



Interamerican Journal of Psychology

ISSN: 0034-9690

etorresrivera@gmail.com

Sociedad Interamericana de Psicología
Puerto Rico

Mora, Carolina

WANNABES (PERSONAS QUE DESEAN SER AMPUTADAS). EVALUACIÓN
NEUROPSICOLÓGICA CON EL WAIS III

Interamerican Journal of Psychology, vol. 51, núm. 2, 2017, pp. 239-523

Sociedad Interamericana de Psicología

San Juan, Puerto Rico

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28454546009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



WANNABES (PERSONAS QUE DESEAN SER AMPUTADAS). EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA CON EL WAIS III

Carolina Mora¹

Universidad Central de Venezuela

RESUMEN

La presente investigación tiene tres objetivos: en primer lugar, dar a conocer el fenómeno Wannabe, que en los contextos académicos es conocido como Apotemnofilia, Xenomelia y/o Desorden de la Identidad de la Integridad Corporal (BIID por sus siglas en inglés), que se caracteriza por el deseo manifiesto de un sujeto cuyas extremidades están sanas por convertirse en una persona amputada. En segundo lugar, presentar el caso de un Wannabe que desea amputarse la pierna izquierda, 4 dedos por debajo de la rodilla, se trata de un joven de 31 años, con formación universitaria y sin psicopatología identificable a partir del perfil de personalidad arrojado por el Test de Personalidad MMPI-2. En tercer lugar, presentar los resultados de un informe neuropsicológico elaborado con base en el WAIS III, a fin de detectar la posible disfunción del lóbulo parietal derecho, que frecuentemente se ha sugerido como la causa del fenómeno. Los resultados obtenidos indican que aunque el puntaje obtenido en la sub prueba llamada “Ensamblaje de Objetos” puede estar relacionado con la disfunción en este lóbulo, no se cuenta con la evidencia clínica y conductual suficiente para aseverar que ella exista.

Palabras clave:

wannabes, apotemnofilia, xenomelia, BIID, WAIS III, evaluación neuropsicológica

ABSTRACT

The present research has three objectives: first, to publicize the Wannabe phenomenon, which in academic contexts is known as Apotemnophilia, Xenomelia and/or Disorder of the Identity of the Bodily Integrity (BIID by its abbreviations in English), that It is characterized by the manifest desire of a subject whose limbs are healthy to become an amputated person. Secondly, to present the case of a Wannabe who wants to amputate his left leg, 4 fingers below the knee, he is a young man of 31 years old, with university education and without identifiable psychopathology based on the personality profile thrown by the Personality Test MMPI-2. Third, present the results of a neuropsychological report prepared based on the WAIS III, in order to detect possible dysfunction of the right parietal lobe, which has frequently been suggested as the cause of the phenomenon. The results obtained indicate that although the score obtained in the subtest called "Assembly of Objects" may be related to the dysfunction in this lobe, there is not sufficient clinical and behavioral evidence to claim that it exists.

Keywords:

wannabes, apotemnophilia, xenomelia, BIID, WAIS III, neuropsychological evaluation

¹ Correspondence should be addressed to: Carolina Mora. E-mail: psicologacarolinamora@gmail.com

WANNABES (PEOPLE WISHING TO BE AMPUTED). NEUROPSYCHOLOGICAL EVALUATION WITH THE WAIS III

La palabra Wannabe es una contracción de la frase en inglés: I want to be (yo quiero ser), y esto tiene que ver con el hecho de que el Wannabe siente la necesidad abrumadora de querer convertirse en un individuo con discapacidad (Villa, 2007).

Los Wannabe son, en su mayoría, varones con estudios universitarios, personas que trabajan y tienen buen funcionamiento social. Desde el punto de vista psicológico no muestran síntomas psicóticos y por lo general las pruebas de personalidad aplicadas no arrojan indicadores de engaño o de trastornos de la personalidad (Diéguez & González, 2005; Noll & Kasten, 2014)

El término Wannabe no es una palabra del argot científico, sino un vocablo que se ha popularizado en internet, donde abundan los chats, foros o grupos de facebook que los agrupan (Diéguez & González, 2005).

desde la infancia conviven con un anhelo persistente, abrumador, irreductible e inconfesable: convertirse en amputados... Son los Amputee Wannabee o Wannabees y, por increíble que parezca, no son casos aislados... dan cuenta de una realidad insólita y sorprendente que posiblemente nos sería muy ajena de no ser por Internet. Este medio ha permitido que personas que escondían su deseo, encuentren ahora, además de cada vez más información, foros donde compartir su sufrimiento con otros Wannabees y no sentirse únicos (Diéguez & González, 2005, p. 38).

Según López-Ibor, Ortiz & López-Ibor (2011), el primer término científico que se usó para referirse a los Wannabes fue el de Apotemnofilia, que fue acuñado por Money, Jobaris & Furth (1977 como se citó en Neff & Kasten, 2009) para hacer referencia a una modalidad de parafilia, consistente en el deseo sexual de una persona por tener una extremidad amputada o por relacionarse sexualmente con una persona que tiene una amputación (Santamaria, 2011).

Una parafilia es una conducta en la que el placer no deviene fundamentalmente del coito, sino del uso de objetos específicos durante el acto sexual (ropa íntima de determinados colores, látigos, el uso de disfraces etc.); la presencia de ciertas características físicas en el compañero sexual (que sea rubia, que tenga los senos grandes, que sea un niño o un anciano, que tenga una discapacidad, etc.) o la ejecución de algún ritual durante la actividad sexual que acompaña a la copula (frotarse contra las nalgas de una persona, tener conversaciones de contenido erótico, etc.) (Escobar, 2012).

La idea inicial era que la conducta wannabe podía ser clasificada como una parafilia puesto que el deseo de amputación cursa de forma paralela con el deseo erótico. Freund & Blanchard (1993 como se citó en Lawrence, 2006) plantean el concepto de "Error de Localización del Objetivo Erótico" para dar cuenta de la vinculación entre ambos deseos, ya que según esta teoría, en los Wannabes convergen simultáneamente: (a) la preferencia por un objeto erótico inusual: el deseo erótico hacia los amputados y (b) un error de localización del objetivo erótico: en el que el individuo no solo desea esas características corporales inusuales (la amputación) en otro individuo, sino que podría experimentar excitación sexual hacia la idea de transformar su propio cuerpo (amputándolo) hasta lograr parecerse a su objetivo erótico deseado.

Sin embargo, diversos autores dudan que se trate de una parafilia, puesto que se ha encontrado que en algunos Wannabes, el deseo sexual está ausente y debido a que la experiencia de rechazo que experimenta la persona con respecto a la extremidad que desea que le amputen, aparece de manera precoz, en una época en la que aún no han echado raíces las tendencias parafilicas. Esto ha dado lugar a proponer nombres alternativos para el fenómeno, tales como Xenomelia o Desorden de la Identidad de la Integridad Corporal (López-Ibor, Ortiz & López-Ibor, 2011).



Autores como McGeoch, Brang, Song, Lee, Huang & Ramachandran (2011), prefieren emplear la palabra Xenomelia para referirse a lo que llaman el “Síndrome de la Extremidad Extraña”. Los partidarios de utilizar este término sugieren que en algunas ocasiones el cuerpo físico no guarda correspondencia con el esquema corporal que la persona tiene. Por ejemplo, un individuo anoréxico posee un esquema corporal de sí mismo como una persona obesa aunque su cuerpo físico esté extremadamente delgado (Aoyama, Krummenacher, Palla, Hilti & Brugger, 2011). Esta falta de correspondencia también se observa en otros fenómenos como en el del “Miembro Fantasma” y en la Xenomelia.

La percepción del “Miembro Fantasma” suele ocurrir en el 79,9 % de los pacientes que sufren una amputación (Villaseñor, Escobar, Sánchez & Quintero, 2014) y se corresponde con experimentar sensaciones dolorosas (tales como hormigueo, ardor, opresión, calambres o descargas eléctricas) y/o sensaciones no dolorosas (seguir percibiendo con un elevado grado de realidad tanto los componentes sensoriales como motores) del segmento de cuerpo que fue amputado. (Cuartero, García, García, Diago & García, 2012; Villaseñor, Escobar, Sánchez & Quintero, 2014).

En el caso de la Xenomelia, la persona experimenta la sensación de estar “sobrecumplido” o completo en demasía al tener 4 extremidades, una de las cuales le resulta extraña, por lo que solicitan le sea removida quirúrgicamente (Hilti, Hänggi, Vitacco, Kraemer, Palla, Luechinger, Jäncke & Brugger, 2013).

First (2004) señala que el término que debe emplearse para referirse a este fenómeno no debe ser Apotemnofilia, porque sólo el 15% de los 52 Wannabes que entrevistó telefónicamente mencionaron al componente sexual como la principal razón que los motivaban a querer hacerse una amputación. En su lugar, sugiere que el término que debe utilizarse es el de Desorden de la Identidad de la Integridad Corporal (sus siglas en inglés son BIID), ya que este guarda similitud con el transexualismo debido a que dos tercios de los individuos entrevistados son motivados fundamentalmente por la idea de modificar sus cuerpos para que concuerden con la imagen idealizada que tienen de ellos mismos como personas amputadas (Müller, 2009)

El planteamiento de First (2004) ha sido criticado por varios autores. Por ejemplo, para Müller (2009) la definición del BIID como un Trastorno de Identidad Corporal análogo al Trastorno de la Identidad de Género es sólo una clasificación descriptiva y no una explicación del fenómeno.

Por su parte, para Alemany (2014), la analogía entre el BIID y el transexualismo tiene límites, ya que no está claro hasta qué punto ambos fenómenos guardan similitud o si la necesidad frustrada de una amputación suponga para el individuo el mismo daño que la frustración de su deseo por cambiar de identidad sexual.

Por último, De Preester (2013) evalúa críticamente los datos de First (2004) basándose en los siguientes elementos

1. El hecho de que First (2004) considere al componente sexual como una motivación menor para que los Wannabes deseen las amputaciones no significa que este componente esté ausente de las explicaciones dadas por los sujetos (De Preester, 2013).
2. El 42% de los Wannabes entrevistados por First (2004) presentaban ambas motivaciones (la sexual y la restaurar la identidad corporal) a la hora de justificar el deseo de hacerse una amputación (De Preester, 2013).
3. First (2004) habla de los casos en los que concurren la dos motivaciones y se dedica a explorar cuál de ellas es la principal, pero no proporciona los porcentajes de los casos “puros”, es decir aquellos en los que solo existe una de estas motivaciones (De Preester, 2013).

A pesar de la discusión existente en cuanto a cuál sería la mejor forma de referirse al fenómeno, en este artículo, los términos Apotemnofilia, Xenomelia y Desorden de la Identidad de la Integridad Corporal serán utilizados como sinónimos. La idea de que estos términos pueden ser equivalentes es compartida por algunos investigadores (Smith & Furth s/f como se citó en Diéguez & González, 2005).

Teorías sobre el Surgimiento del Fenómeno Wannabe

Teorías Psicológicas

Algunas teorías de orden psicológico sugieren que el fenómeno Wannabe probablemente tiene sus raíces en la infancia. Los que lo padecen suelen hablar de acontecimientos significativos en el comienzo de la edad escolar que cristalizan en su deseo de ser como alguien amputado o inválido a quien han conocido y del que admiran su entereza (López-Ibor, Ortíz & López-Ibor, 2011).

Riddle (1988) sugirió que la combinación de una actitud muy estricta con relación a lo sexual en el hogar del niño, la privación del amor materno y el rechazo parental durante la primera infancia, generan en el niño, el temor de no ser capaz de sobrevivir y este es el punto de inicio de una fantasía auto-generada de seguridad: tal vez un comentario de preocupación o de simpatía hecho por alguno de los progenitores con respecto a alguien amputado puede ser el desencadenante para que el pequeño racionalice que él sería digno de ser amado si también fuera amputado.

Asarbai (2013) plantea que puede existir relación entre el fenómeno Wannabe y el Síndrome de Münchhausen, ya que este último se basa en la necesidad de algunas personas por crear o inventar enfermedades, llegando incluso a producirse autolesiones para lograr los síntomas físicos y/o psicológicos deseados, todo ello por su necesidad de obtener consideración, afecto, asistencia y cuidado por parte de terceras personas.

También existe una teoría que propone que si a edades tempranas, un individuo ha visto a sujetos con algún miembro amputado, estas vivencias han podido marcarlo y llevarlo a percibir esa imagen como la ideal, descartando todo aquello que no se ajuste a ese esquema corporal (Asarbai, 2013).

Teoría biológica. La Disfunción congénita del lóbulo parietal derecho

De acuerdo a Brang, McGeoch & Ramachandran (2008), La Xenomelia es una condición neuropsicológica, que se origina como consecuencia de una anomalía en el lóbulo parietal derecho, algo parecido a una somatoparafrenia, una condición que a menudo se origina luego de un Accidente Cerebro Vascular. En la somatoparafrenia hay una alteración de la conciencia del yo corporal que lleva al paciente a creer y a sentir que su hemicuerpo o partes de él, le son extraños (ajenos) o pertenecen a otra persona (Donoso, Silva & Sinning, 2005).

En consonancia con lo anterior, Brang, McGeoch & Ramachandran (2008) sostienen que existen 4 elementos que hacen suponer que el fenómeno Wannabe se trata de una somatoparafrenia, causada por una disfunción del lóbulo parietal derecho:

1. El hecho de que el deseo de amputación es casi tres veces más común en la pierna izquierda que en la pierna derecha. Lo que quedaría explicado porque la disfunción en el lóbulo parietal derecho afectaría el lado izquierdo del cuerpo. Mientras que no existiría ninguna razón para esperar tal asimetría, si el trastorno fuera de origen psicológico.
2. La similitud que existe entre la Xenomelia y la somatoparafrenia.
3. Que el paciente suele ser capaz de trazar una línea precisa por la que desea la amputación, y esa línea por lo general se mantiene estable en el tiempo.
4. Los pacientes con Xenomelia al igual que los que tienen somatoparafrenia experimentan la sensación de extrañeza con respecto a una parte de su cuerpo.

Brang, McGeoch y Ramachandran (2008) midieron la Respuesta de Conductancia de la Piel (RCP) en un grupo de individuos con Xenomelia y encontraron que existían diferencias entre la RCP de la pierna que el paciente deseaba amputar y la RCP de la pierna que no deseaba que le fuera amputada (en ésta última, la Respuesta de Conductancia de la Piel era muy alta). Estas diferencias de RCP entre ambas piernas llegaron a ser casi el doble cuando la medición se hacía por debajo de la línea imaginaria del corte. Para Brang, McGeoch y Ramachandran (2008) estos resultados proporcionan evidencia psicofisiológica que apoya la hipótesis de que la Xenomelia surge de una disfunción congénita del lóbulo parietal derecho que sería el encargado de recibir e integrar la entrada de áreas sensoriales para formar la imagen corporal. La disfunción originaría el fracaso para crear una imagen unificada del cuerpo que se expresaría en los cambios observados en la RCP. Al parecer el cerebro racionaliza la discrepancia en RCP



sintiendo que la extremidad le es ajena y en consecuencia experimentando el deseo de que le sea amputada.

Presentación del Caso

Datos de Identificación

Nombre: T.V

Edad: 31 años

Sexo: Masculino

Nivel de Instrucción: Universitario

Fecha del examen: 06 de junio de 2015

Instrumentos empleados: entrevista estructurada para recabar información sobre las principales áreas de su vida, el test MMPI 2 y la batería del WAIS III

Descripción del caso.

En el joven no resultan evidentes la presencia de trastornos orgánicos o funcionales. Reporta que fue operado de apendicitis hace un par de años y manifiesta que es una persona muy sana, que solo ha sufrido eventualmente de algún resfriado.

T.V es el menor de los tres hijos que tuvo una pareja que tienen muchos años de casados. Las relaciones con su padre son cordiales pero no profundas porque su progenitor es el tipo de persona que no se involucra demasiado en los asuntos domésticos. En contraposición, describe la relación con su madre como algo asfixiante, puesto que desde su punto de vista, ella siempre ha intentado controlar a todos y a todo, esto le motivó a irse a vivir de manera independiente desde que cumplió 20 años. Las relaciones con sus hermanos mayores son buenas, pero también distantes, puesto que ellos se casaron muy jóvenes y abandonaron el hogar paterno cuando él apenas estaba comenzando la pubertad.

Se describe como una persona bromista, colaboradora, con pocos pero con muy buenos amigos y casi todos ellos vinculados al área laboral. Fue un alumno aventajado. Una vez que se graduó realizó dos postgrados vinculados a su área de formación. Cuando terminó sus estudios se insertó rápidamente a nivel laboral y desde entonces ha estado trabajando en la misma empresa. Señala que sus jefes suelen alabar su constancia, excelencia y determinación a la hora de desarrollar los proyectos que le encomiendan.

Reporta que el tema sexual era un tabú en su casa. Su primera relación genital ocurrió a los 17 años con una compañera de universidad y desde entonces ha mantenido relaciones sexuales regulares con algunas mujeres.

T.V es un joven soltero, declara que aunque ha tenido 2 parejas emocionales importantes, tiene mucho miedo a comprometerse y terminar descubriendo que su compañera se parece a su madre, en el deseo de querer controlarlo todo. Por eso ha preferido terminar con ambas relaciones cuando se ha dado cuenta que ellas estaban esperando que el próximo paso fuese que él les pidiera matrimonio.

Desde que tenía 8 años de edad, descubrió que era distinto al resto de las personas. Sólo él, entre sus conocidos deseaba amputarse un miembro (la pierna izquierda, 4 dedos por debajo de la rodilla). Su madre se mostró horrorizada cuando descubrió a los 9 años, él insistía en caminar saltando sobre su pierna derecha y decía que le faltaba la otra pierna. Con el objeto de darle una lección, lo llevó a un hospital para que viera a niños con discapacidad, él quedó fascinado. Después de eso, “su juego” aumentó en frecuencia, pero tuvo buen cuidado de que nadie le viera. De hecho manifestó que lo primero que hizo al irse a vivir solo, fue comprar un espejo de grandes dimensiones e instalarlo frente a su cama, allí suele sentarse y ocultar la pierna izquierda debajo de su cuerpo, luego se venda la pierna en esta posición (flexionada) para dar la impresión de que tiene un muñón y después de contemplarse durante un largo período de tiempo procede a masturbarse. Este ritual se ha mantenido más o menos constante a lo largo de los años.

Cuando se le interroga acerca de su contacto previo (antes de los 9 años) con personas amputadas, dice que un vecino de su familia perdió ambas piernas en un accidente de tránsito. T.V mantenía un contacto más o menos regular con este vecino porque su madre insistía en visitarle y tratar de ayudarlo. En la actualidad, TV está en contacto con un médico que reside en otro país, quien tiene un hermano wannabe y ambos están planificando la mejor manera para que el joven pueda ser amputado en una clínica de su propiedad.

Conducta durante la sesión y examen mental

T.V es un joven alto, delgado y bien nutrido. Su cabello y su barba están bien cuidados. Se presentó vestido de manera adecuada para la ocasión. Su arreglo personal y su higiene son impecables. Durante la entrevista se mostró relajado y conversador, respondió prontamente a las preguntas que hizo la psicóloga, sin mostrar vergüenza o temor y se observaba en él soltura y seguridad.

Su atención es selectiva y está centrada en la entrevista. Manifiesta que está interesado en que se haga la evaluación, puesto que confía en que esta arrojará algunos indicios sobre lo que le ocurre. Señala que ha estado leyendo e investigando por su cuenta sobre los Wannabes, intentando entender por qué presenta este deseo y se muestra interesado en saber si las pruebas pueden detectar algo en él.

Se halla orientado en tiempo, lugar y persona. Su lenguaje es claro y comprensible. Su tono de voz es moderado, habla a una velocidad adecuada, que facilita el seguirle a través de la exposición de sus ideas. Presenta congruencia afectiva entre lo que verbaliza y lo que va narrando.

Procedimiento

Antes de proceder a realizar la evaluación neuropsicológica, se leyó a TV, un formato de consentimiento informado y él decidió firmarlo. En este formato se expresaba el objetivo de la investigación, se garantizaba su anonimato y participación voluntaria, se le explicaba su derecho a poder retirarse de la investigación en el momento en que lo decidiese oportuno y sin necesidad de justificación alguna. Adicionalmente, se le informaba que los resultados de la investigación serían publicados en una revista de literatura científica.

A fin de conservar el anonimato del paciente se omiten datos que pudieran favorecer su identificación. Por ejemplo, las siglas T.V con las que se le denomina, no guardan relación alguna con su nombre verdadero. El borrador de este artículo fue leído por T.V y se cuenta con su autorización para publicar la información que aquí aparece.

La recopilación de datos ocurrió en tres entrevistas de aproximadamente 2 horas de duración: una en la que se recolectó información personal sobre TV, otra en la que se aplicó el MMPI-2 y la última en la que se administró el WAIS III.

Resultados de la evaluación con el MMPI-2

Esta prueba fue aplicada con el objetivo de descartar la existencia de Trastornos de Personalidad en el joven. Los resultados obtenidos por TV en el test MMPI-2 conforman un perfil normotípico.

Escalas de validez

El MMPI-2 tiene tres escalas que evalúan la validez del test, la cual está relacionada con el nivel de sinceridad que tiene la persona al contestar la prueba y para medirla se utilizan 3 escalas: la de Mentira, la de Fingimiento y la de Corrección (Gómez & León, 2003; Garcete, 2015)

Tomando en cuenta que para las Puntuaciones T obtenidas en esta prueba, el rango considerado promedio se ubica entre 50 y 65 (Gómez & León, 2003; Garcete, 2015), se puede decir que sólo una de las escalas de validez, en este caso la de “Mentira” (que mide el grado de mentiras blancas, es decir, mentiras poco elaboradas o ingenuas que dice la persona) se encuentra ligeramente desviada con respecto al promedio considerado normal (El puntaje máximo era 65 y TV obtuvo una puntuación de 67).

Sin embargo, a pesar de que la puntuación de la Escala de Mentira, se encuentra ligeramente elevada por encima del rango promedio, se asume que los resultados del test MMPI-2 son válidos, ya que



en primer lugar la desviación se da en una sola de las escalas de validez y no es muy grande con respecto al promedio y en segundo lugar, porque suele ser una conducta relativamente frecuente que un individuo que se encuentra en una situación de evaluación quiera brindar una imagen idealizada de sí mismo al evaluador (Gómez & León, 2003; Garcete, 2015).

Tabla 1
Puntuaciones T para las Escalas de Validez y Básicas del Test MMPI-2

Escala	Puntuación Bruta	Puntuación T	
Valid ez	Mentira (L)	9	67
	Fingimiento (F)	10	54
	Corrección (K)	19	59
Básicas	1. Hipocondriasis (Hs)	14	48
	2. Depresión (D)	18	42
	3. Histeria (Hy)	21	48
	4. Desviación Psicopática (Pd)	27	56
	5. Masculinidad/Femaneidad (Mf)	22	42
	6. Paranoia (Pa)	14	58
	7. Psicastenia (Pt)	37	62
	8. Esquizofrenia (Sc)	28	46
	9. Mania (Ma)	25	62
	10. Introversión Social (Si)	43	68

Escalas Básicas

Considerando que las puntuaciones de las escalas básicas que se encuentran por debajo del rango promedio carecen de significación clínica (Garcete, 2015), sólo nos resta interpretar los resultados para las escalas Básicas de Psicastenia (Pt), e Introversión Social (Si), que se hallan ligeramente elevadas con relación al promedio.

	Escalas de Validez			Escalas Básicas									
	L	K	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Muy alto (más de 75)													
Alto (66 -75)	x									x			X
Promedio (50-65)		x	x				x		X			x	
Bajo (40 -49)				x	x	x		x			x		
Muy bajo (menos de 40)													

Figura 1. Perfil de Personalidad de TV en el Test MMPI-2

Dado que en este perfil de personalidad, las dos escalas que presentan puntuaciones elevadas no pertenecen a un código combinado (aquel que agrupa 2 o 3 escalas básicas), se procederá a interpretar las puntuaciones de manera individual.

Con relación a la puntuación en la Escala de Psicastenia, de acuerdo a la caracterización del MMPI-2, TV. es un individuo meticulado, ordenado, persistente y autocrítico, (Gómez & León (2003), lo que concuerda con lo manifestado por el joven con relación a que sus jefes suelen alabar su comportamiento cuidadoso y constante con respecto a su trabajo.

El resultado arrojado por la Escala de Introversión Social (Is) nos sugiere que se trata de una persona con capacidad para relacionarse interpersonalmente, pero con preferencia por la manifestación de conductas vinculadas al polo de la introversión, ya que como él mismo lo manifiesta tiene pocos pero muy buenos amigos.

En conclusión, la observación de la conducta del joven, su reporte verbal y la interpretación de los resultados del Test MMPI-2, nos indican que TV es un individuo normal desde el punto de vista psicológico.

Resultados de la Evaluación neurológica de TV con el Wais III

Descripción de resultados

Con la intención de evaluar la hipótesis de que en los Wannabes existe una disfunción en el lóbulo parietal derecho, se realizó la evaluación neuropsicológica a TV. Existe una pluralidad de instrumentos disponibles para tal fin, incluso las tradicionales escalas de inteligencia de Wechsler (WAIS III), que no fueron creadas con una finalidad neuropsicológica han sido aplicadas en este contexto (Bausela, 2008).

Para realizar la evaluación neuropsicológica se procederá en primer lugar a describir los resultados que TV obtuvo en el WAIS III, yendo desde un nivel general que implica la descripción de los Coeficiente Intelectuales Total, Verbal y Manipulativo y de cada uno de los componentes que los conforman, hasta un nivel específico en el que se mencionan las fortalezas y debilidades que presentó el joven en las distintas sub pruebas de este test, para posteriormente analizar las implicaciones que tienen estos resultados.

Tabla 2

Resultados de los Coeficientes Intelectuales Total, Verbal y Manipulativo

		Índice de Comprensión Verbal (CV) CV = 126
	CI verbal (CIV) CIV=128	Índice de Memoria de Trabajo (MT) MT=117
Coeficiente Intelectual total (CIT) = 134		Índice de Organización Perceptiva (OP) OP=116
	CI. manipulativo (CIM) CIM=136	Índice de Velocidad de Procesamiento (VP) VP=114

El puntaje obtenido por T.V en cuanto al Coeficiente Intelectual Total (CIT) es de 134. Dado que en las Escalas Wechsler de inteligencia, la Media = 100 y la Desviación Típica = 15 (López, 1998; Stassen, 2007; Martín, 2013) puede decirse que el sujeto se encuentra ubicado dos desviaciones típicas por encima de la Media, lo que nos permite clasificar su Coeficiente Intelectual como muy alto (Morris & Maisto, 2005), esto nos indica que el joven tiene una buena capacidad de aprendizaje, la habilidad para relacionar ideas y el potencial para beneficiarse de la propia experiencia y aprovechar las enseñanzas



obtenidas a partir de los errores (Artigas-Pallarés, Rigau-Ratera & García-Nonell, 2007).

Tabla 3
Puntajes y Categorías de C.I

Escala	C.I	Categoría
C.I Total	134	Muy alto
C.I Verbal	128	Alto
C.I Manipulativo	136	Muy alto

C.I Verbal.

El C.I Verbal mide la parte de la inteligencia de una persona que depende de los conocimientos adquiridos en la escuela y la cultura, así como su capacidad para hacer uso del cuerpo de conocimientos acumulados a la hora de emitir juicios y de resolver problemas (Rossi, Neer, Lopetegui & Doná, 2010). Tal como puede apreciarse en la Tabla N° 3, TV obtuvo un C.I verbal de 128, lo que nos indica que tiene un alto desempeño en esta área

El C.I Verbal se divide en dos componentes: La Comprensión Verbal y la Memoria de trabajo. El índice de comprensión verbal indica la destreza que tiene una persona para contestar preguntas que miden los conocimientos prácticos, el significado de las palabras y la capacidad para expresar ideas oralmente (Kaufman & Lichtenberger, 2004). T.V obtuvo un puntaje de 126 en el Índice de Comprensión Verbal (ver tabla 2), lo que hace que su ejecución se ubique dentro de la categoría de alto desempeño.

Por su parte, **el índice de Memoria de Trabajo** nos habla de la habilidad que tiene un individuo para almacenar y manipular temporalmente la información necesaria para realizar tareas cognitivas complejas, como la comprensión del lenguaje, el aprendizaje y el razonamiento (Kaufman & Lichtenberger, 2004; López, 2011; Ardila, Arocho, Labos & Rodríguez, 2015). TV alcanzó en el Índice de Memoria de Trabajo un puntaje de 117 (ver tabla N° 2), lo que permite catalogar su rendimiento como de alto desempeño.

C.I Manipulativo

El C.I manipulativo mide las habilidades espaciales y de secuenciación, que un individuo utiliza cuando se enfrenta a la resolución de problemas relativamente nuevos, que no se pueden realizar de manera automática (De Thorne & Schaefer, 2004). El puntaje obtenido por T.V en el C.I Manipulativo fue de 136 (ver tabla 3), esto nos indica que tiene una capacidad muy alta para razonar generar, percibir, analizar, sintetizar, manipular, transformar y pensar con estímulos y patrones visuales

El C.I. Manipulativo está formado por dos índices: la Organización Perceptiva y la Velocidad de Procesamiento. El índice de Organización Perceptiva nos indica la capacidad del individuo para integrar estímulos visuales, razonando de forma no verbal y aplicando destrezas viso-espaciales y viso-motoras para resolver problemas no aprendidos en la escuela (Kaufman & Lichtenberger, 2004). T.V obtuvo en esta área, un C.I de 117 (ver tabla 2), los que nos sugiere que tiene un alto desempeño en las tareas vinculadas a este índice.

Por su parte, El Índice de Velocidad de Procesamiento mide la rapidez de respuesta a la hora de resolver problemas no verbales, incluye tanto la rapidez de pensamiento como la velocidad motora (Kaufman & Lichtenberger, 2004). Muchas de las actividades cotidianas deben ser realizadas a una velocidad determinada para no ver comprometida su eficacia, por ejemplo el entrecimiento a la hora de procesar la información verbal que transmite un interlocutor puede afectar negativamente el proceso de comprensión. De lo que se deduce que la velocidad de procesamiento se infiere a partir del tiempo que

emplea un individuo para realizar una tarea (Román, Del Pino & Rabadán, 2012). TV alcanzó una puntuación de 114 en este índice por lo que podemos aseverar que el joven tiene una buena capacidad para explorar, ordenar o discriminar información visual simple de forma rápida y eficaz

Análisis por Sub pruebas

Un análisis más detallado de los puntajes de cada subprueba del WAIS III nos permite comparar la ejecución del sujeto consigo mismo, a fin de identificar las sub pruebas en las que obtuvo un funcionamiento destacado (fortalezas) y aquellas en las que su desempeño fue menos notorio (debilidades).

Dado que la diferencia entre las escalas de CI. Verbal y C.I Manipulativo es de solo 8 puntos, se utilizará una sola Media para todas las sub pruebas; ya que de acuerdo al Manual de Aplicaciones del WAIS III de TEA ediciones (1999), deben emplearse dos medias cuando la diferencia entre ambas escalas sea mayor o igual a 17 puntos.

Tabla 4

Fortalezas y debilidades en las sub pruebas del WAIS III

Sub pruebas	Puntuaciones escalares	Diferencias con respecto a la media	Diferencias significativas	Hay diferencias?	Fortaleza o Debilidad
Vocabulario	15	2	+/- 2	Si	Fortaleza
Semejanzas	15	2	+/- 3	No	
Información	14	1	+/- 3	No	
Comprensión	17	4	+/- 3	Si	Fortaleza
Aritmética	15	2	+/- 3	No	
Retención de Dígitos	12	-1	+/- 3	No	
Letras y números	12	-1	+/- 4	No	
Ordenamiento de dibujos	13	0	+/- 4	No	
Figuras incompletas	12	-1	+/- 4	No	
Diseño con cubos	12	-1	+/- 3	No	
Matrices	15	2	+/- 3	No	
Dígitos y símbolos	11	-2	+/- 3	No	
Búsqueda de símbolos	14	1	+/- 4	No	
Ensamblaje de objetos	8	-5	+/- 4	Si	Debilidad
Media	13,21				
	Para facilitar el cálculo se asume que la media es 13				

A partir de los resultados obtenidos, se puede observar que T.V presenta dos fortalezas que se ubican en las sub pruebas de “Vocabulario” e “Información” y una debilidad en la sub prueba de “Ensamblaje de Objetos”.

Discusión de Resultados

De acuerdo a lo planteado por Brang, McGeoch y Ramachandran (2008), la Xenomelia surge de una disfunción congénita del lóbulo parietal derecho que lleva al Wannabe a creer que hay partes de su cuerpo que le son extrañas y a las que desea amputar (Donoso, Silva & Sinning, 2005).



la disfunción de las áreas de asociación occipito-parietales altera la percepción de las distancias y de la profundidad. En este sentido la evaluación neuropsicológica debe incluir pruebas que evalúen el funcionamiento de ambas habilidades visuales (Ardila, Huidor, Mendoza & Ventura, 2012, pp. 17)

Según diversos autores (Tirapu, 2007; Ardila, Huidor, Mendoza & Ventura, 2012), de estar afectadas las habilidades visoespaciales y visoconstruccionales de un individuo deberían observarse alteraciones en las siguientes sub pruebas del WAIS III: “Diseños con Cubos” y Ensamblaje de Objetos”, por lo que se enfatizará en la ejecución que TV tuvo en estas pruebas

En el “Diseño con Cubos” se le pide al analizado que reproduzca modelos o dibujos que el evaluador realiza con los cubos. Los diseños progresan en dificultad desde los simples con dos cubos a los más complejos con nueve. Cada cubo tiene dos lados blancos, dos lados rojos y dos lados mitad blanco y mitad rojo. (Wechsler, 2002)

El déficit en los diseños con cubos suele verse particularmente asociado a lesiones parietales, tanto derechas como izquierdas. Mientras que los pacientes con lesiones izquierdas, denotan dificultad en la identificación de los detalles internos del diseño, los pacientes con lesiones derechas muestran alterada la conceptualización espacial del diseño y deben proceder mediante ensayo y error para su resolución (Aidyne, 2007, p.4).

Si bien el “Diseño con Cubos”, no se encuentra entre las dos sub pruebas del WAIS III en las que T.V tuvo el desempeño más destacado (fortalezas), debe decirse que el joven respondió exitosamente a todos los ítems presentados y siempre obtuvo bonos por la rapidez con la que los resolvió.

Con respecto a la sub prueba de "Ensamblaje de Objetos" (también llamada rompecabezas), al analizado se le presentan piezas que cuando se ensamblan de manera adecuada, representan objetos comunes y se le pide que arme cada rompecabezas dentro de un límite de tiempo predeterminado (Wechsler, 2002).

La sub prueba de “Ensamblaje de Objetos” tiene una alta correlación con la de “Diseño con Cubos”, ya que ambas están vinculadas con la capacidad para crear una construcción a partir de datos discretos. Las estrategias utilizadas por la persona permiten distinguir entre los pacientes con lesión parietal derecha o izquierda, ya que el primer grupo suele buscar la solución mediante la discriminación de los detalles mientras que el segundo grupo, trata de unir las partes siguiendo los contornos (Lesak, 1995 como se citó en Aidyne, 2007).

El hecho de que en la evaluación de las sub pruebas del WAIS III, TV haya presentado una debilidad, específicamente en el “Ensamblaje de Objetos”, resulta especialmente interesante a la luz de la disfunción del parietal derecho que se cree presentan los Wannabes. Sin embargo, es necesario aclarar que este puntaje no nos permite aseverar sin lugar a dudas que exista tal disfunción debido a las siguientes razones:

En primer lugar, al comparar los C.I verbal y manipulativo de TV, no se observan grandes diferencias entre ellos. Si existiese una disfunción en el parietal derecho, el joven tendría un funcionamiento significativamente menor en el C.I manipulativo (que está vinculado a tareas no verbales) porque se verían afectadas las habilidades visoespaciales y visoconstruccionales (Tirapu, 2007; Ardila, Huidor, Mendoza & Ventura, 2012).

En segundo lugar, la lesión del área parietal posterior derecha (7 y 40 de Brodmann) da lugar a descuidar una parte del cuerpo o del espacio (a esta última se le conoce como negligencia contralateral) y puede deteriorar muchas habilidades del auto cuidado tales como el vestirse o lavarse, también puede causar dificultad en la fabricación de cosas (apraxia construccional), generar negación del déficits (anosagnosia) o afectar la capacidad de dibujar (Ardila & Rosselli, 2007; Pinel, 2007; Clark, Boutros & Méndez, 2010). Sin embargo, TV no presentó tales dificultades, ya que estas habrían impedido o entorpecido su desempeño en el “Diseño con Cubos” y tal como se dijo con anterioridad, no solo

respondió a todos los ítems de esta sub prueba sino que obtuvo bonos por la rapidez con la que los resolvió.

En tercer lugar, ya que el lóbulo parietal proporciona los mapas sensoriales que facilitan la ejecución del movimiento, una disfunción en el mismo puede producir apraxias que impidan la adecuada programación del mismo (Kimura, 1977; Ardila & Rosselli, 2007; Pinel, 2007; Clark, Boutros & Méndez, 2010). Sin embargo, ni la observación clínica previa a la realización del test WAIS III, ni la ejecución en las sub pruebas que requieren que el individuo realice movimientos coordinados puso en evidencia indicio alguno de apraxia.

Por último, se podría deducir que el bajo puntaje en la sub prueba “ensamblaje de objetos” podría estar relacionado con la disfunción en el lóbulo parietal derecho (Ardila & Rosselli, 2007; Pinel, 2007; Clark, Boutros & Méndez, 2010) y se expresaría en la dificultad que tiene T.V (según su propio reporte verbal) para construir imágenes mentales a partir de las cuales ejecutar una acción. Parece obvio que para poder resolver un rompecabezas, las personas necesitan tener una imagen de aquello que van a construir porque cuando se carece de esta imagen modelo y la misma debe crearse a partir de pequeños indicios inconexos (las piezas del rompecabezas que están cortadas de manera que no se pueda inferir la imagen) se dificulta la ejecución (Verdine, Troseth, Hodapp & Dykens, 2008). Si bien es factible que una disfunción en el lóbulo parietal derecho puede entorpecer el recuerdo del material no verbal, es muy poca la evidencia con la que se cuenta al respecto, ya que a nivel general, para la mayoría los sujetos que responden esta sub prueba, es fácil inferir la imagen que debe construirse en los 4 primeros ítems, pero es difícil hacerlo en el último de ellos (que fue el ítem que TV. no pudo resolver). Por consiguiente, para evitar un error estadístico tipo II: aceptar como verdadera una hipótesis que no lo es (Díaz, Batanero & Wilhelmi, 2008) es preferible concluir que no existe suficiente evidencia para aseverar que el lóbulo parietal derecho tiene una disfunción.

Conclusión

Según el planteamiento de First (2004) para una gran parte de los Wannabes, la motivación que les lleva a querer hacerse una amputación es lograr que la identidad (o el esquema corporal) que tienen como personas amputadas se corresponda con el cuerpo físico. Sin embargo, De Preester (2013) afirma que First (2004) no consideró que un número representativo de Wannabes son motivados también por razones de índole sexual.

La diferencia antes mencionadas podría llevarnos a inferir que tal vez existan dos grupos de Wannabes: un primer grupo estaría constituido por individuos con Xenomelia que buscan la correspondencia entre el esquema corporal y el cuerpo físico, estos sujetos presentarían una disfunción en el lóbulo parietal derecho que daría origen a una especie de somatoparafrenia que les llevaría a trazar la línea exacta por la que desean la amputación y que produciría diferencias en la respuesta de conductancia de la piel entre la pierna que desean amputar y la que no desean que les sea amputada (Brang, McGeoch & Ramachandran, 2008).

Un segundo grupo de Wannabes estaría conformado por individuos apotemnófilicos, en quienes no existiría la disfunción en el lóbulo parietal derecho. A este grupo pertenecería TV. Sin embargo, aunque plantear esta hipótesis permitiría poner en evidencia que los Wannabes no son un grupo homogéneo y facilitaría el explicar por qué en la evaluación neuropsicológica de TV no se encuentran indicios irrefutable de una disfunción en el lóbulo parietal derecho, abre otra interrogante: si en este segundo grupo de Wannabes no existe una disfunción parietal y además son sujetos que arrojan un perfil de personalidad normotípico, qué los lleva a querer amputarse.



Referencias

- Aleman, M. (2014). Las Fronteras de la Autonomía en el Ámbito Clínico: el Caso de los “Wannabe”. *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid*. Vol 18, pp. 229-246.
- Aoyama, A., Krummenacher, P., Palla, A., Hilti, L., & Brugger, P. (2011). Impaired Spatial-Temporal Integration of Touch in Xenomelia (Body Integrity Identity Disorder). *Spatial Cognition & Computation: An Interdisciplinary Journal*. Vol. 12, N° 2-3, pp. 96-110.
- Ardila, A., Arocho, J., Labos, E., & Rodríguez, W. (2015). *Diccionario de Neuropsicología*. recuperado el 5 de agosto de 2017 de <https://www.ucatolica.edu.co/portal/wp-content/uploads/adjuntos/biblioteca/diccionario-neuropsicologia.pdf>
- Ardila, A., Huidor, C., Mendoza, V., & Ventura, L. (2012). Una Batería Básica de Evaluación Neuropsicológica. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, Julio-Diciembre, Vol.12, N° 2, pp. 1-25
- Ardila, A., & Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología Clínica*. Manual Moderno. México
- Artigas-Pallarés, J., Rigau-Ratera, E. & García-Nonell, C. (2007). Capacidad de Inteligencia Límite y Disfunción Ejecutiva. *Revista de Neurología*; 44 (Supl 2), pp. 67-69
- Asarbai, G. (2013). *Apotemnofilia*. recuperado el 10 de febrero de 2014 de <http://www.apoyopsicologico.es/ver.php?id=467>
- Aidynè. Centro de Asistencia, Docencia e Investigación Neuropsicológica (2007). *Interpretación Clínica de las Escalas de los Índices de la Escala WAIS*. Curso de Evaluación Neuropsicológica. Buenos Aires
- Bausela, E. (2008). Evaluación Neuropsicológica en Población Adulta: Ámbitos, Instrumentos y Baterías Neuropsicológicas. *Revista Reflexiones* 87, N° 2, pp. 163-174
- Brang, D., McGeoch, P., & Ramachandran, V. (2008). Apotemnophilia: A Neurological Disorder. *Cognitive Neuroscience and Neuropsychology*. Vol 19, No 13.pp 1305-1306
- Clark, D., Boutros, N., & Méndez, M., 2010. *El Cerebro y la Conducta. Neuroanatomía para Psicólogos*. Manual Moderno. México.
- Cuartero, D., García, A., García, A., Diago, A., & García, A. (2012). Síndrome del Miembro Fantasma. *Medicina General y de la Familia*. Vol. 1, N° 2, pp. 85-88.
- De Preester, H. (2013). Merleau-Ponty's Sexual Schema and the Sexual Component of Body Integrity Identity Disorder. *Medicine, Health Care and Philosophy*. Vol 16, No. 2, pp. 171-84
- De Thorne, L., & Schaefer, B. (2004). A Guide to Child Nonverbal IQ Measures. *American Journal of Speech-Language Pathology*. Vol. 13. pp. 275-290
- Díaz, C., Batanero, C., & Wilhelmi, M, (2008). Errores Frecuentes en el Análisis de Datos de Educación y Psicología. *Publicaciones*, N° 35, pp. 109 -123.
- Diéguez, M. & González, A. (2005). La Falta como Ideal. Apotemnofilia o la Integridad de no Estar Completo, *Átopos*, Vol 4, pp. 38 - 43
- Donoso, A., Silva, H. & Sinning, M. (2005). Somatoparafenía: Presentación de 3 Casos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. Vol 43, N° 4, pp. 337-343
- Escobar, J. (2012). *Freud y las Parafilias*. Recuperado el 16 de febrero de 2013 de: <http://losmedioscomometaforas.blogspot.com/2012/04/freud-y-las-parafilias-iii.html>
- First, M. (2004). Desire for Amputation of a Limb: Paraphilia, Psychosis, or a New Type of Identity Disorder. *Psychological Medicine*, Vol. 34, pp. 1-10
- Garcete, N. (2015). *Reseña histórica. Interpretación de: Escalas Clínicas Escalas de Contenido y Escalas Suplementarias. Interpretación de Códigos o Combinaciones de Escalas Clínica*. Recuperado el 17 de abril de https://www.academia.edu/17263875/Manual_MMPI-2
- Gómez, E., & León, M. (2003). *Uso e Interpretación del MMPI-2 en Español*. Manual Moderno. México.
- Hilti, L., Hänggi, J., Vitacco, D., Kraemer, B., Palla, A., Luechinger, R., Jäncke, L., & Brugger, P.

- (2013). The Desire for Healthy Limb Amputation: Structural Brain Correlates and Clinical Features of Xenomelia. *Brain. A Journal of Neurology*, 136, pp. 318-329.
- Kaufman, A & Lichtenberger, E. (2004). Claves para la Evaluación con el WAIS III. Tercera Edición. TEA Ediciones: Madrid
- Kimura, D. (1977). Acquisition of Motor Skill After Left Hemisphere Damage. *Brain*, Vol, 100, pp. 527-542.
- Lawrence, A. (2006). Clinical and Theoretical Parallels Between Desire for Limb Amputation and Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 35. No.3, pp. 263-278
- López, M. (1998). *Evaluación Neuropsicológica: Principios y Métodos*. Universidad Central de Venezuela. Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Colección Monografías.
- López, M. (2011). Memoria de Trabajo y Aprendizaje. Aportes de la Neuropsicología. *Cuadernos de Neuropsicología*, Vol 5, N° 1, pp. 25-47.
- López-Ibor, J., Ortiz, T. & López-Ibor, M. (2011). Percepción, Vivencia e Identidad Corporales. *Actas Españolas de Psiquiatría*; No. 39, (Supl. 3), pp 3 -118.
- Manual de Aplicación y Corrección (WAIS III). *Escala de Inteligencia para Adultos III*. Adaptación Española. TEA Ediciones, 1999. Madrid.
- Martin, M. (2013). *Efecto de la Práctica de la Danza en el Desarrollo Cognitivo de las Niñas*. Tesis Doctoral presentada ante el Departamento de Ciencias de la Educación, el Lenguaje, la Cultura y las Artes. Universidad Rey Juan Carlos.
- McGeoch P.D., Brang D., Song T, Lee RR, Huang M. & Ramachandran VS. (2011). Xenomelia: A New Right Parietal Lobe Syndrome. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. Vol 82, N° 12, pp.1314-1319.
- Morris, C., & Maisto, A. (2005). *Psicología*. Pearson Educación. Duodécima Edición. México.
- Müller, S. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID)—Is the Amputation of Healthy Limbs Ethically Justified. *The American Journal of Bioethics*, Vol 9, No 1, pp. 36–43
- Neff, D., & Kasten, E. (2009). Body Integrity Identity Disorder (BIID): What do Health Care Professionals Know?. *European Journal of Counselling Psychology*. Vol. 1, N° 2, pp.16-30.
- Noll, S., & Kasten, E. (2014). Body Integrity Identity Disorder (BIID): How Satisfied are Successful Wannabes. *Psychology and Behavioral Sciences*. Vol. 3, N° 6, pp. 222-232
- Pinel, J. (2007). *Biopsicología*. Sexta Edición. Pearson Educación. Madrid
- Riddle, G (1988). *The Origins of Devotees' Attraction*. Presentación hecha en la Conferencia Fascination, Chicago.
- Román, F., Del Pino, M., & Rabadán, M. (2012). *Tratado de Neuropsicología Clínica. Aplicaciones Clínicas de la Teoría y la Evaluación Neurocognitiva*. Estudio de Casos y Autoevaluaciones. Neurohealth. Lima.
- Rossi, L., Neer, R., Lopetegui, S., & Doná, S. (2010). *Wais III. Índice de Comprensión Verbal. Análisis de Resultados para las Edades 25-34 Años en la Ciudad de la Plata*. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVII Jornadas de Investigación. Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Santamaria, E. (2011). Amputación Voluntaria: los Casos de la Apotemnofilia y el Trastorno de Integridad Corporal. *Derecho y Vida*, N° XCV, pp. 1-8
- Stassen, K. (2007). *Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia*. Ed. Médica Paramericana. 7ma. Edición. Madrid.
- Tirapu, J. (2007). La Evaluación Neuropsicológica. *Psychosocial Intervention*. Vol.16, N° 2, pp. 189-211.
- Verdine, B., Troseth, G., Hodapp, R., & Dykens, E. (2008). Strategies and Correlates of Jigsaw Puzzle and Visuospatial Performance by Persons With Prader-Willi Syndrome. *American Journal on Mental Retardation*. Vol. 113, N° 5, pp. 343–355
- Villa, M. (2007). Fenómeno Devotee Wannabe, *Revista Científica de la SASH* (Sociedad Argentina de Sexualidad Humana). Vol 20, N° 1, pp.43-47



- Villaseñor, J., Escobar, V., Sánchez, A., & Quintero, I. (2014). Dolor de Miembro Fantasma: Fisiopatología y Tratamiento. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*. N° 19, pp. 62-68.
- Wechsler, D. (2002). *Test de inteligencia para adultos WAIS III: Manual de Administración y Puntuación*. Paidós. Buenos Aires.

Received: 08/08/2017
Accepted: 11/18/2017