

UN INSTRUMENTO PARA EL REGISTRO SISTEMÁTICO DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL (CONOVER)

Estudio Piloto

MARTIN NIZAMA V. *, ESMERALDA CORTEZ V. **, ANA PEREZ G. ** Y
GLORIA LEGUIA V. **

KEY WORDS: *Non-verbal communication — Registration — Initial interview*
PALABRAS CLAVE: *Comunicación no verbal — Registro — Primera entrevista*

Se desarrolla un instrumento estructurado (CONOVER), que intenta descifrar la comunicación no verbal, mediante un registro sistemático en los primeros y en los 10 últimos minutos de la primera entrevista, utilizando video-tapes. Para ello, se elaboró una ficha de registro de 113 unidades de conducta no verbal, que están contenidas en 174 ítems. Para probar su confiabilidad se hizo un estudio piloto en 10 sujetos (5 varones y 5 mujeres) y se fijó como criterio de confiabilidad el 80% o más de acuerdos interevaluador. Los resultados arrojaron, que de las 174 variables, 153 superaron el 90% de confiabilidad y 21 variables tienen un rango que oscila entre el 80 y 90 por ciento. Así, se homogenizó a los 4 evaluadores y se probó fehacientemente la confiabilidad de la observación.

An instrument for systematic registration of non-verbal communication: CONOVER

This study is about the development a structured instrument: CONOVER, wich intends to unravel the body language code. The method consists of a systematic registration of the non-verbal communication in two phases: the first ten-minute-period and the last ten-minute-period of the initial interview. A video tape register was used. A registration card was developed which includes 113 units about non-verbal behavior. There are 174 items taken in account for the behavior description in the first and last ten-minute-period of the interview. In order to test the reliability of CONOVER, a pilot study was done on 10 experimental subjects (5 male and 5 female). The instrument was applied to the subjects, once by each investigator. It was established as the criterion for reliability an 80 per cent of concordance between researchers. Of the 174 variables, 153 are reliable over 90% and 21 have a reliability range that fluctuates between 80 and 90 per cent of concordance. This study gave a standarized tool to the 4 investigators and proved the instrument reliability.

* Médico Psiquiatra, Servicio de Niños y Adolescentes del INSM. Departamento de Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.

** Enfermeras del INSM.

INTRODUCCION

La comunicación no verbal es un aspecto fundamental de las relaciones humanas; éstas a su vez, constituyen la esencia de toda entrevista psiquiátrica. Desde la década del cincuenta este saber, hasta entonces empírico, comenzó a ser estudiado sistemáticamente hasta convertirse en una especialidad científica de actualidad, que intenta descifrar el código de la expresión corporal. Dentro de esta perspectiva heurística se enmarca este trabajo, que constituye una presentación preliminar y tiene como propósito principal el exponer un método de registro que intenta ayudar a resolver los complejos problemas que el estudio de la comunicación no verbal plantea tanto en los sujetos normales como en los pacientes psiquiátricos. Como tal, ofrece las bases de un sistema instrumental, aún incipiente y por lo tanto perfectible, que creemos puede ser de utilidad. Gracias al advenimiento tecnológico del *video-tape*, ahora es posible registrar objetivamente la conducta no verbal del ser humano. Hacerlo directamente en la entrevista es imposible, puesto que durante ésta el entrevistador focaliza su atención en el contenido del discurso verbal del entrevistado; además, si intenta observar la conducta no verbal del sujeto, es probable que éste se inhíba o modifique su expresión corporal.

La comunicación no verbal

Desde el punto de vista cronológico sabemos que los movimientos corporales originales son mucho más arcaicos que las palabras y que se inician intra-

uterinamente entre la quinta y la octava semanas de vida embrionaria, mientras que el lenguaje verbal lo aprendemos por estímulos provenientes del mundo externo con una definida influencia ecológico-cultural y lo grabamos distorsionado por el uso común. Lo que se siente es anterior a las palabras, antes de hablar usamos la postura, pues el gesto es el canal de la comunicación que precede al de las frases articuladas (28). Piaget considera que el período que transcurre desde el nacimiento hasta la adquisición del lenguaje verbal está enmarcado por un desarrollo extraordinario de la vida mental (*asimilación sensorio-motriz*), conquistando a través de las percepciones y los movimientos, todo el universo práctico que rodea al lactante hasta los dos años de edad. Esta conquista posibilita el desarrollo tanto de la inteligencia como de la vida afectiva naciente. Piaget, en relación al desarrollo de la inteligencia, distingue tres estadios durante el período de lactancia: el de los reflejos, el de la organización de las percepciones y hábitos y el de la inteligencia sensoriomotriz propiamente dicha, concluyendo que ésta y los esquemas corporales son mucho más tempranos que los esquemas neurológicos responsables del desarrollo de la comunicación verbal, y que el lenguaje adquirido no basta para asegurar la transmisión de estructuras operatorias; la vía lingüística, si bien favorece la interiorización, no crea dichas estructuras operatorias (26).

Por otro lado, Davis, menciona algunos de los aportes más relevantes de las investigaciones realizadas por la psicología, la antropología, la sociología y la etología en el campo de la

comunicación no verbal. Así por ejemplo, es sabido que los movimientos corporales no son fortuitos, sino que se aprenden lo mismo que una lengua; por eso respondemos a los gestos conforme a un código que nadie conoce, que no está escrito en un ninguna parte, pero que todos comprendemos. Los especialistas en *cinesis* (estudio del movimiento del cuerpo humano) han descubierto un nivel de comunicación de señales y reacciones tan sutiles y veloces que el mensaje, aunque obviamente hace impacto, pasa casi inadvertido. Observando las diferentes expresiones culturales del lenguaje corporal, se ha encontrado que los individuos procedentes de diferentes culturas y grupos étnicos no se mueven de la misma manera.

Los etólogos, observando a los animales silvestres, encuentran similitudes entre el comportamiento no verbal del hombre y el de los primates; ahora muchos de ellos se han dedicado a la "etología humana", estudiando cómo se cortejan los seres humanos, cómo crían a sus hijos, cómo dominan a otros o manifiestan sumisión, cómo pelean entre sí o hacen las paces. Este comportamiento físico puede compararse con la forma en que los monos y los primates mayores encaran el mismo tipo de relaciones (11). Montagne, citado por Alonso-Fernández, describe los comportamientos de amenaza y apaciguamiento en humanos. Los primeros se caracterizan por un brusco avance del busto, con apertura de la boca y vocalizaciones agudas, o por un fruncimiento de las cejas con un repliegue de la barbilla sobre el pecho. Los comportamientos de apaciguamiento se caracterizan por un movimiento

de la cabeza que va a posarse en el hombro del otro o bien por la simple inclinación lateral de la cabeza y del busto. Alonso-Fernández refiere sus observaciones relativas al comportamiento de ofrenda, el que aparece antes de los 24 meses y se caracteriza predominantemente por intercambios alimentarios. También cita a Rouchouse y colaboradores, quienes reportan que la mímica aparece entre los 3 y los 6 meses, y se caracteriza por un avance de la barbilla, con un ligero avance de los labios y a veces vocalizaciones. A la luz de los conocimientos actuales se puede concluir que hay comportamientos universales de la especie humana; sin embargo, los estudios acerca de la programación genética del repertorio conductual del individuo, son aún incipientes y no permiten hacer generalizaciones. Con los actuales métodos de investigación aún no es posible aislar la influencia del código genético individual o de la especie en la expresión no verbal del ser humano (2).

Con relación a la dominancia cerebral, Luria menciona las clásicas investigaciones clínicas de Broca (1861) y de Wernicke (1874) que demostraron que ambos hemisferios, aun cuando son morfológicamente simétricos, no son idénticos funcionalmente; que en las personas diestras el hemisferio izquierdo es el relacionado con las funciones del habla, siendo en esta función el hemisferio dominante, mientras que el hemisferio derecho no tiene funciones tan diferenciadas al respecto, por lo que se le puede considerar como subdominante con respecto al lenguaje verbal. Jackson (1869) acotó que el habla se realiza con el

trabajo combinado de ambos hemisferios, que el izquierdo (dominante) está asociado con las formas de construcción más complejas del habla voluntaria y el derecho (subdominante) realiza funciones más elementales del habla automatizada.

Muchos autores coinciden ahora con la concepción de que ambos hemisferios cerebrales, aún teniendo análoga estructura morfológica, tienen diferentes grados de diferenciación funcional. Esta localización funcional lateralizada se manifiesta en las funciones del habla, en las funciones sensoriales y posiblemente en las funciones motrices (comunicación corporal). Dicha concepción postula que el hemisferio izquierdo es el dominante en el desarrollo de las complejas funciones gnósticas y motoras, y el hemisferio derecho el dominante en la función pática y sensitiva. Estos dos conceptos, *dominante* y *subdominante*, aclaran que cada proceso psíquico se realiza con la intervención complementaria de ambos hemisferios, uno de los cuales funciona como rector y el otro como asesor. Entonces la participación del hemisferio izquierdo y del derecho en estos procesos resulta profundamente distinta; cada uno aporta una contribución desigual, sin dejar de considerar que el diferente grado de dominancia de los hemisferios varía no sólo de individuo a individuo, sino también de función a función (23). López Ibor, al referirse a la clínica de la lateralidad corporal, remarca que el hemicuerpo derecho es predominantemente motor y el hemicuerpo izquierdo predominantemente sensitivo. Este autor comienza mencionando el postulado fisiológico "la mitad izquierda del cuerpo

está más en relación con el yo instintivo y la mitad derecha lo está con el yo racional noético", y continúa diciendo que en la persona diestra existe un predominio energético del hemisferio cerebral izquierdo; los músculos están más desarrollados y tienen mayor rendimiento físico en el hemicuerpo derecho. En este hemicuerpo, y especialmente en la cara, se expresa preponderantemente la persona cortical o consciente; es el hemicuerpo más activo y enérgico. En cambio, la mitad izquierda refleja los ecos de la vida instintiva y de las profundidades de la personalidad. Las parálisis histéricas se asientan predominantemente en este último hemicuerpo. Se piensa que, en el lenguaje, los elementos que suponen expresión intelectual dependen del hemisferio izquierdo, en tanto que los emotivos están regidos por el derecho. Finalmente, López Ibor cita a Janet (1889), quien revisando la topografía de la sintomatología histérica refiere el hallazgo de Briquet: las anestias histéricas son mucho más frecuentes en el lado izquierdo en una relación de tres a uno; Janet pensó que esta relación era excesiva y aceptó la proporción de tres anestias del lado izquierdo por dos del lado derecho (21). En esta investigación se pretende estudiar la forma como se expresa la dominancia cerebral en la conducta motriz de ambos hemicuerpos.

Históricamente, la comunicación no verbal, también denominada expresión corporal, comportamiento no verbal, conducta no verbal, lenguaje corporal, motricidad corporal, etc., fue abordada primero, por los psiquiatras clásicos, quienes hicieron invalorable

aportes. Ellos, a partir de la observación empírica, nos legaron finas descripciones no sistemáticas de la fenomenología clínica no verbal de los desórdenes psiquiátricos. Esquirol (1838), describiendo los aspectos no verbales de la conducta de los maníacos reportó lo siguiente: "los cabellos están erizados; los rasgos de la cara crispados, los ojos inyectados, rojos, centellantes, convulsivos, atentos y al acecho; la mirada también puede ser vaga, incierta, sin punto fijo. Su actividad es desordenada, sus movimientos tumultuosos; lloran, ríen, cantan, hablan en voz baja o en voz alta, gritan, y en esta actividad incoercible sus movimientos son vivos, bruscos, inciertos" (16). Kahlbaum (1874), al referirse a la "locura de tensión" o catatonía describió: "El paciente se sienta calladamente o mudo por completo, inmóvil, con los ojos fijos en un punto distante... al tercer día entró en completo silencio. Tenía la mirada vacía, los ojos desorbitados con las conjuntivas inyectadas, repetidamente levantaba sus manos hacia la cabeza y tenía la cara sin expresión y tesa como de una estatua... Solamente sonidos muy fuertes le causaban suaves contracciones en los músculos faciales... algunas veces presentaba una flexibilidad cérea completa, igual que en la catalepsia" (20). Bleuler (1911) refiriéndose a la "deterioración emocional" o mengua de la afectividad en la esquizofrenia describió: "la mímica carece de unidad. La frente arrugada, expresa algo parecido a la sorpresa, los ojos con sus pequeñas patas de gallo, dan la impresión de hilaridad y las comisuras de los labios pueden estar caídas como

en el pesar. A menudo las expresiones faciales parecen exageradas y melodramáticas... es muy notable la rigidez o torpeza de los movimientos. Tanto los lamentos como el júbilo se expresan con monotonía" (9).

Desde la perspectiva no psiquiátrica, el primero que se ocupó de la comunicación no verbal fue Darwin (1872), quien estudió la mímica humana para demostrar su origen animal. En su obra *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*, se refiere a las expresiones o movimientos que revelan emociones tales como el horror, el terror, etc. (10).

Posteriormente, Freud (1914), planteó como hipótesis: "Si a ciertas insuficiencias de nuestras operaciones psíquicas y a ciertos desempeños que parecen desprovistos de propósitos, se les aplica el procedimiento de la indagación psicoanalítica, demuestran estar bien motivados y determinados por unos motivos no consabidos de la conciencia" (17). Por lo que el genial psicoanalista vienés afirmó que toda conducta es motivada inconscientemente. En esta concepción se basa Ramírez, quien afirma: "Todo movimiento corporal a su vez tiene algún significado" (28), obviamente inconsciente. Ruesch (1956) señala la importancia de la percepción visual en las relaciones humanas de la vida cotidiana (30).

El primer estudio sistemático sobre comunicación no verbal lo debemos a Ekman (1957); él estudió la manera de evaluar los acontecimientos en una sesión de terapia de grupo, porque estaba convencido de que lo que se dice en una sesión no es lo real. Esta convicción lo llevó a estudiar la comunicación no verbal (15). Birdwhis-

tell (1959), partiendo de la convicción de que el movimiento corporal es una forma aprendida de comunicación, que está pautada dentro de cada cultura y que es susceptible de analizarse en forma de sistema ordenado de elementos diferenciables, revisó material y aportó datos fehacientes acerca de la morfología quinésica que demostraban la interdependencia del comportamiento visible y del audible en el discurrir de la conversación; estudió en los niños el aprendizaje de los sistemas quinésicos y de la comunicación dentro de la familia, así como el sistema de movimientos corporales de los norteamericanos (8). Mehrabian (1972) reportó que las expresiones emocionales son verbales sólo en el 7 por ciento, en un 38 por ciento son paralingüísticas (tono de voz, bostezos, gruñidos, etc.) y 55 por ciento visibles a la observación directa, vale decir mediante el canal visual (24). Eibl-Eibesfeldt (1979), preconiza que la elevación de las cejas (flash) es un signo universal de deseo de contacto social (14).

Recientemente ha surgido en California un audaz movimiento de Programación Neurolingüística liderado por Grinder (1983), que basado en la observación detenida del lenguaje corporal y de los patrones verbales, pretende detectar los mensajes inconscientes, diagnosticar los problemas de las personas y a partir de ello reprogramar sus conductas (19). Pitman y colaboradores (1984), en un estudio fenomenológico sistemático de la conducta facial en esquizofrénicos durante la entrevista, usando la técnica de *video-tape*, y comparando sus resultados con un grupo control de sujetos no esquizofrénicos, encontró ma-

yor expresividad verbal y no verbal en dicho grupo control y una drástica falta de movimientos faciales, especialmente de las cejas, en los paranoides, lo cual expresa el deseo social disminuído de estos enfermos (27).

En el Perú, luego de revisar la literatura correspondiente (31, 32, 33), se encontró que aún no se han realizado estudios sistemáticos al respecto. Sin embargo, fue Valdizán el primero que en "Una lección de psiquiatría", publicada póstumamente en 1930, describió la expresión no verbal de los esquizofrénicos, señalando: "la expresión hipomímica que no pocas veces es amímica, las muecas que no guardan relación con los estados de ánimo, la mimeoestereotipia, la laloestereotipia y la grafoestereotipia" (34). Según y Valdivia Ponce (1958), realizaron un estudio experimental del espacio individual como un aspecto de la psicología del yo. Ellos registraron las "variaciones fisiológicas del sistema cardiorespiratorio y las diferentes impresiones psíquicas en sujetos normales, expuestos al acercamiento progresivo y sistemático de otro individuo". Encontraron "alteraciones de la actividad fisiológica... que se mostraron proporcionales a la disminución de la distancia conseguida" (31). Según (1962), en su artículo "El espacio individual. Un aspecto de la psicología y la patología del yo en el mundo", expresa que, en relación proporcional a su intensidad, las emociones positivas reducen y las negativas aumentan el espacio individual; además: "en los paranoides, por ejemplo, el espacio individual aumenta de una manera notable, aumento com-

previsible si consideramos la problemática psicológica de su existencia. En los catatónicos disminuye hasta hacerse nulo" (32).

Pesce (1965) realizó otro estudio experimental sobre los espacios individuales, usando figuras de madera que semejaban siluetas humanas masculinas y femeninas. Hizo un experimento con estudiantes de medicina, a quienes mostró las figuras para que las colocaran espacialmente según las diferentes situaciones de relación heterosexual y emocional previstas. En este ensayo encontró que "existe un orden de proximidades en las diferentes situaciones previstas por el experimento, que coincide con el que podemos apreciar en la vida cotidiana" (25). Rotondo (1982), presentó al VII Congreso Nacional de Psiquiatría, un relato sobre sus observaciones clínicas acerca de la conducta no verbal en psicóticos maníacos, donde correlacionó la expresión corporal concomitante a la psicopatología de dichos enfermos (29).

OBJETIVOS Y JUSTIFICACION DEL PRESENTE TRABAJO

El objetivo general es contribuir al conocimiento clínico de la comunicación no verbal en pacientes psiquiátricos, y los específicos son elaborar un instrumento que posibilite el registro sistemático de la comunicación no verbal y evaluar la confiabilidad interevaluadores.

En esta primera aproximación al problema, por tratarse de una investigación de tipo descriptivo, no nos pareció necesaria la formulación de hipótesis.

MATERIAL Y METODOS

Elegimos la primera entrevista, para no interferir la observación con una relación terapéutica pre-establecida y, además porque la experiencia clínica demuestra que en la primera entrevista el sujeto entrevistado comunica particulamente, a nivel verbal y no verbal, mensajes específicos sobre la naturaleza de su dolencia y conflictos subyacentes. La praxis psicoterapéutica evidencia en el trabajo clínico, que todo paciente que acude a la primera entrevista lo hace cargado, por un lado, de angustia de comunicación de sus conflictos y síntomas, y por otro, de resistencias a dicho encuentro; en el curso de la entrevista, el balance de estas fuerzas en pro y en contra de la comunicación, juega un rol esencial en la obtención de la información (18,37), que interesa recoger con la mayor objetividad.

Muestra

Se estudiaron 10 sujetos (5 varones y 5 mujeres), 8 procedentes de la población de pacientes que acuden al INSM y 2 sujetos sanos. Para la selección se usaron los criterios de las categorías diagnósticas del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III), 1980. Como se trató de la primera entrevista, el diagnóstico fue presuntivo, pero posteriormente fue confirmado en el seguimiento. Las cinco categorías diagnósticas fueron: 295.3x : Esquizofrenia paranoide; 300.02 : Desórdenes de ansiedad generalizada; 300.40 : Desorden distímico (Neurosis depresiva); 305.6x : Dependen-

cia de cocaína (Pasta básica de coca); y, V71.09 : Sano.

Para cada categoría diagnóstica se consideró igual número de sujetos, un varón y una mujer. Los casos correspondientes a las 4 primeras categorías, procedieron del Servicio de Consulta Externa de Adultos del INSM y los sujetos sanos que sirvieron de grupo control, fueron captados, uno, de un estudio epidemiológico hecho por investigadores del INSM, en el distrito de Independencia, aplicando el Diagnostic Interview Schedule (DIS) que suministra diagnósticos standarizados, y el otro sujeto fue un trabajador del Instituto que se ofreció espontáneamente a ser entrevistado.

Con el objeto de homogenizar, en lo posible, los patrones socio-culturales de la comunicación no verbal, se consideraron los siguientes criterios de inclusión: 1) rango etario: 19-37 años; 2) procedencia: Lima Metropolitana y provincianos andinos, residentes en Lima más de 15 años; 3) nivel socio-económico: clases media y popular. Los criterios de exclusión fueron: 1) adolecer de enfermedades somáticas asociadas a las enfermedades psiquiátricas; 2) presentar tics como síntoma único; 3) procedencia extranjera; 4) proceder de la selva o de las provincias costeras; 5) haber recibido psicofármacos, tratamiento psiquiátrico o psicológico en los últimos dos meses; 6) ser quechua-hablantes.

Instrumento

Es ilustrativo mencionar los antecedentes de este intento de describir

el código de la comunicación no verbal. Originalmente nos propusimos y elaboramos un protocolo de investigación titulado "Comunicación No Verbal durante la Primera Entrevista, en pacientes de Consultorios Externos de Psiquiatría"; sin embargo, al revisar la literatura (1, 4, 6, 7, 12, 14, 36), nos encontramos con la ausencia de instrumentos apropiados para realizar dicha investigación; de modo que se cambió de objetivos y nos abocamos a la elaboración de un instrumento para registrar sistemáticamente la comunicación no verbal, empleando dos años y medio en hacerlo. Este período ha tenido tres etapas: la primera, que duró un año, dedicada a la observación de gran número de *video-tapes* de primeras entrevistas de pacientes con diversa patología psiquiátrica y de sujetos supuestamente sanos de ambos sexos, con el objeto de aprender a observar sistemáticamente la comunicación no verbal. En la segunda etapa, se hizo la selección de las unidades de conductas (indicadores) a registrar, estructurándolas sistemáticamente en base al criterio topográfico funcional; de esta manera, se elaboró una ficha de registro sistemático de conductas, previa definición operacional de cada una de ellas. A esta ficha se le denominó CONOVER (Comunicación No Verbal) y es el instrumento que se aplicó en el estudio piloto. En su elaboración se emplearon 10 meses. En la tercera etapa se hizo el estudio piloto en el lapso de 8 meses.

El CONOVER original fue diseñado como una ficha de registro de conductas no verbales. Comprende las siguientes secciones: 1) Indicadores

en el cuerpo total; 2) Indicadores en el hemicuerpo derecho; y 3) Indicadores en el hemicuerpo izquierdo.

La ficha contiene en la parte izquierda la columna I, y en la parte derecha la columna II. En la columna I, se registran los primeros diez minutos de la entrevista y en la columna II los últimos diez minutos. Cada conducta se registró numéricamente anotando su frecuencia y/o duración; la gran mayoría de aquéllas es registrada en 2 ítems, cada número anotado es un ítem (variable). Existen conductas de las cuales se anota solamente su frecuencia, tales como el levantamiento de cejas, el entrecejo fruncido, el parpadeo, etc.; conductas de las que se anotan frecuencia y duración, como el llanto, la postura corporal, la actitud corporal, etc.; y otras de las que solamente se anota la duración como el tamborileo, los movimientos automáticos o vibratorios, etc. En el CONOVER original se podían registrar 159 conductas (241 ítems), en la totalidad del cuerpo, durante los primeros diez minutos y el mismo número de conductas e ítems en los últimos diez minutos. Las conductas que se consideraron en el CONOVER original fueron las siguientes:

INDICADORES EN EL CUERPO

Cabeza: Parpadeo, entrecejo fruncido, muecas, labios apretados, levantamiento de cejas, boca abierta, risas, sonrisas, carcajadas, llanto, facies triste, facies colérica y facies de miedo. *Posición Corporal:* Abierta, cerrada, semicerrada superior y semicerrada inferior. *Actitud Corporal:* Activa y

estática. *Espacio individual:* Proximal y distal. *Movimientos del tronco:* Lateralizados, antero-posterior, y rotación. *Acomodación corporal:* Manos, antebrazos, pies, piernas, glúteos y tronco. *Paralingüísticos:* Suspiros y bostezos. *Conducta ilustrativa de la cabeza:* Afirmativos, negativos y explicativos.

HEMICUERPO DERECHO

Conducta ilustrativa: Dedo, mano, mano-antebrazo, miembro superior y miembro inferior. *Conducta automanipulatoria:* Mano-frente, mano-ojo, mano-nariz, mano-cara, mano-mentón, mano-cabello, mano-oreja, mano-tórax, mano-muslo, mano-mano, antebrazo-frente, antebrazo-ojo, antebrazo-nariz, antebrazo-cara, antebrazo-mentón, antebrazo-cabello, antebrazo-oreja, antebrazo-tórax, brazo-tórax, pie-pie, pie-pierna, pierna-pie, pierna-pierna, muslo-muslo. *Conducta automática:* dedos: tamborileo, vibración y flexión-extensión; manos: palmeteo; pie: vibratorio y flexión-extensión; miembro inferior: vibratorio. *Apoyo corporal:* Mano-mentón, espalda-silla, codo-muslo, pierna-rodilla y rodilla-muslo-codo-mano-mentón, *Tics:* Ojos, labios, cuello, hombros, miembro superior, miembros inferiores, pie, tronco. *Expresión corporal predominante:* Mirada, cara, dedos, mano, brazos. *Conducta manipulativa de objetos:* Cartera, correa, ropa, alhajas, cabello, lapicero, papeles.

HEMICUERPO IZQUIERDO

Se consideraron las mismas conductas que en el hemicuerpo derecho.

El contacto visual, de extraordinaria importancia en la expresión de emociones, afectos y sentimientos (22), no se registró por limitaciones técnicas; pues se carece de los equipos apropiados para grabar con precisión objetiva el contacto mirada a mirada, lo que se considera una limitación del estudio.

En la segunda etapa, paralelamente al proceso de selección de las conductas, se fue definiendo operacionalmente cada una de ellas, elaborando de este modo el Glosario de Definiciones Operacionales del CONOVER (ver Anexo N° 2). Con éste se quiere asegurar, en lo posible, la objetividad y la homogeneidad de la observación de los investigadores.

En la tercera etapa se realizó el estudio piloto para medir la confiabilidad del instrumento, que duró de febrero a setiembre de 1984. Se utilizó la técnica de *video-tape*, que fue validada por Barnes y Trauer (5), la que permite mayor objetividad en el registro de indicadores de comunicación no verbal y facilita la adecuada aplicación del CONOVER por los investigadores.

Procedimiento

El procedimiento consistió en captar los casos, grabar las entrevistas en *video-tape* y luego registrar cada una de las conductas en el CONOVER, caso por caso.

La captación de los casos se hizo a través del triaje a pacientes nuevos realizado por la Enfermera del Servicio de Consultorios Externos de Adultos, la misma que seleccionó los casos basándose en los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Los casos que clínicamente no habían sido adecua-

damente seleccionados, fueron descartados por el responsable de la investigación, luego de concluída la primera entrevista. Las entrevistas se realizaron en la sala de terapia del mismo Servicio, donde existen dos cámaras filmadoras giratorias empotradas y un micro discretamente dispuesto. Cada entrevista fue realizada en privado por el entrevistador principal, durando una hora y, para asegurar la mayor espontaneidad del sujeto, éste no era informado de la grabación, con el propósito de minimizar las interferencias, tales como la inhibición, la resistencia o el histrionismo. Los equipos de grabación fueron manipulados directamente por las enfermeras investigadoras, con el objeto de preservar la privacidad de la entrevista; ellas observaron la entrevista desde la cámara de grabación.

En relación a la técnica de entrevista, fue en lo posible homogénea. En todos los casos el entrevistador usó la misma vestimenta, verbalizó lo menos posible y redujo su conducta no verbal a lo estrictamente indispensable para evitar influenciar al entrevistado. Se emplearon dos sillas; entrevistador y entrevistado adoptaron la posición sentada, en relación cara a cara y a una distancia aproximada de medio metro, teniendo el entrevistado la libertad de modificar esta distancia según su deseo.

Se empleó un mismo patrón de entrevista para todos los casos, siguiendo el modelo médico de anamnesis: 1) Enfermedad actual, 2) Historia personal, 3) Historia familiar y, 4) Examen mental; en los dos sujetos sanos la sección correspondiente a la enfermedad actual, fue sustituida por la

exploración de la salud mental actual del entrevistado. El criterio técnico para que la entrevista dure una hora es que, si bien la finalidad de ésta no es fundamentalmente diagnóstica, sí tiene como objetivo el establecer una adecuada relación emocional que asegure o propicie en lo posible el inicio de una alianza terapéutica positiva que motive a la persona a seguir su tratamiento, o bien que el terapeuta pueda aprovechar al máximo la oportunidad para obtener la información que necesita, no obstante la resistencia o negativa del individuo para brindarla. Además una hora de entrevista puede considerarse un tiempo suficiente para que el entrevistado logre aflorar su espontaneidad verbal y no verbal luego de la natural inhibición inicial. Se han utilizado los primeros y los últimos diez minutos de la entrevista para facilitar el análisis de datos. Los primeros diez minutos son los más importantes para captar la expresión más genuina de las conductas y poder compararlas con las de los diez últimos minutos.

El *video-tape* se grabó con la técnica de dos tiempos, los primeros y los últimos diez minutos de cada entrevista; terminada la prueba se obtuvo el respectivo *video-tape*.

Registro

A partir del *video-tape* los cuatro investigadores registraron independientemente y en forma simultánea, conducta por conducta, observando cuántas veces era necesario la grabación de cada sujeto entrevistado. Se utilizó la técnica de registro observacional (3) de indicadores en el cuerpo. El

registro de las conductas en el CONOVER (ficha de registro), se hizo anotándolas numéricamente, utilizando 4 contómetros automáticos y 4 cronómetros manipulados individualmente por cada investigador; con los contómetros automáticos se midió la frecuencia de la mayoría de conductas y con los cronómetros se midió la duración de ciertas conductas, tales como la automanipulatoria, la manipulatoria de objetos, entre otras. Primero se registró la columna I correspondiente a los primeros diez minutos; terminada ésta, se pasó a la columna II para registrar los últimos diez minutos. No fue posible disponer de un ambiente físico individual para cada observador y así evitar una mutua interferencia con el ruido de los contómetros durante el registro de las conductas, siendo otra limitación del estudio.

Terminadas las diez entrevistas, se obtuvieron 40 instrumentos debidamente llenados, 4 por cada sujeto observado, los que pasaron a la Unidad de Cómputo para el procesamiento de datos y el análisis estadístico respectivo.

No se consideró un juez neutral, puesto que éste debe ignorar la condición experimental que está en ejecución y en este trabajo todo investigador requiere ser previamente entrenado lo cual anula la neutralidad.

Análisis

En el análisis estadístico de los resultados, para determinar la confiabilidad (relación entre el número de acuerdos y desacuerdos) del instrumento aplicado a diez casos que como sabemos, no son una muestra repre-

sentativa, se usaron las pautas de Vance Hall cuya definición operacional del porcentaje de acuerdos, es la que sigue: mientras más se aproxime un registro a un acuerdo perfecto, más cerca será la cifra del 100 por ciento; 90 por ciento será considerado deseable y 80 por ciento será considerado aceptable; menos que este porcentaje, la observación no es confiable y por lo tanto se descarta (35).

En este trabajo, se considera que si el coeficiente de variación (porcentaje de variabilidad), excede del 20 por ciento en una variable, ésta queda eliminada por el desacuerdo excluyente entre los cuatro observadores, quedando así como criterio de confiabilidad el 80 por ciento o más de acuerdos. El análisis se hace con cada una de las 174 variables (items) contenidas en los diez minutos iniciales, las mismas que se repiten en los diez minutos finales.

Para el análisis estadístico de los resultados, se hizo el análisis unidimensional con las medidas de tendencia central: media aritmética \bar{x} , desviación standard (s), varianza $S = s^2$ y coeficiente de variación (CV), cuya fórmula es: $CV = \frac{s}{\bar{x}} \cdot 100$. Este análisis cuantitativo asegura la determinación del grado de variabilidad (varianza) del dato (cada conducta registrada por los 4 observadores) con respecto a la media aritmética en la curva de Gauss y del grado de confianza de la observación anotada en la ficha de registro, la misma que podría alcanzar hasta un 100 por ciento si el acuerdo entre los observadores es óptimo. En la realización del es-

tudio se trabajó un mínimo de 12 horas semanales durante los dos años y medio que duró la investigación.

RESULTADOS

A fin de probar la confiabilidad interevaluador, se hizo un estudio piloto que permitió homogenizar a los evaluadores, asegurando de este modo un elevado grado de concordancia en la observación. Realizado el cómputo de confiabilidad para cada conducta registrada en los instrumentos, se eliminaron aquéllas que a pesar de estar consideradas en el CONOVER original, eran tan escasas o poco frecuentes que no se justificaba la inversión de análisis en ellas; así se descartaron 46, quedando el CONOVER final (ver Anexo N° 1) con 113 unidades de conducta, 37 en el cuerpo total, 38 en el hemicuerpo derecho y 38 en el hemicuerpo izquierdo, comprendidas en un total de 174 items en los primeros diez minutos y el mismo número en los últimos diez minutos, que fueron analizados en la Unidad de Cómputo.

En base al criterio de confiabilidad del 80 por ciento o más, se procedió a comparar las 40 fichas de registro obtenidas en los diez sujetos estudiados. Los resultados arrojaron que de las 174 variables (items) analizadas tanto en los diez minutos iniciales como en los finales, ninguna tiene coeficiente de variación que exceda del 20 por ciento; por lo tanto, todas ellas superan en diferentes grados, el criterio del 80 por ciento de concordancia, siendo la distribución porcentual de la siguiente forma: 153 (87.94 por ciento) items tienen un rango de confiabilidad que supera el 90 por ciento; 21

(12.06 por ciento) items un rango de confiabilidad entre el 80 y 90 por ciento. Como no es posible presentar la totalidad del análisis estadístico de los resultados, a continuación se presenta el análisis de solamente cuatro unidades de conducta observada. Son las siguientes: levantamiento de cejas, parpadeo, conducta ilustrativa y conducta automanipulatoria, que son analizadas en 12 cuadros que contienen los siguientes items: levantamiento de cejas, parpadeo, conducta ilustrativa de mano derecha, conducta automanipulatoria de mano-mano (hemicuerpo derecho), conducta ilustrativa de mano izquierda y conducta automanipulatoria de mano-mano (hemicuerpo izquierdo), en los primeros y en los últimos diez minutos de la entrevista.

En los cuadros los investigadores están enumerados del 1 al 4; el número 1 es el investigador principal, y los colaboradores figuran con los números 2, 3, y 4.

Los datos más relevantes encontrados a través de estos doce Cuadros son los siguientes: Los varones levantan las cejas con mayor frecuencia que las mujeres, en ambos tiempos; dicha frecuencia disminuye sensiblemente en la fase final; los dos casos de esquizofrenia paranoide presentan una considerable frecuencia de elevación de cejas, incluso el caso femenino tiene el más alto promedio en ambas fases, comparado con los nueve sujetos restantes; la mínima frecuencia de levantamiento de cejas se presenta en las dos fases de los casos femeninos de trastorno de ansiedad generalizada y dependencia de drogas; la frecuencia de parpadeo predomina en los varones, en ambos tiempos; en la mayoría de

sujetos esta frecuencia disminuye en la fase final; la conducta ilustrativa de la mano izquierda es predominante en ambos tiempos, en relación con la mano derecha; esta conducta es hegemónica en los varones, en las dos fases; la conducta automanipulatoria predomina en el sexo femenino, es más frecuente en los dos casos de neurosis distímica, en los dos períodos; dicha conducta casi no se presenta en el caso femenino de esquizofrenia paranoide y existe mayor automanipulación de la mano izquierda sobre la derecha. Asimismo, se encontró un alto grado de confiabilidad tanto en los casos como en los sujetos sanos.

Por considerarlo interesante, en el formato final del CONOVER se ha incluido la conducta *tic* en el cuerpo total sin numeración (ítem), quedando como una posibilidad de registro abierto, en el caso que se llegara a presentarse; se dejó asimismo cuatro posibilidades abiertas sin ítem, con la denominación *Otros* en la conducta manipulatoria de objetos y en la expresión corporal predominante de ambos hemicuerpos. En la expresión corporal predominante solamente se contabilizó una conducta, no obstante tener cinco alternativas con sus respectivos items numerados.

DISCUSION

En el presente estudio piloto, se logró más de 90 por ciento de confiabilidad en el registro de la mayoría de los 174 items contenidos en el CONOVER, tanto en los primeros como en los últimos diez minutos de la primera entrevista. De este total, 153 items (87.94 por ciento) tienen

CUADRO N° 1

FRECUENCIA DE LEVANTAMIENTO DE CEJAS EN LOS DIEZ MINUTOS INICIALES

Caso	Sexo	Diagnóstico DSM-III	Investigadores				Media	Desv. Standard	Varianza	Coef. de Variación
			1	2	3	4				
1	F	Neurosis Distímica	32	30	30	31	30.75	0.829	0.687	2.7
2	M	Neurosis Distímica	38	38	37	36	30.25	0.829	0.687	2.2
3	M	Trastorno de Ansiedad	16	16	16	14	15.5	0.866	0.75	5.6
4	F	Trastorno de Ansiedad	01	01	01	01	1	0	0	0
5	M	Dependencia de Drogas	38	39	38	38	38.25	0.433	0.187	1.1
6	F	Dependencia de Drogas	03	03	03	03	3	0	0	0
7	M	Esquizofrenia Paranoide	22	22	22	22	22	0	0	0
8	F	Esquizofrenia Paranoide	51	50	50	50	50.25	0.433	0.187	0.9
9	F	Sano	09	09	09	09	9	0	0	0
10	M	Sano	32	32	32	30	31.5	0.866	0.75	2.7

CUADRO N° 2

FRECUENCIA DE LEVANTAMIENTO DE CEJAS EN LOS DIEZ MINUTOS FINALES

Caso	Sexo	Diagnóstico DSM-III	Investigadores				Media	Desv. Standard	Varianza	Coef. de Variación
			1	2	3	4				
1	F	Neurosis Distímica	08	08	08	08	8	0	0	0
2	M	Neurosis Distímica	04	04	04	04	4	0	0	0
3	M	Trastorno de Ansiedad	07	08	08	07	7.5	0.5	0.25	6.7
4	F	Trastorno de Ansiedad	02	02	02	02	2	0	0	0
5	M	Dependencia de Drogas	09	09	09	09	9	0	0	0
6	F	Dependencia de Drogas	00	00	00	00	0	0	0	0
7	M	Esquizofrenia Paranoide	02	02	02	02	2	0	0	0
8	F	Esquizofrenia Paranoide	29	27	29	26	27.75	1.299	1.687	4.7
9	F	Sano	07	07	07	06	6.75	0.433	0.187	6.4
10	M	Sano	11	10	11	11	10.75	0.433	0.187	4.0

CUADRO N° 3

FRECUENCIA DE PARPADEO EN LOS DIEZ MINUTOS INICIALES

Caso	Sexo	Diagnóstico DSM-III	Investigadores				Media	Desv. Standard	Varianza	Coef. de Variación
			1	2	3	4				
1	F	Neurosis Distímica	53	51	53	52	52.25	0.829	0.75	1.6
2	M	Neurosis Distímica	259	260	258	262	259.75	1.479	2.25	0.6
3	M	Trastorno de Ansiedad	195	197	197	190	194.75	2.861	8.25	1.5
4	F	Trastorno de Ansiedad	173	171	170	170	171.0	1.224	1.5	0.7
5	M	Generalizada	238	235	237	237	236.75	1.089	1.25	0.5
6	F	Dependencia de Drogas	335	332	331	331	332.25	1.639	2.75	0.5
7	M	Dependencia de Drogas	260	258	260	259	259.25	0.829	0.75	0.3
8	F	Esquizofrenia Paranoide	220	219	217	218	218.5	1.118	1.5	0.5
9	F	Esquizofrenia Paranoide	228	226	220	228	225.5	3.278	11	1.5
10	M	Sano	429	430	430	433	430.5	1.5	2.5	0.3

CUADRO N° 4

FRECUENCIA DE PARPADEO EN LOS DIEZ MINUTOS FINALES

Caso	Sexo	Diagnóstico DSM-III	Investigadores				Media	Desv. Standard	Varianza	Coef. de Variación
			1	2	3	4				
1	F	Neurosis Distímica	93	90	93	83	89.75	4.085	16.75	4.6
2	M	Neurosis Distímica	210	211	210	209	210	0.707	0.5	0.3
3	M	Trastorno de Ansiedad	197	190	192	192	192.75	2.586	6.75	1.3
4	F	Generalizada	155	154	156	156	155.25	0.829	0.75	0.5
5	M	Trastorno de Ansiedad	220	217	215	220	218	2.121	4.5	1.0
6	F	Dependencia de Drogas	276	274	275	275	275	0.707	0.5	0.3
7	M	Dependencia de Drogas	180	178	178	175	177.75	1.785	3.25	1.0
8	F	Esquizofrenia Paranoide	257	256	255	255	255.75	0.829	0.75	0.3
9	F	Esquizofrenia Paranoide	166	167	171	170	168.5	2.062	4.5	1.2
10	M	Sano	485	486	484	482	484.25	1.479	2.25	0.3

FRECUENCIA DE LA CONDUCTA ILUSTRATIVA DE LA MANO DERECHA EN LOS DIEZ MINUTOS INICIALES

Caso	Sexo	Diagnóstico DSM-III	Investigadores				Media	Desv. Standard	Varianza	Coef. de Variación
			1	2	3	4				
1	F	Neurosis Distímica	46	40	50	45	45.3	3.562	12.687	7.9
2	M	Neurosis Distímica	80	80	80	80	80	0	0	0
3	M	Trastorno de Ansiedad Generalizada	33	32	33	34	33	0.707	0.5	2.1
4	F	Trastorno de Ansiedad Generalizada	02	02	02	02	2	0	0	0
5	M	Dependencia de Drogas	07	06	07	07	6.8	0.433	0.187	6.4
6	F	Dependencia de Drogas	13	13	13	13	13	0	0	0
7	M	Esquizofrenia Paranoide	16	16	16	16	16	0	0	0
8	F	Esquizofrenia Paranoide	12	12	12	13	12.3	0.433	0.187	6.4
9	F	Sano	13	13	13	13	13	0	0	0
10	M	Sano	03	03	03	03	3	0	0	0

FRECUENCIA DE LA CONDUCTA ILUSTRATIVA DE LA MANO DERECHA EN LOS DIEZ MINUTOS FINALES

Caso	Sexo	Diagnóstico DSM-III	Investigadores				Media	Desv. Standard	Varianza	Coef. de Variación
			1	2	3	4				
1	F	Neurosis Distímica	30	29	28	30	29.25	0.829	0.687	2.8
2	M	Neurosis Distímica	01	01	01	01	1	0	0	0
3	M	Trastorno de Ansiedad Generalizada	05	06	07	06	6	0.707	0.5	11.8
4	F	Trastorno de Ansiedad Generalizada	00	00	00	00	0	0	0	0
5	M	Dependencia de Drogas	02	02	02	02	2	0	0	0
6	F	Dependencia de Drogas	00	00	00	00	0	0	0	0
7	M	Esquizofrenia Paranoide	06	06	05	06	5.75	0.433	0.187	7.5
8	F	Esquizofrenia Paranoide	01	01	01	01	1	0	0	0
9	F	Sano	00	00	00	00	0	0	0	0
10	M	Sano	00	00	00	00	0	0	0	0

CUADRO N° 7

FRECUENCIA DE LA CONDUCTA ILUSTRATIVA DE LA MANO IZQUIERDA EN LOS DIEZ MINUTOS INICIALES

Caso	Sexo	Diagnóstico DSM-III	Investigadores				Media	Desv. Standard	Varianza	Coef. de Variación
			1	2	3	4				
1	F	Neurosis Distímica	00	00	00	00	0	0	0	0
2	M	Neurosis Distímica	70	70	70	70	70	0	0	0
3	M	Trastorno de Ansiedad Generalizada	39	41	42	40	40.5	1.118	1.25	2.8
4	F	Trastorno de Ansiedad Generalizada	05	05	05	05	5	0	0	0
5	M	Dependencia de Drogas	08	08	08	07	7.75	0.433	0.187	5.6
6	F	Dependencia de Drogas	08	08	08	08	8	0	0	0
7	M	Esquizofrenia Paranoide	41	41	41	41	41	0	0	0
8	F	Esquizofrenia Paranoide	11	11	11	11	11	0	0	0
9	F	Sano	26	26	27	26	26.25	0.433	0.187	1.6
10	M	Sano	25	25	25	25	25	0	0	0

CUADRO N° 8

FRECUENCIA DE LA CONDUCTA ILUSTRATIVA DE LA MANO IZQUIERDA EN LOS DIEZ MINUTOS FINALES

Caso	Sexo	Diagnóstico DSM-III	Investigadores				Media	Desv. Standard	Varianza	Coef. de Variación
			1	2	3	4				
1	F	Neurosis Distímica	03	04	03	03	3.25	0.433	0.187	13.3
2	M	Neurosis Distímica	03	03	03	03	3	0	0	0
3	M	Trastorno de Ansiedad Generalizada	06	06	06	06	6	0	0	0
4	F	Trastorno de Ansiedad Generalizada	00	00	00	00	0	0	0	0
5	M	Dependencia de Drogas	14	13	13	13	13.25	0.433	0.187	3.3
6	F	Dependencia de Drogas	00	00	00	00	0	0	0	0
7	M	Esquizofrenia Paranoide	11	11	10	10	10.5	0.5	0.25	4.8
8	F	Esquizofrenia Paranoide	01	01	01	01	1	0	0	0
9	F	Sano	02	02	02	02	2	0	0	0
10	M	Sano	01	01	01	01	1	0	0	0

CUADRO N° 9

FRECUENCIA Y DURACION DE LA CONDUCTA AUTOMANIPULATORIA DE LA MANO DERECHA EN LOS DIEZ MINUTOS INICIALES

Caso	Sexo	Diagnóstico DSM-III	Investigadores												Media		Desv. Standard		Varianza		Coef. de Variación	
			1			2			3			4			F	D	F	D	F	D	F	D
			F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D
1	F	Neurosis Distimica	36	236"	36	236"	36	236"	37	236"	36.25	236	0.433	0	0.187	0	1.194	0				
2	M	Neurosis Distimica	40	45"	40	45"	40	45"	40	45"	40	45"	0	0	0	0	0	0				
3	M	Trastorno de Ansiedad Generalizada	04	05"	04	05"	04	05"	04	05"	4	5	0	0	0	0	0	0				
4	F	Trastorno de Ansiedad Generalizada	03	27"	03	26"	03	27"	03	28"	3	27	0	0.707	0	0.500	0	2.6				
5	M	Dependencia de Dro- gas	02	09"	02	09"	02	09"	02	09"	2	9	0	0	0	0	0	0				
6	F	Dependencia de Dro- gas	07	54"	06	55"	06	54"	06	55"	6.25	54.5	0.433	0.5	0.187	0.25	6.9	0.9				
7	M	Esquizofrenia Para- noide	04	08"	04	08"	04	08"	04	08"	4	8	0	0	0	0	0	0				
8	F	Esquizofrenia Para- noide	00	00	00	00	00	00	00	00	0	0	0	0	0	0	0	0				
9	F	Sano	03	42"	03	43"	03	42"	03	42"	3	42.25	0	0.433	0	0.187	0	1.0				
10	M	Sano	05	24"	05	26"	05	26"	05	26"	5	25.5	0	0.866	0	0.750	0	3.4				

un rango de confiabilidad que supera el 90 por ciento y 21 items. (12.6 por ciento) tienen un rango de confiabilidad, que varía entre el 80 y el 90 por ciento, lo que indica claramente un elevado grado de acuerdo entre los cuatro evaluadores, debido probablemente a una óptima calibración alcanzada tras 22 meses de entrenamiento; a una adecuada selección de las unidades de conducta hecha con criterio objetivo, a la existencia de una definición operacional de cada conducta observada; a la facilidad que ofrece el *video-tape* para visualizar las conductas cuantas veces sea necesario y a la ventaja de marcar el evento conductual con aparatos mecánicos manipulados individualmente, lo que asegura precisión en el registro de los datos. Al haberse demostrado la confiabilidad del instrumento en los primeros y en los últimos diez minutos de la primera entrevista, queda abierta la posibilidad de utilizar el CONOVER electivamente en cualquier de las dos fases, sin necesidad de hacerlo en ambas.

En relación a los resultados, al analizar el levantamiento de cejas se encuentran hallazgos importantes. Los varones levantan las cejas con mayor frecuencia que las mujeres en ambos tiempos, lo que nos indicaría un mayor deseo de contacto social de los varones debido probablemente a nuestro condicionamiento socio-cultural, que desde la más temprana edad expone al varón a una mayor interacción social extrafamiliar. La disminución de la frecuencia del levantamiento de cejas en el período final sugiere una mengua del deseo de contacto social, tal vez porque el entrevistado ha co-

menzado a establecer una relación de confianza con el entrevistador y por la natural fatiga al final de una hora de entrevista. Se encontró que los dos casos de esquizofrenia paranoide presentan una considerable frecuencia de levantamiento de cejas; incluso el caso femenino tiene el más elevado promedio en ambos tiempos, comparado con los nueve sujetos restantes, lo cual contrasta con el hallazgo de Pitman y colaboradores (27) quienes sugieren que el deseo de contacto social está disminuído en los esquizofrénicos. Esto podría deberse a que los dos casos en estudio son de inicio reciente y es posible que su área pática aún esté preservada.

La frecuencia mínima de levantamiento de cejas se presenta en los casos femeninos de trastornos de ansiedad generalizada y dependencia de drogas, tanto en la primera cuanto en la segunda fase. Es difícil explicar este hallazgo en el primer caso; en el segundo, la casi nula presencia del levantamiento de cejas, indicaría la pobre motivación de la enferma para el contacto social, puesto que se trata de una polidependiente crónica que presenta un grave síndrome de psicopatización.

La frecuencia de parpadeo es predominante en el sexo masculino, tanto en el primero como en el segundo tiempo; sin embargo, en este segundo período el predominio es discreto. Este hallazgo sugiere la siguiente interrogante: ¿los varones tienden a angustiarse más que las mujeres al afrontar este tipo de entrevistas? Esta pregunta se justifica, además, ante el notable predominio de esta variable en el sujeto sano masculino respecto a

los nueve restantes en ambos tiempos. La disminución de la frecuencia del parpadeo, en la mayoría de sujetos, durante el período final, sugiere una baja de la tensión psicomotriz a esta altura de la entrevista, puesto que ésta de por sí condiciona un *stress* situacional. No es posible explicar fehacientemente la elevación de la frecuencia del parpadeo al final de la entrevista, en los individuos con neurosis distímica (F) y esquizofrenia paranoide (F) y en el sujeto sano (M). El predominio de la conducta ilustrativa de la mano izquierda sobre la derecha en ambos tiempos, puede deberse a la hegemonía del hemisferio derecho en la función pática, lo que sugiere que esta conducta no verbal, concomitante al discurso verbal, tiene alta carga emocional. El predominio bilateral de la conducta ilustrativa de los varones sobre las mujeres, en los dos tiempos nos conduce a pensar que podría deberse a una mayor desinhibición de los hombres con relación a las mujeres, las que están socialmente condicionadas para reprimir más sus emociones, lo que determinaría una expresión más restringida de la conducta ilustrativa en ellas.

El predominio de la automanipulación en los dos hemisferos y en ambos períodos, en la neurosis distímica, comparada con los otros cuatro diagnósticos, indicaría tal vez, que estos dos sujetos emplean la automanipulación para canalizar su ansiedad. La escasa o nula presencia de la

automanipulación en el caso femenino de la esquizofrenia paranoide, en las dos fases y en ambos hemisferos, sugiere un marcado empobrecimiento de la ansiedad en este caso.

El predominio de la automanipulación en el sexo femenino, con excepción de la mano izquierda, durante los diez minutos iniciales, en que existe una mayor automanipulación en los varones, indicaría en los casos estudiados, que las mujeres recurren más a la automanipulación para expresar su ansiedad con respecto a los varones, lo cual podría deberse también al condicionamiento social. El importante hallazgo del predominio de la conducta automanipulatoria de la mano izquierda sobre la mano derecha en los dos tiempos, sería un indicador de la dominancia cerebral del hemisferio derecho en la función pática.

Al no haberse encontrado diferencias significativas, entre el grado de confiabilidad alcanzado entre los casos psiquiátricos y los sujetos sanos, podemos concluir que el instrumento es altamente objetivo en el registro de datos de observación de indicadores en el cuerpo, independiente de la presencia o ausencia de patología psiquiátrica en el individuo observado.

En un segundo reporte de este trabajo se presentará el análisis completo de los resultados de las 109 unidades de conducta que aún no han sido analizadas en esta primera presentación.

REFERENCIAS

1. AISEN SON KOGAN, A. (1981): *Cuerpo y persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido*, Fondo de Cultura Económica, México.
2. ALONSO-FERNANDEZ, F. (1982): *Cuerpo y comunicación*, Pirámide, Madrid.
3. ARNAU, J. (1978): *Métodos de investigación de las ciencias humanas*, Omega, Barcelona.
4. ARONSOHN, S., AGUILERA, N., CORTEZ, P., DE LA PARRA, G. y LOLAS, F. (1981): "Análisis de conducta no verbal y variables de personalidad de pacientes bruxistas", *Revista Chilena de Psicología*, 4: 125-131.
5. BARNES, T. and TRAVER, T. (1982): "Rehability and Validity of a Tardive Dyskinesia Videotape Rating Technique", *Brit. Jour. of Psychiat.*, 140: 508-515.
6. BERLO, D.K. (1960): *El proceso de la comunicación. Introducción a la teoría y a la práctica*, El Ateneo, Buenos Aires.
7. BERNARD, M. (1980): *El cuerpo*, Paidós, Buenos Aires.
8. BIRDWHISTELL, R. (1979): *Lenguaje de la expresión corporal*, Gustavo Gili, Barcelona.
9. BLEULER, E. (1960): *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, Horme, Buenos Aires.
10. DARWIN, CH. (1984): *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*, Alianza Editorial, Madrid.
11. DAVIS, F. (1982): *La comunicación no verbal*, Alianza Editorial, Madrid.
12. DROPSY, J. (1982): *Vivir en su cuerpo. Expresión corporal y relaciones humanas*, Paidós, Buenos Aires.
13. EDINGER, J. and PATTERSON, M. (1983): "Nonverbal Involvement and Social Control", *Psychological Bulletin*, 93: 30-53.
14. EIBL-EIBESFELDT, E. (1979): "Human etology: Concepts and Implications for the Sciences of Man", *Behavioral and Brain Sciences*, 2: 1-58.
15. EKMAN, P. (1983): "A Methodological Discussion of Nonverbal Behavior". En *Introducción a la Psicosemiótica*, Hugo Ramírez O., Medellín, Colombia.
16. ESQUIROL, E. (1838): *Des Maladies Mentales*, Tome second, Libraire de l'Academie Royale de Medicine, Bruxelles.
17. FREUD, A. (1980): "Determinismo. Creencias en el azar y superstición". En *Obras Completas*, Vol. VI, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
18. GREENSON, R.R. (1967): *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, Vol. I, International University Press, New York.
19. GRINDER, J.: Citado en "Reprogramming the Patient. A. California Therapy tries to read thoughts and body talk", *Time*, N° 51, December 19, 1983, California.
20. KAHLBAUM, K.L. (1973): *Catatonia*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, Maryland.
21. LOPEZ-IBOR, J.J. y LOPEZ-IBOR ALIÑO, J.J. (1974): *El cuerpo y la corporalidad*, Gredos, Madrid.
22. LOWEN, A. (1981): *Bioenergética*, Diana, México.
23. LURIA, A.R. (1977): *Las funciones corticales superiores del Hombre*, Orbe, La Habana.
24. MEHRABIAN, A. (1981): *Nonverbal Communication*. Citado por S. Aronsohn et al. en "Análisis de conducta no verbal y variables de personalidad en pacientes bruxistas", *Revista Chilena de Psicología*, 4: 125-131.
25. PESCE SCHREIER, L. (1965): "El espacio individual. Intento preliminar de análisis cuantitativo", *Anales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero*, Vol. VII, N° 6, Lima.
26. PIAGET, J. (1983): *Seis Estudios de Psicología*, Ariel, Barcelona.
27. PITMAN, R. et al. (1984): "Facial

- Behavior of Schizophrenics During Interview", *137th Annual Meeting American Psychiatric Association*, May 10, Los Angeles.
28. RAMIREZ OSPINA, H. (1983): *Introducción a la psicosemiótica quino-lingüística*. Texto mimeografiado, Talleres de Impresos Urgentes, Medellín, Colombia.
 29. ROTONDO, H. (1982): "Psicopatología y comportamiento no verbal", *VII Congreso Nacional de Psiquiatría*, Lima, 26-30 de agosto.
 30. RUESH, J. and KEES, W. (1956): *Nonverbal Communication. Notes in the visual Perception of Human Relations*, University of California Press, Berkeley & Los Angeles.
 31. SEGUIN, A. y VALDIVIA P., O. (1958): "Estudio experimental preliminar de un aspecto de la Psicología del yo", *Revista Psiquiátrica Peruana*, 1: 281-290.
 32. SEGUIN, A. (1962): "El espacio individual. Un aspecto de la psicología y la patología del yo en el mundo", *Anales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima*, Vol. IV, N° 6, Lima.
 33. VALDIVIA P., O. (1982): *Bibliografía Psiquiátrica Peruana*, Talleres de Litográfica del Perú, Lima.
 34. VALDIZAN, H. (1930): "Una lección de Psiquiatría. Los Esquizofrénicos", *Revista Médica Peruana*, 2: 35-45.
 35. VANCE HALL, R. (1973): *El manejo de la conducta. El modelo de la enseñanza responsiva* (separata), Han-ny H. Enterprises, Inc. Traducido al español por F. Montes y Ana María Frueste de Montes.
 36. WEICK, K. (1968): "Systematic Observational Methods". In *The Handbook of Social Psychology*, Vol. 2, G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), Addison-Wesley, Mass.
 37. WOLBERG, L. R. (1967): *The Technique of Psychotherapy*, Grune & Stratton, New York'

*Dirección Postal**Clinica Anglo-Americana**Consultorio 303**Alfredo Salazar, Cuadra 3 s/n.**San Isidro**Lima.*

ANEXO N° 1

**INSTRUMENTO PARA EL ESTUDIO SISTEMATICO DE LA COMUNICACION
NO VERBAL (CONOVER)**

Use lápiz, no use lapicero.

1° CASO N° _____ 2° EDAD: _____ 3° SEXO: 1 M 1° _____
2 F 2° _____
4° DIAGNOSTICO PRESUNTIVO _____ DSM III _____ 3° _____
4° _____

Indicadores de comunicación no verbal.

Instrucciones: Use la primera columna al inicio de la entrevista (en los 10 minutos iniciales).

Indicadores en el cuerpo.

<i>Cabeza.</i>	I		II	
	<i>Frecuencia</i>		<i>Frecuencia</i>	
Levantamiento de cejas:	5° _____		179° _____	
Entrecejo fruncido:	6° _____		180° _____	
Parpadeo:	7° _____		181° _____	
Muecas:	8° _____		182° _____	
Labios apretados:	9° _____		183° _____	
Boca abierta:	10° _____		184° _____	
		<i>Duración</i>		<i>Duración</i>
Risas:	11° _____		185° _____	
Sonrisas:	12° _____		186° _____	
Carcajadas:	13° _____		187° _____	
Llanto:	14° _____	15° _____	188° _____	189° _____
Facies triste:	16° _____	17° _____	190° _____	191° _____
Facies colérica:	18° _____	19° _____	192° _____	193° _____
Facies de miedo:	20° _____	21° _____	194° _____	195° _____
 <i>Conducta ilustrativa.</i>				
Afirmativos:	22° _____		196° _____	
Negativos:	23° _____		197° _____	
Explicativos:	24° _____		198° _____	
Tic: (Especifique..)	_____		_____	

	I		II	
	Frecuencia	Duración	Frecuencia	Duración
<i>Postura corporal.</i>				
Abierta:	25°——	26°——	199°——	200°——
Cerrada:	27°——	28°——	201°——	202°——
Semicerrada superior:	29°——	30°——	203°——	204°——
Semicerrada inferior:	31°——	32°——	205°——	206°——
<i>Actitud corporal.</i>				
Activa:	33°——	34°——	207°——	208°——
Estática:	35°——	36°——	209°——	210°——
<i>Espacio individual.</i>				
Proximal:	37°——		211°——	
Distal:	38°——		212°——	
<i>Movimientos del tronco.</i>				
Lateralizado:	39°——		213°——	
Antero-Posterior:	40°——		214°——	
Rotación:	41°——		215°——	
<i>Acomodación corporal.</i>				
Manos:	42°——		216°——	
Antebrazos:	43°——		217°——	
Pies:	44°——		218°——	
Piernas:	45°——		219°——	
Miembro inferior:	46°——		220°——	
Glúteos:	47°——		221°——	
Tronco:	48°——		222°——	
<i>Apoyo corporal.</i>				
Espalda - silla:	49°——	50°——	223°——	224°——
<i>Paralingüísticos.</i>				
Suspiros:	51°——		225°——	
Bostezos:	52°——		226°——	
<i>Hemicuerpo derecho</i>				
<i>Conducta ilustrativa</i>				
Dedo:	53°——		227°——	
Mano:	54°——		228°——	
Mano - Antebrazo:	55°——		229°——	
Hombro:	56°——		230°——	
Miembro superior:	57°——		231°——	

		I		II	
		Frecuencia	Duración	Frecuencia	Duración
<i>Conducta automanipulatoria.</i>					
Manipulante	Manipulado				
Mano	Cabello	58°	59°	232°	233°
Mano	Frente	60°	61°	234°	235°
Mano	Ojos	62°	63°	236°	237°
Mano	Nariz	64°	65°	238°	239°
Mano	Oreja	66°	67°	240°	241°
Mano	Boca	68°	69°	242°	243°
Mano	Cara	70°	71°	244°	245°
Mano	Mentón	72°	73°	246°	247°
Mano	Cuello	74°	75°	248°	249°
Mano	Brazo	76°	77°	250°	251°
Mano	Antebrazo	78°	79°	252°	253°
Mano	Mano	80°	81°	254°	255°
Mano	Muslo	82°	83°	256°	257°
<i>Conducta automática.</i>					
Dedos:	Flexión-exten- sión:	84°		258°	
	Tamborileo:		85°		259°
Manos:	Palmoreo:	86°		260°	
Miembro inferior:	Flexión-exten- sión	87°		261°	
	Vibratorio:		88°		262°
Pie:	Flexión-exten- sión	89°		263°	
	Lateralización:	90°		264°	
	Vibratorio:		91°		265°
<i>Apoyo corporal</i>					
Mano-Mentón:		92°	93°	266°	267°
Antebrazo-muslo:		94°	95°	268°	269°
Codo-Muslo:		96°	97°	270°	271°
Pierna-rodilla:		98°	99°	272°	273°
Pierna-rodilla-codo mano-mentón:		100°	101°	274°	275°

Tics.	I		II	
	Frecuencia	Duración	Frecuencia	Duración
Ojo:	102°——		276°——	
Boca:	103°——		277°——	
Cuello:	104°——		278°——	

Expresión corporal predominante.

Marque 1 si hay presencia de la expresión, marque 2 si no la hay.

Cabeza:	105°——		279°——	
Mirada:	106°——		280°——	
Cara:	107°——		281°——	
Antebrazo-mano:	108°——		282°——	
Mano:	109°——		283°——	
Otros: (Especifique..)	——		——	

Conducta manipuladora de objetos.

Marque frecuencia y duración del objeto que manipula en sus manos.

Cartera:	110°——	111°——	284°——	285°——
Ropa:	112°——	113°——	286°——	287°——
Alhajas:	114°——	115°——	288°——	289°——
Otros (Especifique..)	——	——	——	——

*Hemicuerpo izquierdo.**Conducta ilustrativa.*

Dedo:	116°——		290°——	
Mano:	117°——		291°——	
Mano-antebrazo:	118°——		292°——	
Hombro:	119°——		293°——	
Miembro superior:	120°——		294°——	

Conducta automanipulatoria

Manipulante	Manipulado				
Mano	Cabello	121°——	122°——	295°——	296°——
Mano	Frente	123°——	124°——	297°——	298°——
Mano	Ojos	125°——	126°——	299°——	300°——
Mano	Nariz	127°——	128°——	301°——	302°——
Mano	Oreja	129°——	130°——	303°——	304°——
Mano	Boca	131°——	132°——	305°——	306°——
Mano	Cara	133°——	134°——	307°——	308°——
Mano	Mentón	135°——	136°——	309°——	310°——
Mano	Cuello	137°——	138°——	311°——	312°——

		I		II	
		Frecuencia	Duración	Frecuencia	Duración
Mano	Brazo	139°——	140°——	313°——	314°——
Mano	Antebrazo	141°——	142°——	315°——	316°——
Mano	Mano	143°——	144°——	317°——	318°——
Mano	Muslo	145°——	146°——	319°——	320°——

Conducta automática.

Dedos:	Flexión-extensión	147°——		321°——	
	Tamborileo:		151°——		325°——
Manos:	Palmeteo:	149°——		323°——	

Miembro inferior:

	Flexión-extensión:	150°——		324°——	
	Vibratorio:		151°——		325°——
Pie:	Flexión-extensión	152°——		326°——	
	Lateralización:	153°——		327°——	
	Vibratorio:		154°——		328°——

Apoyo corporal.

Mano-mentón:	155°——	156°——	329°——	330°——
Antebrazo-muslo:	157°——	158°——	331°——	332°——
Codo-muslo:	159°——	160°——	333°——	334°——
Pierna-rodilla:	161°——	162°——	335°——	336°——
Pierna-rodilla-codo mano-mentón:	163°——	164°——	337°——	338°——

Tics.

Ojo:	165°——	339°——
Boca:	166°——	340°——
Cuello:	167°——	341°——

Expresión corporal predominante.

Marque 1 si hay presencia de la expresión, marque 2 si no la hay.

	I		II	
	Frecuencia	Duración	Frecuencia	Duración
Cabeza:	168°——		342°——	
Mirada:	169°——		343°——	
Cara:	170°——		344°——	
Antebrazo-mano:	171°——		345°——	
Mano:	172°——		346°——	
Otros: (Especifique..)	——		——	

Conducta manipulatoria de objetos.

Marque frecuencia y duración del objeto que manipula en su manos.

Cartera:	173°——	174°——	347°——	348°——
Ropa:	175°——	176°——	349°——	350°——
Alhajas:	177°——	178°——	351°——	352°——
Otros: (Especifique..)	——	——	——	——

Faltando 10 minutos para que termine esta evaluación, repita este cuestionario colocando sus respuestas en la segunda columna. (II).

ANEXO Nº 2

GLOSARIO DE DEFINICIONES OPERACIONALES DEL INSTRUMENTO DE COMUNICACION NO VERBAL (CONOVER)

1. *Levantamiento de cejas.* Elevación de una o ambas cejas por encima del arco superciliar, produciendo acortamiento de la frente debido a la formación de pliegues cutáneos horizontales.

2. *Entrecejo fruncido.* Acercamiento de ambas cejas entre sí, produciendo acortamiento del espacio que las separa por formación de pliegues cutáneos.

3. *Parpadeo.* Movimiento vibratorio de los párpados, cerrando y abriendo los ojos automáticamente.

4. *Muecas.* Contorsiones de segmentos bucales y parabucles por contracción muscular voluntaria y/o involuntaria.

5. *Labios apretados.* Compresión de labios cerrando herméticamente la cavidad oral.

6. *Boca abierta.* Apertura sostenida de la cavidad oral con separación de los labios y sin emisión de lenguaje verbal ni objetivo aparente.

7. *Risa.* Apertura y movimiento de la boca y de otras partes del rostro,

manteniendo la comisura labial retraída hacia atrás y arriba y con emisión de ruido, denotando alegría.

8. *Sonrisa*. Esbozo de risa sin ruido con o sin separación leve de los labios.

9. *Carcajada*. Risa impetuosa y estridente, manteniendo la boca ampliamente abierta.

10. *Llanto*. Efusión de lágrimas, con facies triste, a veces acompañada de gemidos, lamentos y sollozos.

11. *Facies triste*. Rostro suelto, párpados y mandíbula caídos, mirada hacia abajo e imprecisa, surcos nasogenianos pronunciados, comisura labial retraída hacia abajo y mentón relajado, ante una experiencia emocional aflictiva.

12. *Facies colérica*. Facies contraída, entrecejo fruncido, mirada directa intensa, amenazante o evasiva, con o sin inclinación rápida de los globos oculares, dientes apretados, comisura labial retraída hacia atrás, por reacción emocional ante una situación de amenaza, agresión o frustración.

13. *Facies de miedo*. Ojos ampliamente abiertos, acompañados de frente contraída y cejas levantadas, boca abierta, retirando la cara y/o el cuerpo hacia atrás, evitando ver el estímulo amenazante, por reacción emocional intensa ante un peligro inminente.

14. *Conducta ilustrativa de la cabeza*. Movimientos de la cabeza ligados al discurso verbal del sujeto.

14.1. *Afirmativos*. Movimientos ascendentes y descendentes de la cabeza en relación al discurso verbal del sujeto, indicando aceptación.

14.2. *Negativos*. Movimientos lateralizados de la cabeza relacionados al discurso verbal del sujeto indicando desaprobación.

14.3. *Explicativos*. Movimientos de la cabeza que ayudan a explicar el discurso verbal, excluyendo los movimientos de afirmación y negación.

15. *Tics*. Movimientos espasmódicos, automáticos, rápidos e iterativos por acción de uno o un grupo de músculos voluntarios que funcionan sinérgicamente en cualquier segmento corporal.

16. *Postura corporal*. Posición que adopta el cuerpo de acuerdo al estado emocional de la persona y de las circunstancias en que se encuentra.

16.1. *Abierta*. Es la posición que adopta el cuerpo con los miembros superiores e inferiores separados.

16.2. *Cerrada*. Posición que adopta el cuerpo con los miembros superiores e inferiores entrelazados, cruzados o juntos. También se considera posición cerrada cuando la persona mantiene cogido un objeto con ambas manos.

16.3. *Semicerrada inferior*. Posición que adopta el cuerpo con los miembros inferiores entrelazados, cruzados o juntos.

16.4. *Semicerrada superior*. Posición que adopta el cuerpo con los miembros superiores entrelazados, cruzados o juntos, con o sin interposición de un objeto.

17. *Actitud corporal*. Expresión corporal del estado emocional actual de la persona ante una situación dada.

17.1. *Activa*. Expresión corporal caracterizada por movimientos voluntarios e involuntarios generales o regionales, con o sin acompañamiento de gestos, muecas y movimientos de la boca al hablar.

17.2. *Estática*. Expresión corporal caracterizada por ausencia de movimientos generales o regionales, excepto los gestos, muecas, movi-

mientos de la boca al hablar, movimientos de los pies y de los dedos de las manos.

18. *Espacio individual*. Relación espacial que adopta una persona con respecto a otra, mediante los movimientos, actitudes y postura corporal.

18.1. *Proximal*. Acortamiento de la relación espacial mediante los movimientos, actitudes y postura corporal.

18.2. *Distal*. Ampliación de la relación espacial mediante los movimientos, actitudes y postura corporal.

19. *Movimientos del tronco*. Cambio de posición del tronco durante la entrevista.

19.1. *Lateralizado*. Cambio de posición del tronco hacia el lado derecho o izquierdo del eje corporal.

19.2. *Antero-posterior*. Cambio de posición del tronco de adelante hacia atrás y viceversa con relación al eje corporal.

19.3. *Rotación*. Cambio de posición del tronco alrededor del eje corporal.

20. *Acomodación corporal*. Cambio de uno o más segmentos corporales para adoptar una postura cómoda descansando de la anterior; entre los principales tenemos: movimientos de acomodación de mano, antebrazo, pie, piernas, miembro inferior, glúteos y tronco.

21. *Apoyo corporal*. Punto de apoyo de una parte del cuerpo, en un objeto o segmento corporal, para adoptar una postura más cómoda.

21.1. *Espalda-silla*. Punto de apoyo de la región posterior del tronco con el espaldar de la silla, adoptando una postura más cómoda.

22. *Paralingüística*. Comunicación a través de actos corporales relacionados con la respiración y la voz sin considerar el lenguaje verbal.

22.1. *Suspiros*. Inspiración lenta sonora y prolongada seguida de una espiración breve en la que se observa movimientos ascendentes y descendentes del tórax.

22.2. *Bostezos*. Inspiración profunda e involuntaria con apertura de la boca, a veces prolongada y acompañada de movimientos ascendentes y descendentes del tórax.

23. *Conducta ilustrativa del cuerpo*. Movimientos de uno o varios segmentos corporales correlacionados con el discurso verbal; entre los principales tenemos: movimientos ilustrativos de dedos, manos, mano-antebrazos, hombros y miembros superiores.

24. *Conducta automanipulatoria*. Movimientos manuales, persistentes de frotación piel a piel con alguna otra parte del cuerpo o a través de la ropa. Por su mayor frecuencia se ha considerado las siguientes conductas automanipulatorias: mano-cabello, mano-frente, mano-ojo, mano-nariz, mano-oreja, mano-boca, mano-cara, mano-mentón, mano-cuello, mano-brazo, mano-antebrazo, mano-mano, mano-muslo.

25. *Conducta automática*. Movimientos persistentes e involuntarios de uno o más segmentos corporales, aparentemente sin objetivo alguno.

25.1. *Flexión-extensión*. Movimientos automáticos alternados de doblar y enderezar un segmento corporal, acortando y alargando su longitud.

25.2. *Tamborileo*. Movimientos automáticos vibratorios de los dedos de la mano imitando tocar el tambor.

25.3. *Palmoteo*. Dar golpes suaves y repetidos con las palmas de las manos entre sí o sobre una superficie corporal.

25.4. *Vibratorio*. Movimientos oscilatorios y rápidos de un segmento corporal imitando temblor.

- 25.5. *Lateralización*. Movimientos automáticos de un segmento corporal girando alternativamente a ambos costados de su eje.
26. *Apoyo corporal en hemicuerpos*. Hemos considerado los siguientes:
- 26.1. *Mano-mentón*. Apoyo del mentón descansando directamente sobre la mano.
- 26.2. *Antebrazo-muslo*. Apoyo del antebrazo descansando total o parcialmente sobre el muslo.
- 26.3. *Codo-muslo*. Apoyo del codo descansando directamente en el muslo.
- 26.4. *Pierna-rodilla*. Apoyo de la pierna descansando directamente sobre la rodilla.
- 26.5. *Pierna-rodilla-codo-mano-mentón*. Apoyo múltiple en escalera, de los siguientes segmentos corporales: mentón sobre mano, codo sobre rodilla o muslo y éste sobre la rodilla y/o muslo del otro miembro inferior.
27. *Expresión corporal predominante*. Predominio de uno o más segmentos corporales en el curso de la comunicación no verbal de un individuo. Con mayor frecuencia se observa en cabeza, mirada, cara, antebrazo-mano, mano, etc.
28. *Conducta manipulatoria de objetos*. Movimientos manuales persistentes de contacto directo con objetos, tales como: cartera, ropa, alhajas, etc.
29. *Afecto*. Es un estado de ánimo diferenciado, agradable o desagradable, resultante de las experiencias significativas vividas cuya duración es siempre mayor que el de las emociones y persisten en el tiempo después de haber desaparecido el estímulo.
30. *Alegría*. Reacción emocional caracterizada por risa, sonrisa, o carcajada acompañada de movimientos coadyuvantes, producida por estímulos gratificantes.
31. *Atención*. Observación, fijación, seguimiento y discriminación de un objeto o fenómeno mediante la percepción de uno o más sentidos.
32. *Contacto visual*. Mirada directa de pupila a pupila entre el entrevistador y el entrevistado.
33. *Emociones*. Reacciones anímicas provocadas por impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos que producen una marcada reacción psicofisiológica generalizada, con sensaciones viscerales percibidas por el sujeto, quien las expresa verbalmente, paralingüísticamente y a través de la comunicación corporal.
34. *Estímulo*. Es un agente o fenómeno que al ser recepcionado por los sentidos es capaz de modificar la conducta produciendo movimientos corporales y reacciones psíquicas.
35. *Gemidos*. Quejidos con voz lastimera de pena o dolor que aflige a la persona.
36. *Gesto*. Movimientos del rostro por acción de un grupo de músculos relacionados al estado emocional de la persona.
37. *Sollozo*. Movimientos inspiratorios bruscos y entrecortados, que vienen bajo forma de acceso, seguidas de una espiración durante el llanto.