

• **Algunas Características Psíquicas que Presentan los Inválidos del Sistema Músculo-Esquelético.**

T E S I S

Que para obtener el título de:
DOCTORA EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a :
ELIZABETH GARCIA DE LEON G.





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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

A la memoria de mi hermana
María Helena.

Para el Sr. Dr. y C. en R. Luis Felipe Vales
Ancona, rehabilitador ejemplar y ejemplo
de rehabilitadores.

Agradecimientos:

**A las señoras Psicólogas y Consejeras en
Rehabilitación:**

**Matilde Fahr Stahl y
Emma Augusta Schmidt C.**

Al Sr. Dr. Joaquín Mendizabal Calderón.

C O N T E N I D O .

I.- Consideraciones generales sobre la Psicología aplicada a la Rehabilitación.

- A).- Antecedentes.
- B).- Condiciones ambientales.
- C).- Mecanismos Psicológicos.

II.- Algunos datos del Test de Rorschach, obtenidos en cinco grupos:

- a).- Amputados de miembro superior.
- b).- Amputados de miembro inferior.
- c).- Parapléjicos.
- d).- Secuelas Poliomiélicas.
- e).- Hemipléjicos.

Análisis porcentuales y síntesis interpretativa.

III.- Conclusiones.

IV.- Bibliografía.

I.- CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA PSICOLOGIA APLICADA A LA REHABILITACION DE INVALIDOS.

A).- ANTECEDENTES .

Por una coincidencia que tal vez tenga su explicación posteriormente, los estudios formales sobre Psicología y Rehabilitación, se iniciaron en México casi simultáneamente. Los primeros en la década de 1940-1950 y los segundos en la - de 1950-1960.

Ambas disciplinas han experimentado en su desarrollo, tanto de sistemas metodológicos como de sistemas aplicativos, contingencias que en cierto modo son similares. Como - en otros campos científicos, no han podido sustraerse a ciertos procesos que han regido la aceptación de un descubrimiento o la implantación de una nueva teoría, tanto por parte de los científicos como del conglomerado en general, hecho que se repite en el devenir histórico de los pueblos y que quizá tenga su explicación en la tendencia instintiva al rechazo - de estímulos que puedan comprometer el equilibrio conseguido pero que, por su base deleznable, tarde o temprano son superados sin constituir jamás una barrera infranqueable al - desarrollo y progreso del pensamiento humano.

El concepto moderno de "rehabilitación" fue implantado en México a través de esfuerzos genuinamente naciona - -

les. No podemos desconocer sin embargo que, ya estaban trazadas las pautas a seguir, por otros países, principalmente -- por los Estados Unidos de Norteamérica. Pero no obstante en México, la connotación que se debía dar a la palabra rehabilitación y por lo tanto los procedimientos y técnicas en su aplicación, estuvieron poderosamente influidos por las bases psicológicas de quienes intervinieron en el planteamiento del problema a resolver.

En el consenso general es aceptado en la actualidad, teóricamente, que la rehabilitación es: el proceso mediante el cual, se logra la reincorporación del inválido a -- un estado de normal productividad, con las concomitantes -- psico-sociales que esto representa para los individuos y para la colectividad.

El problema semántico que la palabra "rehabilitación" presentó, también se hizo notar en la palabra "inválido" pues, aunque la etimología fuese clara, la incapacidad -- abarcaba dimensiones tan considerables que limitaba grandemente el campo en que podía ser aplicada la rehabilitación. Así, hubo de adoptarse una primera clasificación: la de que existen inválidos que son rehabilitables e inválidos que no pueden serlo debido al grado de lesión que sufren.

Como inválidos rehabilitables se aceptó al grupo de individuos que, sufriendo un déficit físico o mental presentara además un desajuste emocional que le impidiera ser productivo. De ahí, la ecuación tan conocida hoy día:

"Lesión física + desajuste emocional = Invalidez".

El término "lisiado" se reservó para aquél individuo que sufriendo una lesión física, es decir, presentando - la primera parte de la ecuación citada, no presentaba la segunda; en otras palabras, poseía una personalidad exenta de desajuste emocional que le impidiera ser productivo.

Pero entonces se presentó otra dificultad: si básicamente lo que se deducía de las dos connotaciones precedentes era que, el desajuste emocional causa la invalidez, todo aquél que lo sufriera, aun sin lesión física sería un inválido. Por un momento se agigantó el resultado de esta deducción. Sin embargo, el criterio psicológico salvó la dificultad haciendo notar que el psiconeurótico es fundamentalmente un "enfermo" y aunque pueda tener características de improductividad ésta es reductible si se logran resultados exitosos con la terapéutica idónea. Es decir, que el psiconeurótico, como cualquier otro enfermo, cae todavía dentro de los límites de los procedimientos "curativos" y por lo tanto es marginal a los procedimientos "rehabilitatorios"

Otro de los problemas que se constató se refiere a las personas que debían llevar a efecto la rehabilitación; si como se ha aceptado definitivamente, la rehabilitación es el proceso mediante el cual se reducen al mínimo las limitaciones que causan invalidez, lógico es suponer que ello requiere uno de los equipos humanos más completos para obtener resultados eficientes. El equipo en rehabilitación es heterogéneo, precisando de un número mucho más amplio de especialistas que el requerido en un proceso curativo.

Los programas de rehabilitación en México son básicamente cuatro: para sordos, ciegos, débiles mentales e inválidos del sistema músculo esquelético; en cada uno de ellos interviene el médico especialista idóneo, pero conjuntamente y desarrollando una labor más amplia y prolongada, encontramos al maestro especializado en técnicas para la enseñanza; al maestro de taller de adiestramiento laboral; al técnico en terapia ocupacional; al técnico en terapia del lenguaje; al fisioterapeuta; al aparatista y protesista; también al grupo de médicos especialistas que deban consultarse según el caso: neurólogo, cardiólogo, psiquiatra, urólogo, especialista en vasos, etc., sin embargo, hay un conjunto de técnicos especializados que deberán estar presentes en cualquiera de los equipos de rehabilitación: el psicólogo, el orientador vocacional, la trabajadora social y el consejero en rehabilitación.

En rehabilitación el papel del psicólogo tiene especial importancia, ya que él obtiene por medio de sus exámenes y entrevistas, el conocimiento de la dinámica psicológica del paciente, de la que rige su inter-relación con la familia y con su ambiente social, así como el nivel de su rendimiento intelectual; datos que van a orientar a cada uno de los componentes del equipo, para desarrollar mejor su labor, en provecho del candidato a rehabilitarse.

Otra intervención importante del psicólogo es aquella en que actúa como orientador vocacional, porque es él -- quien va a descubrir intereses y aptitudes mediante los tests específicos y la observación del sujeto en los talleres de adiestramiento laboral; guiando al incapacitado por el --

difficil camino de entrenarse o reentrenarse en un oficio. Podríamos decir que del orientador vocacional va a depender en mayor medida que de cualquiera otro de los técnicos de un equipo, que el rehabilitado pueda competir digna y eficientemente en el campo de la industria, de la ciencia o el arte, con los sujetos que no tienen ninguna limitación física.

Es evidente que el orientador vocacional o el maestro de taller que imparte la enseñanza prescrita por el primero no están trabajando aisladamente, es más el trabajo del equipo entero sería inútil si su principal colaborador -el paciente-, no trabajara con ellos. Lo natural es que supongamos que lo hace, pero recordemos que el paciente está atravesando por una situación especial que inconscientemente puede aprovechar para --sustraerse a las exigencias de la realidad. De ahí que surja la necesidad de que todo el equipo conozca a fondo los procesos --psicológicos por que atraviesa un paciente, de que todo el equipo trabaje bajo pautas de planeación y organización previas, que garanticen el mejor resultado para una actuación conjunta.

El trabajo de equipo debe ser planeado de acuerdo --con lo que cada técnico, desde su ángulo profesional pueda hacer por el inválido, esto, puede tomarse como un primer requisito; -el segundo será: que todos los miembros del equipo "entiendan" lo que cada uno de ellos debe hacer, para que su labor sea facilitada por el resto del mismo. Y el tercero, no por su colocación último en importancia, es la coordinación perfecta, el engranaje armonioso de funciones, la distribución ordenada del tiempo, la cooperación inteligente, factores que no se dan mas que, cuando se reconoce con imparcialidad la competencia técnica de -

los demás miembros del equipo. Pero esto requiere obviamente, que el equipo todo, esté integrado por individuos emocionalmente "maduros".

Lo antes dicho nos lleva a ver otro aspecto de la psicología aplicada a la rehabilitación: la selección del personal técnico mediante estudios psicológicos.

Sería infantil suponer que el profesionista, por el hecho de serlo, haya logrado una madurez tal, que le permita conocer y manejar su propia conflictiva emocional, la de los pacientes y la que presenta la inter-relación con el resto del personal del equipo.

Los directivos de los Centros de rehabilitación, que son responsables de la selección del equipo, se están percatando de la conveniencia de este requisito y es satisfactorio observar que cada vez, con mayor confianza, indican el diagnóstico psicológico para la selección de los profesionistas que van a emplear. Tampoco es raro ver que, cuando se margina la intervención del psicólogo en esta selección, los resultados demuestran el desacierto.

El candidato a rehabilitarse es, ante todo, un ser humano; el olvido de esta premisa no puede traducirse en rehabilitación. Es por ello que se insiste en la preparación psicológica del equipo, para que pueda entender y manejar el problema total del incapacitado y no sólo ataque la propia incapacidad.

El trato del técnico con el paciente y sobre todo, su interrelación con el resto del personal del equipo se beneficiarían en gran medida si pudiera impartirse entre el personal, psicoterapia de grupo ya que, al aceptarse mejor ellos --

mismos, su actuación sería percibida por el inválido como una acción benéfica para su psiquismo.

No cabe duda que el hombre es un animal social y por tanto, en rehabilitación, es la mente humana lo que realmente importa, porque es la mente la que gobierna al cuerpo y le da su significado (14); esta mente humana depende del contacto con otras mentes y si esto es válido en lo general, no podemos minimizar la importancia que el equipo ejerce en el incapacitado. Sabemos que las relaciones dinámicas que se establecen dentro de los miembros de un equipo repercuten en el inválido en forma positiva o negativa, según sean aquéllas.

Ahora bien, reconociendo que hay dificultades de semántica para ajustar filosofía y acción en una directriz mundial normativa en rehabilitación; que existe dificultad en la coordinación de un equipo humano; que es difícil manejar la conflictiva propia de un inválido, creemos que hay todavía un obstáculo mayor que es, el representado por el ambiente en general, como trataremos de exponer a continuación.

B).- CONDICIONES AMBIENTALES.

Considerando lo dicho hasta aquí podremos notar que existe cierta tendencia a la generalización: al mencionar a los profesionistas los colocamos en un grupo; en otro ponemos a los inválidos, etc.; ésto no es más que la resonancia de una tendencia general que parece hacerse más imperiosa a medida que la civilización avanza. El peligro de este impulso a la estandarización estriba en que impide reconocer las "diferencias" como factores fundamentales e imprescindibles en la existencia humana y

en que, cuando se les reconoce, es para colocar a la persona "diferente" en un grupo minoritario en cierto modo minusvalente.

No se quiere reconocer que hay muchos valores positivos en un parsona que ha perdido un brazo o una pierna; que le falta el oído o la vista; hasta ahora, se ha conseguido separarlos un poco y formar con ellos un grupo: el de los inválidos.

Se ha hecho que acepten ser llamados así; se les hace sentir "diferentes" y se quiere que actúen un papel reservado para ellos. Además, no sabemos en qué medida conciente y en que medida inconscientemente se les hace sentir que si no "actúan su papel" menoscaban en cierta forma el "valor" que creen tener los demás.

La seguridad que da a una persona el hecho de ocupar puestos prominentes, tener dinero en abundancia, prestigio, salud y hermosura física, parece que menguara si otra, que no sobresale en ningún aspecto, que tiene una lesión invalidante que no es hermoso ni fuerte económicamente, intenta demostrar que es tan eficiente como aquél. El primero se siente amenazado en su seguridad y trata por todos los medios de hacer sentir al segundo, que su incapacidad física lo excluye de poder competir con él, hasta que logra que éste crea que es verdaderamente incapaz de igualarlo.

Otro tanto ocurre con las personas que deben proporcionar trabajo al rehabilitado: empiezan por asombrarse de que haya logrado su rehabilitación, lo felicitan efusivamente

pero acaban por rechazarlo porque ya lo tienen catalogado como "incapaz" de desarrollar una labor idéntica a los demás. No han permitido que demuestre sus capacidades, parece que "temen" que las demuestre porque éso les obligaría a modificar "su concepto" sobre el inválido y perderían con éllo parte de su propia seguridad. Aunque sus racionalizaciones se enfoquen al temor de que el rehabilitado pueda sufrir un nuevo accidente de trabajo, en el fondo, es su negativa a verificar que un hombre puede ser -- "diferente" a los demás, en ciertos aspectos sin que por éllo se afecte su capacidad de producir, de crear o simplemente de vivir, lo que motiva su rechazo.

Existen todavía muchas personas que piensan que un rehabilitado no puede o no debe vivir una vida común y corriente: amar, bailar, estar alegre, trabajar y ser independiente; - les parecería más natural verlos arrastrar su duelo, deprimidos, lamentándose de su infortunio, "actuando su papel de inválidos". De esta manera, ellos, los normales, podrían manifestar su compasión abiertamente, tender su mano generosa, ofrendarles su caridad.

Todo esto les resultaría mucho más lógico por que, a costa de fomentar inconscientemente el sentimiento de minusvalía del incapacitado, ellos se sienten más fuertes y más seguros.

Pero, cómo tratar al que sufriendo una grave lesión vive más sabiamente la vida que ellos mismos? ¿cómo no sentirse ofendidos por esa superioridad que en cierto modo los empequeñece, porque élla significa un esfuerzo genuino y noble para vencer las limitaciones?. Lo único que les queda es: no reconocerlo.

La tendencia a relegar en un grupo minoritario a ciertos sujetos, no se refiere sólo a la invalidez, también se refiere a la edad, a la raza y a la religión.

Cuando alguien dice: "este sujeto es un epiléptico" cree haber hecho la descripción total de la persona, pero si invirtiera el orden de valores y en lugar de empezar por el negativo iniciara su descripción por los positivos que posee esa persona, cuánto hubiera podido decir, antes de mencionar que "es un epiléptico". (8)

Desgraciadamente, esta influencia del medio con respecto al inválido se infiltra en la conceptualización de los propios sujetos que sufren una limitación. Lo oyen desde niños en algunos casos; se les limita porque "no pueden" hacer tal cosa, porque pueden perjudicarse, porque no deben esforzarse, en fin se les convence de que son inválidos o enfermos y por lo tanto, ellos deducen que deben ser inútiles.

No es raro así, que el propio sujeto presente resistencias conscientes o inconscientes a rehabilitarse. Alguien ha dicho que se sienten como presos, sin poder realizarse, sin poder hallar la expresión de sus potencialidades; se vuelven pasivos, se invalidan. Pero no es su lesión la que los aprisiona, son prisioneros del "concepto" que los rodea (8).

La solución de los problemas que para el inválido presenta el ambiente, tendrá como base el desarrollo emocional de los seres humanos; tendremos que madurar lo suficiente para poder ver los valores reales de cada persona y no preocuparnos

por los que son menos importantes. Para ésto, debemos empezar por trabajar dentro de nosotros mismos de modo que logremos - cambiar nuestros conceptos y no pensemos en términos de " el ciego", "el sordo", el "inválido", sino que pensemos en seres humanos con dificultades, con problemas que limitan sus actividades pero no relegándolos a un grupo especial (8). También podemos desarrollar en las familias y las comunidades un mayor grado de tolerancia a las diferencias entre los hombres. Y debemos insistir en que, el problema de la invalidez solamente existe en la mente humana, incluyendo nuestras propias mentes y con seguridad, de una manera más vívida, en la mente de los propios sujetos afectados (8).

Es evidente que a medida que conocemos progresamos. Ya decía Freud que la erradicación de la neurosis se lograría cuando todos los seres humanos conociesen la etiología y los mecanismos de esta enfermedad. El conocimiento de los procesos psicológicos que ocurren en el hombre, el re-conocer las verdaderas motivaciones de la conducta humana ha servido al hombre para madurar, para ser más sólido y seguro en sus juicios y deducciones. Y este conocimiento es el que se pone en juego a través del servicio de los psicólogos para ayudar al inválido, a los familiares y a las comunidades a modificar los conceptos que han venido ejerciendo su influencia estereotipada por tradiciones e ideologías que, afortunadamente van entrando en el anacronismo. Pero es tarea del psicólogo insis-

tir, influyendo con el arma poderosa de sus conocimientos, en la sociología de los pueblos para que se acelere la modificación de leyes y costumbres que han fincado murallas a la comprensión entre los hombres y den en cambio lugar, al desarrollo del amor genuino que no puede nacer más que del conocimiento y aceptación de las diferencias humanas, que no separan a los hombres sino que los unen y los complementan; solo así, podremos escapar al horror de vivir en el "mundo feliz" que ha descrito Huxley, al que nos vemos arrastrados por esa tendencia a la estandarización que hace incomprendible e intolerable la invalidez, la enfermedad, la vejez y la pigmentación inclusive.

Debemos señalar que existen también, afortunadamente grupos de personas que desde diferentes ángulos están tratando de modificar los antiguos conceptos acerca de la invalidez; entre ellos están grupos de padres de familia, maestros, técnicos en rehabilitación, psicólogos, médicos; sociedades civiles y sociedades científicas y muchos más que dirigen sus esfuerzos principalmente hacia la difusión de conocimientos a cerca de los beneficios de la rehabilitación, en las comunidades, en las escuelas, en las cátedras profesionales y directamente en los propios interesados.

En este grupo se encuentran también lisiados y -- quizá ninguno tan convincente como el admirable Henry Viscardi, Jr., fundador de "Abilitis Inc", Long Island, N.Y., quien ha demostrado prácticamente (13) que las personas, aún con lesiones físicas, tienen siempre habilidades y que, lo único que hay que hacer por ellas es, dejar que lo demuestren

Su sueño, para que se conocieran sus teorías es hoy una realidad incuestionable. Empezó su trabajo en agosto de 1952 con un grupo de trabajadores que, según sus propias palabras : "constaba de cuatro hombres que en total sumaban cinco brazos y una pierna". Al año, había dado empleo a cincuenta personas, - todas ellas con algún impedimento físico, por el que no habían podido colocarse en ninguna otra parte.

Estas personas, como tantas otras en su estado, -- habían recibido donativos, habían presenciado desfiles verificados en su honor; el whisky, para obsequiarlos, se les había mandado en abundancia, pero nadie, les había brindado un solo trabajo.

En 1960, Viscardi tenía empleados a trescientos sujetos que en todas partes habían sido rechazados como "inválidos"; entre todos giraban un capital de un millón de dólares.

Qué comentario podemos hacer de este hombre que se desplaza en dos piernas artificiales, que es padre y marido feliz y que ha logrado lo que muchos gobiernos no han podido obtener para los incapacitados: trabajo. Sólo diremos en su honor que, países como México, Alemania, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Francia e India, han recogido su mensaje y han abierto talleres con personal de lisiados, que están empezando a demostrar lo que es la rehabilitación por medio del trabajo.

La preocupación por ayudar a capacitar al inválido para que vuelva a desempeñar un papel activo y productivo en la sociedad, data de muchos años atrás, es posible que la inquietud naciera a raíz de la primera guerra mundial, pero la reali-

zación de esta idea no está, al parecer, sistematizada en ningún país. No obstante, la O.I.T. (Oficina Internacional del Trabajo), con sede en Ginebra, Suiza, en su trigésima tercera reunión, celebrada en 1950, había logrado obtener el apoyo de más de veinte países para: a) "Adoptar medidas adecuadas para poner a disposición de los adultos inválidos, que a causa de su invalidez, no puedan obtener empleo conveniente, medios su ficientes y apropiados de formación y reeducación profesionales. b) Los inválidos deberán tener acceso a estos medios de formación, cualesquiera que sea el origen y naturaleza de su invalidez y cualquiera que sea su edad, con tal de que --- exista posibilidad razonable de reeducación y de nuevo empleo". (el subrayado es nuestro).

Respecto a la Cooperación Internacional en materia de formación profesional de adultos con inclusión de los inválidos acordó: "Tal cooperación debe incluir, una acción destinada a promover la formación profesional de los instructores y de los maestros de oficios, especialmente por iniciativas del carácter de las siguientes: a) Ofreciendo en un país dado, medios de formación a un personal seleccionado de otro país, a fin de que este personal pueda adquirir capacidades y una experiencia a las que no tuviera acceso en su propio país. b) Tal país podrá prestar a tal otro país un personal experimentado para ayudarle a organizar la formación. c) Se redactarán y pondrán a disposición de los interesados, manuales y otros documentos útiles para la formación. d) Se facilitará el cambio de personal calificado. e) Se organizará un inter

cambio sistemático de informaciones sobre cuestiones relativas a la formación del personal de técnicos y maestros de oficio y de los instructores" (11).

En estos acuerdos intervinieron, entre otros países: Australia, Austria, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Filipinas, India, Irán, Irlanda, Israel, Italia, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Pakistán, Reino Unido, Suicia, Suiza, Siria y Turquía.

Es satisfactorio saber que México y los Estados Unidos de Norteamérica están realizando en la actualidad un amplio programa para la preparación de técnicos en rehabilitación, a los cuales concurren personas de varios países de la América Latina como son: Brasil; Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú y otros más.

Hemos tratado de señalar imparcialmente los factores negativos y positivos que influyen ambientalmente en la rehabilitación; de ninguna manera se ha asentado todo lo que podría decirse al respecto, sólo hemos intentado dar una semblanza del panorama actual.

No esperamos que la realización de estos ideales: el cambio de conceptos sobre la invalidez dentro de las comunidades; la modificación de las legislaciones para que existan leyes nacionales en materia de rehabilitación en todos los países y el convencimiento de los propios interesados de que pueden y deben rehabilitarse, se produzca en corto tiempo pero lo que se haga en cada país por el logro de estos objetivos, irá abreviando el camino hacia la meta.

C).- MECANISMOS PSICOLOGICOS.

Entre los componentes de un equipo de rehabilitación, corresponde al psicólogo clínico elucidar los problemas que se refieren a trastornos de las funciones mentales y los que se producen en el aspecto emocional.

Diversos padecimientos causan deterioros en las células cerebrales que afectan en alto grado la memoria y otras funciones como la capacidad de concentración, obstaculizando el manejo de las situaciones, es decir, afectando la capacidad de adaptación e impidiendo al sujeto afectado, reaccionar adecuadamente frente a determinados estímulos; entre estos padecimientos encontramos los accidentes vasculares cerebrales que por embolia, trombosis o hemorragia cerebral, alteran las funciones mentales. También en el aspecto orgánico tenemos los procesos degenerativos que producen demenciación en los que se observa una paulatina disminución del rendimiento intelectual antes que sobrevenga la muerte. En todos estos casos el psicólogo clínico debe precisar si existe disminución funcional o deterioro de alguna de las áreas y diagnosticar el estado de integridad de las restantes.

Como algunos de estos casos presentan una dificultad insuperable para la rehabilitación, se prefiere derivarlos a un servicio médico ya que sería inadecuado incluirlos en los programas rehabilitatorios debido al grado de su lesión cortical.

En el aspecto emocional se presentan los problemas más difíciles de cuantificar para el psicólogo. Baste comparar la dificultad en la aplicación e interpretación de una prueba proyectiva con la que presenta una de inteligencia y habilidades.

De las pruebas proyectivas y de las entrevistas, el psicólogo va a poder deducir la mayor o menor ansiedad que la invalidez esté produciendo en el paciente y estará en posibilidad de emitir un diagnóstico presuncional de la forma en que va a ser utilizado por el sujeto, el proceso rehabilitatorio.

Cuando descubra una neurosis severa, prescribirá el tratamiento adecuado, antes de que se inicie la rehabilitación, ya que sabe que, de otro modo, el paciente tenderá a refugiarse en su invalidez escudándose tras ella para no encarar las responsabilidades a que lo enfrenta la vida. Sabe también que de iniciarse la rehabilitación en estos casos, el paciente la hará imposible, permaneciendo ligado al Centro que lo atiende.

Otro de los problemas emocionales que el psicólogo puede observar en el inválido, es el que causa a éste comprobar la importancia que la sociedad concede actualmente a la fuerza física y a los atributos superficiales que condicionan el éxito en el mercado de trabajo y el rechazo consiguiente para quienes sufren un déficit físico. Sabe que esto los atemoriza y de una manera inconsciente prolongan su estadía en el Centro de rehabilitación, e incluso, cuando su rehabilitación física y ocupacional ha terminado y el Consejero les consigue

un trabajo, lo abandonan a la primera dificultad y regresan al Centro aparentemente para que el Consejero les de otro, pero - en realidad, buscando la dependencia que su neurosis les obliga a sufrir.

En otros aspectos, la curiosidad a veces inocente, a veces agresiva de quienes tratan con el inválido, lo impulsan a retraerse para ser visto lo menos posible; se vuelve desconfiado y busca el aislamiento; paralelamente desarrolla una tendencia a obtener mayores beneficios con el menor esfuerzo o espera que todos sus problemas le sean resultados por los demás.

En estos casos, los Centros cuya finalidad es precisamente rehabilitar, no pueden fomentar en los pacientes tales actitudes que se traducen en improductividad y surge la evidencia diagnosticada por el psicólogo de aplicar la terapia -- idónea para resolverlos.

Ya en otro lugar (7) hemos sostenido que la personalidad del inválido no está condicionada por su invalidez, sin embargo, no cabe duda que los mecanismos que maneja, reactivos a la misma, matizan por decirlo así sus reacciones situacionales; de ahí que, en cierto modo pueda tolerarse que se hable de la - "psicología del inválido" como si fuera una entidad nosológica digna de especial estudio.

Pero si queremos ser científicamente exactos, debemos hacer del conocimiento de las personas ajenas a .nues --

tra especialidad que, todas las reacciones de un sujeto que sufre una invalidez están condicionadas solamente a la "forma" en que le tocó que fuera estructurada su personalidad.

No insistiremos en la descripción del aparato psíquico ni en las etapas de estructuración de la personalidad, pero sí haremos algunas observaciones sobre ciertos mecanismos psicológicos que nos han parecido más frecuentemente usados, por los grupos de inválidos del sistema músculo-esquelético que nos ha tocado estudiar:

N e g a c i ó n .

Dice Fenichel que: "la tendencia a negar las -- sensaciones y hechos dolorosos es tan antigua como el mismo -- sentimiento de dolor".

Efectivamente, hemos podido comprobar, fuera del proceso rehabilitatorio, que aún antes de haber sufrido una -- amputación, el paciente se niega a integrar en su conciencia la idea de que, sus mismas condiciones físicas tendrán que con -- ducir el tratamiento hacia la intervención quirúrgica.

En cualquier otro aspecto el paciente puede ser una persona objetiva, pero en éste, sabiendo la realidad, se niega a admitir que a él precisamente deba ocurrirle éso. Esta actitud persiste después de haber sido informado por el -- cirujano que habrá que amputar, pero el paciente continúa sin integrar el inevitable suceso a un presente real.

Este mecanismo es usado como defensa ante la realidad displaciente para conservar el equilibrio psíquico que - de otra manera se rompería (6), puesto que el yo no es suficientemente fuerte para soportar la realidad debido a varios factores: por las muchas fuerzas contracatóxicas que esté empleando en sus otros mecanismos defensivos o bien porque haya sufrido - un debilitamiento causado por la enfermedad o el impacto físico de la invalidez; en cualquier caso, la tendencia a la negación puede mantenerse en situación de relativa superioridad (4).

La evidencia de la pérdida de un miembro puede ser equiparada a la pérdida de un objeto libidinoso, por la reacción similar que ambas producen en el sujeto.

Sabemos que la pérdida de un objeto amoroso amenaza peligrosamente el equilibrio emocional, ya que en un momento determinado el sujeto se encuentra con un montante de energía - libidinal que habiendo sido catectizado en el objeto perdido, - vuelve ahora hacia el sujeto impulsándolo a la autodestrucción por anegamiento (5). *W*

Sabemos también que en estas circunstancias, se -- producen en el ser humano ciertos fenómenos psíquicos que en -- conjunto denominamos como "trabajo de duelo", mediante los cuales el sujeto trata de restablecer el equilibrio perdido (4).

Ha quedado demostrado que lo que principalmente -- afecta al sujeto es la frustración que sufre por la pérdida de la satisfacción que le proporcionaba el objeto perdido, pudiendo constatarse en estos casos que, los medios a que recurre -- varían desde los que se emplean en el duelo normal, que permiten

la asimilación paulatina del hecho, hasta la negación absoluta que se presenta en algunos casos de neurosis traumática.

Consideramos que un proceso similar ocurre cuando la pérdida la experimenta en sí mismo el sujeto, con la amputación de alguno de sus miembros o la pérdida de funciones, como ocurre en la paraplejía.

Además, esta situación genera gran agresividad ya que el sujeto no solo resiente la pérdida del brazo o la pierna en cuanto parte de sí mismo, o la pérdida de funciones como limitación de sus capacidades deambulatorias sino que, sufre también serias frustraciones por la forzosa cesación de sus relaciones interpersonales consecutivas a su invalidez, o dicho de otro modo: además de representar la invalidez una pérdida cuantitativa y funcional, implica para el sujeto la imposibilidad de continuar distribuyendo o catectizando las energías libidinales mediante las relaciones objetales que tenía establecidas, - no sólo de índole sexual sino en su expresión social y económica.

El trabajo de duelo en este caso, se realiza bajo el mismo principio económico que en la pérdida de un objeto -- amoroso. Es decir, el examen de la realidad ha mostrado al sujeto que uno o varios de sus miembros no existen ya; o que alguna de sus funciones motoras ha quedado destruida; este examen demanda que la libido abandone todas sus relaciones con el miembro o función perdida, pero surge entonces y es natural, una resistencia desmedida pues es más fácil para el sujeto retirar su libido de un objeto externo que de partes de su propio cuerpo.

Esta resistencia puede ser tan intensa que dé lugar a que el sujeto haga una retirada de la realidad y con élla ocasione la conservación ilusoria del miembro que ha perdido, hecho que explica tal vez el fenómeno del "miembro fantasma" y otros similares. Lo normal es que, el respeto a la realidad - obtenga la victoria (5) pero su mandato no puede ser llevado a cabo inmediatamente y solo es realizado en forma paulatina con gran gasto de tiempo y energía psíquica, continuando mientras tanto la existencia ilusoria de lo perdido.

R e g r e s i o n .

Hemos hecho notar en otro lugar (7) que el adulto que sufre una invalidez y cuya personalidad no está firmemente integrada, emplea frecuentemente mecanismos regresivos.

Sus demandas de apoyo, su dependencia, los cuidados que solicita haciendo resaltar su desvalimiento para que los demás lo protejan, son manifestaciones características de regresión.

Esto se comprende si se recuerda que el ser humano ha pasado por un largo período de dependencia, en el cual - su actuación fue nula; sólo recibía, no necesitaba ser activo para conseguir la satisfacción de sus necesidades: alimento, calor, manipulación de la epidermis al vestirlo y al asearlo. Y aunque su evolución psico-biológica lo fue llevando cada vez más hacia una mayor actividad, hacia una mayor independencia y

ya de adulto tomó la iniciativa de sus actos, el recuerdo de aquélla larga permanencia en que le fueron satisfechos todos sus anhelos "hace al hombre recaer en todo momento en un ansia nostálgica, regresiva, de sustituir la conducta activa -- por la receptividad primitiva. Todo fracaso, toda situación desesperada o disminución de la autoestima, puede movilizar este anhelo" (4). Y cuál más legítima y justificada para el propio sujeto, cuál más autorizada por todos los que le rodean que una invalidez?

El ambiente parece disculpar que rehuya las responsabilidades inherentes al lugar que ocupa en la familia y en la sociedad. Encuentran absolutamente lógico que el período de dependencia se prolongue por años enteros. Esto ocurre por una forma de proyección anticipatoria y basada en una identificación o empatía, que hace suponer a los que rodean al sujeto que, ellos en el mismo estado se sentirían y actuarían -- igual.

No queremos insistir en la influencia que el -- ambiente ejerce sobre el inválido pero vemos con toda nitidez que el sujeto encuentra sus propios reaseguramientos para -- sus tendencias regresivas en la actitud empática de los que -- le rodean.

Sabemos que hay dos tipos de regresión (1): uno, característico de la histeria, hasta la etapa genital en que son conservados los objetos libidinales primarios.

Otro, característico de la neurosis obsesiva, hasta la etapa pregenital sádico-anal y aún a la oral, en que se abandona toda la estructuración fálica.

La regresión que sufra el inválido va a estar - condicionada a las particulares fijaciones que se produjeron en su particular estructura de personalidad. En el sujeto -- bién integrado, solo se producirá una regresión pasajera, más, en formas de conducta que en la expresión sexual hacia sus -- objetos. En cambio en el sujeto que además de su invalidez sufra una neurosis, la regresión se efectuará a niveles más pro fundos ya que la invalidez actuará en este caso como desenuca- denante o como coadyuvante de la propia neurosis.

A diferencia de la Negación que es usada como me canismo de defensa, la Regresión no es algo a que recurra el yo para mantener su equilibrio psíquico, sino más bién es un fenómeno que le acaece al yo (5). Esto es comprensible si re- cordamos que el pre-requisito para que ocurra una regresión - es, el de un yo particularmente débil.

En el grupo de inválidos que sufren hemiplejias es tal vez donde se puede observar con mayor claridad el fenó meno de regresión, más próximo a las psiconeurosis. Es eviden te que existe una gran similitud de rasgos caracterológicos - en los individuos afectados por accidentes vasculares cerebra les, tanto antes de sufrirlo como después.

La actividad, la agresividad constructiva o destruc tiva de estos sujetos, antes de padecer el accidente, permiten

deducir conductas debidas a formaciones reactivas, o a orientaciones caracterológicas sobrecompensadas que requirieron -- cantidades extremas de fuerzas contracatóxicas para poder mantenerse. Cuando sobreviene el accidente vascular, el yo se encuentra totalmente empobrecido por el empleo de esas fuerzas que permitían la conservación del equilibrio entre una conducta impuesta al yo y una tendencia contraria. Cabe suponer que el accidente vascular es la culminación de este conflicto intra-psíquico ya que a medida que se va produciendo la recuperación física del enfermo se puede ir notando más la regresión que sufre. Hay muchos que luchan todavía por evadir su orientación pasivo-receptiva pero la mayoría ni siquiera lo intenta.

Cuando el sujeto es joven, independientemente del tipo de invalidez que le afecte, lo que más le preocupa es su potencia sexual; todos los demás factores de su personalidad que interfieran sus relaciones personales apenas los toma en cuenta.

E l t e m o r a l a c a s t r a c i ó n .

Se ha dicho que: después de una operación puede desplazarse hacia el área operada el temor a la castración(4). Si esto puede ocurrir en una intervención quirúrgica no mutilante, cuánto mayor posibilidad existe cuando lo que sufre el sujeto es la amputación de uno o varios miembros o la pérdida de una función motriz, de que se reaviven en un nivel inconsciente, los temores infantiles a la castración.

No es difícil observar cómo, en nuestro medio me xicano, consideraciones de diversa índole impulsan a los padres y familiares para ejercer severas represalias a la masturbación del niño que atraviesa la etapa fálica; tenemos desde la expresión velada pero que el niño capta perfectamente, hasta la que con toda crudeza, ya en broma, ya con severidad, atemoriza al ni ño con "cortarle la mano" o "cortárselo"; expresiones que van - vinculadas generalmente a ideas de suciedad, de maldad, etc.

Aunque sabemos cuáles son las motivaciones reales de los adultos al emplear esta conducta con los niños y que en teoría es, hacer pasar a otros los mismos terrores que se expe rimentaron en la infancia (4), no podemos pasar por alto el -- factor "desconocimiento" en los resultados que se producen con esta costumbre tan firmemente arraigada en nuestro pueblo.

La diferencia entre: "puedo ser castigado" y "he - sido castigada" y la forma como actúen estas percepciones en - el niño o en la niña, es lo que va a determinar la orientación de uno y otro en la vida, pero por lo demás, los efectos son - los mismos; por lo tanto, el temor a la castración se presenta en el inválido adulto, mujer u hombre.

El proceso inconsciente, impide al inválido darse cuenta de su temor, pero las expresiones recogidas a estas per sonas, tales como: "ya no sirvo para nada"; "así quién me va a querer"; "preferiría estar muerto que mutilado" y tantas otras que oímos diariamente, están denotando no solo el reconocimiento de una limitación sino la suposición inconsciente de haber sufrido el "castigo" a la masturbación.

Aún dentro de la terapia psicoanalítica es difícil poder disminuir en el sujeto la angustia provocada por el temor a la castración que se deriva del acto masturbatorio, porque, - al movilizar las contracatexis puestas sobre el peligro de la - masturbación, podemos llegar a descubrir la causa real de tal - temor, o sea, las representaciones del padre del sexo opuesto - que, generalmente acompañaron la masturbación infantil (4); en otras palabras, al movilizar el complejo de Edipo, provocamos - una mayor resistencia del paciente que, si aceptamos como causa de su angustia solamente la masturbación.

Por esto es tan difícil sin una psicoterapia profunda, devolver la tranquilidad al inválido; convencerlo de que es todavía un hombre completo, de que no le falta nada que no pueda ser en gran parte, restituido o restaurado eficientemente si él quiere ayudar a que se efectúe. La dificultad no está ahí: él puede aceptar intelectualmente, pero en su inconsciente teme haber quedado castrado.

Este temor a la castración quizá debemos sumarlo a los rasgos infantiles que pueden ser reactivados por una invalidez.

C o n s i d e r a c i o n e s .

Todos estos mecanismos que están denotando inmadurez, debilidad del yo, etc., que encontramos constantemente en este tipo de sujetos, nos llevan a preguntarnos si: el definir la rehabilitación como "la reincorporación del inválido a una - nueva vida productiva y útil", ¿no obedeció a la percepción in-

consciente del proceso mismo que estamos tratando de analizar?

Todos los datos recogidos durante el proceso rehabilitatorio nos dan la evidencia de que el sujeto efectúa una reorganización de su personalidad. Es fácil observar, aun no siendo psicólogo, cómo cambia la actitud de un sujeto que llega a un Centro de rehabilitación, deprimido, desalentado, lloroso, expresando su desgracia sin las reservas que la edad impone a un adulto. Nos muestra el desvalimiento del infante, -- nos está pidiendo que le ayudemos a "re-hacerse".

Si su yo no hubiese sufrido este debilitamiento o esta regresión que lo hacen parecer como un niño desvalido; si su yo hubiera permanecido fuerte e integrado, el sujeto no sería un inválido.

El ejemplo más gráfico de lo antes dicho lo tenemos en el campesino que habiendo sufrido la pérdida de una pierna fabrica él mismo su zanco; vuelve a montar a caballo, araa sus tierras y nunca deja de responsabilizarse de su familia.

Constatamos pues que, durante las fases iniciales consecutivas a una invalidez; y dado que, este fenómeno da lugar a que se perciba al mundo en una forma más vaga, por tener el sujeto reconcentrada toda su energía libidinal en contrarrestar el impacto que le ha causado la invalidez, debemos facilitar una reorganización de la personalidad del sujeto, que se inicie con métodos simbólicos que propicien las nuevas identificaciones e introyecciones que tendrá que hacer, para que se efectúe verdaderamente esa re-organización.

Reorganización de la Personalidad.

I d e n t i f i c a c i ó n .

Sabemos que la identificación primaria se realiza por un "introducir en la boca" e "imitar con propósitos de -- percepción" (4), las reacciones primitivas de imitación de lo que es percibido y la introyección oral de lo que es percibido se hallan en íntima vinculación, viniendo a constituir la identificación primaria. Se ha dicho (4) que las identificaciones desempeñan un papel importante en el proceso de la estructuración del futuro Yo, cuya naturaleza depende por lo tan to de las personas que rodean al bebé.

Teniendo esto en cuenta, puede conducirse al inválido para que sus primeras identificaciones, en la reorganización que inicia su personalidad, las realice con sujetos que, sufriendo un déficit físico similar, estén terminando exitosamente su rehabilitación. Es decir teniendo como ejemplo a -- personas que ya hayan recorrido todo el camino que él está -- por iniciar. Esto puede ser favorecido por la permanencia del sujeto durante bastantes horas diarias, en el Centro de rehabilitación.

Estas figuras propuestas para identificación de -- serán ser compañeros que estén específicamente, en la parte del proceso en que hayan dominado el manejo de sus prótesis o sillas de rueda; tanto en el gimnasio como en el taller de -- adiestramiento vocacional donde además, están demostrando las

habilidades adquiridas para aplicarlas en un trabajo futuro.

Al mismo tiempo se puede guiar al sujeto a reconocer como "objetos buenos" todos aquellos aditamentos protésicos que vayan a intervenir favorablemente en su rehabilitación. Suponiendo que puede funcionar este mecanismo de la fase oral que consiste en la introyección del objeto bueno y rechazo del malo se obtendrá que el sujeto internalice los objetos positivos, que los "trague" y llegue a aceptarlos como parte de sí mismo es decir, como objetos que no se tienen que "escupir" -- sino que pueden ser empleados para formar la "nueva imagen --- corporal".

Estaremos alerta ante el peligro de una actitud ambivalente en la incorporación del objeto protésico como parte de sí mismo, (en este caso, la prótesis, silla de ruedas o aparatos ortopédicos) pues de no canalizar a tiempo las energías del inválido hacia fines socializados, (laborales), podría tender a la destrucción de dichos objetos. Entendemos por destruir, no solo el hecho físico en sí, sino también, el uso inadecuado, la pérdida o la descompostura frecuente, que estaría significando un "escupirlos"; porque, no podemos olvidar que la etapa oral se subdivide en dos (1): la pre-ambivalente en que se establecen identificaciones primarias y la ambivalente que incluye morder al objeto, destruirlo por incorporación, aunque también puede ser devorado con fines de identificación.

Tenemos otra situación similar en la reorganización de la personalidad del inválido y la de su estructuración inicial y es, la que se refiere a la creación o reforzamiento de disciplinas, de responsabilidad, de ética y de trabajo. Podemos compararla con relativa seguridad a la estructuración del Super-yo.

Debemos anticipar que, según Fenichel, "el super-yo es el heredero de los padres no sólo como fuente de amenazas y castigos, sino también como fuente de protección y como aquél -- que provee un amor asegurador".

La reorganización del Super-yo del inválido puede efectuarse con la influencia positiva de las figuras paterna y materna que existen en el Equipo de rehabilitación. Hay pues posibilidad, si se posee preparación psicológica, de dar oportunidad al sujeto, para crear nuevos Ideales del Yo, como otro factor positivo para su rehabilitación.

Todo lo anteriormente dicho tiene en rehabilitación dos significados de suma importancia. Primero: que para lograr ésta es necesario tomar al sujeto lo más próximo a que haya sufrido su invalidez, atenderlo desde el ángulo psicológico ininterrumpidamente para utilizar todos los medios posibles en ayudarlo a encontrar adecuadamente, la nueva distribución de su libido. En otros aspectos, se puede aprovechar el momento "oportuno" por excelencia para presentar los aditamentos ortopédicos como substitutos de los miembros o funciones perdidas al mismo tiempo que se está vigilando la canalización de energías libidinales hacia los cauces normales en que había actuado con anterioridad a su invalidez: trabajo, actividades ocupacionales, sociales y recreativas, etc. O si esto no es posible, nuevas fuentes ocupaciona-

les y afectivas que atraigan su energía, proporcionándole una catexis positiva.

Segundo: tenemos la evidencia de que, el proceso rehabilitatorio, cuando se efectúa con gran retraso, cinco, diez o más años después de recibir la lesión, crea una dificultad al parecer insuperable para lograr la readaptación, -- por cuanto ya todos los fenómenos psicológicos aprovechables se han cumplido de manera negativa, puesto que de otro modo -- no sería inválido el sujeto.

No tiene efecto ya la intervención psicológica -- en la misma medida que en un caso reciente, pero además, dentro del esquema neurológico las localizaciones cerebrales de las funciones motoras han producido en el sujeto una nueva imagen corporal que no obtendrá modificación durante el corto proceso rehabilitatorio, por lo que, la adaptación de prótesis particularmente, da resultados negativos o muy pobres.

El inválido con una lesión muy antigua, lucha a veces más de un año para poder manejar una prótesis pero pese a sus esfuerzos y a los de todos los técnicos, generalmente -- no lo consigue. Se tiene que dar por terminada esta parte física del proceso rehabilitatorio, con la prótesis al parecer adaptada, pero la experiencia nos ha demostrado que después, el sujeto no la usa.

Esto nos lleva a otra consideración de importancia si tratamos de hacer rehabilitación: el deber de efectuar una selección cuidadosa de los candidatos a rehabilitarse.

T r a n s f e r e n c i a .

El proceso rehabilitatorio durante el cual se --
 lleva a efecto la readaptación del inválido a una "nueva vida"
 tiene como hemos señalado, muchas analogías con las diversas -
 etapas de estructuración personal; por lo tanto existen posi-
 bilidades de transferencia hacia las figuras que representan -
 los técnicos del Equipo, que reflejen las ligas emocionales --
 que estableció el sujeto con sus padres fundamentalmente y por
 concomitancia hacia los hermanos, representados en la situae--
 ción actual por los demás pacientes que acuden a rehabilitarse.

De ser comprendida esta dinámica que para el psi-
 cólogo resulta tan clara y lógica, podría tener cada técnico -
 un cuidado especial en vigilar su conducta personal respecto -
 al paciente y estudiar la reacciones de éste para con él, como
 representante de la figura paterna o materna, según el caso,
 así como las relaciones del paciente con los "hermanos". Con
 todo este material correctamente manejado se facilitaría en --
 gran medida las identificaciones que el paciente debe hacer --
 para lograr una reorganización correcta de sus afectos y emocio-
 nes que le permitan adoptar una postura constructiva hacia su
 rehabilitación tanto física como laboral, e sea una rehabilita-
 ción integral.

I n t e r r e l a c i o n e s .

La práctica ha demostrado cómo actúa un retraso -
 del técnico en la atención de un paciente; su sentimiento de
 soledad y abandono se recrudece por muchos factores: una pos-

tergación, una orden bruscamente emitida, etc; no podemos olvidar que el paciente no relaciona la actuación del técnico - más que con sus necesidades personales; su pensamiento durante este tiempo tiene caracteres del pensamiento pre-lógico -- del niño y aunque aparentemente acepta que no es él el único a quien los técnicos deben prestar atención, que éstos tienen deberes administrativos que cumplir y necesidades personales que satisfacer, el inválido en su inconsciente está requiriendo la atención que demandó de su madre o de su padre y resintiéndose de que no se le atienda como él deseara, (si se le atendió en su infancia), o renovando el sentimiento de abandono y desamparo (si en su infancia lo experimentó) (10).

En ciertas circunstancias, su necesidad de atención exclusiva es satisfecha hasta cierto punto: cuando la -- lentitud de la terapéutica aplicada permite una interrelación personal más próxima entre paciente y técnico; cuando es estimulado su erotismo cutáneo mediante la mecanoterapia o la hidroterapia, el paciente se abraçona y relata sus cuitas demandando protección y ternura.

El técnico que lo escucha sólo puede reaccionar a decuadamente si tiene la debida preparación para éllo, de lo contrario, lo hace de acuerdo con su propia conflictiva emocional, que tanto puede ser compasiva como agresiva, según el estado de ánimo en que él mismo se encuentre. En el primer caso puede consentir ciertas familiaridades que provoca la manipulación física del paciente pero que después producen en el técnico

repulsa, en el paciente, esta nueva actitud produce una sorpresa dolorosa y desesperanza; en el segunda caso, provocada por la actitud agresiva del técnico, la reacción del paciente puede ser de negativismo, de rebeldía o de anulamiento.

De ninguna manera se ha encontrado el justo medio de tratarlo si no se conoce el complejo problema psíquico por el que está atravesando el paciente y no se puede por lo tanto adecuar la propia conducta. Esto sucede si sólo se ve y se trabaja en relación al problema físico que presenta el inválido.

La dinámica emocional del sujeto sufre otra grave complicación cuando por ejemplo, dos técnicos que trabajan con él, en diversos aspectos, establecen una lucha por demostrar, cada uno, que el otro está trabajando mal. Solicitan del paciente cada cual por su lado, que valore su trabajo y le demuestran todas sus excelencias comparándolo con el del técnico que debe complementarlo y le hacen ver, con estas y otras razones que, si hay fallas en su tratamiento es por culpa del otro técnico.

Ellos suponen que el paciente puede juzgar de los trabajos en sí, sin entender que el inválido está relacionando estas divergencias, con las que el padre y la madre tuvieron frente a él, o que él percibió de alguna manera, cuando era niño.

Tampoco toman en cuenta que el paciente necesita tener confianza en los dos, como en el padre y la madre; que no puede preferir a uno ni prescindir del otro porque esto le produciría intensificada, la vieja angustia infantil, y que, en todo caso, de hacerlo, quedaría incompleto su tratamiento, como -

quedó inadecuadamente estructurada su personalidad por la --
inarmónica y deficiente actuación de los padres.

La influencia de las figuras paternas representadas por los técnicos hombres, son algo menos profundas y por lo tanto, quizá menos lesionantes. No en balde están reflejando en parte, el proceso social de nuestro pueblo en que, la figura del padre es percibida más esporádicamente que la de la madre. Esto tiene el inconveniente de que el sujeto no puede establecer identidades con ella fácilmente, excepto en el caso del maestro de taller de entrenamiento, cuya influencia en el paciente es más prolongada. Es por esto que tiende más -- también a centrar su relaciones afectuosas o negativas, pero que lo ligan al Centro de rehabilitación, en la figura materna que está representada por el técnico de sexo femenino.

Cabe aquí, hacer una ligera digresión para confrontar un hecho indiscutible: en nuestro medio, el personal técnico de los Centros de rehabilitación, en un porcentaje muy alto, está integrado por mujeres; maestras especializadas en -- trastornos del lenguaje, o enseñanzas especiales, fisioterapeutas, psicólogas, trabajadoras sociales, consejeras, terapistas ocupacionales, orientadoras vocacionales, lo que establece una preponderancia de las figuras maternas en el manejo del paciente durante su rehabilitación, siendo esta situación muy semejante a la que tuvo lugar durante los seis o siete primeros años de su vida.

Vale la pena efectuar una somera revisión de estas circunstancias: la tradición cultural de la mujer mexicana de

la clase media y popular es ampliamente conocida. Hasta hace algunas décadas, la mujer no fue admitida en las escuelas de enseñanza media y superior, no porque hubiera ninguna ley que lo impidiese y será mejor no analizar las motivaciones reales de este fenómeno ya que solo pretendemos revisar los resultados : la mujer recibía la aculturación social principalmente de su madre y ésta, a su vez, de la propia; la tradición educativa dentro del hogar y fuera de él estaba firmemente trazada respecto a actitudes, actividades y sentimientos. "Esto", era propio de mujeres, "aquéllo" sólo lo hacían los hombres.

A la mujer siempre se le exigieron más responsabilidades dentro del hogar y se le impusieron más restricciones fuera de él. Al hombre se le consintió menos actuación dentro del hogar y hasta se le rechazó de ciertas actividades por considerar que realizaba sus funciones productivas (trabajo o estudio) fuera de él y no se limitó su libertad de acción ni dentro ni fuera de la casa paterna, en los aspectos sociales.

Así, cuando tímidamente las mujeres intentaron obtener conocimientos en centros culturales, sufrieron críticas, burlas y obstaculización decidida por parte de los maestros, - tal vez por que presentían que se iniciaba la independización de la mujer y había y sigue habiendo núcleos de ansiedad en el hombre mexicano que motivaban esta conducta frente a la mujer y cuyo análisis ha sido muy bien desarrollado por autores mexicanos contemporáneos (2 y 12) que dan a nuestras observaciones, fundamentación científica.

Más tolerantes fueron los compañeros, quienes a pesar de sus sarcasmos, sufrían pruebas semejantes a las alumnas mujeres durante las clases y los exámenes; eran en cierto modo "hermanos" ante la figura austera y frustrante del padre-maestro. Por eso quizá, en algunas ocasiones eran sus aliados y tal vez su apoyo de hermanos ayudó a la mujer a superar las trabas iniciales.

Así encontramos en la actualidad grán número de mujeres dedicadas a ejercer una profesión. Sus inquietudes y sus anhelos de maternidad, cuando no pueden ser satisfechos por - significar un conflicto entre su super-yo y sus naturales pulsiones, no quedan frustrados del todo, hay mucho "hijos", que solicitan sus cuidados y las compensan sobradamente: los enfermos, los ancianos, los inválidos; todos están deseando sus cuidados maternos, quizá más que los profesionales.

Pero así como la mujer no recibió ningún conocimiento (actualmente no se interesa mucho todavía por obtenerlo) sobre los procesos psíquicos que corren parejas con el desarrollo biológico del hijo y por lo tanto no ha estado en posibilidad de manejarlos adecuadamente, así también, gran parte de las mujeres profesionistas de la actualidad siguen tratando a sus paciente principalmente en cuanto a su afección física o a su problema objetivo, cualquiera que este sea; eso sí, lo saben hacer a la perfección porque en esos terrenos tienen un conocimiento completo de causas y efectos que manejan con toda eficacia; pero en cuanto al trato con el paciente en el aspecto emocional, siguen actuando empíricamente, haciendo lo que

"creen" que deben hacer, pero sin saber exactamente lo que hacen.

Con toda ingenuidad pueden sostener que al inválido sólo le interesa su rehabilitación física, como si ésta se realizara fuera del marco total de un ser humano, que no tuviera interés en relacionarse con un medio laboral, con la sociedad, para llevar los frutos de esta relación a su familia. ¿De qué podría servirle a un débil visual la adaptación de unos lentes o a un hipocáusico la de un audífono, si no se les ha motivado para que los utilicen con un fin determinado: el estudio o el trabajo?, posiblemente después del primer entusiasmo les fatiguen las prótesis y las abandonen, fuera ya del control del Centro de rehabilitación, porque les causan más molestia que beneficio en una vida sin objetivos útiles.

Tal parece que estas profesionistas actuaran como la madre posesivo-destructora que sólo permite que el "hijo" haga lo que ella desea, pero que no se interesa por conocer y depertar las potencialidades que en él haya porque su independencia amenaza su vinculación y su seguridad. Esto denotaría solo un hecho: la inmadurez emocional del personal técnico, principalmente por carencia de conocimientos de los fenómenos psíquicos que ocurren en el inválido durante el proceso de rehabilitación.

En estos casos, el paciente se encuentra nuevamente como el niño pequeño, ante un dilema: un grupo de figuras lo estimula hacia su rehabilitación física, influyendo para que sólo a ésta le de un valor real; otro grupo de figuras maternar

tratan de atraerlo a catectizar sus intereses en disciplinas de trabajo y estudio que le permitan utilizar las prótesis - adaptadas en cada caso y reintegrarse a la sociedad como un elemento útil y productivo.

Ambas figuras le son queridas, por decirlo así ; quisiera dar gusto a ambas partes, pero, no debemos olvidar que él, tiene ya un estilo de vida adquirido de la figura materna verdadera que, como ya señalamos, permitió hasta cierto punto su irresponsabilidad, por el consentimiento derivado de la natural preferencia de la madre, por el hijo hombre. Está más acostumbrado a seguir el dictado imperioso de una madre - posesiva como medio de asegurarse su amor; a costa de su dependencia, asegura la todopoderosa protección.

En cambio, no está preparado para aprovechar razonamientos y sugerencias que le lleven a aceptar ciertas responsabilidades que sin duda implicarán algún sacrificio, a cambio de una vida posterior más satisfactoria.

Su costumbre de regirse por el principio del placer no le permite aceptar postergaciones para conseguir resultados más sólidos. Nunca escuchó a su madre pedirle este tipo de sacrificios, por eso, no comprende muy bien a la figura materna - que lo induce a persistir en el estudio de un oficio, en la adquisición de hábitos de responsabilidad, para que llegue a independizarse.

Le resulta más sencillo seguir viviendo a costa de los demás sin realizar ningún esfuerzo, además, no basta con lo que la otra figura materna sugiere?, con que le regalen su "pegna" es suficiente. Y eso está más de acuerdo con su pasividad.

Sin embargo, cuando las circunstancias se presentan de otro modo y el paciente recibe la cooperativa acción de todos los técnicos del equipo, cuando, con todos los elementos de que dispone la rehabilitación se le ayuda a restarurar o estructurar un sentimiento de dignidad y autosuficiencia; cuando se le facilita la posibilidad de efectuar identificaciones positivas tanto de la imagen materna como con la paterna y se le proporciona, a través de una disciplina gradual la adquisición de nuevos estilos de vida que le conduzcan a la aceptación de una responsabilidad social paralela a la restauración física, la rehabilitación logra un éxito completo, no sólo por haber devuelto al sujeto su libertad de acción física sino porque ha modificado de tal manera su personalidad que en adelante no necesitará de la ayuda ajena sino por el contrario, estará en posibilidad de brindarla a su familia, a sus amigos y a otros, (que ahora puede comprender), algunas veces se encuentran más desvalidos que él, aunque no tengan ninguna lesión física; en otras palabras: se habrá llevado a efecto la rehabilitación de un inválido.

Como medio de tener un conocimiento objetivo de la realidad interna de los sujetos en proceso de rehabilitación, se ha utilizado un corto número de protocolos Rorschach cuyos resultados tal vez sean de utilidad para iniciar una serie de investigaciones que, posteriormente permitan regular en forma adecuada las interrelaciones del personal técnico con los inválidos; también intentamos ver a través de este estudio si existe algún signo patognomónico producido por la invalidez.

II.- ALGUNOS DATOS DEL TEST DE RORSCHACH OBTENIDOS EN CINCO GRUPOS

El análisis cuantitativo de los resultados obtenidos en 50 psicogramas que presentamos en seguida, nos dará una base objetiva que permita verificar la uniformidad o divergencia de los datos que se obtuvieron en los inválidos del sistema músculo-esquelético, con la prueba de Horschach.

Esta muestra se elaboró tomando 10 sujetos al azar, para formar cada grupo, con una etiología invalidante diferente; el grupo "F", lo designamos con una letra posterior a las cuatro primeras, para hacer énfasis en la diferencia de su etiología.

El grupo "A", está integrado por inválidos con amputaciones de miembro superior; el "B" por amputados de miembro inferior; el "C", por parapléjicos; el "D" por sujetos con secuelas poliomiélicas y el "F" por hemipléjicos .

Los 5 grupos incluyen tanto hombres como mujeres.

El 80% de los sujetos que forman los 5 grupos, rindieron cuando más como sub-normales, ante las pruebas psicológicas de inteligencia.

Entre el 35 y el 40% de estas personas son analfabetas, procediendo de diversos medios económicos y culturales con preponderancia del nivel bajo, en ambos aspectos.

La edad de los sujetos en los 5 grupos fluctúa entre los 20 y los 40 años, por considerar estas dos décadas como las más estables de la vida humana.

Salvo el dato anterior, no se estimó conveniente controlar ninguna otra variable, para no restringir los grupos con una selección.

La incidencia de respuestas originales es tan baja en los protocolos que no resulta práctico cuantificarla.

El ideal hubiera sido poseer antecedentes psicológicos de los sujetos, que pudieran ser comparados con los resultados del presente estudio; esperamos, en una investigación posterior, constatar, con el resultado de nuevas pruebas Rorschach, aplicadas a los mismos sujetos, si la rehabilitación ha producido algún cambio de significación en los psicogramas, como es de suponerse.

El estudio de los 50 psicogramas se llevó a cabo por medio de la anotación de los datos personales de cada sujeto, agrupándolos por tipo de invalidez.

En seguida se efectuó un análisis por grupo, de cada uno de los elementos del psicograma.

Después se estudiaron los datos porcentuales de cada elemento del psicograma, en los diferentes grupos.

Y por último se hizo una síntesis interpretativa de los resultados obtenidos en los análisis anteriores, proponiendo después un breve diagnóstico presuncional de las posibilidades con que cuanta cada grupo "como grupo", para ser rehabilitado, según los datos obtenidos en este estudio, con la prueba mencionada.

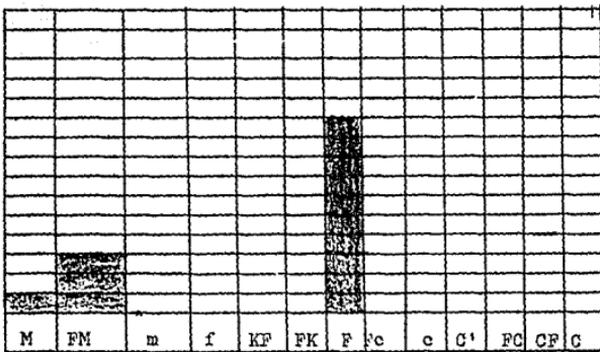
PSICOGRAMA DEL TEST DE RORSCHACH.

47.-

GRUPO "A"

Nombre..... Edad, 21a., Sexo... M.. Registro, 5... Fecha.....

R= 17
W= 2
D= 15
Dd=
d=
DW=
S=
Do=
T=
t'=
t''=



F% = 70
F+A% = 83
A% = 76
P = 5 = %
O = 0 = %

Suma C = $\frac{FC+2CF+3C}{2} = 0$

Suma M: Suma C = 1:0
Suma W: Suma M = 2:1
(FM+m) : (Fc+c+C') = 3:0
(H+A) : (Hd+Ad) = 13:3

APERCEPCION: (W) $\frac{D}{D}$
W% = 12 D% = 88 d% = 8 Dd y S % =

$\frac{VIII+IX+X}{R} = 24\%$

10% ((W))	30% ((D))	5% ((d))	
10-20 (W)	30-45 (D)	10 (d)	
20-30 W	45-55 D	10-20 d	10% DdS
30-45 W	55-65 D	20-30 d	10-15 DdS
45-60 W	65-80 D	30-40 d	15-20 DdS
60 W	80 D	40-50 d	20-25 DdS
==	==	==	==
		50 d	25 DdC
		==	==
		==	==

SUCESION:

- Rígida
- Ordenada
- Desordenada
- Perdida

Actitud del Sujeto:
Signos de incapacidad:
Notas sobre el contenido:
Choques:
Rechazos:
Respuestas contaminadas:
Respuestas posición:

OBSERVACIONES: El tiempo de reacción es largo.

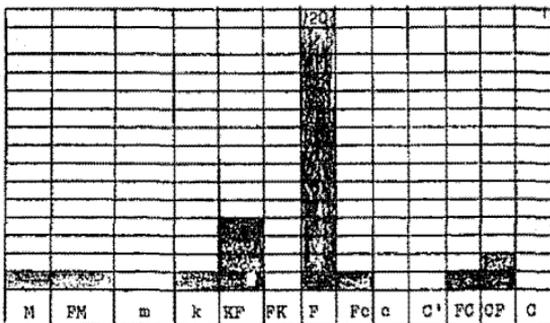
PSICOGRAMA DEL TEST DE RORSCHACH.

52.-

GRUPO "A"

Nombre.....Edad..26...Sexo..M..Registro..10.Fecha.....

R= 31
W= 8
D= 19
Dd= 4
d= 4
DdW= 1
S= 1
Do= 1
T= 1
t'= 1
t''= 1



F% = 64
F+ = 90
A% = 32
P = 6 = %
O = 0 = %

APERCEPCION: W D
W% = 25 D% = 61 d% = 12 Dd y S % =

Suma C = $\frac{FC+2CF+3C}{2} = 2.5$
Suma M: Suma C = 1:2.5
Suma W: Suma M = 8:1
(FM+m) : (Fc+c+C') = 1:1
(H+A) : (Hd+Ad) = 11:4
 $\frac{VIII+IX+X}{R} = 41\%$

10% ((W))	30% ((D))	5% ((d))	
10-20 (W)	30-45 (D)	10 (d)	
20-30 W	45-55 D	10-20 d	10% DdS
30-45 W	55-65 D	20-30 d	10-15 DdS
45-60 W	65-80 D	30-40 d	15-20 DdS
60 W	80 D	40-50 d	20-25 DdS
==	==	==	==
		50 d	25 DdC
		==	==
		==	==

SUCESION:
Rígida
Ordenada
-Desordenada
Perdida

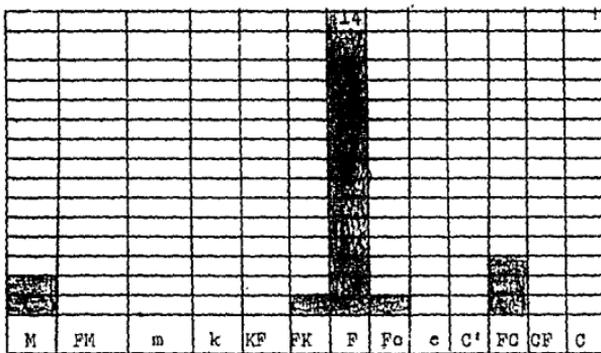
Actitud del Sujeto: Colabora.
Signos de incapacidad: No.
Notas sobre el contenido: Variado
Choques: No
Rechazos: No
Respuestas contaminadas: No
Respuestas posición: No
OBSERVACIONES: El contenido de las respuestas de movimiento es manifiestamente agresivo pero su concepto de sí mismo se refiere a características como audacia, inquietud, simpatía, picardía.

PSICOGRAMA DEL TEST DE RORSCHACH.

GRUPO "B"

Nombre.....Edad..20...Sexo...M...Registro..11.Fecha.....

R= 21
W= 5
D= 16
Dd=
d=
DW=
S=
Do=
T=
t'=
t''=



F%= 66
F+%= 100
A%= 47
P = 6 = %
O = = %

APERCEPCION:

W%= 23 D%= 77 d%= Dd y S %=

Suma C= $\frac{FC+2CF+3C}{2} = 1:5$

Suma M:Suma C = 2:1.5

Suma W:Suma M = 5:2

(FM+m) : (Fc+c+C') = 0:1

(H+A) : (Hd+Ad) = 11:2

 $\frac{VIII+IX+X}{R} = 47\%$

10% ((W))	30% ((D))	5% ((d))	
10-20 (W)	30-45 (D)	10 (d)	
20-30 W	45-55 D	10-20 d	10% DdS
30-45 W	55-65 D	20-30 d	10-15 DdS
45-60 W	65-80 D	30-40 d	15-20 DdS
60 W	80 D	40-50 d	20-25 DdS
		50 d	25 DdC

SUCESION:

Rígida
Ordenada
Desordenada
Perdida

Actitud del Sujeto: Colabora

Signos de incapacidad:

Notas sobre el contenido: Variado

Choques:

Rechazos:

Respuestas contaminadas:

Respuestas posición:

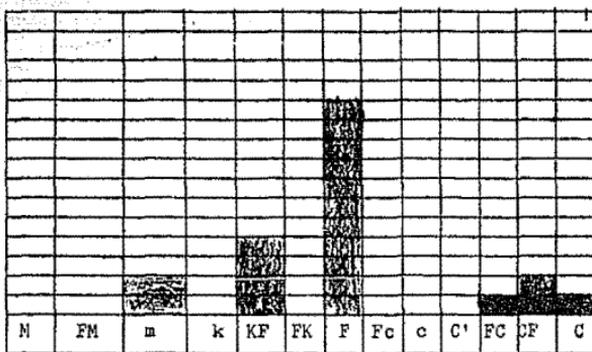
OBSERVACIONES:

PSICOGRAMA DEL TEST DE RORSCHACH.

GRUPO "C"

Nombre.....Edad...23...Sexo...M...Registro...24...Fecha.....

R= 21
W= 10
D= 10
Dd= 1
d= 1
DW= 4
S= 4
Do= 4
T= 4
t'= 1
t''= 1



F% = 52
F*% = 38
A% = 14
P = 2 = %
O = 2 = %

$$\text{Suma } C = \frac{FC+2CF+3C}{2} = 4$$

Suma M: Suma C = 0:4
Suma W: Suma M = 10:0
(FM+m) : (Fc+c+C') = 2:0
(H+A) : (Hd+Ad) = 3:0

APERCEPCION: $\frac{W}{D}$ (D)

W% = 47 D% = 47 d% = 3 Dd-y-S % = 19

$$\frac{VIII+IX+X}{R} = 24\%$$

10% ((W))	30% ((D))	5% ((d))	
10-20 (W)	30-45 (D)	10 (d)	
20-30 W	45-55 D	10-20 d	10% DdS
30-45 W	55-65 D	20-30 d	10-15 DdS
45-60 W	65-80 D	30-40 d	15-20 DdS
60 W	80 D	40-50 d	20-25 DdS
		50 d	25 DdC

SUCESION:

- Rígida
- Ordenada
- Desordenada
- Perdida

Actitud del Sujeto: Deprimido

Signos de incapacidad: No

Notas sobre el contenido:

Cheques: Sí en la IX

Rechazos: No

Respuestas contaminadas: No

Respuestas posición: No

OBSERVACIONES:

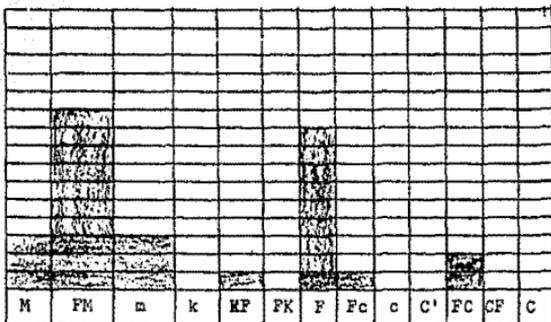
PSICOGRAMA DEL TEST DE RORSCHACH.

72.-

GRUPO "C"

Nombre..... Edad. 35..... Sexo. M..... Registro. 30..... Fecha.....

= 29
 = 6
 = 19
 = 4
 =
 =
 =
 =
 =



F% = 31
 W% = 100
 A% = 20
 P = 7 = %
 O = 7 = %

APERCEPCION: (W) $\frac{D}{Dd}$ $\frac{DdS}{Dd}$

W% = 20 D% = 67 d% = $\frac{Dd}{A} \%$ = 13

Suma C = $\frac{FC+2CF+3E}{2} = 1$

Suma M: Suma C = 3:1
 Suma W: Suma M = 6:3
 (FM+m) : (Fc+c+C') = 10:1
 (H+A) : (Hd+Ad) = 17:0

$\frac{VIII+IX+X}{R} = 55\%$

10% ((W))	30% ((D))	5% ((d))	
10-20 (W)	30-45 (D)	10 (d)	
20-30 W	45-55 D	10-20 d	10% DdS
30-45 W	55-65 D	20-30 d	10-15 DdS
45-60 W	65-80 D	30-40 d	15-20 DdS
60 W	80 D	40-50 d	20-25 DdS
==	==	==	==
		50 d	25 DdC
		==	==

SUCESION:

Rígida
 Ordenada
 Desordenada
 Perdida

Actitud del Sujeto: Colabora

Signos de incapacidad: No

Notas sobre el contenido: Variado, buena capacidad imaginativa.

Choques: No

Rechazos: No

Respuestas contaminadas: No

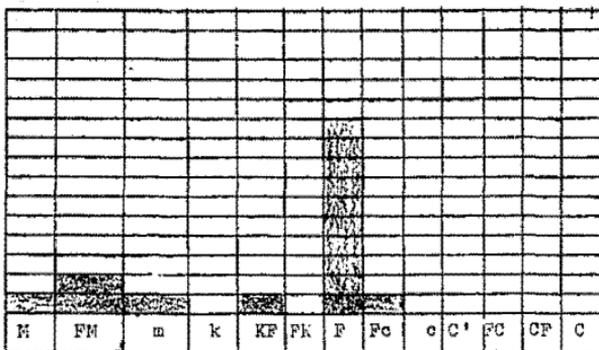
Respuestas posición: No

OBSERVACIONES: La que el paciente hace frente a la Lam. VIII indican una muy buena liga con la realidad, es poco sugestionable y las respuestas globales están bien organizadas y son de buena calidad.

PSICOGRAMA DEL TEST DE RORSCHACH. GRUPO "D"

Nombre.....Edad 23.....Sexo M.....Registro 34.....Fecha.....

R* 16
W* 5
D= 11
d=
DW=
S=
Dc=
T=
t'=
t''=



F% = 68
F+ = 80
A% = 87
P = 5 = %
O = = %

Suma C = $\frac{FC+2CF+3C}{2} = 0.5$

Suma M: Suma C = 1:0.5
Suma W: Suma M = 5:1
(FM+m) : (Fc+c+C') = 3:0
(H+A) : (Hd+Ad) = 14:0

APERCEPCION: $\frac{W}{D} = \frac{D}{D}$

W% = 31 D% = 69 d% = Dd y S % =

$\frac{VIII+IX+X}{R} =$

10% ((W))	30% ((D))	5% ((a))	
10-20 (W)	30-45 (D)	10 (a)	
20-30 W	45-55 D	10-20 d	10% DdS
30-45 W	55-65 D	20-30 d	10-15 DdS
45-60 W	65-80 D	30-40 d	15-20 DdS
60 W	80 D	40-50 d	20-25 DdJ
		50 d	25 DdC

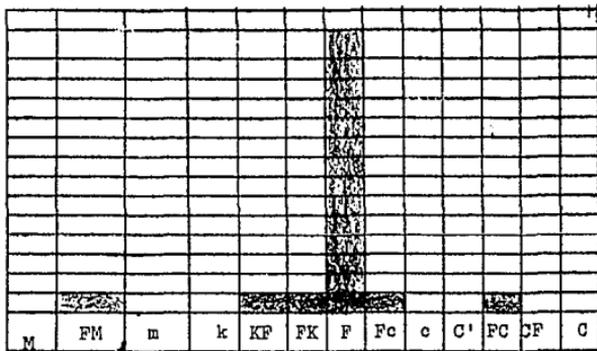
SUCESION:
Rígida
Ordenada
Desordenada
Perdida

Actitud del Sujeto: Insegura
Signos de incapacidad: No
Notas sobre el contenido: Estereotipado
Choques: en la IY.
Rechazos: No
Respuestas contaminadas: No
Respuestas posición: No
OBSERVACIONES:

PSICOGRAMA DEL TEST DE RORSCHACH. GRUPO "D"

Nombre.....Edad...23...Sexo...M...Registro...35...Fecha.....

R= 19
W= 12
D= 7
Dd=
d=
DW=
S= 2
Do=
T=
t'=
t''=



F% = 73
A% = 71
P = 5
0 =

Suma C = $\frac{FC+2CF+3C}{2} = 0.5$

Suma M: Suma C = 0:0.5
Suma W: Suma M = 12:0
(FM+m) : (Fc+c+C') = 1:1
(H+A) : (Hd+Ad) = 6:3

APERCEPCION: $\frac{W}{W+D} =$

W%=63 D%= 37 d%= Dd y S % =

$\frac{VIII+IX+X}{R} = 15\%$

10% ((W))	30% ((D))	5% ((d))	
10-20 (W)	30-45 (D)	10 (d)	
20-30 W	45-55 D	10-20 d	10% DdS
30-45 W	55-65 D	20-30 d	10-15 DdS
45-60 W	65-80 D	30-40 d	15-20 DdS
60 W	80 D	40-50 d	20-25 DdS
		50 d	25 DdS

SUCESION:

Rígida
-Ordenada
Desordenada
Perdida

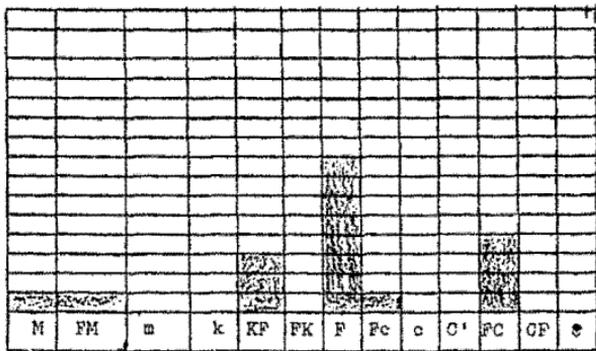
Actitud del Sujeto: Colabora
Signos de incapacidad: No hay ni una sola respuesta de contenido humano.
Notas sobre el contenido:
Chocques: III y VI
Rechazos:
Respuestas contaminadas:
Respuestas posición:
OBSERVACIONES: Se presentan varias respuestas anatómicas.

PSICOGRAMA DEL TEST DE RORSCHACH.

GRUPO "D"

Nombre..... Edad. 23 Sexo... F... Registro. 36 Fecha.....

R= 18
W= 7
D= 10
Dd=
d=
Dd'=
S=
Do=
T=
t'=
t''=



F% = 50
Ft% = 100
A% = 33
P = 5 = %
O = = %

Suma C = $\frac{FC+2CF+3C}{2} = 2$

Suma M: Suma C = 1:2
Suma W: Suma M = 7:1
(FM+m) : (Fc+c+G') = 1:1
(H+A) : (Nd+Ad) = 7:2

APERCEPCION:

W D

W% = 38 D% = 55 d% = Dd y S % = 5

$\frac{VIII+IX+X}{R} = 27\%$

10% ((W))	30% ((D))	5% ((d))	
10-20 (W)	30-45 (D)	10 (d)	
20-30 W	45-55 D	10-20 d	10% DdS
30-45 W	55-65 D	20-30 d	10-15 DdS
45-60 W	65-80 D	30-40 d	15-20 DdS
60 W	80 D	40-50 d	20-25 DdS
		50 d	25 DdS

SUCESION:
Rígida
- Ordenada
Desordenada
Pérdida

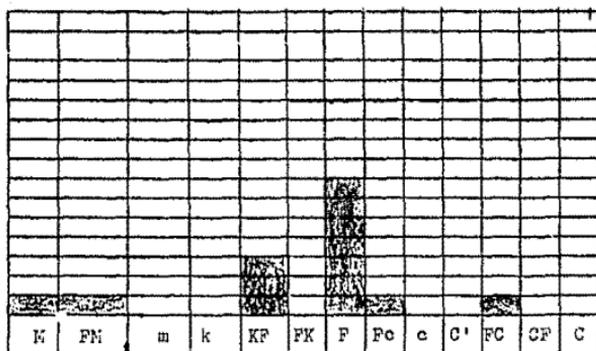
Actitud del Sujeto:
Signos de incapacidad:
Notas sobre el contenido: Variado
Choques: VI.
Rechazos: II (superado).
Respuestas contaminadas:
Respuestas posición:
OBSERVACIONES:

PSICOGRAMA DEL TEST DE RORSCHACH.

GRUPO "D"

Nombre..... Edad, 24... Sexo, M... Registro, 37... Fecha.....

R= 14
W= 8
D= 6
Da=
d=
D/W=
S=
Do=
T=
t'=
t''=



F% = 50
F+%= 99
A% = 42
P = 9 = %
O = = %

APERCEPCION: $\frac{W}{D}$ (D)

W%=57 D%= 42 d%= DA-y S %= 7

Suma C= $\frac{FC+2CF+3C}{2} = 0.5$

Suma M:Suma C = 1:0.5

Suma W:Suma M = 3:1

(FM+m) : (Fc+c+C') = 1:1

(H+A) : (Hd+Ad) = 6:2

$\frac{VIII+IX+X}{R} = 21\%$

10% ((W))	30% ((D))	5% ((a))	
10-20 (W)	30-45 (D)	10 (a)	
20-30 W	45-55 D	10-20 a	10% DdS
30-45 W	55-65 D	20-30 a	10-15 DdS
45-60 W	65-80 D	30-40 a	15-20 DdS
60 W	80 D	40-50 a	20-25 DdS
		50 a	25 DdC

SUCESION:

Rígida
- Ordenada
Desordenada
Perdida

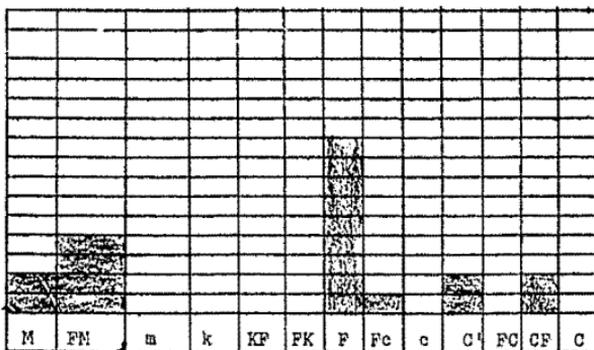
Actitud del Sujeto:
Signos de incapacidad:
Notas sobre el contenido: Variado
Choques:
Rechazos:
Respuestas contaminadas:
Respuestas posición:
OBSERVACIONES:

PSICOGRAMA DEL TEST DE RORSCHACH.

GRUPO "D"

Nombre.....Edad, 24.....Sexo, F.....Registro, 38.....Fecha.....

R= 20
W= 11
D= 9
Dd= 9
d= 9
D#=
S=
Do=
T=
t'=
t''=



F% = 40
F#% = 75
A% = 55
P = 6 = %
O = = %

APERCEPCION: $\frac{W}{D}$

W% = 55 D% = 45 d% = Dd y S % =

$$\text{Suma } C = \frac{FC + 2CF + 3C}{2} = 3$$

$$\text{Suma } M : \text{Suma } C = 2:3$$

$$\text{Suma } W : \text{Suma } M = 11:2$$

$$(FM+m) : (Fc+c+C') = 4:3$$

$$(R+A) : (Hd+Ad) = 8:4$$

$$\frac{VIII+IX+X}{R} = 30\%$$

10% ((W))	30% ((D))	5% ((d))	
10-20 (W)	30-45 (D)	10 (d)	
20-30 W	45-55 D	10-20 d	10% DdS
30-45 W	55-65 D	20-30 d	10-15 DdS
45-60 W	65-80 D	30-40 d	15-20 DdS
60 W	80 D	40-50 d	20-25 DdS
		50 d	25 DdC

SUCESION:

Rígida
- Ordenada
Desordenada
Perdida

Actitud del Sujeto:
Signos de incapacidad:
Notas sobre el contenido:
Choques: IV, IX, X.
Rechazos:
Respuestas contaminadas:
Respuestas posición:
OBSERVACIONES:

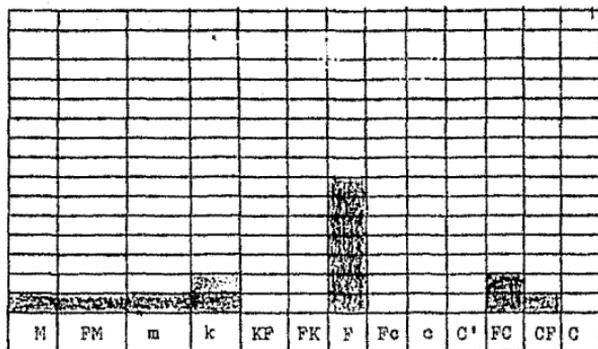
PSICOGRAMA DEL TEST DE RORSCHACH.

81.-

GRUPO "D"

Nombre.....Edad, 33...Sexo, M...Registro, 39...Fecha.....

R=15
W=10
D= 5
Dd=
d=
DW=
S= 2
Do=
T=
t'=
t''=



F% = 46
F+M% = 85
A% = 60
P = 3 = %
O = = %

APERCEPCION: $\frac{W}{D}$ (D)

W% = 66 D% = 33 d% = Dd y S % = 15

Suma C = $\frac{FC+2CF+3C}{2}$ = 2

Suma M: Suma C = 1:2
Suma W: Suma M = 10:1
(FM+m) : (Fc+c+C') = 2:0
(H+A) : (Hd+Ad) = 10:1

$\frac{VIII+IX+X}{R}$ = 26%

10% ((W))	30% ((D))	5% ((d))	
10-20 (W)	30-45 (D)	10 (d)	
20-30 W	45-55 D	10-20 d	10% DdS
30-45 W	55-65 D	20-30 d	10-15 DdS
45-60 W	65-80 D	30-40 d	15-20 DdS
60 W	80 D	40-50 d	20-25 DdS
		50 d	25 DdS

SUCESION:
Rígida
- Ordenada
Desordenada
Perdida

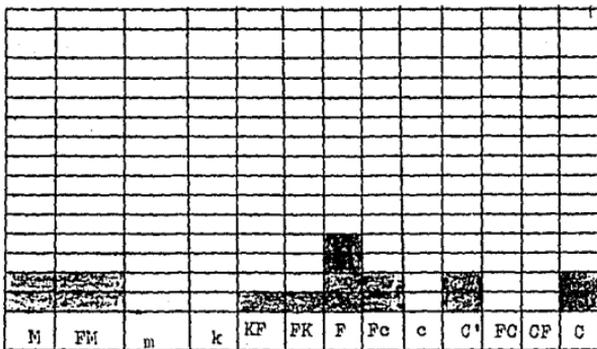
Actitud del Sujeto:
Signos de incapacidad:
Notas sobre el contenido: Variado.
Choques:
Rechazos:
Respuestas contaminadas:
Respuestas posición:
OBSERVACIONES:

PSICOGRAMA DEL TEST DE RORSCHACH.

GRUPO "F"

Nombre..... Edad. 37... Sexo.. F... Registro. 47... Fecha.....

R= 16
W= 11
D= 5
Dd= 5
d= 5
DW= 5
S= 5
Do= 5
T= 5
t'= 5
t''= 5



F% = 25
F+A% = 18
A% = 6 = %
O = = %

Suma C = $\frac{FC+2CF+3C}{2} = 3$

Suma M: Suma C = 2: 3

Suma W: Suma M = 11: 2

(FM+m) : (Fc+c+C') = 2: 4

(H+A) : (Hd+Ad) = 7: 3

APERCEPCION: W (D)
W% = 68 D% = d% = 31 Dd y S % =

$\frac{VIII+IX+X}{R} = 31\%$

10% ((W))	30% ((D))	5% ((d))	
10-20 (W)	30-45 (D)	10 (d)	
20-30 W	45-55 D	10-20 d	10% DdS
30-45 W	55-65 D	20-30 a	10-15 DdS
45-60 W	65-80 D	30-40 a	15-20 DdS
60 W	80 D	40-50 a	20-25 DdS
		50 a	25 DdS

SUCESION:

- Rígida
- Ordenada
- Desordenada
- Perdida

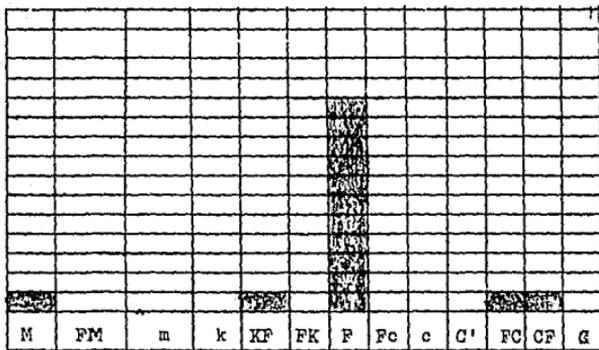
Actitud del Sujeto: Ansiosa e insegura.
Signos de incapacidad: No
Notas sobre el contenido: Variado
Choques: VIII (Superado)
Rechazos: No
Respuestas contaminadas: No
Respuestas posición: No
OBSERVACIONES: Varias de las respuestas de color son simbólicas.

PSICOGRAMA DEL TEST DE RORSCHACH.

GRUPO "F"

Nombre....., Edad... 40... Sexo... M... Registro 50... Fecha.....

R= 15
W= 11
D= 4
Dd= 4
d= 0
DW= 0
S= 0
Do= 0
T= 0
t'= 0
t''= 0



F% = 73
F+ = 90
A% = 46
P = 5 = %
O = = %

APERCEPCION:

W% = 73 D% = 26

D = (D)

d% = Dd y S % =

Suma C = $\frac{FC+2CF+3C}{2} = 1.5$

Suma M: Suma C = 1:5

Suma W: Suma M = 11:1

(FM+m) : (Fc+c+C') = 0:0

(H+A) : (Hd+Ad) = 7:2

 $\frac{VIII+IX+X}{R} = 33\%$

10% ((W))	30% ((D))	5% ((a))	
10-20 (W)	30-45 (D)	10 (a)	
20-30 W	45-55 D	10-20 d	10% DdS
30-45 W	55-65 D	20-30 d	10-15 DdS
45-60 W	65-80 D	30-40 d	15-20 DdS
60 W	80 D	40-50 d	20-25 DdS
		50 d	25 DdC

SUCESION:

Rígida
- Ordenada
Desordenada
Perdida

Actitud del Sujeto:

Signos de incapacidad:

Notas sobre el contenido: Variado

Choques:

Rechazos: IV y VI (superados).

Respuestas contaminadas:

Respuestas posición:

OBSERVACIONES:

LA RELACION F%.

El F%, entre 20 y 50 (=) está indicando un buen control y un buen ajuste.

Si F% está entre 50 y 80 (+) indica constricción neurótica: aunque la persona es capaz intelectualmente de una respuesta más ricamente diferenciada, la inhibe, reprimiendo tanto el reconocimiento como la respuesta a sus necesidades internas.

Cuando el F% es mayor que 80 (++) está indicando que -- las funciones intelectuales no son suficientemente diferenciadas o existe un defecto severo en la organización de la personalidad. (9).

GRUPO "A"	GRUPO "B"	GRUPO "C"	GRUPO "D"	GRUPO "F"
49 =	66 +	79 +	30 =	23 =
53 +	42 =	70 +	60 +	65 +
92 ++	80 +	65 +	57 +	73 +
66 +	76 +	52 +	68 +	83 ++
70 +	65 +	60 +	73 +	89 ++
66 +	58 +	87 +	50 +	33 =
83 ++	68 +	75 +	50 +	25 =
80 +	66 +	100 ++	40 =	43 =
72 +	68 +	79 +	46 =	100 ++
64 +	78 +	31 =	58 +	73 +

LA RELACION F4%.

Esta relación representa las funciones conscientes, (9) la capacidad de concentración y posibilidad de mantener una atención continuada; control voluntario de las funciones intelectuales y claridad de percepción en los procesos asociativos. En relación con otros elementos del psicograma, especialmente con la W, es exponente de la inteligencia. La media normal se ha establecido en 75% (=) encontrándose el nivel óptimo entre 80 y 100 (+). Menos del 75 indica pobreza de inteligencia y -- por debajo de 60 (-), debilidad mental.

GRUPO "A"	GRUPO "B"	GRUPO "C"	GRUPO "D"	GRUPO "E"
100 +	100 +	73 -	100 +	100 +
73 -	88 +	70 -	40 -	69 -
81 +	80 =	94 +	98 +	61 -
83 +	80 =	38 -	80 +	50 -
83 +	92 +	100 +	71 -	100 +
80 =	94 +	85 +	100 +	100 +
93 +	100 +	81 +	99 +	18 -
80 =	91 +	80 =	75 =	100 +
94 +	93 +	78 =	85 +	71 -
90 +	57 -	100 +	57 -	90 +

TIPO DE APERCEPCION.

"La percepción es una función compleja que integra los estímulos que un sujeto recibe en un determinado momento, con toda la experiencia vital acumulada. La capacidad del sujeto de movilizar imágenes o antiguos grupos de sensaciones mediante una percepción, identificando este nuevo grupo de sensaciones con complejos análogos previamente adquiridos junto con todas sus conexiones y que incluyen por lo tanto la percepción misma, es, a lo que se designa "apercepción" (3).

El tipo de apercepción informa sobre: tipo y grado de inteligencia y estado de integridad mental del sujeto. La representación de las proporciones normales es de:

20 a 30% W; 60 a 70% D; 10% Dd.

Las combinaciones pueden ser muchas y la interpretación adecuada siempre estará en relación con otros elementos del Psicograma.

GRUPO "A"			GRUPO "B"			GRUPO "C"			GRUPO "D"			GRUPO "F"		
W	D	Dd												
49	35	7+	23	77	0-	13	82	10-	53	46	0+	16	81	0-
21	71	8-	23	71	0-	12	75	12-	60	40	0+	20	70	5-
17	68	11-	20	70	10-	13	72	6-	18	66	15-	33	67	0+
50	50	0+	38	62	0+	47	73	19+	31	69	0-	33	58	0+
12	88	0-	30	70	0-	26	66	4-	63	37	0+	31	69	10-
38	62	0+	3	88	3-	62	38	0+	38	55	5+	66	33	0+
16	75	4-	37	62	18+	13	52	26-	57	42	7+	68	31	0+
8	70	10-	22	61	11-	20	80	0-	55	45	0+	18	75	7-
12	82	4-	14	85	1-	10	67	24-	63	33	15+	28	72	0-
25	61	0+	9	84	3-	20	67	13-	25	75	0-	73	26	0+

(-) Proporciones normales.

(+) Aumento porcentual de W a costa de D; Inteligencia predominantemente teórica.

(-) Aumento porcentual de D a costa de W; Inteligencia preponderantemente práctica.

SUMA DE W : SUMA M.

Esta relación indica la capacidad del individuo para movilizar sus energías creadoras o productoras que respalden sus ambiciones e intereses intelectuales.

Nivel óptimo: 6W y 3M (Opt.)

Cuando la proporción es: 2:1, el nivel de aspiración es - alto (N.A.), pero está de acuerdo con los recursos productivos del sujeto.

Si la proporción es: 3:1, los recursos productivos de la - personalidad son muy bajos (-).

Cuando W es mayor que 2M (+), el nivel de aspiración está - por encima de los recursos creativos de la personalidad.

Si W es menor que 2M (;), el sujeto tiene potencialidades - creativas para las cuales no ha alcanzado una canalización adecuada (9).

GRUPO "A"	GRUPO "B"	GRUPO "C"	GRUPO "D"	GRUPO "F"
5:1 -	5:2 +	4:0 -	7:4 N.A.	5:3 -
6:1 -	5:1 -	3:2 N.A.	6:0 -	4:0 -
7:0 -	0:0 -	4:3 N.A.	6:7 ;	6:0 -
6:1 -	5:0 -	10:0 -	5:1 -	4:0 -
2:1 N.A.	6:1 -	4:2 N.A.	12:0 -	6:0 -
6:2 -	1:3 ;	5:0 -	7:1 -	1:0 -
6:1 -	6:1 -	4:0 -	8:1 -	11:2 -
4:1 -	4:0 -	4:0 -	11:2 -	9:2 -
3:1 -	3:1 -	6:1 -	10:1 -	2:0 -
8:1 -	3:1 -	6:3 Opt.	3:0 -	11:1 -

EL A% COMO INDICE DE ESTEREOTIPIA.

El A% está en relación inversamente proporcional a la producción de M, como indicadora de creatividad; a medida que se eleva está indicando falta de reacción espontánea, pensamiento rígido, pobre e inanimado. Los sujetos de imaginación rica dan un A% menor de 35 (-), siendo el índice de inteligencia mayor, a medida que el A% decrece. El tipo medio o normal produce entre un 35 y un 50% (=). Cuando el A% se eleva de 50 (+), está indicando estereotipia, más acentuada a medida que éste es mayor. Sin embargo, esta elevación sobre el 50%, también puede ser índice de un sentido práctico acentuado (3), dependiendo de la edad del sujeto y del balance adecuado de los otros elementos del Psicograma.

GRUPO "A"	GRUPO "B"	GRUPO "C"	GRUPO "D"	GRUPO "F"
49 =	47 =	48 =	30 -	62 +
78 +	21 -	29 -	20 -	60 +
58 +	52 +	31 -	39 =	55 +
66 +	84 +	14 -	87 +	50 =
76 +	40 =	40 =	31 -	47 =
62 +	44 =	62 +	33 -	55 +
44 =	50 =	48 =	42 =	42 =
58 +	16 -	75 +	55 +	20 -
52 +	45 =	48 =	60 +	57 +
32 -	57 +	20 -	41 =	46 =

RESPUESTAS POPULARES.

En un protocolo de 20 a 45 respuestas, el término medio de las populares es de 5. La persona que las dá tiende a ver el mundo como lo hacen los demás, tiene ligas adecuadas con la realidad y buena capacidad de ajuste, a menos que esto se contradiga por la presencia de nivel formal negativo.

Si existen más de 8 (+) respuestas populares, el dato denota demasiado énfasis en ver el mundo de una manera demasiado convencional y puede deberse a entrenamiento o a miedo de cometer errores. Si ha menos del término medio (-) existe dificultad de ajuste, las ligas con la realidad pueden ser inadecuadas (3).

En esta relación se hizo el análisis conservando la proporción entre 1/4 y 1/9 de respuestas P, con referencia al total, (-).

GRUPO "A"	GRUPO "B"	GRUPO "C"	GRUPO "D"	GRUPO "F"
No.R. P	No.R. P	No.R. P	No.R. P	No.R. P.
13 3 =	21 6 +	29 5 =	13 4 +	29 4 =
28 5 =	21 4 =	24 3 =	10 1 -	20 3 =
41 5 =	20 2 -	29 3 -	30 4 =	18 4 +
12 4 +	13 3 =	21 2 -	16 5 +	12 1 -
17 5 +	20 2 -	15 4 =	19 5 +	19 2 -
15 3 =	29 3 -	8 1 =	18 9 +	9 3 +
36 4 =	16 3 =	29 4 =	14 9 +	16 6 +
50 5 -	18 1 -	20 2 -	20 6 +	48 7 =
25 8 +	22 6 =	58 9 =	15 3 =	7 1 =
31 6 =	33 3 -	29 7 =	12 3 =	15 5 +

PROPORCION (H+A) : (Hd+Ad)

Si las respuestas Hd+Ad son más que la mitad de frecuentes que H+A (+), están indicando una actitud excesiva de crítica. Esta búsqueda de exactitud puede estar asociada con ansiedad, quizá con características obsesivo-compulsivas. Esta tendencia a ser exacto, crítico o meticoloso puede ser una descarga de hostilidad. Si las respuestas de detalle son la mitad de frecuentes que H+A o menos, es normal y no se interpreta (9).

GRUPO "A"	GRUPO "B"	GRUPO "C"	GRUPO "D"	GRUPO "F"
21 : 2	11 : 2	14 : 5	8 : 0	21 : 5
19 : 5	11 : 0	9 : 8+	2 : 0	13 : 3
24 : 9	8 : 4	12 : 4	13 : 13+	10 : 1
7 : 1	11 : 0	3 : 0	14 : 0	6 : 2
13 : 3	9 : 0	8 : 1	6 : 3	8 : 0
9 : 1	21 : 2	6 : 0	7 : 2	6 : 0
14 : 5	4 : 1	9 : 5+	6 : 2	7 : 3
24 : 7	4 : 5+	12 : 2	8 : 4	9 : 6+
14 : 3	8 : 3	22 : 11	10 : 1	5 : 0
11 : 4	29 : 1	17 : 0	6 : 1	7 : 2

RELACION M : SUMA C.

La relación entre las respuestas de movimiento humano (M) y las respuestas de color (FC+CF+C), indican el llamado "tipo de vivencia". El tipo de vivencia introversivo está representado por mayor número de M que suma de C (+). El tipo de vivencia extratensivo está indicado por menor número de M que suma de C (-). Caracteriza al primer tipo de vivencia: inteligencia diferenciada, vida interior autística, afectividad estable, poca adaptabilidad a la realidad. Inversamente, el segundo se caracteriza por: inteligencia estereotipada, vida psíquica dirigida hacia el exterior, afectividad lábil, buena adaptación a la realidad. El tipo de vivencia ambigüal (XM / XC), (-), se caracteriza por una facultad de rapport a la vez intensiva y extensiva y una capacidad tanto productiva como reproductiva. El tipo de vivencia coartado se caracteriza por la preponderancia de interpretaciones de forma sin producción de respuestas de movimiento o color (i) (O M / O C). Para la correcta aplicación de la relación M/C, deben correlacionarse las interpretaciones de otros elementos del psicograma, (3).

GRUPO "A"	GRUPO "B"	GRUPO "C"	GRUPO "D"	GRUPO "E"
1:0 +	2:1.5 +	0:0 i	4:0.5 +	3:2 +
1:3 -	1:4.5 -	2:1.5 +	0:1.5 -	0:3 -
0:1.5 -	0:1.5 -	3:3 =	7:2 +	0:1 -
1:0.5 +	0:1 -	0:4 -	1:0.5 +	0:0.5 -
1:0 +	1:2 -	2:0 +	0:0.5 -	0:0 i
2:2 =	3:0.5 +	0:0 i	7:1 +	0:0 i
1:1 =	1:2.5 -	0:1 -	1:0.5 +	2:3 -
1:3 -	0:1 -	0:0 i	2:3 -	2:8.5 -
1:1 =	1:0.5 +	1:4 -	1:2 -	0:0 i
1:2.5 -	1:0.5 +	3:1 +	0:0 i	1:1.5 -

RELACION $FM + m : Pc+c+C'$

Esta relación indica las tendencias introversivas no aceptadas totalmente por el sujeto o que no están a su alcance en ese momento; representa por tanto una potencialidad. Si la relación está en la misma dirección que M sobre suma C, confirma y refuerza la impresión de esta última. -- Si hay discrepancia (i), refleja conflicto en las tendencias dentro de la personalidad, aunque la significación -- específica del conflicto permanezca obcura (9).

GRUPO "A"	GRUPO "B"	GRUPO "C"	GRUPO "D"	GRUPO "E"
3 : 0	0 ; 1 i	4 : 2 i	0 : 2 i	9 : 1
7 : 2	4 : 0 i	3 : 0	0 ; 0 i	3 : 0 i
0 : 0 i	0 : 0 i	3 ; 1 i	2 : 1	4 : 0 i
1 : 0	1 : 0 i	2 : 0 i	3 : 0	0 : 1
3 : 0	2 : 0 i	1 : 0	1 : 1 i	1 : 0 i
1 : 0 i	7 : 0	0 : 0	1 : 1 i	4 : 2 i
1 : 1	0 : 0 i	2 : 1 i	1 : 1 i	2 : 4
1 : 1 i	1 : 0 i	0 : 0	4 : 3 i	4 : 4 i
1 : 1	4 : 0	1 : 3	2 : 0 i	0 : 0
1 : 1 i	4 : 0	10 : 1	2 : 0 i	0 : 0 i

LA RELACION FC : SUMA DE CF+C

Quando FC es mayor que la suma de CF+C, siendo esta mayor que 1, la persona responde en forma apropiada en sentimiento y acción a su ambiente social, es capaz de una respuesta profunda y genuina a un fuerte impacto emocional (+). Si CF+C es cero o 1, hay un control excesivo y las respuestas socializadas tienden a ser superficiales, ya sea porque la persona es incapaz o no quiere permitirse una fuerte reacción emocional aunque la situación lo exija (-). Cuando FC es menor que la suma de CF+C, (j) indica un débil control sobre la emotividad, hecho que se manifiesta en su conducta en forma abierta, (9).

GRUPO "A"	GRUPO "B"	GRUPO "C"	GRUPO "D"	GRUPO "E"	GRUPO "F"
0 : 0	1.5: 0 -	0 : 0	0.5: 0 -	0 : 2 ;	
0 : 2 ;	0.5: 4 ;	0.5: 1 ;	0.5: 1 ;	0 : 3 ;	
0 : 1.5 ;	1.5: 0 -	3 : 0 -	0 : 1 ;	0 : 1 ;	
0.5: 0 -	1 : 0 -	0.5: 3.5 ;	0 : 0	0.5: 0 ;	
0 : 0	1 : 1 +	0 : 0	0.5: 0 -	0 : 0	
0 : 2 ;	0.5: 0 -	0 : 0	2 : 0 -	0 : 0	
1 : 0 -	1 : 1.5 ;	1 : 0 -	0.5: 0 -	0 : 3	
2 : 1 +	0 : 1.5 ;	0 : 0	0 : 2 ;	2 : 8 ;	
1 : 0 -	0.5: 0 -	1 : 3 ;	1 : 1 +	0 : 0	
0.5: 2 -	0.5: 1 ;	1 : 0 -	0 : 0	0.5: 1 ;	

RELACION PORCENTUAL DE: $\frac{VIII+IX+X}{R}$

Esta relación indica una respuesta general a los estímulos emocionales del ambiente. Si es menor de 30% (-), el sujeto se retira de la reactividad al impacto emocional de su ambiente ya sea por que está confuso o se siente amenazado o porque desde hace mucho tiempo su modo de ajuste incluye poca emocionalidad. Si es más del 40% (+) indica que hay una excitabilidad actual o potencial a las implicaciones emocionales del ambiente. Si sólo hay una excitabilidad potencial, indicada por poco uso del color (;), la hipótesis es que existe un conflicto entre la capacidad de respuesta natural y las actitudes consciente o sea una represión de la respuesta emocional, (9).

GRUPO "A"	GRUPO "B"	GRUPO "C"	GRUPO "D"	GRUPO "E"
30	47 +;	31	30	50 +;
39	42 +	33	30	40
41 +	37	41 +	36	33
33	38	24 -	43 +;	41 +
24 -	40	26 -	15 -	42 +;
33	48 +;	12 -	27 -	10 -
36	50 +	51 +	21 -	31
34	22 - -	30	30	39
44 +;	36	37	26 -	14 -
41 +	42 +;	55 +;	25 -	33

ANALISIS DE F +

	GRUPO A.	GRUPO B.	GRUPO C.	GRUPO D.	GRUPO F.
Claridad en las percepciones y los procesos -- asociativos.	60%	30%	40%	30%	--
Funciones lógicas de caracter rígido o auto--matizado (+).	30%	60%	20%	40%	50%
Bajo rendimiento intelectual, por escasa capacidad, fatiga o procesos orgánicos.	10%	10%	40%	30%	50%

ANALISIS DE F%

	GRUPO A.	GRUPO B.	GRUPO C.	GRUPO D.	GRUPO F.
Buen control de las funciones intelectuales y -- buen ajuste al ambiente.	10%	10%	--	50%	40%
Constricción neurológica.	70%	90%	80%	50%	40%
Funciones intelectuales no suficientemente diferenciadas...	20%	--	20%	--	20%

ANALISIS DEL TIPO DE APERCEPCION.

	GRUPO A.	GRUPO B.	GRUPO C.	GRUPO D.	GRUPO F.
Inteligencia -- teórico-práctica. (=)	10%	40%	30%	20%	30%
Inteligencia -- preponderantemen- te teórica (+).	40%	20%	20%	70%	50%
Inteligencia -- preponderantemen- te práctica (-)	50%	40%	50%	10%	20%

ANALISIS DE SUMA W : SUMA M.

	GRUPO A.	GRUPO B.	GRUPO C.	GRUPO D.	GRUPO F.
Nivel óptimo.	--	--	10%	--	--
Nivel de aspira- ciones alto acor- de con sus recur- sos productivos.	10%	--	30%	10%	--
Nivel de aspira- ciones por encima de sus recursos creativos.	--	10%	--	--	--
Potencialidades creativas sin -- canalización ade- cuada.	--	10%	--	--	--
Recursos produc- tivos muy bajos.	90%	80%	60%	80%	100%

ANALISIS DE A%

	GRUPO A.	GRUPO B.	GRUPO C.	GRUPO D.	GRUPO F.
Inteligencia diferenciada.	10%	20%	40%	40%	- -
Inteligencia normal.	20%	40%	40%	30%	40%
Estereotipia.	70%	30%	20%	30%	60%

ANALISIS DE P.

	GRUPO A.	GRUPO B.	GRUPO C.	GRUPO D.	GRUPO F.
Buena liga con la realidad y buena capacidad de ajuste.	60%	40%	70%	30%	40%
Tienden a ver las cosas en una forma demasiado convencional.	30%	10%	- -	60%	40%
Dificultad de ajuste.	10%	50%	30%	10%	20%

ANALISIS DE (H+A) : (Hd+Ad).

	GRUPO A.	GRUPO B.	GRUPO C.	GRUPO D.	GRUPO F.
Normalidad o ausencia de crítica excesiva.	100%	90%	80%	90%	90%
Crítica excesiva quizá asociada con ansiedad, o con características obsesivo-compulsivas.	- -	10%	20%	10%	10%

ANALISIS DE M : SUMA C.

	GRUPO A.	GRUPO B.	GRUPO C.	GRUPO D.	GRUPO F.
<u>Introversos:</u> Intelligenza diferencial, afectividad estable, poca adaptabilidad a la realidad.	30%	40%	30%	50%	10%
<u>Extroversos:</u> Intelligenza estereotipada, afectividad lábil, buena adaptabilidad a la realidad.	30%	60%	30%	40%	60%
<u>Ambiguo:</u> Facultad de rapport intensiva y extensiva, capacidad productiva y reproductiva.	40%	--	10%	--	--
<u>Coartado:</u> Hipertrofia de funciones generales en menoscabo de productividad individual, rapport afectivo mediocre con su ambiente.	--	--	30%	10%	30%

ANALISIS DE LA DISCREPANCIA ENTRE :M : SUMA C, Y Fm+m : Fc+c+ C'.

PRESENTAN CONFLICTO:	GRUPO A.	GRUPO B.	GRUPO C.	GRUPO D.	GRUPO F.
	40%	70%	40%	80%	60%
Con tendencia a la Introversión.	25%	57%	100%	37%	66%
Con tendencia a la Extroversión.	--	14%	--	13%	--
Con tendencia a la Ambigüedad.	50%	--	--	37%	17%
Con tendencia a la Coartación.	25%	29%	--	13%	17%

ANÁLISIS DE FC : (CF+C).

	GRUPO A.	GRUPO B.	GRUPO C.	GRUPO D.	GRUPO F.
Respuesta emocional apropiada.	10%	10%	--	10%	--
Control excesivo y respuesta superficial.	30%	50%	20%	40%	10%
Débil control de la emotividad, las reacciones se manifiestan abiertamente.	40%	40%	40%	30%	60%
Rapport emocional, deficiente por distimia depresiva o esclerosis cerebral.	20%	--	40%	20%	30%

ANÁLISIS DE $\frac{VIII-IX-X}{R}$ %.

	GRUPO A.	GRUPO B.	GRUPO C.	GRUPO D.	GRUPO F.
Respuesta emocional a estímulos del ambiente.	60%	40%	40%	40%	50%
Respuesta potencial a los estímulos emocionales del ambiente.	30%	50%	30%	10%	30%
Represión de la Respuesta emocional.	10%	30%	10%	10%	20%
Hipocmotividad ante los estímulos del ambiente.	10%	10%	30%	50%	20%

SINTESIS INTERPRETATIVA DE LOS GRUPOS "COMO GRUPO"

a).- Grupo "A" AMPUTADOS DE MIEMBRO SUPERIOR.

Mejores resultados en cuanto a claridad en las -- percepciones y los procesos asociativos; predominancia de inteligencia práctica; constricción neurótica; recursos productivos muy bajos (aunque no en tanta proporción como en el grupo F); gran estereotipia del pensamiento; buena liga con la realidad, no hay crítica excesiva (no usan mecanismos obsesivo-compulsivos); preponderancia del tipo de vivencia ambigüal y en -- aquéllos casos en que hay conflicto, la tendencia latente es -- también hacia la ambigüalidad. El control de la emotividad es débil pero no en tan alto grado como en el grupo F y como grupo responden mejor emocionalmente a los estímulos del ambiente.

b).- GRUPO "B" AMPUTADOS DE MIEMBRO INFERIOR.

Predominan las funciones lógicas de carácter rígido, mayor predominancia de constricción neurótica; el tipo de inteligencia es preponderantemente práctica; recursos productivos bajos pero no en tanta proporción como en el grupo anterior; inteligencia normal; como grupo es el que presenta mayor dificultad de ajuste; presencia de crítica excesiva aunque no tanta como en el grupo C; preponderancia del tipo de vivencia extravertido pero con un porcentaje muy alto de conflicto dominando la tendencia a la introversión; control excesivo de la emocionalidad pero con buena capacidad potencial de respuesta a los estímulos del ambiente.

c).- GRUPO "C" PARAPLEGIAS.

Alto grado de constricción neurótica aunque no llega a igualar al grupo anterior, inteligencia preponderantemente práctica; nivel de aspiraciones alto, acorde con sus recursos productivos; exceso de crítica asociado con ansiedad o con características obsesivo-compulsivas; los tipos de vivencia están muy repartidos pero como grupo predomina el "coartado" y en los que hay conflicto predomina la tendencia a la introversión. -- Rapport emocional deficiente por distimia depresiva; hipomotividad ante los estímulos del ambiente pero no en grado tan alto como en el grupo D.

d).- GRUPO "D" SECUELAS POLIOMIELITICAS.

Inteligencia preponderantemente teórica y diferenciada; tienden a ver las cosas en una forma demasiado convencional; predomina el tipo de vivencia introvertido y como grupo -- presentan el mayor grado de conflicto en su tipo de vivencia y el mayor grado de hipomotividad ante los estímulos del ambiente.

f).- GRUPO "F". HEMIPLEJIAS.

Como grupo se destacan por su bajo rendimiento intelectual; recursos productivos muy bajos; estereotipia en el pensamiento aunque no tanta como en el grupo A; tipo de vivencia extravertido; en los que hay conflicto es con tendencia a la introversión; débil control de la emotividad, las reacciones se manifiestan abiertamente; la potencialidad de respuesta a los estímulos del ambiente es alta, pero menor que en el grupo A.

g).- CONSIDERACIONES .

El grupo de amputados de miembro superior es diferente a los demás por presentar, en grupo, mayor estereotipia - de pensamiento, buena liga con la realidad y responder mejor emocionalmente a los estímulos del ambiente; el tipo de vivencia predominante es el ambigüal, lo que indica la mejor capacidad - de adaptación. Como grupo es, el que presenta mejores perspectivas para una rehabilitación.

El grupo de amputados de miembro inferior es diferente por la predominancia de las funciones lógicas de carácter rígido, mayor dificultad de ajuste, predominancia de construcción neurótica, control excesivo de la emocionalidad pero con - buena posibilidad de respuesta potencial a los estímulos emocionales del ambiente. El tipo de vivencia que se destaca es el -- extravertido. Como grupo ofrece mayores dificultades para lograr una rehabilitación integral porque sus problemas emocionales -- son más acentuados y disminuyen sus posibilidades de productividad.

El grupo de parapléjicos se destaca entre los demás por su alto nivel de aspiración, acorde con sus recursos -- productivos; características obsesivo-compulsivas; predominancia del tipo de vivencia coartado y rapport emocional deficiente, probablemente por distimia depresiva.

El grupo de sujetos con secuelas poliomiélicas se diferencia de los demás en que: predomina el tipo de inteligencia teórico, en cuanto a su capacidad de ajuste, tienden a ver

las cosas en una forma demasiado convencional; predomina el tipo de vivencia introvertido pero, como grupo, presentan el mayor grado de divergencia entre las dos fórmulas que indican el tipo de vivencia y el mayor grado de hipoemotividad ante los estímulos del ambiente.

En lo general, los sujetos con secuelas poliomiélicas rara vez son casos verdaderos de invalidez, menos aún en las edades que enmarcan nuestros protocolos. Más bien son casos ortopédicos que han logrado un grado variable de rehabilitación física y laboral.

El grupo de hemipléjicos, como grupo, se destaca con un amplio margen, por su bajo rendimiento intelectual, re cursos productivos muy bajos, tipo de vivencia extrovertido; escaso control de la emotividad, manifestándose abiertamente en sus reacciones. Como grupo, presentan las mayores dificultades para lograr una rehabilitación integral.

Como ya señalábamos anteriormente, este grupo en realidad convendría más que fuera atendido en un centro de -- rehabilitación de inválidos neurológicos que contara con un -- servicio de terapia física, pues sus problemas básicos derivan del daño orgánico cerebral y no de sus dificultades de -- locomoción.

III.- CONCLUSIONES.

A.- Estimamos como básica la selección psicológica de los técnicos que han de intervenir en un programa de rehabilitación de inválidos, para tener la seguridad de que sean sujetos emocionalmente maduros.

Así mismo es pre-requisito la preparación psicológica y rehabilitatoria para que estos técnicos puedan atacar todos los aspectos de la invalidez y así se logre una rehabilitación efectiva y veraz.

B.- La entrevista directa a los inválidos del sistema músculo-esquelético, tanto como la exploración proyectiva a través de la prueba de Rorschach, nos confirma - en la hipótesis de que: no hay un determinante específico producido por la invalidez concretamente.

La invalidez es tanto más acentuada cuantos más rasgos neuróticos acuse el sujeto, independiente-- mente de la gravedad y extensión de la primera.

La incapacidad del inválido para desarrollar una vida útil y productiva está en razón directa del desconocimiento que tiene el ambiente que le rodea, (incluyendo el rehabilitatorio), de los mecanismos psicológicos que están actuando en aquél y por lo tanto, del equivocado manejo de las relaciones interpersonales que establece -- con el inválido.

D.- Es indiscutible que, durante el proceso de rehabilitación, se produce en el inválido un estado - especial que nosotros consideramos propicio para una -- re-organización de su estructura personal:

a).- Se constata una fuerte tendencia a la constricción neurótica.

b).- Se presenta un carácter rígido y autmatizado de las funciones lógicas.

c).- Hay preponderancia de lo concreto - en el enfoque de su inteligencia.

d).- Se manifiesta deficiencia de los recursos productivos, llegando en algunos a ser muy bajos o nulos.

e).- También se encuentra elevada estereotipia.

f).- Existe considerable dificultad de - la capacidad de ajuste y en algunos casos no hay buena liga con la realidad.

g).- El tipo de vivencia es variado. Aún en los ambigüales existe baja capacidad productiva y re-productiva.

i).- Un alto porcentaje presenta conflicto.

j).- Desde el punto de vista de las emociones, en el inválido se pueden presentar: 1o. Disminu--ción del control de los impulsos y manifestaciones de conducta explosiva.- 2o. Control excesivo de los impulsos y -

como consecuencia la respuesta en la conducta es rígida y superficial. 3o. Dificultad en el manejo de las relaciones interpersonales y deficiente rapport. 4o. En un mínimo porcentaje la respuesta emocional es adecuada.

k).- Al mismo tiempo se advierte la represión de la respuesta emocional adecuada a los estímulos del ambiente, quedando en este lapso sólo como un remanente potencial.

Lo anteriormente detallado nos dá una idea bastante precisa sobre una etapa de inhibición general, en que el sujeto restringe todas sus potencialidades estableciendo un estado en el que, al enfrentarse con su realidad y no pudiendo aceptarla, se escapa de ella en plan defensivo, repitiendo actitudes y conductas de tipo infantil, datos que, expresados en términos psicoanalíticos nos llevan a hablar de: regresión.

Esta lucha del sujeto por mantener su equilibrio psíquico en momentos en que está sufriendo una regresión, nos da la oportunidad insustituible para ayudarle a efectuar nuevas introyecciones, nuevas identificaciones, a través de una transferencia bien conocida y manejada por todo el equipo, que lleve al sujeto a una re-organización de su personalidad, modificando el super-yo al agregar nuevas estructuraciones constructivo-productivas que, actuando sobre las características inhibitorias que se presentan durante el proceso de rehabilitación, hagan de este una realidad tangible.

IV.- B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Abraham Karl. PSICOANALISIS CLINICO.-Edt.Hormé.B.Aires.
- 2.- Aramoni Aniceto. PSICOANALISIS DE LA DINAMICA DE UN PUEBLO. Edt. de l U. N A . M . , México.
- 3.- Del Roncal F.P. TEORIA Y PRACTICA DEL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH.- Edt. The University Society Mexicana, S. A., México.
- 4.- Fenichel Otto. TEORIA PSICOANALITICA DE LAS NEUROSIS.- Edt. Nova., Buenos Aires.
- 5.- Freud Sigmund. OBRAS COMPLETAS.-Edt. Biblioteca Nueva, Madrid.
- 6.- Freud Ana. EL YO Y LOS MECANISMOS DE DEFENSA.-Edt. Paidos, Buenos Aires.
- 7.- García de León E. TESIS PROFESIONAL PARA MAESTRIA.
- 8.- Harlem Gudmund M.D. THE PLACE OF PERSONS WITH DISABILITIES IN SOCIETY.- Eighth World Congress of the International Society for the Welfare of Cripples.
- 9.- Klopfer Bruno. TECNICA DEL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH.- Edt. Paidos, Buenos Aires.
- 10.- Numberg Hermann. TEONIA GENERAL DE LAS NEUROSIS.Edt.Pubul, Barcelona.
- 11.- O.I.T. LA FORMACION DE LOS ADULTOS CON INCLUSION DE LOS INVALIDOS.- Boletín de la Trigésima tercera Reunión.- Ginebra.
- 12.- Ramírez Santiago. EL MEXICANO, PSICOLOGIA DE SUS MOTIVACIONES.- Edt. Pax-México, S. A.
- 13.- Viscardi Henry, Jr. GIVE US THE TOOLS.- Eriksson-Taplinger Company, Inc. N.Y.
- 14.- Wright Beatrice A. PHISICAL DISABILITY, A PSYCHOLOGICAL APPROACH.- Harper & Brothers, Publishers., N. Y.