



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"IZTACALA"**



**U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA**

**CONDUCTA EMOCIONAL DEL ADOLESCENTE CON
PROBLEMAS DEL MUSCULO ESQUELETICO**

001
31921
V2
1988-5

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

MA. MAGDALENA VIDAL ACOSTA

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEXICO

1988

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

EL ENTUSIASMO ES UN IMPULSO
DE TODO NUESTRO SER HACIA LA
META QUE NOS HEMOS FIJADO.
UNA VEZ SEÑALADA LA META, NOS
LANZAMOS CON CUERPO Y ALMA
PARA ALCANZARLA Y LA ALCANZAMOS.

ASI SE TEMPLO EL ACERO

A MIS PADRES:

Sr. ABEL VIDAL CORTEZ

Sra. SIRIA ACOSTA DE VIDAL.

Como una pequeña recompensa a su esfuerzo, comprensión y cariño, así como infinidad de consejos que han ayudado en mi formación y superación. Con amor, gratitud y respeto.

A MIS MAESTROS:

Por sus enseñanzas en el aula y en el campo.

A MIS HERMANOS Y AMIGOS:

Por la confianza depositada en mi, y su amistad sincera.

AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento a la Lic. GUADALUPE HERNANDEZ, por su valiosa ayuda en la orientación y dirección de la presente Tesis.

También quiero hacer extensivo el mismo a los miembros del Jurado: Lic. JUAN JOSE JOSEFF, Lic. JUAN-SALINAS, Lic. GUADALUPE HERNANDEZ, Lic. FERNANDO - HERRERA y Lic. GUADALUPE AGUILERA CASTRO, quienes como miembros del Jurado, ayudaron con sus ideas y correcciones al mejoramiento del presente trabajo.

No omito mi agradecimiento a las autoridades del - INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA DE REHABILITACION, - por brindarme una amplia y desinteresada ayuda, -- proporcionando todo el apoyo necesario, y a todas - aquellas personas que directa e indirectamente colaboraron conmigo para la realización de este trabajo.

I N D I C E

ZT.

1000945

Pág.

I.-	Resumen	
II.-	INTRODUCCION	
III.-	INVESTIGACION SOBRE COMPORTAMIENTO EMOCIONAL	
	3.1 Definición de emoción	
	3.2 Emociones y necesidades	
	3.3 Las emociones en las relaciones humanas	
	3.4 Satisfacción e Insatisfacción	
	3.5 Fisiología de las emociones	
	3.6 Clasificaciones de las emociones	
	3.7 Clasificación de las necesidades	
IV.-	CONCEPTOS GENERALES SOBRE EL ADOLESCENTE.....	
	4.1 Desarrollo Motor	
	4.2 Reacciones de Adaptación	
	4.3 Características Psicológicas del adolescente.	
	4.4 Cambios Psicológicos	
	4.5 Cambios Familiares	
	4.6 Cambios Sociales	
	4.7 Sistema Locomotor	
	4.8 Enfermedades Músculo-esqueléticos	
	4.9 Trastornos de la Personalidad	
	4.10 La identidad e identificación en sujetos des- ventajosos	

V.- METODOLOGIA
5.1 Escenario
5.2 Población de Estudio
5.3 Instrumentos
5.4 Cuadros
5.5 Indicadores clínicos que definen el comporta-
 miento en estudio
5.6 Hipótesis
5.7 Procedimiento

VI. RESULTADOS
6.1 Gráficas

VII.- PROGRAMA DE CASA A PADRES

VIII. DISCUSION

IX.- CONCLUSION

X.- REFERENCIAS

XI.- ANEXOS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

V.-	METODOLOGIA	
5.1	Escenario	
5.2	Población de Estudio	
5.3	Instrumentos	
5.4	Cuadros	
5.5	Indicadores clínicos que definen el comporta- miento en estudio	
5.6	Hipótesis	
5.7	Procedimiento	
VI.	RESULTADOS	
6.1	Gráficas	
VII.-	PROGRAMA DE CASA A PADRES	
VIII.	DISCUSION	
IX.-	CONCLUSION	
X.-	REFERENCIAS	
XI.-	ANEXOS	

RESUMEN

En el presente trabajo se llevo a cabo el estudio de la Conducta Emocional Del Adolescente Con Problemas del Músculo - Esquelético, enfocandose a tres de los aspectos emocionales -- más frecuentes que repercuten en la personalidad de un adolescente, los aspectos fueron: El Concepto de Si Mismo, Los Sentimientos De Frustración y El Manejo de Agresión; para la evolución de estos aspectos se utilizó. El Método Clínico que diagnóstica, evalua y da tratamiento individual.

Para la evaluación se utilizarón Tests de Inteligencia-Wisc y Waisc de la escala de Wechsler y de Personalidad; Frases Incompletas de Sacks y Machover.

Posteriormente se dio un programa de casa, el cual consistio en realizar las conductas que deseaban disminuir en el comportamiento del adolescente, esto se realizó en el lapso de 6 meses a un año.

En los resultados obtenidos se observo que después de la Revaloración aplicada a estos pacientes disminuyeron las conductas deseadas por medio del programa de casa y nos ayudó eficazmente en el problema que a la edad escolar experimenta el sujeto con este tipo de invalidez y contribuir con la rehabilitación Psico-Social.

Esta investigación se llevo a cabo en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación de la Secretaria de Salud de octubre de 1985 a octubre de 1986.

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

Es muy común que las características de los problemas que manejan los centros de trabajo, se constituyan en motivos de estudio para quienes se inician en su profesión.

Desde los últimos años de mi carrera y hasta la fecha, en los cuales he tenido la oportunidad de tratar con personas incapacitadas, he podido observar como su ritmo de aprendizaje es progresivo.

Hoy en día existe una creciente tendencia a enfocar -- los problemas de la salud y la enfermedad desde un punto de vista evolutivo (desarrollo de los organismos o de las cosas por medio del cual pasan gradualmente de un estado a otro). -- El desarrollo ha dejado de ser una vaga adstracción del mismo.

Diversos autores han logrado grandes aportaciones en este campo; J. Piaget (1975) señala que el desarrollo mental del niño desde el momento de nacer puede concebirse como un constante pasar de un estado de equilibrio o otro superior, -- así como el cuerpo evoluciona hasta alcanzar un nivel relativamente estable caracterizado por el final del crecimiento -- y la madurez de los órganos; así también la vida mental puede considerarse como la evolución hacia una forma de equilibrio representada por la inteligencia adulta.

Cualquier intento de describir o señalar niveles de evolución del hombre, tropieza relativamente con serios problemas. Por un lado la clasificación o señalamiento de las áreas a describir y por otra parte fijar los logros alcanzados en cada -- etapa o las metas que sucesivamente van señalando el paso de -- la evolución.

Es por esto que una de las actividades del psicólogo y -- quizás la más conocida para la mayoría de la comunidad es el -- uso de técnicas e instrumentos que le permitan realizar la -- evolución y la observación directa de individuos o de grupos, lo cual resulta de primordial importancia en el tratamiento -- integral del ser humano.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El presente trabajo es una contribución para conocer -- la importancia de la Psicología en un aspecto de la rehabilitación. El interés se enfocó al conocimiento de tres de los as--pectos emocionales más frecuentes, que tienen una repercusión--decisiva en la integración de la personalidad de un escolar -- con problemas del músculo esquelético; siendo este uno de los--dos tipos de músculo estriado, que se encuentra insertado a lo largo de todo el sistema oseo del individuo y cuya función es--darle locomoción (desplazamiento) a esté, regulandose como in--voluntariamente (acto reflejo); tratando pacientes con proble-

mas de espasticidad, traumatismos, polio y movimientos involuntarios del individuo.

Los aspectos son: el concepto de si mismo, los sentimientos de frustración y el manejo de agresión.

Un buen concepto de si mismo es indispensable para la adecuada adaptación de la persona a su medio ambiente, y que se constituye en un factor de control tanto, para el manejo de la agresión como de los sentimientos de frustración.

Por lo tanto se manifesto la necesidad del Psicologo de investigar, conocer y manejar clínicamente dicho procedimiento así como originar cambios que hagan más venturosa la actividad de nuestros pacientes, proporcionando adiestramiento, educación y consejo, mediante una adecuada orientación y guía a los padres para que ayuden en el desarrollo de sus hijos, con el propósito de lograr una readaptación del individuo en los tres aspectos anteriormente descritos.

INVESTIGACION SOBRE COMPORTAMIENTO EMOCIONAL

En los últimos años existe una creciente tendencia a enfocar los problemas de la salud y enfermedad desde un punto de vista evolutivo y evaluativo.

Es por ésto que recientemente se ha empezado a apreciar

la diferencias entre niños y adultos porque existe poca información concerniente a las actitudes de los adolescentes físicamente marginales hacia su grupo.

Sin embargo, un cierto número de investigaciones retrospectivas han alentado a los individuos físicamente limitados - a mirar hacia otros sobre experiencia pedagógica y a informar de sus actitudes hacia ella.

Furno y Castillo (1963) informan de un estudio sobre -- graduados de una escuela para niños físicamente disminuidos; - su muestra tenía actitudes positivas hacia la independencia, - la auto-confianza, la aceptación de la disminución y los intereses hacia otras personas.

Estos aspectos de la personalidad se relacionan con el éxito postescolar según esos mismos grados.

En el nivel de Universidad, Muthard (1964) observó que los niños estudiantes con parálisis cerebral diferían solo ligeramente de los estudiantes de Universidad emparejados con ---- ellos, pero no incapacitados. La diferencia consistía en sus - actitudes hacia sus experiencias pedagógicas. A la vista del - hecho de que las actitudes sociales y personales de los adolescentes físicamente impedidos fracasan al reflejar la realidad de su situación o ejercen una fuerza restrictiva en sus inte--

racciones sociales, los especialistas han intentado una serie de medidas para reestructurar todas las actitudes en una dirección más favorable. Una línea importante que subraya el cambio de actitudes, sugerido por Patterson (1963), consiste en minimizar la amenaza que pesa sobre el individuo en cuestión. Mediante un interés genuino hacia el estudiante y un interés sincero para comprenderle y aceptarle; los educadores y los demás pueden obtener el mayor éxito para cambiar las percepciones del Yo y de las otras personas en los adolescentes marginales. Aunque se hace una mención ocasional del empleo de las técnicas de modificación de la conducta en la reorganización de las actitudes del incapacitado, la mayor parte de la labor dentro de estas áreas, ha sido realizada mediante el uso de técnicas de grupo (Whelan y Haring 1966).

En los primeros experimentos del uso terapéutico de grupos en un hospital ortopédico. Rubenstein (1945) encontró que la experiencia de grupos facilitaba su tarea y le permitía utilizar el grupo como una situación familiar en la que se podía examinar la realidad y formar nuevas percepciones. Zeichner (1957) informa de resultados similares en su tarea con un grupo de paráliticos cerebrales; Wilson (1962) realizó por su parte una investigación con estudiantes físicamente disminuidos que estaban reclusos en sus hogares. En este último caso, y con resultado de las experiencias de grupo, cinco de los ocho niños confiados en sus casos y con anomalías, adquirieron per-

cepciones más realistas de sí mismos y del mundo circundante y llegarón a un ajuste adecuado respecto a sus incapacidades y sus familiares. Estos estudios mencionan superficialmente el tema de las modificaciones de las actitudes, en el caso de --- adolescentes impedidos sin embargo sugieren que el cambio de actitudes es posible y que las intervenciones de grupo constituyen un procedimiento prometedor.

Por otra parte Hanks y Hanks (1948) llegan a la conclusión de que las actitudes hacia ellos son más favorables en -- aquellas sociedades que mantienen un alto nivel de productividad laboral, tienen una dieta más equitativa minimizan ciertos factores de competencia en el rendimiento individual y de grupo y mantiene un interés hacia la capacidad individual en vez de asentar patrones formales de rendimiento. Reiterando el papel de las actitudes sociales en el modelaje de la conducta de los adolescentes marginales.

Al intentar enfrentarse con esta situación los adolescentes incapacitados adoptan diferentes medios, uno de los cules consisten en abandonar el objeto del éxito social, mien--tras que retienen las técnicas aceptadas de conocer el éxito.- La conciencia de este mecanismo de ajuste consiste en rigidez-compulsividad e inhibición de la personalidad. Este estilo de vida, por su falta de acceso a las oportunidades de tener éxito, forzan a los adolescentes incapacitados a una conducta desviada que se asocia con objetos irreales y con escaso sentido-

común. El problema para el adolescente incapacitado comienza - muy pronto en la trayectoria de su vida. Silberg (1967) observó que los adolescentes normales comienzan a tener percepciones negativas hacia los incapacitados adolescentes.

La entrada en la familia de un adolescente con una anomalía física grave puede ser excesivamente angustiosa para los padres, en su revisión sobre la bibliografía de este tema. --- Collins (1965) llegó a la conclusión de que las madres de los adolescentes con graves deficiencias se hallan en tensión y -- que la familia sufre, en consecuencia, los efectos adversos.

Sin embargo, cuando se les daba a las madres la ayuda - adecuada, unido a la educación y al tratamiento de sus hijos, - el sentimiento de inferioridad y de devergencia, tendían a dispersarse, reduciendo la tensión en los padres. Un cierto número de estudios generales han intravalorado los efectos deprimen- tes de la separación de la madre, por la razón que fuere, - durante las primeras etapas de vida. En un estudio longitudi- nal sobre un centenar de niños que padecían de poliomielitis- Copellman (1944) confirmó en el caso de niños marginales, los mismos hallazgos que habían sido descubiertos en grupos de niños normales. La separación respecto a los padres durante una permanencia en el hospital, es fuente de problemas tanto para los niños incapacitados como para sus progenitores. Es común - que los grupos de niños pequeños tiendan a presentarse como -- retraídos y huraños, mientras que los niños con más edad se --

hacen agresivos y se niegan a las exigencias de los adultos. Sin embargo una dosis razonable en el tiempo de separación entre padre e hijos puede ser controlada, en el caso de los niños con limitaciones físicas. Por ejemplo, en un estudio sobre niños amputados, que se hallaban en una escuela hospital ortopédico, Denofrio (1949) descubrió que esta muestra poseía un ajuste superior al promedio en relación con el hogar y con la familia. Una proporción cada vez mayor de adolescentes con incapacidades físicas participa en las clases con otros adolescentes que son por el contrario normales. Por eso se está estudiando el tipo de relaciones que se establecen entre ambos grupos de adolescentes. Al utilizar tests de frases incompletas en adolescentes físicamente limitados y en adolescentes normales. Cruickshank (1952) informa que los adolescentes disminuidos revelan una inseguridad respecto a los sentimientos negativos que expresan sobre ellos sus compañeros normales. Sin embargo, los incapacitados presentaban menor participación en los grupos sociales formales, Giovannoni llega a la conclusión de que los incapacitados no constituyen un grupo desviado dentro del seno de la sociedad y que la incapacidad no sirve para determinar el rol o nivel de participación social. Cruickshank (1952) observó sentimientos de culpabilidad, de frustración y el temor como síntomas más frecuentes entre adolescentes físicamente incapacitados, en cambio no eran tan frecuentes entre adolescentes normales. Estos sentimientos jugaban un papel importante en la determinación del ajuste so-

cial de los adolescentes incapacitados.

Los adolescentes reclusos en sus hogares afirmaban --- que su aislamiento y la separación de sus compañeros consti--- tuían la limitación más importante que les imponía su capaci--- dad para asistir a las clases en el centro de enseñanza. Cuando consideraban la posibilidad de reintegrarse a la enseñanza escolar, se sentían angustiados porque pensaban como sus compañeros los aceptarían. Se han realizado muchos trabajos sobre la interacción entre los estudiantes capacitados y no capacitados antes de que haya quedado aclarada la dinámica de la situación. La experiencia sugiere que, con respecto a algunos áreas de incapacidad, los adolescentes marginales no difieren materialmente de otros adolescentes en cuanto a la determinación de su status social, por otros factores ajenos a la incapacidad en sí; por otra parte, no se ha realizado un estudio sobre cada una de las incapacidades especialmente las que afectan a la comunicación, para determinar el grado en que la incapacidad interfiere a la obtención de un status social satisfactorio.

En un estudio experimental de las relaciones entre la gravedad de la incapacidad y el autoconcepto, Smitts (1964) observó que los adolescentes gravemente incapacitados poseen unos puntajes de autoconcepto más bajos que los incapacitados en un grado medio. Dentro del grupo de adolescentes incapacitados, como un todo, la incapacidad física ejerce sus efectos --

más negativos y significativos en el caso de mujeres gravemente incapacitadas.

Richardson, Hastorf y Dornbuser (1964) descubrieron --- que un grupo de miembros de un campamento que eran incapacitados, con edades de nueve a 11 años, habían proyectado el énfasis que colocaban sus compañeros en las actividades físicas y en consecuencia, brindaban una mayor proporción de afirmaciones negativas sobre sí mismo que los adolescentes normales. Como eran realistas en sus auto-descripciones, los niños disminuidos conocían sus dificultades dentro de su área física y esto hacía que careciesen de experiencias sociales y se interesaban más por su pasado. Podemos suponer que los deseos y la envidia se extienden a aquellas personas que no muestran una incapacidad pero, son menos significativas en relación a otras limitaciones.

Aparentemente y con muy pocas excepciones, si un adolescente se halla incapacitado, su capacidad no posee una valencia negativa mayor que cualquier otro estado. En el área más general del autoconcepto, Fairchild (1967) afirmó que el autoconcepto de los niños disminuidos que cursan en escuelas elementales no difiere del de sus compañeros no incapacitados en un nivel significativo. Sin embargo en otras investigaciones, Fomp (1963) observó que los autoconceptos de los niños incapacitados del grado séptimo y octavo, que se hallaban en clases-

especiales presentaban un mayor grado de distorción que los de los niños no incapacitados; se ha estudiado también el autoconcepto, en individuos incapacitados de más edad Dumn (1968) comparó una muestra de estudiantes incapacitados que habían sido-matriculados en la Universidad de Illinois con compañeros normales y observó que la auto-estima entre los disminuídos era por lo menos equivalente a la de los normales.

A través del tiempo el hombre ha padecido, por diferentes circunstancias, una serie de alteraciones en el organismo, entre las cuales encontramos la invalidez. Este concepto no solo se basa en la alteración patológica permanente, sino que ha ésta debe agregarse un componente importante que es la limitación de las actividades de la vida diaria del ser humano, alteraciones en sus funciones y las limitaciones que tengan para trabajar, realizar las actividades de cuidado personal y las relaciones con la educación y la recreación y por consiguiente un desajuste psicológico provocado por la misma situación limitante.

La actitud de la sociedad y del medio que rodea al paciente es muy importante, pues al ser negativa limita su desarrollo como persona y le niega su independencia. Es importante analizar la familia del inválido pues sus actitudes, expectativas y el apoyo que le brinden determinarán que se le considere como un inválido o no. Los sentimientos que se dan en una familia son: rechazo o sobreprotección, frustración, resentimiento, agresividad entre todos, actitudes negativas y de angustia.

La repercusión aumenta por la sobrecarga económica debido a que el paciente necesita tratamiento diario, no contribuye al gasto familiar y por su culpa hay más privaciones. Tendencias a una regresión por parte del paciente debido a la de-

manda general de atención esto va a depender de la estructura de su personalidad previa a la invalidez.

Hay otra reacción de sorpresa y miedo a lo desconocido, si la condición invalidante es permanente como en el caso extremo de una poliomielitis severa, habra sentimientos de frustración, culpa, trayendo como consecuencia un desequilibrio en las relaciones interpersonales familiares y sociales que pueden originar la desintegración del núcleo familiar. Otros factores son:

Edad.- En la adolescencia ciertas deficiencias aparecen más marcadas debido a la necesidad de estudiar y prepararse para desempeñar un empleo, entablar relaciones sociales, hacer deportes etc.

Sexo.- Las mujeres tienden a ser más protegidas.

Existe una invalidez psíquica secundaria como consecuencia de una incapacidad o defecto físico. Aquín encontramos que actividades como el querer, sentir, pensar están deficientes, causando una personalidad desajustada. Y se debe a la falta de estímulos socio-culturales, por lo que los pacientes desarrollan conductas negativas y conductas antisociales.

Según Bellak, existen cinco respuestas que el paciente-

puede tener ante su incapacidad;

1.- Angustia o depresión que disminuye convirtiéndose en preocupación proporcional al grado de la enfermedad o incapacidad.

2.- Reacción evasiva como expresión de negación de la enfermedad.

Hay una actitud de imperturbabilidad que se acompaña con exceso de actividad y alegría falsa que se convierte en una de presión con angustia manifestándose como desobediencia a las instrucciones del médico, terapeuta, psicólogo etc.

3.- Depresión reactiva que puede prolongarse y manifestarse con hipocondría.

4.- Canalización de las ansiedades tomando una postura de docilidad.

Al adquirir una condición invalidante, se presenta como respuesta a la nueva situación mecanismos de defensa que son: negación, proyección, regresión y fantasía. Su auto concepto tiende a devaluarse dependiendo en gran manera de su formación hasta el momento de la adquisición de la nueva condición. La imagen corporal va a depender de un momento adecuado y el con

cimiento que tenga de si mismo.

La sociedad siempre presenta una actitud muy difícil -- hacia los invalidos que repercute en us adaptación. En algunos casos se ha visto que en la sociedad toma una postura negativa eliminandolos o segregandolos existen algunos aspectos que determinan la actitud de la sociedad frente a un inválido como son: edad, educación, nivel socio-económico; ocupación, personalidad, etc.

Al tratarlos se les considera incapaces de establecer una relación como las de las personas normales, sin tomar en cuenta que solo es una incapacidad física. Esto produce frustración en el paciente , las personas normales se inhiben cuidando su conversación para evitar lastimarlo por lo cual van a ser superfluas y de poca duración.

Cuando el paciente se reincorpora a sus actividades como el trabajo, esto indica un buen nivel de ajuste psicosocial. Porque al realizar alguna actividad disminuyen sus problemas, -adquiriendo más seguridad en sí mismo.

DEFINICION DE EMOCION

El término emoción deriva del verbo latino "emovere" -- que significa mover, agitar, Denota, pues, un estado de alteración provocado en alguna forma. En lugar de intentar una definición breve de un fenómeno complejo, se ofrece a continuación algunas de las características generales que describen una experiencia emocional.

1. Una emoción afecta todo el organismo.
2. Una emoción puede constituir un estado de desequilibrio del organismo.
3. Una emoción generalmente constituye una preparación para actuar.
4. Las emociones se manifiestan física y fisiológicamente.
5. Las emociones varían en calidad.
6. Las emociones varían en intensidad.

EMOCIONES Y NECESIDADES

El hombre como sujeto de la actividad teórica y práctica, que conoce y transforma al mundo, no es ni un desapasionado observador de los sucesos en su medio ambiente, ni un simple autómata que ejecuta determinadas acciones a modo de una -

máquina que funciona bien. Al actuar, no solamente produce --- determinadas modificaciones en la naturaleza y en el mundo objetivo, sino que también influye en otros individuos y experimenta la influencia de éstos y de sus propios hechos y acciones, que modifican sus relaciones recíprocas con el ambiente:--- él experimenta lo que suceda con él y lo que él ejecuta; en -- cierto modo adopta una postura con respecto a lo que lo rodea. La vivencia o experiencia de esta relación del hombre con respecto a su ambiente forma la esfera de los sentimientos o emociones. El sentimiento del hombre es relación, su postura con respecto al mundo, a lo que experimenta o hace, en forma de -- una inmediata vivencia.

Las emociones pueden caracterizarse en primer lugar --- desde el punto de vista fenomenológico, por algunos signos especialmente ilustrativos y distintivos. Estos signos ponen de manifiesto, a diferencia de las percepciones, pongamos por --- ejemplo que reflejan el contenido de un objeto, el estado del sujeto y su postura con respecto al objeto. Por otra parte, se distinguen las emociones, por regla general, por una polaridad es decir, que tiene un carácter positivo o negativo: gana-desgana, alegría-pena, contento-tristeza, etc. Necesariamente, -- ambos polos no distan mucho entre sí. En los complejos sentimientos humanos forman a menudo una unidad llena de contradicciones: en los celos, el amor apasionado es compatible con el más ardiente odio.

Las cualidades esenciales de la esfera afectivo-emocional, que caracterizan el polo positivo y el negativo de las -- emociones, son lo agradable y lo desagradable. Aparte de ellas aparecen en los estados emocionales también los contrastes de la tensión y la distensión, de la excitación y de la tranquilidad. Independientemente de que se reconozcan sobre un mismo -- plano con lo agradable y lo desagradable, como "dimensiones" -- principales de los sentimientos, o bien que la tensión o dis-- tensión, la excitación y la tranquilidad se consideren como me-- ras sensaciones orgánicas de carácter afectivo, debe conceder-- se entodo caso que su significado para las emociones y los sen-- timientos es muy considerable. La existencia de la tensión y -- la excitación, o bien los estados que son opuestos, aporta a -- las emociones una especial diferenciación. Junto a la excitada alegría (alborozo, júbilo) hay una alegría sosegada (enterneci-- miento) y una alegría tensa, llena de aspiración. Asi mismo --- existe un dolor tenso, lleno, de desasosiego, un dolor excita-- do, próximo a la desesperación, y un dolor sosegado como la me-- lancolía. Pero con ello no se ha agotado la real variedad de -- los sentimientos. En realidad, ofrecen una gran variedad de -- cualidades y matices. A pesar de ello, las emociones no pueden quedar reducidas jamás a una pura emocionalidad como tales. La emocionalidad y la afectividad es siempre unos de los aspectos aunque muy específico, de los procesos. Estos procesos son a -- la vez procesos cognoscitivos, que reflejan la realidad sólo -- en forma específica.

Por ello no debe contraponer, de ninguna manera, los procesos emocionales a los cognoscitivos como contrastes que se excluyen mutuamente. Las emociones de los seres humanos representan una unidad de lo emocional y de lo intelectual, tal como los procesos cognoscitivos forman, por regla general, una unidad de lo intelectual y de lo emocional. Ambos son, al fin y al cabo, sólo los componentes de la vida concreta y de la actividad del individuo, en las que están contenidas todas las facetas de la psique en unidad y mutua penetración.

En interés de la mejor comprensión de las emociones en su distintiva particularidad, debe trascenderse más allá de la mera característica descriptiva que acabamos de hacer.

Para determinar el carácter y la función de las emociones debemos partir primeramente del hecho de que los procesos emocionales existe una correlación, por una parte entre el desarrollo de los acontecimientos que se producen de acuerdo las necesidades del individuo, o que se producen en contra de ellas, y el desarrollo de su actividad, que está orientada hacia la satisfacción de las necesidades y, por otra parte, entre el desarrollo de los procesos orgánicos internos que abarcan las funciones vitales, de las cuales dependen la vida del organismo en total. El resultado de esta correlación es que el individuo se "prepara" para el respectivo acto o contraacción.

La relación entre estas dos series de fenómenos se me--

dia por los procesos psíquicos, y ello por las simples recepciones, la percepción, la captación de significado, el consciente anticipo de los resultados de los acontecimientos o de los actos.

Los procesos emocionales obtienen un carácter positivo o negativo, según el acto que ejecuta el individuo, y el efecto a que éste se ve sometido, se hallan en positiva o negativa relación con sus necesidades, intereses y posturas. La relación del individuo con respecto a estos últimos y al desarrollo de la actividad, que debido a todo un complejo de objetivas circunstancias discurren de acuerdo con ellas o se le oponen, determina el resultado de sus emociones.

La correlación entre las emociones y las necesidades puede efectuarse de dos maneras de acuerdo con el carácter doble de la necesidad misma, que el individuo experimenta como su necesidad de algo que se le contra-pone y que al mismo tiempo caracteriza su dependencia de algo y su aspiración por algo. La satisfacción o no satisfacción de una necesidad, que no se manifiesta en forma de sentimiento, sino que, por ejemplo, se experimenta en la forma elemental de sensaciones orgánicas, puede producir el estado emocional de satisfacción o insatisfacción, de alegría o tristeza, etc. Por otra parte, la necesidad como tendencia activa puede ser sentida también como necesidad. Nuestro respectivo sentimiento por un determinado obje-

to o por una determinada persona es formado por la necesidad, según que tomemos conciencia de la dependencia de su satisfacción por este objeto o persona y nosotros sentimos los estados emocionales del placer, de la satisfacción, de la alegría, del desagrado, etc.

La relación entre las emociones y las necesidades no es, sin embargo, absoluta, las necesidades del ser humano no se dejan reducir a algunas simples necesidades orgánicas. En él surge toda una jerarquía de necesidades, de intereses y de posturas. Debido a su variedad, un mismo acto puede alcanzar un distinto y hasta contradictorio significado en su relación con -- respecto a las distintas necesidades. De este modo se produce a menudo la excisión de los sentimientos humanos, la ambivalencia. Con ello se puede explicar también la transformación de la esfera emocional. Por una alteración de la personalidad, un sentimiento producido por una determinada aparición se trueca repentinamente en lo contrario. Por ello los sentimientos del ser humano no se pueden determinar por su relación hacia las necesidades tomadas aisladamente, sino que se condicionan en conjunto por la relación hacia la personalidad. Los sentimientos del ser humano dependen de las relaciones que existen entre los actos a los cuales se ve impulsado el individuo y de sus necesidades; éstas reflejan la estructura de su personalidad y descubren su orientación y postura.

LAS EMOCIONES EN LAS RELACIONES HUMANAS

En el ámbito de las formas históricas de la existencia en el hombre, y cuando el individuo ya aparece como personalidad y no solamente como organismo, los procesos emocionales ya no vienen condicionados solamente por las necesidades orgánicas, sino que también por las espirituales, por las tendencias y posturas de la personalidad y de las múltiples formas de la actividad. Las relaciones objetivas, en las cuales entra el ser humano, con la satisfacción de necesidades son las que producen sus polifacéticos sentimientos. Los sentimientos humanos expresan en forma de la vivencia la realidad de las relaciones recíprocas del hombre, como ser social, con el mundo, sobre todo con los demás seres.

El surgimiento de las formas sociales de la colaboración y de las relaciones de hombre a hombre crea todo un mundo nuevo de específicos sentimientos hacia el individuo y los hombres en general. De este modo surgen los sentimientos humanitarios, los de solidaridad, simpatía, amor. De esta misma manera surge con la aparición de los contrastes o diferencias entre los hombres la indignación, la enemistad, el odio. Por medio de la relación con los demás se forman en el hombre los específicos sentimientos hacia sí mismo como ser humano, como personalidad.

En el transcurso de los acontecimientos que en el hom--

bre provocan determinadas emociones, éste siempre es de cierto modo no solamente un ser pasivo y sufriente, sino también un ser activo y actuante. Incluso donde el hombre se halla bajo el poder de acontecimientos a los que no puede dominar y cuyo desarrollo en conjunto no depende de él, colabora necesariamente, y en cierto modo con ellos (dejándose arrastrar o haciéndoles frente), o bien se halla de cualquier forma relacionados con ellos.

Así, todo lo que acontece con el hombre provoca en éste cierta actividad (externa o interna) o lo implica. Por otra parte, el desarrollo de la propia actividad y de los acontecimientos que dependen de ésta contienen cierta pasividad y condicionamiento externo, de manera que los actos que lleva a cabo el hombre no están únicamente por su origen e intención, si no también por las circunstancias objetivas.

SATISFACCION E INSATISFACCION

Todo ser humano tiene necesidades que satisfacer. Las necesidades insatisfechas provocan tensión y desequilibrio en el organismo. Mientras más intensa sea la necesidad, mayor será la tensión emocional. Ninguna persona puede decir que ha lo grado satisfacer de manera absoluta todas las necesidades. La satisfacción plena no es posible ni deseable. Desde el momento mismo del nacimiento el ser humano empieza a encontrar obstácu

los que le impiden satisfacer totalmente sus impulsos. Estar--plenamente satisfecho sería una condición indeseable. Las nece-sidades insatisfechas son las fuerzas internas que provocan,--sostienen y dirigen nuestra actividad. Sin estos resortes diná-micos no habría conducta. Todo lo que hacemos, pensamos y sen-timos tiene su origen en la insatisfacción. De modo, pues, que todos sentimos necesidad, tenemos insatisfacciones y experimen-tamos tensión y desequilibrio. Nuestra conducta se orienta hacia la restauración del equilibrio.

Si todos sentimos necesidades e insatisfacciones, es de suponer que todos estamos frustrados hasta cierto punto. La --frustración tiene su origen en la falta de satisfacción apro-piada de nuestras necesidades. Todos afrontamos problemas y --conflictos que se interponen entre nuestras necesidades y los-objetivos cuyos logros pueden satisfacerlas.

La frustración varía de individuo a individuo. Estas --variaciones se deben a que cada persona tiene necesidades que le-son peculiares. La clasificación de las necesidades en catego-rías puede dejar la impresión de que cada una de ellas existe-en la misma forma en diversas personas. La realidad es que ca-da persona tiene su propio patrón dinámico, incapaz de dupli--carse ni en el pasado, ni el presente, ni en lo futuro. Los se-res humanos varían no solamente en la intensidad de sus nece-sidades, sino también en la calidad de sus impulsos dinámicos. -

Cada individuo experimenta la necesidad de sentirse seguro de una manera muy propia. El origen de estas variaciones hay que buscarlo en las diferencias existentes en el desarrollo de las personas. Cada una ha tenido sus experiencias peculiares, ha reaccionado ante ella de manera muy individual y sus necesidades han surgido de acuerdo con su formación personal característica.

Además, los seres humanos son diferentes en lo que se ha llamado Tolerancia a las Frustraciones. El mismo obstáculo puede provocar diversas reacciones de variadas intensidades en distintos individuos. Las diferencias se deben a que cada ser humano ha aprendido a dominar sus emociones de una manera que le es característica.

La causalidad de la vida emocional hay que buscarla en sus manifestaciones en cuanto a la insatisfacción y la satisfacción. Muchas emociones son el producto de la insatisfacción de las necesidades humanas. Si no fuera por estas insatisfacciones que provocan tensión y desequilibrio, el organismo no experimentaría ira, miedo, celo, interés, envidia y preocupación. Por otra parte, cualquier situación que supla las necesidades del individuo provocará en él respuestas placenteras, tales como júbilo, afecto y alegría.

FISIOLOGIA DE LAS EMOCIONES

Ya se señaló al principio, al dar las características-- de la experiencia emocional, que los estados emocionales tienen su expresión física y fisiológica en la que participa todo el organismo. Los cambios varían de acuerdo con la clase, intensidad y duración de la experiencia emotiva. Las emociones benignas agradables estimulan un sentimiento general de bienestar, mientras que las desagradables y fuertes producen cambios orgánicos de efectos negativos.

El sistema nervioso autónomo. Este sistema está muy relacionado con las emociones humanas. Consta de tres secciones: la parte central o toracicolumbar o simpática, la superior o craneal y la inferior o sacral. Las ramas craneales y sacrales conjuntamente se llaman división parasimpática. De las divisiones simpáticas y para simpáticas parten nervios hacia los órganos vitales del cuerpo. Las funciones de la división simpática son directamente opuestas a las de la parasimpática.

Entre las funciones de la división simpática están: paralizar la digestión, expandir las arterias, dilatar las pupilas y los bronquios, erizar el pelo, descargar el azúcar del hígado, estimular la secreción de las glándulas sudoríparas, aumentar la presión arterial y el pulso. etc. La craneal controla el proceso digestivo, estimulando la secreción del jugo gástrico y los movimientos rítmicos del estómago. También pro-

ceso digestivo, estimulando la secreción del jugo gástrico y los movimientos rítmicos del estómago. También provoca la salivación, disminuye el ritmo del pulso y controla pupilas de los ojos. La rama sacral contribuye al relajamiento y a la satisfacción, está relacionado con los órganos excretores y genitales. Durante períodos normales ninguna división predomina sobre la otra. En un estado emocional de emergencia la simpática prevalece. Una vez pasada la emoción, la parasimpática predomina hasta que se restablece el equilibrio.

CLASIFICACION DE LAS EMOCIONES

Tomando como criterio la obra de Luella Cole, Psicología del Adolescente, clasificaremos las emociones según la clase de conducta que éstas provocan.

1. Emociones que motivan una conducta agresiva, como la ira, los celos, el odio y la hostilidad.

2. Emociones que promueven una conducta inhibitoria, -- como el miedo, la preocupación, el pesar, el rubor y el disgusto.

3. Estados emocionales que estimulan una conducta alegre y entusiasta, como amor o efecto, el júbilo y el placer.)

En la primera categoría la tendencia es atacar el estí-

mulo que provoca la emoción. En el caso de la conducta inhibitoria el individuo trata de evadir la situación que lo perturba, ya sea mediante la huida, el retratamiento o la pasividad. Las emociones alegres se manifiestan a través de formas de conducta como la risa, la conversación espontánea y el sentido -- del humor.

CLASIFICACION DE LAS NECESIDADES

La clasificación de las necesidades humanas es una tarea ardua. Existen tantas clasificaciones como autores que han escrito sobre el tema. El número de categorías depende en gran parte de cuan concreto o detallado quiera ser el investigador. Por tal razón en la bibliografía sobre el asunto se encuentran desde clasificaciones monistas en que la dinámica humana se -- reduce a una necesidad fundamental hasta las que incluyen múltiples necesidades.

Para este trabajo utilizaremos la clasificación de ---- Abraham H. Maslow, ya que su teoría nos proporciona las bases-- necesarias para lograr establecer una relación directa entre-- las necesidades y las emociones. Según Maslow, el hombre está-- más inclinado hacia la necesidad de gratificación que hacia -- la frustración. El hombre es esencialmente bueno, y cuando -- actúa mal es el medio quien determina este cambio. Maslow considera que en toda personalidad autorrealizante, existe una -- jerarquía de necesidades que constituyen grados de salud ----

psicológica, y será necesario cubrir cada uno de ellos para poder pasar a la siguiente, y es en la forma de ir cubriéndolas como el ser humano alcanza la autorrealización.

Las necesidades dadas por Maslow son:

1.- Necesidades fisiológicas. Son de satisfacción básica pas la supervivencia: aire, agua, comida, vestido, y en general comodidad física.

2.- Necesidades de Seguridad. Es el primer grado de necesidades que se consideran sentimientos. Estas necesidades serán: verse libres de miedo, de dolor, de peligro, etc.

3. Necesidad de pertenencia. Aquí inician los requerimientos de origen mayor, y se refieren a las necesidades que tiene el ser humano de pertenecer a un grupo, formar parte de él y ser reconocido como tal.

4.- Necesidad de amor. Se refiere a la necesidad de amar y ser amado.

5.- Necesidad de estima de sí mismo. En este grado la necesidad es saberse y sentirse capaz de dominar alguna parte de su propio medio y de que se le reconozca este esfuerzo.

6.- Necesidad de Actualización del Yo. Son las necesi

dades de cognición y de realidad estética, y se refieren al deseo que tiene el hombre de conocer y entender el mundo que lo rodea; así como también necesita de la belleza, al arte y en general de cosas naturales estéticas.

Maslow sostiene que cuando una persona satisface las necesidades de un nivel, pasa al siguiente y así sucesivamente; pero el hecho de que algunas necesidades no logren satisfacerse, provocará en el hombre una sensación de frustración que lo convertirá en una persona neurótica. El grado de neurosis estará relacionado con las necesidades insatisfechas; o sea que la normalidad no es algo comparativo, sino que lo normal es una capacidad interna para alcanzar la personalidad mejor y más completa que se pueda tener.

CONCEPTOS GENERALES SOBRE EL ADOLESCENTE

El período de adolescencia comienza al empezar los -- cambios corporales que culminan en la aptitud fisiológica para la reproducción y terminan en el momento en que, el individuo está preparado física, emocional y socialmente para fundar una familia: Comprende el profundo cambio social que supone el independizarse de la familia. Durante parte de él, -- todas las personas normales están todavía legalmente bajo la protección de la escuela; un porcentaje considerable y cada -- vez mayor todo el período en su preparación educativa. Unos entran pronto en él y otros tarde, lo que depende de factores fisiológicos.

Los muchachos empiezan a ser adolescentes un poco después que las mujeres. En los primeros años de este período -- ya tiende a haber una separación en las actividades de cada -- sexo; la adolescencia suele mirarse con terrible respeto como un período en que aparecen grandes trastornos emocionales; -- por los constantes cambios tanto fisiológicos como de conducta que produce la adolescencia.

En este período de desarrollo se suele aceptar como -- consejeros a los maestros y jefes de grupo con más facilidad -- que a los padres.

Ciertos autores han descrito un determinado (M. Debe--

sse, P. Mendousse, etc) número de modificaciones que llegan-- inesperadamente durante la adolescencia, unos de ellos morfológicos, como la transformación corporal; los otros instintos tales como despertar de las necesidades sexuales (sobre todo a partir de esta época); preponderancia del sentimiento debido a la riqueza de la vida emotiva e imaginativa, con deforma--- ción de la realiad e idelismo, reorganización del mundo -- sentimental que adquiere un carácter apasionado, aparición de amistades exclusivas que dificilmente resisten la separación, actitudes ambivalentes y extremas entre el deseo y el amor pla tónico, unidos a una fragilidad en la orientación sexual, una habilidad de carácter con rebeldía contra los padres, rechazo de las ideas establecidas e inconformidad con la sociedad en la cual vive; duda y afirmación del Yo, narcisismo y necesidad de estimación, certeza e incertidumbre, timidez y bús-- queda de originalidad.

Según B. Zazzo, la actitud de los adolescentes pertenecientes a una misma sociedad, y a una misma zona geográfica, se diferencia en función de sus status y sus roles. Cuando se trata de sociedades en las que la adolescencia se define como un período de inserción social, se puede prever que es parecida para todos por su carácter de trasiición y, por--- otra parte, que se diferencia a partir de las modalidades de la vida social según la duración de transición.

E. H. Erikson define el período de adolescencia como la búsqueda de nuevos sentimientos de continuidad y de identidad; se encuentran ansiosos por encontrar ídolos o ideales durables. Por otra parte. E. Kistimberg, menciona que el pronóstico de la evolución de las crisis del adolescente será -- tanto menos favorable cuando más intensamente empobrecidos -- queden los instrumentos intelectuales y el cuerpo. Para W.A. Schongeld, dice que la identidad del Yo difiere de la imagen corporal en cuanto engloba las indentificaciones del individuo y acentúa sobre las reacciones psicosociales.

El adolescente debe responder a un determinado número de preguntas. ¿Qué represento? ¿A que categoría pertenezco? ¿A qué me opongo, hacia donde me dirijo, cuáles son mis relaciones con el otro sexo? ¿Soy suficiente para bastarme a mí mismo?.

Por otra parte la identidad del género es una dimensión muy importante y la identidad del Yo es casi siempre la principal, el rol ligado al género debería estar diferenciado del rol ligado al sexo.

En la teoría de Piaget, menciona que el adolescente se caracteriza por tener un pensamiento a nivel abstracto, lo cual va a afectar la idea que el adolescente tiene de sí mismo; comienza a dirigir sus nuevas facultades hacia adentro, -

tornándose introspectivo, analítico y autocrítico. Y es gracias a ésta maduración cognoscitiva, que el adolescente puede enfrentarse al desarrollo de los valores y los principios morales, al enjuiciamiento de los conceptos y a la conciencia de sí mismo, que se va a reflejar en sus relaciones interpersonales, en el desarrollo de las metas futuras y de los planes de vida que caracterizan al adolescente.

Los cambios de conducta que se presenta en la adolescencia son más marcados en los que presentan problemas del músculo esquelético; como es la agresividad, que esta vinculada con las alteraciones fisiológicas que van a provocar emociones negativas como son la depresión, la ansiedad, el desgaño la tensión y la irritabilidad.

Las actitudes que presentan los padres con le adolescente que presenta este tipo de padecimiento es de sobre protección, sentimientos de afecto y en ocasiones de rechazo.

DESARROLLO MOTOR.

La adolescencia es una fase dinámica en el continuo - de la vida, hay cambios en el desarrollo físico, fisiológico y biológico, así como la personalidad, y es capaz de reproducirse.

El desarrollo motor es un área muy importante en el - desarrollo total del individuo y está relacionado con la salud física y mental; si el desarrollo motor de un individuo es más lento que el que corresponde a su edad, no se le evitará que participe en juegos o eventos, sin embargo debido a esto deja de participar a ellos.

Así pierde el desarrollo físico y una condición muscular adecuada, el desarrollo motor influye en la sociabilización del individuo; la conducta de los demás hacia esa persona influye en la formación del concepto Yo.

Una persona torpe que cree tener buena coordinación muscular se frustra. De manera similar se sentirá un individuo que se considere precavido y que con frecuencia se cae -- por falta de coordinación.

En el área motora es posible encontrar hiperactividad o hipoactividad, actividad rítmica tal como mecimiento del --

cuerpo o golpearse la cabeza y actividades extrañas tales como movimientos de torsión de las manos o del cuerpo. Las actividades motoras inhabituales ocurren a menudo en los niños-hiperactivos a los que no se proporciona oportunidades suficientes para la expresión motriz.

Pueden aparecer tics en niños con gran actividad, habitualmente el primer tic es desencadenado por una circunstancia relacionada con él tal como cerrar los ojos por una irritación ocular. Después del tic puede pasar de un grupo muscular desencadenante. El tratamiento consiste en disminuir las fuentes de stress. Además los tranquilizantes pueden ser útiles.

REACCIONES DE ADAPTACION.

La adolescencia es el período comprendido entre las edades de 13 a 21 años, que coincide a grosso modo con el estudio que va de la puebertad a la edad adulta. Los trastornos de adaptación son la regla más que la excepción para los adolescentes, los miembros de su familia y la sociedad en general.

Al comienzo de la adolescencia es probable que la fuente de trastornos sean los cambios físicos de la pubertad y el significado intrapsíquico de estas alteraciones es cen-



tral, la cuestión de la formación de la identidad.

Es posible observar todos los tipos de patología en todos sus grados: ansiedad, depresión, manía enfermedades esquizofrénicas, perversiones, alcoholismo, adicción, trastornos de conducta, accidentes y trastornos psicofisiológicos.

FRECUENCIA DE ACCIDENTES.

IZT 1000945

La excesiva frecuencia de los accidentes ha dado lugar a que se les califique de la peor de las endemias infantiles se calcula que los accidentes se producen en los niños en mayor porcentaje.

Algunos de los accidentes más frecuentes son: de circulación, quemaduras, ahogados, caídas, envenenamientos asfixias, varios.

En los que se refiere a las quemaduras, se clasifican de la siguiente manera:

-Quemaduras de primer grado. Son los que ocasionan únicamente enrojecimiento en la piel, sin destruirla.

-Quemaduras de segundo grado. Estas forman ampollas llenas de líquido y rodeada de un enrojecimiento.

-Quemaduras de tercer grado, Estas producen una desorganización de los tejidos, son graves, causan una destrucción total.

Hablando de las caídas, durante el crecimiento la mayoría de los niños sufren frecuentes caídas sin consecuencia.

En ocasiones la caída percibe un golpe fuerte que puede producir fracturas o luxaciones, y los síntomas son: dolor intenso, deformidad en el sitio de la fractura o en la articulación y pérdida de movimiento.

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL ADOLESCENTE.

Los que le caracteriza al adolescente desde el ángulo psicológico, es la necesidad de entrar al mundo adulto, la transformación corporal debido a la pubertad, el desarrollo de los órganos sexuales, la capacidad de reproducción; todo esto atribuye a un nuevo confortamiento, todos estos cambios le provocan ansiedad y una huida del mundo exterior sumergiéndose en su vida interna y se vuelve refugio transitorio. Las características de este mundo interno va a determinar las características psicológicas del adolescente.

La sexualidad como característica psicológica de la adolescencia.

Lo sexual, cita el Profr. Ballesteros, es en el adolescente el centro de su interés y relaciona todas las manifestaciones de su vida, tanto orgánica como psíquica y social con este fenómeno. Las transformaciones fisiológicas y somáticas realizadas durante la pubertad, dan lugar a una de los ajustes más importantes que es el de las transformaciones de carácter sexual.

Dentro del proceso de la sexualidad y según la teoría Psicoanalítica, existen varias etapas:

- Etapa oral
- Etapa anal
- Etapa fálica
- Etapa de latencia
- Etapa genital

Pero en todo esto hay una fase importante, la Fase Negativa. Esta fase es una característica de la adolescencia que se manifiesta generalmente al inicio de la pubertad, y -- los tipos de conducta que presenta son los siguientes.

- * Dificil adaptación a la vida social.
- * Cambios de conducta súbitos.
- * Deseo de aislamiento.
- * Actitud hipercrítica hacia un amigo anterior.
- * Falta de inclinación al trabajo.
- * Antagonismo sexual.
- * Falta de confianza en sí mismo

CAMBIOS PSICOLÓGICOS

La esfera mental del adolescente incluye una gran ambivalencia y por lo tanto angustias y satisfacciones importantes quizás la mayor satisfacción intrapsíquica del adolescente sea su nueva capacidad para pensar en forma abstracta y descubrir--

que puede razonar inductiva y deductivamente y es el momento en que puede enfrentarse a problemas por medio de ejercicios mentales. También aparecen los intereses y habilidades en el arte, las ciencias, las humanidades y filosofía; pero esta capacidad varía de una adolescente a otra y su principal obstáculo es la angustia.

La búsqueda de este individuo por una originalidad renovadora es importantísima para él, la conciencia de que el mundo está mal y hay que cambiarlo, todo esto provoca en el adolescente hasta una evolución constructiva para la sociedad.

Es frecuente que un joven somatise afectos.

El negativismo, el oposicionismo y la indiferencia de algunos adolescentes, manifiestan solo el estado de ambivalencia que ha invadido a tomar la personalidad.

CAMBIOS FAMILIARES.

Los roles familiares, las responsabilidades, los métodos de disciplina y los límites que unos miembros de la familia ponen a los otros, tienen que reestructurarse cuando los hijos se vuelven adolescentes. Los padres tienen que aceptar por ejemplo, que un adolescente obedece simplemente porque le da la gana obedecer, ya que los adultos han perdido todo poder y capacidad.

cidad de intimidad o de chantajear al joven.

En la familia, el adolescente se vuelve una causa de crisis. A todo esto se agrega que, en general, la respuesta emocional del adulto ante el adolescente está cargada de conflictos, concientes e inconcientes, es decir que los adultos ven al adolescente como a alguien que goza de privilegios y -- falta de control que ellos no tuvieron. De hecho siempre ha habido y habrá una brecha generacional.

CAMBIOS SOCIALES.

En nuestro medio, ser adulto quiere decir ganarse la vida, ser responsable de sí mismo ser responsable de un compañero o compañera, ser responsable de los hijos de uno y, finalmente, ser responsable de cambios sociales. La implicación es que mientras más se acerque el joven a estas características, más adulto será. Sólo que las reglas sociales también prohíben que el joven entre demasiado pronto a esas responsabilidades. Ser adulto implica obligaciones y derechos. Y el adolescente inicia su desarrollo con obligaciones, pero sin derechos. En general la sociedad lo ve con escepticismo si él trata de demostrar su responsabilidad. Desde luego estas son generalizaciones. No obstante, la sociedad también es terriblemente ambivalente ante los adolescentes, y también pone a los jóvenes en posiciones paradójicas, en las que haga lo que haga, quedará mal.

Los conflictos que hemos revisado hasta este momento caen dentro del campo de la normalidad.

SISTEMA LOCOMOTOR.

MECANICA DEL CUERPO.

El correcto uso de la mecánica corporal tiene grandes repercusiones en nuestra vida social y familiar. Por nuestra postura somos capaces de representar muchas cosas; una columna erguida puede presentar vitalidad, y una flexionada sobre el tórax puede expresar cansancio o derrota. La manera como se sienta una persona puede determinar el éxito o el fracaso en una gestión.

POSTURA CORRECTA E INCORRECTA.

La postura correcta es aquella que nos permite mover el cuerpo en todo momento y en todas las direcciones sin experimentar ningún cansancio. Conviene saber que son las flexiones, extensión y torción, del cuerpo las que nos ayudan a disminuir el cansancio corporal; la postura correcta es la posición de firmes.

DEFECTOS DE POSTURA.

Proviene de hábitos incorrectos, la vida sedentaria que descuida el empleo de los músculos extensores del cuerpo; pues de preferencia se emplean los flexores.

La mala postura del cuerpo puede originar defectos en la columna como lordosis, xifosis, escoliosis, etc.

ACCIDENTES DEL APARATO LOCOMOTOR.

Los accidentes más frecuentes afectan a los músculos, huesos, articulaciones, están expuestos a sufrir una serie de percances, que en resumen son los siguientes:

- a) Esguinces (rotura de ligamentos de las articulaciones).
- b) Luxación (deformaciones de alguna región con dolor y edema)
- c) Fractura (rotura de un hueso)
- d) Desgarre muscular (rotura de músculos)

ENFERMEDADES MUSCULO-ESQUELETICAS

Las enfermedades musculo-esqueléticas son muchas y -- muy variadas, pero en el presente trabajo haremos referencia solamente a las más frecuentes que se presentan en la adolescencia.

ESCOLIOSIS.

La escoliosis es un problema ortopédico importante y común, su forma más típica consiste en una deformidad de las niñas en su columna en la época que comienzan a ser conscientes de la importancia de su atractivo físico. También ocurre en niños totalmente sanos ocasionando dolores intensos.

La escoliosis además de ser un defecto físico acorta el período de vida si es muy severa. La persona inválida deformada, condenada a una vida corta y desolada, es aún situación todavía muy común, pero hoy en día se puede prevenir.

La escoliosis se define como una curvatura lateral de la columna, la presencia de una curvatura es anormal pero como son numerosos los grupos deben ser diferenciados.

ESCOLIOSIS POSTURAL

La escoliosis postural no se ha visto nunca convertida

en escoliosis estructural y es un proceso efímero que desaparece espontáneamente con o sin tratamiento.

La escoliosis postural es a menudo vista como el predecesor de una curva estructural ideopática. En consecuencia se ha dado mucha importancia a su hallazgo y tratamiento y -- los niños se han visto obligados durante años a una serie de ejercicios para prevenir una escoliosis severa.

ESCOLIOSIS PARALITICA TORAXICOLUMBAR.

Se trata de un tipo de curvatura paralítica común, -- que abarca muchas veces casi todo el tronco, alrededor de -- trece vértebras, cuyo ápice se halla en la unión toráxicolumbar.

ESCOLIOSIS PARALITICA LUMBAR.

Hay esencialmente dos grupos de curvas lumbares, las debidas al desequilibrio muscular que evoluciona rápidamente y que desarrolla tempranamente una rotación fija, y los de -- una columna colapsada que desarrollan una curva por el efecto de la gravedad y la falta de soporte muscular.

En los dos niveles influyen ambos factores, la gravedad y el equilibrio muscular.

Estas curvas mejoran substancialmente por el mejor hecho de acostarse o por suspensión, en contraste con las posiciones de sentado o de pie.

ESCOLIOSIS PARALITICA ESTRUCTURAL DOBLE.

Hay solo unos pocos pacientes con curvas dobles paralíticas. Es muy importante reconocer su existencia, ya que-- la fusión de una sola curva dejará a la otra curva estructu--ral libre de continuar su evolución.

CIFOSIS DEL ADOLESCENTE.

Muchas cifosis del adolescente presentan un pequeño--grado de escoliosis, por lo general una curva doble torácica--o toráxolumbar debe mencionarse, algunos estiman y han sugerido que el 10 por 100 de los adolescentes muestran ciertos gra--dos de cifosis torácica. Esto es, en parte debido a la dificultad en definir cifosis torácica normal o anormal.

La cifosis del adolescente se observa a partir de los 10 años por lo general entre los 12 y 15 años, y es descrita--como un dorso curvo torácico. La apariencia es característi--ca. La mayoría no presenta curva lateral.

PARALISIS CEREBRAL.

La parálisis cerebral es difícil de definir puesto -- que no se trata de una entidad patológica única, sino más---- bien una categoría comoda que abarca alteraciones que tienen ciertas características comunes.

- 1.- Puede deberse a una o varias lesiones cerebrales fijas no progresivas.
- 2.- La lesión original debe ocurrir antes del nacimiento, al nacer o al principio del período temprano no coinciden.
- 3.- En ciertos niños, el trastorno primario abarca el sistema musculo-esquelético y la incapacidad más importante es -- la falta de control motor, es tanto que en otros casos -- las dificultades más importantes pueden ser retraso mental convulsiones, trastornos sensitivos, alteraciones del lenguaje o defectos de audición, lenguaje o visión.

La clasificación de parálisis cerebral es difícil pero muy importante y se describe según el número de extremidades-- afectadas. Si el paciente tiene afectada una extremidad, el -- trastorno se denomina monoplejia; si se trata de dos extremidades del mismo lado hemiplejia; si se trata de dos estrmidades-- inferiores paraplejia; si hay tres extremidades triplejia o si

están afectadas las cuatro extremidades cudriplejia o tetra-plejia.

DISFUNCION CEREBRAL MINIMA.

El término disfuncion cerebral ha sido ideada para señalar ciertos trastornos del aprendizaje y de la conducta en niños con capacidad de atención corta, impulsividad y trastornos del control de la función motora.

Las causas de disfunción mínima cerebral manifestada por incoordinación e hiperactividad son diversas e inciertas. Las pruebas suelen ser retrospectivas y se basan en general en antecedentes de anomalías o enfermedades que ocurrieron durante el embarazo, trabajo de parto, al nacer o al principio de la infancia.

Los factores psicógenos, pero en pacientes con signos neurológicos anormales, los trastornos emocionales son complicaciones secundarias. La influencias del ambiente en el niño con lesión cerebral, que es hiperactivo y tiene mala coordinación, son evidentes sobre todo en la relación familiar, puesto que a menudo las actitudes paternas tienden a ser erróneas por pérdida de paciencia y frustración, y a su vez éstas exacerbaban las reacciones de ansiedad en el niño.

TUMORES INTRACRANEALES.

Los tumores intracraneales son comunes en la infancia y ocupan el tercer lugar en frecuencia con la leucemia y las neoplasias que se originan en las regiones renal y suprarrenal. La frecuencia más alta es en el período de edad que está entre 5 y 8 años. No hay predilección importante para alguno de los dos sexos. Presentan anomalías en la marcha, espasticidad en las extremidades y tortícolis.

Los tumores intracraneales es aumento de la presión intracraneal, cuyas características son cefalalgia, irritabilidad, vómitos, somnolencia, letargo, edema de la pupila, estrabismo, etc.

Es común encontrar conductas de ira hacia cualquier situación pero esto es comprensible y no es lo más grave sino la actitud que asumen los progenitores al mostrar una gran compasión hacia sus hijos, sentimiento que por lo regular no tratan de superar o por lo menos disfrazar.

TUMORES INTRARRAQUIDEOS.

Los tumores intrarraquídeos del niño son raros y ocurren con la quinta parte de frecuencia que los tumores intracraneales en el mismo grupo de edad.

Las características iniciales de tumores intraespinales suelen manifestarse en el sistema musculoesquelético y el diagnóstico no suele hacerse con facilidad. El dolor persistente intermitente en dorso, cuello, tronco o extremidades que no se explica con facilidad a causa de lesión local o algún otro proceso patológico que debe sugerir la posibilidad de tumor intrarraquídeo. Los jóvenes se encuentran débiles, motora flácida o espástica, según el nivel de lesión.

ATAXIA DE FRIEDREICH.

En la ataxia de Friedreich, la más común de las ataxias cerebelosas hereditarias, se encuentran afectadas tanto las vías cerebelosas como raquídeas. En médula espinal hay cambios degenerativos.

La degeneración del haz corticoespinal se extiende a veces por encima del nivel de bulbo raquídeo para afectar corteza cerebral.

No se conoce la etiología de la enfermedad. Están afectados por igual varones y mujeres, es desde luego hereditaria. La iniciación de los síntomas pueden ocurrir en la infancia entre las 7 a los 10 años de edad, pero a menudo están incidiosos que es difícil saber cuando apareció el trastorno. El primer síntoma que llama la atención suele ser la marcha--

inestable. El pequeño tiene tendencia a tropezar y caer, tiene dificultad para dar vueltas de manera súbita y es incapaz de sostener las actividades motoras con sus compañeros de juego.

ATROFIA MUSCULAR INFANTIL.

Se trata de una enfermedad degenerativa, rara de la médula espinal y de las neuronas motoras de los nervios craneales. La afección es siempre simétrica. Los músculos esqueléticos sufren atrofia por desnervación caracterizada por pequeñas y estrechez de las fibras musculares.

DIASTEMATOMIELIA.

La diastematomielia es una deformidad congénita del eje neural en la cual hay división sagital de la médula espinal o de sus derivados intrarraquídeos por proyección de una masa ósea o fibrocartilaginosa. Esta entidad patológica debe distinguirse de la diplomielia, anomalía muy rara en la cual está duplicada la médula espinal, fenómeno que suele ocurrir de manera simultánea con espina bífida amplia.

MIELOMENINGOCELE.

La espina bífida es un trastorno del desarrollo de la columna vertebral caracterizada por falta de fusión entre los

arcos vertebrales.

POLIOMIELITIS.

La poliomiелitis es una enfermedad infecciosa aguda producida por un grupo de virus que invaden al principio las vías gastrointestinales y respiratorias y más adelante se diseminan hacia el sistema nervioso central. El virus de la poliomiелitis tiene una afinidad especial por las células del cuerno anterior de la médula espinal y por ciertos núcleos motores del tallo del encéfalo. Estas células sufren necrosis con pérdida de la inervación de las unidades motoras que se abastecen.

La parálisis es de tipo flácido y las unidades motoras individuales siguen la ley del todo o nada porque el virus afecta las células del cuerno anterior más que el músculo.

En el siguiente esquema se ilustran los factores principales relacionados con la pérdida progresiva de la función.

PARALISIS		DESEQUILIBRIO	
-----	PERDIDA	MUSCULAR,	
	DE LA	CONTRACTURA,	----- DEFORMIDAD
PLACIDA	FUNCION	TENSION	
		MUSCULAR.	
		CON RAPIDEZ EN	
		NIÑOS A CAUSA	
	DEFORMIDAD	DEL CRECIMIEN-	ACTIVIDAD
	PROGRESIVA	TO	CONTINUADA.

		CON LENTITUD	
		EN EL ADULTO.	

PARALISIS OBSTETRICA DEL PLEXO BRONQUIAL.

La parálisis obstétrica del plexo bronquial se clasifica según la gravedad de la lesión y según los componentes lesionados del plexo.

La lesión de nervios por tracción aumentada sobre el plexo puede variar desde estiramiento hasta rotura completa.

ATROFIA MUSCULAR PERONEA.

La atrofia muscular peronea se puede definir como un trastorno degenerativo hereditario y familiar de nervios periféricos, raíces nerviosas motoras y a menudo médula espinal. El proceso es lento y se inicia en pies y piernas y se disemi

na hacia manos y antebrazos después de varios años. Se caracteriza por atrofia de ciertos grupos musculares en particular peroneos y músculos intrínsecos de manos y pies.

La iniciación de los síntomas suele ocurrir en tre los 13 años de edad, pero puede tardar incluso hasta la tercera década. Las manifestaciones pueden incluir dificultades para andar o usar zapaptos, calambres musculares y parestesias de la pierna. La atrofia muscular es simétrica y de distribución distal. Los peroneos y los músculos intrínsecos de los pies son los primeros afectados. Las primeras deformaciones son pie--varo, la atrofia sigue adelante y continúa con pie talo, cavovaro, y dedos en garra.

POLIRRADICULONEURITIS (SINDROME DE GUILLAIN BARRE)

En este síndrome raro hay paresias motoras y sensitivas simétricas de las extremidadés, y algunos casos del tronco. Los reflejos tendinosos profundos están disminuidos, la debilidad motora se acompaña de ciertos grados de trastornos de la sensibilidad. En casos graves ocurren trastornos esfinterianos e incapacidad para orinar o defectar.

Hasta este momento se han citado las enfermedades más frecuentes y en breve su desarrollo y características. Ahora se mencionarán otras también de importancia.

- Falta congénita de músculos.
- Enfermedad de Refsum.
- Analgia cogénita.
- Distrofia muscular progresiva.
- Miotonía cogénita.
- Miositis.
- Parálisis periódica.
- Miastenia grave.
- Bursitis.
- Trisomía 21 (Síndrome de Down)

La necesidad trágica se la impone en un momento dado, sea cuando adquiere conciencia de su insuficiencia, de vivir con esa enfermedad, esa desgracia física por una parte, y por otra, de aparecer ante los demás como desemejante.

Durante la adolescencia su aspecto físico les preocupa a al mayoría de los jóvenes, así como las opiniones de sus amigos que en ese momento son más persuasivas que las de sus padres. Si la invalidez constituye un defecto notorio que lo distingue de los demás muchachos de su edad, puede ser una -- época muy penosa para él en que sus amigos empiezan a salir-- con muchachos.

Puestos que sus relaciones con chicos del mismo sexo puedan tener una actitud amistosa, pero no así en sus relaciones con chicos del sexo opuesto, el joven inválido se encontrará en desventaja durante esta época, las limitaciones del lisiado pueden parecer tan importantes para los no lisiados que éstos pueden sentirse avergonzados de salir con ellos. Este a su vez, temeroso de ser rechazado, se frenará a tomar la iniciativa.

Puede ser un consuelo para el adolescente lisiado saber que al cabo de unos años, la apariencia convencional ya no será lo que más cuente entre sus compañeros de su edad para juzgar si alguien es atractivo para salir de paseo, llevar un noviazgo o contraer matrimonio.

El adolescente lisiado suele soñar con el romance, necesita alcanzar gran madurez, antes de poder realizar el grado en su padecimiento puede afectar su matrimonio.

El adolescente lisiado debe alcanzar la mayor suficiencia que sea posible a través de la preparación educativa y la terapéutica. Estas mejor se desarrollen sus capacidades mayores serán sus oportunidades de sobreponerse a su invalidez y llevar la vida de un adulto capaz de casarse.

TRASTORNOS EN LA PERSONALIDAD

De acuerdo a la lista de categorías realizada por la O.M.S., se selecciono algunos rubros en trastornos mentales ocasionados por enfermedades musculoesqueléticas y cerebrales:

- Trastornos transitorios de inadaptación a situaciones especiales.

- a) Fatiga de combate
- b) Reacción de adaptación
- c) Reacción de adaptación a gran tensión emocional.

Las enfermedades características relacionadas a estos tipos de trastornos son principalmente los amputados por --- traumatismos, algunas enfermedades del Sistema Nervioso Central como esclerosis, enfermedades de los nervios y ganglios periféricas como parálisis de Bell, Polirradiculoneuritis o - Síndrome de Guillain Barre, etc.

De acuerdo a la clasificación del D.S.M. III, los --- trastornos que suele presentar el adolescente y que atañen - a nuestro tema de estudio son:

- Del desarrollo (trastornos profundos del desarrollo

trastornos específicos del desarrollo).

- Afectivos. Su característica esencial es una alteración en el estado de ánimo acompañado de síntomas asociados.- Se dividen en 2 grupos. Mayores (trastorno bipolar). Menores (ciclotimias, distimias).

- Adaptativos. Esta categoría son para reacciones mal adaptativas a eventos de la vida o a circunstancias que no -- pueden ser clasificados en otros trastornos mentales. Un sín toma predominante es por ejemplo el talante bajo.

En lo referente a las alteraciones en el afecto, se-- distinguen por lo general afectos desplacenteros o desagradables como son la depresión y el duelo. También presentan -- otros afectos como ansiedad, miedo, agitación, negativismo, -apatía, etc.

El estado de ánimo triste se trata de un profunda melancolía, surgida de lo más profundo de su vitalidad. Esta -tristeza lo invade de tal modo que todo lo ve imposible.

Cuatro son las actitudes que el hombre adopta frente a la vivencia dolorosa: combatirla, evitarla, aceptarla y bus carla.

COMBATIRLA.

Se nos enseña desde la infancia a no llorar, a soportar el dolor físico y el sufrimiento. De este modo, aprendemos a sobrellevar y a combatir grados cada vez mayores de dolor o angustia. Pero si la vida aprieta demasiado o antes de tiempo, se crea una desproporción entre la magnitud del sufrimiento y la capacidad de soportarlo y el hombre entonces edifica una coraza defensiva a su alrededor. Pero ya no se ha tratado realmente de un combate sino de una forma de evasión.

EVITARLO.

No solo puede evitar el sufrimiento endureciéndose -- frente al mismo, sino también evitando las situaciones que puedan hacerlo surgir; reduciendo el círculo social de nuestras actividades. Con ello, el hombre evita ocasiones de -- lucha, ocasiones de crecer en la superación del dolor y, achicando su círculo social, se empequeñece.

ACEPTARLO.

Hay varios modos de aceptar el sufrimiento. Está el modo pasivo, se trata de un abandonarse al sufrimiento sin adoptar actitud alguna frente al mismo. Otra manera consis-

te en recibirlo como castigo. Por último hay una aceptación voluntaria, se trata de asumir el sufrimiento personal ante lo inevitable.

BUSCARLO.

Se trata de la búsqueda del sufrimiento voluntaria-- y libremente sin que exista imposición por parte del destino.

Una quinta actitud sería el utilizarlo para el propio provecho.

LA IDENTIDAD E IDENTIFICACION EN SUJETOS
DESAVENTAJADOS

Para que el niño desarrolle sentimientos positivos -- acerca de sí mismo y de su futuro, es necesario que los padres se sobrepongan a sus propios sentimientos angustiosos -- con respecto a la desventaja de sus hijos.

Muchos padres mezclan el amor por sus hijos, irritación y resentimiento. Algunos no permiten que sus hijos -- se independicen de ellos. Algunos forman otras reacciones -- opuestas que exigen demasiado al niño. Muchas recientes los grandes sacrificios que les impone la invalidez de su hijo.

La mayoría de los padres suelen necesitar de aquello, tanto para desahogar sus sentimientos en conflictos sobre la invalidez de su hijo como para planear su cuidado de la mejor manera posible.

La personalidad del niño está moldeada por la interacción de los rasgos heredados y las experiencias de su vida de manera que cuando un defecto físico, es parte de estas -- experiencias, debe ser tomado en cuenta.

Una persona con defectos físicos no necesariamente -- tendrá una personalidad mal adaptada. Algunos la tienen

pero no completa de desadaptación que también se observan -- en personas no inválidas. Algunos se vuelven tímidos, reservados, concientes de ellos mismos o propensos a soñar despiertos; unos cuantos se tornan agresivos, exigentes o desbordadamente ambiciosos.

El niño lisiado suele ser especialmente propenso a la frustración, si lo que trata de hacer la resulta muy difícil

Los niños bien adaptados quieren lógica, madurez e independencia. Aunque un niño inválido necesite recorrer -- un camino más largo para alcanzar esta meta y aunque algunos nunca lleguen al final del camino, se le debe estimular a -- que sea tan independiente como pueda.

Un niño lisiado puede ser sometido a tensiones extraordinarias, a dolor o incomodidad física o perturbación emocional. Si puede tomar parte en un juego que lo defina y lo absorba, su invalidez pierde importancia. Las diversiones pacíficas contribuyen a su buena salud y lo alivian de la angustia y de la compasión de sí mismo. El juego es el camino principal para la socialización del niño.

Si un niño es despreciado a su misma invalidez puede lograr en el juego la oportunidad de lograr éxitos a través de los cuales se revalora. Si los niños reconocen su mérito,

el camino de la confianza será más fácil. Las artes y artesanías así como otras aficiones ofrecen estas oportunidades.

El niño que tiene la conciencia de ser diferente de los demás por algún defecto físico, en él se produce forzosamente la sensación de postergación y apocamiento que le dificultará considerablemente su estructura en el seno de la comunidad humana.

El niño que arrastra consigo la penosa carga de una invalidez o minusvalía orgánica, nunca deberá oír manifestaciones, alguna crítica de su porvenir, su futura ocupación, oficio o profesión, etc., ni en tono despectivo ni compasivo si se quiere conservar en él aquel mínimo de ánimo que es necesario para la vida.

La discrepancia existente entre el YO y el SUPERYO -- ideal sería la fuente de la mayor parte de los sentimientos de inferioridad. Según la explicación psicoanalítica el superyo provoca una resistencia afectiva contra la apreciación de sí mismo, pues cuando una persona se juzga o se caracteriza a sí misma, nunca parte de lo que en realidad es, sino de lo que desearía ser.

La situación del niño lisiado provocará reacciones -- psicológicamente vinculadas al perjuicio directo, permanente

y definitivo que sufre. Esta situación se presenta como --
una debilidad de su imagen ideal que cada uno lleva en sí, -
prefijando a un ser intacto, completo, semejante a los demás.

M E T O D O L O G I A

Objetivo: La finalidad del presente estudio es obtener por medio de la evaluación algunos conocimientos de los adolescentes con problemas del músculo esquelético; acerca del concepto de si mismo, sentimientos de frustración y el manejo de la agresión, que nos ayuden a abordar eficazmente el problema que a la edad escolar experimenta el sujeto con este tipo de invalidez y de esta manera contribuir a los objetivos de la rehabilitación psico-social, que integra la adaptación del sujeto consigo mismo con su familia y con la comunidad.

Para llevar a cabo dicho estudio se recurre al Método-Clinico que contrasta con el método experimental.

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

Por lo tanto, las características de dicho método, le dan la categoría de estudio piloto, en donde las hipótesis --

que puedan extraerse del contexto clínico, sean susceptibles más adelante de ser sometidas a una comprobación más rigurosa. Por tal motivo, se selecciono este método por ser el -- que más se ajusta a las necesidades y enfoque del presente estudio.

SE LLEVARON A CABO LOS SIGUIENTES OBJETIVOS PARA LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO.

- 1.- Como primer paso se selecciono a los pacientes que presentaban menos daño.
- 2.- Segundo paso posteriormente se realizó la evaluación: la cual consistio en:
 - a) primero una entrevista con padres que recopilaban datos importantes acerca del paciente.
 - b) después prueba de inteligencia Wisc y Wais de Wechsler.
 - c) se aplico pruebas de personalidad, frases incompletas y machover.
- 3.- Se evaluaban los Test y se realizaba una elaboración e integración del estudio de cada persona.

- 4.- Cuarto paso se tenía una conversación con el paciente acerca de su estado emocional que presentaba.
- 5.- Quinto paso: se citaba a los padres para dar la información obtenida acerca de la valoración psicológica.
- 6.- Sexto paso, se les daba un programa de casa el cual consistía en realizar las conductas que se deseaban disminuir en el comportamiento del adolescente, esto era en un lapso de seis meses a un año.
- 7.- Posteriormente se revaloraba al paciente para detectar si por medio del programa había disminuido las conductas deseadas.

1.- ESCENARIO:

Se realizó en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; ubicada en Mariano Escobedo No. 150. Esta institución se ha propuesto seguir los lineamientos que marcan los objetivos de la rehabilitación, desde un punto de vista integral, es decir, abarca toda una gama de personal especializado, que en conjunto valoran las capacidades del paciente y diseñan los programas individuales de tratamiento. Ofrece servicios de especialidades médicas y paramédicas, tales como:

TERAPIA FISICA Y OCUPACIONAL: Es estos departamentos se realiza la terapia bajo la prescripción del tratamiento - indicado por el médico de rehabilitación; tiene como objetivo primordial lograr que el paciente sea lo más independiente posible en sus actividades de cuidado personal.

TERAPIA DE LENGUAJE: Tiene como meta lograr la articulación, construcción organización y estructuración del lenguaje, con la finalidad de utilizarlo como un medio necesario para lograr la comunicación e interrelación con sus semejantes.

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

PSICOLOGIA: Ofrece los servicios de evaluación, diagnóstico y tratamiento, realizando estudios de Personalidad, Inteligencia, Maduración, Vocacional y Ocupacional, dando -- también reforzamientos terapéuticos por medio de programas - de casa; orientación familiar así como el servicio de Psicoterapia cuando el caso lo requiera (de apoyo) en forma individual o de grupo.

ESCUELA: Imparte Educación Especial para niños con -- problemas del músculo esquelético, dando instrucción escolar desde pre-primaria hasta primaria.

SUJETOS: población total fue de 35 escolares, quedando un grupo para estudio de 20 pacientes, que oscilaban entre las edades de 9 a 18 años.

RECURSOS:

A).- Humanos: Personal de trabajo social, terapia física y ocupacional, y la que dirigía la investigación. La Pasante de Psicología.

El turno en el que se trabajó fue matutino con horario de 9 a 12 a.m.

B).- Materiales: Prueba de Inteligencia "WISC" y "WAIS"

Prueba de Personalidad Machover

Pruebas de Personalidad Frases Incompletas.

Hojas blancas y lápices.

Posteriormente se mencionaran el uso de cada una de estas --

pruebas.

DISEÑO: Se utilizó el método no aleatorio de Muestreo que se basa en el juicio personal del examinador, el cual -- determina qué tipos de sujetos van a ser tomados en cuenta - para el estudio.

Se escogio este tipo de procedimiento, debido a que - después de entrevistar a los miembros del grupo, se observó- que los que padecían problemas severos de músculo esqueletico, carecían de la capacidad de hablar y o presentaban movimientos muy incordinados, de tal manera que se imposibilitó- trabajar con ellos.

A continuación se presentan la distribución de los ca sos de la población original (35 pacientes) tomados en cuenta.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDAD

Cuadro No. 1

EDAD	No. CASOS	PORCENTAJE
9	4	11.43
10	3	8.57
11	3	8.57
12	4	11.43
13	5	14.29
14	5	14.29
15	3	8.57
16	3	8.57
17	3	8.57
18	2	5.71
TOTAL	35	100 %

Como se puede observar el 40% de la población cae dentro de las edades de 12 a 14 años, el 25% de 15 a 17 años, el 17% corresponde al periodo 10 y 11 años, el 11% a los 9 años y el 5% a los 18 años.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SEXO

Cuadro No.2

SEXO	No. CASOS	PORCENTAJE
MASCULINO	17	48.6
FEMENINO	18	51.4
TOTAL	35	100%

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

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR GRADO DE INTENSIDAD
DE LA LESION QUE PRESENTAN.

CUADRO No. 3

GRADO	No. CASOS	PORCENTAJE
LEVE	6	17.14
MODERADO	14	40.00
SEVERO	15	42.86
TOTAL	35	100%

El grado de intensidad mas frecuente de la población estudiada fue el de tipo severo, siendo un porcentaje sensiblemente igual al grado moderado y solo un 17% presenta lesión leve, Según la escala de La ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA = SALUD.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR
CAPACIDAD INTELECTUAL

CUADRO No. 4

C. I.	CRITERIO	No. CASOS	PORCENTAJE
90-109	NORMAL	12	34.29
80-89	SUBNORMAL	9	25.71
70-79	BORDERLINE	8	22.86
69	SUPERFICIAL	6	17.14
TOTAL		35	100%

El porcentaje mas significativo corresponde a inteligencia normal, seguido por el subnormal y el 40% restante -- cae dentro de la deficiencia mental superficial y Borderline Según los criterios de clasificación de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.

U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALDISTRIBUCION DE LA POBLACION PRO GRADO DE
ESCOLARIDAD

IZT 1000945

CUADRO No. 5

GRADO ESCOLAR	No. CASOS	PORCENTAJE
2° DE PRIMARIA	13	37.14
3° DE PRIMARIA	7	20.00
4° DE PRIMARIA	3	8.57
5° DE PRIMARIA	6	17.14
6° DE PRIMARIA	6	17.14
TOTAL	35	100%

El grado escolar mas incidente fue el 2° año de Primaria; encontrándose un porcentaje igual para los dos últimos años.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION PRO GRADO DE
INTENSIDAD DE LA LESION QUE PRESEN
TAN.

CUADRO No. 6

GRADO	No. CASOS
LEVE	6
MODERADA	14
TOTAL	20

Como se puede observar, existe mayor frecuencia en el grado de intensidad moderado y en menor proporción la de tipo leve.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR CAPACIDAD
INTELECTUAL

CUADRO No. 7

C.I.	CRITERIO	No. CASOS
90-109	NORMAL	10
80-89	SUBNORMAL	6
70-79	BORDERLINE	2
69	SUPERFICIAL	2
TOTAL		20

La capacidad intelectual mas frecuentemente mostrada fue de tipo Normal, seguida por la Subnormal y en igual incidencia el Bordeline y deficiente mental Superficial.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR ESCOLARIDAD

CUADRO No. 8

GRADO ESCOLAR	No. CASOS
2°DE PRIMARIA	7
3°DE PRIMARIA	4
4°DE PRIMARIA	1
5°DE PRIMARIA	4
6°DE PRIMARIA	4
TOTAL	20

El mayor número de casos se encuentra en 2° año escolar y el mínimo en el 4° año de primaria.

Como se observa en el cuadro número tres, la población severamente incapacitada forma el 42.86% del total de la muestra con un número de 15 sujetos; fue debido a esta variable - por lo que se escogió el tipo de método antes descrito, en el cual se basa el juicio personal para seleccionar los casos a estudiar, por lo cual el grupo obtenido de la muestra quedó - modificado siendo estos cambios observados en la distribución de la frecuencia de las variables antes expuestas y quedando el grupo formado por 20 sujetos distribuidos de la siguiente manera:

- a) Edad.
- b) Sexo: Femenino y Masculino.
- c) Diagnóstico: Problemas del Músculo esquelético (conducta motora).
- d) Grado de Severidad; De Leve a Moderada.
- e) Escolaridad: Primaria (de Segundo a Sexto grado).
- f) Nivel de Inteligencia: Deficiente Mental Superficial a -- Normal (Según la escala de Wechsler).

Una vez seleccionado el grupo, se procedió a elegir los instrumentos de medición psicológica, Los cuales se utilizarán para obtener con mayor certeza las características a investigar tales como las áreas conflictivas de la personalidad, --

agresión, frustración y concepto de sí mismo. Algunas se vieron afectadas por las incapacidades de los sujetos, como el trastorno del lenguaje, alteraciones perceptivas, etc.

La entrevista (Ver anexo 1) representa el primer contacto que tenemos ante el paciente y sus familiares. Ya que la entrevista es ante todo una comunicación, un proceso dinámico que incluye tanto al entrevistado como al entrevistador, este proceso supone, por parte del entrevistador el conocimiento y manejo de una teoría funcional de la comunicación, de las características de una comunicación efectiva y de los elementos que la facilitan y que la obstaculizan. Supone también una concepción de la naturaleza básica del hombre y una filosofía de las relaciones interpersonales. Lo cual resulta tan importante como el resultado de la aplicación del test. Se exploran los siguientes aspectos:

- 1.- Antecedentes pre y posnatales patológicos y hereditarios.
- 2.- Desarrollo Psicomotor.
- 3.- Actividades de la vida diaria
- 4.- Dinámica Familiar

Tomando en cuenta estos aspectos se le dio confianza a la madre o a otro familiar para que hable libremente. Una vez

concluida la entrevista se está en condiciones de elegir laboteria de Test psicológicos apropiados para nuestro paciente.- (anexo No. dos) 1.- Primer paso: para avaluar la capacidad - intelectual se emplearon los test de Inteligencia de Wechsler Wisc-Wais. Debido a la utilidad que proporciona en el área - diagnóstica, es decir, a diferencia de otros test de inteligencia, se constituye por varias pruebas homogéneas, en donde - cualquiera de ellos pone en juego una función específica a todo un conjunto de funciones, además poder transformar los puntajes naturales se cada subtest en un puntaje pesado, resultan directamente comprobables.

Tanto la prueba de Wisc para escolares y la de Wais para adultos, están formados por dos áreas, la Escala Verbal y la Ejecutiva y cada una remite su respectivo Cociente Intectual (C.I.) : como a continuación se describe.

ESCALA VERBAL

Información

Comprensión

Aritmética

Semejanzas

Vocabulario

Retención de Dígitos

Figuras Incompletas.
 Diseño con Bloques.
 Ordenamiento de Figuras.

ESCALA EJECUTIVA

Composición de Objetos.

Símbolo de Dígitos.

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

Subtest esencialmente verbales: Está constituido por Vocabulario, Información, Semejanzas y Compresión, los cuales nos darán un conocimiento general acerca de la dotación natural, estimulación medio ambiental, formación conceptual y grado de juicio práctico que presenta el sujeto.

En el grupo de Atención y Concentración está formado por Aritmética y retención de dígitos, los cuales nos van a informar acerca del tipo de atención pasiva y automática y de la capacidad de concentración como un esfuerzo voluntario que caracterice a los pacientes.

Grupo de Coordinación Visimotora la integran los subtest de Composición de Objetos, Diseño con bloques y símbolos de dígitos, que supone una actividad motriz esencial seguida por la organización visual, la cual incluye la capacidad de análisis y síntesis. Grupo de Organización Visual. -

Está formado por ordenamiento de Figuras, que implican la aptitud de anticipación y planación, así como el esfuerzo voluntario, sistemático y selectivo de la atención.

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

Para evaluar el área de personalidad, se utilizó la prueba de Frases Incompletas de Sacks y el dibujo de la Figura Humana de Machover.

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

Y a pesar de que se considera que la información que proporciona es más restringida que la de otras técnicas como el Rosschach o el test de Apercepción Temática (T.A.T) ha demostrado que puede proporcionar una orientación general del sujeto; el test completo consta de sesenta preguntas que han sido destinados a obtener material clínico.

co significativo en cuatro áreas básicas.

a). Familia.

b). Sexo.

c). Relaciones Interpersonales.

d). Concepto de sí mismo.

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

El test del Dibujo de la Figura Humana (Machover), -- cae dentro de la técnica proyectiva de analizar dibujos la cual ha sido criticado por carecer de validación experimen--

tal suficiente, ya que algunos autores opinan que es susceptible de conducir a formulaciones erróneas y además que la confiabilidad y validez de los Juicios, basados en el análisis de dibujos es aún inadecuada. Sin embargo, pese a estas críticas, el procedimiento del dibujo puede verse como un test situacional, en el que se le presentó al sujeto un problema, en donde para resolverlo manifiesta una conducta-verbal expresiva y motora. El supuesto de este test para algunos críticos como Machover, es de que el dibujo es la proyección de la imagen corporal o del concepto de sí mismo, y esta es precisamente la premisa que se considerará en el estudio para realizar la interpretación de los dibujos, con la variante de no tomar en cuenta la calidad de las líneas, dado el problema de incoordinación motora que presentan.

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

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

ción.

Cabe mencionar, que al proceder a la aplicación de dicho test, nos encontramos con dos obstáculos: el primero el tiempo de respuesta que marca la prueba (para ello se tomó el conteo de tiempo de cualquier articulación o gesto -- emitido) Segundo, al realizar la cuantificación de las respuestas, no hubo confiabilidad entre el resultado de los -- examinadores, todo esto aunado a la deficiente adaptación general de los sujetos, provocó un bloqueo en las relaciones asociativas. Por lo cual, el test se inválido y no se incluyo en el trabajo.

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

A CONTINUACION SE DEFINEN LAS CONDUCTAS A INVESTIGAR.

Concepto de sí mismo: Es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes del individuo respecto a sí mismo, es una experiencia subjetiva que el individuo hace co

nocer a otros a través de informes verbales y de otras conductas expansivas potentes. Rogers dice que "es la noción que el individuo tiene de su identidad continua como persona y este concepto se desarrolla desde que el niño va descubriendo su propio cuerpo, hasta llegar a comprender todos los valores, sentimientos, actitudes y aspiraciones que tiene el individuo".

Frustración: Verplank nos dice que una frustración "es algún impedimento que dificulta que el organismo realice alguna respuesta". Otras definiciones nos refieren que el término es usado en dos formas (Cruckshank, Willian y Reca Telma) una cuando se aplica a cualquier interferencia en la satisfacción de un motivo, y el otro sentido, es cuando la frustración designa las consecuencias o el resultado interno resultante de tal interferencia en la conducta dirigida hacia una meta, las fuentes de frustración pueden ser: barreras impuestas externamente, conflictos internos entre respuestas incompatibles o sentimientos de insuficiencia que inhiben la persecución de fines importantes.

Agresión; es la acción que tiene como propósito causar daño o ansiedad a otros y que se puede manifestar en forma verbal y/o físico-verbal, deliberada-impulsiva, desplazada-reprimida, heteroagresividad o autoagresividad. Se considera a la agresión como una reacción resultante de los

sentimientos de frustración.

HIPOTESIS:

H_1 - De acuerdo a la población estudiada, ésta presentará un concepto de sí misma devaluada y un grado considerable de baja tolerancia a la frustración dándose como consecuencia sentimientos de agresión que provocan desajustes en el proceso de adaptación.

H_0 - De acuerdo a la población estudiada ésta no presentará un concepto devaluada de sí misma, ni baja tolerancia a la frustración, por lo que no se presentarán sentimientos de agresión ni desajustes en el proceso de adaptación.

PROCEDIMIENTO:

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

RESULTADOS

Con la finalidad de obtener una mayor confiabilidad en la calificación e interpretación de las pruebas, se solicitó la colaboración de la Lic. En Pisc. Socorro Gallegos Uribe. - Así se procedió a realizar la cuantificación e interpretación en forma individual de los casos, posteriormente se efectuó un análisis por frecuencia de respuestas, resultando finalmente un perfil de grupo. Para llevar a cabo la cuantificación de los Test, se tuvo como paso inicial, la definición de las conductas a estudiar, posteriormente el registro se realizó siguiendo los lineamientos de cada prueba para su evaluación realizándolo en forma independiente; al final se compararon la calificación e interpretación obtenida, teniendo un 90% de -- confiabilidad entre los examinadores.

Los resultados se presenta por Test, dándose un resumen interpretativo así como su respectiva gráfica.

Frases Incompletas de Sacks: Area Familiar, los datos obtenidos reportan hay sentimientos ambivalentes para con la madre, a pesar de existir una actitud de reconocimiento hacia el trabajo que ella desarrollaba con ellos, llevándolos a su tratamiento.

Sin embargo manifiestan que esas actividades no les sa

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

Area Sexual: Se encontró que las características que le adjudican al sexo opuesto son las socialmente establecidas; expresan tener ideales sobre formar su propio matrimonio, encontrar una pareja que les sea fiel, también manifiestan agresión hacia el sexo opuesto, ya que mencionan haber experimentado una relación superficial que les ha provocado

mayor frustración así como sentimientos de soledad.

Acerca de su vida sexual refieren que esta muy vacía, esto es porque no la han iniciado o porque sus resultados --- han sido negativos. Es significativo el bloqueo que se presentó en la pregunta sobre reacciones sexuales a la vez que denotaron falla de conocimientos en lo que respecta a dicha área, así como excesiva represión sexual.

Concepto de sí mismo: mencionan tener temor a salir -- a la calle o estar solos, temor a fracasar por sus limitaciones físicas; todo esto los conduce a que muchas veces actúen arrebatada o engañosamente. Así mismo se encontró que hay actitudes fantasiosas con respecto a sus metas, ya que -- éstas no van relacionadas con respecto a sus incapacidades -- por ejemplo; expresaron querer concluir una carrera profesional, tales como Medicina, Leyes, Maestro, etc. Hay marcado sentimiento de culpa por creer ser la causa de problemas -- familiares e incluso respondieron sentirse culpables por haber nacido; lo cual nos refiere el concepto de no aceptación de su propia persona, así como del egocentrismo y poca objetividad que tienen para evaluar la realidad. Los datos denotan incapacidad de los sujetos para enfrentarse a problemas; y por consiguiente no luchan por solucionarlos. --- En marcan sus habilidades en la esfera motriz, es de--

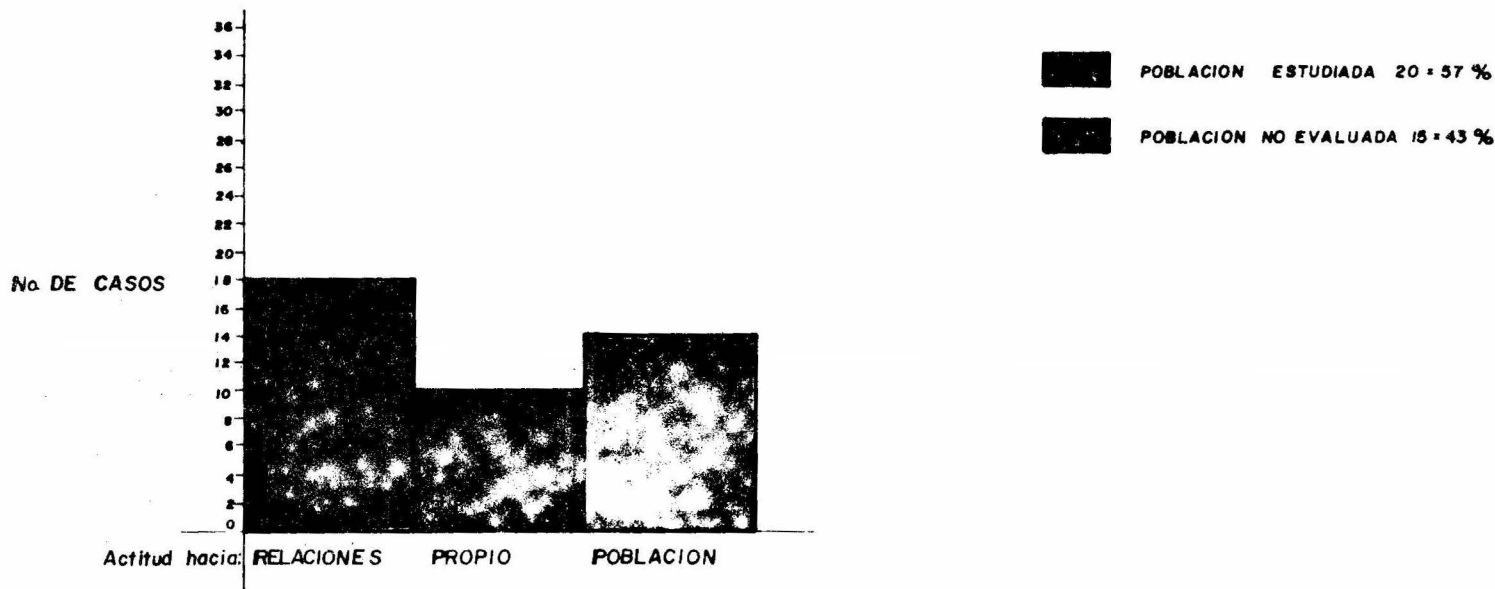
cir aquél que puede caminar independientemente, siente que es su mayor habilidad o si su lenguaje resulta más entendible que el de otros, lo manifiesta como su mejor habilidad. En la actitud hacia el futuro expresan tener la esperanza de llegar a ser como los demás, de poder alcanzar en esta etapa, un estatus en su medio social. En el pasado desearon de retornar a su etapa infantil; un porcentaje menor perciben el futuro nefasto e inseguro.

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

Se observa que sus relaciones interpersonales no van más allá del ámbito escolar, es decir, no mencionan amigos con los cuales se reúnan fuera de la escuela y aluden que es debido al problema que tienen pues tardan en expresar sus ideas (su lenguaje). Sólo en el 25% aproximadamente se encontró problemas con la autoridad, lo que nos indicó que pueden ajustarse a ella, considerando también que los superiores no se muestran autoritarios, sino más bien reflejan actitud de compañerismo en su trato.

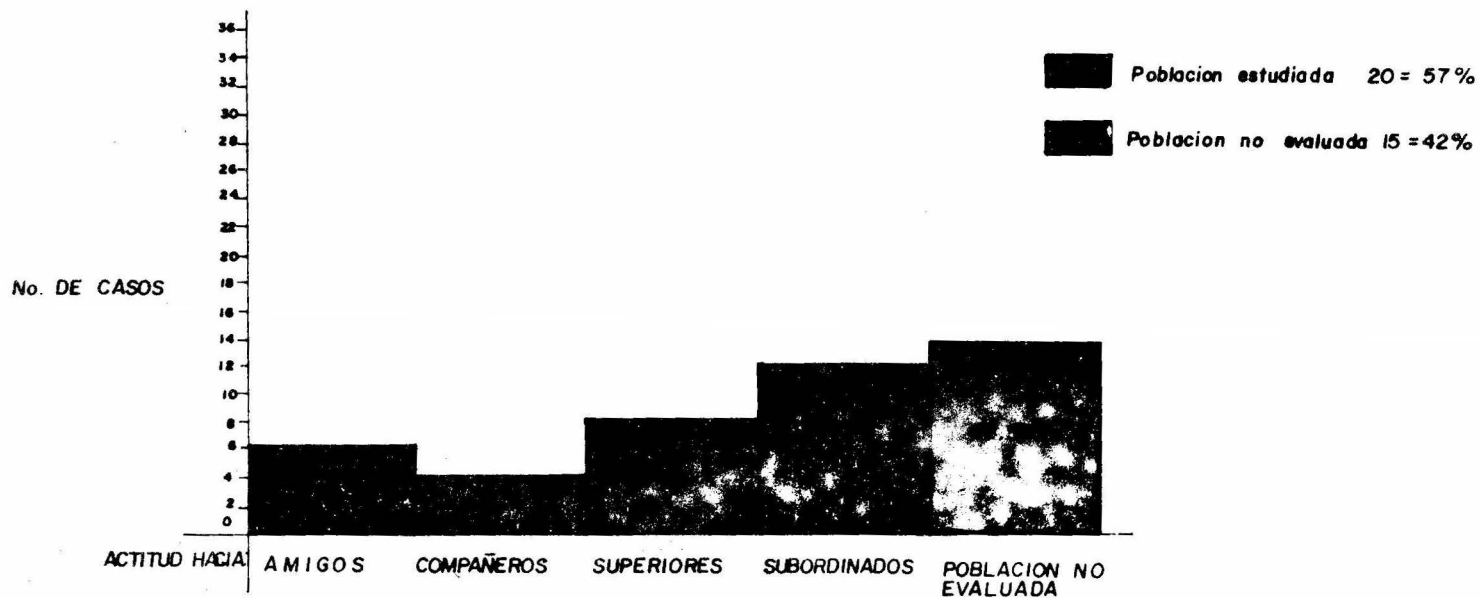
A continuación se presentan las gráficas de las cuatro áreas de la prueba de frases incompletas que se obtuvieron a partir de la máxima calificación o puntuación que nos está indicando cierto grado de patología o problema en el área.

AREA SEXUAL



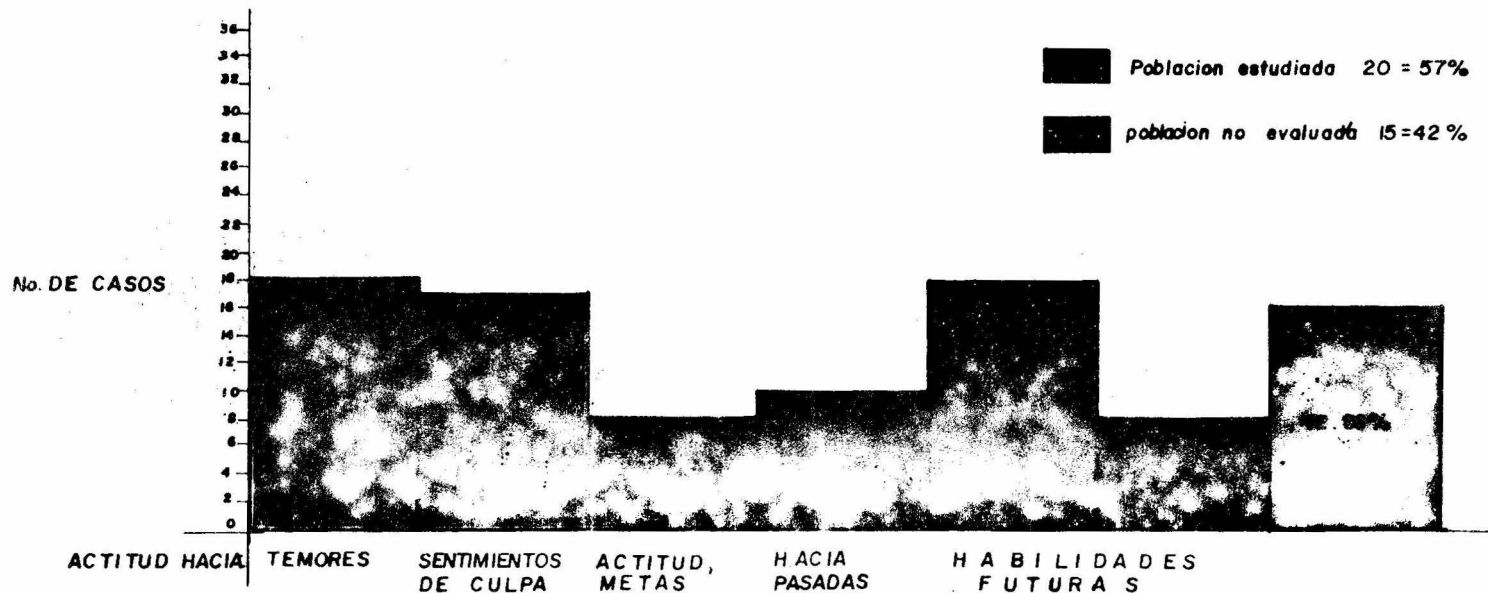
Es evidente la problematica que tienen para relacionarse con personas del sexo opuesto y en menor grado con las de su mismo sexo.

AREA DE RELACIONES INTERPERSONALES



Un 34% del grupo presenta dificultad en los subordinados manifestandose en incapacidad para dos ordenes y solo el 11% Presento dificultad para relacionarse con sus compañeros.

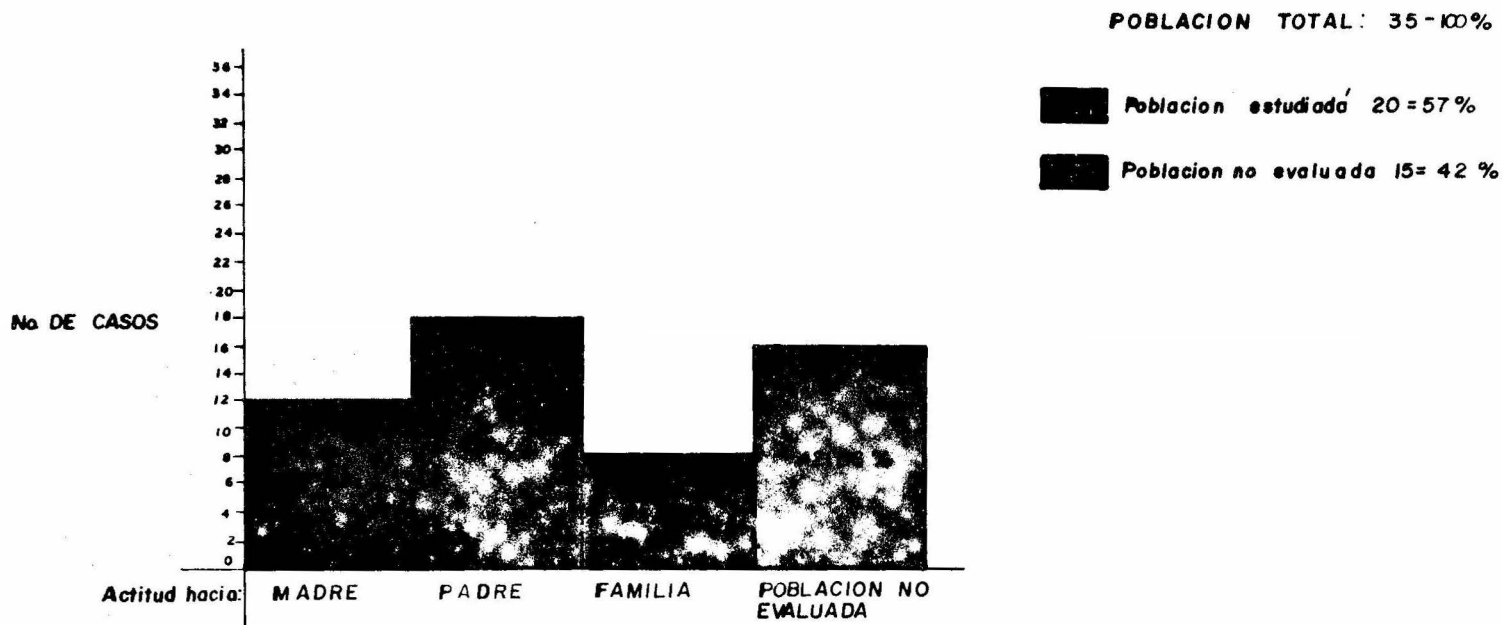
AREA DEL CONCEPTO DE SI MISMO



EL 51% del Grupo experimento sentimientos y ello correlaciono, con la falta de confianza en sus propias debilidades.

Psicopatología encontrada en los casos de estudio, en las diferentes áreas en la prueba de fraces incompletos de Sacks.

AREA FAMILIAR



Como se observa, se presenta mayor problema de relacion hacia la figura paterna dentro del nucleo familiar.

En base a los datos cualitativos de la prueba del di bujo de la figura humana (Machover) se encontraron las si--- guientes características:

- a). Inseguridad: se reprimen de tal forma que se in- hiben o temen desarrollar una nueva actividad -- por lo cual asumen actividades de pasividad.
- b). Agresión: existen sentimientos de agresión repri- mida pues no obedecen ordenes y asumen actitudes de mutismo.
- c). Dependencia y Manipulación: muestran un precario dominio interno, por lo que prefieren apegarse a otra persona para respaldarse en ella y de esta- manera poder justificar su incapacidad.
- d). Regresión: Reflejan un concepto inmaduro de si - mismo, manejando infantilmente las demandas que- se les presenta, manifestando conductas capricho- sas.
- e). Negación de la realidad: para aminorar el grado- de frustración que les provoca su medio social, - tienden a evadir el contacto con él.

- f). Exaltación de la fantasía: perciben el medio ambiente tan abrumador, que responden a él de manera inadecuada, distorcionando el estímulo-real y creandose una fantasía.
- g). Dificultades en relaciones interpersonales: se encuentran deficientes sus relaciones hacia -- los demás, siendo superficiales y escasas.
- h). Introversión: mostraron tendencia al aislamiento, reducida relación con su medio social y manifestaron conductas solitarias.
- i). Frustración: manifestaron sentimientos de frustración cuando se aludió a las áreas relacionadas con su conducta motora y en las que involucran aspectos heterosexuales.
- j). Autogresión: se perciben infravalorados y con sentimientos de minusvalía, por la incapacidad de manifestar toda la agresión que experimentan hacia su medio.

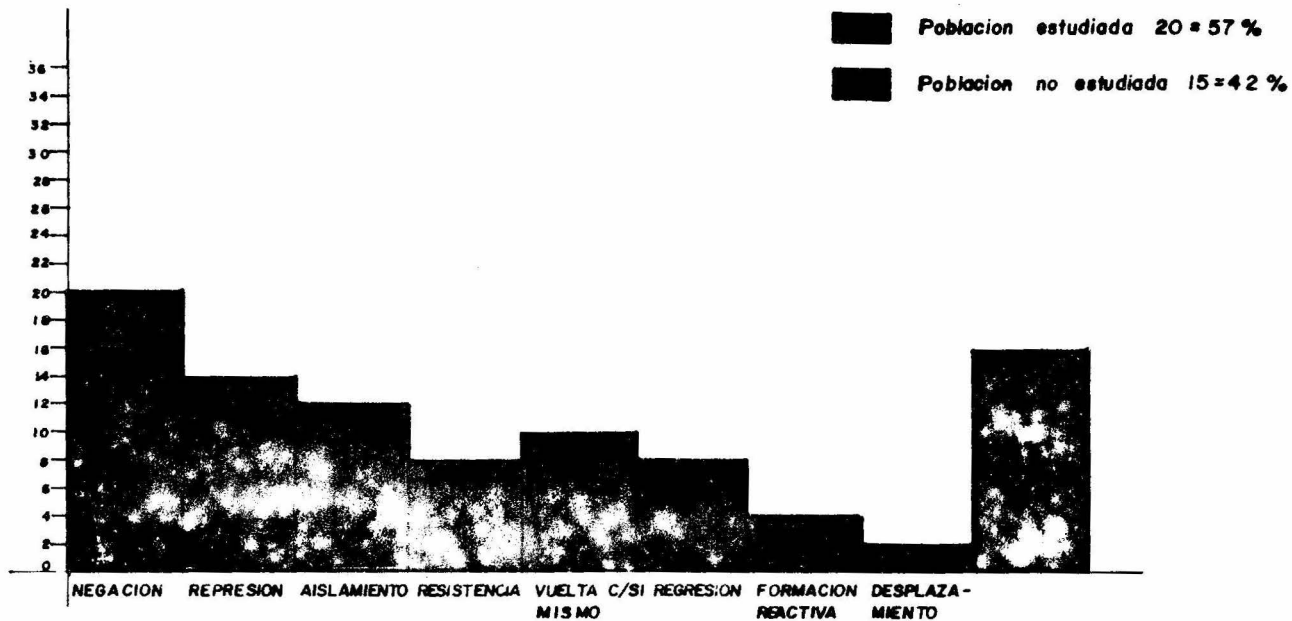
Con respecto al manejo de agresión se puede obser--
var que el grupo estudiado manifiesta tener mucho senti---
miento agresivo hacia su medio ambiente, ya que éste le --

presentaba actividades que ellos difícilmente alcanzan y es to les acrecienta su agresión, sin embargo, no la pueden ex presar abiertamente y continuamente están deseando sentirse aprobados y aceptados para ingresar a su comunidad.

En relación a la frustración, se aprecia que no la - experimentan en toda su intensidad, ya que al utilizar el - mecanismo de la negación y exaltación de la fantasía logran disminuir este sentimiento. No obstante, cuando se enfrentan a situaciones que implican comprobar sus limitaciones - presentan baja tolerancia a la frustración canalizándola en conductas infantiles.

Por otra parte el adolescente siente a la familia -- fría y distante, no encuentra en ella la satisfacción de sus necesidades actuales siente que es con lo único que cuenta- y no pueden agredirlo directamente y optan por desplazar - esa agresión hacia ellos mismos, convirtiéndose en una auto agresión, lo cual origina mayor dependencia y mayores sentii mientos de culpa por sentir que son la fuente de muchos -- problemas, en su Dinámica Familiar.

MECANISMO DE DEFENSA OBTENIDOS DE LA PRUEBA DE MACHOVER



El mecanismo que con mas frecuencia utilizo el grupo durante el estudio, fue el de negacion, seguido por el de represion, y unicamente el 3% de desplazamiento.

PROGRAMA DE CASA

PARA LOS PADRES

OBJETIVO:

Que el adolescente no presente las conductas emocionales (Sociabilidad, Sentimientos de frustración y Devaluantes) descritas con anterioridad y que se establezca una interacción adecuada con su familia y comunidad.

A continuación se describen los procedimientos generales para la eliminación de las conductas emocionales que presente al adolescente con problemas del músculo esquelético -- en la investigación aplicada de este trabajo.

INSTRUCCIONES:

Se le dio un programa de casa a los padres, para que por medio de estas actividades llegaran a su rehabilitación psicossocial; indicándoles que cada vez que el adolescente presentara la actividad desea se le reforzara en forma social.

ESTE CUESTIONARIO CONSISTIO EN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

- 1.- INDIQUELE AL ADOLESCENTE "QUE NO LE PEQUE" A OTRA PERSONA CUANDO ESTABLEZCA CONTACTO FÍSICO, CAUSÁNDOLE DAÑO CON LAS UÑAS.

- 2.- REPRENDA LO CUANDO GOLPE A OTRA PERSONA CAUSAN DOLE DAÑO.
- 3.- CUANDO AGREDA VERBALMENTE INDIQUELE QUE "ESO NO SE DEBE-
DE DECIR".
- 4.- INVITE AL ADOLESCENTE A QUE DURANTE LA COMIDA CONVERSE--
CON USTEDES DURANTE 15 MINUTOS.
- 5.- ESTIMULE AL JOVEN A QUE PLATIQUE CON PERSONAS DE SU EDAD.
- 6.- ESTIMULELO A REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD MANUAL Y PREMIELO
CON RESPUESTA SOCIAL O CONTACTO FISICO.
- 7.- DEDIQUELE UNA HORA DIARIA A SU HIJO EN LAS TAREAS ACADE-
MICAS PARA QUE OBSERVE SU ACERCAMIENTO HACIA EL.
- 8.- REFUERCE CUALQUIER ACERCAMIENTO QUE REALICE EL JOVEN CON
USTED, COMO; EL PREGUNTARLE ALGO.
- 9.- ESTIMULE LA SOCIALIZACION, DANDO AL JOVEN LA OPORTUNIDAD
DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS, COMO; JUGAR, PIN
TAR, BAILAR, LEER, etc.
- 10.- QUE SE LE DESTINE UNA ACTIVIDAD DIARIA PARA CREAR RESPON-
SABILIDADES.

- 11.- QUE SE LE TOME EN CUENTA SUS OPINIONES Y SE LE RESPETE.
- 12.- QUE SE LE PERMITA ESCUCHAR LA MUSICA, QUE A EL LE AGRADE ASIGNANDOLE UN HORARIO PARA ELLO.
- 13.- QUE FRECUENTE LUGARES CULTURALES O SEA LLEVADO A ELLOS. Y DESPUES QUE RELATE O COMENTE LO QUE VIO U OBSERVO.
- 14.- CUANDO EL JOVEN SE AIXLE O SE SEPRE DEL NUCLEO FAMILIAR PLATICAR CON EL.
- 15.- PERMITIRLE EL QUE REALICE VISITAS DE AMIGOS Y QUE LO VISITEN.
- 16.- QUE REALICE LECTURAS DE LIBROS, DE REVISTAS, PERIODICOS, O CUALQUIER MATERIAL DE LECTURA DE ACUERDO A SUS INQUIETUDES Y QUE LOS COMENTE.
- 17.- QUE CONVERSE DURANTE 20 MINUTOS CON EL PADRE DURANTE LA CENA.
- 18.- QUE ASISTA A REUNIONES.
- 19.- QUE SE LE HABLE ACERCA DE LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS QUE-ESTA PRESENTANDO.

- 20.- QUE SE LE HABLE ACERCA DE TEMAS RELACIONADOS CON EL SEXO.
- 21.- QUE EXISTA COMUNICACION CON SU FAMILIA HA CERCA DE CUALQUIER TEMA.
- 22.- QUE SE LE ENSEÑE A RELAJARSE CUANDO EXISTA TENSION EN EL, POR MEDIO DE EJERCICIOS.
- 23.- QUE DEFienda SUS PUNTOS DE VISTA EN CUALQUIER CONVERSACION.
- 24.- QUE SE EXPRESE VERBALMENTE CUANDO LE AGRADE ALGO Y CUANDO NO LE AGRADE ALGO.
- 25.- QUE SE LE LLAME LA ATENCION CUANDO SE REQUIERA.
- 26.- REVALORACION EN SEIS MESES.

La orientación que se les dio a los padres esta relacionada con los problemas de su hijo, de su familia y como podría ayudarles a su adaptación físico, social, e intelectual del medio en el que se desenvuelven. Consistio en los siguientes puntos.

- 1.- Hacer del conocimiento a los padres en forma minuciosa --

la enfermedad de sus hijos.

2.- Estimular el interes hacia sus hijos;

- a) dandoles atención
- b) preocupandose por sus cosas
- c) jugar con ellos.
- d) interesarse en lo que les pasa.

3.- Que sienten apoyo entre los mismos padres.

4.- Poder dar solución a conflictos familiares.

5.- Conocer temas adversos con los que puedan orientar a sus hijos, aquí se utilizó Terapia Racional Emotiva (TRE) en asignación de tareas.

6.- Convivir con personas que presenten una problemática similar, con el fin de obtener y rechazar técnicas de ayuda a sus hijos.

7.- El trote que debe dar la pareja a todos los niños debe ser igual.

Entendiendose que la Psicoterapia es una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional. Se utilizó-

Psicoterapia de Apoyo por que el objetivo de esta es llevar al paciente a un equilibrio emocional tan rápidamente como sea posible.

Disminuyendo o eliminando sus síntomas de modo que sea capaz de funcionar en un nivel bastante cercano al habitual. Se hace un esfuerzo para incrementar sus defensas existentes así como para que elabore mejores "Mecanismos de Control", y aumentar las esperanzas obtenidas del paciente por medio de comentarios verbales directos infundiendo confianza, desvaneciendo sentimientos de minusvalía y culpa por medio de razonamiento, estimulación, consejos y explicaciones.

Se les dio orientación en general; haciendo énfasis en lo importante que es dar información y orientación tanto a los pacientes como a sus familiares, para fomentar la salud mental, es decir: ayudarlos en el desarrollo de sus capacidades sanas. Siendo estas capacidades: La conciencia de sí mismo, la imaginación, la sensibilidad, la individualidad, la trascendencia de uno mismo, la necesidad de relación, necesidad de un marco intelectual del mundo y de la vida, la creatividad, el amor para una relación productiva.

Esta orientación se dió a través de pláticas de diferentes temas que ayudarán a los adolescentes a conseguir lo antes mencionado.

D I S C U S I O N

Muchos de los problemas que deben resolver el médico y el psicólogo son originados en dificultades de adaptación del niño a su medio familiar.

La primera parte de la vida de un niño—siendo la más importante—transcurre efectivamente en el seno de su familia. Con sus padres, hermanos y hermanas realiza sus primeras experiencias de adaptación y, a veces, mantienen conflictos con ellos. Por lo revisado con anterioridad los trastornos psicógenos que se producen en la esfera afectiva o en la esfera intelectual siempre están relacionados ya con los conflictos edípicos, o con los de rivalidad fraterna.

No siempre aparece esto claramente en la simple entrevista en que se nos describen los trastornos porque lo que se hace notar es el efecto mientras que la causa, más profunda, a menudo permanece oculto.

Esa causa profunda efectivamente en muchos casos es inconsciente. No logrando percibirlo los padres ni el adolescente, pues las censuras de la educación imponen una prohibición, a una parte de su personalidad y ocultan con un disfraz decoroso su pensamiento y sentimientos verídicos. Por lo cual es necesario conocer cuales con las motivaciones que

produciran efecto ante su readaptación.

En el campo de la Educación Especial nos estamos dando cuenta que muchos de nuestros adolescentes que presentan alteraciones en su conducta; son debidas aparte de la causa --- orgánica a la emocional que es uno de los aspectos más importantes en el adolescente con problemas del músculo esquelético. Es allí donde radica la base de la personalidad del individuo.

Los adolescentes son extremadamente sensibles al grado de atención, afecto, confianza que se les brinde; ellos sienten cuando existe cierto rechazo por parte de los padres quienes se encuentran abosorbidos por sus propios asuntos (la mamá en el quehacer del hogar y el padre en el trabajo) el distanciamiento y la falta de atención hace que el adolescente se sienta menos querido.

El adolescente necesita un compromiso personal y directo con sus padres, este le va a transmitir un "estar contigo es importante para mi",

118 Por otra parte presenta sentimientos de minusvalía como es sentirse culpable, avergonzado, e inexistente. Los padres, hermanos, hermanas y familiares en general, lo disminuimos y negamos el respeto al que tiene derecho, destruimos su-

seguridad y dañamos su auto-estima.

La auto-estima elevada es un silencioso respeto por - uno mismo, la sensación del propio valor, cuando uno se alegra de ser quien es. La auto-estima es el factor que decide el éxito o el fracaso de cada niño como persona. Todo padre que se preocupa por sus hijos debe ayudarlos a creer firme - y sinceramente en sí mismo.

El respeto sólido por uno mismo se funda en dos postu- lados. Soy digno de que me amén y soy valioso. La auto-es- tima que constituye el ingrediente decisivo de la salud men- tal, depende de la calidad de las relaciones que existan en- tre el niño y aquellos que desempeñan papeles importantes -- en su vida.

Para finalizar esta investigación aplicada diré que - todo niño nace con la potencialidad necesaria para alcanzar- la salud mental. Pero el hecho de que esa potencialidad flo- resca o no, se debe al factor psicologico que reciba del me- dio ambiente.

C O N C L U S I O N

- 1.- A través del análisis de los datos obtenidos en el grupo de adolescentes con problemas del músculo esquelético -- se puede concluir que la hipótesis H_1 , anteriormente --- planteada queda demostrada al observar que los porcentajes de psicopatología del concepto de si mismo, son los más elevados de todas las gráficas, y es el que determina que tenga más baja tolerancia a la frustración, inadecuado manejo de agresión y por lo tanto desajustes en -- el período de adaptación.
- 2.- Los estudios en relación al concepto de sí mismo, presentan un concepto de imagen corporal inadecuado, que va a provocar sentimientos de minusvalida y dificultad en las Relaciones Interpersonales.
- 3.- La familia es un factor que condiciona en alto porcentaje el manejo de agresión a su medio ambiente, lo cual -- origina con frecuencia la auto agresión y en otros casos mayor dependencia familiar así como sentimientos de culpa.
- 4.- Dichos Factores: a) concepto de sí mismo, b) frustración y c) agresión, al no ser bien orientados con técnicas -- terapéuticas, van a repercutir en desviaciones de conduc

ta, desintegración familiar y desempleo.

5.- Para detectar las conductas que se presentaron en los -- adolescentes con problemas del músculo esquelético fue -- necesario in estudio minucioso, comprobándose que sí e-- xisten estos tres aspectos.

6.- Tanto en la obtención de los datos de las pruebas, como-- en el programa se observo un decremento en las conductas devaluantes y de sociabilización; esto debido a la terapia de apoyo que se realizó con los padres y los adoles-- centes.

R E F E R E N C I A S

Abt. L.E. y Bellak, L.

PSICOLOGIA PROYECTIVA:

Ed. Paidós, Buenos Aires, 1971.

Alvergeu R.

INVALIDEZ MOTRIZ CEREBRAL.

Ed. Instituto Salvadoreño de San Salvador, 19

Geseell A. y otros.

LA PERSONALIDAD DEL NIÑO DE 5 a 16 años.

Ed. Paidós, Buenos Aires 1976,

Lane H. Beauchamp M:

COMPRESION DEL DESARROLLO HUMANO.

Ed. Kapeluza Paz-México, 1964.

Muss R.E.

TEORIAS DE LA ADOLESCENCIA.

Ed. Biblioteca del Hombre Contemporaneo, Paidós, Buenos Aires
1976.

Mussen P.H. Conger.J.J. y Kagan J.

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO.

Ed. Trillas México 1973.

Lief y Delof J.

PSICOLOGIA Y EDUCACION DEL ADOLESCENTE

Ed. Kapeluz, Buenos Aires 1971.

Rapaport D.

TEST DE DIAGNOSTICO PSICOLOGICO

Ed. Paidós, Buenos Aires 19

Pappoport L.

LA PERSONALIDAD DESDE LOS 13 A LOS 25 AÑOS.

Ed. Paidós, Buenos Aires 1978.

Siegel Sidney.

ESTADISTICAS NO PARAMETRICAS.

Ed. Trillas México 1975.

Spock B Larrigo O.M.

EL CUIDADO DEL NIÑO LISIADO

Ed. Prensa Médica Mexicana, 1967.

WHITTAKER O.J.

PSICOLOGIA.

Ed. Interamericana D 77.

Gessell A.

DESARROLLO DEL NIÑO. PSICOLOGIA EVOLUTIVA.

Ed. Paidós, Volúmen II-1972.

PRACTICAS DE PSICOMETRIA I

Coordinación de Laboratorios

Facultad de Psicología U.N.A.M. 1978.

David Weschler.

ESCALA DE INTELIGENCIA WESCHELER PARA ADULTOS.

Artículo de la Facultad de Psicología.

U.N.A.M. 1978.

Dr. Luis Lara Tapia.

TRADUCCION Y ADAPTACION DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WESCH--
LER PARA ADULTOS.

David Weschler; Weschler INTELLIGENCE SCALE POR CHILDREN --

Ed. THE Psychological Corporation.

CAPITULOS 9 y 10:

DISEÑO EXPERIMENTAL; Unidades de la ENEPI

año 1977, perteneciente a la materia de Metodología.

APUNTES DE PERSONALIDAD :

DEL ARCHIVO DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA del I.N.M.R.

APUNTES TOMADOS DEL CURSO DE ENTREVISTA PSICOLOGICA POR:

Nahoun, Charles: La entrevista Psicológica.

Ed, Kapeluz 1972.

Sullivan Harry S.

LA ENTREVISTA PSIQUIATRICA.

Buenos Aires Psique Escuela de la U.A. de Coahuila Saltillo,
Coah. Octubre de 1976.

Cruckshank, William, M.

PSICOLOGIA DE LOS NIÑOS Y JOVENES MARGINALES.

Ed. Prentice / Hall Internacional Pagn. 671.

La PSICOLOGIA MODERNA DE LA A A LA Z

Segunda Edición.

Ed. Mensajero Bilbao Pags. 534.

Reca Telma

PSICOLOGIA, PSICOPATOLOGIA, PSICOTERAPIA.

Ed. Siglo XXI

México, 1973.

ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA

Ed. Oceáno

España, 1983 Tomo II.

SolcÍ Mendoza, Juan

Higiene Escolar.

Ed. Trillas México, 1971.

ENCICLOPEDIA DE LA VIDA SEXUAL.

DE LA FISIOLOGIA A LA PSICOLOGIA.

Ed. ARGOS VERGARA, S.A.

México, 1986, Tomos I al IV.

TERAPIA DE LA CONDUCTA.

TECNICAS Y HALLAZGOS EMPIRICOS

DAVID C. RIMM. JOHN C. MASTERS.

Ed. TRILLAS, CUARTA REIMPRESION 1986.

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA. (TRE)

Dr. ALBERT ELLIS

Dr. ELIOT ABRAHAMS.

Ed. PAX-MEXICO PRIMERA REIMPRESION 1983

ENTREVISTA INICIAL

anexo 1

Nombre: José

Sexo: Masculino

Edad: 14 años

Nivel Socioeconómico: Medio

Escolaridad: 6 año de primaria

Ocupación: Ninguna.

Lugar de residencia: México, D.F.

Fuente de Información. la madre de J.

Referido por: Una doctora del Instituto Nacional del Instituto de Rehabilitación.

Descripción del paciente: puber del sexo masculino que representa una edad menor a la cronológica, se presenta en -- forma sencilla y limpia, mide aprox. 1.55 metros de estatura, de complexión delgada, tez blanca, usa anteojos por miopia, - ojos color café, nariz recta y boca regular. Se presentó --- acompañado de su madre.

Motivo de Consulta: El paciente es canalizado por -- una doctora del I.N.M.R.; estan preocupados por que es muy -- agresivo e inquieto.

Antecedentes: José es producto del segundo embarazo--

de la madre, el cual no deseaba, con una evolución normal sin complicaciones, excepto una crisis depresiva a la mitad del embarazo por un susto que tuvo al sufrir un accidente en la cocina donde trabajaba (se iba a quemar con un recipiente) - Parte eutocico, atendido en medio hospitalario, sin datos -- de hipoxia neonatal "según el médico" ya que a ella la anes- teciaron completamente. No presentó problemas de succión o- de deglución.

D.P.M. Su desarrollo Psicomotor fué dentro de los li- mites normales no gateo, usaba andadera, tuvo problemas para controlar esfínteres, sufrió de enuresis, que desaparecio -- a los 5 años y miopia desde los diez años por lo cual utili- zo lentes.

Antecedentes Patológicos: infección en la gargante-- e intestinal, Sarampeón y varicela.

Antecedentes Heredo Familiares: sin importancia para el padecimiento.

Actividades de la Vida Diaria: actualmente se dedica- la mayor parte del tiempo viendo t.v. es cooperador en los - quehaceres de la casa, pero su abuelita no lo deja hacer na- da; porque le dice que "lo hace mal"; nunca ha tenido amigos siempre lo han rechazado lo excluyen; le dicen que no entien

de. Desde pequeño ha sido tratado como niño problema porque es deficiente e incapaz de hacer las cosas bien, lo cual ha afectado su autoimagen provocándole sentimientos de minusvalía y conductas agresivas; siendo rechazado por sus padres e incluso por sus hermanos y la gente que lo rodea.

Se encuentra ubicado en las tres esferas, el afecto es congruente con las ideas expresadas, predominando una actitud pasiva y tranquila, no se detectan alteraciones de pensamiento o juicio de realidad.

DINAMICA FAMILIAR:

Padre 52 años trabaja en Ferrocarriles Nacionales

Madre 43 años actualmente se dedica al hogar, trabajaba de cocinera en Ferrocarriles Nacionales; los dos tienen - estudios hasta 6 año de instrucción Primaria. Procrearon 4-hijos:

Hombre de 19 años estudia 3 de preparatoria.

Paciente

Mujer 12 años estudia 6 año de primaria

Hombre de 10 años estudia 4 año de primaria.

Refiere no existir comunicación con sus hermanos ni convivencia en ocasiones se dejan de hablar hasta 4 o 5 días. La relación de la pareja es poco comunicativa. La que tienen la autoridad es la abuela materna que vive con ellos.

E S T U D I O P S I C O L O G I C O

anexo 2

COVARRUBIAS LOPEZ JESUS MASC. 13 años 11/12

PARALISIS CEREBRAL INFANTIL Fecha de Nac.
13/IX/72.

Paciente del sexo masculino.- Se presento en silla de ruedas acompañado de su Madre.- Su apariencia es menor a su Edad -- Cronológica.- Su lenguaje es dislálico.

ANTECEDENTES. Agosto de 1985

E.C.	9 años, 10 meses
C.I.	80
D.X.	Subnormal

ANTECEDENTES PATOLOGICOS.- le dió Varicela el año pasado y en mayo de éste año lo operaron por presentar contracturas.

A.D.V.H..- Es independiente en las actividades de Vestido y Alimentación; en las de aseo requiere de ayuda.- Tie-

ne un carácter muy berrinchudo cuando no se hace lo que el--
desea.- No tiene ninguna responsabilidad en su casa, realiza
la tarea con indicaciones.

Posee buen apetito y su sueño es tranquilo.- Casi no-
tiene amigos por su casa.- salen con regularidad a activida-
des recreativas.

ASPECTO INTELECTUAL:- Prueba aplicada.- WISC.- Obt-
vo un C.I.T. de 67; un C.I.V. 85 y C.I.E de 67.- Su rendi---
miento es mejor en el área verbal que ajecutiva; muestra ca-
pacidades de comprensión, abstracción, análisis y síntesis -
así como de atención y observación.- Su rendimiento se ve --
bastante disminuido en su Coordinación Visomotora y Memoria-
Auditiva Inmediata.

ESCALA VERBAL

Información : 10 años, 10 meses.

Comprensión : 12 años, 10 meses.

Aritmética : 9 años, 2 meses.

Semejanzas: 12 años, 10 meses.

Vocabulario : 13 años, 10 meses.

Ret. de Dígitos: 7 años, 2 meses.

ESCALA EJECUTIVA:

Figuras Incompletas	9 años, 10 meses.
Ordenación de Dibujos.	7 años, 6 meses.
Diseño con Cubos:	6 años 10 meses.
Composición de Objetos:	6 años, 2 meses.
Claves.	6 años 6 meses.

ASPECTO DE PERSONALIDAD.- Pa. Test de la Familia/ percibe a su familia afectuosa pero poco comunicativa. Se encuentra mas apegado a su madre que a su padre ya que existen sentimientos ambientales hacia él debido a la agresión física que le da como castigo. El paciente tiene dificultad de adaptarse en situaciones nuevas; al adaptarse se muestra extrovertido es una persona con hábitos de aseo e independiente en a.d.v.h.

OBSERVACIONES.- dice su nombre edad y sexo.- Posee -- concepto y esquema corporal, éste último por abajo de su --- edad.- Posee Noción Temporal; aún no ha desarrollado bien su lateralidad conoce los colores y traza figuras geométricas - sencillas. Discrimina tamaños, Texturas y Pesos, presenta - Noción de Ritmo pero no reproduce patrones rítmicos sencii--- llos.

CALCULO. Realiza operaciones de suma, resta, multiplicación y división acordes a su grado escolar.

ESCRITURA. se encuentra desorganizada en el papel, -- no separa adecuadamente las palabras.

LECTURA. Es con ritmo lento, silábico, existiendo poca comprensión de lo leído ó escuchado.

C.M.F. Ilimina, dibuja y recorta saliendo del contorno.

C.M.G.- Lanza y cacha con torpeza una pelota, deambula con ayuda de aparatos.

Su Lenguaje.- Es Dislábico.

CONCLUSIONES.- C.I.T. 67 (Deficiente Mental Superficial) . Personalidad: Desadaptado al medio ambiental.

SUGERENCIAS: Continuar en Terapia de Lenguaje..
Estimular en Terapia Ocupacional Lateralidad.

PLAN DE TRATAMIENTO EN PSICOLOGIA. Programa de casa.

Orientación Psicológica a los padres sobre el manejo del menor.

Orientación al paciente, y terapia de apoyo.

Psic: Ma. Magdalena Vidal Acosta.