Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

ESTUDIO PSICOLOGICO EN ADOLESCENTES CON PARALISIS CEREBRAL.

Realizado en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y en la Asociación Pro-Paralítico Cerebral, Institución Mexicana de Asistencia Privada.

Tesis Recepcional

Que para obtener el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a :

MARTHA LUZ MUÑOZ ESCOBAR

México, D. F. 1980

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Z5053.08
UNAM.57
1980

M.-34222
Tps. 623

A mi Madre

Guadalupe A. Escobar Vda. de Muñoz

Con amor, respeto y gratitud
por su íntegro ejemplo.

A Héctor M. Andrade A.

Quien con su amor y ternura
supo brindarme dedicación y estímulo.

A mis hermanos

Con cariño.

2202

A la Psic. Alma Mireya López Arce
Porque con su afectuosa dirección y asesoramiento, pude realizar mejor el presente estudio.

Al Dr. Leopoldo Melgar Pacchiano
Director del I.N.M.R.
Por toda la ayuda y apoyo desinteresado que me ha proporcionado.

A la Prof. Esperanza Bravo
Directora de la A.P.A.C.
Por las facilidades concedidas para la realización de este trabajo.

A G R A D E C I M I E N T O

Psic. Irma Anaya Mondragón
Psic. Amalia M. de Martínez

Por su valiosa cooperación.

I.- Introducción

1.- Antecedentes
2.- Conceptos generales sobre Parálisis Cerebral
3.- Problemas asociados
4.- Conceptos generales sobre el adolescente.

II.- Metodología

1.- Escenario
2.- Población en estudio
3.- Instrumentos
4.- Indicadores clínicos
5.- Hipótesis
6.- Procedimiento.

III.- Resultados.

IV.- Discusión.

V.- Conclusiones.

VI.- Referencias.

I. INTRODUCCION

Es muy común que las características de los problemas que se manejan en los Centros de trabajo, se constituyan en motivos de estudio para quienes- como yo, se inicia en su profesión.

Desde los últimos años de mi carrera y hasta la fecha, en los cuales he tenido la oportuni-- dad de tratar con personas incapacitadas, he podido observar que en los paralíticos cerebrales, su- ritmo de aprendizaje es progresivo durante la edad escolar y que al llegar a los primeros años de la- adolescencia, se inicia un estancamiento o un de-- crecimiento en su rendimiento intelectual.

Y si de antemano conocemos que la parálisis cerebral es un padecimiento en el cuál la lesión - no es progresiva, nos queda a considerar que el - factor que conduce a dicho problema, es el emocional. Es por esto, que el trabajo lo enfoqué al conocimiento de tres de los aspectos emocionales más frecuentes, que tienen una repercusión decisiva en la integración de la personalidad; dichos aspectos son: Concepto de sí mismo, sentimientos de frustración y manejo de agresión.

Un buen concepto de sí mismo es indispensable para la adecuada adaptación de la persona a su medio ambiente, y de ésta manera resulta un factor de control tanto para el manejo de la agresión como de los sentimientos de frustración.

La estadísticas recientes, sitúan a la parálisis cerebral en el segundo lugar dentro de los -

veinte diagnósticos de invalidez en la República - Mexicana: (cuadro No. 1)

VEINTE PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE INVALIDEZ
REPUBLICA MEXICANA 1975 - 1977

No.	D I A G N O S T I C O	No. Casos	%
1.-	Poliomielitis	1589	10.9
2.-	Parálisis Cerebral	1559	10.6
3.-	Amputación de extremidades	1246	8.5
4.-	Hemiplejia	797	5.4
5.-	Deficiencia Mental	786	5.4
6.-	Hipoacusia	753	5.1
7.-	Daño Cerebral	605	4.1
8.-	Anquilosis	573	3.9
9.-	Retraso del Desarrollo Psicomotor	541	3.7
10.-	Parálisis Facial	442	3.0
	Los demás diagnósticos	3018	19.7
	T O T A L E S - - - - -	14,642	100 %

Fuente: Registro Nacional de Inválidos.

En el cuadro número 2, se muestra como la - mayor incidencia por edad, se encuentra en los períodos comprendidos de uno a cuatro años y de cinco a catorce años:

DISTRIBUCION DE LOS PARALITICOS CEREBRALES SEGUN GRUPOS DE EDAD 1975 - 1978

GRUPOS DE EDAD	1975 No.	%	1976 No.	%	1977 No.	%	1978 No.	%
- 1	13	2.54	-	-	-	-	7	1.04
1 - 4	205	40.04	380	53.67	161	46.53	292	43.58
5 - 14	236	46.09	274	38.70	163	47.11	286	42.69
15 - 24	53	10.35	39	5.51	19	5.49	63	9.40
25 - 44	5	0.98	13	1.84	3	0.87	20	2.99
45- 64	-	-	2	0.28	-	-	2	0.30
65 y más	-	-	-	-	-	-	-	-
T O T A L	512	100%	708	100%	346	100%	670	100%

Fuente: Registro Nacional de Inválidos

Los datos anteriores nos dan la pauta para considerar la invalidez como un problema social, en el que tanto el estado como la comunidad deben pugnar activamente para crear los centros de rehabilitación necesarios para el adecuado tratamiento de este problema; surge aquí también la necesidad del psicólogo de investigar, cono--

cer y manejar clínicamente dicho padecimiento. Es- por eso, que el presente trabajo constituye un intento de abordaje al adolescente con parálisis cerebral, aportando con ello algunas bases para el - posterior programa de rehabilitación psicosocial,- sin pretender que las conclusiones del trabajo - - brinden un pleno conocimiento del problema, pero - si sean de utilidad a quienes se interesen por este creciente sector de nuestra sociedad.

1.- ANTECEDENTES.

Para llevar a cabo dicho estudio, fue menester recabar datos que sobre el estado actual de este tipo de investigación existe. Para ello se acudió al Centro Nacional de Información y Documentación en Salud, que depende de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (CENIDS), al Registro de Tesis de la Biblioteca Central de la Universidad Nacional Autónoma de México, y al Centro de Investigación Científica y Humanística de la Universidad- Nacional Autónoma de México (C.I.C.H.).

El resultado obtenido es que existen infinidad de estudios sobre parálisis cerebral desde el- punto de vista médico, pero con un enfoque psicológico, la información es escasa; se encontró un estudio de tipo cognoscitivo que no tiene relación - con el fin de este trabajo y un estudio realizado- por el Dr. Phelps, el cuál podría tener mayor relevancia en este caso.*

El Dr. Phelps (19), ha investigado sobre como la limitación motora es un impedimento para el- buen desarrollo psicológico de los que padecen pa-

rálisis cerebral. Encontró algunas características específicas de los diferentes tipos de parálisis - cerebral, particularmente con espásticos y atetósicos, observando sus actitudes y emociones. Nos dice, que el espástico que ha vivido asociado a la - contracción de sus músculos, ha desarrollado a - - través de estas experiencias miedo y aprehensión;- así un fuerte ruido o situaciones inusuales, dan - lugar a una estimulación para una contracción violenta que le puede causar miedo, y por ello no es- usualmente amigable o extrovertido, ni gusta mucho de las demostraciones de afecto; porque ocurre con facilidad que al acariciarlo y abrazarlo, provoque un reflejo de estiramiento que le causa un enérgico espasmo muscular. Sin embargo, el enojo no es - tan fácilmente despertado en ellos como en los - - otros tipos de parálisis cerebral.

El atetoide, ha experimentado inseguridad - en sus movimientos y no puede estar seguro de lo-- grar un movimiento deseado, no obstante, en él no- hay rigidez y por eso no se presenta el mismo miedo que en el espástico afirma el Dr. Phelps, agrega también que el atetósico es más extrovertido y- amigable, tiene una disposición más alegre, gustando de ser mimado y acariciado; y aún cuando su cólera es despertada rápidamente por la frustración- de no controlar sus movimientos, no se bloquea en- el intento de hacer otras actividades, como le sucede al espástico. En esta investigación, también- encontraron que los problemas de personalidad y - sus secuelas son más frecuentes en niños con Inteligencia Normal que en los que padecen de Debili-- dad Mental, así como los que tienen una invalidez- severa, pueden presentar un desarrollo emocional -

más inestable y su personalidad desadaptada.

Cabe señalar que a diferencia del trabajo - anterior en donde se obtienen rasgos de personalidad específicos de los tipos de parálisis cerebral, el presente estudio enfoca globalmente el padecimiento y se limita en tres conceptos emocionales.

2.- CONCEPTOS GENERALES SOBRE PARALISIS CEREBRAL.

El primer estudio concreto sobre parálisis- cerebral, aparece en el año de 1861, realizado por el Dr. William J. Little, quien señala un síndrome dipléjico espástico encontrado en 73 niños que - presentaron alteraciones en el momento del parto.- Este hecho motivó a que se le conociera como síndrome de Little.

En la primera mitad de este siglo, el pionero Phelps, escoge el nombre de Parálisis Cerebral- (P.C.), para designar que la lesión causante del - cuadro se encuentra en el cerebro; a partir de este momento y sobre todo en la IIa. Guerra Mundial, se incrementó el interés por el estudio y tratamiento de la parálisis cerebral. Sin embargo, hubo muchas discrepancias para unificar el término y - así el concepto ha sido históricamente creado por- una actitud rehabilitadora hacia un grupo de encefalopatías, que se caracterizan por presentar grandes trastornos motores y en menor grado trastornos mentales (4).

Actualmente la Organización Mundial de la - Salud, define a la parálisis cerebral "como un grupo de síndromes que se caracterizan por la lesión-

cerebral de tipo irreversible, no progresiva, que ocurre en el período de gestación, natal o post-natal, que trae como como consecuencia anormalidades en la postura y/o movimiento y que pueden acompañarse de defectos perceptuales, visuales, auditivos, de lenguaje, debilidad mental y convulsiones".

Para su estudio se ha clasificado a la parálisis cerebral, desde el punto de vista etiológico, fisiológico, topográfico y por su grado de intensidad.

A) Etiológico.- Considerando que la parálisis cerebral no es hereditaria, tenemos entre sus causas más frecuentes:

Predisposición	Madres de edad avanzada Partos prolongados Partos prematuros Factor RH
Pre Natales	Enfermedades infecciosas (Rubeola) Alteraciones metabólicas Anoxia
Natales	Prematuridad Trauma durante el parto (fórceps) Anoxia Analgesia
Post Natales	Traumatismo craneales Encefalitis Meningocencefalitis

B) Fisiológico.- Es la forma clínica que se refiere al tipo de trastorno motriz que depende de la zona del cerebro que haya sido dañada, entre ellas tenemos:

a) Espasticidad.- Se caracteriza por una contracción excesiva del músculo, que se manifiesta por un exagerado reflejo de extensión. La lesión se localiza a nivel cortical.

b) Atetosis.- Es el aumento anormal de movimientos involuntarios que se acompañan de reflejos. La lesión se localiza en los ganglios basales y otras regiones del tracto piramidal.

c) Atáxia.- Se constituye por alteraciones del equilibrio. La lesión es de tipo cerebeloso.

d) Temblor.- Se presentan temblores involuntarios que son recíprocos y regulares en ritmo. Hay lesión extensa del sistema extrapiramidal.

e) Mixta.- Se presentan combinaciones de la lesión al mismo tiempo.

C) Topográfico.- Se refiere a la distribución de las extremidades que han sido afectadas, dando lugar a:

a) Monoplejias.- Cuando se encuentra afectado un sólo miembro.

b) Diplejias.- Se afectan las extremidades superiores.

c) Paraplejia.- Cuando se afectan las extremidades inferiores.

d) Hemiplejia.- Cuando es dañada la mitad del cuerpo.

e) Triplejia.- Se encuentran afectadas tres extremidades.

f) Cuadriplejia.- Se afectan las cuatro extremidades.

D) Intensidad.- Según la intensidad de la lesión,- se ha clasificado a la parálisis cerebral en leve-mediana y severa.

El Registro Nacional de Inválidos, nos re-- porta que en los dos últimos años 1977-1978, la lesión se presenta más incidentalmente en forma severa (Cuadro No. 3).:

DISTRIBUCION DE LOS PARALITICOS CEREBRALES SEGUN GRADO DE INVALIDEZ. REGISTRO NACIONAL DE INVALIDOS Cuadro 3.

GRADO DE INVALIDEZ	1975 No.	%	1976 No.	%	1977 No.	%	1978 No.	%
LEVE	87	16.99	61	8.61	50	14.45	95	14.18
MEDIANA	213	41.60	335	47.32	133	38.44	228	34.03
SEVERA	212	41.41	312	44.07	163	47.11	347	51.79
T O T A L	512	100%	708	100%	346	100%	670	100%

Fuente: Dirección General de Rehabilitación
de la Secretaría de Salubridad y Asistencia

3.- PROBLEMAS ASOCIADOS

Como se indicó en la definición de la parálisis cerebral, que la lesión no solamente produce alteraciones neuromusculares, sino - que frecuentemente se puede acompañar por:

A) Deficiencia Mental.- La Asociación Americana para la Deficiencia-Mental la define "como todo funcionamiento intelectual por debajo - del promedio general que se origina durante el período de desarrollo, asociado con la alteración de la conducta de adaptación".

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, se presenta en dos formas: una, la debida a causas ambientales sin alteración del Sistema Nervioso Central (Retardo Mental) y la debida a padecimientos del Sistema Nervioso Central (Deficiencia Mental) (18). Por lo general, la determinación de la deficiencia mental se hace en base a los resultados obtenidos de pruebas normalizadas de Inteligencia, las cuales remiten el resultado en un Cociente Intelectual (C.I.).

Los criterios que actualmente se utilizan para indicar los diferentes niveles de la Deficiencia Mental son:

C.I.	E Q U I V A L E N C I A			CRITERIO
60 - 69	Deficiencia	Mental	Superficial	Educable
50 - 59	"	"	Media	Entrenable
40 - 49	"	"	Profunda	Entrenable
- 39	"	"	Profunda	Custodiable

Varios investigadores como Hohmann, Andersen, Asher; nos refieren que aproximadamente la mitad de las parálisis cerebrales, muestran Inteligencia Normal o grados ligeros de debilidad mental. Hansen encontró diferencias considerables, al observar que el defecto psíquico es mayor cuanto más intensos son los deficits motores; así en las monoplejias se encuentra Inteligencia Normal en un 75% de los casos, en las tetraplejias sólo un 17% sindéficit intelectual (11).

B) Trastornos del Lenguaje.- Se ha considerado que

el lenguaje es la forma de comunicación más evolucionada en el ser humano, que va paralelo al desarrollo psicomotriz y que se expresa gracias a la maduración neurológica y psicoafectiva. Entre las alteraciones del lenguaje más frecuente que puede presentar el paralítico cerebral se encuentran:

a.- Dislalias.- Comprenden el defecto de la pronunciación.

b.- Disartrias.- Se refiere al trastorno de los movimientos articulatorios que obedecen a una modificación de la función neuromuscular.

c.- Disritmias.- Es una alteración en el ritmo del habla.

d.- Disfonías.- Son los defectos que se presentan en la voz debidas a las anomalías laríngeas o respiratorias.

C) Trastornos de la Audición.- Incluye la sordera total y la hipoacusia en sus diferentes niveles: superficial, media y profunda.

D) Trastornos visuales.- Entre los que se presentan con más incidencia en el paralítico cerebral son: el estrabismo y la limitación de la velocidad para seguir estímulos. Y como sabemos, el estrabismo va a dar lugar a problemas perceptuales tales como la dificultad en la coordinación visomotora, en el discernimiento de figuras, de espacio, aceleración y movimiento.

E) Alteraciones perceptuales.- Dentro de la teoría

de la Gestalt, se considera a la percepción "como- un proceso psicológico, interpretador de la información". Este proceso depende a su vez de la integración del Sistema Nervioso junto con todo el organismo; así pues, se maneja el término de percepción como un fenómeno psicológico que el propio individuo maneja, organiza e interpreta (18).

En el paralítico cerebral se encuentra alterada ésta capacidad, es decir, no integra lo que - percibe como una unidad, sino que existe una disociación que se manifiesta en la incapacidad de conceptualizar cosas separadas para unirlas en un todo reconocible (6), de tal manera, que al observar la evaluación de la percepción visual en sus cinco áreas estudiadas por Marianne Frostig, se encuentran alteraciones en el rendimiento del paralítico cerebral en cualesquiera de las áreas: coordinación visomotora, discriminación figura-fondo, constancia de formas, posición en el espacio y/o relaciones espaciales.

E) Epilepsia.- El término epilepsia es una palabra de origen griego que significa "ser asido violenta y repentinamente"; por este motivo, desde la antigüedad se le utiliza para designar una enfermedad- que se manifiesta con crisis. La forma en que dichas crisis se presentan en los paralíticos cerebrales es muy diversa, ya sea por episodios breves, periódicos, transitorios o esporádicos (18). Los - tipos más frecuentes son:

a.- Gran Mal.- Se presentan generalmente ataques - generalizados con o sin aura, en forma de vértigo, desmayo o molestias gástricas, posteriormente los-

enfermos caen al suelo sin conocimiento, después - viene un período de convulsión tónica, finalizando así la convulsión para dar lugar a una gran necesidad de sueño.

b.- Pequeño Mal.- Se manifiesta con movimientos de la cabeza, extensión de los brazos y flexión de - las piernas o también por una brusca pérdida de la conciencia, recuperándose repentinamente sin que - el paciente se percate de ello; durante la crisis- cesa toda actividad motora.

c.- Crisis psicomotoras.- Se caracterizan por presentar fenómenos psíquicos y físicos. Al inicio se presenta con sensación de miedo, acompañándose o - no de alucinaciones acústicas u ópticas y con movimientos estereotipados.

En la investigación realizada por Hansen, - Asher y Shonell en el año de 1969, encontraron que uno de cada cuatro pacientes con parálisis cere- - bral presentan epilepsia, habiendo mayor indice en las tetraplejias que alcanzan de un 40 a 60% (11).

4.- CONCEPTOS GENERALES SOBRE EL ADOLESCENTE.

El término adolescencia significa "crecer", marca el período de crecimiento acelerado que precede a la pubertad y separa a la niñez de la juventud. Es una fase de ocho a diez años aproximadamente de duración. Se constituye por tres etapas: - pre-pubertad, pubertad y post-pubertad, en la que- culmina el desarrollo de los órganos sexuales y de su función. Estas etapas son origen y resultado a- la vez, de numerosos fenómenos tanto biológicos, -

psíquicos como sociales, que le abrirán paso a una perspectiva de colaboración y actividad social. En esta etapa se van a dar cambios físicos, fisiológicos, intelectuales y sociales; la necesidad de un reajuste total ante las nuevas normas de valor, que son producto de un distinto enfoque afectivo, así como el uso del pensamiento abstracto. Todo ello va a producir un desequilibrio en el adolescente y por ende resulta una etapa sumamente crítica.

Entre los cambios fisiológicos se inicia una actividad glandular, en donde la hipófisis realiza una función gonadotrópica, dando lugar a que el ovario produzca progesterona y los testículos testosterona. Ya completa la actividad sexual del adolescente, la secreción de la corteza suprarrenal contribuye a fortalecer accionen feminizantes y viriles de las glándulas sexuales, así como de la actividad intersexual.

Al mismo tiempo que se sucitan estos cambios, se producen cambios en el desarrollo cognoscitivo. Según la teoría de Piaget (18), el adolescente se caracteriza por tener un pensamiento a nivel abstracto, lo cual va a afectar la idea que el adolescente tiene de sí mismo; comienza a dirigir sus nuevas facultades hacia adentro, tornándose introspectivo, analítico y autocrítico. Y es gracias a ésta maduración cognoscitiva, que el adolescente puede enfrentarse al desarrollo de los valores y principios morales, al enjuiciamiento de los conceptos y a la conciencia de sí mismo, que se va a reflejar en sus relaciones interpersonales, en el desarrollo de las metas futuras y de los planes de

vida que caracterizan al adolescente. Para Freud, los cambios de conducta que se presentan en la adolescencia tales como la agresividad, están vinculados precisamente con las alteraciones fisiológicas que también van a provocar emociones negativas como son la depresión, la ansiedad, el desgano, la tensión, la inestabilidad.

Allison Davis (12), al estudiar la relación de la persona con su medio, propone el término de "Ansiedad Socializada" para designar a un agente de motivación y presión que conduce a un proceso de socialización. Aquí la cultura representa un factor preponderante, ya que ella determina cuales serán las gratificaciones que el adolescente obtendrá de sus logros.

El aumento de la "ansiedad socializada" es típico del adolescente, ya que debe enfrentarse a conductas que le son desconocidas, tales como el prepararse para un trabajo, la adaptación heterosexual, el ganar prestigio y amigos, obtener la aceptación de un grupo, satisfacer sus propias necesidades sociales, etc.

Arnold Gesell (7), menciona que las características evolutivas que son fundamentales en el desarrollo del "yo", se ponen de manifiesto en los primeros cinco años de vida, y de los cinco a los 10, se producen nuevas formas en que el "yo" habrá de seguir madurando en el ciclo comprendido entre los diez y dieciseis años. Gesell dice que para el desarrollo de la autoconciencia y autoestimación, se poseen mecanismos de protección que van a ayudar para aceptar lo bueno y rechazar lo malo; aún-

cuando estas adquisiciones se hallan básicamente - determinadas por la experiencia obtenida en el hogar, la escuela y la comunidad.

Con respecto a la conducta sexual, Kinsey - (18) nos informa que en el último siglo, ha aumentado el conocimiento de los muchachos acerca de lo que son las poluciones nocturnas, la menstruación, erecciones, la función reproductiva. En las investigaciones que él ha realizado con adolescentes - normales, encontró un incremento de las actividades especificamente sexuales, incluyendo la masturbación; al parecer dice, que los cambios que se - presentan en nuestros días sobre la masturbación - no es en la conducta misma, sino que se manifiesta en una reducción de los sentimientos de miedo y - culpa, teniendo así una mayor objetividad e información científica.

A) El Adolescente con Parálisis Cerebral en la Familia.

Cuando estudiamos las distintas relaciones- que existen entre los padres y su hijo con parálisis cerebral, nos encontramos con tres actitudes - fundamentales:

a) Sobreprotección.- Cuando los padres o uno de - ellos renuncia a su independencia para dedicarse - únicamente a su hijo, provoca con ello un desequilibrio en las relaciones con los otros miembros de la familia y además un resultado nocivo en el propio muchacho, ya que puede conducirlo al desencadenamiento de conductas de agresión, dependencia y - suma manipulación hacia los demás.

b) Sentimientos de rechazo.- Cuando la madre desarrolla sentimientos de culpa por tener un hijo con parálisis cerebral, va a provocar que las actitudes que tenga hacia él sean variables, es decir, en ocasiones puede tratarlo indulgentemente, en otras lo hará con indiferencia, o cuando es presa de su propia frustración lo manifestará en su trato, originando frustración y ansiedad en el chico.

c) Sentimientos de afecto.- Este tipo de relación caracterizado primordialmente por afecto, resulta ser el más objetivo, porque si bien la madre satisface las necesidades del niño, no se deja envolver por completo del problema, logrando que él adquiera seguridad, independencia y aceptación por el resto de la familia, así como de los amigos.

Como sabemos, las primeras etapas de relación padres-hijo, son básicas para el posterior enfrentamiento a los cambios y exigencias que se le presenten al adolescente en ésta nueva etapa que está experimentando.

B) El Adolescente con Parálisis Cerebral y su medio Sociolaboral.

Cuando el adolescente arriba a esta etapa, podemos pensar que ha tenido la oportunidad de recibir un tratamiento rehabilitatorio e instrucción escolar, y esto le ha permitido la posibilidad de ampliar sus relaciones interpersonales, de satisfacer la necesidad de juego y recreación que lo encaminarán al proceso de socialización, lo cual le va a permitir disminuir el sentimiento de inferioridad y revalorar la confianza en sí mismo. Sin em--

bargo, cuando concluye su escolaridad, disminuyen-las oportunidades que le ofrece la rehabilitación, debido a que existen pocas instituciones que ofrecen servicios de rehabilitación profesional o de - Talleres; además los requisitos que se solicitan - en dichas instituciones, difícilmente son alcanzadas por los adolescentes con parálisis cerebral. Y es precisamente por todo esto, que se inicia nuevamente la angustia y ansiedad de los padres junto - con la del muchacho, por encontrar un lugar en que se le ofrezca actividades que pueda ejecutar de - acuerdo a sus limitaciones. Aquí la participación-del Orientador Vocacional juega un papel importante, ya que aunado al equipo multidisciplinario, podrán sugerir tanto al individuo como a su familia-el planteamiento de la mejor solución al problema.

Los datos recopilados por el Registro Nacional de Inválidos nos informan sobre el número de - muchachos que han tenido la oportunidad de tener - una formación escolar, así como el dato de aque- - llos que han podido desarrollar una actividad ocupacional. (Cuadro No. 4).

DISTRIBUCION DE LOS PARALITICOS CEREBRALES SEGUN GRADO ESCOLAR. REGISTRO NACIONAL DE INVALIDOS REPUBLICA MEXICANA 1975-1978

Cuadro No. 4

AÑO	ANALFABETO.	PRIMARIA.	SECUNDARIA	COMERCIO.	VOCAC. PREPA.	PROFESIONAL	TECNICAS.	TOTAL
1975	142	82	16	-	-	1	22	263
1976	176	71	5	3	2	2	7	266
1977	140	24	1	-	1	-	-	166
1978	238	58	9	2	6	1	4	318

En la población de 10 años y más.

Fuente: Secretaría de Salubridad y Asistencia.

DISTRIBUCION DE LOS PARALITICOS CEREBRALES SEGUN OCUPACION ACTUAL. REGISTRO NACIONAL DE INVALIDOS REPUBLICA MEXICANA 1975-1978

Cuadro No. 5

AÑO	DIAGNOSTICO.	Campesino	Obrero	Empleado	Técnico	Profesionista	Artesano	Comerciante	Estudiante	Lab. Domésticas	Otros	Sin Ocupación	Se ignora	Total
1975	Parálisis Cerebral	-	-	2	-	-	-	1	63	1	-	34	-	104
1976	"	-	1	1	-	1	-	1	14	1	3	71	2	95
1977	"	-	-	-	-	-	-	-	7	1	1	35	-	44
1978	"	2	1	2	2	-	-	2	23	5	17	60	24	138

En población de los 12 años en adelante.

Fuente: Secretaría de Salubridad y Asistencia.

II. METODOLOGIA

Objetivo.- La finalidad del presente estudio es obtener algunos conocimientos acerca del concepto de sí mismo, sentimientos de frustración y manejo de agresión, que nos ayuden a abordar con maypr certeza el problema que a ésta edad experimenta el adolescente con parálisis cerebral, y de ésta manera contribuir a los objetivos de la rehabilitación psicosocial, que incluyen la adaptación del sujeto consigo mismo, con su familia y posteriormente en la comunidad como miembro productivo.

Para llevar a cabo dicho estudio, se recurrió al Método Clínico que contrasta con el Método Experimental.

El método Clínico es de origen médico, tiene la utilidad de ayudar al individuo a resolver sus problemas, ya sean de índole emocional, vocacional o de otro tipo; se usa sobre todo para el exámen de casos individuales para llegar a conclusiones diagnósticas y también para poner en evidencia datos útiles para planear hipótesis. Entre algunas de las técnicas de que se sirve tenemos la entrevista, la administración de pruebas psicológicas, cuestionarios biográficos, la observación, etc.

Por lo tanto, como se observa, las características de dicho método, le dan la categoría de estudio piloto, en donde las hipótesis que puedan extraerse del contexto clínico, sean suceptibles más adelante de ser sometidos a una comprobación más rigurosa. Por tal motivo, se seleccionó este

método por ser el que más se ajusta a las necesidades y enfoque del presente estudio.

Para lograr lo anterior, se procedió de la siguiente manera:

1.- ESCENARIO.- Actualmente en la Cd. de México, se cuenta con algunas instituciones que ofrecen los servicios de Rehabilitación para personas que padecen parálisis cerebral. Entre ellas tenemos: al Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación (I.N.M.R.), dependiente de la Dirección General de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; ubicado en Mariano Escobedo No. 150, y a la Asociación Pro-Paralítico Cerebral (A.P.A.C.), Institución Mexicana de Asistencia Privada, que se encuentra en la calle de Dr. Arce No. 104, Col. Doctores. Dichas instituciones se han propuesto seguir los lineamientos que marca los objetivos de la Rehabilitación, desde un punto de vista integral, es decir, abarcan toda una gama de personal especializado, que en conjunto valoran las capacidades del paciente y diseñan los programas individuales de tratamiento.

Ambos lugares ofrecen servicios de especialidades médicas y paramédicas, tales como:

A) Terapia Física y Ocupacional.- En estos departamentos se realiza la terapia bajo la prescripción del tratamiento indicado por el médico en Rehabilitación; tienen como objetivo primordial lograr que el paciente sea lo más independiente posible en sus actividades de cuidado personal.

B) Terapia de Lenguaje.- Tiene como meta lograr la articulación, construcción, organización y estructuración del lenguaje, con el fin de utilizarlo como un medio necesario para lograr la comunicación e interrelación con sus semejantes.

C) Trabajo Social.- La aportación de este departamento es entre otras, dar al paciente y a su familia, datos de los servicios que se imparten, valorar sus recursos socioeconómicos, establecer cuotas de tratamiento, estudios de habitación, etc.

D) Psicología.- Ofrece los servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento, realizando estudios de Inteligencia, Personalidad, Maduración, Vocacional y Ocupacional, dando tambien reforzamientos terapéuticos por medio de planes demiciliarios; orientación familiar, control perfodico del caso, así como el servicio de Psicoterapia cuando el caso lo requiera.

E) Escuela.- Imparte Educación Especial para paralíticos cerebrales, dando instrucción escolar desde pre-primaria hasta primaria en el I.N.M.R. y hasta preparatoria en la A.P.A.C.

F) Taller.- El taller del I.N.M.R. es prevocacional, preparándose a lo alumnos en el uso de herramientas en general, para un posterior desempeño en actividades inespecíficas; ofreciendo de esta manera, conocimientos básicos sobre carpinteria, electricidad, macanografia, etc.

Los talleres con que cuenta la A.P.A.C. dan la oportunidad de tener en forma simultánea tanto-

el aprendizaje y la habilidad en los diferentes- - oficios que imparte, así como el poder poner a la- venta el producto de su labor, permitiendo con - - ello, que los muchachos experimenten la satisfac-- ción de sentirse útiles aportando algo a su comuni dad.

2.- POBLACION EN ESTUDIO.-

De cada institución descritas anteriormente se incluyó a los alumnos en período adolescente pa ra integrar un solo grupo.

La técnica que se utilizó para formar la - muestra, fue la del Método no Aleatorio de Mues--- treo, que se basa en el juicio personal del exami- nador, mismo que determina que tipos de sujetos -- van a ser tomados en cuenta para el estudio. (17).

Se escogió este tipo de procedimiento, debi do a que después de entrevistar a los miembros del grupo, se observó que los que padecían lesión seve ra, carecían de la capacidad del habla y/o presen- taban movimientos sumamente rígidos o muy incoordi nados, de tal manera que se imposibilitó el traba- jo con ellos.

De este modo, la población total fue de 35- adolecentes y al proceder a la selección, quedó un grupo para estudio integrado por 20 sujetos.

A continuación se presenta la distribución- de los casos de la población original (35 adolecen tes) tomando en cuenta:

DISTRIBUCION DE LA POBLACION
POR EDAD

Cuadro No. 1

EDAD	NO. CASOS	PORCENTAJE
12	4	11.43
13	3	8.57
14	3	8.57
15	4	11.43
16	5	14.29
17	5	14.29
18	3	8.57
19	3	8.57
20	3	8.57
21	2	5.71
T O T A L	35	100 %

Como se observa, el 40% de la población cae dentro de las edades de 15 a 17 años, el 25% de 18 a 20 años, el 17% corresponde al período de 13 y - 14 años, un 11% a los 12 años y sólo un 5% dentro- de los 21 años.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SEXO

Cuadro No. 2

SEXO	NO. CASOS	PORCENTAJE
- Masculino	17	48.6
- Femenino	18	51.4
T O T A L	35	100 %

Como muestra la tabla, la población femenina estudiada, es sensiblemente igual en frecuencia que la masculina.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR DIAGNOSTICO MEDICO

Cuadro No. 3

DIAGNOSTICO	NO. CASOS	PORCENTAJE
Cuadriparesia Atetósica	17	48.57
Hemiplejia Espástica	13	37.14
Cuadriparesia Atáxica	5	14.29
T O T A L E S	35	100 %

La mayor incidencia de la población, presenta la forma clínica de Atetosis, le continúa la - forma espástica y en menor porcentaje la forma atáxica, siendo el 63% con afección de los cuatro - -

miembros y el 37% restante mostrando lesión de la-mitad del cuerpo.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR GRADO DE INTENSIDAD Cuadro No. 4

GRADO	NO. CASOS	PORCENTAJE
LEVE	6	17.14
MODERADA	14	40.00
SEVERA	15	42.86
T O T A L	35	100 %

El grado de intensidad más frecuente de la-población estudiada fue el de tipo severo, siendo-en porcentaje sensiblemente igual al grado moderado y sólo un 17% presenta lesión leve.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR CAPACIDAD INTELECTUAL Cuadro No. 5

C.I.	CRITERIO	NO. CASOS	PORCENTAJE
90 - 109	Normal	12	34.29
80 - 89	Subnormal	9	25.71
70 - 79	Borderline	8	22.86
- 69	D.M.S.	6	17.14
T O T A L		35	100 %

El porcentaje más significativo corresponde a Inteligencia Normal, seguido por el Subnormal y-el 40% restante cae dentro de la Deficiencia Men--

tal.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR GRADO DE ESCOLARIDAD Cuadro No. 6

GRADO ESCOLAR	NO. CASOS	PORCENTAJE
2o. de Primaria	8	22.85
3o. " "	6	17.16
4o. " "	3	14.29
5o. " "	5	14.29
6o. " "	5	14.29
1o. de Secundaria	5	14.29
2o. " "	1	2.85
3o. " "	2	5.71
T O T A L	35	100 %

El grado escolar más incidente fue el 2o. - año de primaria; encontrándose un igual porcentaje para los últimos dos grados de primaria y el primero de secundaria y sólo un 9% para los dos últimos años secundarios.

Como se observa en el Cuadro No. 4, la po-- blación severamente incapacitada forma el 42% del- total de la muestra con un número de 15 sujetos; - fue debido a ésta variable por el que se escogió - el tipo de método antes descrito, en el cuál se basó el juicio personal para seleccionar los casos - a estudiar. Una vez, designados los adolescentes - aptos para someterse a estudio, el grupo obtenido-

de la muestra quedó modificado, siendo estos cam-- bios observados en la distribución de las frecuencias de las variables antes expuestas y quedando - el grupo formado por 20 sujetos distribuidos de la siguiente manera:

a) Edad: de 12 a 20 años

b) Sexo: Masculino y Femenino

c) Diagnóstico: Parálisis Cerebral (en sus diferentes modalidades).

d) Grado de Severidad: de Leve a Moderada

e) Escolaridad: Primaria (en cualquiera de sus grados).

f) Nivel de Inteligencia: Deficiente Mental superficial, a Normal (según- escala de Wechsler).

DISTRIBUCION DE LA POBLACION
POR EDAD

Cuadro No. 1

EDAD	NO. CASOS
12	2
13	-
14	2
15	2
16	4
17	5
18	2
19	1
20	2
T O T A L	20

Como se aprecia, la mayor frecuencia se dá- entre los 16 y 17 años, que corresponden al 26% - del total del grupo, cayendo el resto de las eda-- des entre el 5%, a excepción de la edad de 19 años, que corresponde al 3% aproximadamente.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION
POR SEXO

Cuadro No. 2

SEXO	NO. CASOS
Masculino	10
Femenino	10
T O T A L	20

El grupo evaluado quedó con el mismo número de representatividad por sexo.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION
POR DIAGNOSTICO MEDICO Cuadro No. 3

DIAGNOSTICO	NO. CASOS
Cuadriparesia Atetósica	14
Hemiplejia Espástica	5
Cuadriparesia Atáxica	1
T O T A L	20

La mayor frecuencia del grupo estudiado presenta Parálisis Cerebral de tipo Atetósico con afección de sus cuatro extremidades.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION
POR GRADO DE INTENSIDAD Cuadro No. 4

GRADO	NO. CASOS
LEVE	6
MODERADA	14
T O T A L	20

Como se observa, hay mayor frecuencia en el grado de intensidad moderada, y en menor proporción la de tipo leve.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION
POR CAPACIDAD INTELECTUAL Cuadro No. 5

C.I.	CRITERIO	NO. CASOS
90 - 109	Normal	10
80 - 89	Subnormal	6
70 - 79	Borderline	2
- 69	D.M.S.	2
T O T A L		20

La capacidad intelectual más frecuente fue- de tipo normal, seguida por la subnormal, y en - - igual incidencia el bordeline y deficiente mental.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION
POR ESCOLARIDAD Cuadro No. 6

GRADO ESCOLAR	NO. CASOS
2o. de Primaria	6
3o. " "	3
4o. " "	1
5o. " "	3
6o. " "	3
1o. de Secundaria	2
2o. " "	1
3o. " "	1
T O T A L	20

El mayor número de casos se encuentra en el 2o. año escolar, y el mínimo en los dos últimos años secundarios.

3.- INSTRUMENTOS.

Una vez seleccionado el grupo, se procedió a elegir los instrumentos de medición psicológica, los cuales se utilizaron para obtener con mayor certeza posible, las características a investigar: concepto de sí mismo, manejo de agresión y sentimientos de frustración, que se presentan en el adolescente paralítico cerebral. Dicha elección se vió afectada al considerar las incapacidades de los sujetos, tales como la incoordinación motora fina, trastornos del lenguaje, alteraciones perceptivas, etc., lo cual provocó el utilizar no los instrumentos más apropiados, sino aquellos que se ajustaron a las capacidades residuales de los que integraron el grupo. De esta manera, se utilizó la entrevista, con la finalidad de recopilar datos personales en todas sus áreas. Primeramente se entrevistó a los sujetos en forma individual y posteriormente a los respectivos padres que se pudieron localizar.

Para evaluar la capacidad intelectual se emplearon los test de Inteligencia de Wechsler (WISC-WAIS). Debido a la utilidad que proporcionan en el área diagnóstica, es decir, a diferencia de otros test de Inteligencia, se constituye por varias pruebas homogéneas, en donde cualquiera de ellas pone en juego una función específica o todo un conjunto de funciones, además por poder transformar los puntajes naturales de cada subtest en

un puntaje pesado, resultan directamente compara-- bles.

Tanto la prueba de Wisc para escolares, y la del Wais para adultos, están formados por dos - áreas, la Escala Verbal y la Ejecutiva y cada una- remite su respectivo Cociente Intelectual (C.I.):

Escala Verbal	Información Comprensión Aritmética Semejanzas Vocabulario (Retención de Dígitos)
Escala Ejecutiva	Figuras Incompletas Diseño con bloques Ordenamiento de figuras Composición de objetos Símbolos de dígitos

Se han clasificado dichos subtest en base a la función que miden y así tenemos:

Subtest esencialmente Verbales.- Está constituído por Vocabulario, Información, Semejanzas y Comprensión, los cuales nos darán un conocimiento- general acerca de la dotación natural, estimula- - ción medioambiental, formación conceptual y grado- de juicio práctico que presente el sujeto.

Grupo de Atención y Concentración.- Está - formado por Aritmética y Retención de Dígitos, los cuales nos van a informar acerca del tipo de atención pasiva y automática y de la capacidad de con-

centración como un esfuerzo voluntario que caracterice al sujeto.

Grupo de Coordinación visomotora.- Lo integran los subtest de Composición de Objetos, Diseño con Bloques y Simbolos de Dígitos, que suponen una actividad motriz esencial seguida por la organización visual, la cual incluye la capacidad de análisis y síntesis.

Grupo de Organización visual.- Está formado por Ordenamiento de figuras y el subtest de Completamiento de figuras, que implican la aptitud de anticipación y planeación, así como el esfuerzo voluntario, sistemático y selectivo de la atención.

Al aplicar dichas pruebas, fue necesario adaptar algunas de sus prescripciones, por ejemplo, no se consideró el límite de tiempo establecido en algunos subtest, debido a la incoordinación motora de los sujetos; en otros no se aplicó el test completo, considerándose únicamente el Cociente Intelectual de la escala Verbal o Ejecutiva según el caso para dar el diagnóstico de Inteligencia.

Para evaluar el área de Personalidad, se utilizó la prueba de Frases Incompletas de Sacks, el Dibujo de la Figura Humana, el Cuestionario de Machover Dirigido y el Test de Asociación de Palabras.

La prueba de Frases Incompletas de Sacks, es una variación del método de Asiciación de Palabras, que ha pasado por varias fases hasta llegar al aspecto proyectivo.

Y a pesar de que se considera que la información que proporciona es más restringida que las- de otras técnicas como el Rorschach ó el Test de - Apercepción Temática (T.A.T.), ha demostrado que -- puede proporcionar una orientación general del sujeto;. El test completo consta de sesenta preguntas que han sido destinadas a obtener material clínico significativo en cuatro áreas básicas:

a) Familia
b) Sexo
c) Relaciones interpersonales
d) Concepto de sí mismo.

Dichas áreas están formadas a su vez por 15 actitudes; así el área de la familia incluye tres- series de actitudes: hacia la madre, hacia el padre y hacia la unidad familiar. El área del sexo - incluye las actitudes hacia las mujeres y hacia -- las relaciones heterosexuales. El área de Relaciones Interpersonales está constituída por actitud - hacia los amigos y conocidos, colegas en el trabajo o escuela, los superiores en ambas esferas y -- los subordinados. El concepto de sí mismo involucra temores, sentimientos de culpa, metas y actitudes con respecto a las propias capacidades, el pasado y el futuro. La manera en que se administró,- fue en forma individual, siendo el examinador el - que registró por escrito las respuestas del sujeto.

El Test del Dibujo de la Figura Humana, cae dentro de la técnica proyectiva de analizar dibujos, la cual ha sido criticada por carecer de validación experimental suficiente, ya que algunos autores opinan que es suceptible de conducir a formu

laciones erróneas y además que la confiabilidad y- validez de los juicios basados en el análisis de - dibujos es aún inadecuada. Sin embargo, pese a estas criticas, el procedimiento del dibujo puede -- verse como un test situacional, en el que se le -- presenta al sujeto un problema, en donde para re-- solverlo manifiesta una conducta verbal expresiva- y motora. (1). El supuesto de este test para algunos clínicos como Machover, es de que el dibujo es la proyección de la imagen corporal o del concepto de sí mismo; y ésta es precisamente la premisa que se consideró en el estudio para realizar la interpretación de los dibujos, con la variante de no tomar en cuenta la calidad de las líneas, dado el- - problema de incoordinación motora que presentan.

El Cuestionario de Machover dirigido se utilizó en lugar de la narración de la historia de cada dibujo, debido a la dificultad de la expresión- verbal y/o motora de los sujetos; ello nos permitió ampliar y corroborar la información obtenida - por el resto de los test.

El test de Asociación de Palabras tiene por objetivo descubrir el contenido ideacional que al- sujeto le resulta difícil transmitir. Las áreas -- emocionales perturbadoras se deducen del contenido de las palabras de estímulo y reacción, en las cuales se producen perturbaciones de asociación.

Cabe mencionar, que al proceder a la aplicación de dicho test, primeramente se obstaculizó -- considerar el tiempo de respuesta que marca la - - prueba (para ello se tomó el conteo de tiempo hasta el primer sonido emitido o gesto de articula- -

ción), otro problema fue al realizar la cuantificación de las respuestas, no hubo confiabilidad entre el resultado de los examinadores, todo esto aunado a la deficiente adaptación general de los sujetos, provocó un bloqueo en las reacciones asociativas. De esta manera, el test resultó inválido, por lo tanto, los datos que nos arrojó no se incluyen en el trabajo.

De esta forma, se utilizaron las pruebas de Wechsler para obtener diagnóstico de Inteligencia (C.I.), la prueba de Frases Incompletas para adquirir información sobre las cuatro áreas básicas del sujeto, el test del Dibujo de la Figura Humana y el Cuestionario de Machover, para extraer datos cualitativos del problema a estudiar y a la vez corroborar los resultados entre dichas pruebas.

4.- INDICADORES CLINICOS.-

A continuación se definen las conductas a investigar:

Concepto de sí mismo.- "Es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes del individuo respecto a sí mismo, es una experiencia subjetiva que el individuo hace conocer a otros a través de informes verbales y de otras conductas expansivas potentes" (13).

Rogers dice que "es la nóción que el individuo tiene de su identidad continua como persona y este concepto se desarrolla desde que el niño va descubriendo su propio cuerpo, hasta llegar a comprender todos los valores, sentimientos, actitudes

y aspiraciones que tiene el individuo" (13).

Frustración.- Verplanck nos dice que una - frustración "es algún impedimento que dificulta - que el organismo realice alguna respuesta" (13). - Otras definiciones nos refieren que el término es- usado en dos formas: una, cuando se aplica a cualquier interferencia en la satisfacción de un motivo, y el otro sentido, es cuando la frustración designa las consecuencias o el estado interno resultantes de tal interferencia en la conducta dirigida hacia una meta. Las fuentes de frustración pueden ser:

1) Barreras impuestas externamente.
2) Conflictos internos entre respuestas incompatibles o sentimientos de insuficiencia que inhiben la persecusión de fines importantes.

Agresión. "Es la acción que tiene como propósito causar daño o ansiedad a otros y que se puede manifestar en forma verbal y/o física". "La - - agresión parece estar íntimamente ligada al nivel- de actividad en el cual influye considerablemente- la constitución física del individuo. También se - considera que la agresión es una reacción resultante de los sentimientos de frustración" (13). Las - formas en que se puede presentar la agresión es entre otras: física-verbal, deliberada-impulsiva, - desplazada-reprimida, heteroagresividad o autoagresividad.

5.- HIPOTESIS.

H_1.- De acuerdo a la población estudiada, -

ésta presentará un concepto de sí mismo devaluado- y un grado considerable de baja tolerancia a la - frustración, dándose como consecuencia sentimien-- tos de agresión que provocan desajustes en el proceso de adaptación".

H_o.- De acuerdo a la población estudiada, - ésta no presentará un concepto devaluado de sí mismo, ni baja tolerancia a la frustración, por lo - que no se presentarán sentimientos de agresión ni- desajustes en el proceso de adaptación.

6.- PROCEDIMIENTO.

Como paso inicial para la comprobación de - H_1, se realizó la entrevista de los sujetos en forma individual, posteriormente se les administró la Batería de Test previamente seleccionados. Ya obtenida la evaluación de todo el grupo, se procedió a la calificación e interpretación de cada test, teniendo así un resultado individual primeramente y- después para conjuntarlos, extrayendo información- a nivel grupal, confrontando en cada uno de estos- pasos, los datos obtenidos por cada uno de los examinadores.

III. RESULTADOS

Con la finalidad de obtener una mayor confiabilidad en la calificación e interpretación delas pruebas, se solicitó la colaboración de dos psicólogas más. Así se procedió a realizar la cuantificación e interpretación en forma individual de los casos, posteriormente se efectuó un análisis por frecuencia de respuestas, resultando finalmente un perfil de grupo.

Para llevar a cabo la cuantificación de los test, se tuvo como paso inicial, la definición delas conductas a estudiar, posteriormente el registro se realizó siguiendo los lineamientos de cadaprueba para su evaluación, realizándose en forma independiente; al final se compararon la calificación e interpretación obtenida, teniendo un 90% de confiabilidad entre los examinadores (según la fórmula; número de acuerdos entre números de desacuerdos X 100).

Los resultados se presentan por test, dándose un resumen interpretativo así como su respectiva gráfica.

Frases Incompletas de Sacks.

Area Familiar.- Los datos reportan que haysentimientos ambivalentes para con la madre, a pesar de existir una actitud de reconocimiento hacia el trabajo que ella desarrolla con ellos, como loes sustentar sus requerimientos básicos, llevarlos a su tratamiento, etc. Sin embargo, manifiestan que esas actividades no les satisfacen la necesi--

dad de cariño, atención y comprensión que ellos solicitan. La figura paterna se percibe más problemática que la materna; se manifiestan al igual sentimientos ambivalentes pues de la misma forma que lo sienten bueno, lo sienten malo por lo distante y retraído en su comportamiento hacia ellos. La mayor frecuencia de respuesta en ésta área, manifiestan que es el padre el que menos tiempo les dedica y no entabla comunicación con ellos, por ello se le reprocha con resentimiento el distanciamiento que presenta. El concepto que muestran hacia su propia familia, es superficial, frío y reprochante, en donde a pesar de recibir atención especial por su incapacidad, no sienten el cariño y amor que ellos quisieran, y así experimentan ser una carga para su familia. No obstante expresan que su familia no es diferente de las demás. Es notorio que conforme van creciendo, van sintiendo un alejamiento afectivo hacia el núcleo familiar, ya que al querer independizarse y no lograrlo, les resulta más conflictivo permanecer con ella, además porque manifiestan rivalidad con sus hermanos en relación a las actividades que ellos realizan y al trato que llevan con los padres.

Area Sexual.- Fundamentalmente se encontró que las características que le adjudican al sexo opuesto (por ambas partes), son las socialmente establecidas; expresan tener ideales sobre formar su propio matrimonio, encontrar una pareja que les sea fiel. También manifiestan agresión hacia el sexo opuesto, ya que mencionan haber experimentado una relación muy superficial que les ha provocado mayor frustración así como sentimientos de soledad. Acerca de su vida sexual refieren que está vacía, ya sea o

porque no la han iniciado o porque sus resultados- han sido negativos. Es significativo el bloqueo - que se presentó en la pregunta sobre relaciones sexuales, a la vez que denotaron falta de conocimiento en lo que respecta a dicha área, así como excesiva represión sexual.

El sentimiento que manifiestan hacia otras- parejas, es de envidia o molestia, debido a que - ellos no pueden formar fácilmente una pareja, sin- embargo confían en que algún día realizarán su matrimonio pudiendo procrear hijos.

Concepto de sí mismo.- Los datos nos reportan que existen manifiestos sentimientos de impo-- tencia para emprender nuevas actividades, mencio-- nan tener temor a salir o estar sólos, temor a fracasar por sus limitaciones físicas; todo esto los- conduce a que muchas veces actúen arrebatada o engañosamente. Asimismo se encontró que hay actitu-- des fantaseosas con respecto a sus metas, ya que - éstas no van relacionadas con sus incapacidades, - por ejemplo, más del 50% de respuestas en actitud- hacia las metas, expresaron querer concluir una carrera profesional, tales como Medicina, Leyes, - - Maestros, etc. Hay marcados sentimientos de culpa- por creer ser la causa de problemas familiares e - incluso respondieron sentirse culpables por haber- nacido; lo cual nos refiere el concepto de no aceptación de su propia persona, así como del agocen-- trismo y poca objetividad que tienen para evaluar- la realidad. Los datos denotan incapacidad de los- sujetos para enfrentarse a problemas, y por consiguiente, no luchan por solucionarlos.

Enmarcan sus habilidades en la esfera motriz, es decir, aquél que puede caminar independientemente, siente que es su mayor habilidad, o si su lenguaje resulta más entendible que el de otros, lo manifiesta como su mejor habilidad. En la actitud hacia el pasado se perciben deseos de retornar a su etapa infantil, arguyendo que la vivieron mejor que la actual. En la actitud hacia el futuro expresan tener la esperanza de llegar a ser como los demás, de poder alcanzar en esta etapa, un status en su medio social. Un menor porcentaje, perciben al futuro nefasto e inseguro.

Relaciones Interpersonales.- Manifiestan preferencia para relacionarse con personas jóvenes, honestas, francas y alegres. Expresan que el ambiente social en el que se desenvuelven es de amistad, ayuda y cordialidad, sin embargo, desean que haya más interés y cariño por parte de las personas que laboran con ellos.

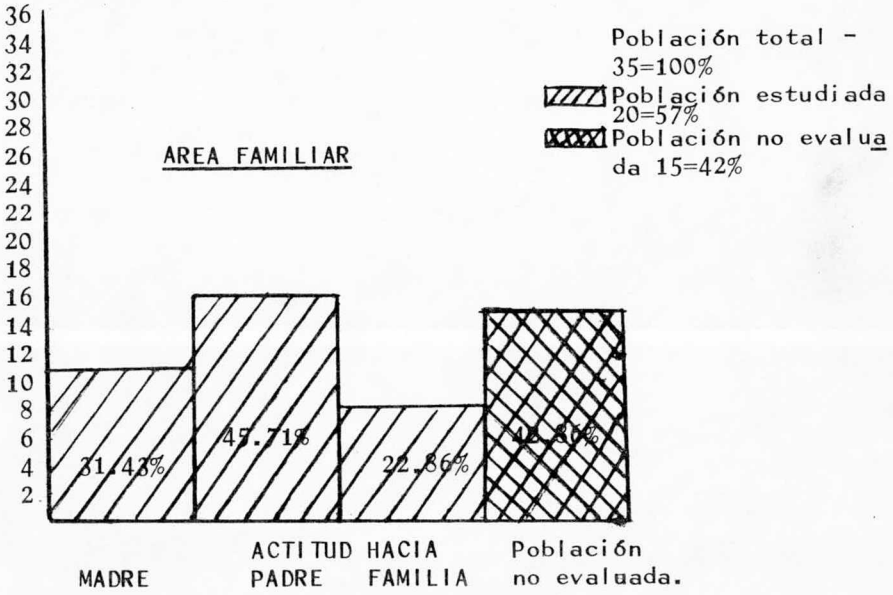
Se observa que sus relaciones interpersonales no van más allá del ámbito escolar, es decir, no mencionan amigos o conocidos con los cuales se reúnan fuera de la escuela y aluden que es debido al problema de lenguaje que tienen, ya que tardan en expresar sus ideas "y poca gente tiene paciencia para escucharlos". Sólo en un 22% aproximadamente, se encontró problema con la autoridad, lo que nos indica que pueden ajustarse a ella, considerando también que los superiores no se muestran autoritarios, sino que más bien reflejan actitud de compañerismo en su trato. Manifiestan incapacidad para dar órdenes y un sentimiento general de infravaloración por no poder hacerse obedecer por-

los demás.

A continuación se presentan las gráficas de las cuatro áreas de la prueba de Frases Incompletas, que se obtuvieron a partir de la máxima calificación o puntuación, que nos está indicando cierto grado de patología o problema en esa área.

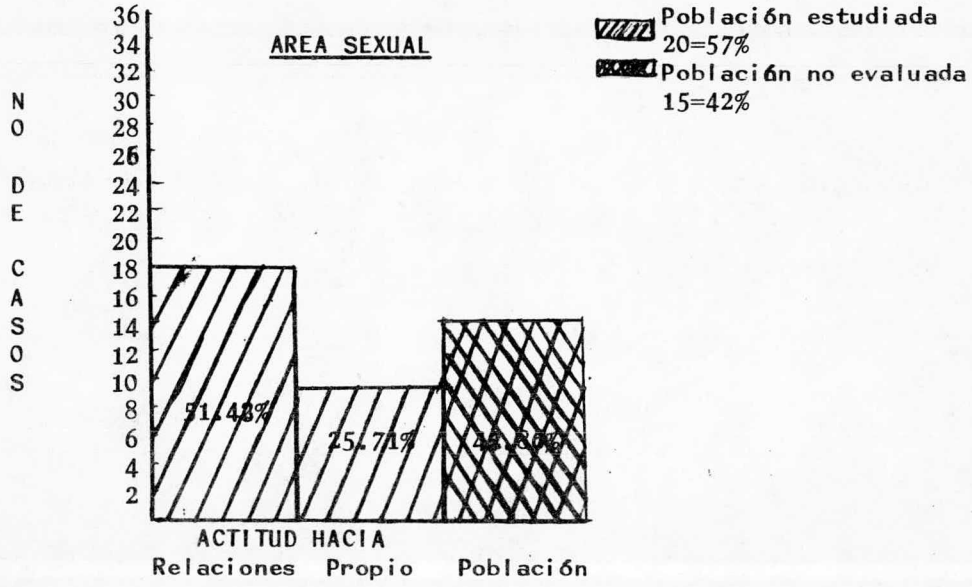
PSICOPATOLOGIA ENCONTRADA EN LOS CASOS DE ESTUDIO EN LAS DIFERENTES AREAS DE LA PRUEBA DE FRASES INCOMPLETAS DE SACKS

Gráfica No. 1



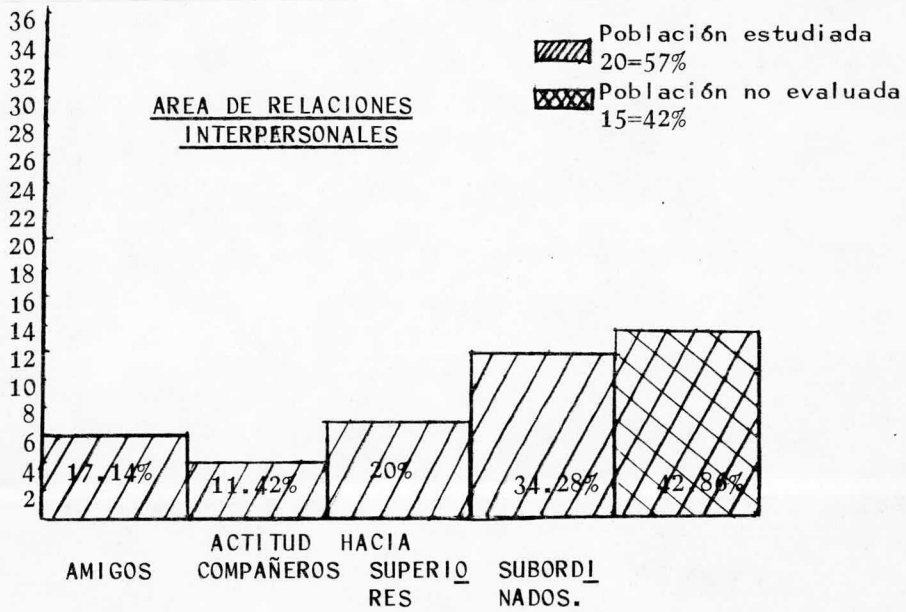
Como se observa, se presentó mayor problema de relación hacia la figura paterna dentro del núcleo familiar.

Gráfica No. 2



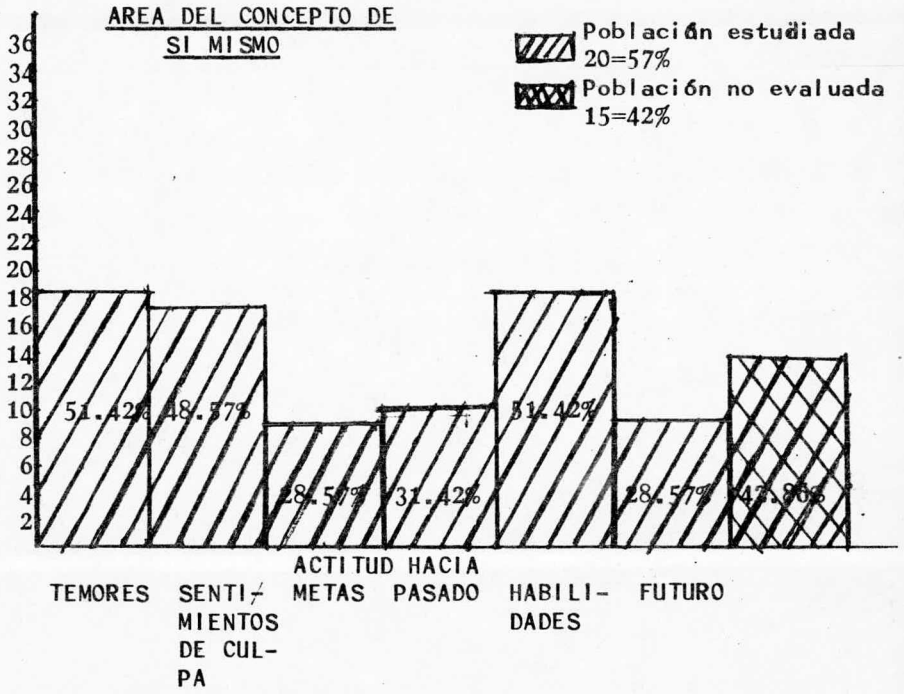
Es evidente la problemática que tienen para relacionarse con personas del sexo opuesto y en menor grado con las de su mismo sexo.

Gráfica No. 3



Como lo muestra la gráfica, un 34% del grupo estudiado- presenta dificultad en la actitud hacia los subordinados, manifestándose en incapacidad para dar órdenes; y sólo en un 11% - se encontró dificultad para relacionarse con sus compañeros en la escuela.

Gráfica No. 4



Como se aprecia, el 51% del grupo, experimenta sentimientos de temor y ello correlaciona con la falta de confianza en sus propias habilidades.

En base a los datos cualitativos de la prueba del dibujo de la Figura Humana y del Machover - Dirigido, se encontraron las siguientes características:

1.- Exaltación de la Fantasía. Los datos nos indican, que el grupo estudiado perciben el medio-ambiente tan abrumador, que responden a él de-manera inadecuada, distorsionando el estímulo-real y creándose una fantasía.

2.- Negación de la realidad. Para aminorar el grado de frustración que les provoca su medio social, tienden a evadir el contacto con él.

3.- Dependencia y manipulación. Muestran un precario dominio interno, por lo que prefieren apegarse a otra persona para respaldarse en ella, y de ésta manera poder justificar su incapacidad.

4.- Inseguridad. Sus recursos son rígidos y reprimidos de tal forma que se inhiben o temen desarrollar una nueva actividad, por tal circuns-tancia asumen actitudes de pasividad para evitar enfrentamientos ante nuevas situaciones.

5.- Regresión. Reflejan un concepto inmaduro de sí mismos, manejando infantilmente las demandas - que se les presentan, manifestando conductas - caprichosas, lábiles y oposicionistas.

6.- Agresión. Hay manifiestos sentimientos agresivos, pero con la incapacidad de manifestarla - abiertamente, por lo que tienden a no acatar -

órdenes y asumir actitudes de mutismo.

7.- Introversión. Mostraron tendencia al aislamiento, reducida relación con su medio social, provocando con ello que sus sentimientos y actitudes se vuelquen hacia ellos mismos, manifestándose a través de conductas solitarias.

8.- Autoagresión. Por la incapacidad de manifestar toda la agresión que experimentan hacia su medio, la vuelcan en sí mismos, percibiéndose infravalorados y con sentimientos de minusvalía.

9.- Dificultad en relaciones interpersonales. Se encuentran deficientes sus relaciones hacia los demás, muy superficiales y escasas. Además los datos nos refieren que por experimentar una imagen corporal inadecuada, se les dificulta relacionarse afectivamente con el sexo opuesto.

10.- Frustración. El grupo manifestó sentimientos de frustración cuando se aludió a las áreas relacionadas con sus limitaciones físicas y en las que involucran aspectos heterosexuales.

De esta manera podemos apreciar, como las experiencias tanto internas como externas que han vivenciado los adolescentes con parálisis cerebral del grupo estudiado, no les ha permitido lograr la aceptación de su imagen corporal y por lo tanto no tienen un concepto adecuado de sí mismos, lo cual repercute en la imposibilidad de ser objetivos para evaluarse, en un mayor aumento de sus fantasías

que a su vez, los tiende a alejar de la realidad y a no tener conciencia de su padecimiento, así como el no poder aprovechar sus habilidades residuales- con que cuentan, sobre todo en aquellos en que la- lesión no es tan severa..

Con respecto al manejo de agresión, se puede observar como el grupo estudiado, manifiesta tener mucho sentimiento agresivo hacia su medio ambiente, ya que éste le presenta actividades que - ellos difícilmente las alcanzan, y esto les acrecienta su agresión, sin embargo, no la pueden expresar abiertamente, y continuamente están tratando de no sentirse marginados y son solícitos de - aprobación y aceptación para ingresar a su comunidad.

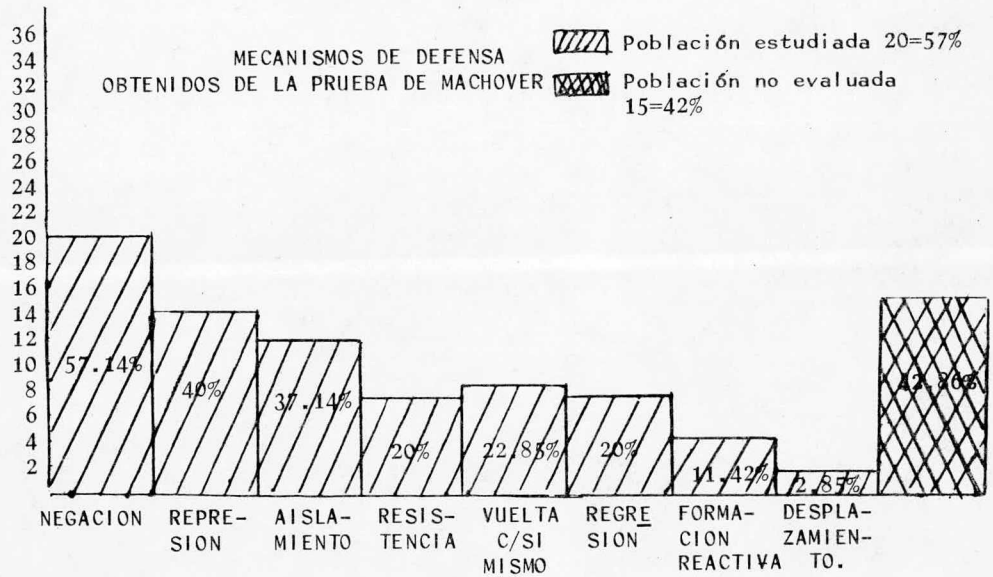
Por otra parte, el paralítico cerebral como el resto de los adolescentes, sienten a la familia fría y distante, no encuentran en ella la satisfacción de sus necesidades actuales, de la misma manera en que la obtuvieron en la infancia, máxime que desean independizarse y valerse por sí mismos, pero al experimentarse incapaz para realizarlo, surge el sentimiento de agresión hacia ella, pero no- obstante, también sienten que es con lo único que- cuentan, por lo que no pueden agredirla directamente y optan por desplazar esa agresión hacia ellos- mismos, convirtiéndose en una autoagresión, lo - - cual origina mayor dependencia y mayores sentimientos de culpa, por sentir que son la fuente de muchos problemas.

En relación a la frustración, se aprecia - que no la experimentan en toda su intensidad, ya -

que al utilizar el mecanismo de la negación y exaltación de la fantasía, logran disminuir este sentimiento. No obstante, cuando se enfrentan a situaciones que implican comprobar sus limitaciones, presentan baja tolerancia la frustración, canalizándola en conductas infantiles.

En seguida se muestra la gráfica de los mecanismos de defensa más frecuentes presentados por el grupo evaluado, los cuales se obtuvieron a través de la prueba del Dibujo de la Figura Humana así como del Machover Dirigido.

Gráfica No. 5



El mecanismo que con más frecuencia utilizó el grupo durante el estudio, fue el de negación seguido por el de represión, y únicamente el 3% manejó el desplazamiento.

IV. DISCUSION

Sin duda que el adolescente con parálisis cerebral es todo un reto para su estudio, ya que además de sus limitaciones físicas, enfrentan los cambios biológicos, sociales e intelectuales propios de la edad, que los conducen a una crisis emocional. Por ello es necesario que sean tratados por todo un equipo interdisciplinario, que aunado a la valoración integral enfanticen en una educación sexual, de tal manera que los adolescentes puedan comprender y manejar los cambios que se suscitan en ellos.

También es inminente la urgencia de concientizar en la familia la aceptación del paralítico cerebral, para contribuir a su propia aceptación, disminuyendo así la tendencia al uso de la negación y exaltación de la fantasía, logrando con ello una mejor adaptación al medio social.

Cabe mencionar que el avance tecnológico ayuda a superar las medidas terapéuticas en Rehabilitación física, pero en el área psicológica se encuentran limitados tanto los conocimientos como el material o equipo indispensable para evaluar a pacientes severamente dañados que representan un alto porcentaje de la población. Es por ésta razón, que existe la evidente necesidad de trazar medidas de rehabilitación psicológica, que nos permitan disminuir el alto índice de personas improductivas que representan una carga económica a la familia y un parasitismo social a la comunidad.

Por otro lado, la prevención de la invali--

dez a través de campañas de educación higiéńicas a nivel masivo y el adecuado tratamiento de las en-- fermedades para evitar yatrogénesis que dejan se-- cuelas invalidantes, son necesarios llevarse a cabo para aminorar la incidencia de la Parálisis Cerebral.

V. CONCLUSIONES

1.- A través del análisis de los datos obtenidos en el grupo de adolescentes con parálisis cerebral, se puede concluir que la hipótesis H_1 planteada con anterioridad queda demostrada, al observar que los porcentajes de psicopatología del concepto de sí mismo, son los más elevados de todas las gráficas, y es el que determina que tengan más baja tolerancia a la frustración, un inadecuado manejo de agresión y por lo tanto desajustes en el período de adaptación.

2.- La carencia de conocimientos y material para la evaluación y diagnóstico de personas severamente incapacitadas, trae como consecuencia el desconocimiento de los factores psicodinámicos en este tipo de sujetos, lo cual indica que puede o no presentarse desadaptación en ellos, pero si es un hecho, que ellos constituyen la mayor parte de la población, quedando como seres segregados de los grupos sociales.

3.- Los sujetos estudiados en relación al concepto de sí mismo, presentan un concepto de imagen corporal inadecuado, que va a provocar sentimientos de minusvalía y dificultad en las relaciones interpersonales.

4.- La familia es un factor que condiciona en alto porcentaje el manejo de agresión y como se observó, el adolescente estudiado muestra incapacidad para desplazar la agresión a su medio ambiente, lo cual origina con frecuencia la auto

agresión y en otros casos, mayor dependencia - familiar así como sentimientos de culpa.

5.- Dichos factores: concepto de sí mismo, frustración y agresión, al no ser bien orientados con técnicas terapéuticas, van a repercutir en desviaciones de conducta, desintegración familiar, desempleo y en general, freno al progreso.

6.- Utilizan los mecanismos de defensa más primitivos (regresión, represión, aislamiento), presentando escaso conocimiento en el área sexual y manifestándose conductas de masturbación con sentimientos de culpa.

BIBLIOGRAFIA

1.- Abt. L.E. y Bellak. L.; Psicología Proyectiva; Ed. Paidós, Buenos Aires, 19

2.- Alvergue R. Invalidez Motriz Cerebral; Ed. Instituto Salvadoreño de San Salvador, 1971.

3.- Bartley H.S.; Principios de Percepción; Edi.- Trillas, México, 1973.

4.- Barraquer B.L. y otros; La Parálisis Cerebral; Ed. Científica Médica, Barcelona 1966.

5.- Bobath B.K. y Gónzalez M.R. Parálisis Cerebral; Ed. Prensa Española, 1976.

6.- Cruikshank M.W.; El Niño con Daño Cerebral; Ed. Trillas, México, 1971.

7.- Gesell A. y otros. La Personalidad del Niño de 5 a 16 años, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1976.

8.- Piaget J. Seis estudios de Psicología; Ed. Seix Barral, Barcelona México, 1976.

9.- Lane H. Beauchamp M.; Comprensión del Desarrollo Humano, Ed. Kapelusz, Paz-México, 1964.

10.- Leif J. y Delay J. Psicología y Educación del Adolescente; Ed. Kapelusz, Buenos Aires 1971.

11.- Lindemann R. La Parálisis Cerebral; Ed. Científico Médica, Barcelona 1968.

12.- Muss R.E. Teorías de la Adolescencia; Ed. Biblioteca del Hombre Contemporáneo, Paidós, - Buenos Aires 1976.

13.- Mussen P.H. Conger J.J. y Kagan J. Desarrollo de la Personalidad del Niño; Ed. Trillas, México 1978.

14.- Rapaport D. Test de Diagnóstico Psicológico,- Ed. Paidós, Buenos Aires 19

15.- Rappoport L. La Personalidad desde los 13 a - los 25 años; Ed. Paidós, Buenos Aires 1978.

16.- Siegel Sidney.- Estadística No Paramétrica; - Ed. Trillas, México 1975.

17.- Spock B. Lerrigo O.M. El Cuidado del Niño Lisiado. Ed. Prensa Médica Mexicana, 1967.

18.- V.P. Sukhatme; Teorías de Encuestas por Muestreo con Aplicaciones. Ed. Fondo de Cultura - Económica.

19.- Whittaker O.J. Psicología. Ed. Interamericana 1977.

Artículos:

20.- Phelps. Estudio de la Personalidad del P.C. - (Curso del Pre-Congreso sobre Parálisis Cerebral, Memorias del Congreso del I.R.M.A.).

TESIS "CLASICAS"

PASEO DE LAS FACULTADES 32-D
FRACC. COPILCO UNIVERSIDAD
CIUDAD UNIVERSITARIA 20, D. F.