

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**ESTUDIO PARALELO SOBRE FRUSTRACION Y  
AGRESION**

(En poblaciones de parapléjicos y familiares  
encargados)

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**P S I C O L O G A**  
**P R E S E N T A**

**MARIA DOLORES BUENO GUARRO**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 T I, HOY . . . . .

A TI PAPA,

QUE CON TU EJEMPLO, ME IMPULSASTE

A ALCANZAR ESTA META

A TI MAMA,

QUE CON TU DULZURA

ME AYUDASTE A LOGRARLA.

A MIS HERMANOS,

A LAURA Y A MIS TIOS

PARA TI CARLOS

A LA SRITA, LIC.

LETICIA RUIZ DE CHAVEZ

AL DR. MARIO CONTRERAS CORONADO

AL LIC. PABLO CABALLERO FLORES

En estas palabras quede mi agradecimiento  
a todos los que me ayudaron a la realiza-  
ción de este trabajo.

ESTUDIO PARALELO SOBRE FRUSTRACION Y AGRESION  
(EN POBLACIONES DE PARAPLEJICOS Y FAMILIARES ENCARGADOS)

INTRODUCCION

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO

Conceptos Generales

- A) Paraplejia
- B) Definiciones de agresión ←
- C) Definiciones de frustración ↙

CAPITULO II

INVESTIGACION

- A) Instrumentación
- B) Población
- C) Metodología

CAPITULO III

ANALISIS

- A) Evaluación
- B) Resultados
- C) Conclusiones
- D) Propositiones

APENDICE A

Datos estadísticos sobre paraplejia tomados del I.M.R. de 1960 a 1972

APENDICE B

Datos de las personas con las que se trabaja

BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

El convivir con pacientes parapléjicos dentro del Instituto Mexicano de Rehabilitación, el ver que en la plenitud de su vida y de sus facultades físicas y psíquicas, con toda una gama de posibilidades desplegadas ante ellos en el tiempo y en el espacio, se ven repentinamente en una situación de inviolabilidad casi total que corta súbitamente sus posibilidades, creándoles una terrible crisis existencial, misma que produce un cambio no solo en su mundo -- sino también en el de las personas que directamente conviven con ellos, pues muchas de las actividades de tipo social, sexual o económico se ven limitadas, aunando a esto el cuidado o atención que requieran. En general, el deseo de conocer algo más de ellos para que su tratamiento se haga cada vez -- más efectivo y puedan lograr una verdadera realización, fueron algunos de -- los motivos que me llevaron a realizar esta investigación.

En vista de lo antes expuesto, se estudiará comparativamente la dirección de la agresión y otros aspectos tanto del paciente parapléjico como de la persona encargada directamente de su atención, independientemente del lazo familiar que los una.

Ahora bien, existen diferentes opiniones en lo que respecta a la definición de frustración y agresión.

Rosenzweig dice: "que existe frustración cada vez que el organismo encuentra un obstáculo mas o menos insuperable en la vía que lo conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera" (1\*)

La agresión es definida independientemente como un acto cuya respuesta meta es injuriar a un organismo (u organismo sustituto). En forma dependiente se define como la respuesta que sigue a la frustración. Dollard y Miller. (14)

Así mismo las consecuencias de la frustración son muy discutidas ya que algunos autores opinan que la ocurrencia de una situación frustrante, siempre presupone la existencia de conducta agresiva y viceversa. (Dollard y Miller, 1939). Cuando una persona tiene una experiencia frustrante, aparece -- una reacción agresiva, que podrá ser dirigida hacia el objeto que se considera la causa, ya sea este animado o inanimado, o bien desplazar esta agresión hacia alguna víctima inocente. Otros opinan que la consecuencia de la frustración sí puede ser la agresión, pero también puede ocurrir regresión, sustitución, represión y otras reacciones dependiendo de la experiencia previa del individuo, de sus características personales y de las circunstancias en que ocurra la frustración. (23).

En este estudio se observará la agresión como consecuencia de una situación frustrante, analizando su dirección, ya sea que ésta se encamine hacia el exterior en forma de injuria, al interior en forma de sentimientos de culpa o bien, que la situación frustrante se considere carente de importancia, --

1\* Test de Frustración Manual. Saul Rosenzweig. Ed. paidós. 1968.

para esto utilizaremos el test de frustración de Saúl Rosenzweig.

Para información sobre el ajuste familiar, personal, emocional y de salud de los grupos que se estudiarán se usará el Inventario de Ajustes de --- Hugh M. Bell. El Cuestionario 16 P. F. de Raymond B. Cattell nos servirá para obtener datos acerca de la frustración de los parapléjicos y de quien se encarga de su cuidado.

Es importante considerar que el estudio se realizará en el Instituto Mexicano de Rehabilitación situado en la Ciudad de México a partir del mes de abril de 1973.

Debido a la baja frecuencia de este tipo de invalidez, la muestra será reducida por lo cual los datos que se obtengan no podrán generalizarse, pero servirán para ayuda a estudios futuros y para conocer algo más de este tipo de pacientes, siendo su rehabilitación cada vez mejor con el deseo de que logren una verdadera realización.

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO

#### Conceptos Generales

- A) Paraplejia
- B) Definiciones de agresión
- D) Definiciones de frustración

## PLANTEAMIENTO

El ver que a partir de un accidente, de un momento inesperado, su vida cambia, toma un nuevo trayecto, pues muchas de las actividades de tipo social sexual y económico se ven limitadas debido a la lesión que sufrieron, que su medio ambiente cambia pues los familiares que se encargan de su cuidado sufren alteraciones en su vida.

Esto hizo que me interesara por conocer algo más del parapléjico y de quien se encarga de su cuidado, planteándose las siguientes interrogantes.

I Una persona que presenta paraplejía se puede considerar que está frustrada, que tiene un ajuste personal y social anormal.

Ante una situación frustrante el parapléjico muestra su agresividad con reacciones de cólera e irritación, difiriendo tal reacción de la que presenta el familiar que se encarga de su cuidado.

En el parapléjico la edad es una variable de importancia para determinar la dirección que tomará la agresión como consecuencia a una situación frustrante.

II Como soluciones tentativas a estos problemas, se plantean las siguientes hipótesis:

Hilgard, Atkinson y Atkinson afirman que un individuo se ha frustrado siempre y cuando su progreso hacia una meta deseada se ha obstaculizado. Para ellos un obstáculo puede ser la invalidez. (22)

### Hipótesis No. 1

En el parapléjico hay relación directa entre invalidez - frustración, es decir, se puede considerar que un sujeto está frustrado por el hecho de estar inválido.

Para McClelland hay un señalamiento de lo que la sociedad espera de cada quien y que el apartamiento de esta expectativa ocasiona generalmente una desadaptación. (19)

### Hipótesis No. 2

El parapléjico no presenta un ajuste normal en el área personal y social.

### Hipótesis No. 3

Como respuesta a una situación frustrante el parapléjico dirige su agresión hacia el exterior o sea extrapunitivamente (E) y el familiar encargado de su atención dirige tal agresión hacia el interior con emociones de remordimiento o culpa.

### Hipótesis No. 4

Existen diferencias importantes en cuanto a la dirección de la agresión entre el parapléjico y el familiar, ya que es diferentes el obstáculo que les impide llegar a ciertos objetivos.

### Hipótesis No. 5

El parapléjico que se encuentra entre los 15 y 40 años, dirige con mayor frecuencia su agresividad hacia el exterior debido a que está en el período de formación y planteamiento de objetivos o bien en la etapa de realización de éstos, mientras que la agresión en pacientes mayores será dirigida hacia el interior, ya que es ésta la época en donde las potencialidades físicas decrecen y si el sujeto no ha logrado sus objetivos o no es una persona productiva, puede sentir que su lesión le hace depender más de quien le rodea siendo una carga para ellos, por lo que pueden aparecer emociones de culpabilidad o remordimiento propios de las respuestas intrapunitivas.

III La investigación se llevará a cabo en el Instituto Mexicano de Rehabilitación situado en la Ciudad de México, a partir del mes de abril de 1973.

La selección del grupo de parapléjicos se hará al azar, citando a toda persona con este tipo de invalidez que se encuentre en los pasillos, en consulta o en algún otro servicio del Instituto. El grupo de familiares que se encarguen del cuidado del parapléjico, se establecerá al seleccionar al paciente.

Las variables que se controlarán son las siguientes:

- 1.- Que el sujeto aún no esté rehabilitado
- 2.- Se seleccionará a pacientes que estén por recibir sus dispositivos ortopédicos o bien que estén practicando la marcha.
- 3.- Los pacientes podrán ser externos o estar internados en el Instituto.
- 4.- Solo se aceptarán pacientes de la República Mexicana.
- 5.- Que la causa de la invalidez sea de origen traumático
- 6.- Que no presenten alguna debilidad motriz en miembros superiores.

- 7.- Se descartarán pacientes parapléjicos por traumatismo a los que se les haya practicado amputación de miembro o miembros inferiores o a los que se les haya informado que se les practicará tal amputación.
- 8.- Será requisito tanto para el paciente como para el familiar el saber leer, no así el saber escribir, (por ser necesario que lean los ítems de las pruebas que se utilizarán)
- 9.- Se descartará a pacientes cuyos familiares sean analfabetos.
- 10.- La edad será de 14 años en adelante debido a que el Test de Frustración para adultos se administra a partir de esta edad.
- 11.- El sexo y la ocupación no serán variables a controlar debido al escaso número de pacientes con esta invalidez que asisten a tratamiento.
- 12.- Se descartará a pacientes atendidos en clínicas ya que por lo general éstos están abandonado o semi-abandonados por sus familiares.

Se entrevistará a todo parapléjico atendido en el Instituto Mexicano de Rehabilitación, haciendo la selección en base a las variables establecidas.- La entrevista se hará también con el fin de conocer al paciente y crear una atmósfera de tranquilidad y confianza propicia a la aplicación de las pruebas psicológicas con las que se trabajará, tratando de que el paciente no se sienta forzado o incómodo.

No se les informará del motivo del estudio, para que el paciente considere este como parte de su plan rehabilitatorio pues de lo contrario no asistiría a las citas, dando mayor importancia a las otras actividades que dentro del Instituto realiza.

No habrá control en cuanto a la hora o lugar de aplicación de las pruebas ya que se respetará las horas en las que el paciente tenga que pasar e hidroterapia, fisioterapia, consultas médicas o psicología por considerar que es esencial que prosigan su tratamiento rehabilitatorio. Debido a esto se -- trabajarán también en horas no hábiles dentro del Instituto, ya sea por las tardes o sábados y domingos.

El lugar variará de acuerdo al día; si la aplicación de las pruebas se realiza de lunes a viernes, se hará en un cubículo dentro de la sección de consulta del instituto, en donde variables como el ruido o la luz no podrán ser controladas.

Si se trabajara durante la tarde o el fin de semana, la aplicación de las pruebas se llevará a cabo en el hospital de dicho Instituto.

A los familiares se les citará durante la mañana a una hora que no in--

terfiera con sus labores se harán visitas a domicilio en caso necesario a cualquier hora en que se pueda encontrar al familiar.

La aplicación de las pruebas será hecha en forma individual, no pudiendo establecer un número determinado de sesiones, ya que este dependerá de las condiciones físicas del paciente y de las ocupaciones de los familiares.

IV Los instrumentos que se utilizarán para la comprobación de las hipótesis son los siguientes:

El Test de Frustración de Saul Rosenzweig que se compone de una serie de 24 láminas en forma de historietas que representan a dos personas envueltas en una situación frustrante.

Este test se basa en el supuesto de que el sujeto inconsciente o conscientemente se identifica con el individuo frustrado y proyecta sus sentimientos en cada respuesta. Esta prueba nos indica hacia donde dirige su agrasión el individuo ante una situación frustrante, ya sea en forma extrapunitive, intrapunitive e impunitiva.

Otra de las pruebas a usar es el Inventario de Ajustes de H. M. Bell con el cual se tratará de obtener más información de la persona respecto a lo que piensa y siente acerca de sus relaciones familiares, del funcionamiento de su cuerpo, de su ajuste personal y emocional.

En resumen el Inventario de Ajustes es un reporte de los ajustes de la vida del individuo como han sido experimentados.

La tercera prueba que se utilizará es el Cuestionario 16 P. F. de Raymond B. Cattell. Entre los 16 factores de la personalidad que analiza, nos dará información acerca de si una persona está frustrada o no.

V Para la comprobación de las hipótesis se utilizará el método estadístico que en este trabajo únicamente se maneja en el primer nivel de análisis, el descriptivo.

No se administrará un tratamiento experimental a un solo grupo, por lo cual no tendremos grupo experimental ni grupo control.

Tanto al grupo formado por parapléjicos como al grupo de familiares encargados de su cuidado se les aplicarán las mismas pruebas y se controlarán las mismas variables, excepto las que correspondan a la invalidez ya que los familiares no la presentan.

VI Es de sentir que no será posible generalizar los datos que se obtengan en este estudio, debido a que la muestra estadística es muy reducida, por la baja frecuencia de este tipo de invalidez y por la selección que se hizo pa

re controlar las variables indicadas.

Sin embargo los datos que se obtengan en este trabajo podrán ser de ayuda a estudios futuros que nos darán mayor información sobre el tema.

Para la realización del planteamiento se tomó en cuenta el libro de McGulgan. (29)

## CONCEPTOS GENERALES

### A PARAPLEJIA

Como punto primero veremos algunas de las características de la paraplejia ya que este estudio se realizará con personas que presentan este tipo de invalidez.

1) Etimológicamente la palabra paraplejia viene del griego para, al lado y plessein, golpear. Refiriéndose a parálisis de dos mitades simétricas del cuerpo, cuando no se dan más detalles se sobre-entiende que se trata de la parálisis de los miembros inferiores. (15)

El paciente parapléjico presenta pues, parálisis de miembros inferiores, asociada con pérdida de la sensibilidad y pérdida del control de la vejiga y del intestino, proviniendo tal incapacidad de lesiones situadas en los segmentos dorso-lumbares de la médula espinal (ver esquema No. 1)

II) Otras causas de la paraplejia además de las traumáticas son las siguientes: (20)

- 1.- Transtornos producidos en la médula
  - a) lesiones degenerativas vasculares de la médula
  - b) degeneraciones esenciales de la estructura nerviosa (por lo general de origen obscuro)
  - c) tumores medulares, benignos o malignos
- 2.- Transtornos producidos fuera de la médula
  - a) presiones sobre la médula por colapso vertebral
  - b) enfermedad de Paget
  - c) tumores de las meninges o tumores vertebrales
- 3.- Enfermedades nerviosas
  - a) mielitis transversa
  - b) esclerosis en placas
  - c) siringomelia
- 4.- Defectos de desarrollo como la espina bífida y mielomeningocele

## 1e. (1\*)

La falta de técnicas modernas motivaban la mortalidad de estos pacientes en forma extraordinaria, se reporta que en la Primera Guerra Mundial de 400 soldados con paraplejía, el 90% murió durante el primer año y que en la Segunda Guerra Mundial de 465 parapléjicos, sólo el 13.1% falleció de sus lesiones. (16)

En el Instituto Mexicano de Rehabilitación el equipo formado por médicos, enfermeras, psicólogas, fisiatras, terapeutas ocupacionales, consejeros, trabajadoras sociales, orientadores vocacionales y demás personal, colaboran cada quien en la medida de sus posibilidades para lograr, no solo que el paciente salve su vida sino que con sus potencialidades residuales se adapte al medio ambiente y sea considerado dentro de éste como una persona productiva.

Para información acerca de los pacientes parapléjicos atendidos en el -- Instituto Mexicano de Rehabilitación de 1960 a 1972, ver Apéndice A. Se informa sobre la edad, sexo, experiencia laboral, escolaridad y estado civil de estos pacientes.

Se analiza cuales fueron las causas más frecuentes que les provocaron la invalidez, encontrándose con mayor porcentaje las traumáticas sobre todo por arma de fuego. Debido a esto, el estudio se realizará tomando en cuenta únicamente a pacientes que presenten paraplejía de origen traumático.

III) La médula espinal es un haz de nervios que va del cerebro a los músculos, la piel y órganos internos, Está alojada en un canal que discurre entre las vértebras, éstas están separadas por los discos intervertebrales y cada vértebra presenta un túnel que forma el canal espinal a través del cual pasa la médula una vez que deja el cerebro. O sea que es una parte del Sistema Nervioso Central que se halla alojada en el conducto vertebral. (33)

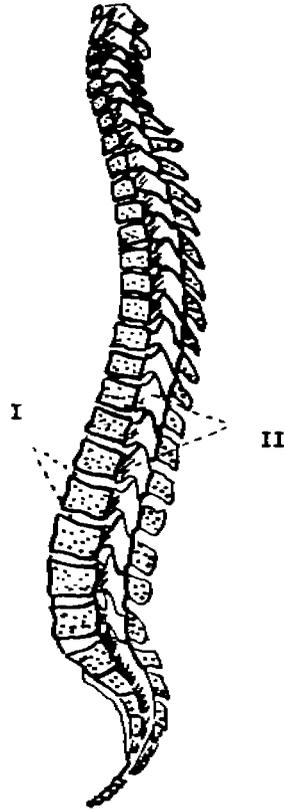
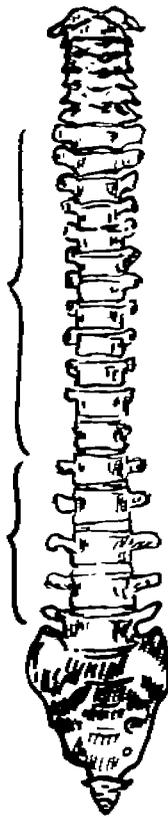
Entre cada vértebra y cada lado de la médula espinal, salen dos nervios llamados raíces, de los cuales uno controla los movimientos musculares y el otro transmite las sensaciones corporales. Si la médula se corta, las raíces pierden conexión con el cerebro pero no así con el extremo inferior de la médula, por lo que se presenta una serie de reflejos o espasmos.

IV) Una lesión bilateral de la vía motora provoca paraplejía; si la lesión ocurre en la neurona central, la paraplejía será espasmódica, o con flaccidez si la lesión se encuentra en la neurona periférica. (2)

Nota: (1\*) "Los parapléjicos pueden existir desde el nacimiento, tenemos parapléjicos congénitos". Dr. Alfonso Tehén Zamudio. Conferencia sobre paraplejía en la Asociación Mexicana Psicoanalítica, 1973.

Vértebras torácicas o dorsales

Vértebras lumbares



Columna Vertebral

I discos intervertebrales  
II conducto vertebral

izquierda: aspecto ventral  
derecha: aspecto lateral

### Paraplejia fláccida.-

Como ya vimos, resulta de una lesión bilateral de la neuroma motriz periférica, que puede radicar a nivel de la médula o a nivel de los nervios periféricos. De aquí la siguiente división: (15)

- 1.- paraplejia fláccida medular
- 2.- paraplejia fláccida neurítica

La primera se caracteriza por parálisis de los miembros inferiores, impotencia absoluta, flaccidez, parálisis de los esfínteres, arreflexia profunda, anestesia total hasta el límite que corresponde a la lesión, fenómenos tróficos de aparición precoz (atrofia muscular considerable de los músculos paralizados, escaras sacras o glúteas y ampollas).

La parálisis de los esfínteres, en el primer momento origina retención de orina y materias fecales, convirtiéndose luego en incontinencia; por esta razón frecuentemente hay infección urinaria.

En la paraplejia fláccida neurítica, el cuadro clínico no es el de una paraplejia completa, pues los músculos de los miembros inferiores no están todos atacados de la misma manera por la parálisis, los reflejos profundos están abolidos. No hay trastornos esfinterianos, lo que es un hecho fundamental para diferenciarla de la paraplejia fláccida de origen medular. (2)

Entre las causas de las paraplejas flácidas tenemos las secciones completas o totales de la médula, determinadas por un traumatismo, como fractura de la columna vertebral o una herida por bala en la médula, también se pueden presentar por compresión brusca.

En la compresión medular brusca, se distinguen dos fases, una inmediata o de shock medular que se caracteriza por una paraplejia fláccida absoluta, con abolición completa de reflejos. La otra fase es tardía en donde aparecen ciertos fenómenos del automatismo medular, a veces reaparición de los reflejos tendinosos abolidos presuntamente y aún exageración de los mismos, a veces también se recupera el tono muscular, pero persiste la parálisis, la anestesia y los trastornos tróficos.

Si la compresión no es total, puede observarse la reaparición de algunas manifestaciones de la sensibilidad y la restauración incompleta de esfínteres.

### Paraplejia espástica.-

Se caracteriza por la parálisis de los miembros inferiores con espasticidad o hipertonía marcada. El grado de la parálisis es variable, puede ir desde la paresia leve a la parálisis más acentuada. La iniciación puede ser gra-

dual o pasando previamente por una fase de paraplejía flácida. El paciente -- con paraplejía espástica acentuada tiene por lo general los miembros inferiores en extensión, los músculos y rodillas juntos y apretados, los pies en -- equinismo y las masas musculares duras oponiendo resistencia a los movimientos pasivos. Los reflejos de automatismo medular están habitualmente exagerados. Existen perturbaciones esfinterianas leves o marcadas; retención de orina, constipación e incontinencia. Existen trastornos sensitivos ligeros.

La paraplejía en lugar de ser en extensión, puede ser en flexión, en cuyo caso, las piernas se encuentran flexionadas sobre el muslo, en lugar de -- extendidas.

Si la lesión medular que se produce es incompleta, ya sea en traumatismo o en alguna otra causa de la paraplejía, después de un período de paraplejía flácida pasará a la paraplejía espástica, con caracteres particulares -- dependiendo de la altura de la lesión.

#### Paraplejía intermitente.-

Esta es transitoria, dura algunos minutos u horas y luego desaparece para reaparecer más tarde. Depende de trastornos circulatorios de la médula.

En ocasiones la interrupción de las vías sensitivas y motoras con el cerebro es sólo temporal debido a inflamaciones que causan presión sobre la médula. (1)

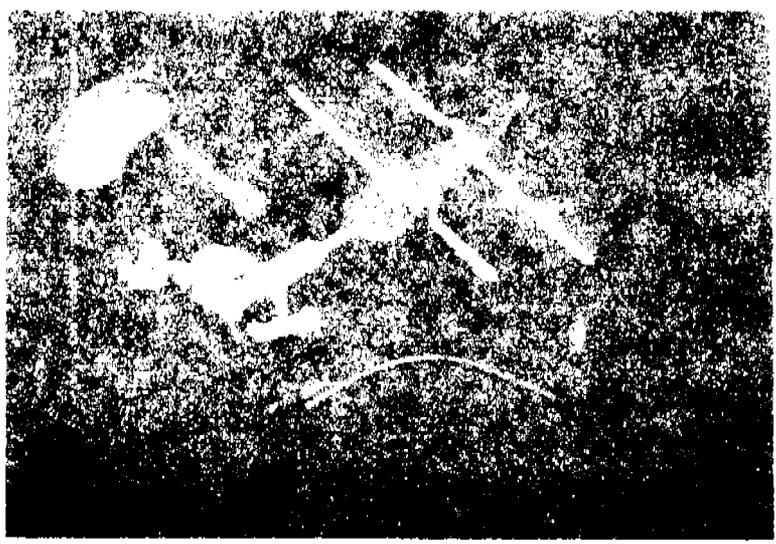
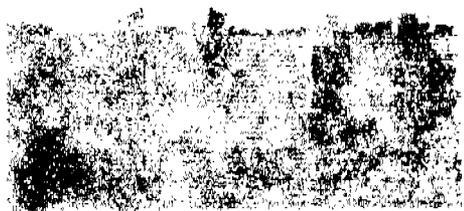
#### Paraplejía funcional.-

No presenta ninguna lesión demostrable en el aparato neuromotor. Su tipo es la paraplejía histérica que puede ser flácida o espástica. No se presentan trastornos esfinterianos ni tróficos.

Es importante conocer el nivel de la lesión medular, pues sabiéndolo, -- conoceremos cuales son los músculos que siguen conectados por medio de sus nervios con el cerebro y podrá predecirse qué tipo de actividades aún se -- realizarán.

En la lesión a nivel del primer segmento dorsal, encontramos integridad completa de miembros superiores, existiendo disminución de la reserva respiratoria y ampísima pérdida del equilibrio corporal (no hay equilibrio de -- tronco). Se puede lograr total dominio de las actividades en el interior de la casa, así como pasar de la cama a la silla y viceversa, sin ayuda; asearse, alimentarse, con poca ayuda vestirse y colocarse el aparato. Podrá realizarse una marcha de relativa eficiencia para distancias cortas con solo ayuda para lograr la posición erecta. (20)

Para pacientes con lesión de la médula espinal por arriba de la décima-



vertebra dorsal, se utilizará el soporte raquídeo de Knight o el corset de Taylor unido a soportes bilaterales largos para pierna. (ver fotografías)

Si la lesión se localiza en el sexto segmento dorsal, en relación con el caso anterior, el paciente tiene mayor fortaleza muscular incrementada -- por los músculos intercostales y dorsales, con los que la estabilidad y la reserva respiratoria aumentan considerablemente. El paciente puede lograr in dependencia en relación con los cuidados propios y también una marcha eficaz con ayuda de los dispositivos ortopédicos, que podrá ser un aparato bilate- ral con cinturón pélvico.

Quando la lesión se presenta en el cuarto segmento lumbar, no es neces- rio el uso de amplios dispositivos ortopédicos aunque estos son necesarios - para impedir deformaciones, al igual que el uso de muletas.

V El paciente parapléjico requiere de una serie de cuidados como son - los siguientes: (37) .

a) Cuidados de la piel

El paciente debe voltearse cada dos horas por lo menos, de día y de noche para prevenir úlceras por decúbito. El baño y el uso de aceite o talco es necesario.

b) Mantener la movilidad articular

Las articulaciones de las extremidades afectadas deberán moverse en su arco completo dos veces al día. Para mantener al paciente en una posición adecuada, se usarán tablas para pies, almohadas, bolsas de arena, etc.

c) Ejercicios terapéuticos

Los músculos que el parapléjico usará para caminar con muletas o so- portes, deberán ser fortalecidos por medio de ejercicios como son:

- 1.- ejercicios entre las paralelas
- 2.- ejercicios en la cama
- 3.- ejercicios en la silla de ruedas
- 4.- equilibrio sobre las rodillas o a gatas. (44)

d) Fármacos

Deben evitarse los medicamentos que produzcan habituación.

e) Alimentación.

Es indispensable una dieta rica en calorías y proteínas.

## f) Posición de pie en período temprano.

Cuando ha ocurrido la lesión medular irreversible debe ponerse al paciente en posición erguida lo antes posible con el fin de evitar infecciones genitourinarias.

## g) Actividades cotidianas

Se le enseña al paciente a satisfacer sus necesidades diarias como asearse, vestirse, colocarse los dispositivos ortopédicos y caminar.

Dentro de la etapa de rehabilitación, es en el Departamento de Terapia Ocupacional en donde se les enseña las actividades de la vida diaria. (32)

VI Tenemos dos complicaciones muy molestas para estos pacientes el dolor y el espasmo, (37) El dolor puede referirse a áreas que experimentaron anestesia y analgesia por la lesión medular, de manera que la sensación dolorosa aumentada se presenta en una zona en que no puede apreciarse la aplicación de estímulos dolorosos. Así mismo, el espasmo en parapléjicos traduce el movimiento involuntario excesivo de músculos que no pueden moverse voluntariamente. Los espasmos llegan a ser el mayor problema de algunos pacientes, impidiéndoles la marcha. Hay varios procedimientos para evitar los espasmos entre ellos tenemos la risotonía que consiste en seccionar todas las raíces nerviosas anteriores.

Otro de los problemas es de tipo urológico, tendiendo el paciente hacia la destrucción renal, En período temprano puede haber infección y pérdida gradual de la función del riñón. (37)

Después de lesiones traumáticas de médula espinal, completas o incompletas, la vejiga entra en un estado llamado de shock espinal, durante este período la víscera carece por completo de función, y se vacían periódicamente pequeños volúmenes de orina, solo porque la fuerza mecánica excede de la resistencia externa. Esta etapa puede durar de varias semanas a 18 meses o más dependiendo de la altura de la lesión. Se han elaborado algunos dispositivos con el fin de regular las micciones espontáneas, por ejemplo la sonda de Foley y el orinal, los cuales vemos en la fotografía No. 2. (37)

Respecto al adiestramiento intestinal tenemos que éste está encaminado a establecer un régimen regular de evacuación y a prevenir el estreñimiento. Esto se logra atendiendo los siguientes pasos:

- a) cuidar que las dietas que ingiera el paciente, sean de las llamadas líquidas.
- b) establecer una hora más o menos fija para realizar las evacuacio--

nes, valiéndose de supositorios.

c) que el paciente no descuide sus ejercicios.

d) evitar el uso de laxantes.

VII Entre las complicaciones tenemos:

Las úlceras por presión.-

Es muy frecuente que las presenten en diversas partes del cuerpo, principalmente en las prominencias óseas como los codos, rodillas, talones, etc.

La presión y la falta de movimiento hacen que la piel sufra una isquemia prolongada, que facilita la acción destructiva de los microbios. La presencia de escaras que son lesiones necróticas destructivas de la piel y del tejido celular subcutáneo, generalmente dependen de falta de cuidados minuciosos del paciente, aunque a veces pueden desarrollarse a las pocas horas o días de instalada la paraplejía.

La infección en las vías urinarias altas, suele ser la primera en manifestarse en el paciente parapléjico, seguida de la aparición de cálculos renales.

Un punto a tratar, también, son las amputaciones, éstas suelen estar indicadas cuando un estado patológico lo exija, afectando emocionalmente al paciente a pesar de que su miembro carezca de movimiento y sensibilidad. (37)

Respecto a la función sexual tenemos que en el hombre la lesión medular origina impotencia parcial o total, dependiendo del nivel de la lesión.

Desde los puntos de vista anatómico y fisiológico, el papel de la mujer en la esfera sexual, es más pasivo que el del hombre y la incapacidad física no disminuye su receptividad,

Por razón de los trastornos de la sensibilidad, el orgasmo vaginal y el clítorideo puede ser imposible, pero no impide la satisfacción sexual. Así mismo, no siempre hay esterilidad, se conocen parapléjicas que se han embarazado y han dado a luz niños normales. Mientras que el parapléjico hombre ha perdido la capacidad de reproducción porque es incapaz de penetrar a la mujer y colocar en ella los elementos necesarios para esto.

VIII Una vez presentado el esquema físico de este tipo de pacientes, veremos algunas de sus características personales, las cuales son muy variables, dependiendo en cada caso de la estructura primaria de la personalidad, de la historia previa del sujeto y de las circunstancias en las que se encuentre.

Según el Dr. Rafael González Mas(20) el parapléjico después del accidente pasa por una fase de desesperación, seguida por otra de alivio al encontrarse vivo y una tercera de depresión, la cual logrará superar de acuerdo a su estructura psíquica, a tal superación ayuda la rehabilitación.

Algunos factores que determinan el tipo de reacción que el paciente tendrá ante la nueva situación, serán los siguientes:

a) edad

Más que la edad en sí, es importante la etapa vital por la que atraviesa el paciente al sufrir la lesión. Será diferente la reacción de un paciente joven a la de un anciano, el primero sentirá que sus potencialidades se redujeron estando en la plenitud de su vida y de sus facultades físicas; mientras que el anciano, por la misma edad, siente reducidas sus energías y tiene un impulso menor hacia la actividad.

b) sexo

Toda la tradición que pesa en nuestra sociedad mexicana acerca de las funciones que corresponden a uno y otro sexo, consideran al hombre como elemento de mayor acción o actividad, y a la mujer como un ser que tiende a desarrollar un rol pasivo.

En el núcleo familiar, el hombre viene a ser por lo general el pilar y la base sólida del hogar, puesto que es el responsable de proporcionar lo necesario al sostenimiento de la familia. Usualmente para esto, realiza labores fuera del hogar. Mientras que la mujer asume el cuidado de la casa y más directamente la educación de los hijos. En base a la divergencia de actividades que realizan uno y otro sexo, la reacción ante la invalidez presentará diferente problemática, según el grado de obstaculización que encuentren para lograr sus objetivos. Por ejemplo, un hombre parapléjico podrá sentir que su autoridad dentro del hogar decae debido a lo que implica su invalidez.

c) estado civil.

En el paciente parapléjico casado aparece un estado de inseguridad provocado por la incapacidad de satisfacer sexualmente a su pareja. Este estado en ocasiones va acompañado del temor de ser abandonado.

Algunos estudios han demostrado que los parapléjicos impotentes experimentan más depresión, alejamiento y trastornos emotivos que los que conservan la potencia.

Esto es uno de los factores más significativos, ya que ellos se sienten inadecuados para satisfacer su papel como hombres, siendo una pareja inaceptable para la esposa e incapaces de ser padres, por lo mismo tienden a conside-

rar su cuerpo como un organismo inservible y mal funcionante. Pueden presentarse en los hombres casados ideas paranoicas celotípicas muy difíciles de desarraigar. (20)

En la mujer no sólo se presentan los problemas de ser atractiva y aceptable sino también preocupa la posibilidad de tener hijos.

El paciente soltero aunque desea la compañía de personas del sexo opuesto, en ocasiones evita involucrarse emocionalmente por el temor de ser rechazado. Frecuentemente estos pacientes al sufrir la lesión, rechazan a la pareja, algunas veces bruscamente; el evitar que hagan esto con ellos puede impulsarlos a tal acción.

Observé en las entrevistas que el paciente parapléjico en su mayoría deja de practicar toda clase de contacto sexual, como si quisieran hacer a un lado ese aspecto, sintiéndose imposibilitados para ello.

En mi opinión, el paciente tiene derecho a buscar su placer y hay sustituciones del coito las cuales podrán practicar con dos fines, tratar de dejar satisfecha a la pareja y conseguir una realización "completa" de placer simplemente al darlo. Para lograr un ajuste en ésta área, se necesita amor y comunicación entre la pareja, para decidir y practicar diversas formas de relación sin considerarlas desviaciones sexuales.

"Cualquier acto que dentro del lecho conyugal estimule el placer sexual, sin perjudicar a nadie es permitido y deberá ser libremente ejecutado" (26)-pág. 98.

#### d) ocupación

Al analizar la ocupación anterior del paciente se determinará si ésta puede o no ser realizada, en base a sus capacidades residuales. No podemos pasar por alto las diferencias existentes en términos de un futuro ajuste ocupacional debido a la pérdida de movimiento en ambos miembros inferiores.

Los pacientes que realizaban anteriormente una actividad en la que se necesitaba predominantemente la fuerza y el vigor físico, ameritarán un reacomodo, que implica, la mayoría de las veces un nuevo adiestramiento ocupacional y el adaptarse a una nueva situación laboral.

#### e) nivel económico.

El nivel económico - cultural también matiza la reacción emocional por la diferencia de recursos internos o materiales de que disponga el paciente. En un nivel económico bajo, además de la problemática que en sí engendra la invalidez, estará la preocupación por subsistir.

El problema económico se proyecta hacia un futuro incierto.

## f) lugar de procedencia

Habrá diferencia entre un paciente que radique en el Distrito Federal - a uno que radique en provincia, teniendo cada uno sus características propias, por ejemplo:

El deambular podrá ser mas fácil en un lugar tranquilo, en donde haya - poco tránsito y el número de habitantes sea reducido, en comparación con un lugar en donde todo es agitación. Sin embargo, en un lugar muy habitado en - donde todo es actividad, el tiempo parece que marcha más de prisa y las distancias entre un lugar y otro son mayores, por estas razones la gente está - siempre muy ocupada y pone poco cuidado en conocer quien vive en su misma -- cuadra o quizá al lado de su casa, por lo que será más fácil que el paciente parapléjico pase un tanto desapercibido y no se convierta en el centro de -- atención y comentarios.

Encontramos problemas tales como la sobre-protección o el rechazo de -- parte de los familiares. Ambos factores afectan el proceso rehabilitatorio, - en el primer caso, reafirman la situación invalidante con lo que evitan que el paciente se desenvuelva por sí mismo y cree un estado de dependencia ha-- cia ellos, en muchas ocasiones, utilizan su invalidez para conseguir lo que-- desean sin gran esfuerzo, manipulando las situaciones.

Cuando la dependencia ha tenido un papel importante en la historia del - paciente, el tratamiento rehabilitatorio es mucho más difícil. La incapaci-- dad se adapta a la manera infantil e inmadura de ver la vida y se utiliza no como una ayuda para aliviar la ansiedad, sino también como muleta para una ma-- nera de vivir. Al quedar satisfechas las necesidades de estos pacientes au-- mentan las exigencias porque nunca quedarán satisfechos. (37)

Según el Dr. Gonzalo Vázquez Vela, Director Médico del Instituto Mexica-- no de Rehabilitación, la sobre-protección se presenta en la mayoría de los-- casos, sobre todo en los pacientes inválidos que conservan a sus padres, mien-- tras que el problema de rechazo inmediato es en el aspecto matrimonial pero-- no en la familia.

En ocasiones el rechazo puede ocasionar que el paciente se sienta inseg-- vible e inútil perdiendo algunas veces el interés por rehabilitarse, ya que-- son incentivos indispensables el saberse "importante" para alguien o el sen-- tirse "aceptado" por el grupo.

Otro factor, es la incontinencia de esfínteres, que presupone para el - paciente en primer lugar la adquisición de la categoría hospitalaria y social de "sucio" y en segundo lugar un aumento de dependencia más íntima con otras personas: enfermera, madre, esposa, etc., con lo cual se acrecenta en él el - temor a las relaciones sociales y el aislamiento. (20)

Vemos con todo esto que la paraplejia causa invalidez física, restringiendo o anulando una o varias de las actividades físicas de la vida diaria que realiza el hombre según su edad, sexo y constitución, mientras que la invalidez psíquica en donde se alteran las actividades del pensar, querer y sentir, se pueden alterar como consecuencia de la invalidez física. (19)

Una vez presentadas las condiciones físicas y algunos aspectos personales y ambientales de estos pacientes, recordemos a Mc Cielland (43) que nos dice que hay un señalamiento de lo que la sociedad espera de cada quien y que el apartamiento de esta expectativa ocasiona generalmente una desadaptación. El concepto del papel que nos corresponde dentro de nuestro grupo es de suma importancia pues es el punto de contacto y enlace más funcional entre un individuo y el grupo. Este papel varía en función del sexo, edad, ocupación, etc. y es la sociedad la que fija sus características. Al quedar inválido el sujeto necesitará de un proceso de adaptación en donde nuevas metas o nuevas formas de realización serán fijadas.

## B Definiciones de agresión

Escribir sobre la agresividad humana, es difícil, ya que el término se emplea en muchos sentidos diferentes, y una dificultad reside en que no existe una línea divisoria clara entre las formas de agresividad que todos lamentamos y aquellas que no podemos repudiar si hemos de sobrevivir.

Existe una discusión considerable acerca de si la agresividad es un impulso innato, instintivo, que, como el instinto sexual, trata de expresarse espontáneamente, o si por el contrario, es una respuesta a circunstancias exteriores adversas y en absoluto instintiva.

Se expondrá un panorama de las diferentes opiniones que sobre agresividad se han dado.

Las teorías psicoanalíticas o neopsicoanalíticas casi en su totalidad dan importancia al período crítico de la temprana niñez en el desarrollo de las tendencias agresivas permanentes.

Las ideas de Sigmund Freud (6) (38) (30) sufrieron cambios considerables los cuales pueden dividirse en tres fases. En la primera Freud estaba interesado en la libido y en el desarrollo psicosexual. El análisis sobre la libido quitó importancia a la agresión apareciendo sólo en relación con las etapas del desarrollo psicosexual. (Abraham D. Sperting en *Psicología Simplificada*, México 1966, Compañía General de Ediciones, S. A. dice: Libido, término que significa el total de las energías que tiene disponible una persona. Específicamente este término se aplica generalmente a la energía sexual.

En la siguiente fase, Freud investigó los "instintos del ego" y los impulsos no libidinosos tuvieron un papel muy importante en sus formulaciones. Aquí, le interesen más las finalidades de los instintos que su origen. Así pues (La finalidad general de los instintos del ego fue la autoconservación y el elemento principal de tales instintos fue la agresión.

El origen de los impulsos agresivos no fue biológico, como sucedió con los impulsos sexuales, sino que se originaron en la tendencia de autoconservación del ego para "golpear" a todo lo que amenace o niegue su satisfacción. Este concepto fue adoptado por el grupo Yale expresándolo en la hipótesis -- frustración - agresión, 1939.

La teoría final de Freud sobre la agresividad, la cual se vio influenciada por la destructividad de la Primera Guerra Mundial supone la existencia de un instinto de muerte, lo que representa el deseo del organismo de volver al estado de la nada de donde emergió. Este instinto se opone al instinto de vida, que consiste en las tendencias de libido y autoconservación. La finalidad de-

estos instintos es reducir la tensión. El instinto de vida procura una liberación de la tensión sexual y el instinto de muerte de la tensión del simple vivir.

La historia de la vida de cada individuo se puede interpretar como la lucha entre los instintos de vida y los de muerte, terminando, cuando el instinto de vida ya no es capaz de oponerse al instinto de muerte. De acuerdo a la teoría de Freud, la agresión es una "reacción primaria" a la frustrante búsqueda del placer o a las respuestas para evitar dolor. La frustración consistía primeramente en el bloqueo de fuerzas libidinales. (30)

/ Cuanto más fuerte es el instinto de muerte, más necesario es que la --- agresión sea dirigida hacia el exterior, pues de no ser así, se volcará hacia el organismo apareciendo las tendencias autodestructivas. El instinto -- destructivo deriva del instinto de muerte, así como el instinto sexual del instinto de vida. /

La teoría de Freud del instinto de muerte, dividió a los psicoanalistas en tres campos; un grupo aceptó totalmente sus ideas, otro, solo aceptó que la agresión es un instinto de igual importancia que la libido, y el tercer grupo, consideró a la agresión como reacción y no instintiva. /

/ Anthony Storr (38) encontró que: "no hay nada, ni siquiera en la obra más tardía de Freud, que apoye la idea de un impulso agresivo primario positivo, y de ahí que no haya nada que se oponga obviamente a la idea de que alguna especie de frustración es siempre previa a la agresión" /

Hartmann, Kris y Loewenstein, 1949

Formularon su teoría de la agresión como un instinto independiente. --- Ellos aceptan la índole instintiva pero rechazan la idea general de un instinto de muerte, diciendo que el instinto agresivo no es la pulsión básica del anterior, sino que los impulsos agresivos son manifestaciones de una primera e independiente pulsión agresiva. Por medio de la herencia biológica, el hombre adquiere los instintos agresivos por lo cual son reacciones innatas y tanto el sexo como la agresión, proveen vapor haciendo que el mundo siga adelante. (46)

El impacto de la agresión puede ser modificado por cuatro procedimientos o procesos, según estos autores:

- 1.- El impulso destructivo puede ser desplazado del "objeto" original a objetos que no se desquitan.
- 2.- Las finalidades de la agresión pueden verse limitadas por una reducción de la intensidad del acto.

- 3.- La agresión puede ser sublimada y encausada por canales socialmente aceptables.
- 4.- Puede haber una fusión de la agresividad con la líbido.

Refieren que la energía agresiva sólo tiene dos caminos: (6)

- 1.- la descarga
- 2.- la internalización que puede seguir tres pasos:
  - A) Puede ser neutralizada por el ego, dejando intacta la integridad del individuo.
  - B) Puede ser utilizada por el superego para atacar el ego por medio de los sentimientos de culpa
  - C) Puede convertirse en una fuente de impulsos autodestructivos.

Este paso revela una diferencia entre la doctrina del instinto de muerte y la del instinto agresivo. Para la doctrina del instinto de muerte existe un masoquismo primordial que de alguna forma debe volcarse hacia el exterior contra otros; la doctrina del instinto agresivo dice, que existe una -- agresividad primigénea contra otros, que puede volcarse hacia dentro bajo -- ciertas circunstancias.

Así pues las manifestaciones agresivas van a estar íntimamente relacionadas con las diferentes etapas del desarrollo y su expresión va a estar vinculada con la energía libidinosa.

Alfred Adler (6)

Vió a la agresividad como un impulso (instinto) hacia la "pelea" por la satisfacción de todas las necesidades, un impulso no limitado a un solo órgano. El impulso agresivo puede ser canalizado hacia diversas formas de expresión como la fantasía, la caridad o creatividad.

Diffiere de Freud, opinando que el sexo no es más importante que la agresión. Cree que el "afán de superioridad" era la motivación dominante de los seres humanos, lo cual modificó en 1908, sugiriendo que podía existir un -- instinto de agresividad primario; posteriormente lo expresó como una "voluntad de poder" lo cual fue reemplazado por el "afán de superioridad". Para Adler, la fuerza motivadora de la conducta es el deseo de superioridad, llamando a la agresión al "deseo de poder".

## Carlos Gustavo Jung (6)

Agrupó a los instintos de vida y muerte en un solo impulso: libido. Este impulso sólo se diferencia en sus manifestaciones en polos opuestos. Puesto que la libido es dinámica, cuando un aspecto no funciona, el contrario debe operar; cuando no puede crear, debe destruir.

A diferencia de Freud, Jung partía de un solo impulso, del cual emergen los polos opuestos de los instintos de vida y de muerte.

## Karen Horney (1939 - 1945)

Rechazó los instintos de muerte y agresión. Atribuyó la agresividad a la respuesta del individuo a la "ansiedad básica", éste da el motivo esencial para las demás tendencias. Consideró que era "el sentimiento que un niño tiene de sentirse aislado y sin ayuda en un mundo potencialmente hostil". La respuesta a este sentimiento puede ser el moverse hacia la gente, el moverse en su contra o alejarse de ella. El individuo que se mueve contra la gente tiene una personalidad agresiva. (6)

Así pues, la "ansiedad básica" surge del conflicto de hostilidad y dependencia en las primeras etapas de la vida, siendo el rechazo el punto de partida de la hostilidad.

## Melanie Klein

Opina que en todo recién nacido existe un conflicto innato entre el amor y el odio, el cual existe desde el momento del nacimiento o quizá desde antes. Cree que la "capacidad de experimentar amor e impulsos destructivos, en cierta medida, constitucional, aunque su fuerza varía individualmente y se halla en interacción desde el principio con las condiciones externas". (38)

Para ella, estos impulsos se derivan de una reorientación del instinto de muerte hacia el mundo exterior. Se refiere a la agresividad en términos de ambición, envidia, odio y resentimiento, dando muy poca atención a los conceptos pasivos.

## Mc. Dugall (4) (14)

Para él, la conducta humana se basa en tendencias motivacionales innatas, las que pueden verse modificadas por el aprendizaje aunque estas tendencias no son aprendidas. Señaló el fenómeno de agresividad en el "instinto de combate" y expuso explícitamente que este instinto es causado por "obstruc--

ción", una palabra cuyo significado psicológico es sinónimo de "frustración".

Considera también que la intensidad de la excitación provocada por la frustración, es directamente proporcional a la fuerza de la obstrucción del impulso.

Erich Fromm

Distingue entre diferentes tipos de violencia, basándose en la distinción de sus respectivas motivaciones inconscientes. Así tenemos la siguiente clasificación: (17)

- 1.- Violencia lúdica: es cuando no hay destrucción, únicamente se ostenta destreza.
- 2.- Violencia reactiva: aparece en defensa de la vida, de la libertad, dignidad o propiedad. Tiene sus raíces en el miedo.

Un aspecto de la violencia reactiva es el tipo de violencia que se produce por frustración. Cuando se frustra un deseo o una necesidad, aparece -- conducta agresiva, siendo un intento con frecuencia inútil para conseguir -- el fin deseado.

Como la frustración de necesidades y deseos ha sido cosa casi universal en la mayor parte de las sociedades hasta hoy, no hay razón para sorprenderse de que se exhiban constantemente violencia y agresión.

- 3.- Violencia vengativa: como el daño ya ha sido hecho, la violencia no tiene función defensiva.
- 4.- Violencia compensadora: ésta es sustituta de la actividad productora en una persona impotente.
- 5.- Violencia destructora: en el hombre es una fuerza tan intensa y fuerte como el deseo de vivir. El hombre tiene un potencial de violencia destructora porque es humano, porque no es una cosa y porque tiene que tratar de destruir la vida si no puede crearla.

"El individuo que no puede crear, quiere destruir"

Allen

Considera la agresión "como una característica fundamental de todos los organismos vivientes", expresándose en la "voluntad de afirmar y de poner a prueba nuestra capacidad para hacer frente a fuerzas externas". Por lo tanto

la agresión puede ser positiva o negativa. (23)

Dollard y Miller (14) (30)

El postulado básico de este estudio, parte de la suposición de que la ocurrencia de conducta agresiva siempre presupone la existencia de una frustración y viceversa, que la existencia de frustración siempre conduce a alguna forma de agresión. (1939)

El concepto agresión fué definido en forma dependiente como la respuesta la cual sigue a la frustración y reduce solamente a la secundaria instigación producida por la frustración, dejando la fuerza de la instigación original intacta. La agresión es definida independientemente como un acto cuya respuesta meta es injuriar a un organismo (u organismo sustituto).

La frustración es independiente definida como la condición la cual existe cuando una respuesta meta sufre interferencia.

Tomaron como respuesta meta a la reacción que reduce la fuerza de instigación a un grado el cual ya no tenderá tanto a producir la secuencia de conducta profetizada.

Pero para que exista frustración, es necesario especificar dos cosas:

- 1.- que el organismo pudo haber estado esperando para la realización de ciertos actos.
- 2.- que esos actos no han ocurrido debido a una obstaculización.

Aquí, el concepto de instigador es más amplio que el de estímulo, mientras éste se refiere sólo a la energía (como definida físicamente), ejercida sobre un órgano sensorio; el primero se refiere a alguna condición antecedente, observada o inferida, de la cual la respuesta puede ser profetizada. Esta condición puede ser una idea, un motivo o un estado de privación.

El ejemplo que dan para explicar qué es un instigador, es un niño que desea un helado, los instigadores observables pueden ser la campana y el vendedor de helados; los instigadores internos no observables directamente se pudieron inferir de lo que el niño decía o hacía.

Varios instigadores para una cierta respuesta operan simultáneamente y sus efectos combinados representan la cantidad total de instigadores de la respuesta.

Después de dar las definiciones de los conceptos más usados, pasaremos a una consideración general de la teoría de frustración - agresión.

Dollard y Miller consideraron que la fuerza de la agresión dependería de:

- a) Del montante de la frustración
- b) Del grado de interferencia con la respuesta frustrada
- c) Del número de secuencias frustradas

La agresión puede ser expresada en forma directa o indirecta siendo las expresiones de agresión abierta restringidas por la sociedad en que vivimos, por lo cual tienden a inhibirse para evitar castigo, esto es aprendido en la infancia. Por eso para Dollard y Miller, los individuos se diferencian por su nivel de tolerancia a la frustración estando esto basado en sus experiencias previas.

Vemos que cuando en el Siglo XVII, los franceses nobles se enfurecían, reaccionaban automáticamente con su espada; en el Siglo XIX, los cowboys - con sus armas de fuego; y en el Siglo XX, el hombre usa una pluma para escribir. Según la cultura, son las formas de expresión de la agresividad, pero se considera necesaria la inhibición de los actos agresivos en todo proceso de socialización.

Tenemos pues, que la agresión puede ser dirigida hacia el objeto el -- cual es percibido como causante de la frustración, o puede ser desplazado a alguna fuente inocente o hacia el mismo organismo en forma de martirio, suicidio o masoquismo. El objeto de la agresión puede también ser animado o -- inanimado o sin dirección hacia algún objeto.

Una forma de reaccionar ante una situación frustrante es por medio de una respuesta socialmente aceptada, la cual sustituye a la respuesta meta, tendiendo a terminar y reforzar la misma situación precedente, por lo que es llamada respuesta sustituta, ya que reduce en cierto grado la fuerza de la instigación de alguna respuesta que fue obstaculizada y no llegó a su fin.

Estos autores opinan que el grado de frustración va a depender de variables tales como:

- 1.- El grado de interferencia con la respuesta meta
- 2.- La fuerza de provocación
- 3.- La oportunidad de emplear respuestas sustitutas
- 4.- La efectividad de éstas para reducir la fuerza de la provocación original.

Consideraron también que la mala situación económica generalmente produce una fuerte interferencia con muchos deseos. En una situación económica muy pobre, las frustraciones serán más severas y como consecuencia la provocación de la agresión será más fuerte.

Se ha criticado la teoría de Dollard y Miller porque se considera que la agresión no es la única reacción a la frustración, pudiendo presentarse regresión, fijación, etc.

Otra crítica a la teoría deriva de tratar de estudiar las reacciones -- agresivas provocadas por una situación frustrante, pero sin dirigirse a ningún estado emocional, por lo que se le considera incompleta.

Miller (1941)

Cambió la hipótesis diciendo que "la frustración produce instigaciones para distintas respuestas una de las cuales es una instigación para la agresión". (6)

Al negar que la frustración conduce siempre a la agresión, Miller no hizo lo mismo con la otra mitad de la hipótesis, principalmente donde se afirma que la agresión es siempre originada por la frustración.

Berkowitz (18) (30) (46)

Considera que hay algunos actos agresivos que no son necesariamente provocados en forma directa por frustraciones, dando como ejemplo el caso de -- agresión instrumental, la cual es frecuente en la vida diaria especialmente en situaciones competitivas. Aquí, la agresión está al servicio de necesidades que no han sido necesariamente frustradas, pero que mediante la agresividad es asegurada su satisfacción" (19)

Él dice que el ataque hostil sobre una víctima inocente es "una válvula de escape" de la energía agresiva.

Para él hay ciertos hechos que son comunes en las descargas agresivas a una víctima:

- a) La interferencia con las actividades dirigidas a una meta producen una elevación de las tendencias agresivas.
- b) El sujeto frustrado puede ser incapaz de dirigir su hostilidad al objeto frustrante, ya sea porque esté ausente o sea superior.
- c) El sujeto frustrado, por lo tanto, encontrará una víctima inapropiada

a la cual atacar sin miedo de represalias

Berkowitz dice: "la frustración origina un estado emocional, la ira, que viene a aumentar la probabilidad de que el sujeto se comporte impulsivamente en situaciones específicas; en concreto abriendo cauce a la agresión" (46)

Resumiendo las concepciones de la agresión como instinto (en *Instinct - Conceptions of Aggression*) escribe lo siguiente: "teóricamente, al menos, es posible disminuir la probabilidad de los conflictos interpersonales reduciendo los casos de frustración y minimizando las ganancias que pueden conseguirse por medio de la agresión". (38)

Maier (12) (39)

Hace distinción entre la conducta motivada que para él es dirigida y orientada a una meta y la conducta instigada por la frustración, siendo esta conducta sin meta.

#### DIFERENCIAS

CONDUCTA MOTIVADA	CONDUCTA INSTIGADA
1.- adaptativa, variable y plástica	1.- rígida e invariable
2.- puede manipularse por medio de castigo o recompensa	2.- la frustración fija las respuestas que están en proceso
3.- provoca el aprendizaje	3.- son fines en sí mismas
4.- la discriminación y la selección son posibles	4.- se ejecutan compulsivamente
5.- existen anhelos y entusiasmo	5.- es frecuentemente marcada por la resignación

La agresión para Maier es una forma de conducta no discriminatoria, que puede surgir de la frustración pero no está dirigida a resolver un problema.

Henry H. Murray (7)

Para él, el hombre es un complejo de necesidades que se manifiestan en-

relación con el tiempo, Define la necesidad como un desequilibrio que presiona al equilibrio.

Establece dos grupos de necesidades:

1.- Las necesidades primarias que son engendradas por eventos corporales periódicos.

2.- Las necesidades secundarias no tienen orígenes corporales localizables, son ocasionados por tensiones predominantes que dependen estrechamente de condiciones mentales.

Dentro de éstas, tenemos dos necesidades que constituyen la mancuerna - sado - masoquista:

Necesidad de agresión: asaltar o lastimar a un objeto, asesinar, menospreciar, lastimar, ridiculizar a una persona, La cual se complementa con la necesidad de degradación.

Para Murray la agresión es:

- 1.- la exaltación del deseo de poder al enfrentarse una oposición.
- 2.- una reacción común hacia el objeto que interfiere cualquier otra necesidad.
- 3.- la respuesta habitual a un asalto o insulto

La perseverancia de las necesidades origina que se estructuren conjuntos de necesidades. La demanda de estos conjuntos llega a ser incontrolable para el sujeto y puede constituir verdaderos cuadros patológicos que se derivan de la frustración necesaria e inevitable que se desprende de la existencia de un conjunto de necesidades que se contraponen entre sí y originan un conflicto. La perseverancia de las necesidades y la posibilidad de coincidencia en lo que constituye un conjunto de necesidades, nos da otro factor que facilita la frustración.

Bendura y Walters (14) (30) (46)

Estos autores a diferencia de los anteriores, están menos interesados con la fuente de instigación o el manejo de la agresión que en las contingencias reforzantes del ambiente.

El castigo físico por la conducta agresiva puede inducir a inhibiciones pero puede también suministrar al niño de un modelo agresivo a imitar.

El medio ambiente social es quien pone en circulación el "contenido" -- del sistema de valores que habrá que transmitirse del adulto al niño, aunque las condiciones que hacen falta para que dichos valores sean asimilados deben localizarse en el desarrollo de la personalidad de cada niño.

Se ha demostrado que el reforzamiento positivo en la forma de aprobación verbal o recompensa material dado a respuestas agresivas, incrementará su frecuencia y que el reforzamiento de una clase de respuestas agresivas, puede dar como resultado el incremento de otra clase de respuestas agresivas. (30)

Los estudios de los efectos de castigo sobre la conducta agresiva, sugieren que el castigo verbal o físico por una figura autoritaria, tiende a inhibir la agresión en presencia del agente castigante. Pero por otro lado niños quienes habían recibido mucho entrenamiento agresivo, tendieron a mostrar mucha agresividad hacia otros objetos de castigo. Este resultado refleja el moldeamiento de una conducta agresiva.

De importancia para estos autores es la naturaleza de la respuesta frustrante, la cual dependerá del entrenamiento social precedente del sujeto frustrado; o más específicamente del procedimiento de reforzamiento y moldeamiento que ha experimentado previamente.

Hay estudios de campo que dan como evidencia que los hábitos agresivos son adquiridos largamente a través de reforzamiento directo de respuestas agresivas.

Bateson 1936

(la referencia se tomó de *The Dynamic of Aggression* (30) que toma la cita de Bateson, G. *The Maveen*. Stanford University Press, 1936.)

Nos dice que en la cultura de los lamul, que son un grupo de los jibaros del Perú, guardan como trofeo las cabezas de los enemigos, la acción de arrancar el cuero cabelludo del enemigo es reforzado positivamente, no sólo con el prestigio que resulta de su obtención, sino con danzas y celebraciones que siguen inmediatamente a la decapitación.

Según Bateson, el niño y el adolescente en esta sociedad está constantemente rodeado por modelos agresivos y cuando la ocasión viene para ellos de reproducir la conducta agresiva, imitan las respuestas del adulto que son socialmente aprobadas, mientras que el fracaso en conducirse agresivamente es reforzado negativamente.

En contraste, entre los Hutterites, que son una tribu de Nicaragua, tienen la fuerza pacífica como un estilo de vida y la conducta agresiva no es -

reforzada positivamente.

Esto está de acuerdo con Skinner (39) que dice que las propiedades de la "amabilidad" o "agresividad" dependen de la cultura, cambian con ella y varían dentro de la misma cultura de acuerdo con la experiencia de cada individuo.

Wolfgang y Ferracutti 1967

La agresividad es una reacción aprendida, facilitada e integrada como hábito en el medio social de manera más o menos permanente, junto con las demás características de personalidad del agresor.

Así la cadena causal de la agresividad empieza a eslabonarse fuera del organismo y aunque existen diferencias individuales de reacción a estímulos externos, tales características interiores del sujeto no bastan para explicar por sí mismas la conducta agresiva.

Konrad Lorenz

Él dice que no hay ninguna duda de que la agresión intraespecífica -- (entre seres de la misma especie) sea en el hombre un impulso instintivo espontáneo, en el mismo grado que en la mayoría de los demás vertebrados superiores y algunos invertebrados. (7)

La agresión intraespecífica (o agresión sin más) tiene importantes funciones que desempeñar a favor de la supervivencia de la especie, es decir, - un instinto indispensable para su conservación.

La primera de estas funciones y seguramente la más importante es la distribución de territorios. El territorio de un animal parece ser función de la mayor o menor combatividad local y según ha demostrado Paul Leyhausen, - la repartición de los individuos de una misma especie se realiza no sólo en lo espacial sino también en lo temporal. (28)

La segunda es la selección efectuada por los combates entre rivales, su función es la selección del más apto, que defiende efectivamente a las familias. De aquí parte la llamada jerarquía social; cada uno de los individuos que viven en una sociedad, sabe quien es el más fuerte y quien es más débil que él; así puede retirarse sin presentar combate delante del más fuerte y - esperar que a su vez el más débil se retire ante él.

La defensa de los hijos es otra de las funciones de la agresión intraespecífica.

En muchas especies animales, la agresión intraespecífica es "limitada" "no quiere" casi nunca aniquilar al agredido sino sólo ahuyentarlo. Así pues es un hecho notable que la "lucha" entre los animales suele consistir en amenazas, por ejemplo, adoptar posturas feroces como hacen los papiones. (42) Y en general por medio de desencadenadores que intimiden sin causar daño. Estos desencadenadores sociales al servicio de la lucha pueden actuar sobre cualquier tipo de órgano sensorial. (41)

La agresión aunque evocada por un objeto puede orientarse hacia otro si existen factores inhibidores que evitan su descarga en dirección del estímulo inicialmente desencadenador. M. Tinbergen ha llamado a esto "redirección". (7)

Nos hemos referido a la agresión intraespecífica pues propiamente es a la que se le considera como "agresión", mientras que cuando los hechos son interespecíficos tendrán como finalidad la defensa de la vida o la lucha por el alimento. Incluso en el hombre la agresión intraespecífica no tiene sólo consecuencias funestas sino que tiene funciones auténticamente positivas y sociales que hacen poco aconsejable el intento de eliminarla totalmente. (27)

Una vez analizada la agresión desde estos puntos de vista, veremos como se puede manifestar:

### 1.- Agresión abierta o directa

Este tipo de agresividad se encuentra en sujetos que expresen sus sentimientos a través de actos hostiles. La agresión en algunos casos sirve para obtener aceptación, buscando la aprobación de los demás. O bien elevar la autoestima y conseguir el respeto (temor) de un grupo.

Francisco Pineda (21) cuenta el comportamiento de "alguien" que por cubrir sus sentimientos y defenderse de los demás agrede. "En alguna parte está también la certeza de que si se mostrara bueno, las gentes se reirían de él - y pronto, además lo matarían".

Characo que es el personaje de este relato, quiere ser un hombre pero no sabiendo como serlo se dedica a decir a todos que lo es, apoyándose en una escopeta.

### 2.- Agresión indirecta

La agresión indirecta vuelve difícil la identificación del agresor. El dañar las pertenencias de una persona es indirecto porque la víctima no sufre daño pero son destruidos los objetos asociados y valorados por esa persona.

### 3.- Agresión activa contra agresión pasiva

La mayoría de las respuestas agresivas son activas, el agresor descarga estimulación nociva sobre la víctima. Aunque pueden ser pasivas cuando el que agrede impide que la víctima logre una meta.

## TABLA RECAPITULATIVA

FREUD

Instinto de muerte.  
La A. es -- una "reac-- ción prima-- ria a la -- frustrante -- búsqueda - del placer-

HARTMANN  
KRIS Y LO--  
WENSTEIN

Por la he-- rencia bio-- lógica el - hombre ad-- quiere los - instintos - agresivos.

ADLER

La A. es - un instinto hacia la -- "pelea" por la satisfac-- ción de to-- das las ne-- cesidades.

JUNG

Partida de un solo im-- pulso "li-- bido". --- Cuando no puede crear debe des--- truir.

NELAINE  
KLEIN

La capacidad de experimen-- tar impulsos destructivos es en cierta medida cons-- titucional - en interac-- ción con las condiciones - externas

Mc. DUGALL

La conducta - se basa en - tendencias - motivaciona-- les innatas - La A. es cau-- sada por "obs-- trucción", - que es sín-- nimo de frus-- tración."

ALLEN

La A. es una característi-- ca fundamen-- tal de todos los organis-- mos vivien-- tes.  
La A. puede-- ser positiva o negativa

K. HORNEY

Atribuyó la agresividad a la res-- puesta del individuo a la "ansie-- dad básica".

KONRAD LO--  
RENZ

La A. es un impulso ins-- tinto ex-- pónéneo

MURRAY

El hombre - es un com-- plejo de ne-- cesidades - que se manifiestan en - relación -- con el tiem-- po. La A. - es una nec-- sidad.

FROMM

Cuando se-- frustra un deseo o -- una necesi-- dad, apare-- ce conduc-- ta agresiva.

DOLLARD Y  
MILLER  
(1939)

La ocurren-- cia de con-- ducta agre-- siva, siem-- pre presu-- pone la -- existencia de una --- frustración y que la - existencia de frustra-- ción siem-- pre condu-- ce a algu-- na forma - de agresión

MILLER  
(1941)

"La frustra-- ción produ-- ce instiga-- ciones para diferentes - respuestas, una de ellas es instiga-- ción para - la A.

BERKOWITZ

Hay actos agresivos que son - necesari-- mente pro-- vocados - directa-- mente por la frus-- tración  
Ej. La A. ins-- trumental.

MAIER

La agresión es una forma de con-- ducta no -- discrimina-- toria que - puede sur-- gir de la - frustración

WOLFGANG  
FERRACUTTI

La A. es una reacción aprendida, facilitada e integra-- da como há-- bito en el medio so-- cial. La - cadena cau-- sal de la - A. empieza a eslabo-- narse fue-- ra del in-- dividuo.

BANDURA

Los hábitos agresivos - son adqui-- ridos a tra-- vés del re-- forzamiento directo de - respuestas - agresivas. El castigo puede ser -- un modelo - para imitar conductas - agresivas.

BATESON

El niño es tá rodeado por mode-- los agresivos, los - cuales imi-- ta y es re-- forzado po-- sitiva o - negativa-- mente.

SKINNER

Las propie-- dades de - la agresividad de-- penden de la cultura -- cambian -- con ella y varían de -- acuerdo -- con la ex-- periencia - de cada in-- dividuo.

### C) Frustración

Como hemos visto, la opinión de algunos autores es que la agresión se presente como consecuencia de una situación frustrante. Analicemos ahora - que es la frustración:

Freud

La frustración consiste en el bloqueo de fuerzas libidinales. (30)

Adler

Considera a la frustración como un proceso que incrementa los esfuerzos y los dirige hacia niveles más altos de ejecución y resolución de problemas. (19)

Hilgard, Atkinson y Atkinson

Definen la frustración así: "siempre y cuando el progreso de una persona hacia una meta deseada es obstaculizada, retrasada o en otra forma interferida, decimos que se ha frustrado" (22)

El obstáculo puede ser externo encontrándose en el medio o puede hallarse dentro del individuo. Algunas personas son obstaculizadas por ceguera, sordera o PARALISIS.

Si alguien pone sus metas más allá de sus habilidades, entonces la frustración por su propia deficiencia será el resultado.

La frustración si es el resultado de obstáculos, deficiencias o conflictos, tiene consecuencias tanto remotas como inmediatas.

Barker, Dembo y Lewing (1941) (22) (23)

Mediante un experimento con niños de guarderías explican las consecuencias inmediatas de la frustración. En la primera fase del experimento, un grupo de niños juegan con juguetes incompletos mostrando un comportamiento -- "creativo", compensando el conjunto de partes extraviadas con la imaginación - en el segundo día de observación vemos un grupo de niños que se comportan muy diferente al primer grupo, aunque no parezcan diferir en su constitución física. Como el primer grupo, sus ropas muestran que vienen de un origen social y económico similar, pero ellos parecen incapacitados para jugar constructivamente.

Después de que los niños jugaron con los juguetes incompletos, tuvieron una experiencia más, una pantalla opaca fue quitada de en medio permitiendo -

entonces ver que ellos estaban en un cuarto grande pero separados de los juguetes que completaban los que el segundo grupo tenía.

Vemos que la primera situación satisface a los niños y la segunda no, - provocando frustración. Eso se debió a que en el primer tiempo, los niños jugaban con los juguetes disponibles, mientras que en el segundo tiempo, sabían de la existencia de juguetes más atractivos y así una nueva meta estaba presente. En el primer día la meta se alcanzó mientras en el segundo día no.

Una de las primeras evidencias de frustración mostradas por los niños, - fue un exceso de movimiento, inquietud y una conducta general de desasosiego. El patear, golpear, romper y destruir se incrementó y se presentaron conductas como el succionar el pulgar. Con esto podemos ver algunas de las consecuencias inmediatas ante una situación frustrante.

Concluyeron en base a su experimento que la agresión puede seguir a la frustración, pero no es inevitable que así suceda. Así pues la frustración puede tener muchas consecuencias diferentes, dependiendo de la experiencia - previa, de las características personales y de las circunstancias en que ocurre la frustración.

#### Krech y Crutchfield (23)

Mencionaron las siguientes posibilidades ante una situación frustrante:

- 1.- Intentar sobrepasar la barrera intensificando el esfuerzo
- 2.- Reorganización de la percepción del problema, tratando de que haya una mejor comprensión y descubrir así nuevos caminos hacia la meta.
- 3.- Sustituir con otra la meta deseada, ya que ésta no puede ser alcanzada.
- 4.- O bien, que se presente agresión, regresión, represión o que haya retirada.

Por lo tanto se puede concluir que la frustración aunque no necesariamente, sí con frecuencia conduce a la agresión y que la agresión aunque - no necesariamente, sí con frecuencia, es el resultado de la frustración.

#### Floyd L. Ruch (34)

Hay tres categorías principales que producen frustración:

• ambientales:

Las leyes formales o sociales, le impiden al individuo expresar libremente muchos de sus impulsos.

personales.-

La frustración personal generalmente es causa de sentimientos de inferioridad y de que el individuo piense que carece de valor propio; esto se basa en el nivel de aspiraciones.

por conflicto.-

Cuando un individuo tiene que elegir entre dos metas o tiene sentimientos tanto positivos como negativos de una meta particular. Hay cuatro tipos de conflicto:

- |     |                 |       |                 |
|-----|-----------------|-------|-----------------|
| 1.- | de acercamiento | ----- | acercamiento    |
| 2.- | de acercamiento | ----- | evitación       |
| 3.- | de acercamiento | ----- | evitación doble |
| 4.- | de evitación    | ----- | evitación       |

Ruch da tres tipos fundamentales de conducta de ajuste:

- a) reacciones agresivas
- b) reacciones de huida o de retraimiento
- c) reacciones de componenda

Las reacciones agresivas reducen transitoriamente las tensiones mentales o físicas que acompañan a la frustración, pero han de tropezar con la censura social o con el castigo.

El individuo puede dirigir sus sentimientos hostiles hacia algún objeto o persona que no sean la causa real de la frustración pero que resulte menos amenazadora.

Como reacciones de retraimiento tenemos la fantasía que surge cuando -- los deseos de una persona son frustrados, retirándose de la realidad a un -- mundo fantástico en el que puede satisfacer todos sus deseos.

En las reacciones de componenda por lo general, el individuo reduce sus propias ambiciones o acepta metas simbólicas o substitutas.

## Appley

Las posibilidades de frustración se deben ya sea a que el individuo exige más de lo que su ambiente puede proporcionarle, a que las metas estén al alcance normal y el sujeto resulte subnormal o que el ambiente le proporcione menos de lo que él necesita. (12)

## Ernesto Meneses Morales

La frustración consiste en cualquier obstáculo o barrera que impida la consecución de una meta pudiendo ser el obstáculo alguna limitación física. (31)

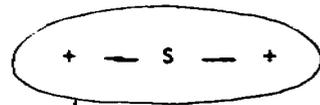
## Lewin

Dice que el conflicto aparece al chocar dos necesidades o motivos opuestos y el satisfacer uno significa frustrar el otro. Para él existen tres tipos: (31)

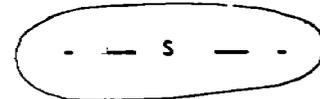
- 1.- Conflicto entre acercamiento y acercamiento, al sujeto se le presentan dos metas positivas simultáneamente e igual de atractivas.
- 2.- Conflicto entre evasión y evasión. El sujeto debe elegir una de las dos metas aunque en realidad trate de evitar o huir de ambas.
- 3.- Conflicto entre acercamiento y evasión. No se puede salir de esta situación sino alterando los motivos o sea suprimiendo o debilitando uno de ellos.

Presentación gráfica de los conflictos según Lewin:

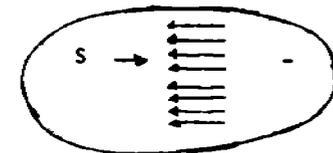
conflicto entre  
acercarse - acercarse



conflicto entre  
evitar - evitar



conflicto entre  
acercarse - retirarse



## Brown

En 1961 describe tres formas para que se produzca el impedimento: (12)

- 1.- por medio de barreras físicas
- 2.- retirando el estímulo sustentador
- 3.- por la evocación de respuestas incompatibles.

También propone varios criterios para juzgar el impedimento.

- a) los esfuerzos hechos por parte del individuo detenido para continuar una conducta interrumpida.
- b) el reasumir la respuesta al retirarse el agente impedidor.
- c) el omitir respuestas anteriormente dadas con regularidad aunque estén presentes las claves suficientes para evocarlas; este punto es apropiado para medir la frustración inducida por un conflicto.

## Cohen

En 1955, notó que la agresión instigada por la frustración es mayor cuando está implícito un igual, que cuando la fuente es una figura autoritaria; y Stanger en 1961 sugirió que la agresión podía ser mayor aún, si la fuente de frustración es una persona que se considere inferior. (12)

## Skinner

Para él, el hecho de no recibir un refuerzo habitual es un caso especial de limitación que genera el estado emocional al que se le ha llamado -- frustración.

La interrupción de una secuencia de respuestas previamente establecida tiene por lo general un efecto emotivo, los efectos resultantes pueden ser - en tantos aspectos como difieran las circunstancias. Agruparlas todas bajo - la etiqueta de "condiciones frustrantes" y describir todos los cambios experimentales de la conducta como "enojo" es una simplificación engañosa.

Cuando una respuesta ha sido sólidamente reforzada y se encuentra sin - reforzamiento por primera vez, la probabilidad causada por el refuerzo anterior decrece y se generan cambios propios de la conducta característica de - la frustración. (39)

Saul Rosenzweig

Nos dice que "existe frustración cada vez que el organismo se encuentra un obstáculo o una obstrucción más o menos insuperable en la vía que lo conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera" (35)

Distingue dos tipos de frustración

- 1.- frustración primaria o privación
- 2.- frustración secundaria

La frustración primaria se caracteriza por la tensión y la insatisfacción subjetivas, debidas a la ausencia de una situación final necesaria para el apaciguamiento de una necesidad vital.

La frustración secundaria se caracteriza por la presencia de obstáculos en la vía que conduce a la satisfacción de una necesidad vital.

A la exploración de este segundo tipo de frustración se dedica Rosenzweig en su test de frustración.

A la situación estímulo que constituye el obstáculo le llama presión la que se puede clasificar según dos perspectivas; por una parte en presión pasiva o activa y por otra en presión externa o interna.

Una presión es pasiva cuando está constituida por un obstáculo insensible sin que sea por sí mismo amenazador. Será activa si además de ser insensible es peligrosa por sí misma.

La presión externa se refiere a un obstáculo situado fuera del individuo e interna si el obstáculo está situado en el interior del sujeto.

La combinación de estos cuatro tipos de presión, nos da cuatro direcciones de la presión:

- a) presión pasiva externa
- b) presión pasiva interna
- c) presión activa externa
- d) presión activa interna

Las respuestas a la frustración pueden ser vistas bajo tres perspectivas.

1.- Tipos de respuestas según la economía de las necesidades frustradas.  
Se distinguen dos tipos:

A.- respuestas de persistencia de la necesidad

B.- respuestas de defensa del yo

2.- Respuestas de defensa del yo

Desde 1934 Rosenzweig propuso la siguiente división:

a) Respuestas extrapunitivas

El individuo atribuye agresivamente la frustración a personas - o cosas exteriores. Las emociones asociadas a esta respuesta -- son la cólera y la irritación.

b) Respuestas intropunitivas

El individuo atribuye agresivamente su frustración a sí mismo.- Las emociones que se le asocian son la culpabilidad y el remordimiento.

Los mecanismos psicoanalíticos que le corresponden son el desplazamiento y el aislamiento.

c) Respuestas impunitivas

Se evita formular un reproche, tanto dirigido a otras personas- como a sí mismo tratando de encarar la situación frustradora en forma conciliatoria

El mecanismo psicoanalítico es la regresión.

3.- Respuestas de persistencia de la necesidad

Tienen como fin satisfacer por algún medio, la necesidad específica frustrada. (35)

Rosenzweig (1960) distinguió entre hostilidad y agresión, diciendo que la hostilidad es sólo una forma de la agresión. La agresión si es constructiva o punitiva, puede ser conceptualizada como persistencia de la necesidad mientras que la agresión negativa o destructiva puede ser conceptualizada como -- ego-defensiva (47)

Otro punto importante es la tolerancia a la frustración la cual define - como "la aptitud de un individuo para soportar una frustración sin pérdida de su adaptación psicobiológica, es decir, sin recurrir a tipos de respuesta inadecuadas" (35)

La aptitud de tolerancia a la frustración implica la existencia de un -- proceso inhibitorio. Ya que la frustración se acompaña de un aumento de ten--

sión y la satisfacción de una descarga de tensión. La inhibición que es la base de la tolerancia a la frustración dependerá de la capacidad para mantener esta tensión y para evitar una descarga de la misma.

El concepto de tolerancia a la frustración implica la existencia de diferencias individuales respecto a ciertos umbrales de tolerancia, así los aspectos de la personalidad y la gravedad de la presión darán el grado de tolerancia a la frustración. El sujeto normal se caracteriza por un alto grado de tolerancia a la frustración.

Este concepto también está relacionado con la distinción psicoanalítica entre los principios de placer y de realidad, en cuanto insiste sobre la capacidad del individuo para posponer la gratificación.

Los determinantes de la tolerancia a la frustración aun no se conocen bien. Rosenzweig sugiere la participación de dos clases de factores:

#### Factores somáticos.-

Se refieren a las diferencias individuales innatas y corresponden a variaciones nerviosas, endocrinas, etc. Es probable que estos factores somáticos sean en gran parte constitucionales y hereditarios. Se les debe agregar además los elementos somáticos adquiridos como fatiga, enfermedad física, etc.

#### Factores psicológicos genéticos.-

Se hallan mal precisados, pero su papel es indiscutible. La ausencia de toda frustración en la primera infancia hace al sujeto incapaz más tarde de responder a una frustración de manera adecuada. Por otro lado una frustración excesiva puede crear zonas de poca tolerancia, a causa de su inmadurez, se ve obligado a reaccionar en forma inadecuada por reacciones de defensa del yo -- que podrían inhibir su desarrollo.

Estas ideas son la base de la teoría de la frustración de Saul Rosenzweig, las cuales pone en práctica en el Test de Frustración que en el siguiente capítulo veremos.

## TABLA RECAPITULATIVA

(para abreviar la palabra frustración se usó F.)

FREUD	DOLLAR Y MILLER	MURRAY	APPLEY	LEWIN
La F. consiste en el bloque de fuerzas libidinales	La F. es independiente definida como la condición la cual existe cuando una respuesta meta sufre interferencia.	La F. se desprende de la existencia de un conjunto de necesidades que se contraponen entre sí y originan conflicto.	Las posibilidades de F. se deben a que el individuo exige más de lo que su ambiente puede proporcionarle, a que el sujeto resulte subnormal para alcanzar sus metas o bien que el ambiente le proporcione menos de lo que él necesite.	El conflicto aparece al chocar 2 necesidades opuestas y el satisfacer una significa frustrar la otra.
ADLER	HILGARD, ATKINSON Y ATKINSON	KRECH Y CHUTCHFIELD	BROWN	COHEN
La F. es un proceso que incrementa los esfuerzos y los dirige hacia niveles más altos de ejecución y resolución de problemas.	"siempre y cuando el progreso de una persona hacia una meta deseada es obstaculizada, retrasada o en otra forma interferida decimos que se ha frustrado".	La F. aunque no necesariamente, si con frecuencia conduce a la agresión y la agresión aunque no necesariamente si con frecuencia es el resultado de la frustración.	Hay tres formas para que se produzca un impedimento: 1) por medio de barreras físicas 2) retirando el estímulo sustentador 3) por la evocación de respuestas incompatibles.	La A. instigada por la F. es mayor cuando está implícito un igual que cuando la fuente es una figura autoritaria.
SAUL ROSENZWEIG	BARKER, DEMBO Y LEWING	FLOYD L. RUCH	ERNESTO MENESES MORALES	SKINNER
"Existe F. cada vez que el organismo se encuentra un obstáculo o una obstrucción más o menos insuperable en la vía que lo conduce a la satisfacción de una necesidad vital cualquiera.	Existe F. cuando una meta propuesta no es alcanzada por la presencia de un obstáculo.	Hay tres categorías principales que producen F.: 1) ambientales 2) personales 3) por conflicto.	La F. consiste en cualquier obstáculo o barrera.	El hecho de no recibir un refuerzo habitual es un caso especial de limitación que genera el estado emocional al que se le ha llamado frustración
				que impida la consecución de una meta pudiendo ser el obstáculo alguna limitación física.

## CAPITULO II

### INVESTIGACION

A) Instrumentación

B) Población

C) Metodología

## A Instrumentación

Vamos a describir ahora las pruebas que se utilizarán para realizar este estudio:

### I Test de Frustración de Saul Rosenzweig.-

La prueba de Saul Rosenzweig es llamada en su presentación original Picture Frustración Study, es uno de los primeros métodos que trató de aislar y evaluar la tolerancia de los sujetos ante frustraciones de origen psíquico - social, observando la capacidad del individuo para resistir a la frustración sin recurrir a métodos inadecuados de reacción (40)

Según Rosenzweig, "como una técnica proyectiva el test de frustración - se coloca a mitad del camino entre el test de asociación de palabras - históricamente el primero de los métodos proyectivos y el test de apercepción temática; pareciéndose al primero en el equipo de la asociación inducida por las instrucciones y al segundo por virtud de la naturaleza pictórica del estímulo" 1960 (47)

El desarrollo de la técnica de Rosenzweig puede dividirse en tres partes:

#### A) (1930 - 1944)

En estos años, se ocupó de estudios relativos a la represión. Encontrando en este período las diferentes maneras de reaccionar inmediatamente a la frustración partiendo de los siguientes supuestos.

Cuando sufren un fracaso ciertos individuos, se muestran predispuestos a censurar al mundo que los rodea, por lo que su reacción recibirá el nombre de "extrapunitivas". Algunos tienden a volcar las críticas sobre sí mismos, reaccionando en forma "intrapunitivas" y hay sujetos que tienden a restar importancia a su contrariedad, a esta reacción Rosenzweig la llama "impunitiva".

Al principio el test de frustración constaba de cuatro partes:

#### 1.- Parte B

Los sujetos tenían que resolver dos tipos de problemas, uno era cambiar formas geométricas de modo que resultara un rectángulo. El otro estaba constituido por letras que debían disponerse de modo que formaran una palabra, pero los problemas habían sido elegidos de manera que en su mayor parte no pudieran ser resueltos. Todo sujeto experimentaba una serie de fracasos y sus reacciones podían clasificarse.

#### 2.- Parte R

Un cuestionario presentando una serie de contestaciones típicas y

un espacio en blanco para otras contestaciones sobre la opinión del sujeto en lo que diría al verse envuelto en alguna situación frustrante.

### 3.- Parte I

Un cuestionario en donde el sujeto revelaba lo que desearía se -- opinara de él en una situación frustrante.

### 4.- Parte P

Una serie de figuras o grabados combinados a modo de historietas que representan situaciones ideadas para que fueran determinantes de frustración.

### B) 1945 - 1965

La versión revisada del estudio gráfico de adultos publicado en 1947/48 procede de la misma versión de 1944 resultante de la parte P que ya describimos. En 1948 también fue publicada la parte correspondiente a niños.

El test de frustración se ha aplicado a soldados, delincuentes, oficiales de marina, conductores de automóvil, esposos, prostitutas, esquizofrénicos, religiosos y en numerosas investigaciones más.

Al principio el test se usaba con mayor frecuencia en grupos de sujetos normales con alto nivel educacional pero recientemente, las investigaciones se han extendido a un amplio número de casos en varias partes del mundo.

### C 1966

Se hace la adaptación a México, Tesis profesional de Ma. Trinidad Berrum H. bajo la dirección del Dr. Rogelio Díaz Guerrero. (5)

A mi parecer hay puntos en los que se da poca información como por ejemplo en el Esquema adicional y en las Tendencias nos indican como obtener su valor numérico pero no como se han de interpretar tales valores.

El test de frustración se compone de una serie de 24 láminas en forma de historietas que representan a dos personas envueltas en una situación frustrante o de frustración leve. El personaje que está a la izquierda de cada lámina trata de producir frustración en el otro individuo o ayuda a describir la causa de cada frustración. Los rasgos faciales han sido omitidos.

Las situaciones representadas en la prueba pueden dividirse en dos grupos.

a) Situaciones de obstáculo al yo en las cuales un obstáculo cualquiera ---

personaje u objeto, interrumpe, defrauda o de cualquier manera directa frustra al examinado. Encontramos 16 situaciones de este tipo:

1, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 20, 22, 23, 24.

b) Situaciones de obstáculo al superyó. El examinado es objeto de una acusación, hecho responsable o juzgado por otra persona. Hay ocho situaciones de este tipo:

2, 5, 7, 10, 16, 17, 19, 21.

Así pues tenemos que el test de frustración se basa en el supuesto de que el sujeto inconsciente o conscientemente se identifica con el individuo frustrado y proyecta sus sentimientos en cada contestación que da. Para determinar estos sentimientos se asigna a cada respuesta una calificación, refiriéndose a la dirección de la agresión y al tipo de reacción. Dentro de las direcciones se encuentran las extrapunitivas, impunitivas e intrapunitivas; bajo el tipo de reacción queda comprendido vencer el obstáculo frustrante, en el cual la barrera que está ocasionando la frustración queda fuera de la respuesta, defensa del ego en la cual el ego del sujeto predomina y necesidad de persistencia en la cual la solución del problema frustrante se enfatiza.

Como un punto importante tenemos que la confiabilidad de la calificación del instrumento ha sido estudiada por Clarke, Rosenzweig y Fleming. Los resultados mostraron que los principios de calificación del test de frustración pueden ser aplicados por dos investigadores independientes, obteniendo un acuerdo en los mismos del 85%.

Se han hecho investigaciones acerca de la validez, comparando los resultados de este test con los obtenidos mediante otras técnicas proyectivas, -- igualando los protocolos con descripciones cualitativas de la personalidad -- o por investigación de cambios en el test de frustración después de modificaciones sistemáticas de las condiciones ambientales. (5)

Ya que el sistema de puntuación depende en parte del criterio del examinador es conveniente que la prueba sea calificada por más de una persona para unificar criterios y evitar que el examinador se involucre emocionalmente en la situación.

En el presente trabajo, tres personas calificaron la prueba por separado y en donde hubo contradicción se analizó con mayor detenimiento la situación.

Además el manual ofrece una amplia variedad de muestras que sirven como modelos para calificar y a la definición de los nueve factores posibles de notación: (35)

E' la presencia del obstáculo frustrante está subrayada con insistencia.

I' el obstáculo frustrante se halla indicado como no frustrante o como favorable de alguna manera, o, en algunos casos el examinado señala-cuanto siente estar implicado en una situación que frustre a otra -- persona.

M' El obstáculo frustrante se minimiza hasta el punto que el examinado-- llega casi a negar su presencia.

E La hostilidad, el reproche, etc., se dirigen contra una persona u ob- jeto del medio.

E El examinado niega en forma agresiva ser responsable de una falta de la que se la acusa.

I El reproche, la culpabilidad, etc., los refleja el examinado sobre - sí mismo.

I El examinado admite su culpabilidad, pero niega que esta culpabili-- dad sea total invocando circunstancias inevitables.

M La culpabilidad por la frustración se evita porque la situación se -- considera como inevitable; en particular, al individuo frustrante se lo absuelve por completo

e Se espera con insistencia que algún otro aporte una solución para la- situación frustrante.

I El examinado presenta correcciones para resolver el problema, por lo- general con un sentimiento de culpabilidad.

m El examinado expresa la esperanza de que el tiempo u otras circuns-- tancias normales traerán una solución al problema.  
La paciencia y la sumisión son las características de este tipo de -- respuesta.

Además tenemos los elementos interpretativos de los criterios para cada- categoría del test de frustración tomadas de reuniones que se efectuaron bajo los auspicios de la Sociedad de Psicología del Sudeste presidida por el Sr. - Devivaize, profesor de la Facultad de Letras de Aix - Marsella, en el año de- 1957 (24)

E' Irritabilidad

E Combatividad sobre todo defensiva

- E    **Combatividad sobre todo ofensiva**
- e    **Reivindicación. A la vez autoridad, autoritarismo y dependencia del prójimo.**
- i'   **Turbación; molestia; oportunidad**
- I    **Aceptación de responsabilidad. Autoagresión; reconocimiento de injusticias.**
- I    **Atenuación de la aceptación de responsabilidad. Negación de culpabilidad.**
- i    **Iniciativa; reparación; inseguridad; culpabilidad; inferioridad.**
- M'   **Reacción de excelencia; cuidado del prestigio; indiferencia real o fingida.**
- M    **Actitud de conciliación; control; bloqueo**
- m    **Paciencia; resignación; fatalismo**
- OO +    **Hiperestesia afectiva; vulnerabilidad**
- OO -    **El sujeto no advierte mayormente el obstáculo. Falta de contacto con la realidad**
- OO =    **Dominio del obstáculo; revelación del impacto de la agresión.**
- ED +    **Defensa; reactividad**
- ED -    **Falta de defensa; coartación**
- ED =    **Autodefensa**
- NP +    **Sentimiento de eficiencia, agitación más que actividad organizada. Tensión exagerada tendiente a la adaptación (indica desadaptación)**
- NP -    **Interés limitado; despreocupación; negligencia; falta de actividad, de eficiencia**
- NP =    **Actividad práctica**
- E -    **total**  
**Agresividad, hiperagresividad**

- E - total  
Inhibición, agresividad contenida o limitada
- I + total  
Inferioridad, ansiedad, culpabilidad
- I - total  
Inmadurez, exceso de confianza en sí mismo. Negación de inferioridad. Evasión.
- M + total  
Subcontrol; indiferencia; optimismo, negativa de perder el amor; temor
- M - Falta de control emocional
- GCR + Gran conformidad con el grupo; sugestibilidad; interpretación
- GCR - Mala adaptación social. Conformidad débil. Afán de originalidad.

Los + y - se entienden en términos de divergencia del término medio, en nota T. Dan además elementos interpretativos de desviaciones múltiples (pag. 49 Nota bibliográfica No. (24)

Los porcentajes totales de las respuestas extrapunitivas (E), intrapunitivas (I) e impunitivas (M), así como las respuestas de predominancia del --obstáculo (O-D), defensa de yo (E-D) y persistencia de la necesidad (NP) están indicando el grado en el que el sujeto tiende a emplear esos modos de reacción tácita o explícitamente en su conducta cotidiana. (36)

Marta Berkowitz (43) la limitación que tienen los cuestionarios que tratan de medir las probabilidades que tienen las situaciones frustrantes de --despertar hostilidad. Ya que conociendo la presión del medio socio - cultural se podría esperar que los individuos contestaran según lo que creyeran - "debía ser" su reacción y según lo que creyeran "debía ser" la respuesta de la mayoría de la gente. Y que éste constituye el mayor error con que operan las pruebas proyectivas.

Rosenzweig ha notado que hay tres posibles niveles de respuesta que deben ser considerados en la evaluación de un protocolo. Tenemos primero el nivel denominado "subjetivo" en donde la respuesta expresa una conducta auto-crítica y de censura. Se refiere a conceptos en donde es socialmente aceptable. Esto no implica que el sujeto actúe así.

El segundo nivel puede ser la misma respuesta si el sujeto se comporta en la vida diaria con esa misma actitud de cortesía, es decir, la respuesta refleja una conducta abierta.

El tercer nivel es un nivel más profundo, responde de modo impersonal en términos de inconsciente y refleja actitudes latentes o implícitas.

De acuerdo a Rosenzweig es razonable asumir que el segundo nivel o sea - el que corresponde a lo que la persona diría en una situación de la vida real es por lo general el que el sujeto comunica al responder a las situaciones -- frustrantes que se plantean en las 24 láminas del test de frustración.

## II Inventario de Ajustes.-

La forma inicial para estudiantes del inventario de ajustes de Hugh M. Bell fue publicada en 1934 después de tres años de investigación y uso experimental con alumnos de High School y College. (3)

La palabra "ajuste" tuvo un uso popular en la Psicología por 1930 siendo el significado central del término la adaptación biológica del organismo a su ambiente, Otros escritores señalaron que el hombre no sólo se adapta a su medio, sino que a través del uso de su inteligencia y de su imaginación - cambia su medio para satisfacer sus necesidades más eficazmente. Empleando - el término ajuste en conexión con el inventario de ajustes de Bell, éste concibe el desarrollo mismo como una clase de estación central de cambio entre las demandas del organismo por un lado y la influencia del medio físico y social por otro.

En resumen, el inventario de ajustes es un reporte de los ajustes de la vida del individuo como han sido experimentados.

Así pues, el inventario de ajustes de Bell trata de obtener más información del individuo respecto a lo que piensa y siente acerca de sus relaciones familiares, el funcionamiento de su cuerpo, sus amigos y conocidos fuera de casa y cuando siente el que puede confiar en las personas. El inventario busca obtener información acerca de como el individuo entendió y aprendió a vivir con sus sentimientos y emociones, observando la extensión de la desviación del individuo con el grupo promedio en su relación personal y social.

En su versión original el inventario contenía medidas de ajuste familiar, de salud, social y emocional. Pero en 1936 se desarrolló y publicó "The School Inventory" en el cual se incluyó una área que se refería a los sentimientos de los estudiantes acerca de su escuela.

Resultó muy embarazoso utilizar este tipo de inventario con adultos por lo que se desarrolló, estandarizó y publicó en 1938 la forma para adultos, - esta forma contenía medidas sobre ajuste familiar, salud, social, emocional y ajuste ocupacional para determinar las satisfacciones del empleado en su trabajo.

Desarrollando la forma original para estudiantes se intentó incluir algunas medidas sobre hostilidad, fondo socio - económico y masculinidad - femineidad. Estas tres medidas fueron incluidas en un test publicado en 1947 -- "The personal preference inventory". Como resultado del subsecuente uso y estudio estadístico, se decidió eliminar la sección del fondo socio-económico y se incluyeron las medidas de hostilidad y masculino - femenino en la forma del inventario para estudiantes.

La revisión hecha en 1962 a la forma para estudiantes implica los siguientes cambios de la versión original: (3) (25)

1.- Las cuatro escalas originales - hogar, salud, social y ajuste emocional - han permanecido sin cambio en el contenido de los ítems pero han sido reestandarizados en High School y College.

2.- Las dos nuevas escalas fueron añadidas. Hostilidad y Masculino -- Femenino. Constando el inventario de 200 ítems en total.

3.- Los nombres de las escalas originales han sido cambiados para que reflejen más precisamente su carácter: el ajuste social ahora llamado sumisión (submissivess) y el ajuste emocional es llamado emocionalidad.

La revisión de 1962 del inventario de ajustes da seis medidas del ajuste personal y social del individuo.

a) ajuste familiar.-

Individuos con puntajes altos tienden a sentir que sus relaciones familiares han sido insatisfactorias. Puntajes bajos indican satisfacción respecto al ajuste familiar.

b) salud.-

Puntajes altos indican un estado de salud insatisfactorio, puntajes bajos ajuste satisfactorio.

c) sumisión.-

Individuos con puntajes altos tienden a ser sumisos y retraídos en sus contactos sociales, los que presentan un puntaje bajo tienden a encubrir su timidez.

d) emocionalidad.-

Individuos con puntajes altos tienden a ser emocionalmente inestables, con puntajes bajos tienden a ser emocionalmente seguros.

e) hostilidad.-

Individuos con puntajes altos tienden a ser hostiles y críticos en sus relaciones sociales; con puntaje bajo a ser amigables y aceptar a la gente.

f) masculino - femenino.-

Mujeres con puntajes altos tienden a tener fuertes intereses masculinos,

con puntaje bajo tienden a tener fuertes intereses femeninos. Hombres con puntaje alto tienden a ser fuertemente masculinos en sus intereses, hombres con puntaje bajo tienden a interesarse por aspectos femeninos.

El inventario de ajustes se puede utilizar con ambos sexos, no tiene tiempo límite y la alta confiabilidad de sus medidas hacen posible la comparación de un individuo con otro. Las medidas de las seis áreas de ajuste permiten localizar las dificultades de ajuste específicas.

El inventario debe ser usado con precaución y solo después de haber establecido un buen rapport.

Se encontró en México muy poca información acerca de ésta prueba, pero en la búsqueda de datos apareció algo muy interesante:

Se recolectaron varias formas de la misma prueba que están en circulación en diferentes instituciones y se hizo el análisis de cada una de ellas encontrando anomalías:

El inventario de ajustes traducido por la Universidad Iberoamericana del original inglés "The personaly inventory" por Hugh M. Bell consta de 200 ítems repartidas en las seis áreas que ya vimos, de la siguiente manera:

área A	ajuste familiar	35	ítems
área B	salud	35	
área C	dominio - sumisión	35	
área D	emocionalidad	35	
área E	hostilidad - amistad	30	
área F	masculino - femenino	30	

Según las plantillas con las que se califican las respuestas que el sujeto da, es como se presentó la división de ítems en las diferentes áreas. - Pero según el cuestionario, son 35 preguntas para el área A, 35 para salud, - 34 para el área C, 35 para el área D, en el área E encontramos 31 preguntas - y en la F 30, por lo que se nota cierta alteración.

El inventario de ajustes que se utilizó en el presente trabajo es el que utilizan en el departamento de Psicología del Instituto Mexicano de Rehabilitación que consta de 140 preguntas incluidas en cuatro áreas y repartidas de la siguiente manera:

a	ajuste familiar	35	preguntas
b	salud	35	preguntas

c	ajuste social	35	preguntas	
d	ajuste personal	37	preguntas	
e	ajuste general	total		140 preguntas

Respecto a las plantillas con las que se califica la prueba, se encontraron dos formas de calificar las mismas situaciones por lo que se invalidaron. Se analizó cada pregunta del inventario, considerando como respuesta -- computable el aspecto negativo de la pregunta y se hizo una plantilla "provisional" para tal prueba. (1\*)

Haciendo una comparación de esta forma con la traducción hecha por la Universidad Iberoamericana tenemos lo siguiente:

El ítem 18b Haz tenido escarlatina o difteria, de la forma No. 1, no aparece en la forma No. 2 en la cual es reemplazado por el ítem 54b Le fluye a ud. mucho el catarro por la nariz. Vemos que el número de ítems en el área de salud queda igual en las dos formas.;

Tres ítems de la forma No. 2 cambian del área personal a la social en la forma No. 1:

1.- 22 d (forma No. 2) Es o era difícil para ud. hacer en la escuela una exposición verbal ante la clase. 32 c (forma No. 1)

2.- 77 d (forma No. 2) Con frecuencia se siente cohibido por su apariencia personal. 120 c (forma No. 1).

3.- 135 d (forma No. 2) Vacila ud. para dar un informe referente a su trabajo. 198 c (forma No. 1) Dudas en ofrecerte como voluntario para la lección en clase.

El ítem 92 c (forma No. 1) Si llegara ud. tarde a una junta o reunión, referiría ud. permanecer de pie o salirse a tener que tomar un asiento delagtero. Cambia en la forma No. 1 del área hostilidad al área social en la forma No. 2

Se observa que en el inventario de ajustes (forma No. 1) el área que mide la hostilidad tiene 31 ítems y el área "c" o social tiene 34, por lo que se puede considerar como un posible error la distribución de los ítems, esto sería importante de analizar en un futuro estudio.

(1\*) La plantilla provisional se hizo con la ayuda del Lic. Mario Contreras-Coronado, Asesor de la Jefatura de Orientación y quejas del I.M.S.S.

**NOTA:**

Traducción del inventario de ajustes hecha por la U.I.A. (forma No.1) Inventario de ajustes usado en el I.M.R. (forma No. 2).

En otra comparación entre el inventario de ajustes (forma No. 2) y una adaptación hecha por el Lic. Mario Contreras Coronado en 1973 tenemos lo siguiente:

La adaptación o forma No. 3 consta de 175 preguntas incluidas en cinco áreas:

- 1.- a familiar 35 ítems
- 2.- b salud 35 ítems
- 3.- c social 35 ítems
- 4.- d emocional 35 ítems
- 5.- e laboral 35 ítems

Las modificaciones encontradas en comparación con la forma No. 2 son las siguientes:

Area familiar:

100 a (forma No. 2)

Se encoleriza o encolerizaba fácilmente alguno de sus padres --  
cambia por

125 a (forma No. 3)

Tenia ud. dificultad para hablar sus cosas con alguna de sus padres

Salud

forma No. 2

43 b padece ud de catarro con frecuencia

47 b es ud. propenso a la gripa

54 b le fluye a ud. mucho el catarro por la nariz

63 b fuerza ud. su vista para ver.

102 b tiene ud. algunas veces punzadas en la cabeza

139 b tiene ud. dificultad para sanar de un catarro

cambian por

forma No. 3

- 52 b tiene muy baja o muy alta la presión arterial
- 57 b se ha desmayado o perdido el conocimiento alguna vez en su vida
- 66 b ha estado débil o anémico por algún tiempo
- 77 b tiene ud. algún defecto físico.
- 126 b ha consultado ud. alguna vez al psicólogo o psiquiatra
- 172 b fuma ud. mucho

Las diferencias encontradas en la comparación del inventario de - ajustes forma No. 2 y la adaptación hecha al mismo (forma No. 3) se refieren no tan solo a la redacción de los ítems sino también a su contenido. De la - entrevista sostenida con el Lic. Contreras\* , se aclaró que la modificación- substancial fue hecha debido a la constante repetición de preguntas referen- tes a la gripe o sea que los cambios se reflejan especialmente en el área de salud por haber considerado que los ítems relacionados con el aspecto del ca- tarro y la gripe, era conveniente cambiarlos, para lo cual se tomó en cuenta lo más importantes síntomas de padecimientos psicósomáticos. Aprovechando pa- ra investigarlas dentro de esta área. La prueba de Cornell - Index se tomó - en cuenta para ésto.

#### Area social.-

##### forma No. 2

- 39 c se sentiría ud. cohibido si quisiera dar una idea para empezar una discusión entre un grupo de personas
- 44 c ha tenido ud. experiencia en hacer proyectos y en dirigir las- actividades de otras personas

cambian

##### forma No. 3

- 47 c se siente ud. mal cuando le hablan de tú sin antes haberlo au- torizado
- 53 c tolera ud. bromas inocentes

\* Lic. Mario Contreras Coronado.  
Asesor de la Oficina de Orientación y Quejas del I.M.S.S.

Area Personal

forma No. 2

22 c es o era difícil para ud. hacer en la escuela una exposición verbal ante la clase.

cambia

forma No. 3

26 d se sentía ud. frecuentemente incomprendido o rechazado por sus compañeros de escuela

El inventario de ajustes que utilizan en el Departamento de Selección de Personal en el I.M.S.S., lo consideraremos como la forma No. 4. Se encontró lo siguiente:

items

22 d es o era difícil para ud. hacer en la escuela una exposición verbal ante la clase

En la hoja de respuestas se encuentra como 22 c

60 c se arrepiente ud. frecuentemente de las cosas que hace

En la hoja de respuestas se encuentra como 60 d

71 c se siente ud. con frecuencia un ser desdichado

Se encuentra como 71 d

74 d se siente ud. cansado la mayor parte del tiempo

Se encuentra como 74 b

20 b se siente ud. frecuentemente solo, aún cuando esté con otras personas

Se encuentra como 20 d

Por lo que en el cuestionario los items se reparten de la siguiente manera:

35 items en el área a

35 items en el área b

36 ítems en el área c

34 ítems en el área d

Mientras que en la hoja de respuestas se reparten así:

área a 35 ítems

área b 35 ítems

área c 35 ítems

área d 35 ítems

En la forma No. 5 del inventario de ajustes que se encontró en circulación, faltaba el ítem No. 72, siendo el total de preguntas 140 menos la que omitieron 139. En la plantilla de calificación se encontraban 140 perforaciones, que de ninguna forma coincidieron con las preguntas por lo que se invalida la prueba.

En base a lo que se encontró y se analizó, se puede concluir que es necesario un control de las pruebas que se están administrando puesto que de una que es la original van pasando de mano en mano según mi opinión en forma descuidada y es lo que ocasiona la diferente distribución de ítems en las áreas señaladas, y sus variaciones.

Es muy importante que los psicólogos que nos dedicamos a la administración de pruebas de este tipo hagamos conciencia de lo que implica nuestra labor y los instrumentos que utilizamos. El estar usando una prueba que presenta tantas variables en sí misma, implica que como resultado habrá una distorsión y no conoceremos en este caso, cual es el verdadero ajuste del individuo a su medio y a sí mismo.

## III Cuestionario 16 P F

La tercera prueba que se utilizó en este trabajo es el cuestionario - 16 P F de Raymond B. Cattell, Doctor en Psicología, de origen inglés, que nos define la personalidad como "aquello que permite predecir lo que una persona hará en un momento dado".

G. W. Allport y H. S. Odbert reunieron un inmenso vocabulario psicológico de 17 953 palabras que describen la personalidad. Cattell hizo una reducción quedando la esfera de la personalidad formada por 171 rasgos, los cuales se redujeron aún más por medio del análisis por conglomerados y el análisis factorial. (11)

Los conglomerados se aislaron evaluado a 100 adultos (un grupo diverso-compuesto por leñadores, artesanos, sirvientas y otros) en cada uno de los - 171 rasgos de la esfera.

El análisis factorial consiste en administrar un determinado número de test a un grupo de sujetos para calcular las correlaciones entre todos los - tests y someter estas correlaciones a un análisis matemático cuya finalidad-estriba en poner al descubierto el orden que estas correlaciones implican. - (9)

Así pues el análisis factorial de tipos de personalidad empezó con una- extensa evaluación de individuos seleccionados que representan una población adulta típica. Se hizo una serie de test de personalidad a cada individuo, - de modo que cada persona tuviera un puntaje en cada test, calculando después el coeficiente de correlación en cada par de test, con esto Cattell analiza la validez del cuestionario. (Para mayor información consultar las pags. 69-74 Nota bibliográfica 8)

En la práctica cada uno de los análisis factoriales de la personalidad, se ha limitado a las intercorrelaciones entre los puntajes obtenidos por uno y otro de los tres métodos de evaluación: los test de apreciación, los test-psicométricos y los test conductuales y se han obtenido repetidamente diecinueve factores bipolares de la personalidad.

El cuestionario 16 P.F. no toma en cuenta tres factores, que son los siguientes:

el factor D actividad - inactividad

el factor J coostenia - zepia

el factor K comención - abculción

En 1969 se hizo una investigación en el Instituto Mexicano del Seguro -

Social sobre la prueba de Cattell, utilizando como muestra a los empleados de este Instituto en el Distrito Federal.

La población completa forzada por unidades elementales se dividió en -- distintas subpoblaciones llamadas estratos, dentro de los cuales se seleccionó una muestra por separado. Los estratos seleccionados fueron hospitales, clínicas, unidades de prestaciones sociales y oficinas administrativas centrales, con los que se alcanzó a cubrir casi el 90% de las unidades elementales. El proceso de selección fue el azar, partiendo de listados de nóminas preparadas en el departamento de informática.

La investigación realizada dió como principal resultado la obtención -- de varias tablas para calificar las características psicológicas de los aspirantes a puestos vacantes en el Instituto, estas tablas tienen el mismo formato y se utilizan con el mismo método de calificar que las originales publicadas por Raymond B. Cattell.

## B) Población:

Se trabajó en el Instituto Mexicano de Rehabilitación con pacientes - parapléjicos y con los familiares que se encargan directamente de su cuidado.

Debido al escaso número de pacientes con este tipo de invalidez la selección se hizo al azar, se citaba a todo paciente parapléjico que se encontrara en los pasillos, en consulta o en algún otro servicio del Instituto - controlando las siguientes variables:

- 1.- Que el sujeto aún no estuviera rehabilitado
- 2.- Se seleccionó a pacientes que estuvieran por recibir sus dispositivos ortopédicos o bien que estuvieran practicando la marcha.
- 3.- Los pacientes podían ser externos o estar internados en el Instituto.
- 4.- Solo pacientes de la República Mexicana.
- 5.- Que la causa de la invalidez fuera de origen traumático
- 6.- Que no presentaran alguna debilidad motriz en miembros superiores
- 7.- Se descartaban pacientes parapléjicos por traumatismo a los que se les había practicado amputación de miembro o miembros inferiores.
- 8.- Fue requisito tanto para el paciente como para el familiar el - saber leer no así el saber escribir (por ser necesario que leyeran los ítems de las pruebas que se utilizan)
- 9.- Se descartó a pacientes cuyos familiares fueran analfabetos
- 10.- La edad fue de 14 años en adelante, debido a que el test de --- frustración para adultos se administra a partir de esa edad.
- 11.- El sexo y la ocupación no fueron variables a controlar debido al escaso número de pacientes que asistían a tratamiento
- 12.- Se descartó a pacientes atendidos en clínicas ya que estos estaban abandonados o semiabandonados por sus familiares que nunca los visitaban.

La muestra estadística consta de 30 pacientes y 30 familiares en--

cargados de su cuidado.

### C) Metodología

La investigación se realizó a partir del mes de abril de 1973 al mes de septiembre del mismo año. Con el fin de dar solución a los problemas siguientes:

I.- ¿Porqué una persona presenta paraplejía se puede considerar qué está frustrada, que no tiene un ajuste personal y social normal?

¿Ante una situación frustrante el parapléjico muestra su agresividad con reacciones de cólera e irritación, difiriendo tal reacción de la que presenta el familiar que se encarga de atenderlos?

¿En el parapléjico la edad es una variable de importancia para determinar la dirección que tomará la agresión como consecuencia a una situación frustrante?

II.- Como posibles soluciones o soluciones tentativas, se plantearon las siguientes hipótesis:

#### Hipótesis No. 1

En el parapléjico hay relación directa entre invalidez - frustración es decir, se puede considerar que un sujeto está frustrado por el hecho de estar inválido.

#### Hipótesis No. 2

El parapléjico no presenta un ajuste normal en el área personal y - social.

#### Hipótesis No. 3

Como respuesta a una situación frustrante el parapléjico dirige su agresión hacia el exterior o se extrapunitivamente y al familiar encargado de su atención dirige tal agresión hacia el interior con emociones - de remordimiento o culpa.

#### Hipótesis No. 4

Existen diferencias importantes en cuanto a la dirección de la agresión entre el parapléjico y el familiar ya que es diferente el obstáculo que les impide llegar a ciertos objetivos.

## Hipótesis No. 5

El parapléjico que se encuentra entre los 15 y 40 años, dirige con mayor frecuencia su agresividad hacia el exterior debido a que está en el periodo de formación y planteamiento de objetivos o bien en la etapa de realización de éstos, mientras que la agresión en pacientes mayores será dirigida hacia el interior, ya que es ésta la época en donde las potencialidades físicas decrecen y si el sujeto no ha logrado sus objetivos o no es una persona productiva, puede sentir que su lesión le hace depender más de quien le rodea siendo una carga para ellos, por lo que pueden aparecer emociones de culpabilidad o recordamiento propios de las respuestas intrapunitivas.

III La investigación se llevó a cabo en el Instituto Mexicano de Rehabilitación situado en la Ciudad de México. \*

La selección del grupo de parapléjicos se hizo al azar citando a toda persona con este tipo de invalidez que se encontrara en los pasillos, en consulta o en algún otro servicio del Instituto. El grupo de familiares que se encargan de su atención quedó establecido al seleccionar al paciente.

Se entrevistó a todo parapléjico atendido en el Instituto Mexicano de Rehabilitación, haciendo la selección en base a las variables establecidas. La entrevista sirvió para crear una atmósfera de tranquilidad y confianza propicia a la aplicación de las pruebas psicológicas.

No se les informó del motivo del estudio, con el fin de que considerarán esto como una parte más de su plan rehabilitatorio y se interesaran, asistiendo a las citas.

No hubo control en cuanto a la hora o lugar de aplicación de las pruebas ya que se respetó las horas en las que el paciente tenía que pasar a servicios encaminados a su rehabilitación. Debido a esto se trabajó en horas no hábiles dentro del Instituto, ya fuera por las tardes o sábados y domingos.

El lugar varió de acuerdo al día, si la aplicación de las pruebas se realizó de lunes a viernes por la mañana, se utilizaron cubículos dentro de la sección de consulta y por las tardes se trabajó en el Hospital de dicho Instituto.

VARIABLES tales como el ruido o la luz no pudieron ser controladas.

\* La muestra estadística con la que se trabajó consta de 30 parapléjicos y 30 familiares.

Con los familiares se trabajó durante la mañana, en horas que no interfirieran con sus labores o bien se hicieron visitas a domicilio a cualquier hora del día en que se encontrara el familiar, siendo más frecuentes a las 7:30 horas o después de las 21 horas.

IV Las pruebas que en este estudio se utilizaron ya han sido descritas.

V Para la comprobación de las hipótesis se utilizó el método estadístico, que en este trabajo únicamente es en el primer nivel de análisis, el descriptivo.

No se administró un tratamiento experimental a un solo grupo, por lo cual no tuvimos grupo control ni grupo experimental.

Tanto al grupo formado por parapléjicos como al grupo formado por familiares, se les aplicó las mismas pruebas y se controlaron las mismas variables, excepto las que corresponden a la invalidez ya que los familiares no la presentan.

Se trabajó con 30 pacientes de los cuales el 90% son hombres y el resto mujeres. El mayor porcentaje tenía entre 23 y 25 años de edad. La escolaridad más frecuente fue la primaria completa o incompleta y dentro de las ocupaciones tuvimos como más frecuente la de campesino o estudiante. El 50% de los pacientes eran solteros, el 47% casados y solo el 3% viven en unión libre.

Respecto a los familiares tenemos que el 53% pertenece al sexo femenino y el 47% al masculino, la edad más frecuente fue entre los 26 y los 28 años. El 63% estudio la primaria completa o incompleta. El 17% de los familiares nacieron en el Distrito Federal y en su mayoría son hermanos (as) o esposas del paciente. (Para mayor información sobre datos de los pacientes y familiares con los que se realizó el estudio, ver Apéndice B)

## CAPITULO III

### ANALISIS

A Evaluación

B Resultados

C Conclusiones

D Proposiciones

EVALUACION

Datos obtenidos del Test de Frustración  
perfiles

PACIENTES

	O.D.	B.D.	N.P.	TOTAL	%	NOTA T:
E	3.0	4	2.0	9	38	43.5
I	0.5	4	2.5	7	29	51.5
M	1.0	5	2.0	8	33	57.0
TOTAL	4.5	13	6.5	24	100	
%	19	54	27	100		
NOTA T	51.5	53.5	63			

Esquemas

1	$M > I = E$
2	$M > E' > I$
3	$M > I = E$

<u>E</u>	0.8	=	3%
<u>I</u>	2.11	=	8.78%
<u>E</u> + <u>I</u>	2.91	=	12.1%

Media del No. de Tendencias

2.4

G.C.R.	TOTAL	%	NOTA T	39.5
6.53	196	40.8	=	41

EVALUACION

Datos obtenidos del Test de Frustración  
perfiles

FAMILIARES

	O.D.	E.D.	N.P.	TOTAL	%	NOTA T:
E	3	5	2	10	42	45
I	1	4	2	7	29	51.5
M	1	4	2	7	29	53
TOTAL	5	13	6	24	100	
%	21	54	25	100		
NOTA T	53.5	43.5	60			

Esquemas

- 1 E > M = I
- 2 E > E' > e = m = i
- 3 E > M = I

$$\begin{aligned} \underline{E} \quad 0.95 &= 3.9\% \\ \underline{I} \quad 1.95 &= 8.1\% \\ \underline{E} + \underline{I} &= 2.80 = 11.6\% \end{aligned}$$

Media del No. de tendencias

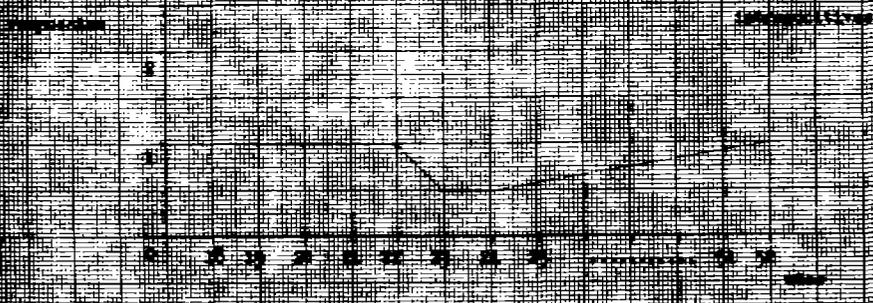
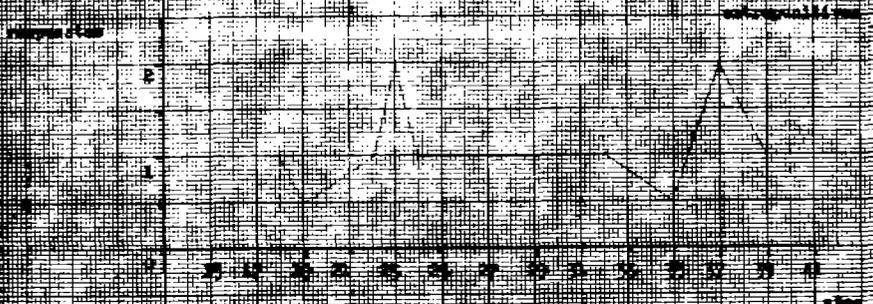
2.7

G.C.R.	TOTAL	%	NOTA T	40
6.716	201.5	41.9		



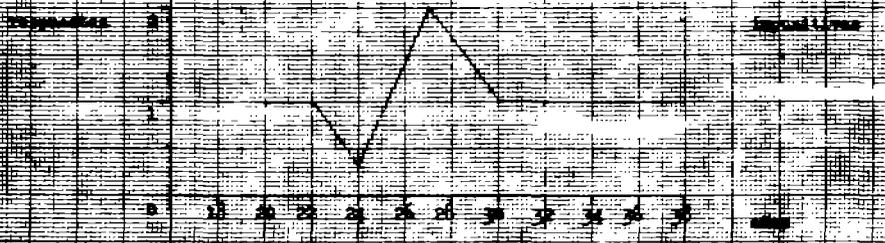
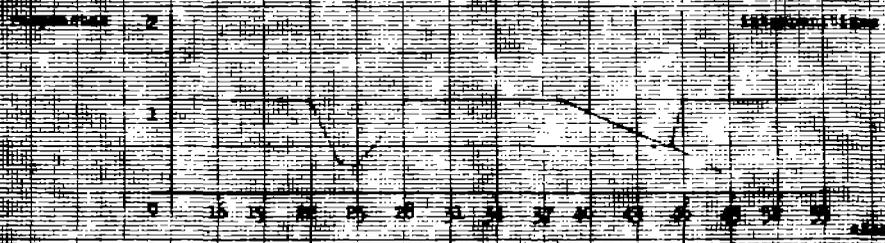
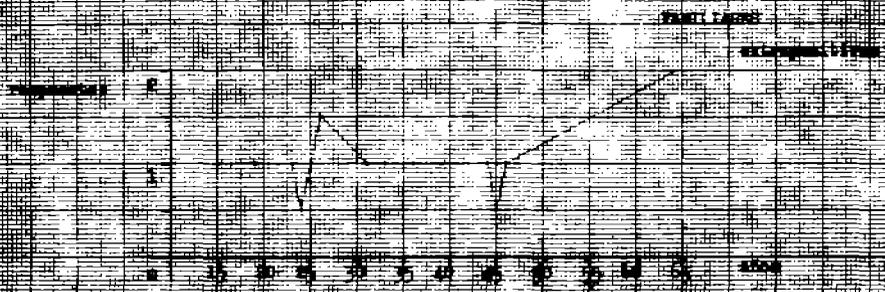
MEMORANDUM FOR THE RECORD

DATE: 11/15/54





EVOLUCION DE LA AGRESION CONTRA LA MUJER



## B Resultados

### Test de Frustración

#### I Pacientes

Una vez hecho el análisis de cada test de frustración se obtuvo la media del grupo con el fin de tener un protocolo patrón, en el que se presentan los siguientes esquemas:

- 1)  $M > I = E$
- 2)  $M > E > I$
- 3)  $M > I = E$

Como se observa, el puntaje mayor en los tres esquemas lo tiene la reacción impunitiva (M), siendo esta la que primero se presenta ante una situación frustrante.

De acuerdo con Rosenzweig, podemos concluir que la culpabilidad por la frustración se evitan porque los pacientes consideran la situación como inevitable; en particular al individuo frustrante lo absuelven por completo, -- evitando formular un reproche tanto a los demás como a sí mismo.

Esta reacción puede ser desplazada en dos formas, la primera es que dirija su hostilidad o el reproche o la culpabilidad; segundo, que subrayen -- con insistencia la presencia del obstáculo frustrante y presenten correcciones para resolver el problema por lo general con un sentimiento de culpa.

Estos esquemas, según los criterios que anotamos con anterioridad, tomados del libro de Charles Kramer (1\*), nos indican que la primera reacción de los pacientes ante una situación frustrante es tomar una actitud de conciliación o control, pasando a la autoagresión y a la aceptación de responsabilidad o bien a una combatividad sobre todo defensiva, pudiendo presentar también irritabilidad y sentimiento de inseguridad, culpabilidad e inferioridad.

Tomando en cuenta la nota T de los tipos de respuesta y de la dirección de la agresión, se obtuvo la siguiente constelación:

$$E - M + NP + G.C.R. -$$

Que según el léxico provisional que apareció en 1937, (1\*) nos indica que estos pacientes presentan inhibición, conteniendo su agresividad y limitándola, con temor y negativa de perder el amor de quien los rodea.

(1\*) Charles Kramer. La Frustración. Ed. Troquel. 1969 pag. 48 - 50

Los parapléjicos muestran sentimientos de eficiencia y agitación más que actividad organizada, con tensión exagerada tendiente a la adaptación a su medio, lo cual indica desadaptación o mala adaptación social con afán de originalidad.

## II Familiares

En el grupo de familiares se siguió el mismo procedimiento que en el -- grupo de parapléjicos, obteniéndose un protocolo patrón en donde se presentan los siguientes esquemas:

$$1) \quad E > M = I$$

$$2) \quad E > E' > e = m = i$$

$$3) \quad E > I = M$$

Lo que indica de acuerdo con Rosenzweig que como primera reacción ante una situación frustrante los familiares dirigen su hostilidad o el reproche hacia una persona u objeto del medio, desplazando esta reacción ya sea a considerar la situación como inevitable y presentar sentimientos de culpa o subrayar con insistencia la presencia del objeto frustrante, esperando que otra persona aporte la solución al problema o el tiempo se encargue de ello.

Rosenzweig nos dice (2\*) que las emociones asociadas con las respuestas-extrapunitivas (E), que en este caso predominan, son la cólera y la irritación.

Según el léxico provisional de 1957 (1\*) tenemos que estas personas presentan irritabilidad, aceptando su responsabilidad, son dependientes y tienden a tomar actitudes de conciliación mostrando autoritarismo.

Sus sentimientos son de inseguridad, inferioridad y reparación, mostrando paciencia, resignación, y fatalismo.

La constelación obtención de la nota T de los tipos de respuesta y de la dirección de la agresión es:

$$NP + G.C.R. -$$

Esto nos muestra que los familiares presentan sentimientos de eficiencia y agitación más que actividad organizada con tensión exagerada tendiente a la adaptación, lo que nos indica una mala adaptación social.

(2\*) Saul Rosenzweig. Test de Frustración. Manual. Ed. Paidós, 1968. Pag. 13.

Comparando al grupo de pacientes con el de familiares en los Esquemas E - I vemos que los primeros presentan en mayor grado atenuación de la aceptación de responsabilidad, negando su culpabilidad; mientras que en los familiares sobresale la combatividad sobre todo ofensiva, según el léxico provisional.

Rosenzweig no da en su manual información de como se han de interpretar los Esquemas E - I, pero de acuerdo al criterio que anota para la interpretación de cada letra tenemos comparando los dos grupos que los parapléjicos presentan un puntaje mayor en I que los familiares o sea que el paciente admite su culpabilidad pero niega que esta culpabilidad sea total invocando circunstancias inevitables; mientras que los familiares con un puntaje mayor en E, niegan en forma agresiva ser responsables de una falta de las que se les acusa.

Respecto a las tendencias Rosenzweig dice que "de modo general cuanto menor es el número de tendencias observadas mejor es la adaptación del examinado", en el ejemplo que da en el manual anota: "la presencia de 7 tendencias es indiscutiblemente anormal", pero no nos aclara hasta que puntaje se puede considerar como normal, por lo que estos datos se deberán tomar con reserva.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la media del número de tendencias en el grupo de parapléjicos es de 2.4 y para el grupo de familiares es de 2.7 por lo que se podrá pensar que la adaptación de ambos grupos no es anormal.

Considerando la edad de las personas y la dirección de la agresión que toman sus respuestas ante una situación frustrante, se encontró que la frecuencia mayor de respuestas en el grupo de parapléjicos son impunitivas a la edad de 24 años y en el grupo de familiares la frecuencia mayor está en respuestas extrapunitivas a la edad de 65 años y respuestas impunitivas para los 27 años. (ver esquemas)

Datos correspondientes al inventario de ajustes  
de H. M. Bell

Pacientes mujeres

AREAS	A	B	C	D	TOTAL
MEDIA	8.3	15.3	16	15.3	13.7
DESVIACION ESTANDAR	6.85	1.52	7.21	6.11	6.1

Pacientes hombres

AREAS	A	B	C	D	TOTAL
MEDIA	8	10.5	13.6	13.1	11.3
DESVIACION ESTANDAR	5.5	5.57	5.46	7.54	6.54

## Familiares mujeres

AREAS	A	B	C	D	TOTAL
MEDIA	9.3	9.8	18.1	18	13.8
DESVIACION ESTANDAR	7	4.7	6.16	7.5	7.55

## Familiares hombres

AREAS	A	B	C	D	TOTAL
MEDIA	6.2	8.3	14.5	13.1	10.6
DESVIACION ESTANDAR	4.14	3.91	6	6.81	6.10

NOTA: La desviación estándar de las cuatro áreas en total es decir tomando en cuenta los valores de todas las áreas en conjunto presenta una ligera diferencia en comparación con la suma de las desviaciones estándar de cada área, lo cual se debe al procedimiento matemático realizado.

## INTERPRETACION

## PACIENTES MUJERES

AREA FAMILIAR	NORMAL
AREA DE SALUD	MUY INSATISFACTORIA
AREA SOCIAL	NORMAL
AREA EMOCIONAL	NORMAL
TOTAL	PRESENTA UN BUEN AJUSTE EN LAS AREAS ESTUDIADAS

## PACIENTES HOMBRES

AREA FAMILIAR	NORMAL
AREA DE SALUD	NORMAL
AREA SOCIAL	NORMAL
AREA EMOCIONAL	NORMAL
TOTAL	PRESENTA UN BUEN AJUSTE EN LAS AREAS ESTUDIADAS

## INTERPRETACION

## FAMILIARES MUJERES

AREA FAMILIAR	NORMAL
AREA DE SALUD	NORMAL TENDIENDO A UN AJUSTE INSATISFACTORIO
AREA SOCIAL	NORMAL
AREA EMOCIONAL	INSATISFACTORIA
TOTAL	PRESENTA UN BUEN AJUSTE EN LAS AREAS ESTUDIADAS

## FAMILIARES HOMBRES

AREA FAMILIAR	NORMAL
AREA DE SALUD	NORMAL
AREA SOCIAL	NORMAL
AREA EMOCIONAL	NORMAL TENDIENDO A UN AJUSTE INSATISFACTORIO
TOTAL	PRESENTA UN BUEN AJUSTE EN LAS AREAS ESTUDIADAS

De acuerdo a los datos obtenidos en el inventario de ajustes de H. M. - Bell, encontramos que los familiares del sexo femenino, presentan en el área emocional un ajuste insatisfactorio y los familiares del sexo masculino tienen hacia tal ajuste, lo que sería un dato de importancia, susceptible de interpretarse, pero este no sería muy confiable en base a las alteraciones del inventario descritas anteriormente.

Se observó la tendencia de los pacientes y familiares en ciertos aspectos, analizando por separado las respuestas que dieron al inventario de ajustes de Bell, por considerar que se obtendría una información más amplia y válida. Para esto se tomó el número de respuestas computables que dió el grupo para cada situación, considerando como estándar absoluto el 65%; puntajes que no alcanzaron este porcentaje fueron rechazados no por carecer de importancia sino que para éste estudio se estableció tal criterio.

Las preguntas analizadas se muestran más adelante, primero se presentan las que fueron importantes para pacientes y familiares y luego las que obtuvieron un porcentaje inferior al límite. Después de cada pregunta se anota un SI o NO, lo cual nos marca el aspecto negativo de la situación, cuando el sujeto responde de la forma indicada previamente, la respuesta se considera computable.

Fueron analizadas el área social y personal en su totalidad, del área familiar se tomaron en cuenta las preguntas relacionadas con el factor económico. Del área de salud se rechazaron la mayoría de preguntas por la constante repetición en lo que se refiere a la gripe y por estar este estudio más bien enfocado al ajuste social y personal del paciente parapléjico y del familiar encargado directamente de su cuidado.

Datos tomados del Inventario de Ajustes de H. M. Bell

Se analizaron las preguntas del inventario para conocer la importancia que tienen dependiendo del sexo o de la invalidez, considerando como estandar absoluto el 65%.

Pacientes Mujeres:

Area familiar

67 %	La falta de dinero ha contribuido a hacer infeliz su vida en el hogar.	SI
67 %	Han sido siempre agradables las relaciones con su padre.	NO
67 %	Ha tenido Ud. con frecuencia un fuerte deseo de huir de su casa	SI

Area de salud

67 %	Tiene dificultad para conciliar el sueño aunque no haya ruidos que le molesten	SI
67 %	Se siente Ud. muy cansado al terminar el día	SI
67 %	Padece Ud. dolores de cabeza	SI
67 %	Ha perdido peso últimamente	SI

Area social

100 %	Le gusta a Ud. participar en fiestas y provocar mucha algarabía	NO
100 %	Encuentra Ud. dificultad para iniciar una conversación con una persona desconocida	SI
100 %	Ha tenido Ud. experiencia en hacer proyectos y dirigir las actividades de otras personas	NO
100 %	Ha tenido Ud. numerosas experiencias en presentarse ante reuniones públicas	NO
100 %	Es Ud. a veces quien encabeza un asunto social.	NO

- 67 % Cuando viaja en un tren o en un camión entabla con  
versación algunas veces con los demás pasajeros. NO
- 67 % Si fuera Ud. como invitado a un banquete, se priva-  
ría de algo por no pedir que le fuera pasado o ser-  
vido. SI
- 67 % Se siente Ud. cohibido en presencia de personas--  
que admira grandemente, pero con quienes no ha ta-  
nido mucho trato social. SI
- 67 % Se siente Ud. apenado si tiene que pedir permiso-  
para dejar a un grupo de personas. SI
- 67 % Es Ud. con frecuencia objeto de especial atención  
en una fiesta. NO
- 67 % En una reunión social trata Ud. de conocer a la -  
persona más importante. NO
- 67 % Toma Ud. siempre la iniciativa para animar una --  
reunión que está triste. NO
- 67 % Se siente Ud. avergonzado cuando tiene que entera-  
rse a alguna asamblea, después de que todos han toma-  
do asiento. SI
- 67 % Encuentra fácil hablar en público NO
- 67 % Se mantiene Ud. retraído en reuniones sociales. SI

#### Area personal

- 100 % No puede dormir porque con frecuencia le dan vuel-  
tas en la cabeza algunas ideas. SI
- 67 % Tiene Ud. con frecuencia obsesiones o pensamientos  
inútiles que le molesten SI
- 67 % Se atormenta Ud. por desgracias que pueden suceder  
SI
- 67 % Le molesta a Ud. siempre la sensación de que las -  
cosas no son reales. SI
- 67 % Se hace Ud. ilusiones frecuentemente SI

67 %	Se siente Ud. frecuentemente solo, aún cuando está con otras personas.	SI
67 %	Se desanima fácilmente	SI
67 %	Se encoleriza Ud. fácilmente	SI
67 %	Se siente Ud. herido en sus sentimientos con facilidad.	SI
67 %	Le molestan por mucho tiempo las experiencias humillantes.	SI
67 %	Siento Ud. miedo cuando tiene Ud. que ver al doctor para consultarle acerca de una enfermedad.	SI
67 %	Es (o era) difícil para Ud. hacer en la escuela -- una exposición verbal ante la clase.	SI

## Pacientes hombres

## Area familiar

Datos sin importancia

## Area de salud

Datos sin importancia

## Area social

85 %	Le gusta a Ud. participar en fiestas y provocar mucha algarabía.	NO
74 %	Ha tenido Ud. numerosas experiencias en presentarse ante reuniones públicas	NO
70 %	Es Ud. con frecuencia objeto de especial atención en una fiesta.	NO
66 %	Es Ud. a veces quien encabeza un asunto social.	NO

## Area personal

67 %	Se hace usted ilusiones frecuentemente	SI
78 %	Es (o era) difícil para Ud. hacer en la escuela una exposición verbal ante la clase	SI

## Familiares Mujeres

## Area familiar

Datos sin importancia

## Area de salud

Datos sin importancia

## Area Social

94 %	Le gusta a Ud. participar en fiestas y provocar alguna algarabía	NO
88 %	Es Ud. con frecuencia objeto de especial atención en una fiesta.	NO
83 %	Ha tenido Ud. experiencia en hacer proyectos y dirigir las actividades de otras personas.	NO
75 %	Ha tenido Ud. numerosas experiencias en presentarse ante reuniones públicas.	NO
75 %	Prefiere Ud. tener pocos amigos íntimos que muchas amistades ocasionales.	SI
69 %	Goza Ud. mucho de un baile	NO
69 %	Es Ud. a veces quien encabeza un asunto social.	NO
69 %	Encuentra fácil hablar en público.	NO
69 %	Se siente Ud. avergonzado cuando tiene que entrar a alguna asamblea, después de que todos han tomado asiento.	SI

## Area personal

88 %	Con frecuencia lo invade la tristeza.	SI
88 %	Se horroriza Ud. al ver una víbora.	SI
75 %	Le asusta a Ud. pensar en un temblor o incendio.	SI
75 %	Ha sentido alguna vez Ud. miedo de caer al abismo - cuando está en un lugar alto.	SI
75 %	Se hace Ud. ilusiones frecuentemente	SI
69 %	Se siente Ud. herido en sus sentimientos con facilidad.	SI
69 %	Se atormenta Ud. por desgracias que pueden suceder.	SI

## Familiares Hombres

## Area familiar

Datos sin importancia

## Area de salud

Datos sin importancia

## Area social

100 %	Prefiere Ud. tener pocos amigos íntimos que muchas amistades ocasionales.	SI
93 %	Le gusta a Ud. participar en fiestas y provocar mucha algarabía.	NO
79 %	Le molesta a Ud. ser tímido	SI
75 %	Se siente Ud. apenado si tiene que pedir permiso para dejar a un grupo de personas	SI

## Area personal

93 %	Ha sentido Ud. alguna vez miedo de caer al abismo cuando está en un lugar alto.	SI
93 %	Se sentía frecuentemente deprimido por las calificaciones bajas que obtenía Ud. en la escuela.	SI

Las preguntas que se analizaron y que no tuvieron el 65% de aceptación por parte de los pacientes y familiares, se anotan a continuación:

Area familiar.-

- Ha tenido siempre su hogar lo necesario para satisfacer las necesidades comunes de la vida. NO
- Ha sentido Ud. que sus amigos han tenido una vida de hogar mas feliz -- que la de Ud. SI
- Ha sentido algunas veces que sus padres están decepcionados de Ud. SI
- Siente Ud. que en su hogar le hacen falta cariños verdaderos SI
- Con frecuencia alguno de sus padres lo critica injustificadamente. SI
- Alguno de sus padres ha insistido en que la obedezca, aunque lo que le pida no sea razonable. SI

Area de salud.-

No presenta

Area social.-

- Se sentiría Ud. cohibido si quisiera dar una idea para empezar una discusión entre un grupo de personas. SI
- Le agrada a Ud. presentar a las personas en una reunión. NO
- Se divierte en una reunión social por el sólo hecho de estar entre la gente. NO
- Tiene Ud. con frecuencia dificultad para participar atinadamente en una reunión de personas. SI
- Encuentra Ud. fácil pedir ayuda a los demás. \*SI
- Encuentra Ud. fácil establecer relaciones con personas del sexo opuesto NO
- Hace Ud. amistades fácilmente. NO

- Se cohibe Ud. al entrar en una pieza en donde hay varias personas reunidas platicando. SI
- Le ocurre a Ud. con frecuencia que sabiendo la contestación correcta - a una pregunta en una asamblea no pueda contestarla por temor de hablar fuerte a sus compañeros SI
- Cuando necesita Ud. algo de una persona a quien no tiene mucha confianza, prefiere Ud. escribirle una carta o recado en vez de pedirselo personalmente. SI
- Tiene Ud. dificultad para iniciar conversación con una persona que acaba de serle presentada. SI
- Cambia Ud. alguna vez de acera para no encontrarse con alguien. SI
- Si llegara Ud. tarde a una junta o reunión, preferiría Ud. permanecer - de pié o salirse, a tener que tomar un asiento delantero. SI
- Le descontrola mucho que su jefe se dirija a Ud. inesperadamente. SI
- Se siente Ud. cohibido cuando tiene que presentar un informe. SI

#### Area personal.-

- Ha sentido Ud. que alguna vez alguien lo hipnotiza y lo impulsa a obrar en contra de su voluntad. SI
- Envidia Ud. algunas veces la felicidad que parecen disfrutar los demás SI
- Llora Ud. con facilidad. SI
- Le salen mal sus asuntos con frecuencia sin que la culpa sea de usted. SI
- Se siente Ud. con frecuencia un ser desdichado. SI
- Le molesta a Ud. mucho la critica de los demás. SI
- Se siente Ud. molesto con la idea de que la gente le observa en la calle SI
- Le molestan a Ud. sus sentimientos de inferioridad. SI
- Con frecuencia se siente Ud. cohibido por su apariencia personal. SI

Se arrepiente Ud. con frecuencia de las cosas que hace.	SI
Se considera usted mas bien una persona nerviosa.	SI
Se ruboriza Ud. fácilmente.	SI
Se descontrola Ud. fácilmente.	SI
Ha estado usted alguna vez extremadamente temeroso por algo que Ud. sabría que no podría dañarlo.	SI
Tiene Ud. altas y bajas en su manera de ser sin causa aparente.	SI
Vacila Ud. para dar un informe referente a su trabajo.	SI
Le da a Ud. miedo permanecer en la obscuridad.	SI
Está Ud. con frecuencia excitado.	SI
Se molesta Ud. cuando se da cuenta que la gente le adivina sus pensamientos.	SI
Se asusta Ud. con los relámpagos.	SI

### Pacientes Mujeres.-

La falta de dinero ha contribuido a hacer infeliz la vida de las pacientes en su hogar, sintiendo como poco agradables las relaciones con su padre y un fuerte deseo de huir de su casa.

Al término del día se sienten cansadas, con dificultad para conciliar el sueño aunque no haya ruidos que las molesten, los dolores de cabeza son frecuentes y sienten que han perdido peso últimamente.

Les molesta la sensación de que las cosas no son reales, atormentándose por desgracias que pueden suceder y sin poder dormir bien porque con frecuencia les da vueltas en la cabeza algunas ideas como obsesiones o pensamientos inútiles que les incomoda.

A las pacientes no les gusta participar en fiestas y provocar algarabía, no encabezan ni animan con frecuencia un asunto social ni son objeto de atención especial en ellos, manteniéndose retraídas sin conocer a las personas --mas importantes. En general encuentran dificultad para iniciar una conversación con una persona desconocida, cuando viajan no acostumbran platicar con los demás pasajeros y se sienten cohibidas en presencia de personas que admiran grandemente pero con quienes no tienen trato social.

No han tenido experiencia en dirigir las actividades de otras personas y se les dificulta hablar en público. Se sienten apenadas cuando tienen que pedir permiso para dejar a un grupo de personas o cuando tienen que entrar a una asamblea después de que todos han tomado asiento.

### Pacientes Hombres.-

A los pacientes no les gusta participar en fiestas y provocar algarabía, no encabezan con frecuencia un asunto social ni son objeto de atención especial en ellos y en su mayoría no han tenido numerosas experiencias en presentarse en reuniones públicas.

Se hacen ilusiones frecuentemente y cuando estaban en la escuela se deprimían por sus calificaciones bajas.

### Familiares Mujeres.-

A los familiares del sexo femenino con frecuencia las invade la tristeza, se hacen ilusiones y se sienten heridas en sus sentimientos con facilidad.

Les asusta pensar en un incendio, ver una víbora o caer al abismo, atormentándose por desgracias que pueden suceder.

No les gusta participar en fiestas y provocar algarabía, no son con frecuencia objeto de atención especial en una fiesta ni la encabezan.

Encuentran difícil hablar en público, prefiriendo tener pocos amigos íntimos que muchas amistades ocasionales.

Cuando tienen que entrar a una asamblea en que todos han tomado asiento, se sienten apenadas.

### Familiares Hombres.-

A los familiares del sexo masculino les molesta ser tímidos, no les gusta participar en fiestas y provocar algarabía, sintiéndose apenados si tienen que pedir permiso para dejar a un grupo de personas, prefiriendo tener pocos amigos íntimos que muchas amistades ocasionales.

Se sienten deprimidos por las calificaciones bajas en la escuela y sienten miedo de caer al abismo cuando están en un lugar alto.

## Cuestionario 16 P F

El Cuestionario 16 P F nos indica el nivel intelectual de las personas, aunque es difícil definir lo que es la inteligencia pues cada hombre lo hace de acuerdo a su filosofía, La unidad personal que nos presenta el factor B - de este cuestionario, se comporta como lo requiere la tendencia central de - la mayoría de las definiciones de la Inteligencia, correlacionando bien con todo tipo de aptitud para resolver problemas, con la aptitud para pensar abs tractamente, con el éxito en el aprendizaje de materias complejas del programa escolar y de un modo uniforme con la complejidad de la profesión. (8)

En base a esto se analizó el factor B del cuestionario para saber el nivel intelectual de los grupos con los que se trabajó, más no como una medida absoluta y definitiva sino como un dato relativo el cual necesitaría apoyarse en los resultados de otras pruebas de inteligencia.

El grupo de pacientes presentó una puntuación media de 45 y el grupo de familiares de 49, en ambos casos el nivel intelectual es insatisfactorio.

El cuestionario de Cattell nos indica también el grado de estabilidad emocional, el cual se calcula combinando algunos factores en la forma siguiente:

$$C + F + 11 - 0 + 11 = Q_4$$

## 1) Factor C

emocionalmente menos estable (tendencia al puntaje bajo)  
emocionalmente estable, enfrenta la realidad (tendencia al puntaje alto)

## 2) Factor F

prudente, serio, taciturno (tendencia al puntaje bajo)  
alegre, impulsivamente vivaz (tendencia al puntaje alto)

## 3) Factor 0

confiado, seguro de sí, sereno (tendencia al puntaje bajo)  
aprehensivo, preocupado, depresivo (tendencia al puntaje alto)

4) Factor  $Q_4$ 

tranquilo, no frustrado (tendencia al puntaje bajo)  
tenso, frustrado, impulsivo, sobreexcitado (tendencia al puntaje alto)

Después de calificar los cuestionarios con plantillas y obtener los puntajes de los factores, se analizó la fórmula anterior obteniendo una puntuación media en el grupo de pacientes de 50.91 y en el grupo de familiares, la puntuación media es de 45, indicándonos en ambos casos baja estabilidad emocional.

Para obtener el grado de salud mental, se utiliza la fórmula anterior -añadiéndole:

$$C + F + 11 - 0 + 11 - Q_4 \\ + \text{inteligencia} \times 10 \div 2$$

Con lo cual obtenemos una puntuación media para el grupo de pacientes de 47.87 y para el grupo de familiares de 47, reflejando un puntaje inferior al término medio respecto a la salud mental.

Estos datos deben tomarse con cierta reserva por ser tan decisivos por lo cual es conveniente cuando se obtiene un puntaje bajo en la salud mental, efectuar un retest después de algún tiempo adecuado para confrontarlo con el primero ya que una sola prueba es insuficiente para una decisión tan importante sobre todo sabiendo que los niveles de ansiedad pueden variar con factores temporales y situacionales.

Debido a la situación por la que los pacientes atraviesan y a su corta -temporada de estancia no en el Instituto sino en el Distrito Federal, fue imposible aplicar el cuestionario nuevamente.

**Nota:** Las tablas de puntajes individuales de Inteligencia, estabilidad emocional y salud mental se anexan al estudio.

## SALUD MENTAL

pacientes                      familiares

1.-	58.75	43.75
2.-	51.25	40.00
3.-	46.25	47.50
4.-	55.00	48.75
5.-	40.00	57.50
6.-	47.50	45.00
7.-	32.50	38.75
8.-	46.25	46.25
9.-	36.25	52.50
10.-	40.00	47.50
11.-	48.75	40.00
12.-	61.25	55.00
13.-	46.25	58.75
14.-	53.75	47.50
15.-	41.25	48.75
16.-	45.00	40.00
17.-	33.75	60.00
18.-	52.50	41.25
19.-	47.50	40.00
20.-	53.75	52.50
21.-	52.50	47.50
22.-	51.25	47.50
23.-	43.75	37.50
24.-	52.50	47.50
25.-	41.25	48.75
26.-	51.25	50.00
27.-	57.50	55.00
28.-	43.75	35.00
29.-	48.75	55.00
30.-	56.25	35.00
total	1436.25	1410.00
Media	47.875	47.00

## NIVEL INTELECTUAL

pacientes

familiares

1.-	60	40
2.-	40	40
3.-	50	50
4.-	80	50
5.-	40	80
6.-	40	50
7.-	30	50
8.-	40	50
9.-	30	80
10.-	40	50
11.-	60	40
12.-	50	50
13.-	60	80
14.-	50	50
15.-	40	50
16.-	40	50
17.-	30	70
18.-	50	50
19.-	35	40
20.-	40	50
21.-	50	40
22.-	30	40
23.-	30	40
24.-	60	80
25.-	30	80
26.-	50	50
27.-	60	50
28.-	40	40
29.-	40	80
30.-	50	80
total	1345	1470
Media	44.833	49

## ESTABILIDAD EMOCIONAL

pacientes                      familiares

1.-	57.5	27.5
2.-	62.5	42.5
3.-	42.5	45.0
4.-	30.0	45.0
5.-	40.0	40.0
6.-	55.0	60.0
7.-	35.0	57.5
8.-	52.5	45.0
9.-	42.5	47.5
10.-	40.0	30.0
11.-	37.5	50.0
12.-	72.5	32.5
13.-	32.5	40.0
14.-	67.5	55.0
15.-	32.5	55.0
16.-	50.0	55.0
17.-	37.5	45.0
18.-	55.0	35.0
19.-	60.0	37.5
20.-	67.5	50.0
21.-	55.0	60.0
22.-	72.5	20.0
23.-	57.5	50.0
24.-	45.0	50.0
25.-	52.5	47.5
26.-	52.5	40.0
27.-	55.0	45.0
28.-	47.5	47.5
29.-	57.5	55.0
30.-	62.5	40.0
total	1527.5	1350.0
Media	50.91	45

## Cuestionario 16 P. F. de

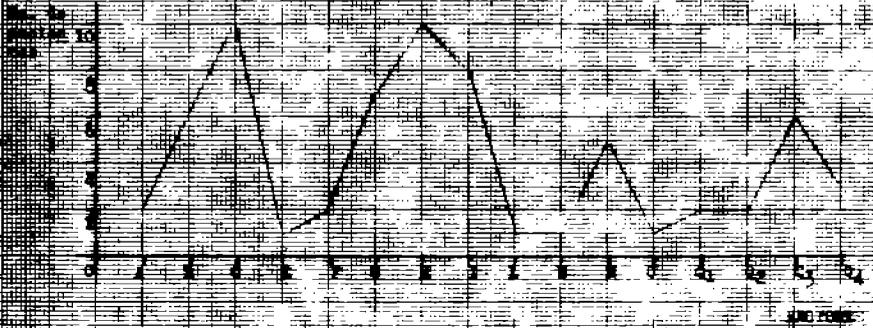
Raymond B. Cattell

## TENDENCIAS AL PUNTAJE BAJO

FACTORES	Número de p a c i e n t e s		Número de f a m i l i a r e s	
	Número	%	Número	%
"A"	2	7.00 %	3	10.00 %
"B"	6	20.00 %	2	7.00 %
"C"	10	33.33 %	12	40.00 %
"E"	1	3.33 %	3	10.00 %
"F"	2	7.00 %	6	20.00 %
"G"	7	23.00 %	6	20.00 %
"H"	10	33.00 %	10	33.00 %
"I"	8	27.00 %	4	13.00 %
"L"	1	3.33 %	0	0.00 %
"M"	1	3.00 %	2	7.00 %
"N"	5	17.00 %	2	7.00 %
"O"	1	3.00 %	0	0.00 %
"Q1"	2	6.66 %	1	3.00 %
"Q2"	2	7.00 %	7	23.00 %
"Q3"	6	20.00 %	1	3.33 %
"Q4"	3	10.00 %	1	3.00 %

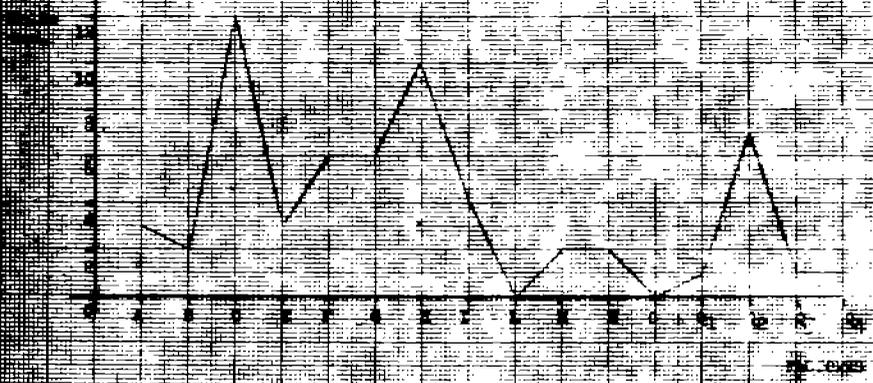
TEMPERATURE AT PUNJIT ALAM

PRECIPITATION



WIND FORCE

PUNJIT ALAM

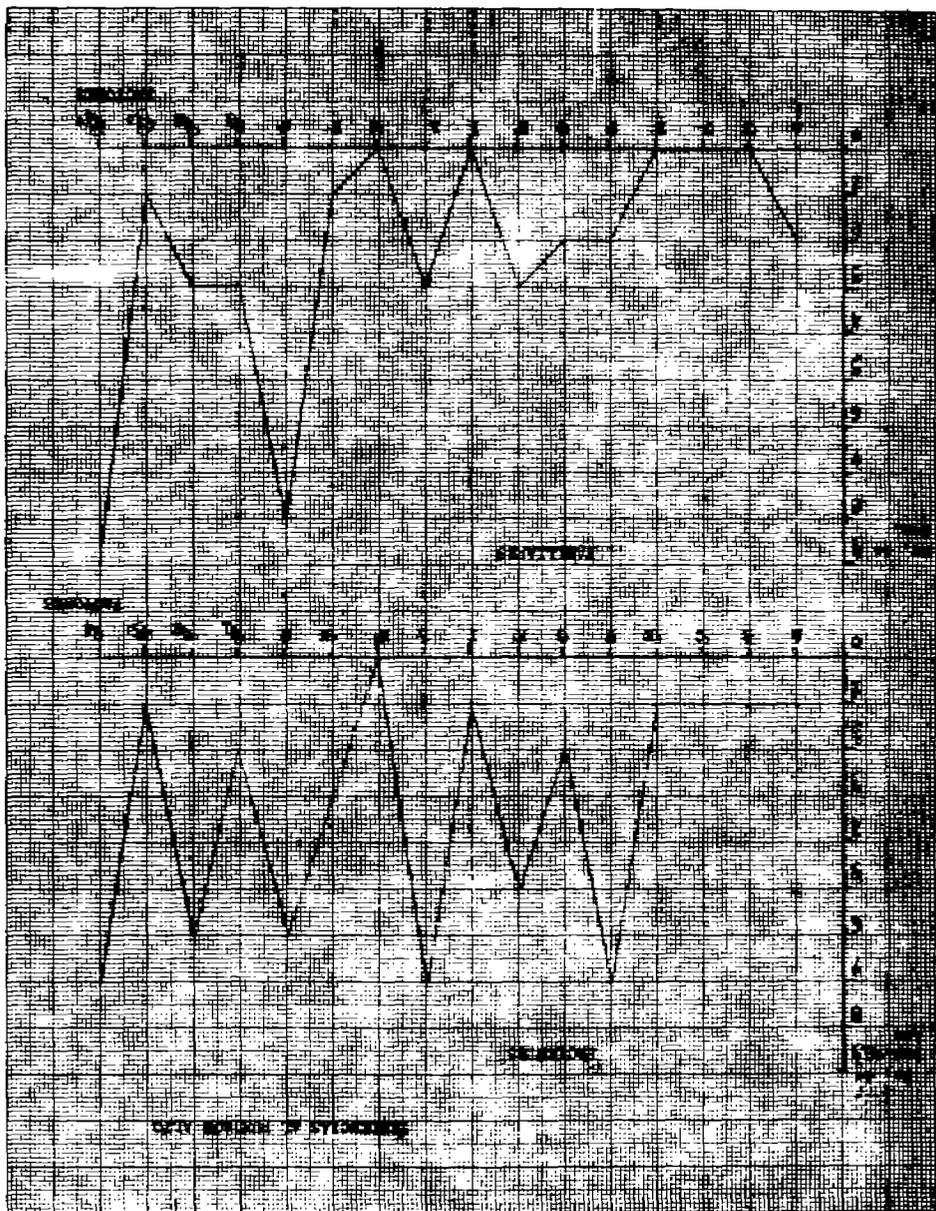


WIND FORCE

## Cuestionario 16 P. F. de Raymond B. Cattell

## TENDENCIAS AL PUNTAJE ALTO

FACTORES	Número de p a c i e n t e s		Número de f a m i l i a r e s	
"A"	1	3.00 %	2	7.00 %
"B"	1	3.00 %	0	0.00 %
"C"	1	3.33 %	0	0.00 %
"E"	1	3.33 %	0	0.00 %
"F"	7	23.00 %	2	7.00 %
"G"	2	7.00 %	2	7.00 %
"H"	5	17.00 %	3	10.00 %
"I"	1	3.00 %	0	0.00 %
"L"	7	23.33 %	3	10.00 %
"M"	0	0.00 %	0	0.00 %
"N"	3	10.00 %	1	3.00 %
"O"	6	20.00 %	8	27.00 %
"Q <sub>1</sub> "	2	6.66 %	3	10.00 %
"Q <sub>2</sub> "	6	20.00 %	3	10.00 %
"Q <sub>3</sub> "	1	3.00 %	1	3.33 %
"Q <sub>4</sub> "	7	23.00 %	9	30.00 %



## Cuestionario 16 P. F. de Raymond B. Cattell

## DATOS QUE CAEN DENTRO DE LA NORMALIDAD

factores	Número de p a c i e n t e s		Número de f a m i l i a r e s	
"A"	27	90.00 %	25	83.00 %
"B"	23	77.00 %	28	93.00 %
"C"	19	63.33 %	18	60.00 %
"E"	28	93.33 %	27	90.00 %
"F"	21	70.00 %	22	73.00 %
"G"	21	70.00 %	22	73.00 %
"H"	15	50.00 %	17	57.00 %
"I"	21	70.00 %	26	87.00 %
"L"	22	73.33 %	27	90.00 %
"M"	29	97.00 %	28	93.00 %
"N"	22	73.00 %	27	90.00 %
"O"	23	77.00 %	22	73.00 %
"Q <sub>1</sub> "	26	86.66 %	26	87.00 %
"Q <sub>2</sub> "	22	73.00 %	20	67.00 %
"Q <sub>3</sub> "	23	77.00 %	28	93.33 %
"Q <sub>4</sub> "	20	67.00 %	20	67.00 %

Analizando los resultados que obtuvimos en los 16 factores del cuestionario de Cattell, tenemos lo siguiente:

#### Factor "A"

El 7% de parapléjicos presentan tendencia al puntaje bajo indicándonos-ésto que son escrupulosos, aislados, reservados y fríos.

La persona con bajo puntaje en este factor tiende a ser rígida, fría, -escéptica y retraída. Prefiere las cosas a las personas y prefiere trabajar sola y evitar comprometerse en opiniones. Es precisa y rígida en su forma de hacer las cosas y en sus normas personales. Características convenientes en determinados empleos. En ocasiones puede ser escrupuloso, obstaculizante y -duro.

Sólo el 3% de pacientes parapléjicos muestran tendencia al puntaje alto, por lo cual sólo en este porcentaje son abiertos, afectuosos, calmados y participantes.

#### Factor "B"

La tendencia al puntaje bajo la muestra el 20% de parapléjicos, los cuales tienden a ser lentos para aprender, captar y entender, dados a interpretar concreta y literalmente. Su comportamiento pudiera ser simplemente un -reflejo de baja inteligencia o puede representar funcionamiento pobre debido a psicopatología.

El 3% se muestra más inteligente, con pensamiento abstracto, brillante, presen tan tendencia al puntaje alto.

#### Factor "C"

Una tercera parte de los parapléjicos o sea el 33.33 % presentan inestabilidad emocional con baja tolerancia a las frustraciones en condiciones insatisfactorias. Evaden demandas de la realidad necesarias, se impresionan y -se molestan con facilidad.

El 3.33 % de estos pacientes se muestran emocionalmente estables, enfrentándose a la realidad, son personas maduras y calmadas. Tienden al puntaje alto.

#### Factor "E"

El 3.33 % de pacientes, mostró tendencia al puntaje bajo, lo que nos -indica que estas personas tienden a ceder ante los demás, a ser dóciles y a conformarse. Con frecuencia dependientes y ansiosos de una corrección obsesiva.

Otro 3% mostró tendencia al puntaje alto, siendo hostil, seguro de sí mismo, extrapunitivo, autoritario y con tendencias a desconocer a la autoridad.

#### Factor "F"

El 7 % mostró tendencia al puntaje bajo.

La persona con bajo puntaje en este Factor tiende a ser cohibida, reticente, introspectiva, algunas veces hosca, pesimista e indebidamente cauta. Quien los observa los considera presumidos y excesivamente correctos. Tiende a ser una persona sobria y dependiente.

Casi una tercera parte del grupo de parapléjicos o sea el 23 % mostró - tendencia al puntaje alto indicándonos que son personas alegres, impulsivamente vivaces, festivas y entusiastas. Frecuentemente se les elige como líderes, son expresivos, francos y despreocupados.

#### Factor "C"

El 23 % de parapléjicos, casi una tercera parte del grupo estudiado -- son oportunistas, evaden las reglas y tienden a ser inconstantes en sus propósitos. Su libertad de influencias del grupo los pueden llevar a actos antisociales pero en momentos los hace más efectivos. Al rehusarse a atarse a las reglas hace que tengan problemas somáticos por la tensión.

El 7% mostró tendencia al puntaje alto, tendiendo estas personas a ser de carácter exigente, dominadas por el sentido del deber, perseverantes, responsables y previsoras. Generalmente son concienzudos y moralistas prefieren do como compañeros a personas muy trabajadoras a chistosas.

#### Factor "H"

El 33% mostró tendencia al puntaje bajo, lo que nos indica que son personas tímidas, retraídas, recatadas que generalmente tienen sentimientos de inferioridad. Tienden a hablar y a expresarse con lentitud y dificultad, les desagradan los trabajos en que haya contactos personales, prefiriendo uno o dos amigos cercanos a grupos numerosos, se mantienen desconectados de todo lo que sucede a su alrededor.

El 17% con puntaje alto, son atrevidos, socialmente audaces, desinhibidos y espontáneos. Tienden a ser emprendedores y a interesarse activamente en el sexo opuesto.

#### Factor "I"

El 27% de parapléjicos mostró tendencia al puntaje bajo, estas personas tienden a ser prácticas, realistas y responsables.

Sólo el 3% mostró ser dependiente, de carácter débil, sensibles y con necesidad de sobreprotección.

#### Factor "L"

El 3.33% con puntaje bajo tienden a ser confiados, adaptables, no entran en competencia y son buenos trabajadores en grupo.

El 23.33% de parapléjicos muestran tendencia al puntaje alto lo que nos indica que son suspicaces, vanidosos y difíciles de engañar. Tienden a ser desconfiados y retraídos en sí mismos, engreídos, interesados en la vida mental interna, premeditan sus acciones, se despreocupan de la gente y son miembros malos en un grupo.

#### Factor "M"

Sólo el 3% mostró tendencia al puntaje bajo, lo que nos indica que son cuidadosos, convencionales y faltos de imaginación algunas veces.

#### Factor "N"

Mostró tendencia al puntaje bajo el 17% de parapléjicos siendo estos -- sentimentales y espontáneos, se conforman con lo que venga y con facilidad -- se contenta.

El 10% con puntaje alto tienden a ser calculadores, perspicaces y analíticos. Su acercamiento a las situaciones es en forma intelectual.

#### Factor "O"

El 3% mostró tendencia al puntaje bajo siendo seguro de sí mismo, confiado y sereno. Esta persona es elástica y segura pero llega al punto de -- ser insensible cuando un grupo no va de acuerdo con él, por lo que puede provocar antipatías y recelos.

#### Factor "Q<sub>1</sub>"

El 6.66% mostró tendencia al puntaje bajo siendo conservador, respetando las ideas establecidas. Es cauteloso hacia las nuevas ideas, así tiende a oponerse y posponer los cambios, se inclina a seguir la tradición, es más conservador en religión y política y tiende a no interesarse en pensamiento analítico intelectual.

Otro 6.66% de parapléjicos mostró tendencia al puntaje alto, siendo personas críticas, liberales, experimentadoras y analíticas. Tienden a intere--

sarse en asuntos intelectuales y dudan de los principios fundamentales. Son escépticos y críticos hacia ideas tanto ambiguas como nuevas.

#### Factor "Q<sub>2</sub>"

El 7% de parapléjicos con tendencia al puntaje bajo, son dependientes del grupo y seguidores de la corriente, Prefieren trabajar con otras personas así como tomar decisiones. Necesitan del apoyo del grupo de su aprobación y admiración, pueden carecer de resoluciones individuales.

Con tendencia al puntaje alto tenemos un 20%, estas personas son autosuficientes, prefieren sus propias decisiones y son ingeniosas. Son temperamentalmente independientes y están acostumbradas a seguir su propio camino; no consideran la opinión pública pero no son necesariamente dominantes en sus relaciones con otros. No les disgusta la gente pero simplemente no necesitan su consentimiento y apoyo.

#### Factor "Q<sub>3</sub>"

El 20% del grupo de parapléjicos con tendencia al puntaje bajo siguen sus propios impulsos y presentan conflictiva personal. No se preocupan por su fuerza de voluntad ni por considerar las demandas sociales.

El 3% con puntaje alto tienen un fuerte control de sus emociones y de su comportamiento en general, se inclinan a ser respetuosos y cuidadosos socialmente mostrando lo que comunmente se llama "respeto de sí mismo" y cuidado de la reputación social. Sin embargo algunas veces tienden a ser obstinados.

#### Factor "Q<sub>4</sub>"

El 10% con puntaje bajo, tienden a ser sosegados, relajados, serenos y satisfechos (no frustrados). En algunas situaciones su sobregratificación los lleva a la flojera y bajo rendimiento, en el sentido que la baja motivación produce poco ensayo y error.

El 23% de parapléjicos con tendencia el puntaje alto tienden a ser tensos, excitables, inquietos, irritables, impacientes, frecuentemente están fatigados pero son incapaces de permanecer inactivos. En los grupos tienen una visión pobre del grado de unidad, orden y hegemonía. Su frustración representa un exceso de impulsos estimulados pero no descargados.

Para el grupo de familiares tenemos los siguientes resultados obtenidos del cuestionario 16 P F de la personalidad:

## Factor "A"

El 10% de los familiares presentan tendencia al puntaje bajo indicándonos esto que tres de los familiares son escrupulosos, aislados, reservados y fríos.

La persona con bajo puntaje en este factor tiende a ser rígida, escéptica y retraída. Prefiere las cosas a las personas y prefiere trabajar sola -- evitando comprometerse en opiniones. En ocasiones puede ser escrupulosa, obstaculizante y dura.

El 7% de los familiares mostró tendencia al puntaje alto, siendo abiertos, afectuosos, calmados y participantes.

## Factor "B"

La tendencia al puntaje bajo la muestra el 7% de familiares, los cuales tienden a ser lentos para aprender, captar y entender, dados a interpretar -- concreta y lentamente. Su comportamiento pudiera ser simplemente un reflejo de baja inteligencia o puede representar funcionamiento pobre debido a psicopatología.

## Factor "C"

Más de la tercera parte de los familiares o sea el 40% presentan inestabilidad emocional con baja tolerancia a las frustraciones en condiciones -- insatisfactorias. Evaden demandas de la realidad necesarias, se impresionan y se molestan con facilidad.

## Factor "E"

El 10% de los familiares mostró tendencia al puntaje bajo, lo que nos -- indica que estas personas tienden a ceder ante los demás a ser dóciles y a -- conformarse. Con frecuencia son dependientes y ansiosos de una corrección -- obsesiva.

## Factor "F"

El 20% mostró tendencia al puntaje bajo

La persona con bajo puntaje en este Factor tiende a ser cohibida, reticente, introspectiva y algunas veces hosca, pesimista e indebidamente cauta. Quien los observa los considera presumidos y excesivamente correcto. Tiende a ser una persona sobria y dependiente.

El 7% mostró tendencia al puntaje alto indicándonos que son personas -- alegres, impulsivamente vivaces, festivas y entusiastas, Frecuentemente se --

les elige como líderes, son expresivos, francos y despreocupados.

Factor "G"

El 20% de familiares o sea una quinta parte del grupo estudiado son oportunistas, evaden las reglas y tienden a ser inconstantes en sus propósitos.- Su libertad de influencias del grupo los pueden a actos antisociales pero en momentos los hace más efectivos. Al rehusar a atarse a las reglas hace que -- tengan problemas somáticos por la tensión.

El 7% mostró tendencia al puntaje alto, tienden de estas personas a---- ser de carácter exigente, dominadas por el sentido del deber, perseverantes; responsables y previsoras. Generalmente son concienzudos y moralistas prefiriendo como compañeros a personas muy trabajadoras.

Factor "H"

El 33% mostró tendencia al puntaje bajo, lo que nos indica que son personas tímidas; retraídas, recatadas que generalmente tienen sentimientos de inferioridad. Tienden a hablar y a expresarse con lentitud y dificultad, les desagradan los trabajos en donde hayan contactos personales, prefiriendo uno o dos amigos cercanos a grupos numerosos, se mantienen desconectados de todo lo que sucede a su alrededor.

El 10% con puntaje alto, son atrevidos, socialmente audaces, desinhibidos y espontáneos. Tienden a ser emprendedores y a interesarse activamente en el sexo opuesto.

Factor "I"

El 13% de los familiares presentó tendencia al puntaje bajo estas personas tienden a ser prácticas, realistas y responsables.

Factor "L"

El 10% con puntaje alto tienden a ser suspicaces, vanidosos y difíciles de engañar. Tienden a ser desconfiados y retraídos en sí mismos, engreídos, interesados en la vida mental interna, premeditan sus acciones, se despreocupan de la gente y son miembros "malos" en un grupo.

Factor "M"

El 7% mostró tendencia al puntaje bajo lo que nos indica que son cuidadosos, convencionales y faltos de imaginación algunas veces.

## Factor "N"

Mostró tendencia al puntaje bajo el 7% de familiares siendo estos sentimentales y espontáneos, se conforman con lo que venga y con facilidad se contentan.

El 3% con puntaje alto tienden a ser calculadores, perspicaces y analíticos. Su acercamiento a las situaciones es en forma intelectual.

## Factor "O"

El 27% de los familiares mostró tendencia al puntaje alto, siendo personas aprehensivas, preocupadas y depresivas. No se sienten aceptados en los grupos ni con libertad para participar.

Factor "Q<sub>1</sub>"

El 3% presentó tendencia al puntaje bajo, la cual nos indica que son personas que respetan las ideas establecidas, son cautelosas ante ideas nuevas, y tienden a oponerse a cambios.

El 10% con puntaje alto tienden a interesarse en asuntos intelectuales siendo más tolerantes hacia las inconveniencias y los cambios.

Factor "Q<sub>2</sub>"

El 23 % con puntaje bajo son dependientes del grupo prefieren trabajar y tomar decisiones con otras personas, les gusta depender de la aprobación y admiración social.

Tienden a seguir al grupo pudiendo carecer de resoluciones individuales.

El 10% son autosuficientes, prefiriendo sus propias decisiones, No les disgusta la gente, pero simplemente no necesita su consentimiento ni apoyo. En las relaciones interpersonales no necesariamente es dominante.

FACTOR "Q<sub>3</sub>"

El 3.33% o sea un familiar con puntaje bajo muestra conflictiva personal, siguiendo sus propios impulsos, no se preocupa por considerar las demandas sociales, siendo poco considerado.

Otro familiar tiende a un fuerte control de sus emociones y de su comportamiento en general, inclinándose a ser respetuoso y cuidadoso socialmente.

Factor "Q<sub>4</sub>"

El 3% o sea un familiar con tendencia al puntaje bajo tiende a ser relajado, sereno y satisfecho (no frustrado)

El 30% o sea nueve familiares con tendencia al puntaje alto tienen una versión pobre del grado de unidad y orden.

Tienden a ser tensos, "frustrados" e impulsivos. Su frustración representa un exceso de impulsos estimulados pero no descargados.

NOTA: Vemos que la proporción mayor se encuentra en lo que nos marca la Zona de normalidad, por lo que únicamente se le da interpretación a los puntajes altos o bajos, que son los que quedan fuera de esta zona.

## CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos en el cuestionario 16 P. F. de Raymond B. Cattell, la hipótesis No. 1 en la que se plantea que hay relación directa entre invalidez y frustración, considerando que todo individuo está frustrado por el hecho de estar invalido, se descarta.

Ya que en este cuestionario el factor "Q<sub>4</sub>" con tendencia al puntaje alto nos indica que la persona está frustrada, representando tal frustración - un exceso de impulsos estimulados pero no descargados, Si la tendencia es hacia el puntaje bajo, la persona se encuentra satisfecha, no hay frustración.

El 10% de parapléjicos muestra tendencia al puntaje bajo, al puntaje alto el 23% y el 67 % se encuentra dentro de la normalidad.

Lo que nos indica que el mayor porcentaje de parapléjicos tiene la frustración normal, puesto que todo sujeto tiene cierto grado de frustración dentro de determinadas circunstancias ya que no siempre se alcanza las metas -- propuestas. Y sólo el 23 % o sea menos de una cuarta parte presenta frustración por arriba de lo que se puede considerar como "normal".

Pero tomando en cuenta los datos obtenidos con el grupo de familiares - tenemos que el 3 % presenta tendencia al puntaje bajo, el 30 % el puntaje alto y el 67 % se encuentra en los límites de la normalidad.

Mostrándonos esto que aunque pequeña , existe una diferencia en cuanto al porcentaje de personas frustradas siendo mayor en el grupo de familiares, por lo que la hipótesis planteada se descarta por no haber relación directa entre invalidez y frustración.

Pienso que hubiera sido de gran interés el comparar el grupo de parapléjicos y el de familiares con un grupo formado por personas que no presentarían invalidez física ni alteraciones en su vida debido al cuidado que tuvieran - que prestar al paciente o a las limitaciones sociales, sexuales o económicas que como consecuencia sufrían. Esto, con el fin de conocer que tan importante resulta la contaminación que en este caso sufre el familiar y cual es el grado de frustración en un grupo con estas características. Es de lamentar que esto no se realizó, pero sería de sumo interés para un estudio posterior.

2.- Tomando en cuenta los resultados del test de Frustración de Rosenzweig - encontramos que los parapléjicos presentan tensión exagerada tendiente a la adaptación, lo cual indica desadaptación y en general muestran una mala adaptación social, por lo cual la hipótesis No. 2 se comprueba.

En los familiares encontramos también estas características, Podemos inferir que esto se debe a que su situación cambió también, teniendo que estar atado si no a una silla de ruedas si a la persona que sufrió la lesión con un cambio en sus actividades de tipo social, económico o sexual.

Sin embargo, considero que sería necesario aplicar un retest que corroborará estos resultados.

3.- La hipótesis No. 3 se rechaza ya que según resultados del test de Frustración de Saul Rosenzweig, la agresión no se encuentra como fuerza generatriz en el grupo de parapléjicos, sino que estos tratan de evitar formular un reproche tanto a otros como así mismos encamando a la situación frustrada en forma conciliatoria. O sea que ante una situación frustrante, las respuestas de los parapléjicos son impunitivas, Según Rosenzweig el mecanismo psicoanalítico que corresponde a tal forma de reacción es la represión.

La segunda parte de la hipótesis nos dice que los familiares encargados de la atención de los pacientes dirigen su agresión hacia el interior con -- emociones de remordimiento o culpa, esto se rechaza, por indicarnos los resultados del test de frustración que los familiares como primera reacción ante una situación frustrante dirigen su hostilidad o el reproche hacia una -- persona u objeto del medio. Según Rosenzweig las emociones asociales con las respuestas extrapunitivas que en este grupo predominan, son la cólera y la irritación.

4.- La hipótesis No. 4 que nos dice que hay diferencias importantes en --- cuanto a la dirección de la agresión entre los parapléjicos y los familiares se acepta, ya que los parapléjicos como primera reacción ante una situación frustrante dirigen su agresión en forma impunitiva, tomando una actitud de - conciliación, evitando la agresión y describiendo a la situación frustrante como carente de importancia, como si no fuera de nadie el error o como su--- ceptible de mejorarse contentándose con esperar y conformarse.

Mientras que los familiares como primera reacción ante una situación -- frustrante dirigen su agresión al exterior o sea extrapunitivamente.

5.- La hipótesis No. 5 que nos dice que nos dice que los pacientes, parapléjicos que se encuentran entre los 15 y los 40 años de edad, dirigen con - mayor frecuencia su agresividad hacia el exterior, se rechaza. Se observó -- que el número mayor de respuestas en el grupo de parapléjicos, impuniti----- vas a la edad de 24 años o sea que a esta edad tratan de minimizar el obstá- culo frustrante.

La segunda parte de la hipótesis dice que en pacientes de edad avanzada,

la agresión sería dirigida hacia el interior. Debido a que tuvimos un paciente de 40 años y uno de 52 años como edad máxima, no podemos aclarar este punto, el cual sería conveniente analizar en estudios posteriores con una muestra estadística mayor.

En el grupo de familiares el puntaje mayor es de respuestas extrapunitivas a la edad de 65 años y respuestas impunitivas para los 27 años.

De acuerdo a los resultados encontrados, tanto en el grupo de parapléjicos como en el de familiares a la edad de 24 a 27 años, el mecanismo psicodinámico usado, según Rosenzweig nos indica, es la represión (1°)

(1°) Test de Frustración. Manual, Saul Rosenzweig. 1968.-Ed. Paidós.

## PROPOSICIONES

1) En base a los resultados obtenidos en este estudio, vemos que no podemos considerar que un parapléjico esté frustrado por el hecho de presentar invalidez y según nos dice Berger (45), no hay un tipo de personalidad determinada que acompañe a la Inhabilidad parapléjica, sino que en sus estudios encontró que la personalidad de un parapléjico es tan variada como las estructuras de personalidad en cualquier población normal.

Por esto es necesario que hagamos conciencia de la situación que viven - los parapléjicos y que no les pongamos la etiqueta de personas frustradas, sucias, mal olientes e improductivas, pues les restamos oportunidades para salir adelante y encauzarse por el nuevo sendero que tendrán que recorrer con - sus potencialidades residuales.

2) En el Instituto Mexicano de Rehabilitación, el parapléjico se le proporciona atención médica, psicológica y en casos de que la invalidez le impida - seguir laborando en su trabajo anterior, se le da adiestramiento de acuerdo - con sus potencialidades para que pueda valerse por sí mismo y no se sienta -- una carga para su familia, sino una persona productiva que es capaz de salir - adelante.

Pero muchas de estas personas no tienen los medios económicos necesarios para empezar a trabajar por lo que tal aprendizaje en ocasiones resulta improductivo.

En tal situación éstas personas no son sujetos de crédito bancario por - no tener bienes con qué responder del adeudo por lo que sería inútil pensar - en solicitar un préstamo personal. Sin embargo, una solución podría ser el - que se formara un Patronato como el de menores o el de reos libertados que - tienen como finalidad prestar asistencia moral, económica, jurídica y social, obteniendo sus fondos de cualquier procedencia lícita, oficial o particular. (10)

Así el Patronato ayudaría económicamente a un grupo de personas que presentaran invalidez, respaldándose no sobre sus bienes sino sobre sus antecedentes y comportamiento, tratando de no crear lazos de dependencia sino al - contrario, ayudar al paciente para que tenga el material necesario para su - trabajo. encauzarlo pero que él sea capaz de salir adelante por sí mismo.

Otro punto sería formar una cooperativa de producción, esta se encargaría de crear los lazos entre el paciente que ha aprendido por ejemplo a hacer bolsas tejidas con centros de artesanías que comprarán su trabajo.

Esto ayudaría al paciente desde el punto de vista psicológico pues el-

sentirse productivo, elevaría su autoestima, siendo esto un factor de importancia para su adaptación al medio.

3.- Vemos que los familiares encargados directamente del cuidado del parapléjico presenta un índice de mala adaptación social y cierto grado de frustración, probablemente debido al nuevo trayecto que toma su vida, Por esto - sería conveniente no solo centrarse en la atención del parapléjico, sino desde el punto devista psicológico ayudar al familiar ya sea con terapia individual o de grupo con el fin de lograr una mejor adaptación, lo cual influiría también en la vida del paciente, pues podemos suponer que mientras menor sea el grado de tensión, mejor serán las relaciones y habrá consecuencias más positivas.

APENDICE A

Datos estadísticos sobre paraplejía tomados del --  
Instituto Mexicano de Rehabilitación de 1960 a ---  
1972.

APENDICE B

Datos de las personas con las que se trabajó:

Sexo

Edad

Estado Civil

Escolaridad

Ocupación

Lugar de nacimiento

Año en que sufrieron la lesión

Causas de la lesión

Relación familiar

## APENDICE A

A Datos estadísticos sobre paraplejía tomados del Instituto Mexicano de Rehabilitación.

Se hizo un análisis de los pacientes parapléjicos atendidos de 1960 a 1972 en el Instituto Mexicano de Rehabilitación, observándose un total de 541 pacientes, de los cuales el 85 % hombres y el resto mujeres.

La edad más frecuente de los pacientes atendidos es de 21 a 25 años, y la menos frecuente entre los 55 y los 60 años. El 41% estudiaron la primaria incompleta, el 21.9% la terminaron, el 6.6% son analfabetas y profesionistas el 2.4%.

La experiencia laboral más frecuente de los pacientes atendidos es la no calificada.

El 43.6% de los pacientes eran solteros, el 42.3% casados y menores el 9.9%. Se encontró un porcentaje mínimo en pacientes divorciados, viudos o en unión libre.

Las causas de invalidez más frecuentes son:

traumáticas	79.6%
infecciosas	4.9%
congénitas	4.6%
P. C. I.	1.6%
tumores	1.2%
vascular	1.2%
tóxicas	0.1%
degenerativas	0.1%

Los motivos más frecuentes de invalidez de estos pacientes son los traumas, los que se causaron por:

por arma de fuego	26.9 %
caídas	17.3 %
accidentes automovilísticos	16.6 %
arma punzo-cortante	1.8 %
por maquinaria	1.1 %
por transporte pesado	0.9 %
por transporte ligero	0.7 %

Según el lugar de procedencia, se atendieron 222 pacientes del Distrito Federal, de provincia 306 y algunos pacientes extranjeros.

## APENDICE B

## DATOS DE LAS PERSONAS CON LAS QUE SE REALIZO EL ESTUDIO

S E I O

pacientes

femenino      masculino

1		X
2		X
3		X
4		X
5		X
6		X
7		X
8		X
9		X
10		X
11		X
12		X
13		X
14		X
15		X
16		X
17		X
18	X	
19		X
20		X
21		X
22		X
23		X
24		X
25		X
26	X	
27		X
28		X
29		X
30	X	

total

3

27

10 %

90 %

## SEXO

familiares

femenino      masculino

1	X	
2		X
3		X
4		X
5		X
6		X
7	X	
8		X
9		X
10	X	
11		X
12		X
13	X	
14	X	
15	X	
16	X	
17		X
18	X	
19		X
20		X
21	X	
22	X	
23	X	
24		X
25		X
26	X	
27	X	
28	X	
29	X	
30	X	

total

16

14

53 %

47 %

## E D A D

pacientes

14 - 16	2	6.66 %
17 - 19	4	13.33 %
20 - 22	4	13.33 %
23 - 25	10	33.33 %
26 - 28	1	3.33 %
29 - 31	3	10.00 %
32 - 34	1	3.33 %
35 - 37	3	10.00 %
38 - 40	1	3.33 %
41 - 43	0	0.00 %
44 - 46	0	0.00 %
47 - 49	0	0.00 %
50 - 52	1	3.33 %
53 - 55	0	0.00 %
56 - 58	0	0.00 %
59 - 61	0	0.00 %
62 - 64	0	0.00 %
<b>total</b>	<b>30</b>	<b>99.97 %</b>

## E D A D

familiares

14 - 16	1	3.33 %
17 - 19	2	6.66 %
20 - 22	4	13.33 %
23 - 25	3	10.00 %
26 - 28	5	16.66 %
29 - 31	2	6.66 %
32 - 34	2	6.66 %
35 - 37	1	3.33 %
38 - 40	3	10.00 %
41 - 43	0	0.00 %
44 - 46	4	13.33 %
47 - 49	0	0.00 %
50 - 52	0	0.00 %
53 - 55	1	3.33 %
56 - 58	0	0.00 %
59 - 61	0	0.00 %
62 - 64	2	6.66 %
<b>total</b>	<b>30</b>	<b>99.95 %</b>

## ESTADO CIVIL

pacientes

solteros	15	50 %
casados	14	47 %
unión libre	1	3 %
divorciados	0	0
viudos	0	0
total	30	100 %

## ESTADO CIVIL

## familiares

solteros	7	23.33 %
casados	18	60.00 %
unión libre	3	10.00 %
divorciados	1	3.33 %
viudos	1	3.33 %
total	30	99.99 %

## E S C O L A R I D A D

pacientes

primaria completa e incompleta	18	60 %
secundaria	3	10 %
comercio	1	3 %
normal	0	0 %
preparatoria	2	7 %
estudios profesionales	4	13 %
autodidacta	2	7 %
total	30	100 %

## ESCOLARIDAD

familiares

primaria completa e incompleta	19	63.33 %
secundaria	5	16.66 %
comercio	2	3.33 %
normal	1	3.33 %
preparatoria	0	0.00 %
estudios profesionales	4	13.33 %
autodidactas	0	0.00 %
total	30	99.98 %

## OCUPACION

pacientes

estudiantes	6	20.00 %
técnicos	3	10.00 %
campesinos	6	20,00 %
profesionistas	2	6.66 %
empleados	12	40,00 %
hogar	1	3.33 %
total	30	99.99 %

## O C U P A C I O N

familiares

estudiantes	7	23.33 %
técnicos	3	10.00 %
empleados	10	33.33 %
hogar	7	23.33 %
profesionistas	3	10.00 %
total	30	99.99 %

## LUGAR DE NACIMIENTO

pacientes

Guana juato	2	6.66 %
Puebla	3	10.00 %
Michoacán	2	6.66 %
Sonora	2	6.66 %
Zacatecas	2	6.66 %
Veracruz	2	6.66 %
Chihuahua	1	3.33 %
San Luis Potosí	1	3.33 %
Durango	1	3.33 %
Jalisco	1	3.33 %
Oaxaca	3	10.00 %
Chiapas	1	3.33 %
Distrito Federal	7	23.33 %
Edo. de Morelos	1	3.33 %
Edo. de México	1	3.33 %
total	30	99.94 %

## LUGAR DE NACIMIENTO

familiares

Guanajuato	4	13.33 %
Puebla	3	10.00 %
Michoacán	1	3.33 %
Sonora	2	6.66 %
Zacatecas	2	6.66 %
Vera Cruz	2	6.66 %
Chihuahua	1	3.33 %
Durango	1	3.33 %
Jalisco	1	3.33 %
Oaxaca	4	13.33 %
Chiapas	1	3.33 %
Distrito Federal	5	16.66 %
Edo. de Morelos	2	6.66 %
Edo. de México	1	3.33 %
total	30	99.94 %

## CLASIFICACION DE LOS FAMILIARES ENCARGADOS

## DEL CUIDADO DE LOS PACIENTES

relación 1 : 1

hermano (a)	11	36.66 %
esposa	7	23.33 %
madre	4	13.33 %
papá	3	10.00 %
hijo (a)	3	10.00 %
tío	1	3.33 %
prima	1	3.33 %
total	30	99.98 %

## AÑO EN QUE SUFRIERON

## LA LESION

1963	1	3 %
1964	0	0 %
1965	0	0 %
1966	0	0 %
1967	0	0 %
1968	3	10 %
1969	0	0 %
1970	2	7 %
1971	8	27 %
1972	9	30 %
1973	7	23 %
total	30	100 %

## CAUSAS DE LA LESION

arma de fuego	15	50 %
accidente automovilístico	9	30 %
caídas	5	17 %
accidente aéreo	1	3 %
total	30	100 %

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

- 1 Almonte Paulino, Rafaela  
Paraplejia  
Tesis Instituto Mexicano de Rehabilitación 1970
  
- 2 Alva Martínez, Natalia  
Paraplejia  
Tesis I. M. R. 1969
  
- 3 Bell, Hugh M.  
Bell Adjustment Inventory. Manual  
Consulting Psychologists Press. Inc.  
Palo Alto, California 1962
  
- 4 Berkowitz, Leonard  
Agresión  
Ed. Mc. Graw Hill  
University of Winsconsin 1962
  
- 5 Berrum H. Ma. Trinidad  
Traducción y adaptación a México de la Prueba de Rosenzweig  
Tesis U.N.A.M. 1966
  
- 6 Buss, Arnold H.  
Psicología de la agresión  
Ed. Troquel Buenos Aires 1969
  
- 7 Carthy, J. D. y Ebling, E. J.  
Historia natural de la agresión  
Ed. Siglo XXI 1970
  
- 8 Cattell, Raymond B.  
El análisis científico de la personalidad  
Ed. Fontanelia Barcelona 1972
  
- 9 Cerdá, Enrique Dr.  
Psicología Aplicada  
Ed. Herder Barcelona 1966

- 10 Código Penal  
Para el Distrito y Territorios Federales  
México 1972  
Talleres de "Divulgación"
- 11 Cohen, Josef  
Evaluación de la personalidad  
Ed. Trillas México 1973:
- 12 Cofer, C. N. y Appley, M. H.  
Psicología de la Motivación  
Ed. Trillas México 1971
- 13 Dassen, Rodolfo y Fustinoni, Osvaldo  
Sistema Nervioso  
Ed. "El Ateneo" 1959
- 14 Dollard, Doob, Miller, Mowrer y Sears  
Frustration and aggression  
Institute of humans relations  
Yale University Press - New Haven 1957
- 15 Enriquez Torres, Ma. Antonieta  
Participación de la Trabajadora Social en el equipo  
de rehabilitación de los parapléjicos  
Escuela de Trabajo Social "Vasco de Quiroga"  
Tesis 1967
- 16 Esteve de Miguel, Rafael Dr., Otal, Alejandro Dr.  
Rehabilitación en ortopedia y traumatología  
Ed. JIMS Barcelona 1965
- 17 Fromm Erich  
El corazón del hombre  
Fondo de Cultura Económica 1966
- 18 Fuchs Modiano, Esther  
Estudio experimental de la frustración en un grupo de niños presc  
tares a través del test "Fuchs - Lara"; una comparación con rela  
ción al sexo.  
TESIS U.N.A.M. 1969

- 19 Gago Huguet, Antonio  
La frustración como factor psicológico de la personalidad  
Tesis U.N.A.M. 1965
- 20 González Más, Rafael Dr.  
Tratado de rehabilitación médica  
Ed. Científico Médica 1969
- 21 González Pineda, Francisco  
El Mexicano, psicología de su destructividad  
Ed. Pax - México, S. A. 1972
- 22 Hilgard, Ernest R., Atkinson, Richard C., Atkinson, Rita L.  
Introduction to psychology  
Harcourt, Brace & World New York 1971
- 23 Klimbert, Otto  
Psicología Social  
Fondo de Cultura Económica 1963
- 24 Kramer, Charles  
La frustración  
Ed. Troquel Barcelona 1966
- 25 Krisen, Oscar  
The sixth mental measurement  
Ed. Buros Yearbook 1965
- 26 Leslie McCary, James Dr.  
Sexualidad Humana  
El manual moderno, S. A. México 1969
- 27 Lorenz, Konrad y Leyhausen, Paul  
Biología del comportamiento  
Ed. Siglo XXI 1971
- 28 Lorenz Konrad  
Sobre la agresión, el pretendido mal  
Ed. Siglo XXI 1971

- 29 McGuigan, F. J.  
Psicología Experimental  
Ed. Trillas México 1972
- 30 Megargee, Edwin I., Hokanson, Jack E.  
The dynamics of aggression  
Harper & Row, Publishers 1970
- 31 Meneses Morales, Ernesto  
Psicología General  
Ed. Porrúa 1969
- 32 Páez Ramírez, Ma. Elena  
Paraplejia  
Tesis I.M.R. 1973
- 33 Quiroz Gutiérrez, Fernando Dr.  
Tratado de Anatomía Humana  
Ed. Porrúa México 1972
- 34 Ruch, Floyd L. Ruch  
Psicología y Vida  
Ed. Trillas 1973
- 35 Rosenzweig, Saul  
Test de frustración Manual  
Ed. Paidós Buenos Aires 1968
- 36 Rosenzweig, Saul  
Psychodiagnosis  
An introduction to the integration of test in dynamic  
clinical practice  
Grune & Stratton New York 1949
- 37 Rusk, Howard A.  
Medicina de Rehabilitación  
Ed. Interamericana 1966

- 38 Storr, Anthony  
La agresividad humana  
Ed. Alianza Madrid 1970
- 39 Skinner, B. F.  
Ciencia y conducta humana  
Ed. Fontanella S. A. Barcelona 1969
- 40 Szekely, Bela  
Manual de técnicas de exploración psicológica  
Ed. Kapelusz Buenos Aires 1966
- 41 Tinbergen, Niko  
El estudio del instinto  
Ed. Siglo XXI 1970
- 42 Tinbergen, Niko  
Conducta animal  
Colección popular Life 1968
- 43 Tohen Zamudio, Alfonso Dr.  
Medicina Física y Rehabilitación  
The University Society Mexicana, S. A.  
México 1970
- 44 Velasco Rubí, Rosenda  
Tratamiento rehabilitatorio en la paraplejia  
Instituto Nacional de Protección a la Infancia  
Tesis 1973 México
- 45 Weiss, Aaron J. y Diamond, M. David  
A psychological and sexual adjustment study of a spinal  
dysfunction  
Department of Physical Medicine and Rehabilitation  
Bellevue Hospital New York  
(aún no se ha publicado)
- 46 Wolfgang, Marvin E., Ferracutti, Franco  
La subcultura de la violencia  
Fondo de Cultura Económica 1971

- 47 Zubin, Joseph., Eron, Leonard D., Schumer, Florence.  
An aproximation experimental to the projective techniques  
John Wiley 7 sons, INC. New York 1965