, 321-325.

FRANK, G. (1976). On the Validity of Hypotheses Derived from the Rorschach: I. The Relationship between Color and Affect. Perceptual and Motor Skills. 43, 411-427.

FRANK, G. (1978). On the Validity of Hypotheses Derived from the Rorschach: III. The Relationships between Shading and Anxiety. Perceptual and Motor Skills. 46 (2), 531-538.

FRANK, G. (1979). On the Validity of Hypothesis Derived from the Rorschach: VI. M and the Intrapsychic Life of Individuals. Perceptual and Motor Skills. 48, (3 Pt 2), 1267-1277.

FRANK, L.K. (1959). Image of the Self. En LEVITON, G. (Ed.). The Relationship between Rehabilitation and Psychology. Washington D.C. United States Dptm. of Health, Education and Welfare.

FRANKLE, A.H. (1952). Psychometric Investigations of the Relationship between Emotional Represion and the Ocurrence of Psychosomatic Symptoms. Psychosomatic Medicine. 14, 252-255.

FRIESWYK, S. and COLSON, D. (1980). Pronostic Considerations in the Hospital Treatment of Borderline States: The Perspective of Object Relations Theory and the Rorschach. En KWAWER,S., LERNER, H.D., LERNER, P.M. y SUGARMAN, A. (Ed.). Borderline Phenomena and the Rorschach Test. ps. 279-256. New York International Universities Press.

FULLERTON, D.T. y otros (1981). Psychiatric Disorders in Patients with Spinal Cord Injury. Archives of General Psychiatry. 38, 1369-1371.

GABER, L.B. (1984). Structural Dimensions in Aged Self- Concept: A Tennessee Self-Concept Study. British Journal of Psychology. 75 (2), 207-212.

GARCIA TORRES, B. (1983). Analisis y delimitacion del constructo auto-estima. Universidad Complutense. Madrid.

GARRET, A.L. (1975). Funtional Potential of Patients with Spinal Cord Injury. Clinical Orthopaedics. 112, 60-65.

GARRET, J. y LEVINE, E. (Ed.) (1962). Psychological Practics with

the Physically Disabled. Columbia University Press. New York.

GECAS, V. (1972). Parental Behaviour and Contextual Variations in Adolescent Self-Esteem. Sociometric, 35, 332-345.

GEIGER, R.C. (1979). Neurophysiology of Sexual Response in Spinal Cord Injury. Sexuality and Disability. 2, 237-266.

GEIS, H. (1972). The Problem of Personal Worth in the Physically Disabled Patient. Rehabilitation Litterature. 33, 34-39.

GELLEN, M.I. y HOFFMAN, R.A. (1984). Analysis of the Subscales of the TSCS. Measurement and Evaluation in Counseling and Developement,17 (2), 51-55.

GERGEN, K.J. (1971). The Concept of the Self. Holt, Rinehart and Winston. New York.

GIALLO, J.R. (1986). The effects of a Twelve Days Camping Experience on the Self-Concept of Physically Handicapped. Dissertation Abstracts International. 46 (8-B), 2786.

GIBSON-HARMAN, K. y otros (1985). A Revised Form of the TSSC for Use with Deaf and Hard of Hearing Persons. American Annual Deaf. 130 (3), 218-225.

GIMENO SACRISTAN, J. (1976). Autoconcepto, Sociabilidad y Rendimiento Escolar. Ministerio de Educación y Ciencia. INCE. Madrid.

GOFFMAN, E. (1959). The Presentation of Self in Everyday Life. Doubleday Anchor. New York.

GOLDBERG y SHEPHARD, R.J. (1982). Personality Profiles of Disabled Individuals in Relation to Physical Activity Patterns. Canadian Journal of Sports Medicine and Physical Fitness. 22 (4), 477-484.

GOLDEN, CH. J. (Ed.) (1984). Current Topics in Rehabilitation Psychology. Orlando. Grune and Stratton.

GOLDFRIED, M, STRICKER, G. y WEINER, I. (1971). Rorschach Handbook of Clinical and Research Aplications.Englewood Cliffs. Prentice Hall. New Jersey.

GORDON, M. y FEGTMEYER, P.F. (1982). The Egocentricity Index and Self-Esteem in Children. Perceptual and Motor Skills. 55 (1), 335-337.

GREEN, B.C. , PRATT, C.C. y GRIGSBY, T.E. (1984). Self- Concept Among Persons with Long-Term Spinal Cord Injury. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation. 65, 751-754.

GOLDBERG, J. y SHEPHARD, R.J. (1982). Personality Profiles of Disabled Individuals in Relation to Physical Activity Patterns. Canadian Journal of Sports Medicine and Physical Fitness. 22 (4), 477-484.

GREENBERG, E. y ARONOW, E. (1975). Relationship between Inkblot Content and Interpersonal Distance. New Jersey Psychologist. 25, 11.

GREENWALD, A. (1980). The Totalitarian Ego: Fabrication and Revision of Personal History. American Psychologist. 35, 603-618.

GREENWALD, A. (1984). Handbook of Social Cognition. Vol. III. New Yersey. Lea.

GREENWALD, A.G. (1988). A Social Cognitive Account of the Self's Development. En D.K. LAPSLEY y F. C. POWER (Eds). Ego, Self and Identity. Springer-Verlay. New York.

GROSS, W.F. y ALDER, L.O. (1970). Aspects of Alcoholics Self-Concepts as Measured by the Tennessee Self-Concept Scale. Psychological Reports. 27, 431-434.

GUNTHER, M. (1969). Emotional Aspects in Spinal Cord Injuries. En REUGE, R. (Ed.), Spinal Cord Injuries. Springfield. Illinois. Charles Thomas.

GUNTRIP, J.S. (1971). Psychoanalityc Theory. Therapy and the Self. Basic Books. New York. (Traducción al castellano: El self en la teoría psicoanalítica. Amorrourtu. 1971. Buenos Aires.

GUTTMAN, L. (1964). Married Life of Paraplegics and Tetraplegics. Paraplegia. 2, 182-188.

GUTTMAN, L. (1973). Spinal Cord Injuries. Comprehensive Management and Research. Oxford. Blackwell Scientific Publications Ltd. Osney Mead.

GUTTMAN, L. (1976). Spinal Cord Injuries, Comprehensive Management and Research. Oxford. Blackwell Scientific Publications.

GUTTMANN INSTITUTO (1980). Documenta 1965- 1980. Barcelona. Instituto Guttmann.

HALL, E.A. (1973). Self-Concept Development of Active and Recovered Alcoholics. Tesis Doctoral no publicada. Tucson. Universidad de Arizona.

HALLER, N. y EXNER, J.E. (1985). The Reliability of Rorschach Variables for Inpatients Presenting Symtoms of Depression and/or Helplessness. Journal of Personality Assessment. 5, 49, 516-521.

HAMILTON, L.S. (1984). Human Figure Drawings as Mesures of Self-Concept Development in Bilingual Children. Journal of Instructional Psychology. Vol. 11 (1), 28-36.

HANSON, R.W. y FRANKLIN, M.R. (1976). Sexual Loss in Relation to Other Functional Losses for Spinal Cord Injured Males. Archives of Physical Medicine and Reh bilitation. 57, 291-293.

HARGREAVES, D. (1977). Las relaciones interpersonales en la educación. Madrid. Marova.

HARRIS, P. y otros (1973). Psychological and Social Reactions to Acute Spinal Paralysis. Paraplegia. 11, 132-136.

HARTMANN, H. (1950). Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego. En Essays on Ego Psychology. International Universities Press. New York. (Traducción al castellano: Ensayos sobre la psicología del Yo. Fondo de Cultura Económica, 1970. Mexico).

HARTMANN, H. (1958). Ego Psychology and the Problem of Adaptation. International Universities Press. New York. (Traducción al castellano: La Psicologia del Yo y el problema de la adaptacion. Pax. S.F. Mexico).

HARVEY, O.J. (1966). System Structure, Flexibility and Creativity. En Harvey O.J. (Ed.). Experience, Structure and Adaptibility. New York. Springer.

HARVEY, O.J. y HUNT DE SCHROEDER, H.M. (1961). Conceptual Systems and Personality Organization. New York. Wiley.

HARVEY, O. H. y otros (1984). The Sel-Concept of Physically Handicapped Children and Their Non Handicapped Siblings: an Empirical Investigation. Journal Child Psychology and Psychiatry. 25 (2), 273- 284.

HAYDUK, L.A. (1978). Personal Space: An Evaluative and Orienting Overview. Psychological Bulletin. 85, 117- 134.

HEIJN, C. (1971). Some Emotional Factors Influencing Rehabilitation in Patients with Spinal Cord Injury. Procedings of

the Veterans Administration Spinal Cord Injury Conference. 18, 196-198.

HEILPORN, A. y NOEL, G. (1968). Reflections on Consciousness of Disability and Somatognosis in Cases of Acute Spinal Injury. Paraplegia. 6, 122-127.

HENKER, F.O. III. (1979). Body Image Conflict Following Traume and Injury. Psychosomatics. 20 (12), 812-820.

HERSCH, C. (1962). The Cognitive Functioning of the Creative Person: A Developmental Analysis. Journal of Projectives Techniques. 26, 193-200.

HESLINGA, K., SCHELLEN, A.M.C.M. y VERKUYL, A. (1974). Not Made of Stone: The Sexual Problems of Handicapped People. Springfield I L. Charles C. Thomas Publishers.

HETRICK, W.R. (1967). Sexuality Following Functional Transection of Spinal Cord. Doctoral Dissertation. Houston. University of Houston.

HIGGINS, E.T., KLEIN, R. y STRAUTMAN, T. (1985). Self- Concept Discrepancy Theory: A Psychological Model Distinguishing Among Differents Aspects of Depression and Anxiety. Social Cognition, 3, 51-76.

HILBOURNE, J. (1973). On Disabling Normal: Implications of Physical Disability for Other People. British Journal of Social Work. 3, 497-504.

HILGARD, E.R. (1949). Human Motives and The Concept of The Self. American Psychologist, 4, 374-382.

HINES, P. y BERGS-CROSS, L. (1981). Racial Differences in Global Self-Esteem. The Journal of Social Psychology, 113, 271-281.

HIRSCHENFANG, S. y BENTON, J.G. (1966-67). Rorschach Responses of Paraplegia and Quadraplegia Patients. Paraplegia. 4, 40-42.

HOFFMAN, R.A. y GELLEN, M.I. (1983). The TSCS: A Revisit. Psychological Reports, 53 (3 Pr 2), 1199-1204.

HOFFMAN, R.A. y GELLEN, M.I. (1984). Generalizability of the TSCS Norms. Perceptual and Motor Skills. 58 (1), 140-142.

HOGE, D.R. y Mc CARTHY, J.D. (1984). Influence of Individual and Group Identity Salience in the Global Self-Esteem of Youth. Journal of Personality and Social Psychology. 47, 403-414.

HOHMANN, G.W. (1966). Some Effects of Spinal Cord Lesions on Experienced Emotional Feelings. Psychophysiology. 3, 143-156.

HOHMANN, G.W. (1972). Considerations in Management of Psychosexual Readjustment in Cord Injured Male. Rehabilitation Psychology. 19, 50-58.

HOHMANN, G.W. (1975). Psychological Aspects of Treatment and Rehabilitation of the Spinal Cord Injured Person. Clinical Orthopedics. 112, 81-88.

HOLZBERG, J.D.(1960). Reliability Re-Examined. En RICKERS-OVSIANKINA, M. (Ed.) Rorschach Psychology. Wiley. New York.

HONG, S.D. y KIM, S.P. (1981). Self-Concept and Body Image of Children during Physical Illness. Psychosomatics. 22 (2), 128-135.

HOPKINS, G. (1971). Patterns of Self Destruction Among the Orthopedically Disabled. Rehabilitation Research and Practice Review. 3, 5-16.

HOPPE, CH.M. y SINGER, R.D. (1976). Overcontrolled Hostility, Empathy and Egocentric Balance in Violent and Non Violent Psychiatric Offenders. Psychological Reports. 39 (3 Ptç2), 1303-1308.

HOROWITZ, M. J. (1966). Body Image. Archives of General Psychiatry. 14, 456-460.

HOROWITZ, M.J. (1982). Self-Naming. International Journal of Psychoanalysis and Psychotherapy. 9, 621-624.

HOROWITZ, M.J. y otros (1983). Regresive Alterations of the Self-Concept. American Journal of Psychiatry. 140 (3), 284-289.

HOWELL, T., FULLERTON, D.T., HARVEY, R.F. y KLEIN, M. (1981). Depression in Spinal Cord Injury Patients. Paraplegia. 19, 284-288.

HUDSON, M.P. (1983). Polaritations of Personality: A Factor Exploration. Psychological Reports. 53 (3 Pt 2), 1095-1100.

HUGHES, R.L. y FITZGERALD, B. (1977). Vividness of Visual Imagery and Movement Percepts on the Rorschach. Perceptual and Motor Skills. 44 (2), 419-422.

HUNT, R.G. y FELDMAN, M.J. (1960). Body Image and Ratings of

Adjustment on Human Figure Drawing. Journal of Clinical Psychology. 16, 35-38.

IHANUS, J. (1984). Anatomical Rorschach Responses of Gravely Psychosomatic Patients. Perceptual and Motor Skills. 59 (1), 337-338.

JACKSON, D.N. Y PAUNOMEN, S.V. (1980). Personality Structure and Assessment. En M.R. Rosenzweig y L.W. Porter. Annual Review of Psychology, 31, 503-551.

JACOBSON, E. (1964). The Self and the Objet World. International Universities Press. New York. (Traducción al castellano: El self y el mundo objetal. Beta. 1969. Buenos Aires).

JAMES, W. (1890). The Principles of Psychology. New York. Holt.

JASKAR, R.O. y REED, M.R. (1963). Assessment of Body Image Organization of Hospitalized and Non Hospitalized Subjects. Journal of Projective Techniques and Personality Assessment. 27, 185-190.

JOHNSON, D. (1972). Psicologia social de la educacion. Buenos Aires, Kapelusz.

JUBALA, J.A. y BRENES, G. (1988). Spinal Cord Injuries. En VAN HASSELT, V.B., STRAIN, P.S. y HERSEN, M. (Ed.). Handbook of Developmental and Physical Disabilities. New York. Pergamon Press.

JUDD, F.K. y BURROWS, G.D. (1986). Liaison Psychiatry in a Spinal Injury Unit. Paraplegia. 24, 6-19.

JUPP, J.J. y COLLINS, J.K. (1983). Instruments for the Measurement of Unconscious and Conscious Aspects of Body Image. Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. vol. 11 (2), 89-100.

KAATS, G.R. (1969). Belief Systems and person Perception: Analysis in Service Academy Environnment. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Colorado.

KAHN, E. (1977). Social Functioning of the Patient with Spinal Cord Injury. En Pierce, D.S. y Nickel, V.H. : The Total Care of Spinal Cord Injuries. Boston. Little Brown.

KAPLAN, L., POWELL, B.R.' GRYNBAUM, B.B. y RUSH, H.A. (1966). Comprehensive Follow-up Study of Spinal Cord Dysfunction and its Resultant Disabilities. New YorK Institute of Rehabilitation

Medicine. New York University Medical Centre.

KATZ, K. (1981). Stigma: A Social Psychological Analysis. New Jersey. Hillsdale, Lawrence Bilbaum.

KATZ, S., GORDON, R., IVERSON, O. y MYERS, S.J. (1979). Past History and Degree of Depression in Paraplegic Individuals. Paraplegia. 16, 8-14.

KATZ, S., SHURKA, E. y FLORIAN, V. (1978). The Relationships between Physical Disability, Social Perception and Psychological Stress. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine. 10, 109-113.

KELLY, G.A. (1955). Consistency of the Adult Personality. American Psicologist. 10, 695-681.

KEMP, B. J. y VASH, C. (1971). Productivity after Injury in Sample of Spinal Cord Injured Persons. A Pilot Study. Journal of Chronic Disease. 24, 259-275.

KEMP, B.J. y WETMORE, C. (1970). Adjustment Factors Among Spinal Cord Injury Patients: A Follow-up Study. Informe de investigación. Universidad de Southern, California. Rehabilitation, Research and Training Center. Los Angeles.

KERR, W.G. y THOMSON, M.A. (1972). Acceptance of Disability of Sudden Onset in Paraplegia. Paraplegia. 10, 94-102.

KINCEY, R.L. y MURRAY, S. C. (1984). Kinaesthesias in Perception and the Experience Type: Dance and Creative Projection. British Journal of Projective Psychology and Personality Study. vol. 29 (1), 3-7.

KINCH, J.W. (1963). A Formalized Theory of the Self- Concept. The American Journal of Sociology. 68, 481-486.

KLOPFER , B y KELLEY, D. (1942). The Rorschach Technique. Yonkers-on-Hudson. New York. World Book.

KLOPFER, B. y otros (1954). Developments in the Rorschach Technique: I. New York. Harcourt. Brace and World.

KLOPFER, W.G. y TAULBEE, E.S. (1976). Projective Tests. Annual Review of Psychology. 27, 435-467.

KOIDE, R. (1979). The Body Image Penetrability in the Normal Late Adolescents. Japanese Journal of Psychosomatic Medicine. 19 (3), 194-198.

KOHUT, H. (1966). Forms and Transformations of Narcissism. En P. ORNSTEIN (Ed.) The Search for the Self. International Universities Press. New York.

KOHUT, H. (1971). The Analysis of the Self. International Universities Press. New York.

KOHUT, H. (1977). The Restoration of The Self. International Universities Press. New York.

KOHUT, H. (1978). Remarks about the Formation of the Self. En P. ORNSTEIN (Ed.) The Search for the Self. International Universities Press. New York.

KOHUT, H y WOLF, E. S. (1978). The Disorders of the Self and their Treatment: an Outline. International Journal of Psychoanalysis. 63, 396-407.

KOWITT, M.P. (1985). Rorschach Content Interpretation in Post-Traumatic Stress Disorders: A Reply to Carr. Journal of Personality Assessment. 49, 1, 21-24.

KRAUS, J.E. y otros (1975). Incidence of Traumatic Spinal Cord Lesions. Journal of Chronic Diseases. 28, 471-492.

KUIPER, N. A. (1981). Convergent evidence for the Self as prototype: The "inverted-URT effect" for self and other judgments. Personality and Social Psychology Bulletin. 7, 438-443.

KUNCE, J. y WORLEY, B. (1966). Interest Patterns, Accidents and Disability. Journal of Clinical Psychology. 22, 105-107.
KUNCE, J. y TAMKIN, A.S. (1981). Rorschach Movement and Colours Responses and MMPI Social Extraversion and Thinking Introversion Personality Types. Journal of Personality Assessment. 45 (1), 5-10.

LABAN, M.M., BURK, R.D. y JOHNSON, E.W. (1966). Sexual Impotence in Men having Low-Back Syndrome. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation. 47, 715-723.

LAFARGE, J. y GOMEZ DEL CAMPO, J. (1979). Desarrollo del potencial humano. Aportaciones de una Psicologia humanista. México. Trillas.

LAMBERT, M.J. y otros. (1976). Internality vs. Externality and Personal Adjustment: A Factor Analytic Study. Psychological

Reports. 39 (3 Pt 1), 920-922.

LANG, R.J. and VERNON, Ph. E. (1977). Dimensionality of the Perceived Self. The Tennessee Self Concept Scale. British Journal of Social and Clinical Psychology. 16 (4), 363-371.

LAWSON, N. (1978). Significant events in the Rehabilitation Process: The Spinal Cord Injury Patients Point of view. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation. 59, 573-579.

LAZARUS, R.S. (1966). Psychological Stress and the Coping Process. New York. Mc Graw Hill.

LEAVITT, F. y GARRON, D.C. (1982). Rorschach and Pain Characteristics of Patients with Low Back Pain and "Conversion V MMPI Profiles". Journal of Personality Assessment. 46 (1), 18-25.

LEPOT-FROMENT, C. (1974). Comments on Sexual and Anatomic Responses in the Rorschach Test. Revue de Psychologie et des Sciences de l'Education. 9, (4), 445-456.

LERNER, B. (1966). Rorschach Movement and Dreams: A Validation Study Using Drug-Inducted Deprivation. Journal of Abnormal Psychology. 71, 75-87.

LERNER, P. (1975). Handbook of Rorschach Scales. New York. International University Press.

LERNER, R.M., IWAWAKI, S., CHIMARA, T. y SOREL, G.T. (1980). Self-Concept, Self-Esteem and Body Attitudes Among Japanese Male and Female Adolescents. Child Development. 51, 847-855.

LERNER, R .M. (1985). The False Self-Concept and its Measurement. Psychologist. 17 (6), 3-6.

LERNER, R.M., IWAWAKI, S., CHIHARA, T. y SORELL, G. (1981). Self-Concept , Self-Esteem and Body Attitudes Among Japanese Male and Female Adolescents. Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development. 494- 507.

LERNER, H.D. y PETER, S. ST. (1984). The Rorschach H Response and Object Relations. Journal of Personality Assessment. 4, 48, 345-350.

LEVIN, J. y otros (1978). Analysis of the TSCS as a Faceted Instrument. Psychological Reports. 43, (2), 619-623.

LIABOE, G.P. (1985). The Rorschach "Father" and "Mother" Cards.

An Evaluation of the Rorschach. Journal of Personality Assessment. 1, 49, 2-5.

LINDEMANN, J.E. (Dtor) (1981). Psychological and Behavioral Aspects of Physical Disability. New York. Plenum Press.

LINDNER, M. (1953). Perceptual Sensitization to Sexual Phenomena in Chronic Physically Handicapped. Journal of Clinical Psychology. 9, 67-68.

LINKOWKI, D., DUNN, M. (1974). Self-Concept and Acceptance of Disability. Rehabilitation Counseling Bulletin. 18, (1), 28-32.

LIPOWSKI, Z.S. (1977). The Importance of Body Experience for Psychiatry. Comprehensive Psychiatry. 18, 473-479.

LITTLE, K.B. (1983). Personal Space. Journal of Experimental and Social Psychology. 1, 237-247.

LOMBARDINIOVA-PROVAZAIKOVA, M. (1983). Self-Concept and its Assessment with Scales of Different Concepts. Psychologia a Patopsychologia Dietata. 18 (2), 164-171.

LOVE, A.W. (1987). Depression in Chronic Low Back Pain Patients: Diagnostic Efficiency of Three Self-Report Questionnaires. Journal of Clinical Psychology. 43, 1, 84-89.

LOWE, J. y CARROLL,D. (1985). The Effects of Spinal Cord Injury on the Intensity of Emotional Experience. British Journal of Clinical Psychology. 24 (2), 135- 136.

LUDWIG, D.J. (1968). Self-Perception and the Draw-a- Person Test. Journal of Projectives Techniques and Personality Assessment. 33, 257-261.

LUND, N. L. y otros (1981). Reliability in the Use of the Tennessee Self-Concept Scale for Educable Mentally Retarded Adolescents. Journal of Psychology. 109 (2), 205-211.

MACHOVER, K. (1949). Personality Projection in the Drawing of the Human Figure. Thomas. Springfield.

MAHLER, I. (1976). What is the Self- Concept in Japan? Psychologia: An Internacional Journal of Psychology in the Orient. 19, (3), 127-133.

MALEC, I. y NEYMEYER, R. (1983). Psychologic Prediction of Duration of Inpatient SCI Rehabilitation and Performance of Self-Care. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation. 64, 359-363.

MARKOVA, I. (1987). Knowlege of the Self Through Interaction. En K. YARDLEY y T. HONESS (Eds.). Self and Identity: Psychosocial Perspectives. J. Wiley and Sons. New York.

MARKUS, H. (1977). Self-Schemata and Processing Information Abouth the Self. Journal of Personality and Social Psychology. 35, 63-78.

MARKUS,H. y NURIUS, P. (1987). Possible Selves: The Interface between Motivation and the Self-Concept. En YARDLEY S. y T. HONESS: Self and Identity: Psychosocial Perspectives. J. Wiley and Sons. New York.

MARKUS, H. y SENTIS, K. (1982). The Self in Social Information Processing. En J. SULS (Ed). Social Psychological Perspectives on the Self. Hillsdale. Erlbaum. New York.

MARKUS, H y SMITH, J. (1981). The Infuence of Self-Schemas on the Perception of Others. En N. CANTOR y S. KIHLSTROM (Eds). Personality, Cognition and Social Interaction. Hillsdale. Elrbaum. New York.

MARKUS, H y WURF, E. (1987). The Dynamic Self-Concept: A Social Psychological Perspective. Annual Review of Psychology. 38, 299-337.

MARKUS, H. y ZUNDA, Z. (1986). Stability and Malleability of the Self-Concept. Journal of Personality and Social Psychology. vol (4), 858-866.

MARINELLI, R. y DELL ORTO, A.(eds) (1977). Psychological and Social Impact of Physical Disability. New York. Springer.

MARSH, H.W. RELICH, J. y SMITH, I.D. (1983). Self-Concept: The Construct Vality of Interpretations Based upon the SDQ. Journal of Personality and Social Psychology. 45, 173-187.

MARSH, H.W. y SHAVELSON, R.J. (1985). Self-Concept: Its Multifaceted Hierarchical Structure. Educational Psychologist. 20, 107-125.

MARTIN J.D. y otros (1983). Interrelations Among White Space Responses on Rorschach Ego Strength Conformity and Self-Esteem. Perceptual and Motor Skills. 57, (3 Pr 1), 743-748.

MARTIN DEL TORO, M. (1987). Técnicas de exploración del autoconcepto. Psiquis. VIII, 89, 59-66.

MARTINEZ, C. Y MONTANE, J. (1981). Nivel de autoestima, relaciones intrafamiliares y distorsión de la percepción en un contexto ambivalente. Alicante. Comunicacion en el Congreso de la Sociedad Valenciana de Analisis y Cambio de Conducta.

MARTINEZ MUÑIZ, B. (1980). Causas del fracaso escolar y tecnicas para afrontarlo. Narcea. Madrid.

MARTORELL, M.C. (1986). Autoconcepto: teoría y método. Universitas Tarraconesis. VIII, (2), 105-115.

MARTORELL, M.C. (1988). Tecnicas de evaluacion psicologica: socializacion. hiperactividad, autoconcepto y retraso mental en niños y adolescentes. Promolibro. Valencia.

MASON, B., COHEN, J. and EXNER, J. (1985). Schizofrenic Depressive and Nonpatient Personality Organizations Described by Rorschach Factor Structures. Journal of Personality Assessment. Vol.49, (3), 295-305.

MASON, B.J.y EXNER, J.E. (1984). Correlations Between WAIS Subtests and Nonpatient Adult Rorschach Data. Workshop Study, 289. Citado en EXNER, J.E. (1986).

MATHIAS, R.S.(1955). An Experimental Investigation of the Personality Structure of Alcoholics Anonymous, Neurotic and Normal Groups. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Buffalo. New York.

MAYER, T. y ANDREWS, H.B. (1981). Change in Self-Concept Following a Spinal Cord Injury. Journal of Applied Rehabilitation Counseling. 12, (3), 135-137.

MAYER. J.D. y EISENBER, M.G. (1982). Self-Concept and the Spinal Cord Injured: An Investigation Using the TSCS. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 50, 4, 604-605.

MAYNAN, M. (1970). Reality Contact, Defense Effectiveness and Psychopathology in Rorschach Form-Level Scores. En KLOPFER, B., MAYER, M. Y BRAWER, F. (Eds). Developements in the Rorschach. Tecnique III: Aspects of Personality Structure. Harcourt, Brace, Jovanovich. New York

MC CALL, G. J. (1977). The Social Looking-Glass: A Sociological Perspective on Self Development. En T. MISCHEL (Ed.). The Self: Psychological and Philosofical Issues. Blackwell. Oxford.

MC DANIEL, J. (1976). Physical Disability and Human Behavior. 2ª ed. Pergamon Press. New York.

MC GRAW , R. K. y PEGG- NA NAB, J. (1981). Effect of Test Order on Rorschach Human Movement Responses. Journal of Personality Assesment. 45, (6), 475-581.

MC GUFFIE, R.A. JANSEN F.V., SAMUELSON C.O., MC PHEE, W.M. (1969). Self- Concept and Ideal-Self in Assessing the Rehabilitation Aplicant. Journal of Counseling Psychology. 16, 157-161.

MC GUIRE, B. y TINSLEY, H.E. (1981). A Contribution to the Construct Validity of the TSCS. Applied Psychological Measurement. Vol. 5 (4), 449-457.

MC LENNAN, J.P.: Irrational Beliefs in Relation to the Self-Esteem and Depression. Journal of Clinical Psychology. 43, 1, 89-91.

MEAD, G.H. (1934). Mind, Self and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist. University of Chicago Press. Chicago. (Traducción al Castellano: Mente, Persona y Sociedad. 1973). Paidos. Buenos Aires).

MEAD, G.H. (1968). The Genesis of the Self and Social Control. International Journal of Ethica. 35, 251-273.

MEIGHAN, I.(1970). An Investigation of the Self-Concept of Blind and Partially Seeing Adolescents and of the Relation of their Concepts to Academic Achievement in Language and Paragraph Reading. Tesis doctoral no publicada. Universidad Católica de Washintong DC.

MENNINGER, V.A. (1953). Psychiatric Aspect of Physical Disability. En GARRET, J.P. (Eds). Psychological Aspects of Physical Disability. (Rehabilitation Service Series nº 210) Washintong DC: Office of Vocation Rehabilitation. United Estates Dptm of Health, Education and Welfare.

MELTZER, H. (1944). Personality Differences Between Stuttering and Nonstuttering Children as Indicated by the Rorschach Test. Journal of Psychology. 17, 39-59.

MISCHEL, W. (1968). Personality and Assessment. John Wiley. New York.

MISCHEL, W. (1973). Toward a Cognitive Social Learning Reconceptualization of Personality. Psychological Review. 80, 252,283.

MITCHEL, K,R. (1970). The Body Image Variable and Level of Adjustment to Stress Induced by Severe Physical Disability. Jounal of Clinical Psychology. 26, 49-52.

MOLISH, H.B. (1967). Critique and Problems of the Rorschach Method in Metrazol Therapy. American Journal of Psychiatry. 100, 222-230.

MORGAN, E.D. y otros (1972). Introduction. En " A Source: Book Rehabilitating the Person whith Spinal Cord Injury". Veterans Administration. Whasington D.C.

MOSES, M.A.y PATTERSON, C.H. (1973). Research Reading in Rehabilitation Counseling. Stipes Publishing Company. Champaign.

MUELLER. A.D. , THOMPSON. C.E. (1950). Psychological Aspects of the Problems in Spinal Cord Injuries. Occupational Therapy and Rehabilitation. 29, 86-95.

MUELLER, A. (1962). Psychological Factors in Rehabilitation of Paraplegic Patients. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation. 43, 151-159.

MUSITU, B y ROMAM, J.M. (1982). Autoconcepto: Una introducción a esta variable intermedia. Universitas Tarraconesis. IV,1,51-69.

NAGLER, B.(1950). Psychiatric Aspects of Cord Injury. American Journal of Psychiatry. 107, 49-55.

NAVRAN, L. (1983). Scoring the Rorschach: A constructive Critique of Exner's Comprehensive Rorschach System. Journal of Personality Assessment. 47, (3), 232-237.

NEFF, W.S. (197I). Rehabilitation Psychology. American Psychology Association. Washington.

NEWTON, P.M. (1981). Recalled Dream Content and the Maintenance of Body Image. Journal of Abnormal Psychology. 76, 134-139.

NICKERSON, E. (1971). Some correlates of adjustment by paraplegics. Perceptual and Motor Skills. 32, 11-23.

NORDQUIST, I. (1972). Life Together. The Situation of the Handicapped. E Olofssons Boktry-Ckeri AB. Stockholm.

OGAWA,T. (1981). Personality Characteristics of Parkinson's Disease. Perceptual and Motors Skills. 52, (2), 375-378.

OLGAS. M. (1974). Relationship between Parent's Health Status and Body Image of Their Children. Nursery Reseach. 23, 319-324.

ORBAAN, I.J.C. (1986). Psychological Adjustment Problems in People with Traumatic Lesions. Ireland Medicine Journal. 79 (10, 58-61.

ORTIZ, P. (1990a). El test de Rorschach según el Sistema Comprensivo de Exner: Administración y valoración. En AVILA, A.: Evaluacion Psicologica Clinica. Vol. II. Facultad de Psicología, Universidad Complutense.

ORTIZ, P. (1990b). El test de Rorschach según el sistema Comprensivo de Exner: Bases para la interpretación. En AVILA, A. : Evaluacion Psicologica Clinica. Vol. II. Facultad de Psicología, Universidad Complutense.

ORTIZ, P., JUAN, M., LOPEZ, M.T., y MARTIN, M. J. (1990c). Consideraciones acerca de la repercusión de la paraplejia en la imagen corporal. Actas del II Congreso del Colegio Oficial de Psicologos. Valencia.

PALMER, J.O. (1963). Alterations in Rorschach's Experience Balance under Conditions of Food and Sleep Deprivation: A Construct Validation Study. Journal of Projective Techniques. 27,208-213.

PANETH, G. (1981). M Answers in Rorschach's Test, the Superego and the Subrothalamic System: The Network of a Neuropsycologycal Theory. Magyar Pszichologiai Szemle. 38 (6), 541-550.

PARKER, K.A. (1983). A Meta-Analysis of the Reliability and Validity of the Rorschach.Journal of Personality Assessment. 47, 227-231.

PAULSEN, A. (1941). Rorschach of School Beginness. Rorschach Research Exchange. 5, 24-29.

PERUCHON, M. (1983). Perception des limites de l'image du corps et vie imaginaire. Psychologie Francaise. 28 (2),112-118.

PETRUS, J. y BALABAN, A.B.: (1953). Special Psychiatric Problems of the Paraplegic. American Journal of Psychiatry. 109, 693-695.

PIERCE, D.C. (1977). Acute Treatment of Spinal Cord Injuries. En PIERCE, D.S. y NICKEL, V.H.: The Total Care of Spinal Cord Injuries. Little Brown. Boston.

PIOTROWSKI, Z. (1960). The movement responses. En M. RICKERS-OUSIANKINE (Ed.) Rorschach Psychology. New York. Wiley.

POOR, C. (1975). Vocational Rehabilitation of Persons with Spinal Cord Injury. Rehabilitation Counseling Bulletin. 18, 264-271.

POUND, R.E. y otros (1977). An Empirical Analysis of the TSCC. Educational and Psychological Measurement. 37 (2), 545-551.

PRINGLE, M. (1964). The Emotional and Social Readjustment of Physically Handicaped Children: A Review of the Literature between 1928 and 1962. Educational Research. 6, 207-215.

PRYTULA, R.E. y THOMPSON, N.D. (1973). Analysis of Emotional Indicators in Human Figure Drawings as Related to Self- Esteem. Perceptual and Motor Skills. 37. 795- 802.

PRYTULA, R.E. y PHELPS, M.K. y otros (1978). Figure Drawing Size as a Reflection of Self-Concept or Self-Esteem. Journal of Clinical Psychology. 34, 207-214.

PURKEY, W.N. y CAGE, B.N. (1973). The Florida Key: A Scale to Infer Learner Self-Concept. Educational and Psychology Measurement. 33, 979-984.

QUIROGA, M. A. (1989). El estilo cognitivo dependencia-independencia de campo: Un estudio diferencial a traves de los perfiles del Rorschach. Tesis Doctoral. Universidad Complutense.

RABINOVITCH, S. (1954). Physyological response, perceptual threshold and Rorschach Test anxiety indices. Journal of Projectives Techniques. 18, 379-386.

RAHAIM, F. (1976). A Factor Analytic Study of the TSCC: An Examination of the Dimensions of Self Perception and the Stability of the TSCC as a Measurement Device of the Self-Concept. Dissertation Abstracts International. 37 (4 - B), 1926..

RAIMI, V.C. (1948). Self-reference in Counseling Interviews. Journal of Consulting Psychology. 12, 153- 163.

RAPAPORT, G., GILL, M, y SCHAFER, R. (1970). Diagnostic Psychological Testing. University of London Press. London.

RAUSCH DE TRAUBENBERG, N. (1970). La pratique du Rorschach. PUF. Paris. (Trad. en castellano: La practica del Rorschach. Pablo del Río, 1977, Madrid).

RAUSCH DE TRAUBENBERG, N. y SANGLADE, A. (1984). Représentation de soi et relation d'objet au Rorschach: Grille de representation

de soi: Analyse Comparée des résultats d'adolescents malades psychiques et malades somatiques. Revue de Psychologie Appliquee. vol 34 (1), 41-57.

RAY, A. B. (1963). Juvenile delincuency by Rorschach inkblots. Psychologia. 6, 190-192.

RAY, C. y WEST, J. (1983). Spinal Cord Injury: The Nature of its Implications and Ways of Coping. International Journal of Rehabilitation Research. 6 (3), 364-365.

RAY, C. y WEST, J. (1984). Social, Sexual and Personal Implications of Paraplegia. Paraplegia. 22, 75-86

RAY, C., CHAUDHURI, M. y MUKERJI, K. (1971). Homosexual-narcissistic "reflections" in the Rorschach: An examination of Exner's diagnostic Rorschach signs. Rorschadiana Japonica. 12, 119-126.

RICKERS-OVSIANKINA, MA. (Ed.) (1977). Rorschach Psychology. New York. R. E. Krieger. Huntington.

RICHARDS, B. (1982). A Social and Psychological Study of 166 Spinal Cord Injuried Patients fron Queensland. Paraplegia. 20, 90-96.

RICHARDS, J.S. (1986). Psychological Adjustement to Spinal Cord Injury During First Postdischarge Year. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation. 67 (3), 362-365.

RICHARDS, J.S. y otros (1980). Psychological Aspects of Chronic Pain in Spinal Cord Injury. Pain. 8, 355-366.

RICHARDSON, H. (1963). Rorschachs of adolescents approved school girls, compared with Ames normal adolescents. Rorschach Newsletter. 8, 3-8.

RIGGIN, O. (1976). A Comparison of Individual and Group Therapy on Self-Concept and Depression of Patients with Spinal Cord Injury. Dissertation Abstracts International. 37 (6-A) 3528-3529.

RIGONI, H.C. (1977). Psychological Coping in the Patient whit Spinal Cord Injury. En PIERCE, D.S. y NICKEL V.H.: The total care of Spinal Cord Injuries. Little Browm. Boston.

RINGE, L.B. (1981). Body Attitudes, Self-Esteem and Physical Disability. Dissertation Abstracts International. 41 (9-B), 3586.

ROESSLER, R. , MILLIGAN, T, y OHLSON, A. (1976). Personal

Adjustment Training for the Spinal Cord Injured. Rehabilitation Counseling Bulletin. 19 (4), 544-551.

ROESSLER, R. y BOLTON , B. (1978). Pychosocial Adjustment to Disability. University Park Press. (Traducción al castellano: Rehabilitacion física, mental y social. Limusa. 1981. Mexico).

ROFFE, M.W. (1981). Factorial Structure of the TSCC. Psychological Reports. 48 (2),455-462.

ROGER, D.B. (1982). Body Image. Personal Space and Self- Esteem. Preliminary Evidence for "Focusing Effects". Journal of Personality Assessment. 46,5, 468-476.

ROGER, D.B. (1983). Body Image. Personal Space and Self- Esteem: A Field Study. Journal of Personality Assessment. 47,3, 288-293.

ROGERS, C. (1951). Client - Centered Therapy. Houghton Mifflin. Boston.

ROGERS, C.R. (1963). Psychotherapy Today or Where do we go from Here?. American Journal of Psychotherapy. 17, 5-16.

ROGERS, T.B. (1981). A Model of Self as an Aspect of Human Information Processing System. En N. CANTOR y F. KILSTROM (Eds). Personality, Cognition and Social Interaction. Hillsdale. Erlbaum. New York.

ROMAN J.M. y MUSITU, G.(1982). Autoconcepto: Una revisión de estudios empiricos. Universitas Tarraconensis. IV, 2, 205-220.

ROMANO, M.D. (1976). Preparing Children for Parental Disability. Social Work Health Care. 1, 309-315.

ROMANO, M.D. y LASSITER, R.E. (1972). Sexual Counseling with Spinal Cord Injured. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation. 53, 568-572.

ROSEN, G.M. y ROSS, A.O. (1968). Relationship of Body Image to Self-Concept. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 32,100.

ROSENBERG, M. (1965). Society and the Adolescent Self Image. Princeton. Princeton University Press. New York. (Traducción al castellano: La autoimagen del adolescente y la sociedad. 1973. Paidos. Buenos Aires).

ROSENBERG, M. (1979). Conceiving the Self. Bassic Books. New York.

ROSENTHAL, R. (1966). Experimenter Effects in Behavioral Research. Appleton Century Crofts. New York.

RUGGERY, G. y SARACENI, C. (1978). Experimental Study of Body Image Modification in Hypnagogic States Using the Rorschach. Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria. 39 (1), 57-73.

RUGGERI, G. y SARACENI,C. (1980). Concept of Self-frontier in the Rorschach Test: A Theoretical-Clinical Perspective. Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria. 41 (2), 255-275.

RUSK, H.A. y TAYLOR, E. J. (1964). Rehabilitation Medicine: Textbook on Physical Medicine and Rehabilitation. Ed 2, CV Mosby Co. St Louis.

RYAN, J.H. (1961). Dreams of Paraplegics. Archive Generale of Psychiatry. 5. 286-291.

SACKEIM, H.A. y GUR, R.C. (1979). Self-Deception, Other Deception and Self-Reported Psychopathology. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 47, 213-215.

SAFILIOS-ROTHSCJOÑD.C (1970). Sociology and Social Psychology of Disability and Rehabilitation. Randon House. New York.

SANDERS, D., DECATO, C.M. y SMOLEN, W. (1984). Sweet Sorrow: The color-shading Responsee in an Adult Cystic Fibrosis Population. Journal of Personality Assessment. vol.48 (5), 476-477.

SANGLADE, A. (1983). Image du Corps et Image de Soi au Rorschach. Psychologie Francaise. 28 (2), 104-111.

SARBIN, T.R. (1968). A Preface to a Phychological Analisys of the Self. En GORDON, C. y GERGEN, K.I. (Eds). The Self in Social Inter-action. Wiley. New York.

SAWYER, H.W. y ALLEN, H.A. (1983). Sexuality and Spinal Cord Injured Individuals: A Challenge for Counselors and Trainers. Journal of Applied Rehabilitation Counseling. Vol 14 (4), 14-17.

SCHACHTER, S. (1966). The Interaction of Cognitive and Psycho-physiological Determinants of Emotional State. En C.D. SPIELBERGER (ed.). Anxiety and Behavior. Academic Press. New York.

SCHAFER, R. (1948). The Clinical Application of Psychological Tests. International Universities Press. New York.

SCHAFER, R. (1954). Psychoanalityc Interpretation in Rorschach

Testing. Grune and Stratton. New York.

SCHAFER, R., KEITH, P. M. y LORENZ, R. (1984). Equity- Inequity end the Self-Concept: An Interactionist Analysis. Social Psychology Quartely. 47 (1), 42-49.

SHATIN, L. (1952). Psychoneurosis and psychosomatic reaction. A Rorschach Study. Journal of Consulting Psychology. 16, 220-223.

SCHILDER, P. (1950). The Image and Appearance of the Human Body. International Universities Press. New York.

SCHULMAN, I. (1953). The relation between perception of movement on the Rorschach Test and levels of conceptualization. Tesis doctoral no publicada, New York University.

SCHLESINGER, L.B. (1978). Rorschach Human Movement Responses of Acting-out and Withdrawn Adolescents. Perceptual and Motor Skills. 47, (1), 68-70.

SCHREST, L. y WALLACE, J. (1967). Psychology and Human Problems. Charces Merril. Columbus O.

SCHROEDEL. J.G. y SCHIFF, W. (1972). Attitudes Towars Deafness Among Several Deaf and Hearing Populations. Rehabilitation Psychology. 19, 59-70.

SCHULZ, R. y DECKER, S. (1985). Long-Term Adjustement to Physical Disability: The Role of Social Support, Perceived Control and Self-Blame. Journal of Personality and Social Psychology. 40 (5), 1162-1172.

SCHURR, K., JOINER,L. y TOWNE R. (1970). Self-concept Research on the Mentally Retarded: A Review of Empirical Studies. Mental Retardation. 8, 39-43.

SCOTT, R.J. y RICHARDS,J.S. (1986). Psychologic Adjustement to Spinal Scord Injury During First Postdischarge Year. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation. Vol 67, 362-365.

SCOTT, W.A.(1966). Personal Adjustement and Structure of Cognitions Concerning Onself and Others. Boulder University of Colorado. Minessota.

SECORD, P.F. y JOURARD S.M. (1953). Appraisal of Body- cathexis: Body Cathexis and Self. Journal of Consulting and Clinical Psychology 17, 343-347.

SELEY,H. (1950). The Psychology and Pathology of Exposure to

Stress.Aclo. Montreal.

SENDIN, C. (1987). La estructura factorial del test de Rorschach. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

SHADISH, W.R., HICKMAN, D. y ARRICK M. C. (1981). Psychological Problems of Spinal Cord Injury Patients: Emotional Distress as Function of Time and Locus of Control. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 49, 247.

SHARPLEY, C.F. y HATTIE, J.A. (1983). Cross-cultural and Sex Difference on the TSCS: A Challenge to Fitts Original Data. Journal of Clinical Psychology. 39 (5), 717-721.

SHATIN, L. (1952). Psychoneurosis and psychosomatic reaction. A Rorschach study. Journal of Consulting Psychology. 16, 220-223.

SHAVELSON, R.J. y BOLUS, R. (1982). Self-concept: The Interplay of Theory and Methods. Journal of Educational Psychology,74 (1), 3-17.

SHAVELSON, R.J., HUBNER, J.J. y STANTON, E.C. (1976). Self-Concept: Validation of Construct Interpretations. Review of Educational Research, 46 (3), 407-441.

SHEEHAN, J.J. y TANAKA, J.S. (1983). Prognostic Validity of the Rorschach. Journal of Personality Assessment. 5, vol 47, 462-465.

SHELSKY,I. (1957); The Effect of Disability on Self- Concept. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Columbia. New York.

SHONTZ. F.C. (1962). Seven Chronic Illness. En GARRET, I.F. Y LEVINE, E.S. (Eds). Psychologycal Practice with the Physically Disabled. Columbia University Press. New York.

SHONTZ, F.C. (1965). Somatopsychology: Concept and Concern. Division 22 (Psychological Aspect of Disability). Bulletin of the APA, 12, 20-26.

SHONTZ, F.C. (1971). Physical Disability and Personality. En NEFF, W. (Eds). Rehabilitation Psychology. American Psychological Associattion. Washintong DC.

SHONTZ, F.C. y WRIGHT, G. (1980). The Distinctiveness of Rehabilitation Psychology. Professional Psychology. 11, 919-924.

SHRAUGER, J.S. y SCHOENEMAN, T.J. (1979). The Symbolic Interactionist View of Self-concept: Through the Looking Glass Darkly. Psychological Bulletin. 82, 549-573.

SILLER, J. (1969). Psychological Situation of Disabled with Spinal Cord Injuries. Rehabilitation Literature,30, 290- 296.

SILLER, J. (1976). Attitudes Toward Disability. En RUSALEM H. y MALIKIN, D. (Eds). Contemporary Vocational Rehabilitation. New York University Press. New York.

SILLER, J. (1984). The Role of Personality in Attitudes Toward those with Physical Disabilities. En GOLDEN, CH. (Eds). Currents Topics in Rehabilitation Psychology. Brune and Stratton. New York.

SIMON, J.K. (1971). Emotional Aspects of Physical Disability. The American Journal of Occupational Therapy, 25, 402-410.

SIMPSON, K. y BOILE, D. (1975). Esteem Construct Generality and Academic Performance. Educational and Psychological Measurement. 35,4, 897-904.

SINGER, J. L., MELTZOFF, J. y GOLDMAN, G. D. (1952). Rorschach movement responses following motor inhibition and hyperactivity. Journal of Consulting Psychology. 16, 359-364.

SINGER, M.J. (1978). Proyective Testing and Psychiatric Diagnosis: Validity and the Future. En SPITZER, R. y KLEIN D. (Eds). Critical Issues in Psychiatric Diagnosis.

SINGH, S.P. y MAGNER, T. (1975). Sex and Self: The Espinal Cord Injured. Rehabilitation Literature. 36 (1), 2-10.

SMITH, P.A. (1984). Adjustement to Spinal Cord Injury: Social Support, Locus of Control, Time Since Onset of Injury. The Ohio State University.

SMITS, S. (1964). Reactions of Self and Others to the Obviousness and Severity of Physical Disability. Tesis doctoral no publicada. Unversidad de Missouri. Columbia.

SNYDER, M.L., KLECK, R.E., STRENTA, A. y MENTZER, S.J. (1979). Avoidance of the Handicapped: And Attributional Analisis. Journal of Personality and Social Psychology. 37, 2297-2306.

SNYGG, D. y COMBS, A.W. (1949). Individual Behavior: A New Frame of Reference for Psychology. Harper. New York.

STANTON, G.H. (1983). Spinal Cord Injury: Psychological Adaptation.Journal of Neurosurgery. Oct 15 (5), 306-309.

STANWYCK, D.J. y GARRISON, W.M. (1982). Detection of Faking on the TSCS. Journal of Personality Assessment. 46 (4), 426-431.

STEELE, N. M. y KAHN, M. W. (1969). Kinesthesis and the Rorschach M response. Journal of Projectives Techniques and Personality Assessment. 33, 5-10.

STEIN, E., MURDOCH y MACLEOD, J. (1969). Brief Psychotherapy of Psychiatric Reactions to Physical Illness. American Journal of Psychology. 8, 76-83.

STEWART, T.D. (1977a). Spinal Cord Injury: A Role for the Psychiatrist. American Journal of Psychiatry. 134, 538- 542.

STEWART, T.D. (1977b). Coping Behavior and the Moratorium Following Spinal Cord Injury. Paraplegia, 15, 338-342.

STUBBINS, J. (Ed), (1977). Social and Psychological Aspects of Disability. University Park Press. Baltimore.

SULLIVAN, H. S.: (1953). The Interpersonal Theory of Psychiatry. Norton. New York.(Traducción al castellano: La teoría interpersonal de la psiquiatría. Psique. 1969. Buenos Aires).

SUSSET, V., VOBECKY, J. y BLACK, R. (1979). Disability and Self-Assessment of Disabled Persons: An Analysis of 506 Cases. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation. 60,50-56.

SWENSON, E. (1976). The Relationship Between Locus of Control Expectancy and Sucessful Rehabilitation of the Spinal Cord Injured. Doctoral Dissertation. Arizona State University.

SYMPOSIUM, (1985). Concepts of the Self: The Self or the Self. Journal of American Psychology. 30 (3), 229-318.

TALBOT, H.S. (1971-72). Psycho-Social Aspects of Sexuality in Spinal Cord Injury Patients. Paraplegia, 9, 37-39.

TANAKA, F. (1958). Rorschach movement responses in relation to intelligence. Japanese Journal of Educational Psychology. 6, 85-91.

TAYLOR, D. (1955). Changes in the Self-Concept Without Psychoterapy. Journal of Consulting Psychology. 19, 205- 209.

TAYLOR, G. (1967). Predicted Versus Actual Response to Spinal Cord Injury: A Psychological Study. Doctoral Dissertation. University of Minnesota.

TEAL, J.C. y ATHELSTAN, G.T. (1975). Sexuality and Spinal Cord Injury: Some Psychological Considerations. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation. 56, 64-68.

TESSER, A. y BAULHUS, D. (1983). The Definitioon of Self: Private and Public Self-Evaluation Management Strategies. Journal of Personality and Social Psychology. 44 (4), 672-682.

THOMAS, E. y EXNER, J. E. (1980). Temporal consistency among six and nine-years-old over a 24 to 30 month interval. Workshop Study. 346. (Citado en Exner, J. E., 1980).

THOMASON, B. y CLIFFORD, K. (1972). Disabled Person and family Dynamics. Accent on Living, 17, 20-25.

THOMPSON, D.D. Y DEXTER, W.R. (1980). Personality Characteristics of Spinal Cord Injury Patients at Injury and One-Year Follow-up. Model Systems. Spinal Cord Injury Digest. 2, 9-15.

THOMPSON, W. (1972). Correlates of Self-concept: Studies on the Self-concept. Monograph IV. Counselor Recording and Test. Nashville TN.

THORN, D.A., VON SALZEN, C.F. y FROMMER, A. (1964). Psychological Aspects of the Paraplegic Patients. Medical Clinics of North America. 30, 473-481.

THUEDT, S.S. (1985). The Effects of Disability Type-Visible or Non-Visible on the Acceptance of Disability and Self- Concept of Physically Disabled University Students. Dissertation Abstracts International. 45 (8-B), 2675. Tesis University of Arizona, 1984).

TRIESCHMANN, R.B. (1974). Coping with the Disability: A Sliding Scale of Goals. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation. 55, 556-560.

TRIESCHMANN, R.B. (1978-79). The Role of the Psychologist in the Treatment of Spinal Cord Injury. Paraplegia, 16, 212-219.

TRIESCHMANN, R.B. (1980). Spinal Cord Injury: Psychological, Social and Vocational Adjustment. Pergamon Press. New York.

TRIESCHMANN, R.B. (1984). Psychological Aspects of Spinal Cord Injury. En GOLDEN, CH. (Ed). Current Topics in Rehabilitation Psychology. Grune and Stratton. New York.

TYCHEY, C. (1984). Test de Rorschach et Diagnostic differentiel de l'angoise. Annales Medico- Psychologiques. Feb, vol 142 (2),

193-207

TYERMAN, A. y HUMPHREY, M. (1984). Charges in Self-Concept Following Severe Head Injury. International Journal of Rehabilitation Research. Vol 7 (1), 11-23.

VACCHIANO, R.B. y STRAUSS, P.S. (1968). Construct Validity of Tennesse Self-Concept Scale. Journal of Clinical Psychology. 24, 323-326.

VALOIS, M.G. (1976).The Effects of Trascendental Meditation on the Self-Concept as Measured by the TSCC. Dissertation Abstract International. 37 (1-A) 208.

VANDER VELDE, CH. (1985). Body Images of One's Self and of Others: Development and Clinical Significance. American Journal of Psychiatry. Vol 142 (5), 527-537.

VAN HASSELT, V.B. y HERSEN, M. (Ed) (1987). Psychological Evaluation of the Development and Physically Disabled. Plenum Press. New York.

VAN TUINEN, M. y RAMANAIAH, N. (1979). A Multimethod Analysis of Selected Self-Esteem Measures. Journal of Research in Personality. 13 (1), 16-24.

VERNIER, C., STAFFORD, J. y KRUGMAN, A. (1958). A Factor Analysis of Indices from Four Projective Techniques Associated whith Four Different Types of Physical Pathology. Journal of Consulting Psychology. 22, 433- 437.

VERWOERDT, A. (1972). Psychopathological Responses to the Stress of Physical Illnes. En LIPOWSKI, Z.J.: Psychosocial Aspects of Physical Illness. Vol 8 of Advances in Psychosomatic Medicine Series. S. Krager. Basel.

VINCENT, J. (1968). Exploratory Factor Analysis Relating to Construct Validity of Self-Concept Labels. Educational Psychology Measurement. 28, 915-921.

WACHS, H. y ZAKS, M.S. (1960). Studies of Body Image in Men whith Spinal Cord Injury. Journal of Nervous Mental Dissertation, 131, 121-127.

WALTERS, R. H. (1953). A preliminary analysis of the Rorschach records of fifty prison inmates. Journal of Projective Techniques. 17, 436-446.

WATKINS, D. (1978). The Development and Evaluation of Self-Esteem Measuring Instruments. Journal of Personality Assessment. 42, 171-182.

WEBB, C. y KING, H.E. (1985). An Objection to Owen's Article on Incest Victimes. Journal of Personality Assessment. 94 (5) 535.

WEBER, D.K. y WESSMAN, H.C. (1971). A review of Sexual Function Following Spinal Cord Trauma. Physical Therapy. 51 (3), 290-294.

WEBER, D. et al. (1981-82). Aspects pshycologiques et dinamiques des handicaps. Bulletin de Psychologie. (Mar- abril) vol,35 (355), 427-433.

WEINBAUM, J. y FAYANS, A. (1982). Consistency Across Modalities in Self-Nonself-Segregation. Psychological Reports, 50, 835-838.

WEINBERG-ASHER, N. (1976). The Effects of Physical Disability on Self-Perception. Rehabilitation Counseling Bulletin. 20. 15-20.

WEINER, M. y LOUITT, R. (1979). Conservation-Withdrawal Versus Depression. General Hospital Psychiatry. 4, 347- 349.

WEINER, I.B. (1966). Psychodiagnosis in Schizophrenia. Wiley. New York.

WEINER, I. B. (1977). Approaches to Rorschach validation. En M. A. RICKERS-OVSIANKINA. (Ed.) Rorschach Psychology (2 ed.) Huntington, New York. Krieger.

WEISS, A. A. y WINN, K. H. Z. (1963). A contribution to the meaning of anatomy responses on the Rorschach Test. Israel Annual of Psychiatry. 1, 265-276.

WEISS, A.J. y DIAMOND, M.D. (1966). Sexual Adjustment, Identification and Attitudes of Patients with Myelopathy. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation. 47, 245-250.

WELLER, D.J. y MILLER, P.M. (1977 a). Emotional Reactions of Patient, Family and Staff in Acute-Care Period of Spinal Cord Injury: 1. Social Work in Health Care. 2 (4), 369-377.

WELLER, D.J. y MILLER, P.M. (1977 b).Emotional Reactions of Patient, Family and Staff in Acute-Care Period of Spinal Cord Injury: 2. Social Work in Health Care. 3 (1), 7- 17.

WELLS, L.E. y MARWELL, G. (1976). Self-Esteem. Its Coneptualization and Measurement. CA: Sage. Beverly Hills.

WELLS, L.E. y MARWELL, G. (1976). Self-Esteem: Its Conceptualization and Measurement. Sage. CA. Beverly Hills.

WIDIGER, T. A. y SCHILLING, K. M. (1980). Toward a construct validation of the Rorschach. Journal of Personality Assessment. 44 (5), 450-459.

WILCOX, N.y STAUFFER, E. (1972). Follow-up of 423 Consecutive Patients Admitted to The Spinal Cord Center, Rancho los Amigos Hospital, 1 Jamuary to 31 December 1967. International Journal of Paraplegia. 10, 115-122.

WILLEE, C.T. y DAVIS, S.F. (1976). Level of Self-Esteem and Size of Human Figure Drawing as a Function of Group Versus Individual Administration. Psychological Reports. 39, 130.

WILLIAMS, Y. (1971). Manifest Anxiety and Self-Concept: A Comparison of Blind and Sighted Adolescents. Tesis no publicada. College Park. University of Maryland.

WILSON, J.P. y WILSON, S.B. (1976). Sources of Self Esteem and the Person Situation Controversy. Psychological Reports, 38, 355-358.

WITTHOVER, E., GINGRAS, G. y otros. (1954). A Combined Pshychosocial Study of Spinal Cord Persons. Canadian Medical Journal Association. 71, 109-115.

WHITLOEK, J.A. (1971). Death on the Road: A Study in Social Violence. Tavistock Publications in Association with Hicks Smith and Sons. London. 212-214.

WOLF, E. S. (1987). Some Comments on the Selfobject Concept. En K. YARDLEY y T. HONESS (Eds.). Self and Identity: Psychosocial Perspectives. J. Wiley and Sons. New York.

WOODBURY, B. (1978). Psychological Adjustement to Spinal Cord Injury: A Literature Review 1950-1977. Rehabilitation Psychology. 25 (3), 119-163.

WOODRICH, F. et al. (1983). Variables Related to Acceptance of Disability in Persons with Spinal Cord Injuries. Journal of Rehabilitation. 49 (3), 26-30.

WRIGHT, B. (1960). Physical Disability: A Psychological Approach. Harper and Row. New York.

WRIGHT, B.A. (1983). Physical Disability: A Phychsocial Approach. Harper and Row, (2 ed. rew). New York.

WYLIE, R.C. (1974). The Self-Concept, Vol 1: A Review of Methodoligical Considerations and Measuring Instruments. Lincoln: University of Nebraska Press.

WYLIE, R.C. (1979). The Self-Concept, Vol 2: Theory and Research on Selected Topics. Lincoln: University of Nebraska Press.

YOUNG, J. y NORTHRUP, N. (1979). Statistical Information Pertaining to Some of the Most Commonly Asked Questions About Spinal Cord Injury - Part I. Model Systems. Spinal Cord Injury Digest, 1, 11-31.

ZILLER, R. (1973). The Social Self. Pergamon Press. New York.

ZOLA, I.K. (1982). Denial of Emotional Needs of People with Handicaps. Archives of Physical and Medicine Rehabilitation. 63, 63-67.

ZOLLIKER, R. (1943). Schwangerschaftsdepression and Ro'scher formdeutversuch. Schweiz Archeives Neurologie und Psychiatrie. 53, 62-78.

ZUBEK, J. (Ed), (1969). Sensory Deprivation: Fifteen Years of Research. Appleton - Century - Crafts. New York.

ZUBIN, J., ERON, L. y SCHUMER, F. (1965). An Experimental Approach to Projective Techniques. J. Wiley. New York.

A P E N D I C E