

UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Con estudios incorporados a la Universidad
Nacional Autónoma de México

1984 - 1988

"RASGOS DE PERSONALIDAD CARACTERISTICOS EN
MADRES DE HIJOS CON Y SIN PARALISIS CEREBRAL.
ESTUDIO COMPARATIVO."

T E S I S

Que para obtener el título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a

MARIA DE LOURDES TAMAYO MENDOZA

Asesor de Tesis: Maestra Martha Patricia Bonilla Muñoz

México, D. F.

TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

C O N T E N I D O

Introducción	4
Justificación	6
Capitulo I Parálisis Cerebral	7
1.1 Antecedentes	8
1.2 Sistema nervioso Central	9
1.3 Definición	16
1.4 Etiología	17
1.5 Clasificación	24
1.6 Aspectos Psicológicos	27
Capitulo II Concepto de Personalidad	31
2.1 Temperamento	32
2.2 Caracter	32
2.3 Teoría de los Tipos	33
2.4 Teoría de los Rasgos	34
2.5 Teorías Neofreudianas	34
2.6 Teoría Psicoanalítica Freudiana	35
Capitulo III Desarrollo de la Personalidad	36
3.1 Estructura mental	37
3.2 Primeros estadios (oral y anal)	49
3.3 Etapa fálica en la niña	59
3.4 Latencia y Pubertad	64
3.5 Menstruación	71
3.6 Embarazo	81
3.7 Parto	92

Capítulo IV Aspectos Metodológicos	99
4.1 Objetivos	100
4.2 Planteamiento del Problema	100
4.3 Hipótesis	100
4.4 Variables	101
4.5 Muestra y Procedimiento	102
4.6 Diseño de la Investigación y Análisis estadístico	103
4.7 Instrumento	104
Capítulo V Resultados	112
5.1 Resultados estadísticos	113
5.2 Interpretación de resultados	117
5.3 Conclusiones	125
VI Bibliografía	128
VII Anexos	132

INTRODUCCION Y JUSTIFICACION

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

La madre se enfrenta durante su embarazo a una serie de emociones que evocan la primitiva relación con su madre, afectando así a la manera de pensar y sentir, tanto de ella como en su embarazo.

El presente estudio pretende demostrar que existen las mismas probabilidads de presentar rasgos de personalidad comunes con respecto a los perfiles, en madres de hijos con y sin parálisis cerebral.

Helene Deutsch (1960), interpreta al embarazo como consecuencia de una doble identificación; por un lado se identifica con el feto, reviviendo así su propia vida intrauterina; por el otro, el feto representa para el inconsciente de la mujer embarazada a su propia madre y especialmente al Super Yo materno, siendo así que su relación ambivalente con la madre es revivida con el hijo futuro.

El feto puede adquirir otras representaciones más para la mujer embarazada. La más frecuente, además de representar el medio por el cual se reparará aquello que en la historia de la madre fué juzgado deficiente, sufrido como carencia o prolongar aquéllo a lo que debió renunciar ; es la de algo robado a la madre. Este algo puede ser tanto un hijo que pertenece a la madre, como el pene del padre que la madre lleva dentro.

Nos encontramos entonces, con las fantasías tempranas e inconscientes de la niña, de haber despojado a su madre de los contenidos valiosos del cuerpo (Marie Langer , 1988).

La reagudización de éstas fantasías durante el embarazo y parto, es la causa de múltiples angustias, trastornos somáticos y depresión.

Cuando su historia personal permite a la madre que el embarazo y parto constituyan un episodio de su vida sin mayores molestias, ésta - presentará un perfil de personalidad equilibrado; siendo lo contrario- para aquellas que han vivido conflictos psicológicos importantes.

Cuando encontramos que se le informa a la madre que dió a luz un hijo enfermo, ésta entrará en shock, ya que por un lado re reviven los conflictos del pasado, y por el otro que esto impedirá que pueda resolver su propio problema; sin embargo, se ha encontrado que en algunos casos la madre afronta satisfactoriamente el problema (Finnie, 1976).

Así, si se toma en cuenta que la vivencia al embarazo y parto son fundamentales para lograr el triunfo de la identidad de la madre, se puede decir que la manera en como reaccione ante ésta primera situación será como se definan los rasgos de personalidad. En algunos casos ésto le ayudará a estructurarse como madre, en otros no.

Para la expositora esto fúe uno de los objetivos por los cuales se planteó el estudio. Evaluar la personalidad de las madres de hijos con y sin parálisis cerebral y comparar los perfiles (rasgos), con el fin de demostrar que el hecho de tener un hijo con parálisis cerebral no es factor desencadenante en el desequilibrio de la personalidad, sino su propia historia personal.

JUSTIFICACION

Es evidente que la relación de la madre con ella misma es fundamental para la creación de un medio favorable u - hostil en el ambiente familiar, facilitando o empeorando las relaciones interpersonales.

Sabemos que para una mujer el ser madre será el punto crucial para la integridad de su persona, pero es muy importante la manera en como haya vivido las respectivas etapas - del desarrollo, debido a que en el embarazo se revivirán vigios conflictos que afectarán la vivencia de éste, determinándose ya en el parto su personalidad. Entonces la historia - personal de cada mujer será factor que determine los rasgos de personalidad para con sus hijos (y en consecuencia las - actitudes) y no los hijos quienes determinen el equilibrio o no de ésta.

El hecho de querer demostrar que las madres que den a luz un hijo con parálisis cerebral pueden presentar un perfil de personalidad similar a aquellas que tengan un hijo sin - parálisis cerebral es útil para poder brindar ayuda al enten - dimiento de las actitudes de éstas hacia sus hijos y demás -- miembros de la familia, además de saber que éste tiene su or - rigen en la historia personal de la madre.

CAPITULO I

1.1 ANTECEDENTES.

En 1869, el doctor William John Little, describe el síndrome como displejia espástica, al cual siempre se le acompañaba con deficiencia mental.

Tres años más tarde publica un reporte, en el cual relaciona el parto anormal y la prematuridad con los desórdenes nerviosos (parálisis cerebral); demostrando que éstas enfermedades cerebrales no tenían relación con el parto, sino que eran cuadros clínicos que se iniciaban en los recién nacidos de etiopatogenia muy diversa, que en muchos casos no tenían relación con traumas obstétricos o con la prematuridad. Con esto se descarta al término Enfermedad de Little como sinónimo de causas congénitas (Carrasco R, 1955).

Años más tarde Freud (1888), contribuye haciendo observaciones sobre el tema, las cuales se centran en la relación entre la corteza y los músculos afectados.

Considera a la parálisis cerebral como una parálisis conjunta, - siendo siempre una afección que ataca a una gran parte de la periferia, una extremidad o un complicado aparato motor. Jamás se limita a atacar individualmente a un músculo.

Propone para la parálisis cerebral el nombre de parálisis de representación, debido a que la reproducción de la periferia en la corteza no es ya una reproducción exacta punto por punto, ni una verdadera proyección, sino una relación por medio de fibras a las que se pueden calificar de representativas (Freud, 1888).

Sin embargo para designar este síndrome se han venido utilizando una gran variedad de términos, entre los cuales están: los cerebroespásticos, espasticidad cerebral infantil, paralíticos cerebrales etc.

No es hasta el año de 1950, cuando el doctor Winthrop. M. Phelps y otros médicos que seleccionan el término de parálisis cerebral, describiendo más exactamente sus características, siendo desde entonces que se utiliza el término para designar el padecimiento.

1.2 SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

Tomando en cuenta que la parálisis cerebral es una alteración a nivel del sistema nervioso, es importante definir el concepto y funcionamiento de éste.

El sistema nervioso es el conjunto de estructuras mediante las cuales el organismo responde adecuadamente a los estímulos que recibe, tanto del medio externo como del interno.

Los estímulos constituyen la información que el organismo recibe y a la cual deberá de responder; para ello los receptores serán los encargados de traducir los diferentes tipos de energía eléctrica (parte esencial del impulso nervioso) (Ardila R. 1981).

Una vez codificada la información en impulsos, este se conducirá a través de neuronas aferentes a los centros nerviosos, donde se procesará e interpretará. Los impulsos resultantes de los mecanismos integradores se conducirán por las neuronas aferentes a ciertas estructuras, donde tendrá lugar la respuesta, llamada eefectora (pudiendo ser músculo estriado, liso, cardíaco o glándulas) (López A, 1983).

Este autor clasifica al sistema nervioso en :

a) Sistema Nervioso Central: constituido por encéfalo y médula - espinal. Representando el nivel integrativo.

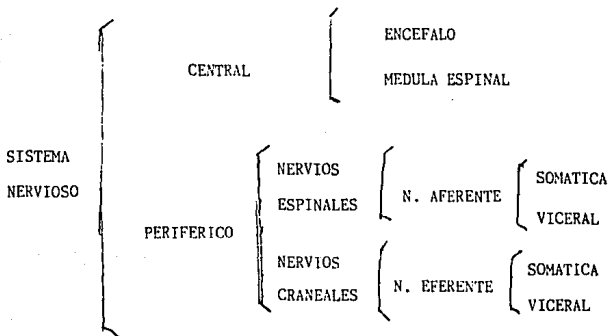
b) Sistema Nervioso Periférico: Comprende los nervios espinales, que contienen las prolongaciones de neuronas aferentes y eferentes, subdividiéndose cada una en somáticas y viscerales.

Las neuronas somáticas aferentes, conducen la información de los receptores situados en la piel, mucosa ectodérmica de la cabeza, músculos, tendones, articulaciones y oído.

Las neuronas aferentes viscerales, llevan impulsos originados en los receptores de las víceras gustativas y olfativas.

Las neuronas eferentes somáticas inervan músculo estriado; mientras que las viscerales llevan impulsos a los efectores viscerales.

El cuadro siguiente servirá para esquematizar lo antes mencionado:



Dado que el movimiento es un elemento básico en la expresión de la conducta y es la principal vía afectada en la parálisis cerebral, se hará un resumen de los elementos que entran en función en la organización del movimiento y las partes que se ven afectadas en este padecimiento.

El movimiento comprende dos componentes:

- 1) La información sensorial que se recibe en un momento dado o la que ha sido conservada como memoria de experiencias significativas.
- 2) El mecanismo afectivo que traduce la respuesta a dicha información.

De esta manera el movimiento será el resultado de una integración sensoriomotora que ocurre en todos los niveles del sistema nervioso, manifestándose por la activación de los efectores (López A, 1983).

Todos los impulsos que llegan a los músculos para producir movimientos voluntarios, nacen del área motriz, localizada en el lóbulo frontal - en la parte anterior de la cisura de rolando (Ardila R, 1981).

El trayecto que recorren los impulsos nerviosos hasta los músculos estriados para producir movimientos voluntarios tienen dos componentes:

- a) NEURONA MOTORA SUPERIOR: De éste nacen las fibras piramidales.
- b) NEURONA MOTORA INFERIOR: De éstas nacen las fibras periféricas.

Las fibras piramidales están formadas por los axones de las neuronas motoras superiores, las cuales bajan hasta la médula para hacer sinápsis en las neuronas motoras inferiores. Las fibras de éstos terminan en los músculos para producir movimientos voluntarios.

Las fibras de la neurona motora superior se dividen en :

- Fibra cortico - espinales
- Vía cortico - bulbar
- Vía cortico - meencefálica

La neurona motora inferior posee cuerpos situados en las astas anteriores de la médula y en los núcleos motores voluntarios de algunos pares craneales.

En la médula sus fibras toman curso enteroexterno formando así las raíces anteriores, continuando su curso y junto con las fibras de las raíces posteriores, forman el nervio raquídeo (López Antunez, 1971).

Para López Antúñez (1971), la neurona motora inferior, ejerce un efecto estimulante sobre el músculo esquelético, esencial para mantener un funcionamiento normal.

El músculo depende totalmente de la neurona motora inferior para toda su actividad, sea ésta motora o refleja.

A continuación se estudiarán los signos que produce la lesión de la neurona motora superior y los producidos en la neurona motora inferior.

Entre los signos que producen la lesión de la neurona motora superior estan :

- Hipertonía: (espasticidad) de los músculos paralizados.
- Exageración de los reflejos tendinosos y presencia de Clonus en el tobillo.
- Babinsky positivo.
- No hay atrofia a excepción de los casos en que se produce por la falta de su uso.

- Ausencia reacción de degeneración.
- Incoordinación motora.

La lesión en la vía corticoespinal es generalmente unilateral y el efecto se produce en el lado opuesto.

La lesión produce una hemiplejía o bien simplemente paresias (debilidad muscular). El poder voluntario es el que primero se pierde o se altera. Los movimientos más finos son los especialmente afectados (López A, 1983).

Para este autor (López A, 1983), la neurona motora puede ser lesionada en cualquier parte de su curso, es decir, desde la corteza cerebral hasta los centros espinales. Los efectos que se producen, aunque en una manera general tengan el cuadro presentado anteriormente, presentarán formas características de acuerdo con la altura de la lesión. Por ejemplo, si se produce la lesión en la cápsula interna, en donde los haces nerviosos forman un haz compacto, los efectos producidos serán más amplios, es decir se producirá una hemiplejía. Si se afecta la zona motora de la corteza, la parálisis será más localizada, es decir se producirá una monoplejía.

Las fibras piramidales de los núcleos motores se entrecruzan a diferentes niveles sobretodo por encima de la decusación de las fibras corticoespinales. Por lo tanto, si se produce una lesión abajo del núcleo del séptimo par (facial) pero encima de la decusación de las fibras corticoespinales, se producirá una parálisis de las extremidades del lado opuesto del tronco y quizá de los músculos de la lengua, velo paladar y garganta, pero no de los músculos faciales; pero si se produce la lesión

en el séptimo par, se produce una hemiplejía cruzada, es decir, que a más del cuadro anterior se presenta una parálisis facial del tipo neurona motora inferior en el lado de la lesión (Carrasco R, 1955).

En caso de estar afectado el núcleo hipogloso encima de la decusación, se producirá degeneración y parálisis muscular de la lengua del mismo lado de la lesión y parálisis espástica de las extremidades del lado opuesto.

Para Carrasco R (1955), es evidente que las parálisis se acercan más al tipo bilateral en caso de que la lesión se encuentre en un sitio - en que las fibras corticoespinales de ambos hemisferios estén más aproximadas como sucede en el tallo cerebral o en la médula espinal, que si se encuentran en donde los haces corticoespinales estén muy separados, como sucede en la corteza cerebral o en la cápsula interna; siendo la regla en estos casos efectos unilaterales.

Las lesiones de la neurona motora inferior comprenden la destrucción de las células motoras situadas en el asta anterior de la médula, de los núcleos motores de los nervios craneales, de las raíces anteriores o de las ramas nerviosas periféricas, dando lugar a una parálisis completa de las fibras musculares inervadas por las neuronas lesionadas.

Las parálisis producidas son de tipo flácido, donde los signos principales son:

- Hipotonía muscular
- Pérdida de reflejos tendinosos
- Adelgazamiento y degeneración muscular
- Reacción eléctrica de degeneración

Según Carrasco R (1955), las parálisis flácidas, no presentan una distribución hemipléjica, si la lesión afecta a las células del asta anterior como en la poliomiélitis anterior o a las raíces anteriores de los nervios espinales, la parálisis adquiere un tipo segmentario. Los músculos aislados o grupos de músculos diseminados son afectados con frecuencia.

La lesión de las astas anteriores produce una parálisis bilateral, aún y cuando se encuentren afectados diferentes músculos en ambos lados - del cuerpo.

Un músculo cualquiera se encuentra innervado por más de un segmento espinal y viceversa, un segmento espinal inerva porciones diferentes de músculos diferentes, se encuentra a veces parálisis de fibras diseminadas en varios músculos permaneciendo intactas otras fibras de tal manera que se presenta una debilidad más que una parálisis.

En caso de lesión de varios segmentos espinales, los músculos innervados por los segmentos espinales situados inmediatamente por encima y - por debajo de la región espinal afectada, presentarán parálisis parciales puesto que están innervados por fibras nerviosas no dañadas de los segmentos saludables adyacentes (Carrasco R, 1955).

La lesión de los haces descendentes de la médula producirá la pérdida de sensibilidad por abajo del nivel de la lesión, variando su distribución de acuerdo con las fibras particulares que hayan sido interrumpidas (López A , 1983).

Para Carrasco R (1955), una lesión que afecte a cualquier parte de la neurona motora inferior, es seguida de un proceso degenerativo que

se extiende al nervio e incluye las terminaciones nerviosas del interior del músculo. Un músculo denervado en esta forma presenta contradicciones incesantes, finas, rápidas y rítmicas; conocido con el nombre de fibrilación del músculo denervado. Aparece después de varios días, ya que las reacciones eléctricas normales se han desarrollado y la degeneración del nervio se ha producido. La fibra muscular se contrae asincrónicamente, - la contracción afecta solamente una parte de su longitud, dando origen - a pequeños potenciales de acción irregular.

1.3 DEFINICION

La parálisis cerebral se ha venido definiendo de diversas maneras.

En su tesis Páez J. A. y et al, citan a los siguientes autores;

- Los Bobaths (1956): quienes lo describen como un trastorno sensoriomotor, y señalan que no se trata de una entidad nosológica en particular, sino de un grupo de ellos, consiguiente a un desarrollo anormal - del encéfalo o una lesión encefálica.

- Abbat (1956): define a éste trastorno como una incapacitación neurológica causada por una lesión en los centros motores del cerebro.

-William Pryse y et al (1982): definen el término, como la presencia de una lesión cerebral permanente, pero no progresiva que afecta básicamente las vías motoras del sistema nervioso central.

-Freedman, Kaplan y Sadock: dicen que el término se refiere a una variedad de situaciones en las que existe un déficit motor resultante de una lesión a los centros motores del cerebro, manifestándose por la pérdida del control motor.

Virginia Salazar, define a la parálisis cerebral como " una deficiencia neuromuscular causada por lesiones en los centros motores del ce re bro, ya sea antes de nacer o en la primera o segunda infancia " (1963, pp 25).

La palabra parálisis cerebral, indica que la consecuencia de la - lesión es una pérdida o disminución de la función motora, o algún tipo - de disfunción motora; la palabra cerebral indica que la lesión causal es tá localizada en el cerebro.

Sin embargo, existe controversia y tal término es muy discutido, debido a que, por una parte agrupa una gran variedad de formas clínicas, y principalmente porque dicho término no define realmente al padecimiento, ya que no hay parálisis como tal, el movimiento existe y sólo es la calidad la que se encuentra alterada.

1.4 ETIOLOGIA

La etiología de la parálisis cerebral es múltiple, encontrando co mo causas principales:

1. CAUSAS OBSTETRICAS: Se encuentran la asfixia del feto durante partos muy prolongados, trauma fetal ocurrido en partos distócicos durant e l pro ceso de amoldamiento de la cabeza en el que pueden ocurrir derrames septales.

La aplicación de forceps produce hemorragias miliares o derrames de gran importancia, debido al desgarrar de venas durales al deformar los huesos. En partos por cesárea se han observado displejias en los productos.

Carrasco R (1955), explica que una bóveda craneal muy frágil que no proteja debidamente el cerebro o un sistema venoso muy desarrollado

producirá traumatismos con consecuencias peligrosas causando hemorragias encefálicas o meningeas.

Es muy importante señalar como causa de anoxia a los analgésicos obstétricos de tipo de los barbitúricos.

2) TOXINFECCIONES E INTOXICACIONES: Estos pueden actuar por distintos mecanismos.

a) Dentro de las infecciones maternas se ha encontrado que la rubéola materna durante los tres primeros meses del embarazo produce anomalías congénitas en la criatura entre las cuales se encuentran: sordera, cataratas, microftalmía, hidrotalamos, cardiopatías, etc.

La tifoidea y neumonía son infecciones que afectan de manera similar al feto.

De esta manera los factores intrauterinos desempeñan importante papel para la patología del feto, sin embargo, se desconoce su mecanismo de acción. Empíricamente han aumentado los casos de demostración de que la transmisión de enfermedades de la madre al feto es frecuente.

b) En la edad infantil, se encuentran todas aquellas cuyo origen es postpartum, pudiendo citar: sarampión, tosferina, difteria, paroditis y escarlatina.

3) ANOMALIAS CONGENITAS Y FACTOR FAMILIAR: Entre estas se encuentran las anomalías displásticas, sobresaliendo las que originan paros en la evolución cerebral, aplasias o hipoplasia piramidal originando una rigidez congénita. Malformaciones congénitas del feto (hemangiomas).

4) ENFERMEDADES HEMORRAGICAS : Esta enfermedad en el recién nacido puede evolucionar con hemorragias puntiformes o confluentes de la corteza cerebral, en recién nacidos en cuyos antecedentes no se hayan presen

tado un parto normal ni haya habido distocia. A los pocos días de nacido se presenta hematemesis, hemorragias meníngeas y cerebrales y al mismo tiempo o poco antes hemorragias vaginales.

La deficiencia en la vitamina k en la madre es la que ocasiona la hipoprotrombinemia y diatesis hemorrágica en el recién nacido.

5) FACTOR Rh : Actúa por la ictericia que es capaz de producir y debido a los anticuerpos maternos producidos por el Rh. Positivo en el feto, da origen a un síndrome hemolítico eritroblastótico con pigmentación biliar de los núcleos grises basales seguido de degeneración de las neuronas. Las convulsiones, rigidez extrapiramidal y coma, traducen la afección cerebral y de la que si sobreviven se manifestará por signos extrapiramidales de atetosis.

Siguiendo ésta línea Páez y et al, en su tesis proporcionan el siguiente cuadro sinóptico de la etiología de la parálisis cerebral, según De Tinetti (1981) :

PRENATALES:

a) ADQUIRIDAS EN EL UTERO

- Infección prenatal (toxoplasmosis, rubeola)
- Anoxia prenatal (anoxia, anemia, hipotensión materna, patología placentaria)
- Hemorragia cerebral prenatal
- Incompatibilidad de grupos sanguíneos de los progenitores (factor Rh)
- Trastornos metabólicos (diabetes materna)

- Exposición a las radiaciones
- Desnutrición materna

b) HEREDITARIAS

- transmitida genéticamente con síntomas presentes en el movimiento del nacimiento o poco tiempo después.

NATALES: Desde el comienzo del parto hasta el nacimiento del niño.

a) ANOXIA

- anoxia por obstrucción del cordón umbilical
 - Obstrucción respiratoria mecánica, causando asfixia
 - Narcóticos (sus tancias que producen sopor, relajación muscular y entorpecimiento, disminuyendo la actividad vital del organismo; utilizados para inducir sueño y calmar el dolor)
- Administración de medicamentos, tranquilizantes a la madre durante el parto, principalmente analgésicos que afecten el centro respiratorio del feto.
- Partos en presentación de nalgas con retención de cabeza.
 - Trauma durante el parto o por fórceps.
 - Cambios bruscos de presión (cesárea)
 - Prematuridad
 - Deficiencia en la vitamina K

POST NATALES:

- Traumatismos
- Contusiones cerebrales
- Fractura de cráneo

- Hematoma subdural
- Infecciones (sífilis, absceso cerebral, meningitis o encefalitis)
- Intoxicaciones (plomo, arsénico, etc)
- Accidentes vasculares (hemorragias, embolias, trombosis)
- Anoxia por monóxido de carbono, estrangulación por gran altitud o por baja presión
- Hipoglicemias
- Hidrocefalias
- Anomalías del desarrollo tardío
- Malformaciones

Expuesto las causas de esta enfermedad, se puede observar que no existe unidad etiológica que indique cómo y cual será el desarrollo del padecimiento, por lo cual las lesiones anatómicas serán muy diversas; - sin embargo, dentro de las lesiones más frecuentes se encuentran:

Carrasco Rojas Enrique (1955), las agrupa en : 1) Suspensión - simple del desarrollo o microgiria, donde el cerebro presenta una reducción del tamaño, las circunvoluciones cerebrales están disminuidas de vó lumen, especialmente las motoras y los pliegues de paso, los surcos interhemisféricos poco profundos. Existe ausencia de las vías piramidales o bien deficiencias en la mielinización del haz piramidal.

2) Meningoencefalitis; éste se presenta a causa de focos inflamatorios durante la vida intrauterina (infecciones tifoidicas o de origen viral de la madre) o bien originadas después del padecimiento. Las meninges se presentan opacas, las circunvoluciones están duras, esclerosadas, las células nerviosas en vías de atrifia y la proliferación glial -

es escasa, los vasos presentan reacción endotelial e infiltración perivascular.

3) Esclerosis lobular atrófica, esta es la atrofia focal de sustancia encefálica asociada a una destrucción leve o grave de células ganglionares y vainas de mielina con hiperproliferación glial.

Las lesiones pueden estar limitadas o bien diseminadas; es frecuente que afecte a un sólo lóbulo o bien un segmento tributario de un determinado territorio arterial.

4) Porencefalia, consiste en la presencia de una o varias oquedades en la corteza cerebral en forma de embudo. Pueden comunicar con el ventrículo lateral o no, distinguiéndose la porencefalia verdadera y la falsa. La sustancia cortical puede llegar a desaparecer, quedando los ventrículos separados de los espacios subaracnoideos tan solo por una membrana más o menos densa.

- Porencefalia falsa: Es como un quiste meningeo subdividido a veces en celdillas, con piamadre engrosada que progresa hacia la corteza encefálica, la cual se encuentra rechazada hacia la parte central estando atrofiada e indurada.

Porencefalia verdadera: Es un proceso de reblandecimiento cerebral por necrosis intrauterina que interesa todo el espesor de la corteza. Es originado por isquemias consecutivas a compresiones o a defectos de desarrollo.

5) Hidrocefalia, en donde la cabeza es voluminosa. A los cuatro años los huesos siguen siendo depresibles y las suturas y fontanelas no han concurrido.

Posteriormente, viene la osificación. La cantidad de líquido céfalo-raquídeo contenido en el encéfalo varía de uno a cinco litros. Casi todo el líquido se haya en los espacios ventriculares apareciendo distendidos los ventrículos laterales, el medio, el acueducto de silvio y el -- cuarto ventrículo observándose incluso dilatación del conducto ependimario (hidromielia).

6) Status Marmoratus del cuerpo estriado: Se le da este nombre por que la tinción de la mielina en un corte cerebral descubre, sobre todo el putamen y el núcleo caudado un veteadado similar al de la estructura del mármol, constituido por engrosamiento e hiperplasia de la mielina local, apareciendo a la tinción como franjas oscuras. Hay pérdida de las grandes células del núcleo caudado y del putamen, así como sustitución consecutiva por una tupida red de fibrillas mielínicas con escasa proliferación glial dispuesta en placas o sin ellas.

En resumen de lo antes expuesto, se hará un cuadro sinóptico que ejemplifique las lesiones.

FASE DE COMIENZO

Vida intrauterina

HALLAZGOS ANATOMICOS

Porencefalia, aplasias de las vías piramidales o inhibición de su desarrollo agenesia cortical, microgiria, atrofia cerebral, esclerosis tuberosa, - status marmoreus, ictericia nuclear.

Partos distócicos

hemorragias meníngeas y más -
rara vez intracefálicas que e-
volucionan hacia la meningoen-
cefalitis crónica, esclerosis
cerebrales quísticas o no, a-
trofias parciales.

Vida extrauterina

Encefalitis vírica, hemorragias
meníngeas, endarteritis lúética
meningitis crónica, hidrocefa-
lia, reblandecimiento con es-
clerosis residuales.

1.5 CLASIFICACION.

Para iniciar la exposición de la clasificación de las parálisis, -
cabe hacer mención que ésta enfermedad puede presentarse de dos maneras
dando cabida a que la reacción de los padres sea diferente.

1) FORMA CONGENITA: Se advierte desde los primeros días una moti-
lidad anormal. El niño presenta una flexión forzada de todas las artícu-
laciones, muy marcada en los miembros superiores e inferiores, hay hiper-
flexia, babinsky positivo, dificultad en el trago, el niño no puede suc-
cionar, por lo tanto no se le puede alimentar. Más tarde se nota que no
hay equilibrio, la cabeza se va hacia la derecha o a la izquierda, no pue-
de estar sentado y menos pararse al tiempo que corresponde hacer éstas -
funciones. Se nota además una facie mongólica, pie zambo, que no son más.

que estigmas degenerativas. A los doce o catorce meses, la anomalía se manifiesta claramente cuando se hace andar al niño, la marcha es imposible, el niño gatea mucho tiempo (Carrasco Rojas, 1955).

2) CASOS ADQUIRIDOS : Empiezan en forma aguda con fiebre, cefalalgia, vómitos y convulsiones sobreviniendo posteriormente los fenómenos paraliticoespásticos (Carrasco R, 1955).

De acuerdo al tipo de padecimiento motor y a las partes del cuerpo que están afectadas Pérez y et al, cladian a la parálisis cerebral en :

a) ESPASTICO:

Se caracteriza por la existencia de un reflejo de estiramiento patológico, hiperactividad de los reflejos tendinosos profundos, marcha en tijeras, hiperirritabilidad muscular, respondiendo con actividad muscular al más ligero estímulo.

En éstos pacientes la modalidad del movimiento normal, se encuentran sustituidas por una acción refleja en masa de tipo flexor o extensor.

Tomando en cuenta la clasificación, la espasticidad puede atacar a todo el cuerpo o sólo parte de él, presentándose: tetraplejía, hemiplejía, paraplejía y monoplejía espástica.

La marcha para éstos niños es sumamente difícil, aún y cuando su sentido del equilibrio es normal.

Este tipo de parálisis es el que más probablemente padece de convulsiones.

b) ATETOSICO:

Estos pacientes presentan las mismas modalidades posturales que los pacientes espásticos; éste se caracteriza por movimientos incontrolados anormales. Tal modalidad puede ser involuntaria, incontrolada y probablemente acordinada. Cuando el paciente se encuentra en reposo, éstos movimientos son ausentes y nulos, incrementándose con el movimiento voluntario.

El paciente atetósico a diferencia del espástico no tiene dificultad para moverse, pero se mueve cuando no lo desea y en forma no deseada.

Las investigaciones revelan que los atetósicos representan cerca del 40 % de todos los casos de parálisis cerebral.

c) ATAXICO:

Las características que presenta éste paciente son alteraciones en el balanceo y equilibrio, la lesión o el defecto se nota hasta que el paciente intenta caminar.

En la ataxia pura, el tono muscular siempre es subnormal, lo que hace que los movimientos se tornen muy incontrolables. Sin embargo, en muchos casos, el tono muscular varía desde la hipertonia hasta la hipotonía.

El niño con ataxia pierde el sentido de posición o postura a causa de que no sabe que músculo usar para orientarse en el espacio con relación a la gravedad.

Se han clasificado de acuerdo a las partes afectadas de la siguiente manera:

- Monoplejía : se encuentra afectado un sólo miembro.

- Hemiplejía: Se encuentra afectada la mitad del cuerpo.
- Paraplejía: Indica que solamente se encuentran afectados los miembros inferiores.
- Triplejía: Tres extremidades afectadas, usualmente dos inferiores y una superior.
- Displejía: Se designa así cuando se encuentran afectados los cuatro miembros, pero los inferiores están menos afectados.
- Cuadriplejía : Se encuentran afectados los cuatro miembros.
- Hemiplejía doble: Incluyen las mismas áreas que la cuadriplejía, pero con los miembros superiores más afectados que los inferiores.

Se puede observar que en éstos niños el problema principal es en el sistema neuromuscular; sin embargo, también existen en adición otras deficiencias, como trastorno de la palabra, visuales, deficiencia mental, déficit auditivo, alteraciones sensoriales, pudiendo existir una o varias en el sujeto (Virginia Salazar F, 1963).

1.6 ASPECTOS PSICOLOGICOS.

La relación cuerpo-psique en las personal que padecen parálisis cerebrales se encuentra afectada, provocando en ellos perturbaciones diversas que desequilibran su personalidad. Cada paciente presenta diferentes características en cuanto a la integración de la personalidad. (Páez y et al , 1983)

La relación con su medio ambiente es variable, mientras unos la han establecido adecuadamente, otros apenas han tenido contacto con el mismo.

En cuanto al ambiente familiar, es evidente que la presencia de un elemento enfermo en una familia sea la causa de alteraciones emocionales en todos los integrantes de la misma, dificultándose así las relaciones interpersonales.

Se han encontrado que antes del nacimiento de un niño, los padres comunmente están ilusionados con la llegada de un hijo sano, al que tendrán que brindar cariño, amor y todo tipo de cuidados tendientes a favorecer su desarrollo físico, intelectual y afectivo. Estos propósitos se ven truncados cuando se dan cuenta de que el niño nació con algún tipo de impedimento o incapacidad (Finnie N. R, 1976).

Ante esta situación algunos de los padres afrontarán la problemática, a otros les provocará tristeza, ansiedad y culpabilidad, por lo que adoptarán conductas de sobreprotección, negación o rechazo absoluto al niño.

En unas cuantas familias las expectativas que se tienen son extremadamente optimistas, en cuanto a los resultados que se podrán obtener del tratamiento rehabilitatorio a que son sometidos, en cambio la mayoría de ellos presentan una actitud apática, argumentando que el tratamiento por muy completo que sea, será infructuoso y que no hay nada que hacer; con esto impiden que el paciente logre desarrollar las potencialidades que posee para llegar a integrarse al medio social en el que vive. (Finnie, 1976)

Son muy frecuentes los casos en que dejan al paciente con parálisis cerebral al cuidado de familias, amigos e instituciones hospitalarias, justificando no tener tiempo para cuidarlo por cuestiones de trabajo.

También existen los grupos de familias que no cuentan con tiempo disponible para llevarlo al tratamiento, aún y cuando deseen recibirlo.

Es importante mencionar que existe un impacto emocional en los padres a los que se les informa que tienen un hijo con alguna deficiencia, escapando a la comprensión de una persona que nunca se ha enfrentado con éste problema.

En la gran mayoría de las familias que presentan este problema, se encuentran las siguientes características:

- Divorcios, suicidios, tensión entre los padres por causa del problema y reacción de la sociedad.
 - Tendencia al aislamiento.
 - Sobrevaloración del intelecto y pérdida de facultades afectivas.
 - Liberación de ataduras religiosas.
 - Tendencia a la incredulidad.
 - Sentimientos de culpa, ansiedad, cólera, negación, rechazo, optimismo, lástima de sí mismos, agresividad, autocondena o una extrema autoprotección al saber que su hijo no es sano.
- (Gallardo V. Ma Clara y et al, 1987).

CAPITULO II

II. CONCEPTO DE PERSONALIDAD

Antes de introducirnos al análisis del desarrollo de la personalidad, es necesario tratar de dar una definición del término personalidad.

La definición que da el diccionario de Filosofía (ed. Progreso, 1984), establece que la personalidad son:

" Las características emocionales e intelectuales que en su conjunto forman la psique de la personalidad, la cual se mantendrá constante por las particularidades de su forma de vivir y del sistema nervioso "

E. Fromm (1973), por su parte la define como:

" La totalidad de las cualidades psíquicas heredadas y adquiridas que son características de un individuo y hacen al individuo único "

Ambas definiciones antes mencionadas hacen referencia a una parte innata del sujeto (tal como el sistema nervioso, por un lado y las características heredadas por el otro), y otra parte adquirida (como es la experiencia con el medio ambiente que moldeará sus capacidades intelectuales y maneras de expresar la emotividad; de tal manera que las diferencias entre las cualidades heredadas y las adquiridas es de una manera general sinónima de las diferencias entre temperamento, dotes y todas las cualidades psíquicas constitucionales por una parte y el carácter por la otra.

De esta manera es importante tratar de entender y definir éstos elementos que se entremezclan en la personalidad, iniciando con:

2.1 T E M P E R A M E N T O

Según Olivares C (1988), en su tesis plantea que el temperamento se encuentra constituido por las características afectivas más estables y predominantes.

E. Fromm (1973), por su parte establece que el temperamento ha sido considerado como aspecto funcional o dinámico de la constitución, - en el sentido de que su origen es totalmente hereditario.

De esta manera se puede inferir que el temperamento es un modo de reacción, constitucional e inmodificable.

2.2 C A R A C T E R

" es el patrón de conducta característico de un individuo dado " (Fromm, 1973), ésta definición toma como base el hecho de que los rasgos de carácter son tomados como sinónimos de la conducta manifiesta del individuo.

Sin embargo, Fromm cita a Freud (1973), en donde establece que el carácter es un sistema de impulsos subyacentes a la conducta, pero no idéntica a ella. De aquí se puede decir que los rasgos conductuales (lo manifiesto), son acciones observables por una tercera persona, mientras que los rasgos de carácter encierran motivaciones del sujeto a realizar determinada conducta y más específicamente el tipo de motivaciones inconscientes que hacen de una conducta la diferencia y significación de otra.

Retomando lo antes mencionado y de acuerdo a cómo es utilizado el término en la psicología, podemos decir que el término personalidad se - refiere a la impresión global de una persona sobre otra, de tal manera que para nuestra finalidad definiremos a la personalidad como :

" La organización única de características que determinan la norma típica o recurrente de la conducta de un individuo "

(Wittaker, 1970)

Así como existen definiciones de personalidad enfocadas desde varias perspectivas; existen teorías que buscan explicarla.

A continuación se explicarán de una manera muy breve algunas de éstas:

2.3 TEORIA DE LOS TIPOS

Los intentos por clasificar la personalidad según los tipos específicos, se remonta muy atrás en la historia del hombre. Desde Hipócrates hubo el desarrollo de teorías de los tipos constitucionales de la personalidad. Una de las teorías más conocidas es la propuesta por W. Sheldon, quien planteó la existencia de una relación entre el temperamento y el tipo corporal.

Comenzó el desarrollo de su teoría de los tipos constitucionales ideando un esquema de clasificación para la estructura física. Concluyó que había tres variaciones primarias de constitución corporal. A la primera la llamó " endomórfica ", caracterizada por la suavidad y apariencia redondeada. La segunda, a la que llamó " mesomórfica " que caracterizó por la predominancia de los huesos y músculos. El tercer grupo llamado " ectomórfico ", se caracteriza por ser de huesos largos y delicados, -- músculos más desarrollados y una constitución esbelta. (Davidoff, 1979)

TEORIA DE LOS TIPOS PSICOLOGICOS : Algunos psicólogos, como Carl Jung desarrollaron éstas teorías; éste psicólogo caracterizó a las personas como extrovertidas e introvertidas.

El extrovertido es caracterizado como persona cuya atención e interés se enfocan a su medio ambiente. El introvertido, por otra parte, evita a las personas.

Los psicólogos actuales no aceptan la opinión de Jung de que la introversión y la extroversión constituyan a una dicotomía, ya que no todas las personas pueden ser clasificadas como en algún otro tipo. (-- Wittaker, 1970).

2.4 TEORIA DE LOS RASGOS

En contraste con la teoría de los tipos, que tratan de describir la personalidad según un número muy limitado de características, las teorías de los rasgos utilizan gran número de dimensiones que se supone son, en su mayor parte, comunes a todos los hombres. De ésta manera, un individuo puede ser caracterizado como sociable, afirmativo, atrevido y extrovertido; otro es descrito como tímido, modesto, dependiente, plácido y deshonesto. El modelo del punto de vista de los rasgos con respecto a la personalidad es el psicograma, que es una esquematización de los diversos rasgos de una persona. Dos teorías son las representativas de este tipo de consideración, y son la de Raymond B. Catell y la de Gordon W. Allport (Davidoff, 1979).

2.5 TEORIAS NEOFREUDIANAS

Diversos psicoanalistas como K Horney, E. Fromm y Harry S. Sullivan son conocidos por el nombre de neofreudianos, porque sus teorías de la personalidad consisten esencialmente en revisiones de la teoría de Freud.

Si bien difieren unos de los otros en muchos detalles específicos, son semejantes porque todos subrayan el papel de la cultura en el

desarrollo de la personalidad, más que en los impulsos biológicos o instintivos (Hall y Lindzey, 1970)

2.5 TEORIA PSICOANALITICO FREUDIANA

Sigmund Freud (1856-1939), médico neurólogo vienés quien estudió con Charcot psiquiatra francés y a partir de 1885, se limitó exclusivamente a la psiquiatría, plantea como su primera tónica el que la mente se divide en tres partes importantes: consciente, preconsciente e inconsciente.

A través de la experiencia y del estudio de los procesos del inconsciente y su papel en la enfermedad mental, formula una teoría de la personalidad, en la que las experiencias tempranas en la infancia y las fases del desarrollo psicosexual desempeñan un papel predominante.

La segunda tónica planteada por Freud fundamenta que la personalidad consiste de tres partes : ELLO, YO y SUPER YO.

Freud establece que para el logro de la personalidad adulta o madura, éste debe pasar por una serie de etapas del desarrollo, las cuales son la oral, anal, fálica, latencia y genital; dependiendo de la calidad de las experiencias vividas en cada una de las etapas se van a dar ciertas características o rasgos que son diferentes en cada individuo.

(Freedman y Kaplan , 1983)

Una vez hecha una breve exposición acerca del concepto de la personalidad, así como de algunas de las teorías, podemos hablar más específicamente de la corriente llamada psicoanálisis, que a juicio de la expositora comprende de manera integral el enfoque retrospectivo necesario para analizar la estructura de la personalidad de una madre y así entender la posición adquirida frente a su maternidad.

Es importante hacer hincapié en que no basta con saber como es la madre en tanto es una persona adulta; sino ver detrás de esa apariencia.

CAPITULO III

III.- DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

3.1 ESTRUCTURA MENTAL.

Dado que la perduración de estadios anteriores del desarrollo, ó la regresión a los mismos, es una característica de las neurosis, éstas no podrán ser comprendidas sin un conocimiento de los primeros estadios del desarrollo mental.

Freud (1923), establece que la estructura básica de la personalidad consiste de tres componentes ó sistemas principales, los cuales se les concibe como dinámicos e interactuantes, designándoseles como: Ello, Yo y Super-Yo.

Siguiendo con ésta estructura, al ello se le concibe como sistema primario y original del que proceden y distinguen el Yo y Super-Yo, mediante una evolución posterior.

La denominación Ello, fué introducida en la terminología psicoanalítica por Georg Groddek, quién a su vez la había tomado de Nietzsche, -- siendo legitimizada por Freud en el año 1923 en su obra El yo y El ello, -- al conferirle un determinado contenido conceptual. (Tallaferro, 1979).

Freud considera al Ello como parte fundamental y arcaica que tiene por contenido todo lo heredado, lo innato y lo constitucionalmente adquirido; es decir, los instintos originados en la organización somática -- que alcanzan en el ello una primera expresión psíquica.

Fenichel, por su parte menciona que el Ello se encuentra libre -- de las exigencias de la realidad, del tiempo, del orden ó de las consideraciones lógicas; se condensa y se desplaza de acuerdo únicamente con las mayores posibilidades de descarga. (Fenichel, 1986).

Para Guarnier (1984), el Ello consiste en la representación mental de las necesidades, y como tal, resulta la fuente básica de la energía.

Todo lo que se desarrolla en el Ello está sometido a proceso primario, rigiéndose por el principio del placer; es decir, que la energía mental que se halla almacenada se pone a disposición de los instintos orgánicos, formados por la fusión de dos fuerzas primarias: EROS Y DESTRUCTIVIDAD, cuya única labor es la satisfacción ó descarga inmediata de energía para suprimir la tensión y reportar la calma (principio de placer).

Por su parte Freud (1923), considera que el Eros es una fuerza que tiende a la reunión, integración, fusión, conservación y creación de nuevas vidas, mientras que el otro (destructividad o de muerte), motiva al envejecimiento y la muerte. Su finalidad es la destrucción, desintegración y el aniquilamiento, por cuyo motivo es desviado del propio organismo hacia el medio ambiente, mezclado con los instintos de Eros, poniéndose de manifiesto bajo la forma de sadismo.

La energía del Ello es libre, fluida, capaz de descargarse rápidamente, condensada y desplazada con facilidad. (Wolman, 1968).

Hablar del Ello es hablar de instintos e impulsos instintivos, para lo cual es importante aclarar la diferencia que existe entre ambos.

Impulso instintivo, es la fuerza que trata de alcanzar a fin sin tomar en cuenta los medios para lograrlo.

Instinto, es el movimiento categórico dirigido y condicionado para alcanzar el fin. El individuo debe volverse de medios adecuados para lograr tal finalidad. (Tallaferro, 1979).

En sentido psicoanalítico el término instinto representa una tentativa de unificar lo somático con lo psíquico, considerando biológicamente a éste como un estímulo continuo que en su mayor parte tiene su origen en -

procesos biológicos y alteraciones energéticas y químico-físicas de los -
órganos. (Tallaferro, 1979) .

Las características de los instintos son las siguientes:

- 1.- FUENTE DE ORIGEN: Proceso energético, físico-químico, que se desarro-
lla en un órgano somático, cuyo estímulo es representado en lo psíquico por un equivalente instintivo (emociones) .
- 2.- IMPULSO: Factor motor, elemento dinámico, cantidad de energía que re-
presenta.
- 3.- OBJETO: Algo perteneciente al mundo exterior, pudiendo ser una perso-
na o cosa por la cual, el instinto alcanza su satisfacción, suprimien-
do la excitación ó estado de necesidad.
- 4.- FIN: Descarga. Lograr llegar al equilibrio tensional.

Fenichel (1986), distingue dos categorías de instintos: La prime-
ra constituida por ciertas necesidades físicas sencillas que ofrecen un me-
jor modelo en lo referente al curso seguido por un instinto: determinadas-
alteraciones somáticas que dan lugar a determinadas sensaciones de carác-
ter urgente, la cual precipita un acto específico que elimina la altera-
ción somática, produciendo relajamiento.

Sin embargo dado que la satisfacción de éstas urgencias es vital
los actos respectivos sólo pueden ser postergados por un tiempo muy corto-
y su finalidad no puede ser alterada. En consecuencia, difícilmente puede-
haber un carácter de variabilidad en ésta clase de instintos.

La segunda categoría corresponde a los instintos sexuales, los -
cuales tienen la capacidad de cambiar, de alterar su objeto o su fin, ó de
someterse a la represión, cuando no pueden ser gratificados en su forma -
original, para reaparecer más tarde, de diferentes maneras y bajo diferen-

tes disfraces.

Fenichel 1986, cita a Freud, el cual justifica el dar el nombre de sexuales a fenómenos infantiles (oralidad, analidad, etc.) , en primer lugar, debido a que constituyen el terreno propicio de donde surge más tarde la sexualidad del adulto.; segundo, todo adulto que ve de una u otra manera bloqueada su sexualidad recae en la sexualidad infantil cómo un sustituto de aquella; tercero, el niño experimenta su sexualidad con las mismas emociones con que el adulto siente la suya; cuarto, los fines de estas pulsiones son iguales a los que pueden observarse en los adultos perversos.

EL ELLO, entonces es la parte del aparato psíquico inconsciente, que corresponde al proceso primario del pensamiento. Viene a ser bajo la influencia del mundo externo que una parte de ésta instancia se va a modificar, produciéndose una transformación que se va desarrollando en forma progresiva y vendría siendo mediador entre el ELLO y el mundo exterior; a éste aspecto denominaremos YO.

Las etapas más tempranas deberán ser comprendidas a través de las expresiones de " excitación " y " relajamiento ", y solamente las etapas posteriores podrán ser descritas en términos más definidos y diferenciados.

Al principio de la vida, el aparato mental funciona bajo ELLO.

La criatura humana, al nacer, es más desvalida que los demás mamíferos. No puede vivir si no se cuida de él. Lluven sobre él innumerables estímulos que no puede controlar. No está condicionado para trasladarse voluntariamente ni distinguir entre la multitud de estímulos que le acosan. Nada sabe sobre el mundo, posee sensibilidad indiferenciada al placer y al dolor, al aumento y disminución de tensión. Precisamente las funciones que más tarde formarán el Yo y la conciencia son las que aún no se han desarrollado; la aprehensión del mundo externo (los objetos son llevados-

a la boca) percepción, el dominio del aparato motor (motilidad) y la capacidad de fijar la tensión mediante contracatexis.

Sin embargo el desarrollo del Yo va sucediendo de una manera gradual y paulatinamente, éste va ejerciendo control sobre las necesidades primarias (Guarnier, 1984). Se piensa que una mielinización progresiva permite el desarrollo en el sistema nervioso de ésta estructura.

Fenichel (1986), establece que la vida del niño transcurre en una alternación entre el estado de hambre y el del sueño. Los primeros signos de representación de objetos deben tener su origen en el estado del hambre. Cuando aparecen los primeros comienzos claros de las anteriores funciones del Yo, la vaga noción de que el mundo externo deberá hacer algo para aplacar los estímulos conduce a crear en el bebé su primera ansia de objetos. Una relación objetal de éste tipo primitivo sólo subsiste mientras dura la ausencia del objeto. Con la aparición de éste, ésta ansia desaparece, para dar lugar al estado de sueño.

Antes de la aparición de este primer objeto el niño depende físicamente de aquellas personas gracias a cuyos cuidados se mantienen con vida, pero éstas no constituyen sus objetos, en un sentido psicológico, ya que el niño no tiene conciencia del mundo externo, sino sólo de su propia tensión y relajamiento. La primera conciencia de objeto surgirá del anhelo de algo que ya le resulte familiar al bebé, algo que tiene la aptitud de gratificar necesidades y que en ese momento no está presente; entonces el anhelo de los objetos, comienza como un rodeo en el camino cuya meta es librarse de estímulos.

El origen del Yo y el sentido de la realidad, no son sino dos aspectos de una misma etapa del desarrollo; se halla implícito en la definición del Yo como aquella parte de la psique que maneja la realidad, en donde la idea del propio cuerpo desempeña un papel muy especial.

Al comienzo no existe más que la percepción de una tensión, es decir de algo interior. Más adelante, cuando se advierte que existe un objeto destinado a aplacar esa tensión, se tiene un algo exterior. El cuerpo mismo constituye las dos cosas a la vez.

Como causa de la concurrencia de las sensaciones táctiles externas y los datos sensoriales internos, el cuerpo se transforma en algo diferente del mundo, haciendo posible distinguir entre lo que es uno mismo y lo que no es uno mismo.

La suma de las representaciones psíquicas del cuerpo y de sus órganos (imagen corporal), constituyen la idea del Yo (como oposición al no Yo), teniendo una importancia básica para la formación ulterior del Yo - propiamente dicho.

Fenichel (1986), cita que el primer estado en que no hay representación de objeto alguno, se llama narcicismo primario. Las primeras reacciones a los objetos comprenden muchos elementos que, integrados aún en una unidad, más tarde serán objeto de una diferenciación mayor.

La percepción primitiva se halla caracterizada por ser cercana a la reacción motora; percibir significa un cambio en el cuerpo, por influencia del objeto percibido, tomando posteriormente conocimiento de éste cambio corporal.

La vinculación original entre la percepción y el acto motor, pone en claro el contenido activo de la función de la percepción. Mientras el organismo es objeto de una intensa inundación de estímulos del mundo externo, lo sufre en forma pasiva. La estructuración de un aparato de percepción, - junto con un aparato de protección contra los estímulos intensos, conduce a una transformación de la actitud pasiva en activa. Las percepciones se producen rítmicamente por las influencias de las pulsaciones motoras, que pueden considerarse como una primera tentativa de control del mundo externo.

Esta es la base de la diferenciación de sistemas de percepción y sistemas de memoria, y el origen de una conciencia más diferenciada. Una vez completada ésta diferenciación, el organismo se halla en situación de protegerse de la afluencia excesiva de estímulos mediante la irrupción de la función de percepción. El Yo acaba de formarse y es capaz de sumirse nuevamente en el Ello.

En resumen, Tallafarro según Ferenczi (1979), considera que el Yo pasa, en el curso de su evolución, por cuatro fases de magia y de omnipotencia, las cuales son:

- 1.- FASE DE OMNIPOTENCIA INCONDICIONAL: Corresponde a la del estado fetal.
- 2.- FASES DE LAS ALUCINACIONES MAGICAS: Todo impulso en éste estado es satisfecho por medio de alucinaciones. Así como el lactante tiene hambre, se proporciona una satisfacción alucinando el pecho que desea.
- 3.- FASE DE LA OMNIPOTENCIA CON EL AUXILIO DE GESTOS MAGICOS: La reacción del niño frente a una necesidad corporal se ve acompañada generalmente por un movimiento de brazos y piernas, llantos y gritos, todo lo cual hace que, ante éstas muestras de malestar, aparezcan la madre ó nodriza para resolver su situación.
Esto lo va afirmando en la creencia de que son precisamente tales movimientos los que le producen la satisfacción y también en la convicción de que sus actitudes y gestos tienen un poder ilimitado.
- 4.- FASE DE LA SUPERIORIDAD DEL PENSAMIENTO: Esta etapa aparece al iniciarse simultáneamente con el lenguaje.

Estas fases mágicas del Yo desaparecen casi por completo cuando son sustituidas por el sentido de la realidad.

Guarner (1984), enumera las funciones más importantes del Yo, -
siendo éstas:

- 1.- La relación con el mundo externo. El Yo organiza y controla -
motilidad y la percepción.
- 2.- El mecanismo del pensamiento que incluye el sensorio, es de-
cir: la memoria, la atención, el juicio y la inteligencia.
- 3.- El lenguaje.
- 4.- La percepción y la expresión de los afectos.
- 5.- La identidad en el tiempo y el espacio.
- 6.- La inhibición ó demora de las descargas, incluyendo lo que -
denomina función anticipatoria.
- 7.- Los mecanismos de defensa, que inhiben la expresión de deter-
minados impulsos, teniendo su origen en la angustia.
- 8.- El carácter que puede ser definido como la forma habitual en
la que el Yo actúa en relación con el mundo externo.
- 9.- La denominada función sítética, constituida por la integra -
ción y la armonía de sus componentes para actuar en un todo.
- 10.- La adaptación del hombre a su medio, que es establecida a -
través de ésta estructura.

El Yo ejecuta la tarea de la autoconservación de dos formas: An-
te el mundo exterior, percibe los estímulos que éste le brinda, los acumu-
la en la memoria tratando de evadir aquellos que le son de gran intensidad
y toma los moderados, pudiendo de ésta forma modificar el exterior y ade-
cuarlo a sus necesidades.

Su otra función es frente al mundo interno; frente al ello con -
quista el dominio sobre las exigencias de los instintos, decide si han de-
tener acceso a la satisfacción, aplazándola hasta las oportunidades y cir-
cunstancias más favorables del mundo exterior, ó bién suprimiendo totalmen-
te las excitaciones instintivas.

Al Yo le corresponde transformar los procesos primarios en procesos secundarios, resultando que, bajo el influjo del instinto de conservación del Yo, queda substituido el principio del placer por el de realidad; lo cual ofrece mayor seguridad y más amplias posibilidades de éxito.

Es la evaluación de la realidad lo que determina que el Yo satisfaga de inmediato los impulsos instintivos; una parte de la energía se convierte en energía anti-instintiva, teniendo como función inhibir la actividad instintiva.

La estructura que decide que impulsos son aceptables o no, es el super Yo (Díaz Carabaño M. 1974).

Guarner (1984), define a ésta estructura como un grupo de funciones mentales que representan las aspiraciones ideales, las órdenes y las prohibiciones que la personalidad se impone a sí misma.

La base de la transformación se origina en la larga dependencia del infante a sus padres, perturbando la influencia paternal; en la medida en que el Yo logra conciliar las demandas instintivas con la realidad y los dictados del Super Yo, su acción será exitosa. (Díaz Carabaño M. 1974).

El Super Yo, es el heredero de los padres no solo como fuente de amenazas y castigos, sino también como fuente de protección y como aquel que prevé un amor asegurador.

Tallaferro (1979), considera al Super Yo como la formación de un verdadero código de normas éticas, como prerrequisito para la adaptación social.

Spitz ha afirmado que los movimientos de aprobación ó desaprobación de la madre son los precursores del Super Yo.

En la etapa anal, las restricciones se van acentuando con la existencia del lenguaje: El Super Yo se cristaliza con la identificación hacia los padres (figuras paternas) y sobre todo con sus ideas morales, duran

te la fase edípica. (Guarnier, 1979).

Guarnier cita a Freud, el cual concibe al Super Yo, como una parte especializada del Yo. Algunas de sus funciones son directamente accesibles a la consciencia, pero otras son inconscientes. Las ideas que parten de ésta estructura pueden ser lógicas y consistentes, ó bien primitivas e infantiles.

Tallafero (1979), describe a las funciones del Super Yo de la siguiente manera:

Las funciones del Super Yo, con la autoobservación, la consciencia moral, la censura onírica, la influencia principal en la represión y - el enaltecimiento de los ideales.

En virtud de ser la consciencia moral y ejercer la autoobservación el Super Yo percibe claramente muchas tendencias del ello, que son desconocidas por el Yo. Debido a ésto, es que, en ciertos casos, se suele originar un fuerte sentido de culpabilidad y una necesidad de castigo, que es una forma especial de la necesidad de absolución. Es aquí donde Guarnier cita la eficacia de ésta estructura, ya que en unos casos regula las actividades del yo y sus defensas, advirtiendo una situación armónica entre ambos; en otros el super yo da lugar a sentimientos de culpa ó de remordimiento provocando castigo al no lograr una armonía.

El dolor de castigo es aceptado ó aún provocado con la esperanza de que después del gran dolor y de la pena el sentimiento de culpa desaparecerá.

Esta necesidad de castigo, aún cuando es inconsciente, resulta muchas veces ser la causa de actos patológicos que, por lo tanto, son injustificados desde el punto de vista consciente, como son los accidentes o el fracaso.

Considerado como la internalización ó introyección de los padres el super Yo no siempre reproduce exactamente la modalidad de éstos. Si - -
 bién en la generalidad de los casos una educación severa puede desarrollar un super yo que trata severamente al Yo, también puede ocurrir que una conducta parental bondadosa en exceso impida al niño satisfacer libremente su agresividad dirigida hacia sus progenitores y por lo tanto se vuelca contra el yo, reforzando la severidad del super Yo.

La introyección es lo que constituye el super yo, pero existe si simultáneamente algo más que la incorporación simple de la realidad externa; se producen también incorporaciones de los objetos internos infantiles que han sido proyectados, pero evidentemente deformados por la situación interna del niño. Tallafarro según Paula Heimann (1979), cita que los objetos internos deben ser considerados como los dobles de las figuras más importantes de la vida del niño como sus padres ó él mismo. Estos dobles son como los concibe el niño y sus concepciones difieren ampliamente de los originales. En la fantasía del niño, los padres y él mismo poseen un poder ilimitado de maldad y de bondad, sabiduría y simpleza. Las fantasías del niño sólo elabora dioses ó demonios y ésta es otra de las razones por las cuales existen tales diferencias entre las características de los padres y la estructura del Super Yo.

Este autor, diferencia al Super Yo sobre la base de los rasgos -
 particulares que presenta denominándolos:

- 1.- SUPER YO HETERONOMO: La actuación fundamental es ante el Yo, ordenándole a éste portarse como lo exigen en ese momento. -
 Esto origina un tipo característico de conducta que es cambiante, tanto que pueda verse al sujeto actuar en un momento con toda rectitud y luego en forma diametralmente opuesta. -
 Este tipo de Super Yo se encuentra en sujetos que en su infancia fueron dirigidos por varios familiares que actuaron -

con diferentes actitudes disciplinarias ante él.

- 2.- SUPER YO POR IDENTIFICACION NEGATIVA: Es el reflejo con rasgos contrarios de la personalidad de los padres. Se constituye sobre el razonamiento de que se debe ser todo lo contrario de lo que es el padre o la madre.

Díaz Caraballo H. (1974), considera que el Super Yo no contiene solo la influencia de los padres sino también asimila ciertos influjos sociales y culturales, lográndose éste por una parte, a través de los padres quienes son el agente Psíquico de la sociedad, y por otra, a través de sus sensaciones, sentimientos y percepciones que englobarían su propia experiencia.

Captamos la importancia del cúmulo de experiencias que el niño experimenta para la formación de su super Yo; en donde primero es la relación con sus padres, y luego las influencias de la sociedad en que se desenvuelve, si tomamos en cuenta que de ello depende grandemente la escala de valores desarrollada por el individuo.

A pesar de sus diferencias fundamentales el ello y el Super Yo, tienen una cosa en común: ambos representan las influencias del pasado: - el ello las heredadas; y el super yo esencialmente las recibidas de los demás, mientras que el yo es determinado principalmente por las vivencias propias del individuo, es decir por lo actual y lo accidental.

3.2 PRIMEROS ESTADIOS. (ETAPA ORAL : ETAPA ANAL).

La personalidad de un individuo está constituida por las características y formas de conducta con que funciona. Incluye por lo tanto, sus rasgos, intereses, valores, imágenes, emociones, o dicho en otras palabras la estructura que el ser humano integra dentro de él. Esta definición indica la complejidad y múltiples facetas que la constituyen (Guarner, 1984)

El ser humano nace con un equipo cerebral cuyo desarrollo dará una inteligencia, atención, capacidad para la memoria, etc. En el año inicial, el ser humano depende en forma extrema de los adultos que lo rodean y todas las relaciones con el mundo externo, son establecidas a través de la actividad oral; puesto que la autoestima es obtenida por medio de la nutrición. Es por ello, que a este período se le da el nombre de oral (las tensiones del hambre, traen los máximos placeres e insatisfacciones).

Marie Langer (1988), establece que las primeras manifestaciones sexuales de los niños surgen en sucesión temporal, siguiendo determinado orden.

Las primeras manifestaciones comienzan inmediatamente después del nacimiento y son experimentadas en la boca. El placer sexual correspondiente a esta primera fase oral es la succión. El niño siente placer tanto al succionar el pecho materno e ingerir su alimento (satisfacer sus necesidades alimenticias), como también al succionar su dedo o el chupón, es decir al estimular la mucosa bucal sin saciar su apetito.

Guarner (1984), al respecto, establece que el estado en el que se encuentra el recién nacido es un narcisismo primario, en donde no distingue entre él mismo y los objetos del mundo externo, por lo que todas las ne

cesidades sexuales son autoeróticas.

Fenichel (1986), por su parte dice que la succión del pulgar es una cosa ya evidente en el recién nacido y puede considerarse como un reflejo innato, ligado a la función de la nutrición (independizado de ella).

Esto demuestra que el placer que proporciona el pecho o el biberón no se basa únicamente en la gratificación del hambre, sino también en la estimulación de la membrana mucosa oral erógena; de otro modo el bebé rechazaría decepcionado su pulgar, puesto que éste no da leche.

El objetivo del erotismo oral es primeramente la estimulación autoerótica placentera de la zona erógena y luego la incorporación de objetos, con ésto se logra la unidad entre estos.

La introyección oral es la realizadora de la identificación primaria y con esto se logra uno de los primeros vínculos emocionales con el mundo exterior. Se trata del deseo de ser como la otra persona, y tal anhelo antecede a una verdadera relación con el objeto, que consiste en el deseo de poseer a la otra persona (Wolman, 1968).

La idea de comer el objeto o la de ser comido por un objeto son la forma en que es percibido inconscientemente todo restablecimiento de la unión con los objetos; sin embargo, la incorporación destruye objetivamente al objeto, Este hecho confiere a todos los fines de incorporación un carácter más o menos ambivalentes.

Tan pronto como se ha formado una idea de los objetos, el carácter objetivamente destructivo de la incorporación, facilita el establecimiento de una vinculación entre ideas de incorporación y sadismo, especialmente en caso de haber sufrido frustraciones definidas. (Fenichel, 1986).

El objeto anhelado en la primera fase oral es el pecho materno o su sustituto, y cuya característica es la succión y la satisfacción está dada por el chupeteo.

En la segunda fase, la forma de placer cambia con la aparición de los dientes y sustituye al chupeteo por el placer de masticar y devorar, razón por la cual esta fase se denomina sádico - oral o canibalística, extendiéndose desde los seis meses hasta alrededor de los dos años.

En esta fase, el niño quiere masticar y todo lo que está a su alcance, es mordido. La actividad instintiva exige un objeto; ya no puede prescindir del mundo externo y de la relación psíquica con él. Comienzan a notarse marcadas relaciones con los objetos del mundo externo.

Esta relación psíquica con los objetos, se extiende a los humanos, es decir, a las personas que lo rodean.

El deseo de devorar significa o representa el anhelo de una conexión más íntima, de tener un objeto para sí. Se debe considerar ésta como una actitud positiva o amistosa. La segunda actitud hacia el objeto, (el impulso a devorar), es negativa u hostil, surgiendo del odio.

Su fin en el impulso a devorar, es exterminar brutalmente el objeto, destruir su existencia. Por lo que devorar se puede expresar como una ambivalencia, el deseo amoroso de una conexión más íntima con el objeto y el impulso hostil a destruirlo como ente del mundo exterior. (Tallaferró, 1979).

Desde el punto de vista estructural Spitz, demuestra que los primeros vestigios de la presencia de un Yo, se observan cuando la sonrisa del niño se vuelve constante ante un objeto conocido; esto implica que existen las suficientes trazas de memoria para dar una respuesta consistente frente a un estímulo.

Se ha establecido la primera relación con un objeto denominando a esta situación el primer organizador de la mente.

El segundo organizador, lo constituye la angustia que expresa el niño una vez que ha establecido una conexión intensamente afectiva con su madre y muestra temor de su pérdida; suceso que ocurre a partir del octavo mes de vida.

Melanie Klein (1985), atribuye al niño la presencia de una organización YO _ SUPER YO desde el nacimiento, la cual funciona constantemente en la relación con los objetos. En un principio el objeto fundamental lo será el pecho de la madre y la criatura se enfrenta ante un mundo desconocido y aterrador, por lo que sin duda alguna sentirá angustias de naturaleza persecutoria. Por el contrario cuando el niño reciba calor o gratificaciones - por medio de alimentos, experimentará emociones más felices.

El pequeño conoce desde un principio la existencia de la madre y - a las pocas semanas advierte a esta figura y la reconoce a través de sus pasos, manos, olor y la sensación de su pecho. Dado que existen sensaciones - placenteras y displacenteras en relación al objeto, el niño experimenta al mundo exterior y por consiguiente a la madre como buena o mala. La figura materna será percibida como omnipotente, puesto que posee la capacidad de - provocar tanto la satisfacción como la frustración.

Para Klein (1985), la existencia del Yo primario, permite el funcionamiento de dos mecanismos básicos desde el natalicio; la introyección - y la proyección. Según esta autora, el super yo opera desde el quinto o sexto mes de la vida. El niño tiene miedo de sus sentimientos destructivos y experimenta culpa por ello. Se observa a partir del cuarto mes un período depresivo, puesto que los niños tratan de agradar a las personas que los ro

dean: sonríen, hacen gestos y aún intentan alimentar a la propia madre.

En esta fase que se continúa hasta el octavo mes, se observan inhibiciones ante la comida y pesadillas.

La forma en que transcurre el período oral (y esto también rige para los demás), tiene consecuencias decisivas para toda la actitud posterior del sujeto frente a la realidad. Si el individuo queda fijado a la esfera de los deseos orales, demostrará en toda su conducta una gran resistencia a la adquisición y ganancia y un intenso deseo de ser mantenido por los otros.

Fenichel (1966), dice que en el desarrollo psíquico la promoción a un nivel superior no se produce nunca de una manera completa, sino que, junto al nuevo nivel alcanzado, o detrás de él, persisten, en cierto grado, características del nivel precedente. Pueden producirse perturbaciones del desarrollo no solamente en forma de una detención completa del mismo, - sino también en forma de una persistencia de características correspondientes a etapas anteriores, en un grado mayor de lo que corresponde normalmente.

Cuando en un momento nuevo de la evolución se producen dificultades, pueden originarse movimientos de retroceso mediante los cuales se vuelve a etapas anteriores que fueron vividas con más éxito. La fijación y la regresión son complementarias entre sí.

Cuanto más fuerte es la fijación, más fácilmente se producirá una regresión en cuanto surgen dificultades.

Este autor enumera cinco tipos de experiencias individuales que favorecen la aparición de fijaciones:

- 1.- El hecho de experimentar grandes satisfacciones en un deter-

minado nivel trae por resultado una resistencia a renunciar a dicho nivel; si más tarde sobrevienen desdichas, surge siempre un sentimiento de nostalgia por la satisfacción anteriormente disfrutada.

2.- Un resultado similar es producido por las frustraciones excesivas en un determinado nivel. Se tiene, en esto, la impresión de que en los niveles de desarrollo que no ofrecen suficiente satisfacción, el organismo se niega a seguir adelante, reclamando las satisfacciones que le son negadas.

3.- Debajo de una determinada fijación, existe tanto satisfacciones excesivas como excesivas frustraciones; una excesiva indulgencia previa hace que la persona resulte incapaz de soportar ulteriores frustraciones; sucede entonces que las frustraciones poco considerables, que otro individuo podría tolerar, tienen el mismo efecto que ordinariamente provocan las frustraciones graves.

4.- Los cambios bruscos de una situación de satisfacción excesiva a una situación de excesivas frustraciones tenga un especial efecto fijador.

5.- Las fijaciones tienen su origen en experiencias de satisfacción instintiva que simultáneamente significaron un reaseguramiento frente a alguna ansiedad, o una ayuda en la represión de algún otro impulso temido. Esta satisfacción simultánea del impulso instintivo y la necesidad de seguridad, constituye la causa más común de las fijaciones.

Continuando con Fenichel (1986), a partir del final del primer año, el niño adquiere una cierta independencia; ello se debe a la habilidad

de aprender, caminar, hablar y el aumento de la capacidad de pensamiento.

La suficiencia que adquiere para retardar la gratificación de sus necesidades le permiten un nuevo crecimiento del Yo. El avance en este sentido, da lugar a la aparición de la capacidad de juicio, la cual se logra - mediante el aumento del sentido de la realidad.

Conforme el sentido de la realidad va aumentando, el yo del niño - se vuelve más capacitado para lidiar con la angustia.

Al final del primer año de vida, una nueva estructura ha ido tomando significación, como si una porción del yo se convirtiera en la " madre - internalizada ". El super yo, se ha comenzado a estratificar con los gestos prohibitivos de ella que ordenan determinadas pautas de conducta.

La adquisición del lenguaje favorece la simbolización y el juicio.

La repetición de sonidos por parte de los padres da lugar a la vocalización a través de la imitación. El lenguaje se incrementa de una manera rápida cuando el niño comienza a caminar.

La zona erógena que llega a sustituir en el desarrollo infantil a la zona oral es la anal.

El placer anal existe desde el comienzo de la vida, pero durante - el segundo año, la zona anal parece convertirse en la principal instancica - ejecutiva de todas las excitaciones, las que, sea cualquiera el lugar en que se originan, tienden a descargarse ahora en la defecación.

El fin primario del erotismo anal es, el goce de las sensaciones placenteras de la excreción. (Vive el acto de la excreción con un placer ya en cierto sentido precursal al coito, donde el escibalo fecal sustituye al pene y la mucosa anal a la vagina). (Marie Langer, 1988).

Fenichel (1986), dice que el temor a la excreción originalmente

placentera puede conducir a la retención y al descubrimiento del placer de la retención.

La experiencia ulterior enseña que se puede aumentar la estimulación de la mucosa rectal reteniendo la masa fecal. Las tendencias a la retención anal constituyen un buen ejemplo de las combinaciones de placer erótico y seguridad contra la ansiedad.

Por su origen y su carácter, la vinculación entre las pulsiones anales y las sádicas, a la que se alude ya en el término usado para designar el nivel de organización libidinosa, se debe, en parte a influencias frustradoras, y en parte al carácter de los fines de incorporación.

Sin embargo, deben asegurarse dos factores más: el primero, el hecho de que la eliminación es objetivamente tan destructiva como la incorporación. El objeto del primer acto sádicoanal son las heces mismas, cuya expulsión es percibida como una especie de acto sádico. El segundo es el factor de poder social implícito en el hecho de controlar los esfínteres: el aprendizaje de los hábitos higiénicos hacen que el niño se encuentre con la posibilidad de demostrar eficazmente su oposición a los mayores.

Para Fenichel (1966), existen razones fisiológicas que explican la vinculación entre el erotismo anal, por un lado, y la ambivalencia y bisexualidad por otro.

El erotismo anal hace que un objeto (las heces) sea tratado por el niño de una manera contradictoria: El niño expulsa de su cuerpo la materia fecal y la retiene como si se tratara de un cuerpo amado; esta es raíz fisiológica de la ambivalencia anal. Por otra parte el recto es un órgano de excreción heco; y como órgano de excreción puede expulsar activamente algo.

puede ser estimulado por un cuerpo extraño que penetre en él. Las tendencias masculinas derivan de la primera aptitud, las tendencias femeninas de la segunda; ésta es la raíz de la vinculación entre erotismo anal y la bisexualidad.

Fenichel (1966), menciona que las primeras tendencias anales son autoeróticas. Tanto la eliminación placentera como la retención placentera pueden alcanzarse sin necesidad de objeto. El hecho de que este placer es experimentado en una época en que todavía actúan los sentimientos primarios de omnipotencia puede deberse en la sobrevaloración narcisista mágica de la potencia de los movimientos intestinales del individuo.

Las heces se convierten en objeto libidinoso, representando algo primeramente el propio cuerpo, ya que es transformado en un objeto externo, representando de esta manera una posesión.

La sobrevaloración narcisista se expresa ahora en un sentimiento de poder sobre la madre, en cuanto a darle o no las heces. Otras tendencias anales dirigidas a los objetos son los impulsos de compartir con alguien más las actividades anales: defecar juntos, defecar sobre otra persona o hacer que la otra persona defeque sobre uno, observar y exhibir actividades anales, embadurnar juntos, etc. Todas estas tendencias anales tienen una orientación ambivalente. (Fenichel, 1986).

Las frustraciones en esta etapa dan lugar a angustias anales específicas, como represalia por las tendencias sadicoanales. Se originan temores de que aquello que uno ha deseado perpetrar analmente contra los demás le sucederá a uno mismo. Aparecen temores de daño físico, tales como el

el temor de un escape violento de heces o contenidos corporales.

Marie Langer (1988), cita que psicológicamente, durante la primera etapa anal predomina el placer de la expulsión, y el excremento expulsado es equiparado por el inconsciente a un objeto querido.

En el aborto espontáneo la mujer revive sus tendencias de expulsión hostil frente al niño, que para ella en su inconsciente tiene el significado de excremento despreciado, mientras que en algunos tipos de dificultad - en el parto, el niño es tratado (inconscientemente), como un contenido intestinal valioso, del cual la mujer no quiere separarse.

En la segunda fase anal, el placer principal ya no radica tanto en la expulsión hostil del objeto como en su retención. Es decir, que el objeto es más apreciado y menos odiado que antes.

EROTISMO URETRAL .

Wolman (1968), refiere a esta fase como el período introductorio a la fase fálica, en la que los órganos genitales se convierten en punto - focal de gratificación de la libido.

Fenichel (1986), refiere que el erotismo uretral aparece frecuentemente combinado con el complejo de castración.

El fin primario del erotismo uretral es el placer de orinar. Hay también un placer uretral de retención, de carácter secundario, análogo al placer de retención anal, y conflictos que giran alrededor del mismo. Esto es más frecuente en las niñas, probablemente por razones anatómicas.

Los fines del erotismo uretral son sin duda autoeróticos, tal como los son los del erotismo anal; más tarde, también el erotismo uretral puede volverse a los objetos.

El aparato uretral se convierte entonces en ejecutor de las fantasías sexualmente exitantes acerca de orinar sobre los objetos o que los objetos orinen sobre uno, o de fantasías en las que la relación con la micción es más oculta.

Frecuentemente los niños orinan activamente la ropa o la cama para alcanzar un placer máximo autoerótico; más tarde, la enuresis puede presentarse como un síntoma neurótico involuntario, con el carácter de un equivalente inconsciente de la masturbación. El placer de orinar puede tener en general, un doble carácter: puede tener (en los dos sexos), un significado fálico, e incluso sádico (en que el acto de orinar sería el equivalente de una penetración activa, con fantasías de destruir o de dañar) o bien - puede ser sentido como dejar fluir una actitud de entregarse pasivamente y de renunciar al control..

En la mujer, las dificultades erótico - uretrales tardías expresan la mayor parte de las veces conflictos que giran alrededor de la envidia al pene. (Fenichel, 1986).

3.3 ETAPA FALICA EN LA NIÑA. LA ENVIDIA DEL PENE

Fenichel (1986), cita que el clítoris es en ésta etapa la parte del aparato genital más rico en sensaciones, que atrae y descarga toda excitación. Es el foco de las prácticas masturbatorias, así como el interés psíquico está centrado en él.

Marie Langer (1988), dice que al principio la niña goza por medio de la estimulación del clítoris; donde tiene depositado todo su narcisismo y excitación sexual. Acompaña sus actividades masturbatorias con fantasías dirigidas al padre.

Con ésto entra forzosamente en conflicto con su madre. Cuando en ésta época tiene la oportunidad de observar el órgano sexual de un hermano o compañero de juego, su primera reacción es la envidia. Quisiera tener un órgano igual, y se siente inferiorizada por la forma rudimentaria de su clitoris; espera que con el tiempo crecerá, transformándose en un pene, e inicia en ésta forma su complejo de masculinidad.

Divide en ésta fase a las personas en fálicas y castradas, es decir, que la reacción típica al conocimiento de que hay criaturas con pene no es solamente la actitud " yo también quisiera tener uno ", sino también la idea " yo también tuve uno y lo perdí ".

Para Langer (1988), la niña imagina haber tenido un pene antes y haberlo perdido como castigo por sus jugueteos sexuales. Supone que las demás mujeres, principalmente las más importantes, como su madre, tienen pene. Por lo tanto, mientras el varón teme la castración, y renuncia a su madre y a la masturbación para no perder éste órgano tan altamentepreciado, la niña cree haberla sufrido.

Para Fenichel (1986), no hay duda de que las niñas tienen la sensación de que la posesión de un pene procura ventajas erógenas directas en el aspecto masturbatorio y urinario; a los ojos de ella, la posesión de un pene hace al que lo posee más independiente y menos sujeto a frustraciones.

Esta sensación se debe, probablemente, a la concentración de todas las sensaciones sexuales en el clitoris, en esa época, y a que esté comparado con el pene, es " inferior ". La envidia se halla condensada habitualmente, con la idea de que la carencia de pene es una especie de castigo, ya sea merecido ó injusto.

La sexualidad clitoridiana está siempre unida a fantasías explícitamente masculinas, que tienen siempre como fin la penetración de un órgano hueco, perteneciente, por lo regular a la madre, con la finalidad inconsciente de procrear con ella un hijo.

La libido se desliza de la siguiente manera: deshecha la idea del pene por la de un hijo, y es así como toma por objeto amoroso al padre, desear un hijo del padre y la madre se convierte en objeto de celos.

El complejo de edipo en la niña es secundario; primero procede y lo preparan las repeticiones del complejo de castración.

Para Freud (1931), el primer objeto de amor es la madre; en el edipo, el objeto cambia pasando a ser el padre. En el curso del tiempo la niña deberá cambiar de zona erógena y de objeto; aquí es donde surge la pregunta de cómo pasa la niña de una fase de masculinidad a una de femineidad estando ésta biológicamente determinada.

Para entender esto se debe de tomar en cuenta la fase de vinculación a la madre anterior al complejo de edipo.

Se encuentra que las relaciones libidinosas de la niña con la madre a través de las tres fases de la sexualidad infantil toman las características o los caracteres de cada una de ellas manifestándose con deseos ora - les, sádico - anales y fálicos, siendo éstos tanto de naturaleza cariñosa - como hostil y agresiva. Estos últimos suelen hacerse aparentes después de transformarse en representaciones angustiosas. (Freud , 1931)

No siempre es fácil señalar la formulación de estos precoces deseos sexuales; el más claro es el de hacerle un niño a la madre (o tenerlo de ella).

La disolución de la vinculación de la niña y su madre para dejar el puesto a la vinculación con el padre, se hace bajo el signo de hostilidad; la vinculación a la madre se resuelve en odio, el cual puede hacerse muy evidente y perdurar a través de toda la vida o puede ser luego cuidadosamente super compensado, siendo lo más corriente que una parte de ella sea domi

nada, perdonando otra. Estas variantes dependen de que tanto estima que el no es como suponía, inseparable de todo cuerpo humano (no pene). (Freud, 1931).

El descubrimiento de su castración constituye un punto crucial en la evolución de la niña. Parten de él tres caminos de ésta evolución:

1. Conduce a la inhibición sexual o neurosis. La influencia de envidia al pene hace que renuncie a la satisfacción masturbatoria del clítoris, rechaza el amor a la madre y reprime con ello, en muchos casos, buena parte de sus impulsos sexuales.

El apartamiento de la madre no tiene efecto de una vez, pues la niña considera al principio de su castración como infortunio individual y sólo paulatinamente la va extendiendo a otras criaturas femeninas y por último, también a la madre. El objeto de su amor - era la madre fálica; con el descubrimiento de que la madre esta - castrada se le hace posible abandonarla como objeto amoroso, y entonces los motivos de hostilidad vencen.

Con el abandono de la masturbación clitoridiana, la sujeto renuncia a un montante de actividad. La pasividad se hace dominante, y el viraje hacia el padre queda cumplido con la ayuda, sobre todo, de impulsos instintivos pasivos.

Tal avance de la evolución acaba con la actividad fálica, hallando el camino a la feminidad. Si las pérdidas que en ello origina la represión no son demasiado considerables, tal feminidad puede resultar normal.

El deseo con el que la niña se orienta hacia el padre, es quizá,

originalmente, el de conseguir de él el pene que la madre le ha negado; pero la situación femenina se constituye luego, cuando el deseo de tener un pene es relevado por el de tener un niño, sustituyendo así el niño al pene (Freud, 1931).

Con la transferencia del deseo niño-pene al padre, entra la niña en una situación de complejo de edipo.

La hostilidad con que la madre preexiste, se intensifica, pues la madre pasa a ser la rival que recibe del padre todo lo que ella anhela de él (Freud, 1931).

Para la niña la situación de edipo es el desenlace de una larga y difícil evolución, una especie de solución preliminar, una postura de descanso de la sujeto, la cual tarda en abandonarla aún y cuando el comienzo de la latencia no se encuentra lejos.

En la niña el complejo de castración prepara el complejo de edipo en lugar de destruirlo, como sería el caso del varón; la influencia de la envidia al pene la aparta de la vinculación con la madre, haciéndola entrar a un complejo de edipo, permaneciendo en él indefinidamente y sólo más tarde e incompletamente lo superará en estas circunstancias.

La formación del super yo tiene forzosamente que aparecer, no puede alcanzar la robustez y la independencia que le confieren su valor central sin éste.

2. Complejo de masculinidad. La niña se niega a admitir la realidad, exagera con obstinada rebeldía, su masculinidad de hasta entonces, mantiene su actividad clitoridiana y se refugia en la identificación con la madre fálica o con el padre.

EL rendimiento máximo de éste complejo de masculinidad parece ser - el influjo en la elección de objeto. En el sentido de la homosexualidad manifiesta.

En La elección de objeto, la mujer se desarrolla conforma a la idea narcisista del hombre, la niña ha permanecido en vinculación - al padre, es decir, que en el complejo de edipo eligirá conforme - al padre. (Freud , 1931)

Dado que en el viraje desde la madre al padre, la hostilidad de la relación ambivalente queda enlazada a la madre, tal elección de objeto debería de garantizar un matrimonio feliz.

La hostilidad que ha quedado resagada persigue a la vinculación positiva y atar al nuevo objeto. EL marido, que había heredado primero al padre, hereda ahora a la madre.

De este modo, sucede fácilmente que la segunda mitad de la vida de la mujer aparezca consagrada a la lucha contra su marido, como la primera, más breve, a la rebelión contra su madre.

3. Femenidad normal. Véase el primer punto.

3.4 LATENCIA Y PUBERTAD

La influencia del super yo se manifiesta después de la resolución del complejo de edipo, como una interrupción o una disminución de las actividades masturbatorias y de los intereses de carácter instintivo en general.

Tienen lugar los cambios de los instintos parciales por la inhibición de sus fines, sublimaciones de diversa índole, y a menudo formaciones reactivas.

" Al mismo tiempo el Yo va desarrollándose paulatinamente hacia la

la realidad externa. El lenguaje que ha adquirido cierta solidez permite la función anticipatoria, puesto que los eventos pueden ser planeados en el mundo de las palabras " (Guarnier, 1984).

Guarnier (1984), cita según Berta Bornstein , la idea de que el período de la latencia sea dividido en dos fases. Durante la primera que abarca de los seis hasta los ocho años, el Yo se encuentra todavía arrastrado por impulsos sexuales y por ello el elemento represivo, inhibe la conducta sexual. En éste proceso puede presentarse una marcha de rebelión, que es seguida abitualmente por autorreproches. Esta pudiera ser la razón por la que algunos niños parecen encontrarse en un estado de elevada ambivalencia.

El segundo período abarca desde los ocho hasta el comienzo de la pubertad. Se encuentra la consolidación de las defensas. EL niño presenta un mayor equilibrio y por lo tanto menos sufrimiento.

Las experiencias de la escuela adquieren una gran significación, dado que nos muestra el nivel de ajustes a la figura de autoridad.

PUBERTAD

El relativo equilibrio del período de latencia se prolonga hasta la pubertad. En este momento se produce una intensificación biológica de los impulsos sexuales.

El Yo, que se ha desarrollado entre tanto, reacciona de una manera que ya no es la de antes y que depende, por otra parte, de la experiencia previa. Todos los fenómenos psíquicos característicos de la pubertad pueden ser considerados con tentativas de restablecer el equilibrio perturbado. La maduración normal se va efectuando de un modo tal que, una vez alcanzada la primacía genital, el Yo acepta la sexualidad como un componente normal de su personalidad y aprende a adaptarse a ellas (Guarnier, 1984).

El desarrollo sexual, en la pubertad, parece reiniciarse exactamente en el mismo punto en que fué abandonado (en el momento de la resolución del complejo de edipo). Antes de resolverse los vínculos de carácter incestuosos, se produce una intensificación de las pulsiones del complejo de edipo. Los temores y las culpas vinculadas al complejo de edipo constituyen la causa primaria de que el Yo, en la pubertad, sea a menudo muy hostil a los instintos y sienta un gran temor a los mismos.

Temores y sentimientos de culpa que originalmente se hallaban vinculados a las fantasías edípicas concomitantes, son desplazados ahora a la actividad masturbatoria. Las personalidades adolescentes reaccionan de diversa manera a los sentimientos y temores de culpa. O se colocan del lado de su impulso y tratan de combatir la ansiedad, o bien, más frecuentemente, se colocan del lado de la ansiedad y de los padres, y tratan de combatir las tendencias instintivas y las rebeldes (Fenichel, 1986).

García Arzeno (1986), refiere que los primeros cambios corporales y la pronta aparición de la menarca, determinan en la niña cambios evidentes.

El conflicto básico gira alrededor de la necesidad de separarse de la madre, situación que teme profundamente. La niña sólo logra dar éste paso por medio de su hostilidad hacia aquella; sólo así se salva de quedar atrapada para siempre en éste temor que es ambivalente y lleva dentro de sí el germen de un intenso odio y de un vínculo posesivo y tiránico.

Se produce una regresión al servicio del desarrollo por lo cual aparecen fobias, temores hipocondríacos, crisis de angustia inespecíficas y un apego más intenso a la madre junto al miedo de perderla o a que le pase algo.

Se incrementan las ansiedades inherentes al proceso de individuación - separación. El padre es por ahora una figura que molesta, el tercero excluido en la diada madre - hija. Si requiere a la madre, es un rival para la hija. Los cambios que observa día a día en su cuerpo la asustan y busca a la madre como refugio para calmar la angustia, a la vez que como un espejo que le devuelve esta imagen nueva integrada con la infancia.

Su estado interno es de confusión y desasociado. Necesita a la madre como madre nutricia y sostén. Sabe lo que no quiere pero sabe que lo quiere. Ya no juega y todavía no puede hablar apropiadamente de sus problemas. (García Arzeno, 1986)

La percepción del instinto sexual no bloqueado ni neutralizado ya por los mecanismos de la latencia, asusta porque significa que ella es portadora de algo peligroso para la madre, de la cual necesita aún depender - un tiempo más. También es vivido como peligroso porque su satisfacción la colocaría ante situaciones traumáticas debido a la debilidad de su yo para afrontarlas.

Para ésta autora, la pubertad es fundamentalmente un proceso de duglo. Se está perdiendo el cuerpo de la infancia y también la madre de la infancia.

Simultáneamente, la percepción de sus cambios corporales y la aparición de la menarca la ponen ante una prueba de realidad y si pierde la fantasía omnipotente de la bisexualidad, lo cual implica recibir una profunda herida narcisística.

La pubertad es un momento de sufrimiento y de duelo porque en ella se origina un conflicto específico; las relaciones de objeto cambian con respecto a la latencia y la adolescencia propiamente dicha. Emergen ansie

dades entremezcladas con predominio de las depresivas ya que se está ante la pérdida de la relación primitiva con la madre.

En la evolución de éste período, García Arzenó (1986), cita que se encuentran dos caminos; los cuales el primero correspondería a un desarrollo normal y el segundo a uno patológico.

Esta autora divide al desarrollo normal en tres fases, las cuales son las siguientes:

PRIMERA FASE: Hacia el final de la latencia, se incrementan los mecanismos de represión del instinto sexual, en especial los controles de tipo obsesivo. La niña ha logrado una independencia relativamente amplia. Se interesa por los juegos de mucha movilidad; se viste y comporta tanto varonilmente como con coquetería. De pronto en ella surgen cambios como para pensar que su proceso puberal ha comenzado.

Pierde la independencia lograda al menos, parece retroceder; volviéndose temerosa, introvertida y angustiada. (Inconscientemente percibe que el impulso sexual recae de manera intolerable).

En esta fase el vínculo con la madre a nivel consciente es de amor con características oral - receptiva hacia la madre nutricia; el padre es ignorado o francamente excluido.

El cambio fundamental a nivel de su conducta es de un giro a tristeza, depresión , se vuelve callada, aislada, aferrándose sólo a mamá. En este momento ha empezado el duelo que caracteriza a la pubertad.

La aparición de rasgos sexuales secundarios y finalmente la menarca ponen a la niña frente a la evidencia de que su cuerpo es sexual y no bisexual, esto supone una dolorosa herida narcisística. (descubre que mamá es mujer y que ama a papá)

SEGUNDA FASE: Corresponde a una fase melancólica, donde se aserba

la rebeldía y hostilidad hacia la madre y el rencor al padre.

El descubrimiento de la unión sexual de los padres es decepcionante pero imprescindible porque rompe con la simbiosis.

TERCERA FASE: Si la fase anterior se elabora adecuadamente, la niña entra en la fase depresiva de la pubertad, y también de integración de la imagen de los padres nutricios con los padres sexuales unidos en una pareja que se quiere y complementa mutuamente. A menudo esto se verifica por la desaparición de síntomas que preocupaban. La niña vuelve a ocuparse de sus estudios aún y cuando se queja de las obligaciones, que le absorben la mayor parte del tiempo. Está por terminar la escuela primaria y se prepara para iniciar la secundaria o recién ya la ha comenzado.

Generalmente la obesidad o la pérdida de peso, así como dificultades en el rendimiento escolar, se observa en este pasaje simultáneos al cambio de identidad. Si aparecen síntomas de celos y reproches hacia la madre, indica un desarrollo sano y no patológico, ya que significa que ahora el padre es el que se va dislumbrando como objeto de su deseo. Esto a su vez remite una identificación con la madre ya establecida y renuncia a poseerla acaparadoramente.

Una vez superado éste período, volverá a interesarse en los estudios, actividades e intereses, sin que pueda decirse que desaparecen completamente las dificultades ya descritas.

García Arzeno (1986), enumera ocho puntos para describir la evolución patológica en la pubertad.

1. Prolongación indefinida de la latencia. Esta es cuando la niña renuncia a su sexualidad, pudiendo casarse y tener hijos pero no gozar de su sexualidad.

2.- Estallamiento de un profundo resentimiento hacia la madre, pudiendo perdurar toda la vida, En muchos casos de esterilidad primaria crónica, se encuentra que la melancolía impide a la hija reparar a la madre a través de su propia maternidad, a la vez que le rehuye porque la aterroriza la idea de un interior seriamente dañado por la retaliación de sus ataques sádico- orales a su propia madre.

3.- Homosexualidad femenina. Aquí persiste la fijación a la madre como objeto de su deseo sexual, el vínculo narcisista, el erotismo pregenital activo o pasivo, dependiendo del tipo de homosexualidad del que se tratase. Puede jugar alternativamente el rol de madre, hija o padre y depositar en la pareja el aspecto complementario.

4. La obesidad implica un deseo de mantenerse en la infancia en una total dependencia oral receptiva. Supone además, el temor a mostrar los cambios corporales, quedando éstos escondidos detrás de una cortina.

La niña púber se protege así del temor a dañar a la madre con los cambios, permaneciendo con su cuerpo de bebota regordeta más allá de lo que corresponde a su edad.

5. La anorexia nerviosa. La temática es preedípica pero sobre todo una base de melancolía severa contiene., pues la hija se hace depositaria de núcleos melancólicos de su propia madre.

6. Enfermedades orgánicas serias sin antecedentes infantiles pueden indicar somatizaciones del conflicto puberal.

7. Se halla una serie de desvíos respecto al desarrollo normal respecto a los límites de lo neurótico. El período de latencia ha sido deficiente, manteniendo a flor de piel la necesidad de gratificaciones pregenitales constantes.

8. Evitar la pubertad como etapa dolorosa. Siendo ésto como una - pseudoadultez que trata de sobrepasar la etapa de la ambivalencia confusión, desmoronamiento de idealizaciones previas etc, debido a que la niña no cuenta con un medio que sea suficientemente sostenedor como para entregarse a sus más auténticas emociones (- - Gacía Arzeno, 1986).

Como conclusión se podría mencionar que la problemática de la púbertad femenina gira alrededor de un acto de infidelidad hacia la madre.

3.5 M E N S T R U A C I O N

Debido a que la menstruación es un proceso fisiológico análogo al psicológico, es importante revisar el primer aspecto.

ASPECTOS FISIOLÓGICOS

Según Horney (1986), aproximadamente a medio camino entre dos períodos madura un óvulo en uno de los ovarios, las membranas circundantes - (el folículo) se rompen, y el óvulo pasa por las trompas de falopio al útero, para alojarse ahí si se ha verificado la fertilización. El óvulo está accesible y dispuesto a ser fertilizado durante unas dos semanas. Entre tanto, las membranas rotas del óvulo se han transformado en el cuerpo lúteo.

Este cuerpo amarillo funciona como glándula endócrina, segrega sustancia que ha sido recientemente aislada en su forma pura. Se le ha dado el nombre de progesterona por su capacidad de producir un ciclo estroso.

Esta hormona actúa sobre el útero de forma tal, que la membrana mucosa que recubre su interior se modifica como en preparación para el embarazo; esto es, toda la membrana mucosa se esponja, se carga de sangre y las glándulas en ella situadas se llenan de secreción.

Si no hay fecundación las capas superficiales de la mucosa se desprenden, las sustancias que se habían almacenado con vistas al crecimiento del embrión son expulsadas, y el óvulo muerto sale arrastrado por la hemorragia subsiguiente. Al mismo tiempo da comienzo a la regeneración de la membrana.

La función de la progesterona no se agota con este solo efecto; el resto de los órganos genitales también se congestionan, como sucede con los senos, en los que ha menudo se puede comprobar un aumento material del tejido glandular antes del comienzo del período, además, esta hormona provoca cambios mensurables en la sangre, la presión sanguínea, el metabolismo y la temperatura.

Para Worney (1986), estos efectos hablan de que este ciclo (rítmico) en la vida de la mujer es una preparación mensual para el proceso procreador; sin embargo, este enfoque biológico no proporciona un contenido psicológico particular, mas es indispensable para el entendimiento de ciertas tensiones que paralelizan o tienen causa en acontecimientos físicos.

ASPECTOS PSICOLOGICOS

Helene Deutsch (1952), refiere que cuando se estudian los fenómenos psicológicos que acompañan a la primera menstruación, se descubre que es difícil encontrar una muchacha joven que en ese momento no se enfrente en alguna forma con el problema de la función reproductiva.

Durante la primera época del desarrollo de la muchacha debe hacer frente a la doble función de la hembra como criatura sexual y como servidora de la especie, en ésta la mujer tiende hacia la dirección no indi-

vidualista, es decir que su inclinación es a favor de la especie; en función de las funciones reproductoras. Desde este momento, los problemas de la muchacha que ha de transformarse en mujer están claramente definidos: son un conflicto o una armonía de muchos elementos contradictorios.

La menstruación representa para la niña un acontecimiento importantísimo; significa que adquirió madurez biológica, que es capaz de ser mujer, y está capacitada para el amor y la maternidad.

Marie Langer (1988), cita que la niña normal aceptará con placer y orgullo su menarquía, pese a cierto sentimiento de extrañeza y ansiedad, ya que verá en ella el indicio de su madurez femenina y la promesa de su futura maternidad.

Por otra parte la chica neurótica, que se siente despreciada por ser mujer, rechazará la menarquía por vivirla como una castración o por interpretarla como castigo, como una consecuencia del daño que se haya causado en los actos masturbatorios.

Karen Horney (1986), dice al respecto: " La forma particular que a menudo adoptan las mujeres es el temor a que los órganos genitales queden físicamente dañados por la masturbación. Con frecuencia este temor va ligado a la fantástica idea de que en otro tiempo fueron como los niños y han sido castradas ".

Durante la prepubertad, la menstruación es para muchas muchachas uno de los temas importantes para el secreto. Las amigas pequeñas observan a las mayores con curiosidad y envidia, respetándolas, admirán

dolas y compadeciéndolas.

Esta expectativa consciente cada vez mayor termina típicamente con gran desilusión. La muchacha espera que al comenzar la menstruación su papel con respecto a su medio cambiará, y que ella misma le ocurrirá alguna cosa importante. Por encima de todo espera ser reconocida como mujer adulta y adquirir nuevos derechos. Este estado adulto significaría librarse de la incapacidad de obtener ciertas cosas y sobre todo la desaparición de las restricciones y renunciaciones que ha sufrido por ser pequeña y que han sido impuestas por los adultos, principalmente por la madre. Estas restricciones están principalmente dirigidas contra las agresiones y actividades sexuales de la infancia (Deutsch, 1952)

En la iniciación precoz de la menstruación, la niña protesta contra las nuevas exigencias impuestas por los adultos, baño cotidiano, cambio de ropa interior; oculta las ropas sucias en los cajones o en cualquier rincón de la casa, rechaza ser importunada con las necesarias medidas higiénicas. Se siente limitada en sus actividades cotidianas, como los deportes, natación etc.

Cada fase de la pubertad tiene reacciones típicas a la menstruación. Si su inicio tiene su aparición en un momento en que la muchacha no está más allá psicológicamente de la pubertad, la hemorragia genital es considerada como si fuera una nueva función eliminadora. Se avergüenza de éste momento, intenta ocultarlo, y cada vez que es descubierta tiene la sensación de haber sido sorprendida haciendo algo repugnante.

La idea de la suciedad puede ser extendida en la fantasía a todo el cuerpo, y la chica se siente sucia y despreciada (Deutsch, 1952).

Esta actitud que relaciona la primera menstruación con las funciones excretoras es particularmente en muchachas que han sufrido de enuresis y enteritis. Si se ven sorprendidas durante la noche por la humedad de la sangre, están seguras que se ha repetido su antiguo trastorno; si observan manchas en su ropa interior durante el día, intentan combatirlo con medidas dietéticas.

Para esta autora, las muchachas que padecieron el síntoma de vejiga débil, pueden experimentar la primera menstruación como una descarga in-gobernable de líquidos del cuerpo. Cuando llegan a ser adultas evitarán los contactos sociales durante sus períodos, justificándolos experimentando dolor y sentimientos de debilidad.

Algunas mujeres suelen guardar cama en estos días, aún y cuando no tengan dolores menstruales; siendo el verdadero motivo huir de las reacciones de su medio (tabúes), de sus agresiones intensificadas y peligros sexuales, así como evitar los conflictos con los demás. Este motivo suele acompañarse de otros más específicos y personales.

Durante la primera menstruación, estas mujeres fueron tratadas con particular ternura por sus familias y principalmente por su madre; admitiendo que los días más pacíficos y felices son los días de la menstruación. (Deutsch, 1952).

Las mujeres que eran psicológicamente inmaduras cuando comenzaron a menstruar reaccionarán con humor agresivo, exigiendo cuidados especiales de quienes les rodean.

Continuando con Helene Deutsch (1952), la muchacha joven presen-

ta muchas veces una actitud de negación absoluta a la primera menstruación. Se abstiene de referirse a ella, no cambia su modo de vivir, y - niega la existencia de su indisposición mensual; conservan esta actitud mucho tiempo y refieren que la menstruación no les molesta en absoluto.

Este tiempo de reacción es característico de las muchachas marimachos, que intentan expresar así su sentimiento de desafío.

Si esta tendencia se hace más fuerte, la muchacha se aleja de su femineidad, comportándose constantemente como un muchacho, y si en el momento de la primera menstruación se halla aún en la fase de irresolución bisexual, la primera hemorragia puede ejercer paradójicamente una influencia negativa sobre su decisión final de ser mujer.

Karen Horney (1986), refiere que durante el período menstrual, se encuentra un incremento de libido sexual.

Las perturbaciones desaparecen por completo en períodos de satisfacción de la vida amorosa, reapareciendo en períodos de frustración externa o de experiencias insatisfactorias.

La muchacha joven considera a su propio cuerpo como el objeto de amor. Algunas veces cambia las formas de su amor a sí misma; primero se deleita con la admiración que despierta su femineidad en quienes la rodean, y en esto el impulso a la rivalidad y de ser más hermosa que las otras tiene máxima importancia para ella. (vanidad, interés por vestidos, fiestas, coqueteos, etc.)

Las características sexuales secundarias (mamas y vello) atraen su atención al principio, y las acepta o rechaza, los esfuerzos por a-

plastarse el pecho y las tentativas de arrancar o cortar el vello pubiano son manifestaciones comunes de una actitud negativa (Deutsch, 1952).

La vulnerabilidad narcisista en relación al cuerpo, se expresa principalmente en la repulsa de aquello que puede destruir su integridad.

Esta actitud adquirida en la primera infancia viene a construir una parte permanente del inconsciente, conservándose por muchos años.

Para esta autora, debido a los impulsos sexuales, especialmente la hemorragia menstrual, los genitales vienen a ser centro de una intranquila atención y de sentimientos de daño. Son concebidos como una parte del cuerpo que vuelve a adquirir especial importancia durante la menstruación por ser el asiento de la acrecentada tensión.

Las más primitivas de estas reacciones expresan el deseo de curar la parte del cuerpo que ahora se siente ha sufrido una herida (en este caso los genitales), reconstituyendo el cuerpo intacto bien integrado, que se supone dañado durante la menstruación. Esta fantasía centrada en torno a la repercusión del cuerpo tiene un motivo más complicado: la repercusión de una fase definida de la infancia durante la cual la muchacha desea tener un órgano activo como el del varón. Este deseo surge en la pubertad bajo la presión de instintos sexuales activos y de impulsos de masturbación.

" La idea de estar lesionadas hace que algunas mujeres piensen en sus órganos genitales como una herida y la menstruación se considera entonces emocionalmente como una corroboración de este supuesto. Existiendo la correlación SANGRAR = HERIDA , comprendiéndose por ello que la menstruación no sea para ellas un proceso natural sino un proceso repugnante "

(K. Horney, 1986).

Continuando con Deutsch (1952), la menstruación conduce a la muchacha a abandonar la masturbación, o inversamente, la tensión biológicamente determinada que acompaña a este proceso le incita a masturbarse. El ansia y los sentimientos de culpa en el último caso dotan a las hemorragias asociaciones de crueldad, sufrimiento y castigo, movilizando las antiguas reacciones infantiles relacionadas con el problema genital, las diferencias anatómicas etc.

Las reacciones anormales a las primeras menstruaciones son extraordinariamente variadas. Exitabilidad intensificada, sensación de molestia - mayor susceptibilidad a la fatiga y depresiones, son manifestaciones frecuentes a la pubertad considerando que aumentan durante la menstruación.

Para Deutsch, existen reacciones más directas a la experiencia fisiológica, que se refiere a la aceptación o rechazo. Pueden manifestarse ya durante el período de expectativa, y en este caso son más bien inhibiciones funcionales defensivas, que conducen a un tipo de retención de la menstruación.

La detención de la menstruación después de una sola aparición suele atribuirse a una reacción de " shock ", provocada por el horror con que es recibida la primera hemorragia.

Los dolores menstruales constituyen otra complicación en el desarrollo.

Se ha estudiado este aspecto en los procesos psicológicos que acompañan a tales dolores, concluyendo que se relacionan con fantasías de parto.

Deutsch (1952), cita que los intentos de la muchacha por resolver los conflictos de la menstruación son:

Racionalización que despoja al proceso de sus misterios y de su significación profunda.

Desde un punto de vista anatómico, la hemorragia no se produce, teniendo lugar en otra parte del cuerpo, que en ocasiones son partes alejadas de los genitales. La elección del órgano suele ser psicológicamente determinada. Este tipo de manejo de la menstruación es llamada menstruación vicariante.

Durante la pubertad, como un resultado del crecimiento del cuerpo y del aumento de la excitación sexual fisiológicamente determinado, el interés a los genitales vuelve a despertarse, y se movilizan nuevamente las expresiones psicológicas del trauma genital. La ira, la vergüenza, la depresión y los sentimientos de inferioridad se presentan ahora en primer plano. La menstruación constituye entonces, una experiencia decisiva en el proceso de feminización (Deutsch , 1952).

Las fantasías que se movilizan por la primera menstruación expresan deseos y temores relacionados con el embarazo y el parto; en algunas chicas son oscuros presentimientos inconscientes, en otras se derivan de vagas informaciones dispersas recogidas en los secretos de los adultos; en esos casos se relacionan con un evidente conocimiento intelectual acerca de la significación fisiológica de la menstruación.

Las fantasías de la muchacha van investidas de una significación biológica y que más tarde será conocido conscientemente: desilusión en la espera de un niño.

Los estados de ánimo depresivos que acompañan tan frecuentemente a la menstruación, suelen contener este elemento de desilusión. (Deutsch, 19

Marie Langer (1988), explica al respecto que las mujeres que presentan estados depresivos premenstruales pueden conscientemente desear o no un embarazo. Sin embargo, no lograron la maternidad por un conflicto inconsciente.

A su deseo intenso de ser madres, se opone un rechazo de la misma intensidad, proveniente de angustias y sentimientos de culpa por sus fuertes tendencias destructivas. En la época del ciclo, en que todo el cuerpo se -prepara biológicamente para la maternidad, se reactivan tanto el deseo de tener un hijo como el temor y rechazo del mismo. El resultado de este conflicto es : depresión que termina con la aparición menstrual, índice de que no se realizó un embarazo.

Las reacciones psíquicas relacionadas con el problema de las funciones reproductivas tienen siempre un carácter individual; sin embargo, existe una cosa que es común a todas las mujeres: relacionan la menstruación con el parto.

Los trastornos menstruales representan el grupo más importante de perturbaciones genitales de las mujeres, siendolo más comunes y normales la amenorrea, dismenorrea, irregularidades mensuales, hemorragias continuas menstruación intermitente y vicariante etc. (Deutsch , 1952).

En el curso de la vida de una mujer, los acontecimientos subjetivos relacionados con la primera menstruación tienen una tendencia a repetirse en las restantes menstruaciones, pero normalmente en una forma muy débil.

Poco a poco, la mujer acepta el proceso fisiológico como tal, y -su significado psicológico se va difuminando en un segundo plano. Como consecuencia de esta transformación, el recuerdo de la primera menstruación -muchas veces se va borrando, y en ocasiones es sometido a una represión -tan grande que puede producirse una amnesia respecto al fenómeno (Deutsch, 1952).

3.6 EMBARAZO.

El desarrollo psicobiológico de la mujer, presenta características específicas asociadas, tanto a la biología de los sexos, como al rol y al estatus que nuestra sociedad y cultura le confieren a la mujer. A parte de su propio significado, la cultura es esencial para determinar las respuestas y actitudes de la mujer a su embarazo y parto.

El embarazo, es una experiencia emocional que por su magnitud, trae paralelamente una maduración de la personalidad femenina.

Todo avance en el desarrollo psicobiológico, moviliza los núcleos de conflicto inconsciente del individuo. Por esto, el carácter de cada mujer imprime un sello específico a las reacciones de la futura madre; sin embargo a pesar de las variaciones individuales, existen respuestas psicológicas comunes a toda mujer, debido a la significancia universal que para toda psique femenina tienen estas experiencias (Archundia Sánchez, 1981)

El proceso orgánico del embarazo es fácilmente utilizado por el aparato psíquico para dar expresión a tensiones emocionales preexistentes, - por lo que se puede observar la influencia de los procesos somáticos sobre la psique, así como también se puede descubrir la relación entre conflictos emotivos y síntomas físicos del embarazo (Deutsch, 1960)

El embarazo es la realización de los deseos y fantasías más tempranas de la niña, el cumplimiento de una promesa gratificante y un deber que en forma cubierta o encubierta, la mujer percibe que tiene que cumplir no solo para realizarse sino también para sentirse aceptada. (Archundia - Sánchez, 1981)

Para esta autora, en el embarazo coexiste una regresión emocional, que moviliza las necesidades infantiles de dependencia afectiva, así como dudas, miedos irracionales y una profunda inseguridad en su capacidad para lograr el cumplimiento que un hijo implica.

Helene Deutsch (1960), menciona que en el embarazo - existe un triple paralelismo determinado biológicamente, que abarca la filogénesis, la ontogénesis y las excitaciones y sensaciones psíquicas que - provocan la reaparición de determinados impulsos instintivos infantiles, lo que proporciona muchas veces material oral durante la primera fase del embarazo.

Para Marie Langer (1988), la madre desea un hijo porque esto - significa recuperar a su propia madre y le permite identificarse con ella. También anhela un hijo para comprobar su propia fertilidad. El deseo de un hijo puede corresponder a su deseo infantil de regalar un hijo a su padre. El feto puede representar para el inconsciente de la mujer el pene anhelado; en el deseo de maternidad influyen causas más conscientes o más racionales. Puede anhelar un hijo para revivir su propia infancia en él o para darle lo que ella no tuvo. Puede desearlo por rivalidad con las demás mujeres, para retener a su marido, por status, etc; sin embargo en el fondo el deseo de la mujer de dar a luz un hijo, proviene de su necesidad psicobiológica de desarrollar todas sus capacidades latentes.

Deutsch (1960), cita que el niño será para la madre la materiali zación de su yo ideal anteriormente desarrollado y de todas las perfecciones que en otra época atribuyó a su propio padre.

Archundia S (1981), menciona en su tesis que en el primer trimestre del embarazo, la mujer no tiene una vivencia objetiva del producto

En esta primera fase el embarazo es vivido como algo abstracto e irreal. El diagnóstico del médico es aceptado irracionalmente, sin embargo emocionalmente que da la duda de si en realidad será madre.

Poco a poco la sensación de irrealidad se asocia a la vivencia del nuevo ser como parásito, siendo ésta fuente de rechazo y culpabilidad, apareciendo en la consciencia solo por momentos siendo posteriormente reprimida.

Hasta cuando el niño ha sido aceptado en el yo de la madre como un objeto de identificación, la intensa expectativa, y la movilización de sus sentimientos maternos como la preparación para el futuro le dota con el valor de objeto yacente fuera del yo, hacia el cual se dirigen muchas actitudes emotivas tanto positivas como negativas. (Deutsch, 1960)

Ante la sospecha del embarazo se presenta la Hipersomnia, donde la madre requiere dormir más de lo habitual, esto es el indicador de que la regresión ha comenzado y la madre adquiere una identificación fantaseada con el feto. Esta regresión es inducida por la percepción inconsciente de los cambios orgánicos y hormonales, además de la sensación incógnita. (- Soifer, 1977)

Dentro de las manifestaciones externas de la regresión y retracción esta autora las enumera, siendo éstas las siguientes:

- 1.- Ensimismamiento y estado de sopor, uniéndose esto a la falta menstrual.
- 2.- Conflicto entre tendencia a la maternidad o el rechazo a ésta. (deseo, contradeseo). El rechazo se encuentra basado en evidencias persecutorias debido a la elaboración del conflicto de edipo, esto es que existen sentimientos de culpa infantil

tanto por los ataques fantaseados con la propia madre como por los deseos de ocupar su lugar.

La vivencia persecutoria es percibida como que alguien pueda arrebatarle el hijo y demostrarle que se trata de una fantasía y no de un embarazo real, o bien que el embarazo tan deseado implique la pérdida de la propia madre por haberse concretado la fantasía infantil de querer tener el hijo y que la madre esté destruida.

Helene Deutsch (1960), explica que el interés antes dirigido al mundo exterior ahora es dirigido a la parte del yo de la madre que psíquicamente representa la revolución biológica materializada en el feto, dándole a la mujer la promesa de un hijo en un futuro cercano, pero todavía no es el hijo como objeto de amor maternal. Este continúa siendo un producto de la fantasía en la vida psíquica materna.

Así, la identidad entre el YO y NO YO, ese deseo original profundamente enterrado de readquirir el estado una vez experimentado, de repetir el sueño humano que realizó en la matriz de la madre, se cumple.

Para esta autora, el sentimiento de unidad únicamente se logra cuando no intervienen en el Yo influencias perturbadoras. Los impulsos deben permanecer en reposo, el yo debe sentirse libre de culpa, el yo ideal debe ser satisfecho por los valores atribuidos al ser aún no existente.

Estas condiciones sólo se logran si los temores y sentimientos de culpa no gravitan en la vida psíquica, y están silenciados los impulsos agresivos, lo que no siempre ocurre. Existen mujeres cuya autoconfianza se altera notablemente durante el embarazo. Ven en su futura maternidad un

grave obstáculo para su posible desarrollo.

En lugar de felicidad tienen sentimientos de amargura, venganza y odio hacia el hombre y hacia el niño aún no nacido, y de resignada renuncia a su propia vida personal.

El sentimiento de culpa que mora , gravita particularmente sobre los procesos de reproducción (Deutsch, 1960).

En el embarazo todas las ideas y fantasías de la infancia y de la pubertad que están relacionadas con la penetración oral y la expulsión, pueden ser revividas a través de la tendencia fisiológicamente determinada a - la náusea (Deutsch, 1960).

Para Soifer (1977), los vómitos y náuseas, se relacionan con la ansiedad al estar o no embarazada, pudiendo éstos permanecer o persistir en forma leve hasta las modificaciones corporales o bien ante la percepción de los movimientos fetales; por lo tanto la náusea y vómito sirven para evidenciar el embarazo.

La psicopatología de las náuseas y vómitos es el temor de no ser - capaz de dar a luz y criar un hijo.

Deutsch (1960), menciona que en los vómitos, el deseo positivo - en conflicto para conservar al niño se aforma en el sentimiento triunfante de alivio que predomina después de que el vómito ha sido expulsado : " A pe sar de todo, lo conservo en mi interior ".

Soifer (1977), plantea que entre el segundo y tercer mes de emba razo se considera el período de peligro de aborto donde se presenta el miedo a ser comida y vaciada por un mounstro que simboliza el hijo; éstos terrores son asociados por la percepción del proceso de placentación.

Marie Langer (1988), expone que si la madre se identifica con el feto, proyecta sobre él su propia voracidad infantil, sus deseos de la primera infancia de comer a la madre, cuya venganza oral teme, ésto es experimentado como algo angustiante y destructor que lleva dentro. En el temor - de mujeres embarazadas que temen dar a luz un hijo anormal o un monstruo, - expresan que juzgan sus propios deseos infantiles como monstruos, que en sus fantasías exigentes frente a sus madres se comportaron como monstruos; también proviene del temor a los propios sentimientos destructivos contra el - hijo, representante del marido, de uno de los padres o de un hermano, pero siempre de algo que para el inconsciente permanece a la propia madre. El embarazo es vivido como trampa tendida por la madre, convirtiéndose en castigo. A esto la embarazada suele reaccionar con intentos semiconscientes - de abortar, seguido por un intenso sentimiento de culpa.

Mónica Vegara D (1979), en su tesis menciona los conflictos internos de la madre ante la situación de aborto, enumerándolos de la siguiente manera:

- 1.- El embarazo puede ser vivido por la mujer como una realización edípica incestuosa (tener un hijo del padre) y reactivar sentimientos de culpa y de persecución por la imagen de la madre (madre internalizada).
- 2.- Reactivación de fantasías infantiles de haber robado a la madre los contenidos valiosos del cuerpo (de su vientre) y envidiados por la hija. La acción retaliativa de la madre interna es siempre una amenaza pendiente sobre la femineidad de la - mujer, y la integridad de sus órganos genitales y funcionales, especialmente la procreativa.

3.- La realización simbólica de la ecuación que planteará Freud:

FETO: PENE, generalmente es el camino adecuado en muchas mujeres para compensar su falta de pene, pero si la envidia fálica es intensa se puede vivir el embarazo como una castración del hombre, con la consiguiente culpa persecutoria.

4.- El hombre puede embarazar a una mujer impulsado inconscientemente por su envidia a la maternidad, haciendo depositario a la mujer de sus aspectos femeninos y procurando identificarse con ella.

El proceso de ésta identificación, el incremento de la envidia llevarán al hombre a procurar el aborto.

5.- El embarazo puede resultar de un coito de fondo sádico cuya motivación inconsciente es destruir el interior de la mujer representante de la madre. Esta agresión inconsciente se continúa en el embarazo y también puede llevar a que el hombre induzca al aborto a la mujer.

6.- Se puede vivir en su fantasía al feto como heces o heridas peligrosas de las que es necesario desprenderse. (rasgos anales expulsivos y sobretodo exagerados).

7.- En todo embarazo, aún normal, se produce un cierto grado de regresión, que la lleva a la identificación con el feto; si ésta identificación es muy acentuada, la mujer puede por ejemplo sentir su hijo como un monstruo voraz que la ataca y devora por

dentro como ella siente que vació y devoró a su madre cuando niña.

8.- Otras veces el embarazo se vive como una tentativa de regresión fetal de volver al claustro intrauterino identificándose con el feto para recrear el propio embarazo: el feto para convertirse en un doble del Yo, cargado de todos los aspectos sinestros inherentes a la posición fetal.

9.- Se observa también embarazos al servicio de una reparación omnipotentes frente a un duelo (una pérdida) patológico, es decir, no elaborado intentando recrear al objeto perdido.

Es común observar embarazos en mujeres poco después de la pérdida de un ser querido, uno de los padres u otro hijo. También en parejas al borde de la separación, como tentativa de recrear el amor perdido. Se corre así el riesgo de que se incrementen ansiedades persecutorias frente al objeto muerto o perdido con el que se identifica el feto, motivándose el aborto para liberarse de él.

10.- El motivo inconsciente que impulsa más a menudo al aborto es la identificación Yoica o Super Yoica con imágenes de madres y/o padres filicidas.

El rechazo al hijo se manifiesta a través de vómitos, náuseas, diarreas y constipación. De manera que si una embarazada presenta alguna de éstas conductas es por que está asustada por la percepción de su rechazo, buscándole dar salida a éste por medio de la sintomatología. Por lo tanto, vomitar o defecar, es una manera de disociar y discriminar lo bueno de lo malo quedándose con lo bueno : el hijo.

Marie Langer (1988), por su parte expone que cuando el conflicto ante el embarazo es menos intenso, despertando menor ansiedad, la manifestación será menos peligrosa, encontrándose entre las más frecuentes - las de carácter oral (vómitos, náuseas y antojos) y las anales (estreñimiento y diarreas).

Estos mecanismos son explicados por ésta autora de acuerdo a la perspectiva que Freud plantea sobre las teorías fantásticas que los niños conciben para explicar el misterio de la concepción, del embarazo y parto.

" Estas teorías están de acuerdo con las etapas libidinosas por las cuales atraviesa el niño. Más tarde sucumben en la represión, pero se mantienen inalterables en el inconsciente. La teoría más frecuente, que por lo demás se encuentra también en muchos mitos y en la creencia de los pueblos primitivos, es que la mujer se embaraza por haber comido algo.

Este algo simboliza el pene. Por otra parte, el niño reprime su conocimiento de la existencia de la vagina, confundiéndola con el ano.

Por eso y por sus propias sensaciones y vivencias durante la defecación, supone que la criatura es expulsada por el ano y la equipara a un excremento. Parece que los trastornos más frecuentes de la gestación los vómitos y el estreñimiento, se producen por la persistencia inconsciente de esta fantasía infantil " (Marie Langer 1988, pp 188)

Esta autora menciona que el rechazo oral de la embarazada se desplaza a veces a otros órganos, por ejemplo, el tracto respiratorio; sin embargo, los síntomas digestivos son los más frecuentes.

Si el síntoma oral ya no es suficiente para calmar la angustia de la embarazada, la lucha se libera cuando se desplaza a la parte terminal de el intestino, pasando a ser de mayor peligro para la prosecución del embarazo. El útero se halla vinculado con el resto de los plexos viscerales, por lo que las variaciones tonales del sistema vagosimpático se transmiten a él por intermedio de sus conexiones neuromusculares. Aquí la madre tendrá que luchar para mantener al hijo por medio del estreñimiento.

Si la relación positiva con el niño como realidad futura satisface la vida afectiva de la mujer, los procesos fisiológicos pierden su anormal carga psíquica: las heces ya no representan al hijo, la repugnancia que conduce al vómito se reduce a las náuseas matinales orgánicamente determinadas de los primeros meses, etc. Pero si las ideas opuestas infantiles son muy fuertes, o si las esperanzas para el futuro, son perturbadas por la relación negativa de la mujer hacia su maternidad, el proceso fisiológico pierde la adecuada moderación (Deutsch, 1960).

Soifer (1977), refiere la ansiedad frente a los movimientos fetales como reactivadores del inconsciente hacia fantasías incestuosas y masturbatorias infantiles, representando eso el retorno a lo reprimido.

Ya en el noveno mes surgen los temores de muerte, aumentando las crisis de ansiedad.

En algunas ocasiones las crisis se presentan con tal magnitud que la madre ya no percibe los movimientos del niño, asociandolo con la muerte eventual del hijo. Analizando psicológicamente la situación, la embarazada llegará a reconocer las causas, a veces externas, que reactivaron su ansiedad con lo cual se tranquiliza y vuelve a sentir los movimientos (- Soifer, 1977)

La mujer embarazada necesita amparo y protección, porque sufre una regresión parcial. Su estado despierta sus angustias tempranas y principalmente las ligadas a la relación con su madre.

A menudo le teme porque siente al niño como algo robado de ella. En otros casos, se puede observar la conducta contraria, siendo ésta de gran apego y sometimiento a la madre ; siendo ésta otra forma de elaborar el mismo problema.

Las tendencias favorables y adversas al embarazo entran en conflicto y se manifiestan en el plano de lo psicológico y psicosomático.

(Marie Langer , 1988)

3.7 PARTO.

Al final del embarazo el miedo es transferido al parto, a que el producto pueda sufrir un daño y dolo desaparece cuando la madre ve por fin a su hijo (Archundia S, 1981).

Por su parte la madre que debió pasar por ansiedades hasta lograr la adaptación al estado de gravidez, habiendo incorporado al feto como parte de su esquema corporal, deberá pasar por un nuevo proceso de adaptación, retornando a la situación de NO EMBARAZO. (Soifer, 1977)

Para esta autora la noción de estos dos hechos; la pérdida de un estado y pasaje a otro, reactiva ansiedades en la madre. Por un lado revive inconscientemente la angustia sufrida durante su propio pasaje por el canal del parto, es decir la angustia del trauma del nacimiento se revive, y por otra parte la ansiedad frente al cambio con los correspondientes fenómenos de despersonalización y finalmente la incorporación de un nuevo integrante a la familia.

La angustia frente al parto tiene raíces más inconscientes. Este es el momento donde renacen todos los temores irracionales que acompañaron especialmente las primeras semanas del embarazo , ya que la mujer se siente como en un examen final. Sólo en este momento, cuando haya dado a luz lo que lleva dentro y que ella creó, sabrá si su interior estaba intacto, si su madre no la ha castigado, se ella, por su maldad, no perjudicó a su hijo. (Marie Langer , 1988).

Para Helene Deutsch (1960), el parto es la reviviscencia más exacta que se pueda tener del propio trauma del nacimiento. La mujer identificada con su hijo, vive a través de él todo el temor de separarse de su madre. Se identifica con su desamparo y siente no poder continuar protegiéndolo contra la vida. Siente que él pierde a la madre y vive el parto como pérdida de él. Este temor a la separación es la ansiedad mayor del parto.

Para esta autora cuando el fin del embarazo se aproxima, la agitación y la incomodidad física de la mujer aumentan, subrayándose la doble identificación del hijo. Cuando más se acerca el momento del parto, mayor es la futura significación del hijo en la vida afectiva de la madre y más fuerte el deseo de verle en el mundo exterior. Este desdoblamiento de la psique de la madre puede dar lugar a complicaciones en el proceso.

La actitud de la mujer desde el comienzo será determinada por su capacidad, por el grado en que se haya preparado, durante el último período del embarazo, para la separación que se simula será traumática, en otros casos por el grado en que su impaciencia para desembarazarse de su carga ha perturbado el proceso normal.

Helene Deutsch (1960), da una explicación de las fases fisiológicas que tienen que ver en el parto; las cuales son :

1. " la verdadera dilatación ", es llamada de esta manera debido a que el orificio del útero se dilata gradualmente por las violentas contracciones de los músculos uterinos. Estas contracciones

nes empujan hacia el cuello del útero y su orificio se abre, permitiendo el paso del niño. Mientras el orificio se dilata gradualmente, las membranas que envuelven el feto se proyectan contra el orificio y al romperse dejan escapar cierta cantidad de líquido amniótico.

2. Durante la segunda fase o fase expulsiva, las contracciones del útero continúan, es decir, los músculos del cuello del útero se contraen en dirección longitudinal, y luego la porción adyacente de los músculos se contrae en dirección circular. Esta contracción circular prolonga hacia abajo, y la sección inferior del útero y de la vagina constituyen un saco blando a través del cual el niño, en parte por la fuerza impulsiva de las contracciones uterinas rítmicas y en parte por la prensa abdominal, es empujado hasta que su cabeza es conducida a través de la vagina.

3. La tercera fase del parto, es el período del alumbramiento, aquí suele producirse éste a los quince o treinta minutos después del nacimiento del niño. Dentro de esta fase son expulsados los restos de la gestación (placenta).

A consideración de la expositora es importante hacer mención de los factores que contribuyen a la atmósfera del parto, los cuales serán la actitud de la futura madre a su hijo, la disposición que tenga hacia su maternidad, los sucesos del embarazo y todas las situaciones de su vida.

Durante el proceso de expulsión la madre entra en un proceso confusional, donde despierta fantasías y ansiedades, como las de exhibir la propia genitalidad, la rivalidad ejemplificada por las mujeres que pujan.

Este tipo de ansiedad es representada en sueños y corresponde a fantasías edípicas de ser sustituidas por la madre (la madre que roba a la niña, los bebés, el pene, el marido) y la proyección de temores paranoicos. (Soifer, 1977).

La angustia experimentada generalmente durante el alumbramiento que desencadena el círculo vicioso de temor, tensión y dolor proviene de una identificación con la madre por sentimientos de culpa. (Marie Langer, 1988).

Para esta autora (Langer ,1988), el médico que asiste a la madre, negando la necesidad del dolor, representa al padre, aliado a ella para protegerle, y a una madre buena que contrarresta las amenazas y la maldición de la madre mala interior. Esta última atemoriza a la parturienta por representaciones crueles e infantiles del parto, entonces las contracciones son vividas como que algo terrible está por ocurrir.

Soifer (1977), considera que las ansiedades de la situación se estructuran sobre un armazón, correspondiendo a la reactivación de la angustia del nacimiento. Estas ansiedades son: pérdida, vaciamiento, de castración, de castigo por la sexualidad y de enfrentamiento con un desconocido (el hijo).

La angustia traumática es de naturaleza disruptiva y catastrófica; la ansiedad de vaciamiento y la de pérdida son ansiedades depresoras.

El temor al castigo, la ansiedad de castración y el miedo a lo desconocido son de raíz paranoide. El interjuego de las mismas produce el estado confuncional, con las concomitantes sensaciones de extrañamiento, despersonalización y pérdida de identidad.

Esta autora (Soifer , 1977), considera que las confusiones giran en torno a la equiparación HECES, BEBE, PENES (partes del propio cuerpo) DEFECACION = PARTO; ACTO SEXUAL -PARTO

Esto se remonta a determinada época de la vida durante el período anal retentivo, que la niña o niño fantasean que en el vientre materno existen cantidades de elementos valiosos en forma de heces, o penes, que son los bebés a los que la madre quiere tanto y que protege en su interior; por lo tanto cuando el niño defeca, considera que sus heces son bebés que él ha producido e imagina que la evacuación es un parto..

Estas fantasías determinan la confusión entre los tres elementos así equiparados, heces, pene,bebés y originan la intensa ansiedad infantil en el aprendizaje esfinteriano por cuya causa la defecación es sentida como castración. (parto = castración) (Soifer, 1977).

Durante el período del parto suelen presentarse temores acerca de la muerte, cuyas causas consisten en una relación no resuelta y un sentimiento de culpa de la mujer hacia su propia madre. (Deutsch, 1960)

Sin embargo todos estos temores y angustias se ven superados debido a que el Yo de la madre se apoya en la realidad del futuro hijo.

Si los elementos perturbadores internos y externos son bien domi
nados, si el parto sigue un curso normal y natural, y si mediante influen
cias afectivas directas u otros medios se consigue reducir el exceso de
temor y dolor, el parto constituirá la experiencia máxima y más satisfac
toria de la mujer.

Dos son los poderosos factores que contribuyen a ello:

1. El goce del cumplimiento, que se relaciona con el dominio del
temor y del dolor y con la propia actividad de la mujer.
2. La feliz relación con el hijo, que comienza inmediatamente -
después del parto.

El dinamismo de esta relación es evidente: toda energía psíquica
ligada al parto y toda la energía dedicada al mundo exterior se
vuelcan hacia el hijo en el momento del parto, y la liberación -
lograda del dolor y del temor crea un sentimiento de triunfo, -
constituyendo un éxtasis en el primer momento de la maternidad.

(Deutsch, 1960).

Toda mujer al enfrentarse al hecho de haberse convertido en madre -
debe ahora pasar por un período de adaptación muy importante; no obstante
en nuestra cultura se nos transmite que las madres están equipadas de
manera innata de " amor materno ", y con un instinto maternal que permi
te querer y cuidar automáticamente a sus hijos; la realidad es que, si -
bien el amor a los hijos en algunos casos se da naturalmente, la materni-
dad debe de aprenderse requiriendo de pasar determinadas características
como:

1.- Dentro de su rol femenino, la mujer debió de haber superado el estadio de niña aceptando los cambios de su sexualidad; siendo de ésta manera capaz de acercarse al hombre buscando inconscientemente la figura materna o paterna.

2.- Conocer, entender y cuidar al nuevo ser que no siempre es fácil, y muchas veces traen como consecuencia sentimientos de inadecuación. En caso de presentarse éstos problemas pueden girar desde ansiedad hasta perturbaciones más serias.

Estos desajustes emocionales además del fundamento psicológico, tienen sus bases en la fisiología, por los cambios hormonales que representa el regresar a su estado natural.

Por otra parte, si bien algunas madres que no tienen hijos con alguna lesión presentan desajustes en la adaptación, las madres con hijos con lesiones se ven envueltas en un desajuste todavía mayor, debido a que la preparación de ella para la maternidad se supera y acepta, pero en el momento de dar a luz y llegar al encuentro con el niño real, cae en una depresión presentándose el rechazo, el cual envuelve sentimientos como: - hostilidad, agresión, destructividad los cuales no son otra cosa que manifestación de la frustración por no haber podido ser madres.

La manera de expresarse dependerá de como haya sido la evolución de sus etapas precedentes a éste momento.

CAPITULO IV

ASPECTOS METODOLOGICOS

Una vez expuesta la teoría que fundamentará la investigación, se desglosará los puntos prácticos a través de los cuales se llegará a los resultados.

Se iniciará con los objetivos generales de la investigación.

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Bucar si la personalidad de las madres tienen las mismas probabilidades de verse alteradas en mayor o menor grado, independientemente de tener o no un hijo con parálisis cerebral.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- _Evaluar la personalidad de las madres con hijos diagnosticados con parálisis cerebral en edad preescolar.
- Evaluar la personalidad de las madres con hijos sanos en edad preescolar.
- Comparar los perfiles de personalidad.

4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Los rasgos de personalidad de las madres se verán o no afectados en relación con la salud y parálisis cerebral de sus hijos?

4.3 H I P O T E S I S

1. Ha: existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la puntuación natural de los rasgos de personalidad (según las escalas de Depresión, Histeria, Desviación Psicopática, Psicastenia y Esquizofrenia del inventario multifásico de la personalidad MMPI) entre el grupo de madres de hijos con parálisis cerebral y madres de hijos sin parálisis cerebral.

Ho : no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la puntuación natural de los rasgos de personalidad - (según las escalas de Depresión, Histeria, Desviación Psicopática, Psicastenia y Esquizofrenia del inventario multifásico de la personalidad MMPI) entre el grupo de madres de hijos con - parálisis cerebral y madres de hijos sin parálisis cerebral.

2. Ha: existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la puntuación natural de los rasgos de personalidad (según las escalas de Hipocondriasis, Masculinidad - Femenidad, - Paranoia, Manía e Introversión - Exptroversión del inventario - multifásico de la personalidad MMPI) entre el grupo de madres de hijos con parálisis cerebral y madres de hijos sin parálisis cerebral.

Ho : no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la puntuación natural de los rasgos de personalidad (según las escalas de Hipocondriásos, Masculinidad- Femenidad, - Paranoia, Manía e Introversión - Extroversión del inventaio - multifásico de la personalidad MMPI) entre el grupo de madres de hijos con parálisis cerebral y madres de hijos sin parálisis cerebral.

4.4 V A R I A B L E S

Definición coconceptual de las variables:

VARIABLE DEPENDIENTE: Rasgos de personalidad.

PERSONALIDAD: Allport (1974), define a la personalidad como la - organización dinámica dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes al medio ambiente.

RASGO: Allpot (1974), lo define como la relación entre el individuo y sus observadores.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Parálisis Cerebral.

Parálisis Cerebral : Freedman Kaplan y Sadock (1983), la definen como la lesión en los centros motores del sistema nervioso central que afecta básicamente las vías motoras, manifestándose por una pérdida del control motor.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

Parálisis cerebral: Definido por las características fisiológicas del niño (deformidad en sus miembros tanto superiores como inferiores, causado por la espasticidad muscular, dificultad para comunicarse con el lenguaje verbal etc).

Rasgos de personalidad : Definido por las respuestas dadas al inventario multifásico de la personalidad y el perfil elaborado del mismo.

Entre las variables controladas están: edad de las madres (27 - 32 años), nivel socioeconómico (bajo), edad de los niños (3- 6 años), madres con hijos con parálisis cerebral, sólo uno con este padecimiento, - pudiendo tener uno o varios hijos sanos.

4.5 MUESTRA Y PROCEDIMIENTO

MUESTRA: Esta se conformó por 30 madres con un hijo diagnosticado con parálisis cerebral en edad preescolar (pudiendo tener uno o varios hijos sanos) y 30 madres con un hijo sin parálisis cerebral en edad preescolar. Ambos grupos de nivel socioeconómico bajo.

La muestra fué extraída de la Asociación pro-paralítico cerebral (APPAC), del Hospital Infantil de México " Federico Gómez " y dos jardi-

nes de niños ubicados en colonias de bajo nivel socioeconómico.

El tipo de muestra es no probabilístico causal, debido a que la elección no fué hecha al azar, sometiéndose voluntariamente los sujetos al estudio.

Procedimiento: Como primer paso se entrevista de manera grupal a las madres de hijos diagnosticados con parálisis cerebral, informándoseles - que se estaba realizando una investigación acerca de la personalidad de madres con hijos con y sin parálisis cerebral en edad preescolar (3 - 6 años) y lo único que tenían que hacer era contestar una prueba que evaluaba la personalidad, siendo ésto voluntario.

Muchas de ellas se rehusaron inmediatamente diciendo que ellas estaban muy bien y no necesitaban ser evaluadas. Otras accedieron.

De esta manera las madres que accedieron a contestar el inventario multifásico de la personalidad se les citó al día siguiente, realizándose la aplicación de manera grupal.

Al mismo tiempo de la aplicación se les pidió llenaran como datos adicionales cuanto percibían económicamente al mes, esto con el motivo de controlar el nivel socioeconómico de las madres.

Hubo el caso de aplicar a algunas de ellas de manera individual , debido a que o no asistieron el día programado o decidieron aceptar contestar el cuestionario.

De la misma manera se procedió con las madres de hijos sin parálisis cerebral.

4.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACION Y ANALISIS ESTADISTICO

Diseño de la investigación: Es un estudio de campo ex post-facto, ya

que no existe manipulación de las variables.

Para la investigación, el inventario Multifásico de la personalidad (MMPI) se aplico dentro de cada una de las instituciones correspondientes de manera grupal e individual.

ANALISIS ESTADÍSTICO : Para éste se utilizará un diseño para dos grupos independientes en la escala de razón con la prueba T.

4.7 INSTRUMENTO

Se utilizo el inventario Multifásico de la personalidad MMPI.

El MMPI está diseñado para proporcionar una evaluación objetiva de alguna de las principales características de la personalidad que afectan la adaptación individual y social.

Las escalas constituyen un medio adecuado para conocer el status de la personalidad u el ajuste emocional de jóvenes y adultos letrados, con fundamento para evaluar la aceptación y confianza de cada resultado del inventario. Consta de 566 frases afirmativas, algunas de ellas repetidas. Incluyen una gran variedad de temas: actitudes sociales, religiosas, políticas y sexuales; preguntas sobre educación, ocupación y familia; síntomas psicósomáticos, desórdenes neurológicos y trastornos motores; estados obsesivos, compulsivos, ilusiones, alucinaciones, fobias, tendencias sadomasoquistas etc.

Las frases se encuentran divididas en tres categorías: falso, cierto y no puedo decir. El sujeto debe identificar el mayor número de frases con estas categorías en respecto de sí mismo y hacer la anotación en la hoja de respuesta. Después se cuentan sus contestaciones para obtener la puntuación de las nueve escalas clínicas y de las de validez.

Una vez obtenidas las puntuaciones para las diferentes escalas, de acuerdo con las mismas se traza un diagrama en la hoja del perfil.

LISTA DE LAS ESCALAS BASICAS DEL M M P I

Clave	Nombre de la Escala	No de reactivo
-------	---------------------	----------------

Escalas Clínicas

1- Hs	(Hipocondriasis)	33
2-D	(Depresión)	60
3-Hi	(Histeria)	60
4-Dp	(Desviación Psicopática)	50
5-Mf	(Masculinidad Femeneidad)	60
6-Pa	(Paranoia)	40
7-Pt	(Psicastenia)	48
8-Es	(Esquizofrenia)	78
9-Ma	(Hipomanía)	46
0-Is	(Introversión social)	70

Escalas de Validez

?	(Frases omitidas)	-
L	(Mentira)	15
F	(Validez)	64
K	(Corrección)	30

c) DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS:

1. Escalas de validez.

Escala de frases omitidas. La cantidad de frases sin contestación afecta las demás escalas y, cuando es muy alta, valida las otras.

Se ha encontrado que pacientes psiquiátricos confusos, distraídos, agitados, deprimidos, paranoides, histéricos, etc., ofrecen una alta puntuación de este tipo, así como también las personas tendientes a la intelectualización.

- ESCALA L.

Esta escala se introdujo en 1951, para poder evaluar el grado de franqueza del examinado durante la aplicación.

Con la elevación de esta escala podemos encontrar que el sujeto busca -- causar buena impresión y negar faltas, ingenuidad psicológica, convencionalismo, rigidez y sobrevaloración de uno mismo.

- ESCALA F.

Se utiliza como una forma de evaluar la validez total del instrumento.

Se ha encontrado de gran importancia considerar el valor de F. como primer paso de la interpretación.

- ESCALA K.

Se desarrolló experimentalmente para incrementar los indicadores de validez del instrumento y, proporcionar un medio de corregir estadísticamente

los valores de las escalas clínicas: 1-Hs; 4-Dp, 7-Pt, 8-Es y 9- Ma. También se ha encontrado que opera como índice de ciertas actitudes defensivas y exhibicionismo psicológico.

2. Escalas Clínicas.

1-Hs (Hipocondrías).

Esta fue la primera escala que se derivó en 1940. La puntuación de esta escala, representa una medida de interés anormal del sujeto acerca de sus funciones corporales. En los estudios realizados hasta la fecha, se ha encontrado diferentes características de la personalidad de los sujetos asociados con esta escala.

Las 33 frases que componen esta escala abarcan una gama de síntomas corporales y no se restringen a una parte del cuerpo ni a una función concreta. Incluyen dolores y malestares generalizados, quejas específicas sobre la digestión, respiración, visión, pensamiento y sueño; así como peculiaridades de la sensación.

2.D (Depresión).

Integrada por 60 frases, fue establecida para medir el grado o profundidad del conjunto de síntomas clínicos propios de la depresión.

Es conocida también como la escala del "estado de ánimo" pues por medio de ellas es posible encontrar estados emocionales momentáneos y pasajeros. Todo paciente que se da cuenta de su enfermedad, muestra un cuadro de depresión.

3-Hi (Histeria).

Esta escala de 60 frases se desarrolló para ayudar a la identificación de pacientes que usan las defensas neuróticas propias de la Histeria de Conversión. Estos pacientes utilizan los síntomas físicos como un medio de resolver conflictos difíciles o evitar responsabilidades. Los síntomas se refieren generalmente a parálisis, contracturas musculares, malestares gástricos, intestinales o síntomas cardíacos; tensiones, miedos y preocupaciones.

4-Dp (desviación Psicopática).

Esta escala de 50 frases se desarrolló para medir las características de la personalidad del subgrupo de personas amorales y antisociales con desordenes psicopáticos de la personalidad. Este grupo incluye personal asocial, con cuadros patológicos en la estructura de su personalidad, con mínima angustia y poco o ningún sentido de malestar.

Mensh (1955), incluye dentro de este grupo con personalidad psicopática, las reacciones antisociales, las perversiones sexuales y el alcoholismo; generalmente se considera también dentro de este grupo a personas mentalmente enfermas que se encuentran en desacuerdo con el medio.

5-Mf (Masculinidad-Femeneidad)

Compuesta por 60 frases, tiene por objeto obtener respuestas relacionadas con intereses propios de los hombres o de las mujeres. Las frases están referidas a la sensibilidad personal y emocional, la identificación sensual, el altruismo, las preocupaciones propias del sexo femenino y la

negación o rechazo de ocupaciones masculinas.

La escala también se refiere a intereses, pasatiempos, actividades sociales y religiosas, relaciones familiares y miedos. Otro aspecto o rasgo importante, es la cantidad de franco material sexual presente en -- las frases que componen esta escala. Originalmente la escala fue diseñada para identificar los rasgos de la personalidad relacionados en la inversión sexual masculina.

6-Pa (Paranoia).

Esta escala de 40 frases se derivó para evaluar el patrón clínico de la paranoia, cuyos síntomas clásicos son: ideas de referencia, sensibilidad en las relaciones interpersonales, actitudes sospechosas, rigidez, sentimientos o ideas de persecución, delirio de grandeza y percepciones inadecuadas.

Los rasgos paranoides pueden encontrarse en personas que da la impresión de estar bien orientadas en tiempo y en el espacio, aunque pueden mostrar malas interpretaciones de las situaciones, de tal forma, que la percepción pareciera estar en desacuerdo con sus habilidades o inteligencia.

7-Pt (Psicastenia).

Esta escala compuesta de 48 frases, se derivó para ayudar a la evaluación del patrón neurótico de la psicastenia o del síndrome obsesivo-compulsivo, dudas excesivas, dificultad para decidir, temores, preocupación obsesiva, actos compulsivos, ritualistas y perfeccionistas. La tendencia a este tipo de conducta se manifiesta por medio de angustia, inseguri --

dad y desconfianza.

8-Es (Esquizofrenia).

Esta escala de 78 frases es la más numerosa de las escalas clínicas.

El patrón psicótico de la esquizofrenia del que se derivó esta escala es muy heterogéneo y contiene muchos rasgos conductuales contradictorios.

Los rasgos más importantes característicos del esquizofrénico son la incongruencia de afecto, pensamientos fraccionados, contenido extraño, poco interés en el medio, aislamiento emocional, relaciones interpersonales inadecuadas, apatía e indiferencia.

9-Ma (Hipomanía).

Se deriva del desorden afectivo, llamado hipomanía que se caracteriza por hiperactividad, excitación emocional, fuga de ideas; elación inestable, insomnio, hipertiroidismo y actitud de desconfianza. El propósito de esta escala fue poder diagnosticar los estados de ánimo de las personas con características maniaco-depresivas, tipo maniaco.

Esta escala consta de 46 frases.

0-Is (Introversión Social).

Esta escala fue publicada inicialmente por Drake en 1946.

El antecedente teórico inmediato de la adaptación de este concepto para el MMPI, fue un estudio de Evans y Mc Conell (1941), en el cual analizaron las características de la personalidad relacionadas con la introversión y la extroversión.

La escala O- Is, consta de 70 reactivos. Las puntuaciones altas en esta escala indican tendencia a la introversión y las bajas se relacionan con la extroversión.

CAPITULO V

R E S U L T A D O S

5.1 RESULTADOS ESTADÍSTICOS

Se analizan los resultados con base a la prueba T, ya que el instrumento es en escala de razón, utilizando dos grupos independientes.

1. ESCALAS DE VALIDEZ:

a) L.

En ambos grupos se tomó $N = 30$. Comparando los resultados estadísticos en esta escala, se encontró una media de 7.26 para el grupo 1, y una de 6.03, una desviación estandar de 2.71 para el grupo 1 y de 2.76 para el grupo 2. Con estos resultados se encontró un valor T de 1.74 y un α de .08. De aquí que no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en esta escala.

b) F.

Número de sujetos para cada grupo $N = 30$.

Se encontró una media para el grupo 1 de 9.3 y para el grupo 2 de 9.1; una desviación estandar de 3.8 para el grupo uno y de 5.5 para el grupo dos, obteniendo un valor T de .16 y un α de .872. Con estos datos no se encontró diferencias estadísticamente significativas.

c) K.

Se obtuvo una media para el grupo uno de 16.46 y de 12.16 para el grupo dos, una desviación estandar de 4.27 para el primer grupo y de 4.96 para el segundo grupo. Se encontró un valor de T de 1.09 y un α de .281; Con estos datos no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en esta escala.

2. ESCALAS CLINICAS:

1. (hp) HIPOCONDRIASIS.

$N = 30$ para ambos grupos. En esta escala se encontró una media pa-

ra el grupo uno de 19.23 a diferencia del grupo dos, la cual es de 17.56 desviación estandar de 4.01 para el grupo uno y de 4.61 para el grupo dos. Se encontró un valor T de 1.41 uno de alfa de .141; de aquí que no se encontró diferencia estadísticamente significativa para esta escala entre los grupos.

2. (D) DEPRESION:

En esta escala se encontraron los resultados siguientes; una media de 28.70 para el grupo uno y de 24.93 para el grupo dos; una desviación estandar de .811 para el grupo uno y de .782 para el grupo dos.

Con estos datos se obtuvo un valor de T de 3.34 y uno de alfa de .001; de aquí que se encontró una diferencia estadísticamente significativa (en base a alfa de .05) de .049.

3 (H_i) HISTERIA :

En esta escala se obtuvieron los siguientes resultados: media para el grupo uno de 25.66 que a diferencia del grupo dos, ésta es de 23.23. Desviación estandar para el grupo uno de 3.92 y de 4.67 para el grupo dos, tomando para cada grupo un número total de sujetos de 30.

Con los datos anteriores se obtuvo un valor de T de 2.18 y uno de alfa de .033. De aquí y con base en alfa de .05 se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas (de .07) entre los grupos para esta escala.

4. (D_p) DESVIACION PSICOPATICA .

Para cada grupo se tomó N = 30. En esta escala se obtuvieron los siguientes resultados: una media de 25.90 para el grupo uno y de 22.50 para el grupo dos; desviación estandar de 4.26 para el grupo uno y de 4.46 para el grupo dos. Un valor de T correspondiente de 3.02 y uno de alfa de .004; con lo que en base a alfa de .05 se encontró que existen diferen

cias estadísticamente significativas para esta escala entre ambos grupos de .046.

5. (Mf) MASCULINIDAD - FEMENIDAD :

Se tomó para cada grupo $N = 30$. En esta escala se encontraron los siguientes resultados: media de 32.6 para el grupo uno y de 32.13 para el grupo dos; una desviación estandar de 2.43 para el grupo uno y de 2.31 para el grupo dos. De aquí se encontró un valor T de .76 y uno de alfa de -.449. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para esta escala.

6. (Pa) PARANOIA :

Para cada grupo se tomó $N = 30$

En esta escala se encontraron los siguientes resultados: una media de 12.7 para el grupo uno y de 10.8 para el grupo dos; una desviación estandar de 4.41 para el grupo uno y de 3.74 para el grupo dos. Con estos resultados se obtuvo un valor T de 1.80 y un alfa marginal de .078.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para esta escala entre los grupos.

7. (Pt) PSICASTENIA :

Para cada grupo se tomó $N = 30$

Se encontraron para esta escala los siguientes resultados: media de 32.36 para el grupo uno y de 28.50 para el grupo dos, una desviación estandar de 6.50 para el grupo uno y de 4.32 para el grupo dos. De aquí se obtuvo un valor T de 2.71 y uno de alfa de .009.

Con los datos anteriores u con base en un alfa de .05, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas para esta escala entre los grupos de .041.

8. (Es) ESQUIZOFRENIA:

En esta escala se encontraron los siguientes resultados. Una media de 34.76 para el grupo uno y de 30.36 para el grupo dos. Una desviación - estandar de 7.46 para el grupo uno y de 8.49 para el grupo dos, obteniendo un valor de T de 2.13 y uno de alfa de .037. De aquí y con base en alfa - de .05 se encontró una diferencia estadísticamente significativa de .043 es esta escala entre los grupos.

9. (Ma) MANIA:

N = 30 para cada grupo.

En esta escala se obtuvieron los siguientes resultados: una media de 21.16 para el grupo uno y de 21.43 para el grupo dos. Una desviación - estandar de 3.57 para el grupo uno y de 5.7 para el grupo dos. De aquí - se encontró un valor T de ± 21 y uno de alfa de .831. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para esta escala entre los - grupos.

0. (Is) INTROVERSION - EXTROVERSION:

N= 30 para cada grupo.

En esta escala se encontraron los siguientes resultados: media de 35.53 para el grupo uno y de 34. para el grupo dos, una desviación estandar de 5.85 para el grupo uno y de 4.48 para el grupo dos. Con estos datos se encontró un valor T de 1.14 y uno de alfa de .260. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para ésta escala.

INTERPRETACION DE RESULTADOS

I.- ESCALAS DE VALIDEZ:

A) ESCALA L.

Tomando en cuenta puntuaciones " T ", se encontró que, de acuerdo con: Nuñez (1979), ambos grupos presentan rasgos de personas con mucha necesidad de impresionar en forma favorable, ofreciendo repuestas socialmente aceptables en relación al control de sí mismos y a principios morales establecidos; sin embargo, los sujetos del grupo dos se inclinan más a ser pasivas, inseguras, rígidas y carentes de comprensión de sus propios problemas con falta de adaptación y poca tolerancia a la frustración.

B) ESCALA F.

Ambos grupos presentan rasgos de inestabilidad con adecuada adaptación psíquica, insatisfechas, obstinadas en sus opiniones, temperamentales, inquietas y malhumoradas como reacción a situaciones de tensión.

C) ESCALA K .

Se encontró que se trata de sujetos con equilibrio para abrirse y protegerse a sí mismos, es decir, sujetos libres y abiertos en sus auto-descripciones, admitiendo sus limitaciones.

De esta manera, Bobadilla A y et al (1984), citan en su tesis que uno de los rasgos encontrados en madres de niños autistas y madres de niños sordos, fué una demanda de ayuda al exterior para poder resolver su problemática, que corroborándose con lo antes mencionado se encontró que madres de hijos con parálisis cerebral tienden a ser pasivas, inseguras - pero que psíquicamente cuentan con recursos para poder adaptarse al medio en el cual se desenvuelven, aún y cuando ésto se les dificulte.

En su tesis Escamilla L. (1989), menciona que madres de ¹¹⁸niños con neurodermatitis atópica, presentan rasgos de impulsividad por el poco control de ellas mismas, debido a que sienten y/o actúan de manera que les es inaceptable, dando índice de un estado de internalización de las funciones del Super Yo.

Vallejo M. C. y et al (1987), en su tesis encontraron que madres de niños con lesión cerebral, tienen menor capacidad de adaptación, conflictos internos no resueltos, más defensividad y hostilidad- que madres de hijos normales.

Comparando lo antes mencionado, se encontró que las madres de hijos con parálisis cerebral se muestran mucho más rígidas con ellas mismas, sintiéndose insatisfechas en las actividades que realizan; buscan dar una muy buena impresión, siendo abiertas en sus autodescripciones; sin embargo, ésto solo provoca que sean inestables en cuanto al concepto de sí mismas, situación que no se encontró en madres de hijos sin parálisis cerebral, las cuales presentaron rasgos de mayor control de sí mismas, adecuación social, obstinación en sus opiniones, seguridad y reconocimiento en cuanto a sus limitaciones, ésto puede ser muy probablemente a que a diferencia de madres con hijos enfermos y limitados físicamente no se enfrentan constantemente a una realidad angustiante.

En las escalas clínicas se encontró:

ESCALA 1 (HIPOCONDRIASIS).

Los sujetos de ambos grupos expresan interés en su salud pudiendo presentar quejas somáticas difusas y vagas.

ESCALA 2 (DEPRESION).

De acuerdo con Núñez (1979), se trata de sujetos levemente deprimidos con rasgos de pesimismo, pudiendo resultar de situaciones -

temporales que les preocupe; sin embargo, el grupo 1 tiende más a niveles de depresión más significativa, dónde ya se presenta depresión por minuciosidades, mostrando baja autoestima, apatía, insatisfacción y - falta de motivación.

ESCALA 3 (HISTERIA).

Los sujetos del grupo 1 presentan rasgos de inmadurez, irritabilidad con molestias físicas de las que se quejan con frecuencia, - dependientes, amistosos y leales; a diferencia del grupo 2 en donde se encuentran sujetos con rasgos de convencionalismo controlados, pacíficos y restringidos. No se muestran interesados por la vida agitada.

ESCALA 4 (DESVIACION PSICOPATICA) .

El grupo 1 de acuerdo con Núñez (1979), presentan rasgos - de independencia e inconformismo, enérgicos y activos, a diferencia - del grupo 2 donde los sujetos presentan rasgos de poco control para sí mismos, así como restricción con un grado de conformismo a reglas sociales.

ESCALA 5 (MASCULINIDAD - FEMENIDAD) .

En ambos grupos se trata de sujetos con rasgos de seguridad y competitividad.

ESCALA 6 (PARANOIA).

Ambos grupos presentan rasgos similares en cuanto a ésta escala, los cuales corresponden a sentimientos de limitaciones, alertas, astutos, sensibles con resentimientos a males reales e imaginados que sienten les hacen.

ESCALA 7 (PSICASTERIA).

De acuerdo con Núñez (1979), indica que el primer grupo - presentó rasgos de autocrítica, preocupación por problemas más insignificantes, ansiedad, indecisión y tensión, mientras que el grupo 2 pertenece a sujetos que presentan rasgos de seguridad en sus actitudes ca

pacidad adecuada para organizar trabajo sin presentar preocupación ide
bida.

ESCALA 8 (ESQUIZOFRENIA).

Se encontró que ambos grupos presentan diferencias en el ma_
nejo afectivo; el grupo 1 presenta mayor aislamiento emocional y falta
de interés en el medio ambiente (apatía), que el grupo 2, el cual --
tiende más a intereses prácticos y teóricos (el grupo 1 tiende a inte_
resarse por situaciones abstractas, abandonando el interés en personas
y asuntos prácticos).

ESCALA 9 (MANIA).

Se encontró que en relación a ésta escala los sujetos presen_
tan rasgos enérgicos, agradables, sociales, de buen temperamento e in_
teresados en aspectos de la vida; sin embargo debido a que la escala 2
es alta (principalmente el grupo 1), puede inhibir estos rasgos mos--
trándose más dependientes y aisladas.

ESCALA 0 (INTROVERSION - EXTROVERSION).

Ambos grupos presentan rasgos de sujetos reservados, difici_
les de conocer, aparentemente tímidas en situaciones que les son extra_
ñas,

Relacionando varios estudios con los resultados obtenidos se
tiene:

Oñate G. (1983), en su tesis encontró que padres de hijos-
con perturbaciones emocionales, presentan con mayor frecuencia distur_
bios o morbilidad psicológica a comparación de aquellos con hijos sa -
nos.

Callardo V. Ma. Clara y et al (1984), hace referencia a -
que madres de hijos con perturbaciones ó con deficiencias físicas co -
rren más riesgo de desequilibrio y conflicto emocional que las madres-
de hijos sanos.

Con ésto y con los resultados obtenidos, se puede observar - que madres de hijos con parálisis cerebral presentan mayor conflicto - emocional que aquellas que tienen un hijo con parálisis cerebral.

Se encontró en ambos grupos interés por su salud, pudiendo - en ocasiones presentar quejas somáticas.

En el caso de madres de hijos con parálisis cerebral esto - puede deberse ó utilizarse como una forma de llamar la atención y mane- jar los sentimientos de culpa, además de servir como mecanismo para ne- gar la existencia de aquello (enfermedad del hijo) que las perturba; de esta manera se preocupan y concentran su atención a sus síntomas - más que al cuidado del hijo; a diferencia de las madres de hijos sin - parálisis cerebral, las cuales tomando en cuenta que pertenecen a un - nivel socioeconómico medio bajo, sus síntomas se enfocan a evadir pro- blemas económicos a los que diariamente se afrontan.

Por otra parte se encontró niveles de depresión en ambos gru- pos, siendo más significativos en el grupo de madres de hijos con pará- lisis cerebral, las cuales presentaron autoestima bajo, insatisfacción y falta de motivación. Esto puede deberse a la percepción que mantie- nen de sí mismas.

De la Borbolla J. (1932), en su artículo Psicología femeni- na de la maternidad, cita que la capacidad de la mujer para ser madre- causa en ella un impacto importante sobre la opinión que tienen los de- más y la percepción de sí misma. La maternidad, es una forma de obte- ner status, madurar, perpetuarse y tener afecto: de ésta manera se pue- de observar que las madres de hijos con parálisis cerebral se sienten- insatisfechas con su rol, por no haber podido lograr una maternidad - que les de posición ó status ante los demás, por el contrario se sien- ten fracasadas y en consecuencia poco valoradas y con pocas responsabi- lidades para con el pequeño.

En comparación con las madres de hijos sin parálisis cerebral las cuales se preocupan por situaciones temporales que les preocupen - conservando su estima y responsabilidades para con sus hijos.

Romero A. (1968), al comparar los rasgos de personalidad de madres de hijos epilépticos y madres de hijos con problemas conductuales encontró como características principales depresión y ansiedad; a lo que se sumaron algunos otros desórdenes como poca sociabilidad lo que las dá a distanciarse de la gente evitando relaciones interpersonales por temor a involucrarse emocionalmente; desconfianza y resistencia al medio ambiente.

Por su parte Escamilla L. (1989), en su tésis encontró que las madres de hijos con neurodermatitis atópica presentaban idealización del objeto manifestándose como defensivo. No son realistas, pueden ser exageradas o frágiles con giros a sobreestimar o devaluar, y de ésta manera justifican el aislamiento.

Estos estudios corroboran los resultados encontrados en la escala de esquizofrenia entre el grupo de madres de hijos con parálisis cerebral y madres de hijos sin parálisis cerebral, dónde se observó que las madres de hijos con parálisis cerebral presentan aislamiento emocional y falta de interés en el medio ambiente, abandonando el interés en las personas. Esto puede deberse a que el contacto constante con el - - afecto que provoca el hecho de tener un hijo con parálisis cerebral es muy amenazante para la madre, por lo que debe de recurrir al aislamiento de sus emociones para evitar la angustia, de ésta manera la pérdida de interés en la gente es utilizado para evitar involucrarse con algo - que pueda desplegar la emoción que busca evitar, mostrándose ante situaciones sociales tímidas y reservadas.

Por otra parte se encontró rasgos de competitividad y autocrítica, en el grupo de madres de hijos con parálisis cerebral, ésto puede

deberse muy probablemente a una internalización de un Super Yo muy punitivo que no les permite actuar y sentir de manera aceptable; Esto las hace sentir inadecuadas e inconformes ante actividades y reglas sociales ya que se encuentran en constante juicio de sí mismas; situación que a diferencia de las madres de hijos sin parálisis cerebral se presentaron con conformismo a lo socialmente establecido, es decir que presentan mayor flexibilidad a lo que realizan (el super yo es menos punitivo), pudiendo actuar con mayor fluidez; al respecto Gallardo V. (1984), asume que la madre funciona bien si las necesidades biológicas de su hijo no la amenazan, al analizar ésto con las madres de hijos con parálisis cerebral se encontró que la madre entra en angustia y amenaza ya que aún y cuando el hijo esté impedido físicamente, cuenta con necesidades que la madre debe de satisfacer pero al momento de contactarse con el hijo, entran en juego una serie de sentimientos que giran entre preocuparse por el bienestar del hijo, ambivalencia y culpabilidad. Una manera de solucionar esto es formando reactivamente un cuidado exagerado al niño , otra es el rechazo absoluto del hijo.

Olivares C. (1988), al estudiar las características de las madres de hijos con espasmo del sollozo, enumera una serie de rasgos de personalidad encontrados en las madres que a consideración del expositor resume los resultados encontrados en éste estudio.

Encontró (Olivares C. 1988) como rasgos importantes desilusión y no aceptación del bebé, con tendencia a controlar su conducta.

Ansiedad, sobreprotección, depresión, apatía, no aceptación del rol materno y reacciones hostiles severas.

Al parecer el hecho de tener un hijo con parálisis cerebral hace que las madres tiendan a deprimirse, sintiéndose inconformes tanto con su rol, como con las actividades que realicen resguardándose en situaciones sintomáticas como manera de evadir temporalmente ó permanente

mente el problema.

Cuentan con poca tolerancia a la frustración, sintiendo constantemente angustia y sentimientos de hostilidad.

Existe aislamiento emocional, perdiendo interés en las relaciones interpersonales por temer vincularse afectivamente con alguna persona que despliegue emociones que busca aislar, presentándose como apáticas y reservadas. Características que no se encontraron en el grupo de madres de hijos sin parálisis cerebral, las cuales tienden a vincularse con las personas afectivamente, son más confiadas en sí mismas se valoran tanto en su rol materno como en las actividades que emprenden (existe mayor motivación), mayor flexibilidad en cuanto a las funciones superyoicas, por lo que cuentan con una mayor adaptación al medio en el que se desenvuelven.

5.7 CONCLUSIONES

De acuerdo con el problema planteado, el cual establece que los rasgos de personalidad (tales como preocupación por su salud, depresión, somatización, inconformidad con las normas establecidas, sentimientos de limitación, angustia, aislamiento emocional, actividad y sociabilidad), de las madres se verá o no afectados con la presencia de parálisis cerebral o no presencia de parálisis cerebral de sus hijos, se encontró que existen diferencias significativas entre el grupo de madres con hijos con parálisis cerebral y el grupo de madres de hijos sin parálisis cerebral para los rasgos de depresión, angustia, inconformidad con las normas establecidas y aislamiento emocional. De esta manera se acepta la primera hipótesis alterna para las escalas clínicas del inventario multifásico de la personalidad MMPI que plantea :

Ha: existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la puntuación natural de los rasgos de personalidad (según las escalas de depresión, histeria, desviación psicopática, psicastenia y esquizofrenia del inventario multifásico de la personalidad MMPI) entre el grupo de madres de hijos con parálisis cerebral y madres de hijos sin parálisis cerebral.

Siendo lo contrario en la segunda hipótesis donde no hubo diferencias para los rasgos de preocupación por su salud, sentimientos de limitación, actividad y sociabilidad, por lo que se rechaza la segunda hipótesis alterna, aceptando la de nulidad para las escalas de hipocondriasis, masculinidad-femenidad, paranoia, manía e introversión - extroversión del inventario multifásico de la personalidad; por lo cual:

Ho: no existen diferencias estadísticamente significativas en -
 cuanto a la puntuación natural de los rasgos de personalidad (se
 gún las escalas de hipocondriásis, maculinidad - feminidad, parano
 ia, manía e introversión- extroversión del inventario multifásico
 de la personalidad MMPI) entre le grupo de madres de hijos con pa
 rálisis cerebral y madres de hijos sin parálisis cerebral.

De manera esquemática:

ESCALAS	GRUPO I	GRUPO II	SIGNIFICANCIA
L	7.26	6.03	.08 marginal
F	9.3	9.1	.872
K	13.46	12.16	.281
Hs	19.23	17.56	.141
D	28.70	24.93	.001
Hi	25.66	23.23	.033
Dp	25.90	22.50	.004
Mf	32.6	32.12	.449
Pa	12.7	10.8	.07 marginal
Pt	32.36	28.50	.009
Es	34.76	30.36	.037
Ma	21.16	21.23	.831
Is	35.53	34	.260

Lo antes mencionado hace que el problema planteado se confirme, ya
 que claramente se observa que las madres de hijos con parálisis cerebral corren
 más riesgo de desequilibrio y conflicto emocional que las madres de hijos sin
 parálisis cerebral. De estamnera se concluye que la presencia de parálisis
 cerebral de los hijos modifica los rasgos de personalidad de las madres.

CAPITULO VI

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Allport Gordon Willard. 1970, Psicología de la personalidad.
Buenos Aires. Paidos
- 2.- Archundia S. 1981, Nivel de ansiedad en una muestra de mujeres em
barazadas. México, Tesis U N A M
3. Ardila R. 1981, Psicología Fisiológica. México. Trillas
- 4.- Bobadilla González A y et al. 1984, Estudio exploratorio de las
características de personalidad, inteligencia y ansie-
dad de madres de niños autistas y madres de niños sor-
dos. México, Tesis UNAM.
- 5.- De la Borbolla Hano Julia, 1982, Psicología de la maternidad.
Revista Aletheia, No 3, pp 46 - 51
- 6.- Carrasco Rojas E. 1955, El problema de la parálisis cerebral infan
til y su tratamiento. Puebla, Tesis UAP
- 7.- Davidoff. 1979, Introducción a la Psicología.
México. Mc Graw Hill
- 8.- Deutsch Helen. 1952 , Psicología de la mujer.
Buenos Aires, Lozada. Tomo I
- 9.- Deutsch Helen. 1960, Psicología de la mujer.
Buenos Aires, Lozada. Tomo II
- 10.- Díaz Carabaño M. 1974, Estudio caracterológico en un grupo de fa
milias mexicanas. México, Tesis UNAM
- 11.- Diccionario de Filosofía. 1984, Ed Progreso
- 12.- Escamilla Cadena L. 1989, Rasgos de personalidad y calidad de --
vínculos en madres de hijos con neurodermatitis atópica.
México, Tesis UNAM
- 13.- Fenichel O. 1986, Teoría psicoanalítica de las neurosis.
México, Paidos

- 14.- Finnie N. R. 1976, Atención en el hogar del niño con parálisis cerebral. México, La prensa médica mexicana.
- 15.- Freedman y et al. 1983, Compendio de psiquiatría. México. Salvat.
- 16.- Freud Sigmund. 1888, Estudio comparativo de las Parálisis motrices orgánicas e histéricas. Obras Completas. Tomo II
- 17.- Freud Sigmund, 1923, Esquema del Psicoanálisis. Obras Completas. Tomo II
- 18.- Freud Sigmund. 1925, Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica. Obras Completas. Tomo III
- 19.- Freud Sigmund. 1931, Sobre la sexualidad femenina. Obras Completas. Tomo III
- 20.- Fromm E. 1973, Etica y Psicoanálisis. México. Fondo de cultura económica.
- 21.- Gallardo Vallejo M. Clara y et al. 1987, Personalidad y conducta materna en madres de niños con lesión cerebral. México Tesis UNAM
- 22.- García Arzeno M. E. 1986, El síndrome de la niña púber. México. Paidós
- 23.- García Osgueda L. 1982, Características de personalidad de madres con hijos con problemas de conducta. México. Tesis UNAM
- 24.- García Pérez E. 1979, La maternidad de hoy en día: Una perspectiva psicoanalítica. México. Tesis UNAM
- 25.- Guarnier E. 1984, Psicopatología clínica y tratamiento analítico. México. Porrúa.
- 26.- Hathaway S . R y et al. 1981, Inventario Multifásico de la personalidad (MMPI) México. Manual Moderno.
- 27.- Hall y Lindzey. 1970, Las teorías psicosociales de la personalidad. México. Paidós.

- 28.- Horney Karen. 1986, Psicología femenina.
España. Alianza
- 29.- Klein Melanie. 1985, Introducción a la obra de Melanie Klein.
México. Paidós
- 30.- Langer Marie. 1988, Maternidad y Sexo.
México. Paidós
- 31.- López Antunez. 1983, Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso.
México. Limusa
- 32.- Mannoni Maud. 1987, El niño retardado y su madre.
Buenos Aires. Paidós
- 33.- Nuñez R. 1979, Aplicación del inventario multifásico de la personalidad (MMPI) a la psicopatología. México. Manual Moderno.
- 34.- Olivares W. C. 1988, Características de personalidad en madres de hijos con espasmo del sollozo. México. Tesis UIC
- 35.- Oñate G. 1983, Psicopatología en madres con hijos con problemas de salud mental. México. Tesis UNAM
- 36.- Páez J. A y et al. 1983, Implantación de un sistema de comunicación en paralíticos cerebrales. México . Tesis UNAM
- 37.- Romero Aguirre Gloria. 1968, Rasgos de personalidad encontrados en un grupo de madres de niños epilépticos. México. Tesis UNAM
- 38.- Romero Aguirre Javier y et al. 1987, Manual para la elaboración de tesis. México Universidad Intercontinental.
- 39.- Salazar Flores V. 1963, El problema médico, social y económico de los niños inválidos por parálisis cerebral infantil.
México. Tesis UNAM

- 40.- Segal Hanna. 1985, Introducción a la obra de Melanie Klein.
México. Paidós
- 41.- Soifer. 1977, Psicología del embarazo.
Buenos Aires. Kargieman
- 42.- Tallaferro A. 1979, Curso básico de psicoanálisis. México. Paidós
- 43.- Vegara Díaz M. 1979, Estudio Comparativo de algunas reacciones -
psicológicas en mujeres de aborto espontáneo y mujeres de
parto a término. México. Tesis UNAM
- 44.- William Fryse y et al. 1984, Neurología Clínica. México. Manual
Moderno.
- 45.- Wittaker. 1970, Psicología. México. Interamericana.
- 46.- Wolf M. 1982, Teoría Psicoanalítica de la culpa. Revista Aletheia
No 3, pp 60 - 72
- 47.- Wolman B. 1968, Teorías y sistemas contemporáneos en psicología.
Barcelona. Martínez Roca.

C A P I T U L O VII

A N E X O S

PERFILES DE
PERSONALIDAD
GRUPO I Y GRUPO II

PERFIL Y SUMARIO

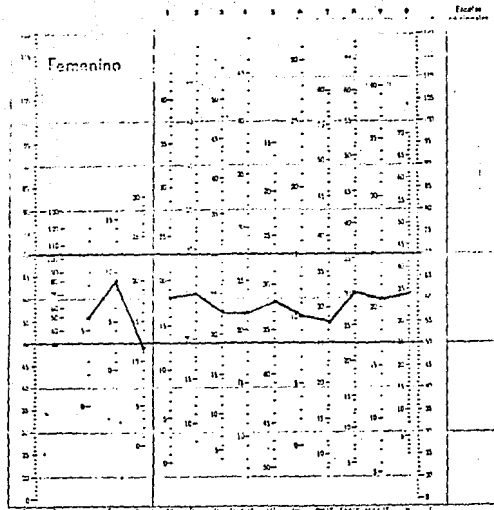
EXAMEN PSICOMÉTRICO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD

F

Nombre _____ (letra de imprenta)

El escuela _____

Occupación _____ Fecha de nacimiento _____



Porcentaje		
N	T	S
20	15	12
25	18	12
30	24	11
35	24	11
40	32	12
45	38	12
50	42	12
55	48	12
60	52	12
65	58	12
70	62	12
75	68	12
80	72	12
85	78	12
90	82	12
95	88	12
100	92	12
105	98	12
110	102	12
115	108	12
120	112	12

NOTAS

Ciclo 2
(100 minutos)

Apogee factor K _____
 Puntuación corregida _____

..... INSTRUMENTO

DR. S.R. HATHAWAY Y DR. J.C. MCKINLEY

INVENTARIO MMPI-Español

Adaptación para América Latina por el
Dr. Rafael NúñezBasado en la traducción del
Personal Técnico del Centro de Orientación de la
Universidad de Puerto Rico. A. Bernal, A. Colon,
E. Fernández, A. Mena, A. Torres y E. Torres.Revisado por el
Psic. Armando Velázquez H.

Este inventario consta de oraciones o proposiciones enumeradas. Lea cada una y decida si, en su caso, es cierta o falsa.

Usted debe marcar las respuestas en la hoja de contestaciones. Fijese en el ejemplo que aparece al lado derecho. Si la oración es CIERTA o, más o menos CIERTA en su caso, rellene con lápiz el círculo en el renglón **C** (Cierto), vea el ejemplo 1. Si la oración es FALSA o, más o menos FALSA en su caso rellene el círculo en el renglón **F** (Falso), vea el ejemplo 2.

1	C	<input checked="" type="radio"/>
	F	<input type="radio"/>

2	C	<input type="radio"/>
	F	<input checked="" type="radio"/>

Trate de ser SINCERO CONSIGO MISMO y use su propio criterio. No deje de contestar ninguna pregunta si puede evitarlo.

Al marcar su respuesta en la hoja de contestaciones, asegúrese de que el número de la oración corresponde al número de la respuesta en la hoja de contestaciones. Rellene bien sus marcas. Si desea cambiar alguna respuesta, borre por completo lo que quiera cambiar.

Recuerde, trate de dar una respuesta para cada una de las oraciones.

No marque este folleto.

AHORA ABRA SU FOLLETO Y EMPIECE

NO HAGA MARCA ALGUNA EN ESTE FOLLETO

1. Me gustan las revistas de mecánica.
2. Tengo buen apetito.
3. Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas.
4. Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario.
5. El ruido me despierta fácilmente.
6. Me gusta leer artículos sobre crímenes en los periódicos.
7. Por lo general mis manos y mis pies están suficientemente calientes.
8. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
9. Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado.
10. Casi siempre me parece que tengo un nudo en la garganta.
11. Una persona debiera tratar de comprender sus sueños, guiarse por ellos o tenerlos en cuenta como avisos.
12. Me gustan los cuentos detectivescos o de misterio.
13. Trabajo bajo una tensión muy grande.
14. Tengo diarrea una vez al mes o más frecuentemente.
15. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
16. Estoy seguro de que la vida es cruel conmigo.
17. Mi padre fue un buen hombre.
18. Muy raras veces sufro de estreñimiento.
19. Cuando acepto un nuevo empleo me gusta que me indiquen a quién debo halagar.
20. Mi vida sexual es satisfactoria.
21. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
22. A veces me dan ataques de risa o de llanto que no puedo controlar.
23. Sufro de ataques de náusea y de vómito.
24. Nadie parece comprenderme.
25. Me gustaría ser cantante.
26. Creo que es mucho mejor quedarme callado cuando estoy en dificultades.
27. Los espíritus malos se poseionan de mí a veces.
28. Cuando alguien me hace un mal sientto que debiera pagarle con la misma moneda, si es que puedo, como cuestión de principio.
29. Padezco de acidez estomacal varias veces a la semana.
30. A veces siento deseos de maldecir.
31. Me dan pesadillas con mucha frecuencia.
32. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
33. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
34. Tengo los la mayor parte del tiempo.
35. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
36. Raras veces me preocupo por mi salud.
37. Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.
38. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.
39. A veces siento deseos de destruir cosas.
40. La mayor parte del tiempo preferiría soñar despierto antes que hacer cualquier otra cosa.
41. He tenido períodos de días, semanas o meses que no podría ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo.

83. Cualquier persona capacitada y dispuesta a trabajar fuerte tiene buenas posibilidades de obtener éxito.
84. En estos días me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien.
85. Algunas veces me siento tan atraído por artículos personales de otros, como calzado, guantes, etc., que quiero tocarlos o robarlos aunque no haga uso de ellos.
86. Decididamente no tengo confianza en mí mismo.
87. Me gustaría ser florista.
88. Generalmente siento que la vida vale la pena.
89. Se necesita discutir mucho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad.
90. De vez en cuando dejo para mañana lo que debiera hacer hoy.
91. No me molesta que se burlen de mí.
92. Me gustaría ser enfermero (o enfermera).
93. Creo que la mayoría de la gente mentiría para ir adelante.
94. Hago muchas cosas de las que me arrepiento más tarde (me arrepiento de más cosas o con más frecuencia que otras personas).
95. Voy a la iglesia casi todas las semanas.
96. Tengo muy pocos disgustos con miembros de mi familia.
97. A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañino o escandaloso.
98. Creo en la segunda venida de Cristo.
99. Me gusta ir a fiestas y a otras reuniones donde haya mucha alegría y ruido.
100. He encontrado problemas tan llenos de posibilidades que me ha sido imposible llegar a una decisión.
101. Creo que la mujer debe tener tanta libertad sexual como el hombre.
102. Mis luchas más difíciles son conmigo mismo.
103. Tengo poca o ninguna dificultad con espasmos o contracciones musculares.
104. No parece importarme lo que me pase.
105. Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy malhumorado.
106. Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo malo o diabólico.
107. Casi siempre soy feliz.
108. Parece que mi cabeza o mi nariz están congestionadas la mayor parte del tiempo.
109. Algunas personas son tan dominantes que siento el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón.
110. Alguien me tiene mala voluntad.
111. Nunca he hecho algo peligroso sólo por el gusto de hacerlo.
112. Con frecuencia siento la necesidad de luchar por lo que creo que es justo.
113. Creo que la ley debe hacerse cumplir.
114. A menudo siento como si tuviera una banda apretándome la cabeza.
115. Creo en otra vida después de ésta.
116. Disfruto más de una carrera o de un juego cuando apuesto.
117. La mayoría de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.
118. En la escuela me llevaron ante el director algunas veces por hacer travesuras.
119. Mi manera de hablar es como la sido siempre (ni más ligero, ni más despacio, ni balbuciente; ni ronca).
120. Mis modales en la mesa no son tan correctos en casa como cuando salgo a comer fuera en compañía de otros.
121. Creo que están conspirando contra mí.
122. Me parece que soy tan capacitado e inteligente como la mayor parte de los que me rodean.

165. Me gusta conocer gente de importancia porque eso me hace sentir importante.
166. Siento miedo cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.
167. No me sentiría nervioso si algún familiar mío tuviera dificultades con la justicia.
168. Mi mente no está muy bien.
169. No tengo miedo de manejar dinero.
170. No me preocupa lo que otros piensen de mí.
171. Me siento incómodo cuando tengo que hacer una payasada en una reunión aun cuando otros están haciendo lo mismo.
172. Frecuentemente tengo que esforzarme para no demostrar que soy tímido.
173. Me gustaba la escuela.
174. Nunca me he desmayado.
175. Rara vez o nunca he tenido mareos.
176. No le tengo mucho miedo a las serpientes.
177. Mi madre fue una buena mujer.
178. Mi memoria parece ser buena.
179. Me preocupan las cuestiones sexuales.
180. Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez.
181. Cuando me siento aburrido me gusta provocar algo emocionante.
182. Tengo miedo de perder el juicio.
183. Estoy en contra de dar dinero a los mendigos.
184. Frecuentemente oigo voces sin saber de donde vienen.
185. Aparentemente oigo tan bien como la mayoría de las personas.
186. Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.
187. Nunca se me han puesto las manos torpes o poco hábiles.
188. Puedo leer por un largo rato sin que se me caen los ojos.
189. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
190. Muy pocas veces me duele la cabeza.
191. Algunas veces, cuando estoy avergonzado, empiezo a sudar, lo que me molesta muchísimo.
192. No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.
193. No me dan ataques de alergia o asma.
194. He tenido ataques durante los cuales no podía controlar mis movimientos o el habla pero me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
195. No me agradan todas las personas que conozco.
196. Me gusta visitar lugares donde nunca he estado.
197. Alguien ha estado tratando de robarme.
198. Muy pocas veces sueño despierto.
199. Se debe enseñar a los niños la información básica sobre la vida sexual.
200. Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos o ideas.
201. Desearía no ser tan tímido.
202. Creo que estoy condenado o que no tengo salvación.
203. Si yo fuera periodista me gustaría mucho escribir noticias de teatro.
204. Me gustaría ser periodista.
205. A veces me ha sido imposible evitar el robar o llevarme algo de una tienda.
206. Soy muy religioso (más que la mayoría de la gente).
207. Me gustan distintas clases de juegos y diversiones.
208. Me gusta coquetear.
209. Creo que mis pecados son imperdonables.
210. Todo me sabe igual.

254. Me gusta estar en un grupo en el que se den bromas los unos a los otros.
255. En las elecciones algunas veces voto por candidatos acerca de quienes conozco muy poco.
256. La única parte interesante del periódico es la página cómica.
257. Por lo general espero tener éxito en las cosas que hago.
258. Creo que hay un Dios.
259. Me resulta difícil el empezar a hacer cualquier cosa.
260. En la escuela fui lento en aprender.
261. Si fuera artista me gustaría pintar flores.
262. No me molesta el no ser mejor parecido.
263. Sudo con facilidad aun en días fríos.
264. Tengo entera confianza en mí mismo.
265. Es más segura no confiar en nadie.
266. Una vez a la semana o más frecuentemente me pongo muy excitado.
267. Cuando estoy en un grupo de gente tengo dificultad pensando las cosas apropiadas de que hablar.
268. Cuando me siento abatido, algo emocionante me saca casi siempre de ese estado.
269. Con facilidad puedo infundirle miedo a otros y a veces lo hago por diversión.
270. Cuando salgo de casa no me preocupo de si las puertas y ventanas están bien cerradas.
271. No culpo a la persona que se aproveche de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa.
272. A veces estoy lleno de energía.
273. Tengo adormecidas una o varias partes de la piel.
274. Mi vida está tan buena ahora como lo ha estado por años.
275. Alguien controla mi mente.
276. Me gustan los niños.
277. A veces me ha divertido tanto la astucia de un pícaro, que he deseado que se salga con la suya.
278. Con frecuencia me ha parecido que gente extraña me estaba mirando con ojos críticos.
279. Todos los días tomo una cantidad extraordinaria de agua.
280. La mayoría de la gente se hace de amigos por conveniencia propia.
281. Casi nunca noto que me zumban o chillan los oídos.
282. De vez en cuando siento odio hacia miembros de mi familia a los que usualmente quiero.
283. Si fuera reportero me gustaría mucho escribir noticias deportivas.
284. Estoy seguro de que la gente habla de mí.
285. A veces me río de chistes sucios.
286. Nunca estoy tan contento como cuando estoy solo.
287. Tengo pocos temores en comparación con mis amigos.
288. Sufro de ataques de náusea y vómitos.
289. Siempre me disgusta con la ley cuando se pone en libertad a un criminal debido a los argumentos de un abogado astuto.
290. Trabajo bajo una tensión muy grande.
291. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas hipnotizándome.
292. Por lo general no le hablo a la gente hasta que ellos no me hablan a mí.
293. Alguien ha tratado de influir en mi mente.
294. Nunca he tenido tropiezos con la ley.
295. A mí me gustaba el cuento "Caperucita Roja".
296. Tengo épocas en las que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.

297. Quisiera no ser perturbado por pensamientos sexuales.
298. Si varias personas se hallan en apuros, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo sobre lo que van a decir y mantenerse firmes en esto.
299. Creo que siento más intensamente que la mayoría de las personas.
300. Nunca en mi vida me ha gustado jugar con muñecas.
301. Vivo la vida en tensión la mayor parte del tiempo.
302. Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.
303. Soy tan sensible acerca de algunos asuntos que ni siquiera puedo hablar de ellos.
304. En la escuela me era muy difícil hablar frente a la clase.
305. Aun cuando esté acompañado me siento solo la mayor parte del tiempo.
306. Recibo toda la simpatía que debo recibir.
307. No participo en algunos juegos porque no los sé jugar bien.
308. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
309. Creo que hago amistades tan fácilmente como los demás.
310. Mi vida sexual es satisfactoria.
311. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.
312. No me gusta tener gente alrededor.
313. El hombre que provoca la tentación dejando propiedad de valor sin protección, es tan culpable del robo como el ladrón mismo.
314. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
315. Estoy seguro que la vida es cruel conmigo.
316. Creo que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas.
317. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
318. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
319. A la mayor parte de la gente le disgusta ayudar a los demás, aunque no lo diga.
320. Muchos de mis sueños son acerca de asuntos sexuales.
321. Me ruborizo fácilmente.
322. El dinero y los negocios me preocupan.
323. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
324. Nunca he estado enamorado de nadie.
325. Ciertas cosas que han hecho algunos de mis familiares me han asustado.
326. A veces me dan accesos de risa o de llanto que no puedo controlar.
327. Mi madre o mi padre frecuentemente me hacían obedecer, aun cuando yo creía que no tenían razón.
328. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
329. Casi nunca sueño.
330. Nunca he estado paralizado o he tenido una rara debilidad en alguno de mis músculos.
331. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
332. Algunas veces pierdo o me cambia la voz, aunque no esté resfriado.
333. Nadie parece comprenderme.
334. A veces percibo olores raros.
335. No me puedo concentrar en una sola cosa.
336. Pierdo fácilmente la paciencia con la gente.
337. Siento ansiedad por algo o por alguien casi todo el tiempo.
338. Sin duda he tenido más cosas de que preocuparme de las que me corresponden.

339. La mayor parte del tiempo desearía estar muerto.
340. Algunas veces me siento tan excitado que no puedo dormirme fácilmente.
341. A veces oigo tan bien que me molesta.
342. Se me olvida muy pronto lo que la gente me dice.
343. Generalmente tengo que detenerme a pensar antes de hacer algo, aunque sea un asunto sin importancia.
344. Con frecuencia cruzo la calle para evitar encontrarme con alguien que veo venir.
345. Muchas veces siento como si las cosas no fueran reales.
346. Tengo la costumbre de contar cosas sin importancia como bombillas eléctricas en anuncios luminosos, etc.
347. No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño.
348. Generalmente no me fío de las personas que son un poco más amistosas de lo que yo esperaba.
349. Tengo pensamientos extraños y peculiares.
350. Oigo cosas extrañas cuando estoy solo.
351. Me pongo ansioso y turbado cuando tengo que salir de casa para hacer un corto viaje.
352. He tenido miedo a cosas y a personas que sabía que no me podían hacer daño.
353. No temo entrar solo a un salón donde hay gente reunida hablando.
354. Tengo miedo de usar un cuchillo o cualquier otra cosa muy afilada o puntiaguda.
355. Algunas veces me gusta herir a las personas que quiero.
356. Tengo más dificultad para concentrarme que la que parece que tienen los demás.
357. Varias veces he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad.
358. Malas palabras, a menudo palabras horribles, vienen a mi mente, y se me hace imposible librarme de ellas.
359. Algunas veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia que me molestan por días.
360. Casi todos los días sucede algo que me asusta.
361. Me inclino a tomar las cosas muy en serio.
362. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
363. A veces he sentido placer cuando un ser querido me ha lastimado.
364. La gente dice cosas insultantes y vulgares acerca de mí.
365. Me siento incómodo cuando estoy bajo techo.
366. Aun cuando esté acompañado, me siento solo la mayor parte del tiempo.

*PASE LA PAGINA SOLAMENTE
CUANDO SE LE INDIQUE*

367. No soy una persona demasiado consciente de sí misma.
368. Durante ciertos períodos mi mente parece trabajar más despacio que de costumbre.
369. En las reuniones sociales o fiestas es más probable que me sienta solo o con una sola persona en vez de unirme al grupo.
370. La gente me desilusiona con frecuencia.
371. Me gusta muchísimo ir a bailes.
372. Algunas veces he sentido que las dificultades se acumulaban de tal modo que no podía vencerlas.
373. Frecuentemente pienso: "quisiera volver a ser niño".
374. Si me dieran la oportunidad, podría hacer algunas cosas que serían de gran beneficio para la humanidad.
375. Frecuentemente he conocido personas a quienes se suponía expertas y que no eran mejores que yo.
376. Me siento un fracasado cuando oigo hablar del éxito de alguien a quien conozco bien.
377. Si me dieran la oportunidad sería un buen líder.
378. Me avergüenzan los cuentos picantes.
379. Generalmente la gente exige más respeto para sus derechos que el que está dispuesta a permitirle a los demás.
380. Trato de recordar cuentos interesantes para contárselos a otras personas.
381. Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.
382. Me gustan las reuniones sociales por estar con gente.
383. Gozo con la excitación de una multitud.
384. Mis preocupaciones parece que desaparecen cuando estoy con un grupo de amigos animados.
385. Frecuentemente no me entera de los chismes y habladurías del grupo a que pertenezco.
386. Me es difícil el dejar a un lado la tarea que he emprendido aun cuando sea por poco tiempo.
387. No he tenido dificultad para empezar a orinar o retener mi orina.
388. A menudo he encontrado personas envidiosas de mis buenas ideas simplemente porque a ellas no se les ocurrieron antes.
389. Siempre que puedo evito encontrarme entre una multitud.
390. No me molesta el ser presentado a extraños.
391. Recuerdo haberme fingido enfermo para zafarme de algo.
392. Con frecuencia les hablo a los extraños en los trenes, autobuses, etc.
393. Me rindo fácilmente cuando las cosas van mal.
394. Me gusta que la gente conozca mi punto de vista sobre las cosas.
395. He tenido épocas cuando me sentía tan lleno de vigor que el sueño no me parecía necesario a ninguna hora.
396. No me sentiría desconcertado si tuviera que iniciar una discusión o dar una opinión acerca de algo que conozco bien ante un grupo de personas.
397. Me gustan las fiestas y las reuniones sociales.
398. Me acubardo ante las crisis, dificultades o problemas.
399. Puedo dejar de hacer algo que deseo hacer cuando otros creen que no vale la pena hacerlo.
400. No le temo al fuego.
401. No le temo al agua.
402. Frecuentemente tengo que consultar con la almohada antes de tomar decisiones.
403. Es una gran cosa vivir en esta época en que ocurren tantas cosas.
404. Frecuentemente la gente ha interpretado mal mis intenciones cuando trataba de corregirla y ayudarla.
405. No tengo dificultad al tragar.
406. A veces me he alejado de otra persona porque temía hacer o decir algo que pudiera lamentar después.
407. Por lo general soy tranquilo y no me altero fácilmente.

408. Puedo ocultar lo que siento en algunas cosas de manera tal que la gente puede hacerme daño sin que se den cuenta de ello.
409. A veces me he agotado por emprender demasiadas cosas.
410. Me gustaría mucho ganarle a un pícaro con sus propias armas.
411. La religión no me preocupa.
412. No temo ser al médico acerca de una enfermedad o lesión.
413. Merezco un severo castigo por mis pecados.
414. Tiendo a preocuparme tanto por los desengaños que luego no puedo dejar de pensar en ellos.
415. Odio tener que trabajar de prisa.
416. Me molesta que alguien me observe cuando trabajo, aunque sepa que puedo hacerlo bien.
417. A menudo me siento tan molesto cuando alguien trata de adelantarse en una fila, que le llamo la atención.
418. A veces pienso que no sirvo para nada.
419. Cuando muchacho frecuentemente salía para la escuela pero no llegaba a ella.
420. He tenido experiencias religiosas extraordinarias.
421. Tengo uno o varios familiares que son muy nerviosos.
422. Me he sentido avergonzado por la clase de trabajo que alguien de mi familia ha hecho.
423. Me gusta o me ha gustado muchísimo pescar.
424. Siento hambre casi todo el tiempo.
425. Sueño frecuentemente.
426. A veces he tenido que ser rudo con personas groseras o inoportunas.
427. Tiendo a interesarme en diferentes distracciones en vez de concentrarme por largo tiempo en una de ellas.
428. Me gusta leer los editoriales de los periódicos.
429. Me agrada asistir a conferencias sobre temas serios.
430. Me atraen las personas del sexo opuesto.
431. Me preocupa mucho por posibles desgracias.
432. Tengo opiniones políticas bien definidas.
433. Acostumbra tener compañeros imaginarios.
434. Me gustaría competir en carreras automovilísticas.
435. Generalmente preferiría trabajar con mujeres.
436. Estoy seguro de que sólo existe una religión verdadera.
437. No es malo tratar de evitar el cumplimiento de la ley siempre que ésta no se viole.
438. Hay ciertas personas que me disgustan tanto que me alegro interiormente cuando están pagando las consecuencias por algo que han hecho.
439. Me pone nervioso tener que esperar.
440. Cuando me siento muy feliz y activo, alguien que esté deprimido me desanima por completo.
441. Me gustan las mujeres altas.
442. He tenido períodos durante los cuales he perdido el sueño a causa de las preocupaciones.
443. Tiendo a dejar de hacer algo que desco hacer cuando otros piensan que esa no es la manera correcta.
444. No trato de corregir a la gente que expresa opiniones ignorantes.
445. Me apasionaba lo emocionante cuando era joven (o en mi niñez).
446. Los policías son generalmente honrados.
447. Con frecuencia me esfuerzo para triunfar sobre alguien que me ha llevado la contraria.
448. Me molesta que la gente en las tiendas, tranvías, etc., me este mirando.
449. No me gusta ver fumar a las mujeres.
450. Muy raramente me siento deprimido.

451. Cuando alguien dice cosas *tantas o estúpidas* acerca de algo que sé, trato de *corregirlo*.
452. Me gusta burlarme de la gente.
453. Cuando era *niño* nunca me interesó pertenecer a un grupo o pandilla.
454. Podría ser feliz viviendo completamente solo en una cabaña en el bosque o en las montañas.
455. Me han dicho con frecuencia que tengo mal genio.
456. Una persona no debiera ser castigada por violar una ley que considere injusta.
457. Creo que *nadie* debería nunca probar bebidas alcohólicas.
458. El hombre que más se ocupó de mí cuando era *niño* (como mi padre, padrastro, etc.) fue muy estricto conmigo.
459. Tengo *uno o varios* malos hábitos tan arraigados, que es inútil luchar contra ellos.
460. He bebido *alcohol* moderadamente (o nunca lo he usado).
461. Quisiera poder olvidarme de cosas que he dicho y que quizás hayan herido los sentimientos de otras personas.
462. Me siento incapaz de contarle a alguien todas mis cosas.
463. Me gustaba jugar "a la pata coja".
464. Nunca he tenido una visión.
465. Varias veces he cambiado de modo de pensar acerca de mi trabajo.
466. Excepto por orden del médico, nunca he tomado drogas o pastillas para dormir.
467. Con frecuencia memorizo números sin importancia (tales como los de las placas de automóviles, etc.).
468. Frecuentemente me siento apenado por ser tan malgenioso y gruñón.
469. El relámpago es uno de mis temores.
470. Me disgustan las cosas sexuales.
471. En la escuela mis calificaciones en conducta fueron generalmente malas.
472. Me fascina el fuego.
473. Me gusta tener a los demás intrigados sobre lo que voy a hacer.
474. No tengo que orinar con más frecuencia que los demás.
475. Cuando estoy en una situación difícil digo sólo aquella parte de la verdad que *no me perjudique*.
476. Soy un enviado especial de Dios.
477. Si me hallara en dificultades junto con varios amigos que fueran tan culpables como yo, preferiría echarme toda la culpa antes que descubrirlos.
478. Nunca me he puesto particularmente nervioso a causa de dificultades en que se haya visto envuelto algún miembro de mi familia.
479. Los únicos milagros que conozco son simplemente tretas que unas personas les hacen a otros.
480. Con frecuencia le tengo miedo a la obscuridad.
481. Me da miedo estar solo en la obscuridad.
482. Con frecuencia mis planes han parecido estar tan llenos de dificultades, que he tenido que abandonarlos.
483. Cristo realizó milagros tales como cambiar el agua en vino.
484. Tengo una o más faltas que son tan grandes que es mejor aceptarlas y tratar de controlarlas, antes que tratar de librarme de ellas.
485. Cuando un hombre está con una mujer generalmente está pensando cosas relacionadas con el sexo de ella.
486. Nunca he notado sangre en mi orina.
487. Muchas veces me he sentido muy mal al no haber sido comprendido cuando trataba de evitar que alguien cometiera un error.
488. Rezo varias veces a la semana.
489. Me compadezco de las personas que generalmente se aferran a sus penas y problemas.

490. Leo mi libro de oraciones (o la Biblia) varias veces a la semana.
491. No tolero a la gente que cree que sólo hay una religión verdadera.
492. Me produce terror la idea de un terremoto.
493. Prefiero el trabajo que requiere concentración a un trabajo que me permite ser descuidado.
494. Temo encontrarme en un lugar pequeño y cerrado.
495. Generalmente "le hablo claro" a la gente a quien estoy tratando de mejorar o corregir.
496. Nunca he visto las cosas dobles (esto es, nunca un objeto me ha parecido doble sin que me sea posible hacerlo aparecer como uno).
497. Me gustan los cuentos de aventuras.
498. Es bueno siempre ser franco.
499. Tengo que admitir que a veces me he preocupado sin motivo alguno por cosas que no valían la pena.
500. Rápidamente me vuelvo partidario absoluto de una buena idea.
501. Generalmente hago las cosas por mí mismo, en vez de buscar a alguien que me enseñe.
502. Le tengo terror a una tormenta.
503. Es raro que yo apruebe o desaprobe con energía las acciones de otros.
504. No trato de encubrir mi mala opinión o lástima que me inspira una persona a fin de que esta no sepa mi modo de sentir.
505. Los caballos que no jafan deberían ser golpeados o pateados.
506. Soy una persona muy tensa.
507. Frecuentemente he trabajado bajo personas que parece que arreglan las cosas de tal modo, que ellas son las que reciben el reconocimiento de una buena labor, pero que sin embargo atribuyen los errores a otros.
508. Creo que mi olfato es tan bueno como el de los demás.
509. A veces me es difícil defender mis derechos por ser muy reservado.
510. La suciedad me espanta o me disgusta.
511. Vivo una vida de ensueños acerca de la cual no digo nada a nadie.
512. No me gusta bañarme.
513. Creo que Cervantes fue más grande que Napoleón.
514. Me gustan las mujeres hombrunas.
515. En mi hogar siempre hemos tenido cubiertas nuestras necesidades básicas (tales como alimentación, vestido, etc.).
516. Algunas de mis familiares se enojan muy fácilmente.
517. No puedo hacer nada bien.
518. A menudo me he sentido culpable porque he fingido mayor pesar del que realmente sentía.
519. Algo anda mal con mis órganos sexuales.
520. Generalmente defiendo con tenacidad mis propias opiniones.
521. Frecuentemente le pido consejo a la gente.
522. No le temo a las arañas.
523. Casi nunca me ruborizo.
524. No temo contraer una enfermedad o coger gérmenes de las perillas de las puertas.
525. Ciertos animales me ponen nervioso.
526. El porvenir me parece incierto.
527. Los miembros de mi familia y mis parientes más cercanos se llevan bastante bien.
528. No me ruborizo con mayor frecuencia que los demás.
529. Me gustaría usar ropa cara.
530. A menudo siento miedo de ruborizarme.
531. La gente puede hacerme cambiar de opinión muy fácilmente aun en cosas sobre las que creía estar ya decidido.

532. Puedo soportar tanto dolor como los demás.
533. No padecero de muchos eructos.
534. Varias veces he sido el último en darme por vencido al tratar de hacer algo.
535. Siento la boca seca casi todo el tiempo.
536. Me molesta que la gente me haga hacer las cosas de prisa.
537. Me gustaría cazar leones en África.
538. Creo que me gustaría el trabajo de modisto (o modista).
539. No le tengo miedo a los ratones.
540. Nunca he sufrido de parálisis facial.
541. Mi piel parece ser muy sensible al tacto.
542. Nunca he tenido deposiciones (excretas) negras, parecidas a la brea.
543. Varias veces por semana siento como si algo terrible fuera a suceder.
544. La mayor parte del tiempo me siento cansado.
545. Algunas veces sueño lo mismo una y otra vez.
546. Me gusta leer sobre historia.
547. El futuro es demasiado incierto para que una persona haga planes formales.
548. Nunca asisto a un espectáculo sobre temas sexuales, si es que puedo evitarlo.
549. Con frecuencia, aun cuando todo va bien, siento que nada me importa.
550. Me gusta reparar las cerraduras de la puerta.
551. Algunas veces estoy seguro de que los demás pueden decir lo que estoy pensando.
552. Me gusta leer sobre ciencia.
553. Tengo miedo de estar solo en un sitio amplio al descubierto.
554. Si fuera artista me gustaría dibujar niños.
555. Algunas veces me siento a punto de una crisis nerviosa.
556. Soy muy cuidadoso en mi manera de vestir.
557. Me gustaría ser secretario (o secretaria) privado(a).
558. Un gran número de personas son culpables de mala conducta sexual.
559. Con frecuencia he sentido miedo de noche.
560. Me molesta que se me olvide donde pongo las cosas.
561. Me gusta mucho montar a caballo.
562. La persona hacia quien sentía mayor afecto y admiración cuando era niño fue una mujer (madre, hermana, tía u otra mujer).
563. Me gustan más las historias de aventuras que las de amor.
564. No me enojo fácilmente.
565. Siento deseos de tirarme cuando estoy en un sitio alto.
566. Me gustan las escenas de amor de las películas.

