

## *El dibujo de la figura humana en pacientes esquizofrénicos*

*Juan OTERO RODRÍGUEZ  
Aurora ALÉS PORTILLO  
Nicolás VUCÍNOVICH  
Estrella SERRANO GUERRERO  
Servicio Andaluz de Salud*

### *Resumen*

Se presenta el dibujo de la figura humana en una muestra de 21 varones diagnosticados de esquizofrenia paranoide de evolución crónica. El resultado del análisis de los elementos expresivos gráficos, de los componentes del contenido y de los relativos a la apariencia general del dibujo revelan daños graves en la constitución de la identidad, relaciones interpersonales parciales y disarmónicas, una pobre capacidad adaptativa a su entorno, un contacto distorsionado con la realidad y el uso de modalidades defensivas como la escisión, la negación y la identificación proyectiva.

*Palabras clave:* psicosis, esquizofrenia, psicodiagnóstico, tests proyectivos gráficos, dibujo de la figura humana, test del dibujo de la persona, H.T.P.

### *Abstract*

It's presented the human figure drawings by a sample of 21 chronic paranoid schizophrenic men. The analysis of the drawing expressive items, the content components and the general gestaltic aspects of the human figure show severe damages in the identity, partial and disarmonic interpersonal relationships, poor capacity of adaptation to the environment, lack of contact with reality and the use of defensive mechanisms as splitting of the object, negation and projective identification.

*Key words:* Psychosis, Schizophrenia, Psychodiagnostic, Projective Drawing Tests, Human Figure Test, Draw A Person Test, H.T.P.

---

*Dirección del primer autor:* Unidad de Salud Mental Comunitaria Oriente. c/ Cueva de la Pileta, s/n. 41020 Sevilla.  
*Correo electrónico:* juanotero08@gmail.com

Una versión preliminar de este trabajo fue presentada como ponencia en el *XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, celebrado en Madrid los días 26 y 27 de noviembre de 2010.

*Recibido:* febrero de 2011. *Aceptado:* noviembre de 2011.

El presente trabajo constituye un acercamiento a través de las técnicas proyectivas (en este caso nos centraremos en el análisis del dibujo de la figura humana) a la personalidad de una muestra de pacientes esquizofrénicos, a los que también se aplicó el test de Rorschach y otras pruebas gráficas que podrían ser objeto de análisis en ulteriores trabajos.

La integración de diferentes pruebas psicodiagnósticas es una tarea imprescindible para conocer con fiabilidad y en profundidad las características de los sujetos de estudio y por tanto, los resultados obtenidos habrán de ser tomados con precaución y a la espera de otras pruebas confirmatorias de la exploración.

La bibliografía sobre el dibujo de la figura humana en sujetos diagnosticados de esquizofrenia es escasa y no ha sido demasiado homogénea ni sistematizada.

En 1973, Carlson y sus colaboradores, en un estudio con primeros brotes, concluye que los ítems relacionados con el esquema corporal del dibujo correlacionan con el grado de talento artístico y grado de sofisticación de la figura humana pero no con el grado de patología (Carlson, Quinlan, Tucker y Harrow, 1973). Kenneth, en 1974, estudia el grado de simetría-asimetría en la figura proyectiva gráfica. Compara un grupo control normal con otro de pacientes esquizofrénicos observando en éstos una asimetría significativamente mayor. Kay, en 1978, observa que en una amplia muestra de pacientes con diferentes subtipos de esquizofrenias los enfermos más crónicos tienen un mayor número de omisiones y sombreados mientras que los menos crónicos tienen un mayor número de figuras inanimadas y mayor bizarria en sus producciones. Cvetkovic (1979) estudia una secuencia de seis figuras humanas en esquizofrénicos hospitalizados y lo compara

con otra secuencia en una muestra de adultos normales sin encontrar diferencias en la organización del espacio por parte de ambos grupos. Anstadt y Krause (1989) comparan el dibujo del rostro de la figura humana de esquizofrénicos y de un grupo control llegando a la conclusión de que aquellos dibujan rasgos faciales más estereotipados y con menos unidades de acción facial. Gustafson y Wachler (1992) concluyen en su estudio que el test de la figura humana es una técnica no verbal válida para discriminar el pensamiento concreto del pensamiento abstracto de pacientes esquizofrénicos con respecto a un grupo control.

Los pacientes de nuestra muestra están siguiendo programas de recuperación psíquica en una Comunidad Terapéutica de Salud Mental del Hospital "Nuestra Señora de Valme" de Sevilla capital y, o bien están ingresados a tiempo total en el dispositivo (donde pueden permanecer varios años), o bien se encuentran en un Programa de Día de la propia Comunidad y van a dormir a sus casas. Estos últimos, en determinados períodos, pueden haber requerido el ingreso a tiempo total en el dispositivo.

Por lo general, han sido tratados previamente en otros dispositivos de consultas ambulatorias pero acaban recalando en la Comunidad Terapéutica debido a su gravedad psicopatológica, su evolución tórpida, sus entornos familiares desestructurados o altamente disfuncionales y sus mayores necesidades de contención y de intervención multidisciplinar.

Aplicando a cada sujeto la consigna de que dibuje una persona y facilitándole un lápiz y un folio en blanco en posición vertical obtuvimos el dibujo de la figura humana de 21 pacientes esquizofrénicos varones.

Se evaluaron (a) los *elementos expresivos* del dibujo (posición de la hoja, tamaño,

emplazamiento, perspectiva, tipo de trazo, presión, movimiento), (b) los *elementos del contenido* (área de la cabeza y componentes del rostro, cuello, tronco, brazos, manos, piernas, pies, ropaje y complementos) y (c) los *aspectos generales* relacionados con la gestalt del dibujo (identificación sexual, integración gestáltica, acabado del dibujo, estudio de las proporciones, estudio de la simetría y apariencia) y se realizó un análisis estadístico de frecuencias y porcentajes.

## Características de los pacientes

### *Características personales y familiares*

Los 21 sujetos fueron varones, de edades comprendidas entre los 23 y los 49 años (promedio de edad de 36 años). Siete de ellos menores de 30 años, siete situados entre los 30 y los 40 años y los otros siete mayores de 40 años. Todos ellos solteros y de nivel socioeconómico bajo o medio-bajo. Ningún paciente tiene actividad laboral alguna y todos tienen una pensión de incapacidad; en el pasado, diez de ellos trabajaron periodos largos, siete lo hicieron esporádicamente y cuatro nunca tuvieron actividad laboral.

La posición de los pacientes en la fratría familiar es variable; en cuatro casos son los mayores de los hermano/as, en otros cuatro casos son los menores y en los 13 casos restantes ocupan lugares intermedios. A excepción del tiempo durante el cual permanecen ingresados en la Comunidad, 17 de ellos viven habitualmente en una familia nuclear, en un caso en una familia extensa y tres viven solos.

Examinados los antecedentes de problemas mentales en la familia, hay constancia de trastorno psicótico en los progenitores en un caso; en hermanos en otro caso y

en familiares indirectos en seis casos. Cinco pacientes tienen padres que han sufrido depresión. En cuatro casos los padres son consumidores de sustancias tóxicas y en dos casos los consumidores son los hermanos.

### *Datos clínicos*

En todos los casos hay un diagnóstico de esquizofrenia paranoide de curso crónico, con un promedio de 16 años de evolución de la enfermedad. En 15 sujetos aparecieron los primeros síntomas entre los 15 y los 20 años, en cuatro sujetos lo hicieron entre los 21 y los 25 años y en dos sujetos el debut de la enfermedad se produjo después de los 25 años.

Tienen un promedio de diez ingresos en Unidades de Hospitalización de Agudos, distribuidos como sigue: seis sujetos que han tenido entre uno y cinco ingresos, nueve sujetos que han tenido entre seis y diez ingresos, cuatro sujetos que han tenido entre once y veinte ingresos y dos sujetos que han tenido más de veinte ingresos hospitalarios. El tiempo medio de estancia en la Comunidad Terapéutica es de alrededor de dos años y medio.

Atendiendo a la sintomatología (según la Escala de síntomas positivos y negativos-PANSS), ocho pacientes presentan predominio de sintomatología negativa, seis pacientes predominio de sintomatología positiva y los siete restantes presentan síndromes mixtos.

En cuanto al tipo de delirio, un caso presenta delirio de transformación corporal, seis casos de tipo perjuicio-persecutorio, cuatro de tipo megalomaniaco, cuatro de filiación, tres de tipo mesiánico-religioso, uno de tipo cosmológico y en dos casos aparecen diferentes contenidos delirantes abigarrados. Otro aspecto que se examina en el perfil clínico de los pacientes es la comorbilidad de consumo de tóxicos. Hay consumo *actual*

de cannabis en once pacientes y de alcohol en uno. Hubo consumo en el *pasado* de cocaína, heroína u otras drogas de síntesis en once casos, de alcohol en dos casos y de cannabis en uno.

## Resultados

En el Anexo I pueden verse algunas de las realizaciones de los pacientes. En estos dibujos se han analizado los elementos expresivos, los elementos de contenido y los aspectos generales.

### Elementos expresivos del dibujo

#### Posición de la hoja

El 71'4% de la muestra realiza el dibujo respetando la posición en la cual se les entrega el folio mientras que el 28'6% gira la hoja acomodándola a la posición horizontal.

#### Emplazamiento

Si nos fijamos en el eje superior-centro-inferior, tenemos que casi la mitad de la muestra (47'6%) sitúa el dibujo centrado, un 33'3% lo hacen en la parte superior y un 19% lo sitúan en la parte inferior. Si nos fijamos en el eje izquierda-centro-derecha observamos que, casi la mitad de la muestra (42'8%) lo sitúa en el cuadrante izquierdo, algo más de la mitad lo sitúan centrado y ningún sujeto (0%) lo sitúa en el cuadrante derecho. Tres sujetos (14'2%) sitúan el dibujo en el ángulo superior izquierdo. En general hay una mayor preferencia por la parte superior (zona de la fantasía) y por la zona izquierda (predominio de impulsos).

#### Tamaño

Un 33'3% de los sujetos dibuja la figura humana de tamaño normal, un 19% ligeramente agrandada, un 9'5% ligeramente

pequeña y otro 9'5% muy pequeña. Un 28'5% la dibuja muy agrandada, expandiendo su ego excesivamente en el campo vital que le asignamos con el folio.

#### Perspectiva

Once sujetos (52'3%) se centran en la posición frontal (lo más convencional), mientras que un 42'8% revela en su dibujo una inadecuación ya que fuerzan la perspectiva con poco éxito, resultando posiciones corporales poco naturales.

#### Trazo

Ni el tipo de trazo rectilíneo ni el tipo de trazo circular tienen un predominio claro en nuestra muestra. Tampoco hay un predominio entre tipo de trazo corto y tipo de trazo largo. Sin embargo sí podemos destacar el alto porcentaje de pacientes (57'14%) que, a lo largo del esquema corporal del dibujo, presentan discontinuidades o aberturas en el trazo que impiden el cierre de límites entre lo interior y lo exterior.

#### Presión

Nada que destacar sobre este ítem. La gran mayoría de los pacientes ejercen una presión adecuada del lápiz sobre el papel. Tampoco encontramos dibujos que presenten zonas de reforzamiento excesivo del trazo.

#### Movimiento

Conforme a lo esperado estadísticamente, el 90% de los sujetos dibuja la persona en posición estática, sin movimiento.

### Elementos del contenido

#### Área de la cabeza y el cuello

Relacionado con lo intelectual y el mundo de la fantasía. En nuestra muestra se observa una hipertrofia cefálica en un 38%

de los sujetos y un tamaño normal en un 33%. Un 14'2% dibuja la cabeza pequeña y otro 14'2% presenta algún tipo de deformidad o asimetría en la cabeza

El 81% representa a la figura humana con cabello y el 71'4% sin orejas (aceptable estadísticamente). El porcentaje de pacientes que dibuja las orejas lo hacen en posición abierta "vigilante". No hay datos significativamente anormales en el dibujo de la nariz en cuanto a su tamaño o su forma. Encontramos datos altamente significativos en el grafismo de los ojos. Al valorar el *tamaño* encontramos que es desigual o asimétrico en un 52'3% de los casos y excesivamente grande en un 9'5%.

Al valorar la *forma-apariencia* encontramos que ocho sujetos (38%) dibuja las órbitas vacías, un 14'2% (tres sujetos) dibuja una órbita vacía y la otra puntiforme y otro 23'8% (cinco sujetos) dibuja ojos puntiformes. Otro 19% (cuatro sujetos) realizan figuras con los ojos cerrados o con algún otro tipo de distorsión grafoocular. Esto suma un total de 20 sujetos (95'2% de la muestra) que presentan distorsiones y/o perturbaciones en este importante ítem. Tan solo un paciente dibuja ojos completos de apariencia más o menos armónica.

El dibujo de la boca tiene un tamaño normal en un 38% de la muestra, grande en un 14'2% y pequeño en un 14'2%. La boca es dibujada de modo desigual o asimétrica en un 28'5% de los casos. Respecto a su forma recta o curva, ambas se representan por igual mientras que la forma oval se representa en pocos casos. No es significativo el número de pacientes que la somborean (tres), ponen lengua (una) o dientes (ninguno). Un sujeto no dibuja la boca, lo cual es interpretado como un signo de grave perturbación.

El cuello es una parte fundamental en la integración del mundo emocional y el

intelectual o más propio de la fantasía. La conciliación de los dos mundos pasa porque haya un eslabón intermedio bien engarzado. Al igual que en la cabeza encontrábamos un predominio de la hipertrofia, en el cuello encontramos que el 57'14% de los casos no integra bien cabeza y cuerpo, y dibujan cuellos desproporcionados (generalmente demasiado largos). Hay que sumarle otro 14'2% en los que el cuello está ausente.

#### *Tronco*

El tronco está mal integrado con las extremidades (brazos y/o piernas) en un 61'9% de los sujetos, lo cual vuelve a añadir elementos que apoyan la idea de una identidad corporal mal constituida. A los casos que dibujan un tronco desproporcionado en tamaño y longitud se unen otros que dibujan troncos que resultan deformes o desiguales. Los hombros están ausentes en un 23'8% de la muestra y con deformidades, mala integración o asimetrías en otro 38%.

#### *Brazos y manos*

Destinados al contacto con los demás y a la manipulación de las cosas. En nuestra muestra de esquizofrénicos obtenemos que los brazos están incompletos en catorce sujetos (66'6%), con un caso de amputación total.

Estudiados los brazos en su relación volumétrica con respecto a los hombros tenemos siete casos de figuras con brazos acortados y cuatro de figuras con brazos agrandados. También dos sujetos con brazos tipo palote.

Los brazos están expandidos hacia fuera en nueve casos y pegados al cuerpo en cuatro sujetos; el resto tienen un ángulo de apertura normal.

Observando las manos encontramos cuatro casos con amputación total, cinco

casos con amputaciones parciales de dedos, tres manos tipo palote, un caso en que sobran dedos y un caso de manos semiocultas.

### *Piernas y pies*

Zonas de contacto con el suelo, necesarias para el movimiento, la estabilidad y el equilibrio. Del total de la muestra, once dibujan piernas incompletas (52'38%); de ellos, dos sujetos dibujan figuras humanas con amputación total tanto de piernas como de pies, tres casos más con amputación total de pies, cuatro casos más con amputaciones parciales y dos casos que dibujan pies tipo palote.

A los once citados se unen otros dos sujetos (9'52%) que, si bien no tienen amputaciones, realizan dibujos con evidentes asimetrías en los miembros inferiores en cuanto a su tamaño o en cuanto a su posición con respecto al suelo.

De los ocho casos restantes, cinco tienen los pies desproporcionadamente grandes (de apariencia caricaturesca), uno está de puntillas y otro presenta una transparencia. Tan solo hay un caso en la muestra que dibuja piernas y pies bien proporcionados y estabilizados, con una adecuada unión al tronco y en una posición bien alineada con respecto al resto del cuerpo.

Si tenemos en cuenta la posición de los pies con respecto al resto del cuerpo, solamente siete sujetos los dibujan en concordancia con la posición del resto del cuerpo.

### *Ropaje y complementos*

Lo normal es realizar el dibujo vestido. Las ejecuciones de desnudos nos hacen pensar en perturbaciones de tipo narcisista, psicótico u orgánico. Encontramos tres dibujos desnudos, doce dibujos vestidos y seis de difícil categorización debido a que la propia gestalt se encuentra vaciada.

De entre los sujetos que dibujan la figura humana vestida (12), nueve de ellos añaden algún tipo de complemento o accesorio a la ropa (botones, gorra, cinturón, bolsillo, bolso, detalles en la ropa...). En concreto: en tres casos añaden tres o más accesorios, en dos casos se detallan dos accesorios y en cuatro casos se reconoce un único accesorio. Respecto a la riqueza de la ejecución calificamos como elaborada (dos casos), media (dos casos), o pobre (cinco casos.).

### ***Elementos relacionados con el aspecto general del dibujo***

En este apartado hemos valorado los siguientes seis elementos relacionados con la gestalt de la figura humana dibujada.

### *Identificación sexual*

Cuando a los sujetos se les pide que dibujen una figura humana, 19 realizan una ejecución que identifica al dibujo con su propio sexo (estadísticamente esperable) y dos de ellos dibujan el sexo opuesto. Sin embargo, en el análisis del grafismo encontramos que un 57'14% dibuja una figura asexual.

### *Integración gestáltica*

El éxito o fracaso en la organización gestáltica derivarán en una construcción armoniosa o fallida del esquema corporal y la autoimagen. Tenemos tres casos (14'28%) con una buena integración global y 18 casos con una mala integración global (85'7%). Dentro de la mala integración global hemos definido las siguientes 6 categorías: gestalt tipo silueta (cinco casos), gestalt tipo amputada (dos casos), gestalt tipo yuxtapuesta (tres casos), gestalt tipo desorganizada (tres casos), gestalt tipo desproporcionada (tres casos) y gestalt tipo desequilibrada (dos casos).

### *Acabado del dibujo*

Se valora si tiene todos los componentes del contenido gráfico esperables en la figura humana. Podríamos relacionarla con la posibilidad de integración de objeto total-parcial. Se deja opcional la posibilidad de que dibujen o no las orejas y el cabello.

Encontramos seis sujetos (28'57%) que realizan la figura completa y 15 sujetos (71'4%) que la realizan incompleta. Las omisiones se distribuyen de la siguiente forma: amputación total o parcial de extremidades superiores (seis casos), amputación total o parcial de extremidades inferiores (tres casos), amputación total y/o parcial de extremidades superiores e inferiores (cuatro casos) y amputaciones de elementos de cabeza/cuello (dos casos, uno de los dos casos omite además el cuerpo).

### *Estudio de las proporciones*

Se refiere a que las diferentes partes del cuerpo guarden entre sí una aceptable relación de tamaños y volúmenes. Tenemos en nuestra muestra tres casos (14'28%) que guardan las proporciones, mientras que en 18 (85'7%) las diferentes áreas corporales están desproporcionadas.

Encontramos: cabeza hipertrófica (seis casos), cabeza hipotrófica (un caso), brazos hipertróficos (un caso), brazos hipotróficos (tres casos), piernas hipertróficas (un caso), piernas hipotróficas (dos casos), tronco hipertrófico (dos casos), tronco hipotrófico (no se da en ningún caso) y desproporción generalizada (dos casos).

### *Estudio de la simetría*

El eje vertical con respecto al suelo proporciona una relación de equilibrio y estabilidad física que podría relacionarse con sentimientos de seguridad y autoafirmación saludable. En nuestra muestra tenemos

cuatro sujetos (19%) que dibujan el lado izquierdo de la figura humana simétrico con respecto al lado derecho; los otros 17 sujetos (80'9%) ejecutan dibujos con llamativas asimetrías.

### *Apariencia*

Por último, hemos establecido esta categoría que valora la apariencia subjetiva que nos causa el dibujo. Con una única excepción, que nos ha parecido más cercano a una apariencia normal, en el resto (20) hemos calificado la apariencia de la figura humana como: infantil (un caso), caricaturesco-grotesco (tres casos), demoníaco (dos casos), vacío-inexpresivo (tres casos), fantasmal (un caso), zoomórfico (un caso), inanimado (tres casos), hipervigilante (tres casos), robótica (dos casos) y desvitalizado (un caso).

## **Conclusiones**

### *Identidad*

Si consideramos la identidad como el epicentro del cual se desprenden diferentes vectores de la personalidad del individuo, en nuestra muestra se aprecia claramente la estructura psicótica de los sujetos. Los elementos relacionados con la gestalt del dibujo muestran una identidad escindida, desorganizada, pobremente constituida y gravemente dañada en la práctica totalidad de los casos.

A nivel consciente hay una buena identificación con el propio sexo pero en un nivel más profundo hay una sexualidad indefinida, indiferenciada.

### *Relaciones interpersonales*

En el análisis de las relaciones interpersonales observamos que existe una grave alteración en la representación de los ojos.

La mirada es un elemento muy importante para la interacción con los otros; encontramos que a través de la mirada nos ofrecen estilos de relación desconcertantes (disarmonías y asimetrías), autísticos (órbitas vacías) o de matiz paranoide (puntiforme).

Por otro lado, las áreas mediadas por el tacto y órganos de manipulación y contacto físico con los otros (brazos y manos) nos dejan continuas amputaciones y asimetrías. De ahí extrapolamos que son relaciones de estilo parcial, coartado y disarmónico.

### **Control de impulsos**

En algunos sujetos (una minoría) encontramos manos y brazos hipertrofiados que nos harían pensar en pacientes con mayores posibilidades de pasaje al acto heteroagresivo; esto puede verse refrendado cuando además tienen rasgos gráficos de una deficiente integración de los impulsos y rasgos paranoides más acentuados. Potencialmente pueden presentar reacciones en cortocircuito.

### **Funcionalidad y adaptación**

La mayoría de los sujetos realizan dibujos extremadamente pobres, simples, incompletos, sin detalles, de apariencia inexpresiva y desvitalizada. Estas características gráficas se corresponden con un funcionamiento con predominio de la sintomatología negativa (aislamiento, apatía, anhedonia, aplanamiento afectivo, pobreza de pensamiento, etc). Recordamos que nuestra muestra está compuesta por pacientes con un desarrollo crónico de la enfermedad.

### **Contacto con la realidad**

Sus sentimientos de seguridad, firmeza o estabilidad son precarios. No hay una buena diferenciación entre mundo interno y externo y se da un predominio de la fantasía

sobre la realidad. La apariencia del rostro nos aproxima a mundos internos alienados, caóticos, aterrorizados, deslibidinizados, bizarros, etc. De aquí extrapolamos que en gran parte de la muestra el contacto con la realidad está impregnado de síntomas delirantes y alucinatorios.

### **Áreas de conflicto**

En nuestra muestra no hemos encontrado áreas de conflicto específico (no hay una presencia significativa de sombreados o reforzados). Parece necesario que para que se den áreas de conflicto tendría que haber una cierta consolidación de la identidad. Estos pacientes tienen el “conflicto” de poder ser.

En el terreno sexual tampoco se aprecian índices de preocupación destacados. La mayoría de los pacientes sufren disfunciones sexuales crónicas asociadas al tratamiento psicofarmacológico con neurolépticos.

### **Mecanismos de defensa**

Si tomamos la figura humana como la proyección de aspectos internos y nos detenemos sobre su apariencia vemos que los mecanismos preferentes son la escisión (fragmentaciones de la gestalt, problemas de integración), la negación-desconexión de la realidad (ojos vacíos, cerrados), la identificación proyectiva masiva (figuras con apariencia demoníaca, fantasmal, grotesca, deshumanizada, inanimada, etc.), todos propios de la estructura psicótica.

### **Reflexión final**

Las técnicas proyectivas en general y los test proyectivos gráficos en particular tienen un sólido y fundamentado soporte de estudio. Los pilares en los que se sustenta son: la teoría psicoanalítica, las



aportaciones teóricas relacionadas con el concepto de proyección y su aplicación técnica al campo del psicodiagnóstico (Schafer, 1967; Hammer, 1969; Siquier de Ocampo, 1974; Schilder, 1976; Grassano de Piccolo, 1977; Abt y Bellak, 1978; Rapaport, 1978; Pérez, 1980, 1989; Bueno, 1997), la psicología evolutiva y el dibujo infantil (Goodenough, 1957; Di Leo, 1974; Widlocher, 1975; Koppitz, 1986, 1991) y la investigación aplicada a distintos tests gráficos y a diferentes muestras (Koch, 1962; Bernstein, 1978; Frank de Verthelyi, 1984, 1989; Stora, 1989; Barbosa, 2007).

El rastreo bibliográfico (desde hace décadas hasta la actualidad) nos deja resultados que se repiten y que han ido sedimentando un conocimiento científico en torno a esta disciplina. Las técnicas proyectivas han demostrado ser un excelente método de investigación de la personalidad del individuo. Dentro de éstas, la técnica del dibujo está especialmente indicada para valorar aspectos más inconscientes y de la estructura psíquica.

Si bien es cierto que existe una gran tradición en el uso de estas técnicas, no es menos cierto que la investigación es dispersa, heterogénea y, en algunos casos, con una metodología cuestionable. Otros problemas añadidos son la escasez de escuelas postgrado de formación en tests proyectivos, la accesibilidad a muestras amplias y el consumo de tiempo que requiere el procedimiento completo (aplicación, corrección, interpretación e integración dentro de un proceso psicodiagnóstico global).

Dos retos que planteamos para el futuro son el incremento de las escuelas de formación y el diseño de protocolos de investigación para su aplicación sobre diferentes muestras. Hemos de potenciar el uso de estas técnicas como instrumentos

diagnósticos para profundizar en la comprensión del individuo.

En relación al dibujo de la figura humana y la esquizofrenia, y con objeto de poder generalizar los resultados de nuestro trabajo al estudio de la personalidad de estos pacientes, sería interesante poder realizar réplicas con muestras de pacientes crónicos y agudos y estudios de comparación con otras muestras de pacientes psicóticos no esquizofrénicos o con trastornos de la personalidad. Tendría un interés especial la búsqueda de convergencias mediante la doble aplicación de gráficos o Rorschach e inventarios de personalidad.

## Referencias

- Abt, L.E. y Bellak, L. (1978). *Psicología Proyectiva*. Buenos Aires: Paidós
- Anstadt, T. y Krause, R. (1989). The expression of primary affects in portraits drawn by schizophrenics. *Psychiatry*, 52 (1), 13-24.
- Barbosa, P. y cols. (2007). El test gráfico de la figura humana. Estudio de un grupo de pacientes fóbicos y otro de pacientes obsesivos. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Proyectivos*, 20, 11-33.
- Bernstein, J. (1978). El test de la pareja humana. En J.R. Bell (Ed.), *Técnicas Proyectivas*. Buenos Aires: Paidós.
- Bueno, M. (1997). Introducción a las técnicas proyectivas gráficas. En A. Ávila (Dir.), *Evaluación en Psicología Clínica II* (págs. 425-458). Salamanca: Amaru.
- Carlson, K., Quinlan, D., Tucker, G. y Harrow, M. (1973). Body disturbance and sexual elaboration factors in figure drawings of schizophrenic patients. *Journal of Personality Assessment*, 37 (1), 56-63.

- Cvetkovic, R. (1979). Conception and representation of space in human figure drawings by schizophrenic and normal subjects. *Journal of Personality Assessment*, 43 (3), 247-256.
- Di Leo, J. (1974). *El dibujo y el diagnóstico psicológico del niño normal y anormal de 1 a 6 años*. Buenos Aires: Paidós
- Frank de Verthelyi, R. y cols (1984). *Identidad y vínculo en el test de las dos personas*. Buenos Aires: Paidós.
- Frank de Verthelyi y cols. (1989). Algunas aportaciones al test casa-árbol-persona de Buck-Hammer (HTP). *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos*, 2, 25-42.
- Goodenough, F. (1957). *Test de inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana*. Buenos Aires: Paidós
- Grassano de Piccolo, E. (1977). *Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Gustafson, J.L. y Waehler, C.A. (1992). Assessing concrete and abstract thinking with the draw-a-person technique. *Journal of Personality Assessment*, 59 (3), 439-447.
- Hammer, E.F. (1969). *Tests proyectivos gráficos*. Buenos Aires: Paidós
- Kaneda, A. y cols (2010). Characteristics of the tree-drawing test in chronic schizophrenia. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 64 (2), 141-148
- Kay, S.R. (1978). Qualitative differences in human figure drawings according to schizophrenic subtype. *Perceptual Motor Skills*, 47 (3, pt 1), 923-932.
- Kenneth, J. (1974). Variations in bilateral symmetry of human figure drawings associated with two levels of adjustment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 30
- Koch, K. (1962). *El test del árbol*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Koppitz, E. (1986). *El test gestáltico visomotor para niños*. Buenos Aires: Guadalupe
- Koppitz, E. (1991). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Pérez, P. (1980). Identidad y vivencia del espacio en las técnicas proyectivas. *Revista Técnicas Proyectivas*, 1, Madrid: Pablo del Río Ed.
- Pérez, P. (1989). Tests gráficos: aproximación a una teoría de la técnica. Su utilidad en el diagnóstico psicológico. *Revista de la Sociedad Española del Rorschach y Métodos Projectivos*, 2, 5-24.
- Rapaport, D. (1978). *El modelo psicoanalítico, la teoría del pensamiento y las técnicas proyectivas*. Buenos Aires: Hormé
- Schafer, R. (1967). *Projective testing and psychoanalysis*. Nueva York: Internacional Univers.
- Schilder, P. (1976). *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Siquier de Ocampo, M.L. y cols (1974). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Stora, R. (1989). *El test del árbol*. Barcelona: Paidós
- Widlocher, D. (1975). *Los dibujos de los niños*. Barcelona: Herder

**Anexo I. Producciones de algunos pacientes**

