

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
COLEGIO DE PSICOLOGIA

"ESTUDIO PSICOSOCIAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
CON TRASTORNOS DEL APARATO LOCOMOTOR"

T E S I S

que para obtener el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

presenta

WICO JIMENEZ GARCIA

CIUDAD UNIVERSITARIA

PRIMAVERA DE 1970.



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.

25053.08

UNDM 4

1970

OFFICE OF THE DIRECTOR OF THE BUREAU OF LAND MANAGEMENT

WASHINGTON, D.C. 20250

DATE: 10/1/70

M-161247

Page 144

A MIS PADRES

A MARBELLA

00527

Deseo expresar mi gratitud a quienes me han guiado en el árduo camino de la Ciencia Psicológica, en particular a la Srita. Lic. -- Leticia Ruiz de Chávez, directora de esta Te-- sis e incansable estudiosa de la Estadística;-- al Dr. Rafael Ramos Méndez, quien hizo posible el desempeño del presente trabajo mediante su-- colaboración e interés personal, y a la Srita. Profa. María de Montserrat Piñol Nolla, sin cu-- ya valiosa ayuda no hubiera llegado a cursar -- estudios universitarios.

I N D I C E.

CAPITULO I.

Fundamentos, Planeación y Desarrollo.

- a.- Hipótesis.
- b.- Objetivos: Mediato
 Inmediato
- c.- Limitaciones: En el tiempo.
 En el espacio.
- d.- Universo de Trabajo.
- e.- Lugar donde se realizó.
- f.- Esquemas y fotografías.
- g.- Criterio de Selección.
- h.- Metodología.
- i.- La Prueba.
- j.- Elaboración Estadística.

CAPITULO II.

Desarrollo Psicológico.

- a.- Infancia.
- b.- Pubertad.
- c.- Adolescencia.
- d.- Juventud.

CAPITULO III.

Inválido, Lisiado y Rehabilitación.

- a.- Delimitación y Definiciones.
- b.- Antecedentes Históricos.
- c.- Aspectos Médicos.
- d.- Aspectos Psicosociales.

CAPITULO IV.

Interpretación de los Resultados.

- a.- Resultados.
- b.- Gráficas.
- c.- Correlaciones.
- d.- Interpretación y Conclusiones.

BIBLIOGRAFIA.

C A P I T U L O I.

FUNDAMENTOS, PLANEACION Y DESARROLLO.

- a.- Hipótesis.
- b.- Objetivos: Mediato
 Inmediatos
- c.- Limitaciones: En el tiempo
 En el espacio.
- d.- Universo de trabajo.
- e.- Lugar donde se realizó.
- f.- Criterio de Selección.
- g.- Metodología.
- h.- La prueba.
- i.- Elaboración Estadística.

H I P O T E S I S.

Los trastornos del aparato locomotor interfieren en el desarrollo normal de la personalidad en niños y adolescentes de ambos sexos, lo que influye marcada y definitivamente en su conducta social actual y posterior.

O B J E T I V O S.

MEDIATO: Obtener datos cuantitativos y cualitativos que nos proporcionen una muestra representativa de la problemática que afronta la población infantil que recibe atención en el "Centro Pedagógico Infantil" y que nos sirvan de punto de partida para obtener un mayor y mejor aprovechamiento de los recursos materiales y humanos del Centro, así como de un aumento en la efectividad en el manejo y en las relaciones afectivas entre los padres y los niños y jóvenes que asisten al mismo.

INMEDIATOS: 1o.- Preparar mediante cursos y pláticas especiales para este fin, al personal y a los familiares de los niños, para lograr una coordinación en el control de la población infantil bajo la influencia del Centro, dentro y fuera de éste, de acuerdo con lo establecido en el organigrama.

2o.- Coordinación e intercambio de experien---

cias con otros organismos oficiales y privados, - especializados en este tipo de enfermedades y distribuir material y auxiliares audiovisuales que - ilustren a quienes están en contacto directo con- los niños, dentro y fuera del Centro, sobre los - fines que se persiguen.

30.- Incorporar como parte del programa de re-
habilitación del Centro, grupos de psicoterapia -
infantil, indispensable para lograr una rehabili-
tación psicológica y coadyuvar a la rehabilita---
ción integral.

L I M I T A C I O N E S .

EN EL TIEMPO: Es un programa permanente con etapas de ini-
ciación y de mantenimiento.

EN EL ESPACIO: Todo el Distrito Federal y Delegaciones cir-
cunvecinas.

UNIVERSO DE TRABAJO: Los niños y jóvenes de ambos sexos, -
que reciben atención en el Centro, de preferencia
los que son económicamente más débiles.

LUGAR DONDE SE REALIZO.

"INSTITUTO NACIONAL DE PROTECCION A LA INFANCIA".

LA REHABILITACION TIENE COMO META, RESTA--
 BLECER, CON LAS APTITUDES RESTANTES DEL INDIVIDUO, -
 SU CAPACIDAD DE TRABAJO Y DE APRENDIZAJE, EN LOS --
 ADULTOS, EN LOS MENORES, EN LOS HOMBRES Y EN LAS MU-
 JERES, PARA QUE PUEDAN RENDIR UNA LABOR UTIL Y REIN-
 TEGREN ASI, LO QUE SE INVIERTE EN SU RECUPERACION, -
 CONTRIBUYENDO A LA RIQUEZA SOCIAL EN LA INDUSTRIA, -
 EN EL COMERCIO, EN LA AGRICULTURA, EN LAS ARTES Y EN
 LAS CIENCIAS.

"El suministro de desayunos a los alumnos de las escue
 las primarias y preprimarias, cuya situación económica lo-
 amerite, ha sido una de las funciones primordiales que el-
 Instituto Nacional de Protección a la Infancia ha realiza-
 do. Sin embargo, son también parte importante del programa
 asistencial del Instituto, otras tareas no menos benéficas
 y efectivas, como la orientación nutricional, la integra--
 ción social y la rehabilitación integral.

En estas labores, a iniciativa de la Sra. Guadalupe -
 Borja de Díaz Ordez, el Instituto ha tomado una orienta---
 ción humanista para lograr una mayor integración familiar-
 e incrementar el sentido de responsabilidad entre los pa--

dres, como la mejor forma de protección a la niñez.

El Instituto Nacional de Protección a la Infancia, tiene por objeto otorgar servicios asistenciales complementarios a los alumnos de las escuelas primarias y preprimarias, de baja capacidad económica.

Hasta 1960, la Asociación de Protección a la Infancia A.C. se hizo cargo de distribuir desayunos en las escuelas del Distrito Federal, pero vista la necesidad de aumentar los servicios asistenciales complementarios, tanto en el Distrito Federal como en los Estados, se fundó el I.N.P.I.

El Instituto se creó como organismo público descentralizado por decreto del Lic. Adolfo López Mateos, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, de fecha 31 de enero de 1961 y su patrimonio se integra con los inmuebles, equipos, maquinarias, mobiliario y demás bienes que el Gobierno Federal y los Gobiernos de las Entidades Federativas destinen a los fines del Instituto; con los fondos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y con los subsidios que reciba de Instituciones Públicas y privadas, así como por donativos de particulares.

Los órganos de Dirección y Administración del Instituto Nacional son:

- 1o.- El Patronato;
- 2o.- El Presidente;
- 3o.- El Director General.

En los Estados funcionan:

- 1o.- Los Patronatos de los Institutos Regionales;
- 2o.- Los Presidentes de estos, y
- 3o.- Los directores Regionales.

Se cuenta además, con órganos de asesoramiento, de consulta y auxiliares que su reglamento interior establece.

El Patronato, máxima autoridad del Instituto Nacional se forma por un Presidente, tres Vocales, y un Tesorero; el primero de ellos es designado por el Señor Presidente de la República; los Vocales son los Secretarios de Salubridad y Asistencia, de Educación Pública y del Patrimonio Nacional y el Tesorero lo es el Director del Banco de México.

Actualmente se distribuyen 170,000 desayunos diarios a escolares en el Distrito Federal y zonas adyacentes.

Para el logro de esta función se requiere el trabajo de 198 personas en el Departamento de Elaboración y de 190 personas en el Departamento de Distribución.

Este servicio implica el envase de 42,500 litros de leche diarios y 170,000 raciones alimenticias que son escrupulosamente vigiladas por el Laboratorio de Nutriología y Bromatología, donde diariamente se analizan todos los componentes del desayuno para garantizar su calidad sanitaria y el valor nutricional.

En la confección de los desayunos, se ha tratado de suplir las deficiencias alimenticias de nuestro pueblo, es

pecialmente en el aspecto de proteínas y el Laboratorio -- realiza una constante y permanente investigación para el -- aprovechamiento de nuevos alimentos.

Aún cuando para el Instituto el costo de cada desayuno puede calcularse en \$ 1.37, la cuota de recuperación fijada, es de veinte centavos.

ORIENTACION NUTRICIONAL.

El Instituto Nacional de Protección a la Infancia, a través de 24 Centros de Orientación Nutricional, distribuidos en la periferia del Distrito Federal y 124 al cuidado de los Estados, atiende a las familias de las zonas de influencia en que están ubicados, con la ejecución de programas educativos, nutricionales, de control y vigilancia del desarrollo y crecimiento de los grupos más vulnerables de la población: lactantes y pre-escolares, así como madres gestantes. A las madres se les dan los siguientes servicios:

Consulta pre-natal.

Canalización a centros hospitalarios para el alumbramiento.

Complemento de la alimentación (vitaminas y algunos otros alimentos que llegan por donativos).

Ayuda para la canastilla del bebé.

Pláticas sobre higiene y cuidado del niño.

Baños.

Lavaderos.

Talleres de Costura.

Clases de artesanías.

Alfabetización e higiene.

A los lactantes se proporciona:

Atención Médica.

Leche a costo reducido.

Vacunación (en coordinación con la Secretaría de Salu
bridad y Asistencia).

Al pre-escolar se le proporciona:

Jardín de Niños (en coordinación con la Secretaría de
Educación Pública).

Inmunizaciones (en coordinación con la Secretaría de-
Salubridad y Asistencia).

Desayunos.

Baño.

Peluquería.

En estos Centros se distribuyen desayunos a pre-escolares con promedio mensual de 200,000; se les brindan cerca de 2,800 consultas nutricionales; 6,300 servicios de baño y más de 4,700 de peluquería al mes. El registro cuidadoso del peso y talla de cada niño y su exploración física periódica, permite conocer los progresos alcanzados en su desarrollo y crecimiento, por influencia de la orientación

nutricional.

En coordinación con la Secretaría de Educación Pública, funciona un Jardín de Niños en cada Centro, con una asistencia regular de 1,400 pre-escolares para los 24 Centros.

Las consultas médicas a futuras madres alcanzan un promedio de 1,600 mensuales, mientras que las consultas a los lactantes promedian mensualmente, cerca de 700; además se ministran alrededor de 8,000 kilogramos de leche en polvo a precios módicos.

Buscando el mejoramiento social y económico de la población que asiste a los Centros, se imparten diversos programas educativos que la capacitan para aumentar y utilizar adecuadamente sus ingresos económicos. Mensualmente se proporcionan cerca de 900 clases de artesanías, con una asistencia promedio de 1,690 personas.

El universo de trabajo de los Centros de Orientación Nutricional es de aproximadamente veinticuatro mil familias y el único requisito para que reciban los servicios que en los mismos se proporcionan, es que lo soliciten.

INTEGRACION SOCIAL.

El Departamento de Integración Social realiza, fundamentalmente, funciones de coordinación con otros organismos asistenciales del Estado, canalizando a las personas necesitadas que ignoran la existencia de esos servicios.

Atiende de preferencia los casos de niños hasta la -- edad de 9 años, que vagan, trabajan o mendigan en la vía - pública.

Auxilia a las familias de los menores con despensas - --cuando su situación económica es la causa del abandono- y coadyuva de manera primordial, para que los niños asistan a la escuela y dejen de vagar en la vía pública. Mantiene un albergue infantil como base para realizar las canalizaciones definitivas. El menor albergado recibe ropa, alimento, aseo y servicio médico. El tiempo que permanecen los - menores en el Albergue Temporal, es solo el necesario para la práctica de estudios o para llevar a efecto la canalización correspondiente.

La detección de menores en la vía pública se realiza en vehículos, mediante recorridos que efectúan las trabajadoras sociales en las principales arterias de la ciudad. - También se atienden casos conocidos por denuncias, peti---ción o remitidos por los Centros de Orientación Nutricio--nal.

Se dá atención a los problemas de los niños huérfanos totales, parciales o semi-abandonados por reclusión de los padres en centros hospitalarios o penales. Para llevar a - cabo esta labor, se recurre a hospitales, consultorios médicos, internados, medio internados, guarderías, jardines- de niños, primarias, secundarias, centros de capacitación- y adiestramiento para las madres.

Ingresan también menores cuya madre tiene problemas médico-hospitalarios y los precedentes de hogares desajustados o aquellos que requieren estudios técnicos como: médico, dental, psicológico, pedagógico y jurídico.

El número de casos atendidos en un año ha sido de 850- que abarca aproximadamente 6,000 personas, que en una u otra forma han recibido los siguientes servicios:

Albergue temporal para niños abandonados total o parcialmente.

Canalización a escuelas, hospitales, internados, centros de capacitación.

Consultas médicas, psicológicas, pedagógicas y jurídicas.

Trabajo social de campo para orientación a las familias necesitadas.

Despensas.

Ayuda con ropa, libros y renta.

REHABILITACION INTEGRAL.

CENTRO PEDAGOGICO INFANTIL.

El Departamento de Rehabilitación Integral dirige al Centro Pedagógico Infantil, en el que se proporciona atención pedagógica y rehabilitación física a los niños lisiados por secuelas poliomiélicas.

En este Centro se proporciona asistencia a los meno---

res hasta dotarlos de aptitudes que les permitan reintegrarse al seno de la sociedad organizada, capacitados para las actividades de la vida diaria.

La atención pedagógica comprende educación pre-primaria, primaria y secundaria, combinada con enseñanza de terapia ocupacional de acuerdo con factores vocacionales. El tratamiento de rehabilitación incluye asistencia médica, -fisiatría, mecanoterapia, hidroterapia y masoterapia.

Son atendidos cerca de 500 alumnos, divididos en tres grupos de Jardín de Niños; nueve de Primaria y cuatro de Secundaria.

Para servicio de transportación, se dispone de una --flotilla de vehículos apropiados para este tipo de alum---nos.

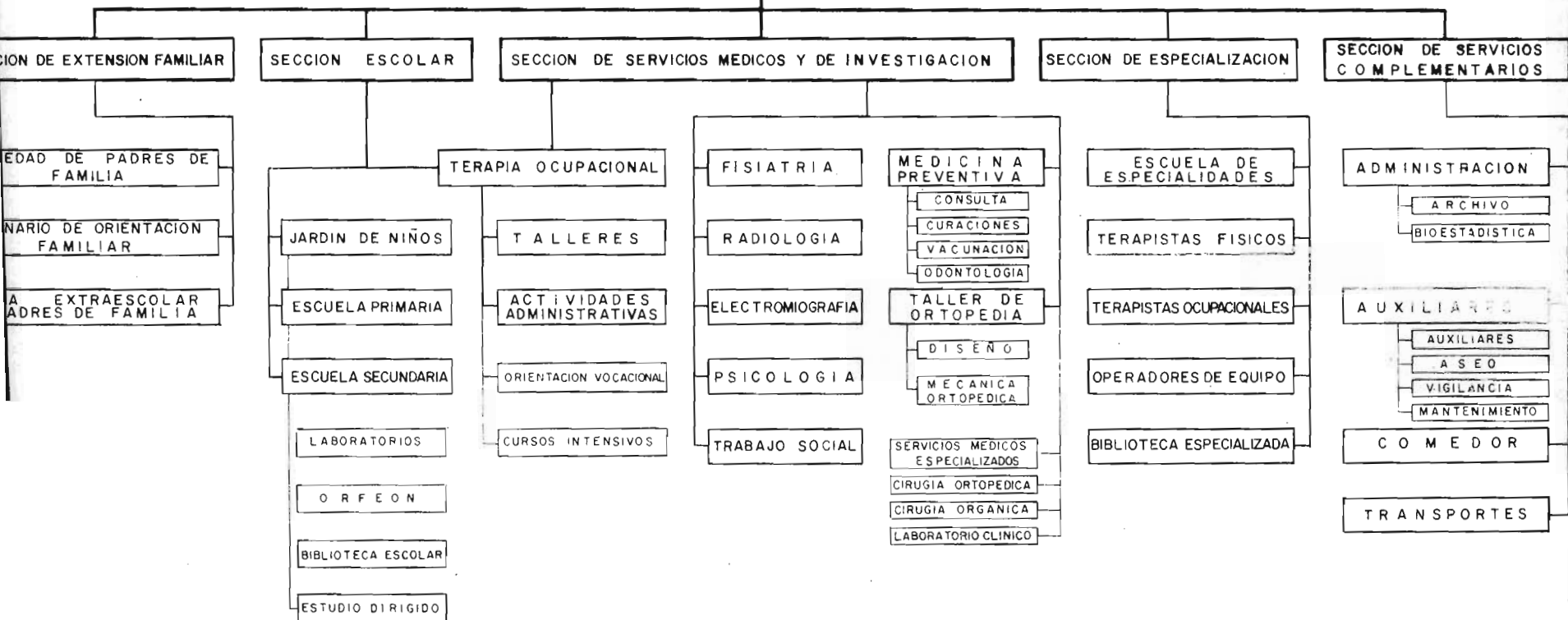
El problema psicológico de los niños, se trata en un laboratorio de psicología a base de pruebas colectivas, de las cuales son seleccionados los casos de problema para sesiones de psicoterapia independiente.

El problema social, derivado de la invalidez que coloca al niño en situación desventajosa frente a la sociedad, se ataca por la terapia ocupacional, manejada en cuatro niveles que corresponden a:

- 1.- Coordinación motriz;
- 2.- Adiestramiento manual;
- 3.- Actividades pre-ocupacionales;
- 4.- Ocupaciones pre-vocacionales.

CENTRO PEDAGOGICO INFANTIL

JEFATURA



CENTRO PEDAGOGICO INFANTIL

ACTIVIDADES DE COORDINACION MOTRIZ	ACTIVIDADES DE ADIESTRAMIENTO MANUAL	ACTIVIDADES PREOCUPACIONALES	ACTIVIDADES PREOCUPACIONALES
MODELADO	PASTILLAJES EN CERAMICA	TORNO EN CERAMICA	DIBUJO COMERCIAL
ENSARTADO	PINTURA A PINCEL	DIBUJO DEL NATURAL	DIBUJO INDUSTRIAL
DOBLADO	ASERRADO	PINTURA	DIBUJO ARQ.
ENROSCADO	CLAVADO	PAPIER MACHE	MODELADO MAQUETAS
TEJIDO	TEJIDO CON GANCHO Y A GUJAS	BISUTERIA	CORTE Y CONFECCION
PINTURA DIGITAL	TRAZAR LINEAS	PIROGRABADO	DECORACION
JUEGOS DE ACOMODAMIENTO	RECORTADO CON TIJERA	TALLA EN MADERA	AJUSTE DE MAQUINAS
JUEGOS LIBRES	LIJADO	CARPINTERIA	ARTES APLICADAS
AYUDADO	COSTURA MANUAL	TAPICERIA	ELECTRICIDAD
ASGADO	MOLDEADO	TEJIDO EN MAQUINA	ARTES PLASTICAS
MOVIMIENTOS PEDALEANDO	ESCRITURA MUSCULAR	SERIGRAFIA	TAQUIGRAFIA Y MECANOGRAFIA
	CALADO	CESTERIA	ARTESANIAS

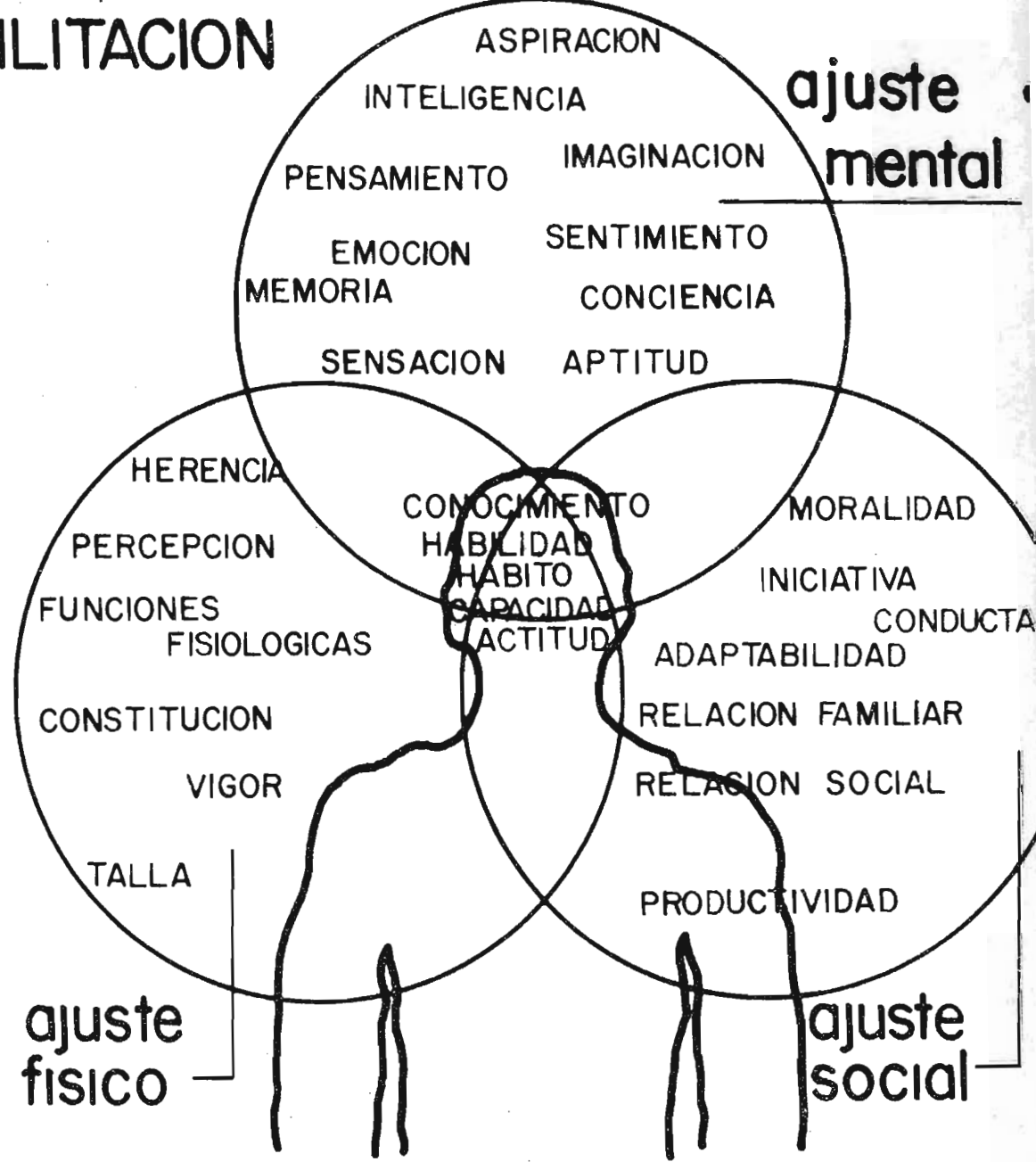
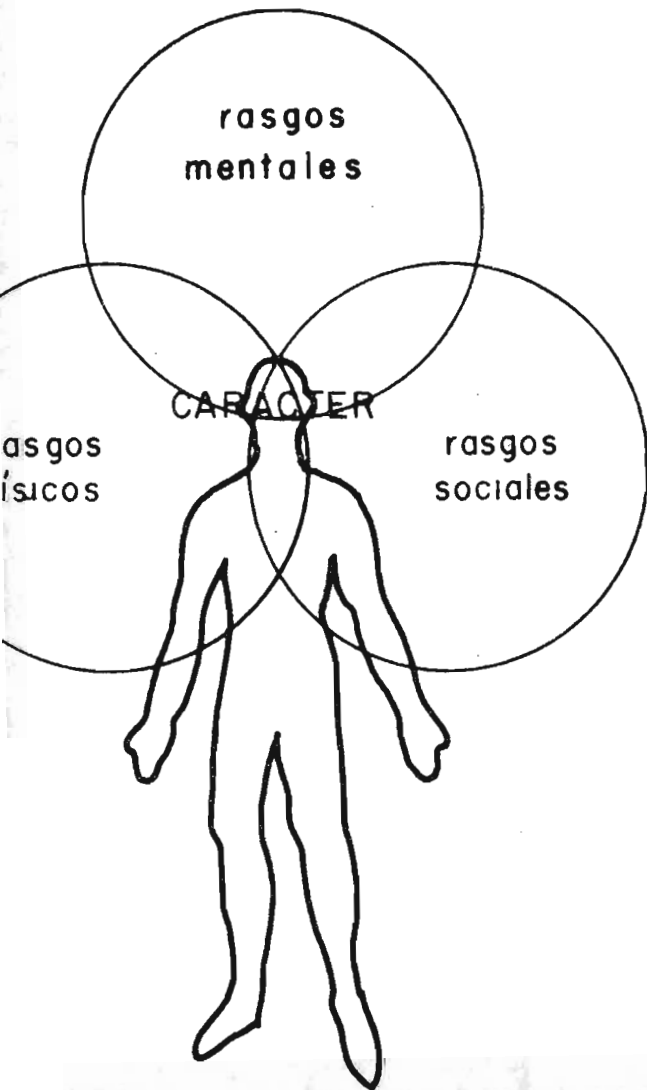
ios

7 años

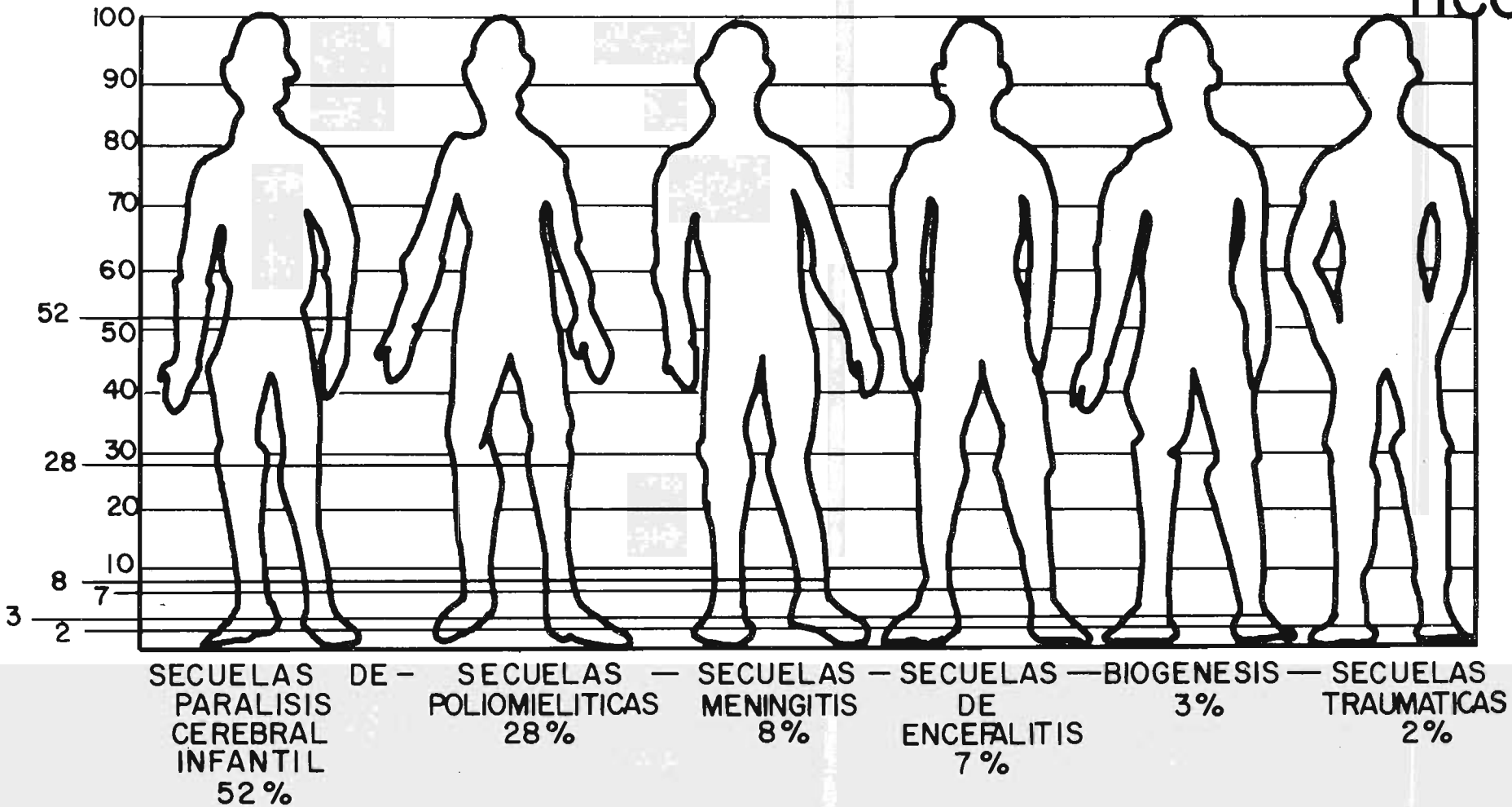
11 años

15 años

TEORIA DE LA REHABILITACION INTEGRAL



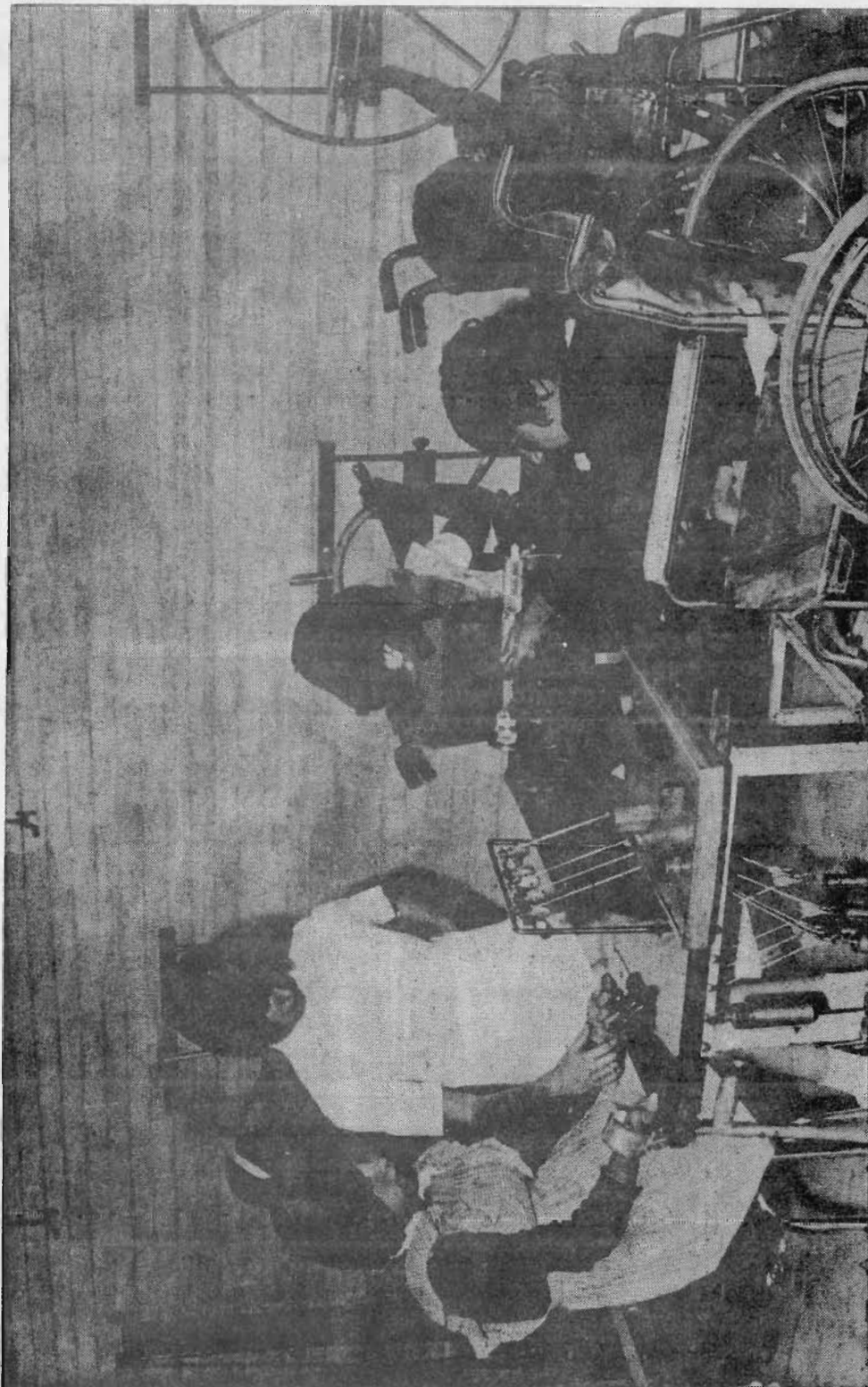
CUADRO COMPARATIVO DE INCIDENCIA DE DIFERENTES AFECCIONES AL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO



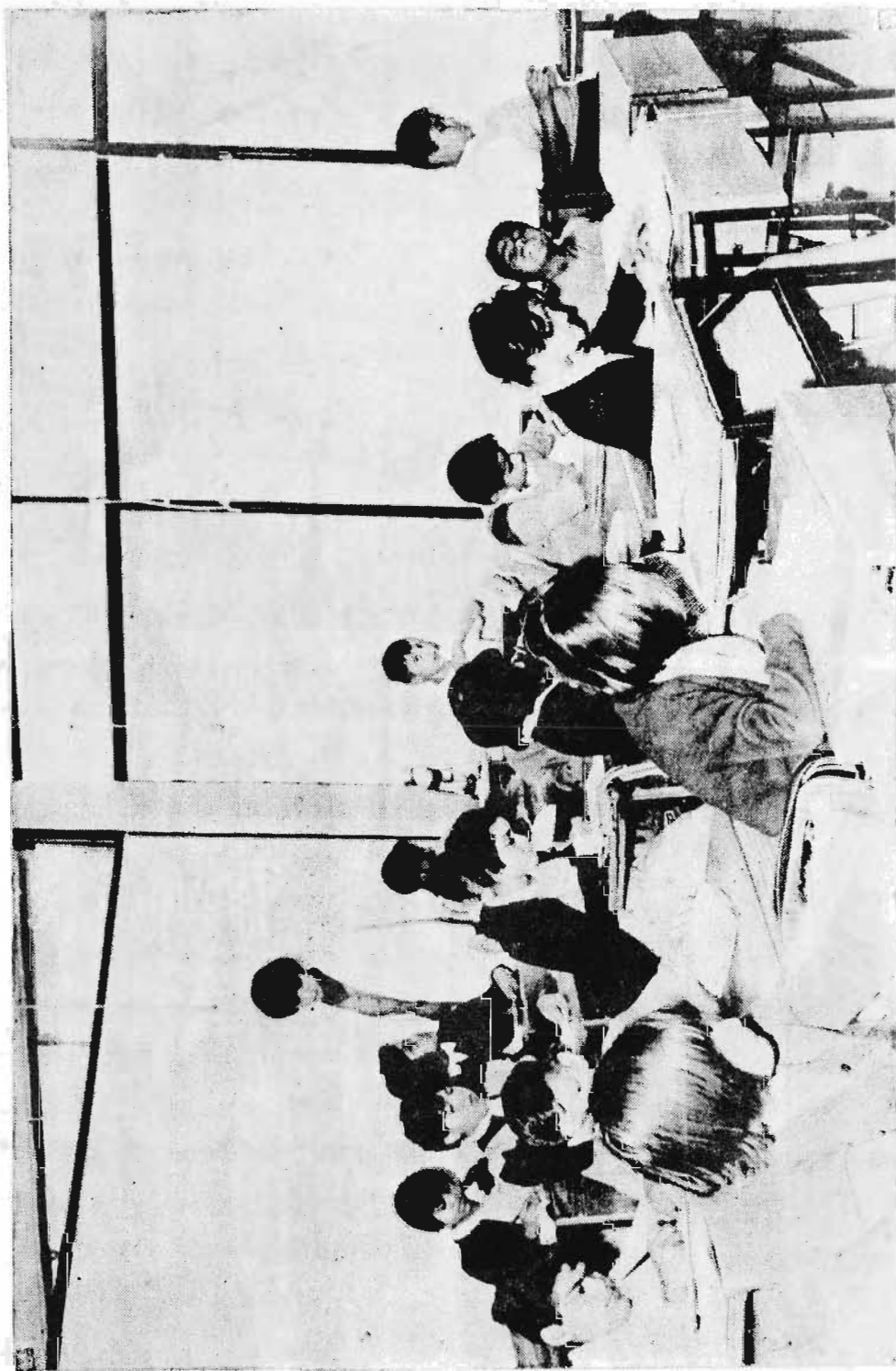
NOTA: Los datos fueron tomados de una muestra de 500 niños presentados de admisión en el centro pedagógico infantil entre los meses de enero a mayo de 1965.

PLANEAMIENTO DE ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL

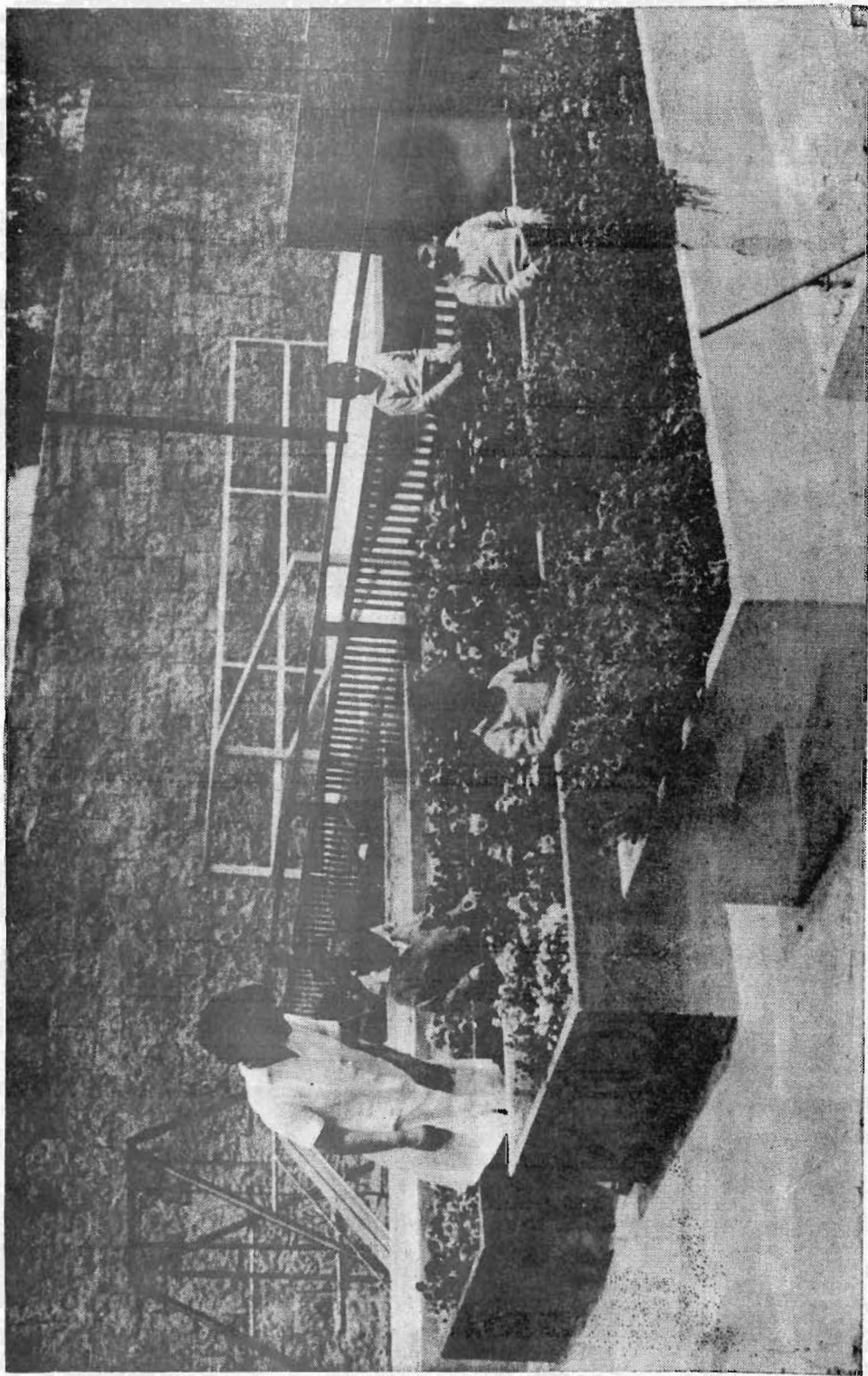
ACTIVIDADES PREVOCACIONALES														
ACTIVIDADES PREOCUPACIONALES														
ADIESTRAMIENTO MANUAL														
COORDINACION MOTRIZ														
1	2	3	1	2	3	4	5	6	1	2	3			
JARDIN DE NIÑOS				ESCUELA PRIMARIA						ESCUELA SECUNDARIA				



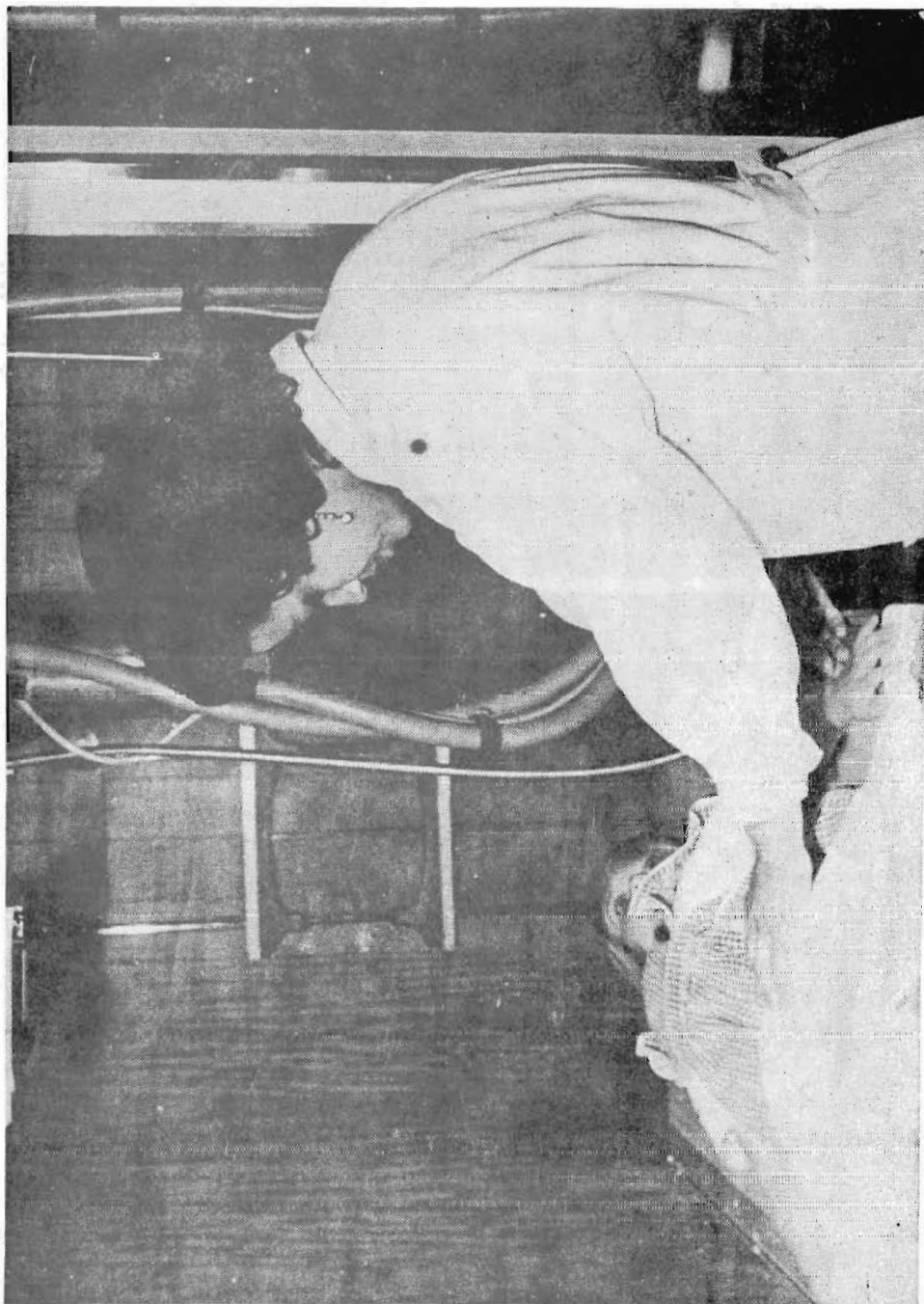
En la sala de mecanoterapia y bajo la observación de - una técnica fisiatra, un grupo de niñas desarrolla actividades en la Mesa de Carabelle, que consta de un péndulo, rodillos y poleas para dedos. Al fondo puede observarse una polea para brazo y una rueda marina.



Además del tratamiento, los niños reciben simultáneamente instrucción desde Jardín de Niños hasta Secundaria. - En esta fotografía, un grupo de sexto año realiza un ejercicio bajo la atenta vigilancia de su maestra



Vigilados por una auxiliar, pequeños del Jardín de Niños realiza labores de jardinería.



Dentro de la sección de Medicina Preventiva, la radióloga prepara a una niña para tomarle unas placas.



La Dra. Catalina García y dos estudiantes de la Escuela de Fisiatría anexa al Centro, realizan una curación de rutina en un cubículo de la Sección de Medicina Preventiva.

Los cursos que se imparten son entre otros: carpintería, electricidad, bisutería, costura, pintura, mecanografía, encuadernación y cerámica.

Otros problemas, como el de las enfermedades intercurrentes de los alumnos, son controladas a través de la Sección de Medicina Preventiva, que también tiene a su cargo servicios de pequeñas emergencias, tanto médicas como quirúrgicas y laboratorio de Rayos X.

Los talleres de Mecánica Ortopédica proporcionan los aparatos necesarios, así como su mantenimiento, establecidos por los programas de rehabilitación individual de los alumnos.

Se llevan a cabo estudios económico-sociales de cada una de las familias, para fijar cuotas de recuperación, -- que si bien es cierto que en su mayoría resultan de carácter simbólico, pues solo cubren el 7% de los gastos del -- servicio, pretenden crear el sentido de responsabilidad, -- tan necesario para la integración familiar y social.

TRABAJO SOCIAL.

El Instituto cuenta con 77 Trabajadoras Sociales, de las cuales corresponden 25 a Centros de Orientación Nutricional y que realizan investigaciones económico-sociales, entrevistas, visitas domiciliarias, etc. de las familias -- asistentes a los Centros, así como labor de proselitismo -- y adoctrinamiento en la comunidad.

El Departamento de Integración Social cuenta con 26 - Trabajadoras Sociales que realizan trabajo social de casos.

La Oficina de Trabajo Social de la Sección de Desayunos Escolares, cuenta con 24 Trabajadoras Sociales que realizan estudios económico-sociales de las escuelas que solicitan desayunos y vigilan la correcta distribución de los mismos, su aprovechamiento y el cumplimiento de las normas de distribución establecidas por el Instituto.

A fines del año pasado, se llevó a cabo una encuesta entre los alumnos de primer año de las escuelas oficiales del Distrito Federal a fin de conocer el estado de crecimiento de los niños, habiéndose estudiado 792 escuelas con un total de 57,173 niños, que sirvió para determinar el grado de desnutrición de la población infantil, a efecto de planear la distribución de los desayunos en el presente año, sobre bases más acordes con la realidad, y procurar que estos lleguen a los menores verdaderamente necesitados de ellos.

El Departamento de Rehabilitación Integral cuenta con 2 Trabajadoras Sociales que realizan estudios económicos-sociales y de extensión familiar y determinan las cuotas de recuperación que deben cubrir los alumnos.

DESAYUNOS FAMILIARES.

La observación de que la hora de los alimentos es la más adecuada para que convivan estrechamente los elementos

que integran la familia, inspiró la idea de realizar los Desayunos Familiares. Estos se efectúan semanalmente en los diversos Centros de Orientación Nutricional, con la presencia de funcionarios del Instituto, que departen con las familias asistentes.

La conducta de las familiar que ejercen liderato, formal o informal, dentro de una zona de influencia, repercuten en los hábitos de la comunidad, por lo que los Desayunos Famulieres pretenden influir en estas familias líderes para que sean ejemplo de las demás. Llevan el propósito de estimular la integración de las familias que concurren a los C.O.N. y hacer educación dirigida a lograr que los padres, madres y la familia en general, conozcan y apliquen las mejores técnicas para proteger y alimentar, dentro de sus posibilidades, a los niños. Durante el Desayuno, se dan pláticas relativas a la integración y armonía del hogar e importancia de la orientación nutricional.

CURSOS Y SEMINARIOS.

Dentro de las funciones del Instituto, está la de preparar técnicos, dentro de sus diversas ramas de servicio, tanto para cubrir las vacantes en su personal, como para proveer de personas capacitadas a otras Instituciones.

Para ello, se han organizado diversos cursos y seminarios, entre los que podemos mencionar:

Cursos de capacitación para Fisiatras, Terapistas y -
Electromiografistas.

Ciclo de Conferencias para Trabajadoras Sociales.

Cursos de actualización de conocimientos pediátricos-
para niñeras.

Cursos para manejadores de alimentos.

.Cursos para capacitación para personal administrativo.

COOPERACION CON OTRAS INSTITUCIONES.

El Instituto se ha coordinado con la Secretaría de Sa-
lubridad y Asistencia en campañas de inmunización, sensibi-
lizando a la población para que colabore en las mismas, --
así como aplicando vacunas antivariólica y antipoliomieli-
tica.

Igualmente, ha colaborado con el Instituto Nacional -
de la Nutrición, proporcionando leche en polvo para estu--
dios de carácter nutriológico en varias zonas de la Repú--
blica.

Con el Instituto Nacional Indigenista, se ha manteni-
do estrechamente coordinado para la distribución de racio-
nes alimenticias en zonas indígenas especialmente necesita-
das.

Se ha dado oportunidad a los pasantes de trabajo so--
cial de la Universidad Nacional Autónoma de México y de --
otras escuelas de trabajo social para que realicen sus ---
prácticas, bajo la supervisión de técnicos de este Institu

to.

INSTITUTOS REGIONALES.

Para extender a todo el territorio de la Nación los servicios del Instituto Nacional de Protección a la Infancia, se crearon Institutos Regionales en cada una de las Entidades Federativas en forma descentralizada e independiente, pero unidos al Instituto Nacional por los planes comunes, la asistencia técnica y la ayuda material que se les preste.

Los Institutos Regionales son presididos en la mayoría de los casos, por las esposas de los CC Gobernadores de los Estados, que fungen como Presidentes de los Patronatos respectivos. Funcionan 108 Plantas Elaboradoras de Desayunos, 115 Centros de Orientación Nutricional y 4 Guarderías, además de varios Centros de Rehabilitación, en todo el ámbito de la República". (31)

CRITERIO DE SELECCION.

El criterio seguido en la formación del grupo estudiado, fue el de tomar de la totalidad de la población del Centro, una muestra representativa, integrada por 143 alumnos seleccionados al azar en las listas de asistencia escolar, de la siguiente manera:

PRIMARIA

CUARTO AÑO. GRUPO "A"

Seis niños Seis niñas

GRUPO "B"

Seis niños Seis niñas

QUINTO AÑO. GRUPO "A"

Seis niños Seis niñas

GRUPO "B"

Seis niños Seis niñas

SEXTO AÑO. GRUPO "A"

Seis niños Seis niñas

GRUPO "B"

Seis niños Seis niñas

SECUNDARIA.

PRIMER AÑO. GRUPO "A"

Siete jóvenes Siete jovencitas

GRUPO "B"

Siete jóvenes Siete jovencitas

SEGUNDO AÑO. GRUPO UNICO.

Ocho jóvenes Ocho jovencitas

TERCER AÑO. GRUPO "A"

Seis jóvenes Siete jovencitas

GRUPO "B"

Siete jóvenes Siete jovencitas

METODOLOGIA.

Se decidió utilizar el método estadístico por ser el más adecuado para manejar datos y por su confiabilidad, lo que redundará en la objetividad de este estudio.

LA PRUEBA.

Se utilizó la prueba del Dr. José Gómez Robleda para determinar el grado de perturbación de la conducta psicossocial de niños y adolescentes con trastornos del aparato locomotor, por reunir en una sola prueba, características -- que de otro modo solo podrían reunirse utilizando varias -- pruebas.

Otra razón por la que se escogió esta prueba, es porque fué elaborada por un mexicano, standarizada en un grupo de mexicanos y posteriormente aplicada por varios investigadores, obteniéndose resultados satisfactorios.

Para facilitar la comprensión de la prueba, nos permitimos transcribir la explicación que de la misma hace el autor en su libro "Psicología del Mexicano".

L A P R U E B A .

La prueba consiste, esencialmente, en dos listas de palabras; la primera, para que la persona explorada la lea en voz alta (palabras-estímulo) y la segunda, para que tache las palabras leídas.

"Las palabras-estímulo (que previamente fueron seleccionadas y ensayadas muy cuidadosamente) se presentan en conjuntos ordenados que desarrollan o que están en relación directa con los más importantes núcleos de la conducta psicosocial y que además, están numeradas progresivamente. Los núcleos mencionados son los siguientes: a) la familia (de la palabra 1 a la 10); b) la escuela (de la 11 a la 20); c) el trabajo en el campo (de la 21 a la 30); d) el trabajo industrial (de la 31 a la 40); e) el trabajo en la oficina (de la 41 a la 50); f) la enfermedad (de la 51 a la 60); g) la situación económica (de la 61 a la 70); h) el sentimiento de culpa (de la 71 a la 90); i) el misterio (de la 91 a la 100). Como se habrá advertido, se procuró que, en general, cada núcleo quedará representado por diez palabras; sin embargo, para el trabajo fueron necesarias 30 y, para el sentimiento de culpa, 20. En la ilustración adjunta se encuentra la lista de las 100 palabras en la forma en que se presenta a la persona explorada. La misma lista tiene un encabezado que dice: LISTA DE PALABRAS PARA LEER EN VOZ ALTA cuyo objeto consiste en precisar la única indicación que debe darse. Los números, por decirlo así, obligan a la persona a leer ordenadamente. Además, las palabras tienen todas, una significación precisa y resultan siempre fáciles. En cuanto a la significación, debe aclararse que por el hecho de formar conjuntos no se producen dudas, como podría ocurrir con una palabra aislada. Para

aclarar lo que se lleva dicho, sirve el ejemplo siguiente: aisladamente, gravedad puede significar la fuerza de atracción, pero cuando se lee: enfermedad, gravedad, crisis, dolor, etc. no hay duda de que se trata de un término médico (y no físico) que califica la evolución o la intensidad de alguna enfermedad.

"Las palabras que forman la segunda lista son las mismas 100 de la primera lista mezcladas, al azar, con otras 100 que resultan indiferentes o inactivas, como elemento, tamaño, figura, sistema, etc. la misma segunda lista tiene el siguiente encabezado: LISTA PARA TACHAR LAS PALABRAS -- LEIDAS que, como se comprenderá, corresponde a la única indicación que debe hacerse a la persona explorada.

"La técnica para aplicar la prueba es extraordinariamente sencilla, puesto que se reduce a seguir las indicaciones que ya están escritas en los encabezados de cada una de las listas y a efectuar, después, los cálculos de los resultados. Es oportuno indicar, desde luego, que la prueba se aplica individual o colectivamente y que no se dan tiempos límites ni para leer la primera lista, ni para tachar las palabras - estímulo en la segunda. Hay que advertir también, que solo en casos muy excepcionales los tiempos mencionados son o muy breves o muy largos.

"En síntesis, los cálculos se reducen a contar el número de omisiones en la segunda lista. No se toman en consideración las equivocaciones (que corresponden a tachar -

LISTA DE PALABRAS PARA LEER EN VOZ ALTA.

- | | | | |
|------|-----------------|-------|-----------------|
| 1 - | FAMILIA | 51 - | ENFERMEDAD |
| 2 - | NOVIOS | 52 - | GRAVEDAD |
| 3 - | CASAMIENTO | 53 - | CRISIS |
| 4 - | PADRE | 54 - | DOLOR |
| 5 - | MADRE | 55 - | SANGRE |
| 6 - | NACIMIENTO | 56 - | CONSULTA |
| 7 - | HIJOS | 57 - | MEDICO |
| 8 - | HERMANOS | 58 - | HOSPITAL |
| 9 - | PRIMOS | 59 - | MEDICINAS |
| 10 - | TIOS | 60 - | ANALISIS |
| 11 - | ESCUELA | 61 - | DINERO |
| 12 - | MAESTROS | 62 - | AHORRO |
| 13 - | COMPAÑEROS | 63 - | GASTO |
| 14 - | LIBROS | 64 - | DEUDA |
| 15 - | ESTUDIOS | 65 - | GANANCIA |
| 16 - | TAREA | 66 - | CAPITAL |
| 17 - | CONOCIMIENTOS | 67 - | INVERSION |
| 18 - | FIESTAS | 68 - | POBREZA |
| 19 - | EXAMENES | 69 - | ABUNDANCIA |
| 20 - | VACACIONES | 70 - | LUJO |
| 21 - | CAMPO | 71 - | ERROR |
| 22 - | SEMILLA | 72 - | FALTA |
| 23 - | LABOR | 73 - | TRAMPA |
| 24 - | SIEMBRA | 74 - | PECADO |
| 25 - | LLUVIA | 75 - | CRIMEN |
| 26 - | PRESA | 76 - | TRAICION |
| 27 - | ANIMALES | 77 - | VENGANZA |
| 28 - | COSECHA | 78 - | ENGAÑO |
| 29 - | CAMPESINO | 79 - | MENTIRA |
| 30 - | CREDITO | 80 - | CALUMNIA |
| 31 - | TALLER | 81 - | CULPA |
| 32 - | TRABAJO | 82 - | PENA |
| 33 - | LABORATORIO | 83 - | CASTIGO |
| 34 - | FABRICA | 84 - | VICIO |
| 35 - | HORARIO | 85 - | LOCURA |
| 36 - | SALARIO | 86 - | JUEZ |
| 37 - | PELIGRO | 87 - | CARCEL |
| 38 - | ACCIDENTE | 88 - | DESGRACIA |
| 39 - | SINDICATO | 89 - | RUINA |
| 40 - | ASCENSO | 90 - | ARREPENTIMIENTO |
| 41 - | OFICINA | 91 - | MISTERIO |
| 42 - | JEFE | 92 - | SECRETO |
| 43 - | ESCALAFON | 93 - | SUPERSTICION |
| 44 - | CESE | 94 - | DESTINO |
| 45 - | PERMISO | 95 - | FATALIDAD |
| 46 - | CHEQUE | 96 - | SUERTE |
| 47 - | PRESTAMO | 97 - | PRODIGIO |
| 48 - | JUBILACION | 98 - | MILAGRO |
| 49 - | OBLIGACION | 99 - | MUERTE |
| 50 - | RESPONSABILIDAD | 100 - | ETERNIDAD |

LISTA PARA TACHAR LAS PALABRAS LEIDAS.

DEUDA	AREA	DESTINO	ESENCIA
EXTENSION	RIOS	REDONDO	TRAMPA
MAGNITUD	FENOMENO	PRESA	CLARIDAD
MOTIVO	AHORRO	CERCANIA	ASCENSO
SIEMBRA	MARGEN	ARREPENTIMIENTO	NOCION
ARTEFACTO	RUINA	LEJANIA	OBLIGACION
PRIMOS	TRIVIAL	TRAICION	MAESTROS
CONVEXO	COSECHA	ESCUELA	ETERNIDAD
SECRETO	FORMA	MENTIRA	FABRICA
VERSION	FAMILIA	POSTERIOR	PROGRESION
ESCALAFON	PLANO	SUPERSTICION	INVERSION
FIGURA	CESE	DIMENSION	REALIDAD
SALARIO	PARTE	GUARISMO	CURSO
APARATO	TRANSITO	POBREZA	CALUMNIA
DOLOR	LLUVIA	ORDEN	EXAMENES
PUNTO	MOVIMIENTO	ANINALES	SUPLEMENTO
VACACIONES	GRIS	MOMENTO	ANTIGUO
OBLICUO	CALIFICATIVO	GASTO	TRABAJO
CAPITAL	ACCIDENTE	EFECTO	VIBRACION
FATALIDAD	LATERAL	HORARIO	TALLA
PERPENDICULAR	MISTERIO	PERMISO	HERMANOS
VENGANZA	MUERTE	DESGRACIA	COLOR
CONJUNTO	NADA	ANTERIOR	HOSPITAL
RECURSO	NOMBRE	LABOR	ANALISIS
GANANCIA	CHEQUE	TAMAÑO	SENTIDO
DINERO	NOVIOS	GRAVEDAD	ALLA
ELEMENTO	NUMERO	TIPO	FAITA
CAMBIO	CRIMEN	ENGAÑO	INSTRUMENTO
SANGRE	CAMPO	DETERMINACION	SINDICATO
SISTEMA	TENDENCIA	PROPORCION	LLANO
CONCAVO	CRISIS	ENFERMEDAD	CONSULTA
PELIGRO	INFLEXION	PADRE	RAYA
TODO	COMPLEMENTO	MAQUINA	JUEZ
CASAMIENTO	REGRESION	PRESTAMO	ACTUAL

CONOCIMIENTOS

COSA

HIJOS

SUERTE

PARTICULA

JUBILACION

CUBO

COMPAÑEROS

MEDICO

COMPLETO

OFICINA

SEMILLA

SUPERFICIE

TALLER

ACA

MILAGRO

TABLA

CEMENTO

NACIMIENTO

SONIDO

ERROR

FUNCION

LOCURA

BASE

CAMPESINO

CUADRADO

CARCEL

INTENSIDAD

MAXIMO

FIESTAS

TRAYECTO

ALTITUD

CULPA

FICCION

MEDIANO

ONDA

CREDITO

CASTIGO

LIBROS

LABORATORIO

NIVEL

POLVO

TAREA

DIRECCION

PECADO

RESPONSABILIDAD

EXACTO

PRODIGIO

GAS

MEDICINAS

DIFERENCIA

ESTUDIO

MINIMO

VICIO

SEMEJANZA

JEFE

ABUNDANCIA

VOLUMEN

CIMA

MADRE

FLUIDO

LUJO

GRANDE

PENA

Nombre _____

Sexo _____

Edad _____

Clave _____

Escolaridad _____

Enfermedad _____

Fecha _____

Examinador _____

una palabra por otra) porque aparecen en proporciones míni
mas.

"El total de omisiones forma la calificación total --
(Ct) y las omisiones que corresponden a cada uno de los --
distintos núcleos forman las calificaciones parciales que,
obviamente, sumadas, dan la cifra de la Ct. Como se com---
prenderá, las calificaciones parciales son siete y se re--
fieren a la familia, la escuela, el trabajo, la enfermedad
la situación económica, el sentimiento de culpa y el miste
rio.

"Ya se dijo que las calificaciones corresponden al --
cómputo de las omisiones y esto se explica porque se inter
pretan, psicológicamente como inhibiciones. Las palabras -
tachadas correctamente o aciertos son las que, en el caso-
particular de que se trate, no produjeron inhibiciones y -
por lo mismo, no resultaron perturbadoras o en relación --
con algún proceso subconsciente que sea la causa del olvi-
do, justamente fallido. Dicho de otra manera: que las omi-
siones están asociadas directa o indirectamente con las ex
periencias desagradables de la vida. Esta interpretación -
de las omisiones es la misma que se toma en consideración-
en la conocida prueba de asociaciones determinadas de Jung
Bleuler.

"No existe un acuerdo unánime acerca de lo que debe -
entenderse por inhibición, desde el punto de vista de la -
Psicología. Fisiológicamente, la inhibición corresponde a-

la detención parcial o total de una función, o también, al estado de un órgano o de algún tejido debido al cual no pueda ser excitado por los estímulos habituales. En Psicología hay quien tome como sinónimos inhibición y represión. Todos los conceptos científicos en realidad, son relativos y por lo mismo, es fácil evitar dudas y confusiones con so lo exponer claramente el criterio que el investigador tenga acerca del problema particular de que se ocupa. En nuestra opinión, inhibición y represión corresponden a dos mecanismos diferentes desde luego, porque la primera siempre es un reflejo o un automatismo, no es pues un acto cons---ciente; la represión, por el contrario, siempre es un acto consciente cuya consecuencia consiste en hacer desaparecer de la consciencia algún contenido mental generalmente producido por experiencias desagradables o dolorosas. Como se sabe, estos contenidos reprimidos son el punto de partida (desde la subconsciencia) de muy diversas perturbaciones, o sea, que permanecen activos. Una de las perturbaciones más frecuentes es precisamente, la inhibición y para el caso de la prueba que se propone, los olvidos u omisiones. Además, por lo que se ha explicado, se comprenderá que las omisiones en la prueba corresponden a imhibiciones inter---nas ya que la inhibición puede también, provocarse por un estímulo externo.

"La prueba, como ya se sabe, esencialmente consiste en provocar olvidos de palabras, en consecuencia resulta -

indispensable hacer algunas consideraciones acerca de las experiencias que previamente se realizaron acerca de la exploración de la memoria.

"Las experiencias que a continuación van a relatarse fueron hechas todas, en grupos homogéneos de personas adultas de ambos sexos, de 30 años de edad media. De estas experiencias, además, solo se tomarán en cuenta los resultados que importa conocer para los fines del presente estudio.

a) Cuando se propone repetir de memoria 12 palabras asociadas por pares, de significación concreta y que no sean perturbadoras, se obtiene una media de 11.26 aciertos o sea que se recuerda el 92% del total.

b) Cuando las 12 palabras son abstractas y no se presentan asociadas y además, son perturbadoras, se obtiene una media de 8 aciertos, lo que corresponde al 66% del total.

c) La diferencia entre los dos por cientos ($11.26 - 8 = 3.26$) es estadísticamente significativa por cuanto que prácticamente, la influencia del azar sobre los resultados es nula.

"Se comprenderá fácilmente que las palabras abstractas perturbadoras no asociadas, producen una deficiencia del 3.26% de la memoria. (Son palabras concretas asociadas por pares: mesa-silla; puerta-ventana...etc.: y abstractas no asociadas: sangre, responsabilidad, peligro,..etc. Las primeras no son perturbadoras y las segundas si).

d) Cuando se usan 50 palabras-estímulo asociadas por pares

y no perturbadoras (aplicando la misma técnica de la prueba que se propone: una lista para leer en voz alta con las 50 palabras ordenadas y otra para tachar las palabras leídas, con las mismas 50 palabras revueltas al azar con otras 50), se obtiene una media de 55 aciertos (se recuerda un poco más de la mitad) que corresponden al 55%.

e) Utilizando la conocida lista reducida de 100 palabras-- estímulo de Jung-Bleuler en la que, como se sabe, se encuentran bastantes palabras perturbadoras y procediendo como en el caso anterior, la media corresponde a 53 aciertos lo que da el 53%.

f) La diferencia observada ($55-53 = 2$) indica el grado de perturbación producida por las palabras, también perturbadoras, de la lista de Jung-Bleuler. En este caso, la diferencia es estadísticamente significativa.

"Las experiencias anteriores, en términos generales, demuestran que las que han venido llamándose palabras perturbadoras, producen un cierto grado de deficiencia de la memoria. La perturbación de que se habla corresponde al -- proceso de la inhibición, se observa en las personas normales y es totalmente distinta de las alteraciones de la memoria producidas por causas orgánicas. Secundariamente hay -- que hacer notar, también, los hechos siguientes: que es -- más fácil recordar pocas palabras que muchas (de 12 se recuerda el 66% y de 50, el 55%); que es más fácil recordar -- palabras concretas que abstractas; que las palabras asocia

das se recuerdan en mayor proporción que las no asociadas; y que las palabras perturbadoras, o sea, las que se asocian directa o indirectamente con contenidos subconscientes reprimidos, son las que causan mayor proporción de inhibiciones.

"Todavía para comprender mejor la naturaleza de la prueba que se propone, es indispensable aclarar la manera como se asocian las palabras-estímulo en el caso particular de las experiencias que han venido relatando. No hay duda cuando se dice que las palabras fueron presentadas asociadas por partes (papel-pluma, día-noche, etc.), generalmente por semejanza o por diferencia. En otros casos, la asociación aparece en conjuntos de palabras que están en relación estática con objetos, ideas, situaciones, etc. (cama, silla, tapete, cortina, etc. son palabras que corresponden a los objetos de una recámara; horario, descanso, salario, etc. están en relación con el trabajo; y así sucesivamente). También la asociación puede corresponder a la sucesión de hechos y es por esto, una relación dinámica (niño, adolescente, joven, adulto, etc. son palabras que aluden al curso de las etapas evolutivas de la vida; calle automóvil puerta, escalera, antesala, etc. son palabras que están en relación con el hecho de dirigirse de la casa hacia alguna oficina; y así sucesivamente).

"Para formar una lista de palabras-estímulo, de acuerdo con el objeto especial de que se trate, las mismas palabras pueden presentarse no solamente asociadas en una de -

las formas ya descritas, sino también de manera complicada.

"La lista de palabras-estímulo que utilizamos en la prueba que venimos estudiando tiene las siguientes características:

- a) Está formada por un total de 100 palabras (lo mismo que la lista reducida de la prueba de Jung-Bleuler).
- b) La misma lista está compuesta por una cantidad equilibrada de palabras concretas y abstractas (prácticamente la misma cantidad de cada clase).
- c) Al principio predominan las palabras concretas y al fin las abstractas.
- d) Las palabras perturbadoras predominan en la parte final de la lista, puesto que se refieren al sentimiento de culpa y al misterio.
- e) Las palabras-estímulo además, están asociadas por conjunto, cada uno de los cuales corresponde a los que se han llamado núcleos importantes de la vida psico-social (la familia, la escuela, etc.).
- f) El orden en que se presentan los conjuntos de palabras, mediante las cuales se desarrolla cada uno de los núcleos, en general está de acuerdo con el desarrollo o la evolución de la personalidad (de la familia a la muerte). Dentro del mismo ordenamiento pueden distinguirse varias partes importantes: a) las circunstancias que influyen sobre la formación de la personalidad (familia, escuela); b) la actividad mediante la cual se satisfacen las necesidades -

(el trabajo); c) uno de los factores perturbadores más importantes en todas las épocas de la vida (la enfermedad);- d) una forma de rendimiento de la personalidad en la vida social (la situación económica); y e) la interpretación de la vida individual y del mundo (sentimiento de culpa y misterio). La última parte, por ser de carácter interpretativo, es diametralmente opuesta al resto de la prueba; de otra manera puede decirse también, que la última parte es subjetiva, opuesta al resto de la prueba, predominantemente objetivo.

"Para terminar, todavía hay que insistir en que la lista de palabras-estímulo que utilizamos contiene palabras perturbadoras y otras que no lo son; las primeras, de preferencia, se encuentran en la parte final (sentimiento de culpa y misterio). En consecuencia, la misma lista queda en situación intermedia entre las pruebas de la memoria mencionadas en su oportunidad (sin palabras perturbadoras) y la de Jung-Bleuler (que se supone está formada en su totalidad por palabras perturbadoras).

"Por todo lo que se ha dicho se comprenderá que la prueba permite valorar lo que propiamente puede llamarse carga neurótica, y que corresponde a contenidos reprimidos y por lo mismo, subconscientes y activos, perturbadores de la conducta. En mayor o menor grado, todas las personas tienen cargas neuróticas y en tanto que se adaptan a la vida social que llevan deben considerarse normales; es decir:

que lo anormal consiste en que la carga neurótica sea muy-intensa o por el contrario, poco intensa o casi nula. En consecuencia, las neurosis desde el punto de vista este, vienen a corresponder tanto al caso de cargas muy intensas producidas por experiencias desagradables o dolorosas, como al caso de cargas muy poco intensas (o casi nulas) debidas a la falta de madurez psicológica de la persona, cuando ha transcurrido la vida casi sin dificultades, complicaciones, problemas o conflictos. Los límites de la intensidad normal, de la excedente y de la deficiente, corresponden a criterios estadísticos que determinan las cifras de la calificación total de la prueba. Las calificaciones parciales dan una idea acerca de la localización, por decirlo así, de las experiencias causantes de las perturbaciones (la familia, la escuela el trabajo, la enfermedad y la situación económica) y también de la orientación de las reacciones, principalmente en contra de la propia persona (sentimiento de culpa), o en contra del medio (misterio).

ELABORACION ESTADISTICA.

"En la elaboración estadística de los datos obtenidos se procuró siempre, aplicar los procedimientos más sencillos y se evitaron todas las complicaciones técnicas que dificultan la comprensión de los resultados a quienes no son técnicos en la materia. Los procedimientos de cálculo deben consultarse en los tratados de Estadística, a los --

que hay que acudir también, en los casos en que se quiera profundizar más acerca de la significación de las medidas calculadas.

"Los cuadros de concentración de datos, las series de frecuencias, las pruebas aplicadas y las formas que contienen los cálculos, no fueron incluidos en el presente trabajo para evitar confusión en los mismos.

"En el estudio de los fenómenos colectivos, es indudable que la técnica estadística corresponde a uno de los mejores procedimientos. Ofrece la ventaja de que la realidad se muestra a través de los números y por esto, se evitan las más principales causas de error y de equivocación que produce el contacto directo del fenómeno social con la humanidad -por decirlo así- del investigador, influida por sus estados afectivos y también por deseos y prejuicios a veces subconscientes. Por otra parte, hay resultados que son caracteres imposibles de conocer si no se aplica el método estadístico". (21).

En lo que respecta al presente estudio, se controlaron las variables de edad, sexo, escolaridad, y diagnóstico médico, con objeto de que los resultados que se obtuvieran procedieran de un grupo homogéneo.

Los datos fueron recopilados de los expedientes de los menores, con el objeto de integrar una muestra representativa que nos permitiera tener una visión más precisa sobre los factores que alteran o perturban la conducta psi

cosocial de los niños y adolescentes mexicanos, con trastornos del aparato locomotor.

Para evitar constantes repeticiones, se incluye a continuación, una explicación general acerca de las medidas estadísticas que se utilizaron. Los detalles de técnica, deben consultarse en los tratados de estadística.

Las elaboraciones estadísticas en general, se redujeron a describir el fenómeno, objeto de nuestro estudio y a investigar relaciones entre los datos. En todos los casos que estudiamos, las series son estáticas.

Por lo que se refiere a nuestras series estáticas de frecuencias, se obtuvieron promedios, medidas de variabilidad y de ley de distribución de las frecuencias. Los promedios son: la media, el modo y las cuartilas. Estos promedios miden la intensidad del fenómeno. La media y el modo son centrales y las cuartilas laterales. La media aritmética se interpreta como el punto de equilibrio de una serie de frecuencias y por lo tanto, los valores superiores o inferiores a la misma, forman respectivamente, casi el 50% del total de las observaciones. Así, la media revela la tendencia del fenómeno en observación y se utiliza para caracterizar el conjunto de datos por medio de una sola medida o para comparar diversos conjuntos de datos de la misma naturaleza.

El modo es la medida en la cual se observa la máxima frecuencia y por esto, se le ha llamado también promedio --

típico.

Las cuartilas (primera y tercera), determinan los límites de la zona de normalidad estadística, o sea que entre sus magnitudes queda comprendido el 50% de las observaciones, alrededor del promedio central, del total de los casos que forman el conjunto estudiado. Esto es, que dividiendo el total de frecuencias de una serie en cuatro partes, se obtienen las cuartilas; de lo que resulta que de la cuartila cero a la primera, existe el 25% de las observaciones; de la primera a la segunda otro 25% y así sucesivamente, hasta completar el 100% o sea el total de los casos estudiados.

En la mayor parte de los casos en los cuales se calculan cuartilas, es frecuente encontrar que solamente se han obtenido la primera y la tercera, ya que dentro de sus límites, que comprenden el 50% de las frecuencias, se encuentra la zona de normalidad del fenómeno estudiado. La cuartila cero y la cuarta, coinciden con el mínimo y con el máximo respectivamente; la intensidad excedente va de la cuartila tercera al máximo; y la deficiente va del mínimo a la segunda cuartila. Por arriba del máximo y por abajo del mínimo queda lo anormal, excepcional o patológico.

Las medidas de variabilidad más usadas son la desviación cuadrática media, que es una medida de variabilidad absoluta, el coeficiente de variabilidad y el grado de asimetría, que son medidas de variabilidad relativas. A conti

nuación se anotan los símbolos y el orden en que serán expuestas las medidas antes mencionadas:

	N = Número de casos
Primera	Q = Primera cuartila
	M = Media
	Mo = Modo
Tercera	Q = Tercera cuartila
	S = Desviación cuadrática media.
	V = Coeficiente de variabilidad
	SK = Grado de asimetría

CORRELACIONES.

La correlación es un procedimiento estadístico por medio del cual se trata de saber si un fenómeno varía o no, en relación con otro u otros fenómenos, por lo cual puede considerarse como el estudio de la variabilidad simultánea. Así pues, las correlaciones simples corresponden al caso en que un fenómeno solamente se relaciona con otro, tomando a uno como variable independiente y al otro como variable dependiente. Cuando se estudia un fenómeno en función de dos o más, decimos que se trata de una correlación múltiple: dos o más variables independientes (X), en función de una variable dependiente (Y).

La correlación puede ser rectilínea o curvilínea, en tanto que la naturaleza de la relación corresponda a una -

función rectilínea o curvilínea; en el primer caso se habla del coeficiente de correlación y en el segundo, del índice de correlación.

La correlación puede ser de sentido positivo o negativo, cuando a los aumentos de una variable corresponden también, aumentos de la otra variable (positivo) o cuando a los aumentos de una, corresponden disminuciones de la otra (negativo). En su expresión numérica, el sentido queda indicado por los resultados que se obtienen y que pueden ser positivos o negativos.

El coeficiente de correlación dá un resultado comprendido entre -1.00 y $+1.00$ y fuera de estos límites, o para valores de cero (o cerca de cero), significa que no existe relación alguna entre los fenómenos estudiados.

C A P I T U L O I I .

DESARROLLO PSICOLOGICO.

- a.- Infancia.
- b.- Pubertad
- c.- Adolescencia
- d.- Juventud.

Al revisar estudios y libros sobre la Infancia, la Pubertad, la Adolescencia y la Juventud, nos encontramos con que los diversos autores que han investigado o escrito teorías sobre estas tan difíciles como importantes etapas de la vida, nos plantean una amplia gama de teorías que delimitan un tanto arbitrariamente las diversas edades que abarcan cada etapa. En tanto que para algunos autores, la Adolescencia se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, para otros dá comienzo cuando se inicia la pubertad, sin embargo, lo uno implica lo otro. Para nuestra exposición, trataremos de delimitar y definir lo más preciso posible, cada una de estas etapas, sus características y la edad que abarcan.

I N F A N C I A .

1.- Período Embriofetal.

Las etapas en que se desarrolla la vida humana, desde el punto de vista médico, filosófico y religioso, abarcan desde la concepción, hasta la muerte.

La concepción o fecundación, es la unión de los elementos femenino y masculino, de la cual resulta el neonato. En la procreación existe una faceta voluntaria que corresponde a la cópula o coito, mediante la cual la esperma del varón pone en contacto sus elementos vivos (espermatozoi-

des) con los genitales internos de la mujer. El resto de la fecundación es involuntaria, aunque llena de eventualidades que pueden ser naturales, adquiridas, patológicas o artificiales y que pueden cambiar parcial o totalmente el curso biológico y psíquico del ser en formación.

En éstas primeras semanas de la vida, la presencia de defectos del plasma germinal, de incompatibilidad genética, etc. pueden frustrar la vida, abortando el producto de la gestación.

GREGORIO MENDEL, monje austríaco, en 1866 explicó los efectos del plasma germinativo y las Leyes de la Herencia.

A través de los genes, se heredan los rasgos caracterológicos dominantes o recesivos, que pueden ser positivos o negativos. Estos últimos acarrearán una serie de aspectos, calificados como "enfermedades hereditarias", aunque las más serias son poco frecuentes.

Estos defectos germinativos pueden frustrar la corta vida de un ser en formación, pero frecuentemente el nacimiento de productos de herencia dominante o recesivo, nos permiten comparar el padecimiento del padre o del abuelo. La braquidactilia (tamaño anormal de los dedos de los pies y de las manos), la Diabetes, la Poliposis Múltiple del colon y del recto, son entre muchos, ejemplares de herencia dominante.

Existen algunas enfermedades que se han venido ligando al sexo, como la hemofilia, el daltonismo, etc. Otras -

enfermedades hereditarias han sido calificadas como errores ingénitos del metabolismo, tales como la enfermedad de Gaucher y de Nieman Pick, von Gierke (acumulación de glucógeno). El sistema neurológico y muscular presentan ejemplos de atrofas progresivas, de distrofias, pseudo hipertrofias, de ataxias y temblores. Los defectos cutáneos y oculares, son sumamente frecuentes.

Es importante mencional por lo interesante del desarrollo psicobiológico, en forma especial, las enfermedades mentales originadas por defectos del plasma germinativo: - la demencia precoz ofrece un buen ejemplo; la Corea de Huntington, es una buena muestra de caracteres automómicos -- simples. Algunos tipos de debilidad mental se heredan como factor recesivo, como la idiocia familiar amaaurótica y la idiocia mongólica.

Sería realmente extenso mencional la gran cantidad de padecimientos claramente demostrados o hipotéticamente concebidos como de fondo hereditario.

Las infecciones generales y locales, pueden lesionar al producto en sus primeras veinte semanas de vida o llevarlo a la muerte, pero éste, cuando sobrevive, nace con enfermedades llamadas congénitas y con los efectos de enfermedades padecidas por la madre, cuando éste iniciaba su integración en la etapa de embrión. Los defectos congénitos cardiovasculares, neuromusculares, etc., con padecimientos virales como del tipo de Lúes, es conocida desde -

antiguo; la loxoplasmosis y la listeriosis, entre otros padecimientos, lo lesionan en forma difusa.

"En esta etapa de la vida, la presencia de anomalías uterinas deformantes, pueden comprimir órganos y partes del cuerpo del embrión, lo cual obviamente, repercute en diversas formas sobre el ser en formación; también agentes físicos y químicos, directa o indirectamente, pueden lesionarle en forma definitiva o temporal como son: la introducción de sustancias, algunos antibióticos, hormonas sexuales, radiaciones, etc., las cuales provocan aunque raramente, defectos perennes que pueden ser o no, compatibles con la vida o con un buen desarrollo psicobiológico".

(29)

II.- Etapa prenatal.

La etapa prenatal se extiende desde que el embarazo cumple veinte semanas, hasta el nacimiento.

En la etapa prenatal, puede el producto hasta el nacimiento, sufrir una serie de enfermedades, entre las que predominan las llamadas congénitas, aunque muchas no lo sean, llamando la atención, además de las infecciones iatrogénicas, físico-químicas, las funcionales por defectos maternos, tales como la incompatibilidad sanguínea del tipo RH; de insuficiencia placentaria por toxemia del embarazo, por diabetes o hipertensión arterial. Todas estas y muchas otras enfermedades que lesionan en mayor o menor grado la aportación nutritiva del producto, repercuten sobre él mismo.

Las investigaciones sucesivas del problema de la angustia, las ansiedades paranoides y las depresivas como mecanismos fundamentales en el desenvolvimiento psíquico, -- llevaron a la comprensión del Psiquismo Fetal, que interpreta el funcionalismo del individuo inicial por algunas características específicas, exclusivas de la vida prenatal.

En esta teoría del psiquismo fetal, encuentran una cabal explicación "la génesis del pensamiento mágico" y por ende, "la psicosis", como una reacción que aporta al sujeto de la relación con el mundo externo real y le lleva a sustituirlo por la fantasía; el ideal del YO, el principio de Nirvana, y especialmente, las percepciones extrasensoriales inhibidas en el curso del desarrollo y reactivadas en las regresiones profundas.

El Psiquismo Fetal implica las relaciones entre el Yo y las representaciones internas en el ELLO; según Freud, el Ello es donde se desenvuelve la herencia acumulativa de las características de la especie humana (instinto) y no es sino hasta el nacimiento, cuando se establece la relación forzada con las representaciones externas reales.

PASTRANA BORRERO ha planteado "la necesidad de que el YO reciba el aporte absoluto del ELLO durante todo el curso ulterior de la vida, en los períodos en los que el Yo se reabastece instintivamente (siguiendo el patrón fetal) para poder responder a las demandas de la realidad ex

terior en los períodos de vigilia". (25)

Las representaciones filogenéticas del Ello fetal, son imágenes bidimensionales de carácter visual y que son percibidas como un fenómeno óptico endopsíquico diferenciándose de la percepción tetradimensional exclusiva del individuo después del nacimiento.

En el psiquismo fetal, el flujo de las imágenes del Ello y del Yo, es incondicional e indiscriminado, como el suministro físico existente de la madre al feto por el cordón umbilical. La represión primaria aparece solo después del nacimiento.

El Super Yo está representado por el Ideal del Yo, -- que son patrones de identificación del Yo que se encuentran en el Ello. Es decir, el Ideal del Yo es como un patrón que se ofrece en una comunicación absoluta y simpática desde el Ello, para su reproducción en el Yo. Esta mutación se realiza esencialmente, a expensas del aumento de la carga agresiva que surge del trauma del nacimiento con la interrupción del flujo umbilical.

En el período fetal, las tensiones instintivas mantienen un equilibrio de satisfacción por el interrumpido flujo umbilical y se manifiesta psíquicamente, como el Principio de Nirvana. Con el nacimiento, al perder la fuente de satisfacción, hay un gran incremento en las tensiones instintivas que al pasar de cierto límite, motivan que experimente ansiedad y es el principio del placer y displacer.

El Yo prenatal percibe fenómenos acústicos y visuales; los primeros lo comunican con el mundo real externo, en cambio, las percepciones ópticas iniciales, lo comunican con el Ello, como hemos dicho anteriormente.

"Sobre la percepción acústica se han hecho experimentos. Un aparato registrador colocado en el abdomen de la madre, indica que el feto puede reaccionar a un sonido --- fuerte, con movimientos que parecen de miedo o de retroacción y si el estímulo sonoro se repite, la reacción se va debilitando, o sea que el feto "aprende" a no reaccionar".

(11)

La percepción visual que está dirigida al ambiente exterior, se la explican los autores modernos por la Parapsicología, por el exclusivo carácter ideal de los objetos.

ANA FREUD cree que la formulación de Hartmann, de una fase primitiva indiferenciada, ofrece un marco de referencia para observar como el Yo madura en respuesta a tendencias innatas, así como respondiendo a la influencia del ambiente. La autonomía de ciertas funciones del Yo determinaría la estabilidad de la personalidad y tales funciones, una vez adquiridas no podrían ya nunca ser anuladas en las regresiones neuróticas, excepto en las más graves psicosis. "En el adulto, el conflicto neurótico tendría lugar entre un impulso instintivo que ha regresado a un nivel infantil y un Yo que relativamente no ha regresado. En los niños y en las personalidades inmaduras, el Yo también regresa y -

por lo tanto, el conflicto interno es menor". (1)

Terminada la estructura prenatal, llegamos a lo que se califica de Trabajo de Parto, aquí esperan al producto-
numerosos riesgos, los cuales deben ser solucionados con -
premura y propiedad, fundamentalmente cuando no han sido -
previstos.

El trabajo de parto habitualmente tiene una duración-
menor de 24 horas; en pacientes con hijos previos, pueden-
durar menos de dos horas. Sin embargo, en este tiempo se -
suceden numerosas eventualidades, algunas sumamente peli--
grosas para la vitalidad del producto. La medicina moderna
ha demostrado que en estas horas de la vida, es frecuente-
una mala oxigenación de la sangre fetal y que, cuando esta
es duradera, repercute esta hipoxia sobre los tejidos más-
sensibles como es el Sistema Nervioso Central. Esto aca---
rraría trastornos en la esfera psicológica, definitivos,-
no reversibles y en ocasiones lleva a la muerte del produc-
to dentro del útero o a los pocos días de nacido.

"La atención especializada resuelve estos peligros --
con diferentes medidas, tendientes a evitar un sufrimiento
fetal agudo o sostenido, con la aceleración del trabajo de
parto: la operación cesárea o la aplicación de forceps, en
tre otras medidas. La aplicación de forceps que ha sido --
tan discutida, no obstante puede ser salvadora en gran can-
tidad de casos, pero la aplicación sin indicaciones preci-
sas, sin requisitos completos y en manos inexpertas, como-

muchas otras cirugías, resultan contraproducentes y traumáticas". (28)

El Nacimiento, que es la separación del producto del-claustro materno, es el acontecimiento más traumático de - la vida humana y fuente de avasalladora angustia, que será consecuencia de angustia posterior.

"El trauma se produce por la separación brusca de la-madre. En el momento en que el niño queda separado de la - madre, se va a establecer una corriente poderosa, que es - el Deseo de Retornar al Claustro Materno, estableciéndose- una lucha entre dos factores:

1.- Un factor que empuja al sujeto hacia su individua- lización que lo conduce a liberarse, a desenvolverse, a -- realizarse.

2.- Otro factor, que es una corriente fuerte del De-- seo de Retornar al Claustro Materno". (30)

III.- Desarrollo psicobiológico de la primera infan- cia. Concepto de la Infancia.

CARLOTA BUEHLER considera la infancia como una etapa- amplia de la vida del hombre y esta etapa o época, desempe- ña una función importante en la integración de la persona.

BACON con su empirismo, llama a la infancia, niñez y- considera al niño como un ser que no es igual a ningún --- otro, porque su vida emotiva, sus gustos y voliciones son-

características de su condición de niño.

JUAN JACOBO ROUSSEAU define la infancia como el período en que el niño aprende a valerse de sus sentidos, para que ellos le permitan almacenar toda la experiencia que su vida de niño, de adolescente, de joven y de adulto, le haga falta para adaptarse al medio, de tal manera que pueda alcanzar con plenitud, la madurez.

CLAPAREDE la define como una edad en que no tiene experiencia y que tiene necesidad natural de adquirirla, deseando saber mas.

La infancia conceptuada globalmente, es un período vital necesario, pues por su plasticidad, permite el desarrollo de todas las posibilidades que encierra el hombre en sus primeros años de existencia.

La infancia se concibe como una fase con individualidad propia dentro de la vida humana en lo somático, en lo funcional y en lo psíquico. Por lo tanto, se considera como una fase en proceso evolutivo de la vida.

La infancia cronológicamente considerada, es un período con características propias, determinadas e inconfundibles que empieza el día del nacimiento, hasta los doce años.

Para algunos, la infancia es un vocablo equivalente a niñez. Para las corrientes de origen anglo-sajón, la infancia comprende tres etapas sucesivas: primera, segunda y tercera infancia.

Para otros autores, la infancia es el período que va desde el nacimiento hasta la aparición de una función reproductora (pubertad), ya que su aparición trae profundos cambios y alteraciones considerables en el modo de ser personal.

Por lo tanto, la infancia es una etapa necesaria en la vida humana, cuya función biológica por su característica plasticidad, permite una plena evolución de todo lo que el niño encierra como posibilidad.

ETAPAS DE LA INFANCIA.

Primera infancia.- Desde el nacimiento hasta los tres años, es el período de los intereses perceptivos, motores y glósicos.

El primer período de vida, prescindiendo de los fenómenos de la vida vegetativa, se caracteriza por el predominio de las funciones sensoriales y motoras y por ello, el interés del niño se dirige principalmente hacia las actividades senso-perceptivas y al ejercicio de su posibilidad de movimiento. A este respecto, la primera infancia se subdivide en tres períodos:

a.- Período de los Intereses Perceptivos, desde el nacimiento a los ~~seis~~ u ocho meses.

b.- Período de los Intereses Motores, de seis u ocho meses, a los dos años.

c.- Período de los Intereses Glósicos, del segundo al

tercer año.

En el período de los Intereses Perceptivos, no es el aparato sensorial, sino la función, pues en último término esta etapa sensorial y perceptiva con que el niño debuta en la vida, no es sino una etapa de ejercicio, con el fin de llegar a establecer contacto con el mundo circundante, porque en el momento del nacimiento, solamente existen las necesidades orgánicas de oxígeno, calor, alimento, reposo, y bien pronto el recién nacido ve, oye, huele, es decir, concreta sus intereses sobre los datos de su vida sensorial.

Pasado un tiempo los intereses perceptivos continúan desarrollándose, pero no en forma exclusiva. Las necesidades de movimiento, que hasta entonces eran descargas motoras, incoordinadas, se armonizan cada vez más y tienden hacia finalidades útiles: aprehensión, marcha y lenguaje. Las percepciones pasan a segundo lugar, convirtiéndolos en móviles de acción. Este es el período de los Intereses Motores, en el que las adquisiciones de los sentidos no son apreciables por sí mismos, sino en la medida en que puedan suscitar su actividad. Los objetos no le interesan al niño más que en tanto puedan ser cogidos o palpados.

Para realizar estos actos voluntarios, es preciso que haya alcanzado cierta independencia de sus mecanismos motores y a la vez, una coordinación suficiente de sus elementos para que los movimientos se adapten a su fin. Los movimientos voluntarios y su repetición, determinan la organi-

zación de centros especiales de coordinación, de los cuales dependerán los movimientos habituales.

El lenguaje articulado es la última adquisición importante. Los intereses glósicos o sea, el interés por el lenguaje, se convierte en un hecho importante: pregunta, señalando con el dedo, almacena y repite sin cesar.

Según PEINADO ALTABLE, el nacimiento es la primera y más traumática experiencia de ajuste; sentirá desde ahora calor, frío y hambre; el sonido y la luz lo herirán.

La unión con la madre es tan íntima, que se considera "un binomio madre-hijo". La madre será fuente de alimento, cariño y protección y puede aparecer la primera angustia -- por el rechazo materno. La falta de ajuste de este binomio, acarreará desajustes en la personalidad del individuo y es tan peligrosa, como la prolongación excesiva de esta etapa. El niño poco a poco se irá separando de la madre, interesado por otros estímulos del ambiente.

Como va desarrollándose su sistema neuro-motor, necesitará libertad para ejercitarlo y adquirir experiencia -- propia, encontrando satisfacción y frustración, que aprenderá a tolerar para adquirir una conducta equilibrada. Lo que debe procurarse es más bien, equilibrar los estímulos -- para así no sobre protegerlo, porque puede provocar una fijación exagerada de la imagen materna o frustraciones exageradas, que son causa de una dependencia emocional.

En el segundo semestre de vida aparecen las imágenes--

secundarias: padre, hermanos, el mundo emocional del niño--
aumenta y el binomio termina.

De los dos a los tres años, la marcha y el lenguaje --
hacen al niño más independiente y se dedica a la investiga
ción del ambiente. Se afirma su YO y aparece la testarudez
típica del pre-escolar y se encuentra en cierto conflicto--
con el ambiente que se le ha ampliado de un momento a otro.
(16)

Segunda infancia.-- Abarca de los tres a los siete ---
años. Período de los intereses concretos.

En la segunda infancia predominan los intereses concre
tos. Dueño de sus percepciones y movimientos, le falta ex
perimentar directamente y por eso toma pleno contacto con
el mundo que le rodea. No se contenta con percibir impre--
siones, sino que obra por sí mismo, con finalidades bien -
definidas. Es la edad del coleccionista, del clasificador,
y del interrogador; constantemente está haciendo preguntas
y formulando sus innumerables ¿por qué?.

El mundo exterior que apenas le había interesado como
un estímulo para su actividad, ahora le interesa objetiva
mente y para conocerlo, necesita hacer mayor uso de sus --
funciones de adquisición, atención, memoria, asociación de
sus tendencias educativas, de la curiosidad, observación e
imitación. El juego es la actividad espontánea caracterís
tica de la segunda infancia. (6)

Según Peinado Altable, se enfrenta al conflicto del -

Yo y no Yo; querer y poder; autonomía y sumisión. Como dice FROMM: "tiene necesidad de trabar contacto, obtener --- aceptación social y necesidad de conservar su independen-- cia".

Aparece la desobediencia por el gusto de hacerlo; jue ga a desobedecer para ensayar con el ambiente. En este eta pa, el niño necesita una autoridad bien dirigida; un buen ejemplo, sobre todo por la tremenda capacidad de imitación y el premio y castigo bien ejecutado.

"Se integra a la familia y empieza a hacer amigos, -- aunque se alarma ante extraños y se presenta tímido. Su -- juego tiene una finalidad de descarga emocional; experimen ta gran placer en hacerlo y juega hasta quedar exhausto; - el juego le permite vivir en un mundo donde se ajusta ple namente, sin frustraciones. Es muy normal en él la distor sión de la realidad, constituyéndose en la medida del uni verso". (16)

Tercera infancia.- Abarca de los siete a los doce --- años. Período de los intereses abstractos.

La tercera infancia es una fase nueva y decisiva de - su evolución mental. Empieza el período de los fines abs-- tractos y al final del mismo, habrá adquirido la mentali-- dad del niño su completo desarrollo. Las imágenes sensi--- bles van a ser sustituidas por símbolos (escritura, lectu-- ra, dibujo, etc.). De los hechos adquiridos, el niño va a comenzar a inducir y gracias a asociaciones cada vez más -

complejas, ideas cada vez más generales, va a definir los hechos y a deducir de ellos consecuencias particulares. En una palabra, va a elaborar con los elementos que posee, -- porque en el período escolar ejercita sus funciones de com pre nsión, juicio, razonamiento, análisis y generalización.

(3)

Según Peinado Altable, en la tercera infancia el niño ya deja de fabular y adquiere un pensamiento lógico y se encuentra estimulado por la sociedad para que aprenda y se socialice.

Sufre un desplazamiento doloroso de aceptar; deja de ser el centro de la familia y termina por intuir su situación real. Perfecciona sus nociones de espacio y tiempo, -- modificando su actitud egocéntrica.

Hay una tendencia de liderazgo, organizando la pandilla y ya existe el juego con reglas internas para el grupo, grupo que lo forman individuos del mismo sexo. Hay por pri me ra vez un plan de competencia, sobre todo en el campo -- del rendimiento, que trae un nuevo conflicto: individuo-am bie nte, y que es una situación muy frecuente, pero in ju sta en las escuelas. (16)

LA PSICOLOGIA DEL NIÑO EN EL AULA.

Las palabras seguro y seguridad son necesarias para -- la salud mental y el crecimiento y desarrollo del niño, --

que en general influyen en su bienestar.

Las condiciones que amenazan la vida psíquica de los niños y producen sentimientos de inseguridad, son las preocupaciones, temores y tensiones.

En la escuela, la maestra debe ser amistosa y atenta con sus alumnos. Han de sentirse seguros de ella. Si es fría, indiferente o se dedica especialmente a controlarlos en sus faltas, desarrolla una atmósfera de incertidumbre; entonces, los alumnos se sentirán inseguros.

La seguridad o inseguridad social en el aula, depende también de la relación del niño con sus compañeros de clase. Los métodos sociométricos son útiles para descubrir en que medida son aceptados, dejados de lado o rechazados por sus compañeros. Una interpretación de los resultados, indica la seguridad o inseguridad de los alumnos en una clase dada.

DESARROLLO EMOCIONAL.- El objetivo fundamental de la educación, es inducir a todo niño a emplear sus capacidades. Esta tarea es muy compleja, debido a las variaciones de aptitudes y a los componentes de la personalidad de cada uno de los niños.

Las pautas de conducta utilizadas por un niño o por un ser humano cualquiera sea su edad, se basan en experiencias emocionales en relación con los demás. Las actitudes emocionales se desarrollan aprendiendo por la experiencia -

diaria qué conducta crea su tono emocional de confianza o de inseguridad.

MADURACION EMOCIONAL.- Un aspecto importante de la maduración emocional, consiste en un cambio gradual de la dependencia de los demás a lo que respecta a las satisfacciones personales, aceptando la propia responsabilidad en el logro de las experiencias y satisfacciones deseadas. El niño dá un largo paso hacia la madurez emocional, cuando asume responsabilidades. Ejemplo: elegir su propia merienda, dar cuenta del dinero empleado, aprender a controlar su comportamiento espontáneo dentro de las razonables exigencias de la realidad. Cuando esto se logra, el niño ha dado un paso hacia la aceptación de la responsabilidad de su propia conducta. La maduración emocional abarca también, la capacidad de controlar expresiones inaceptables de deseos y sufrimientos.

CARACTERISTICAS DEL ESCOLAR.- En la época escolar, el niño se caracteriza por la actitud que adopta frente al mundo, una actitud crítica y realista, sobria y manifestada con toda claridad. Se vuelve hacia el mundo objetivo, se interesa en la naturaleza y en la técnica. En cambio, no centra su atención en lo que respecta a los hechos y fenómenos psíquicos. La propia vida interior es por lo general inaccesible para los niños de edad escolar. En este período se perfeccionan las emociones que tienen por objeto el

conocimiento del mundo. El escolar es activo y requiere la intervención en las cosas.

Una enseñanza que respete el derecho de la actividad propia de los niños de este nivel, eleva el nivel del aprendizaje. De este modo se perfeccionan las funciones cognitivas.

CAPACIDADES DE LOS NIÑOS.- El maestro debe ser lo suficientemente capaz para distinguir entre la capacidad o el potencial de un niño y su rendimiento presente y probable en el futuro. Debe aprender a reconocer la manifestación de los diversos niveles de capacidad y a desarrollar ideas de como trabajar con ellos. Debe adquirir cierta noción del grado en que pueden y deben realizar planes a corto plazo y a largo plazo en diferentes edades y niveles; debe estar atento al modo de pensar y percibir cada alumno en diferentes edades y niveles.

APRENDIZAJE.- El término de inteligencia, tal como se usa habitualmente, significa capacidad para aprender o aprovechar las experiencias.

La carencia de experiencias tempranas, conduce a una forma bastante clara de atraso temporaria o permanente. Un nivel alto de estimulación adecuada, conduce a un desarrollo óptimo.

Un problema que puede presentarse en el aprendizaje, es la inmadurez y esto implica que las dificultades serán-

superadas con el paso del tiempo.

Aprender, significa capacidad para asociar ideas y captar relaciones. En el niño retardado está disminuída. El aprendizaje implica la capacidad de discriminar y esto lo podemos observar en las actividades tales como la lectura, en la dificultad de distinguir la b y p, y la capacidad para copiar del tablero.

EL RENDIMIENTO.- El éxito en las actividades, depende de la memoria y puede mantenerse a través de todos los años escolares. El rendimiento de los alumnos, podemos determinarlo mediante un test que determine el nivel de conocimientos.

CREATIVIDAD.- Los niños adolescentes creativos, son altamente individualistas; singulares en muchos de sus hábitos perceptivos, cognitivos o intelectuales; inclinados al comportamiento social informal y a una rica vida perceptual y emocional. El maestro en la escuela, puede alentar a los potencialmente creativos, a aceptar la individualidad dentro de los límites del bienestar general de la clase, reprimir en lo posible las tendencias hacia el conformismo, aceptar a cada niño como la persona única que es, aún si esta persona no es personalmente agradable.

Los niños que presentan dificultades en su adaptación personal, tienen formas especiales de conducta para satisfacer sus necesidades. Debemos prestar atención a los pro-

cedimientos de orientación infantil, para ayudarlos a adaptarse mejor.

Los niños agresivos han aprendido a través de su experiencia cotidiana, que los deseos e intereses personales pueden satisfacerse mediante la insistencia o la fuerza. La agresividad modificada, puede ser útil; pero la agresividad usada como norma de conducta, se basa en la suposición de que todo pedido será rechazado. En algunas situaciones será necesario exigir enérgicamente, pero en otras esa actitud engendrará resistencia y no se obtendrá el efecto deseado.

Los niños que emplean una conducta agresiva cuando sus deseos no son satisfechos, adquieren un sentimiento de fuerza y poder al forzar a obedecer a las personas que los rodean. A veces exigen privilegios que ni siquiera son importantes para ellos. Lo hacen porque necesitan asegurarse que tienen el poder para lograr lo que desean. La formación de grupos apropiados, puede resolver este problema.

Un agresivo necesita otro agresivo a quien respetar, un líder. Los niños agresivos, en el fondo son niños atemorizados.

NIÑOS PASIVOS.— La conducta tímida o pasiva se desarrolla en un ambiente que dá gran énfasis en la conformidad, sin compensarla con experiencias de esparcimientos espontáneos y libre de preocupaciones.

ETAPAS DE LA INFANCIA SEGUN FREUD.- Existen otras etapas en el desarrollo infantil determinadas por la libido, - que es la energía sexual de la que están dotadas otras zonas distintas de las genitales en la niñez y que producen placeres específicos, funciones vitales como la ingestión de alimento, regulación excretora y movilidad de los miembros. Estas etapas son anteriores a la sexualidad infantil genital que se mantiene más o menos latente a través del desarrollo. (10)

Fase autoerótica.- El infante encuentra el goce sexual en cualquier parte de su cuerpo. Según Rank es el trauma del destete y cuando éste se produce rápidamente, quedan ligados a la madre y al no vencer el trauma, serán neuróticos.

La fase sádico-bucal u oral.- La excitación de la mucosa bucal al ingerir alimentos y luego la de los labios por el chupeteo, que provocan emoción placentera.

Aparece el período sádico-anal, en que la zona erótica será la zona anal y la defecación producirá placer. Esta aparece hacia el segundo año de vida.

En los primeros años de la infancia, paralelas a las fases anteriores, aparece el complejo de Edipo, en que la libido se produce hacia la madre, desarrollando impulsos hostiles hacia el padre. Cuando estos son hacia los hermanos, se le denomina Complejo de Caín. Hay períodos de inversión del Edipo en el caso de varones y en las niñas la-

inversión del Complejo de Electra, que sería amor exagerado hacia la madre y odio hacia el padre.

En el período escolar se encuentra un estado de latencia sexual, debido a la formación ambiental y a la educación. Aparece "pudor, vergüenza y repulsión". En esta etapa nueva, cierta libido se localiza en los genitales de los varones. Freud la llamó período de "primacía fálica": no están determinados los términos macho o hembra, sino el de poseer "pene o "ser castrado"; aparece en el niño el complejo o miedo de castración y en las niñas envidia del pene.

En la pubertad aparece una nueva fase de autoerotismo con satisfacción: la "onanista y masturbadora" paralela a una profunda transformación corporal. La libido puede estar proyectada hacia sus hermanos y pueden ser notadas relaciones eróticas entre ellos. El autoerotismo lleva implícita la homosexualidad. (16)

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INFANCIA.SINTESIS.

En el aspecto somático, es posible señalar en primer término, el tamaño reducido del niño en relación con el adolescente. El paso de la infancia a la adolescencia se marca por una serie de importantes cambios, entre los que se destacan: un aumento en todos los diámetros (talle, perímetro torácico, peso).

El esqueleto de un niño y de un adulto difieren en -- que el del niño posee la cabeza y el tronco más grandes y las piernas cortas. Esta proporcionalidad de los distintos elementos, varía a través de las distintas edades.

Las diferencias en el campo fisiológico son también -- notables: en primer lugar, destaca en la infancia el hecho de que el niño no es apto para la procreación. La pubertad marca el momento de la madurez sexual; se producen enton-- ces intensos cambios anatómicos y funcionales que abarcan-- amplias esferas de la vida psíquica.

La vida sexual no es el resultado exclusivo del fun-- cionamiento de las glándulas sexuales, ni afecta solo a -- esas, sino al conjunto del sistema endócrino y muy espe-- cialmente a la hipófisis y tiroides. La hiperfunción de -- las glándulas suprarrenales, producen la pubertad precoz -- acompañada de la aparición de los caracteres secundarios.

La actividad relativa de los dos aspectos del metabo-- lismo, el constructivo (anabolismo) y el destructivo (cata-- bolismo), es diferente en la infancia, pues predominan los procesos anabólicos sobre los catabólicos.

La actividad metabólica se presenta como un conjunto-- de fenómenos químicos de tipo oxidación y tales procesos -- dependen de la acción de diversas hormonas, principalmente la tiroxina. De modo que la cifra referente al metabolismo basal mide indirectamente, la actividad de la glándula ti-- roidea.

La conducta humana está determinada en gran parte por el tipo de equilibrio hormonal. Las glándulas de secreción interna influyen no solo en el funcionalismo somático, sino también en el psíquico. Del funcionamiento de la tiroi-des depende no solo la evolución corporal y el metabolismo basal, sino la evolución mental y el equilibrio afectivo - emocional. Si durante la gestación o la infancia, la secreción tiroidea es insuficiente, puede afectar grandemente - o intensificarse en grado notable el desarrollo intelec--- tual, produciéndose entonces apatía y pereza psíquica y -- además, detención de la evolución sexual, por lo cual la - libido perdura en forma de manifestaciones infantiles más- tiempo de lo normal.

El exceso de secreción tiroidea, por el contrario, -- acelera el proceso de la maduración sexual y provoca preco- cidad en la orientación libidinosa, dando al mismo tiempo- cuadro de inestabilidad psíquica, entendiendo por inestabi- lidad psíquica un modo de ser o un estado caracterizado -- por la tendencia a rápidos cambios en el equilibrio afecti- vo-emocional. Este equilibrio depende de factores endóge-- nos y exógenos.

El ser humano es un dispositivo que reacciona al im-- pacto de los estímulos externos y acciona a impulsos de -- fuerzas que emanan de su interior y el equilibrio se obtie- ne como resultado de ambas fuerzas.

estimuladora y la inhibidora. Por lo tanto, los estímulos-internos son de dos tipos: de hacer y de evitar (que es un modo de hacer) positivos y negativos.

No se nace con la conciencia formada, ésta se va formando durante la infancia, nacemos con necesidades o impulsos para satisfacerlos.

P U B E R T A D .

"Carente de individualidad psicosocial, el niño de 11 o 12 años, únicamente muestra definidos los rasgos de la especie, sin haberse borrado por completo el egocentrismo-infantil, y teniendo un sentimiento difuso del YO y como elemento de transición aparece una personalidad ambivalente. Únicamente se ocupa de lo inmediato y le sirven de punto de referencia las categorías de espacio y tiempo que ha adquirido, y maneja con mucha impropiedad la inducción y la deducción. Solo lo real es permanente para él. Sin embargo, esto no dura mucho, casi sin prelude, la seguridad de la tercera infancia se cambia por inquietud y desconcierto. Se dá cuenta que en él se está produciendo un cambio y que se enfrenta ante un mundo incomprensible.

Los primeros signos de la pubertad corresponden al crecimiento físico: muscular, óseo, peso, metabolismo, etc. El corazón, por ejemplo, crece con rapidez hasta alcanzar su peso máximo a los 16 años. Este período se inicia en --

los niños a los 12 años. Los estudios clínicos demuestran que las modificaciones de la estructura psicológica tienen lugar aproximadamente a la par de los cambios físicos.

La pubertad, o sea la instauración concreta de la capacidad de reproducción, está precedida por una fase prepuberal que dura 2 o 3 meses. La pubertad se inicia cuando el crecimiento vertical llega a un punto en que cesa su aumento de velocidad, e individualmente, el desarrollo general está influenciado por las condiciones de ambiente, así como por la constitución del individuo.

Según las últimas apreciaciones, se ha podido establecer que para la raza blanca, la pubertad es más precoz ahora que a principios del siglo y se imputa este fenómeno a la mejor alimentación, higiene o a la interacción entre los individuos que crean cambios concomitantes en la evolución biológica y psíquica; y según la Dra. Josselyn, la precocidad o el retardo anormal de la pubertad se debe, en la mayoría de los casos, a disturbios emocionales.

Junto a los caracteres sexuales secundarios modificados, se destacan los que se verifican en los órganos sexuales, por ejemplo: el ovario, el útero, el testículo, alcanzan casi su peso de adulto.

"El desarrollo de los órganos sexuales primarios es de gran significación en el desarrollo físico de la adolescencia. Con frecuencia se supone falsamente que el comienzo de la menstruación es un indicio de madurez física en -

la niña. De un modo típico, en el momento del comienzo de la menstruación, los ovarios han alcanzado un 30% del tamaño adulto. El desarrollo completo tanto de los testículos como de los ovarios, se alcanza después de completado el período de máximo crecimiento en altura y por lo tanto, un considerable tiempo después de que se tiene en cuenta, --- cuando se parte de manifestaciones exteriores. El óvulo anterior de la glándula pituitaria produce una hormona que gobierna el crecimiento y funcionamiento de los ovarios y testículos. Cuando la glándula pituitaria segrega esta hormona en cantidades suficientes como para estimular el crecimiento de las glándulas sexuales inmaduras, los ovarios y los testículos comienzan a producir en el hombre y en la mujer, una hormona sexual.

La hormona femenina estimula el crecimiento de los -- caracteres sexuales secundarios, así como de los órganos -- sexuales primarios. Análogamente, la hormona masculina estimula el desarrollo de los caracteres sexuales secunda--- rios y de los órganos sexuales primarios masculinos". (19)

Estos cambios, desde el punto de vista de la especie, asegura la procreación; en la ontogénesis se plantea en el pubescente, el problema del individuo, de su lugar en la -- sociedad y en el mundo. En las sociedades primitivas o sub -- desarrolladas, la crisis puberal se la considera la inte-- gración al grupo adulto; en las sociedades desarrolladas -- se convierte en una fase más de la edad evolutiva.

En la temprana adolescencia, el desarrollo del Yo se acelera demostrando en el aumento de la capacidad de adaptación y confianza acompañada de un impulso de maduración. Asume responsabilidades dentro del marco de su realidad, - que pueden diferir de la de los mayores, estableciendo una diferencia de valores que pueden establecer la existencia de conflictos profundos en la relación del niño con los -- adultos. El niño a esa edad, rechaza aquellos aspectos de la realidad que no le agradan y trata de eludirlos si puede, y si esto no es posible, se adapta de la manera que para él es realista.

La pseudo madurez se hace mucho muy llamativa, aún -- cuando se le observa en contraste con el comportamiento total del niño, en el deseo de crecer cada vez más y ofrecer una caricatura de edad adulta que al final le dá una sensación de inseguridad.

En este período, los tests indican un aumento de la - destreza manual y del control muscular y un aumento de la sensibilidad en general; el adolescente es más receptivo - frente a todos los estímulos. En esta etapa de la adolescencia, la sociedad espera del niño responsabilidad y una exitosa adaptación a las exigencias de la realidad. Esta - es una realidad frustrante, ya que la misma sociedad actúa de una manera contradictoria y nuestra sociedad, pese a su teórico respeto por la individualidad, tiene tendencias a juzgar a los individuos de acuerdo al criterio de normas -

estadísticas.

Las presiones sociales tienen repercusiones particulares sobre algunos adolescentes. La adolescencia no es un período cronológico, sino que representan un lapso fisiológico y psicológico, debido a que la velocidad de maduración varía en los diferentes individuos y es casi imposible establecer el comienzo de la misma. Las variaciones en las características de crecimiento, crean problemas al individuo, no solo debido a la tipificación de nuestro programacultura, sino también a la relación del individuo con el grupo que tiene la misma edad cronológica. La solución quizá radique en el reconocimiento por parte de los adultos de las diferencias individuales, en la velocidad de maduración emocional y en la necesidad de que se preste ayuda al púber que se aparte de las normas.

El estímulo significativo en el confuso comportamiento del adolescente, es indudablemente, el cambio biológico que se establece a través de la modificación de la estructura corporal y que produce un impacto igualmente fuerte sobre el equilibrio psicológico.

La estructura psicológica del adolescente es el resultado complejo producido por múltiples aspectos de este proceso: Debe evaluarse en la dinámica de su presente y ver con claridad sus objetivos, ya sean verbales o prácticos; tiene que fijarse valores que serán propios y de acuerdo con los cuales siente que tendrá que vivir.

Durante la adolescencia, lo más importante es recibir seguridad desde el exterior, tanto en el aspecto físico como en el emocional; los padres son la fuente de esa protección, que si es impartida adecuadamente, ayuda a que el púber se sienta seguro. Una vez que se sienta seguro y hayasido ayudado a dominar la situación, obtiene su independencia a través de la seguridad.

Tan variados son los estímulos propio y viscerosceptivos, que de pronto se manifiesta un interés inusitado por la propia figura y con ello se abre una nueva fase de desarrollo. Según MERANI "Vive la sorpresa de su cuerpo que se transforma, de una función que se organiza, pero no son realidad las transformaciones morfológicas que dan al ser la característica del sexo, el núcleo de su preocupación. No escaparon a la curiosidad del niño y no provocan, como tantas veces se afirmó, un sentimiento de monstruosidad; no descubre la diferencia entre los sexos que de hecho no ignoraba, sino la importancia social de esa diferencia y el valor de la prohibición que los separa".

MENDOUSSE le denominó "edad de la desgracia", en la que se produce reserva íntima de la consideración social a su ensanchamiento de caderas, abultamiento de sus senos, etc. Señala una desadaptación social frente a los adultos y a los púberes del otro sexo y por eso, las bandas de púberes unisexuales. "Aislamiento, fanfarronería y hostilidad; traicionan por la ignorancia del ser, la propia vocación -

sentimental".

ROUSSEAU afirma que una gran inquietud precede a los primeros deseos y una gran ingnorancia defrauda, "se desea sin saber que". (4)

La pubertad compromete el equilibrio individuo-medio de la tercera infancia, desconoce las medidas de sus medios y el subjetivismo afectivo y la extremada sensibilización afectiva lo mantiene en una constante inquietud, porque puede tener una confianza o desconfianza desmesurada en sus medios y porque es susceptible a la exaltación o de presión. Es una situación inquietante entre realizar lo imposible de sus sueños y la desconfianza de sus posibilidades, que se debe a la falta de conocimientos y por esto toma de modelo a un adulto de prestigio. "Adaptación incondicional de algo y rechazo irracional del resto, forman la constante que dirige las tendencias psíquicas del púber y que se manifiesta tanto en lo real como en su imaginación" (19)

El significado de mayor repercusión en la afectividad del púber es el descubrimiento del camino que lleva al descubrimiento del Yo. El púber reconoce el valor de la realidad y del sueño, pero además, comprende que la posibilidad de acción en el sueño es ilimitada, que rechaza o acepta según la presión socio-cultural. La subjetividad se transforma con el conocimiento de las cosas al demostrarse el púber que el mundo es el dominio de las necesidades. Ade--

más, el púber ha dejado de ser el centro del mundo, pero - sin estar todavía sometido a la legislación del universo; - requiere un principio de cohesión como unidad y continui-- dad para ser capaz de pensar en las cosas y en sí mismo, - es decir, que dé por resultado el principio de libertad; -- sentir potencia de creación y destrucción; la decisión de- elegir depende de él mismo y puede cambiar los hechos obje- tivos y subjetivos. Al adquirir consciencia de la libertad individual, el púber encuentra la afirmación elemental del YO y según WALLON "es sentimiento de libertad, porque es - capacidad de reflexión. Al sentirse observado por los que - rodean, se ve obligado a observarse a sí mismo".

"El descubrimiento de la capacidad de reflexión es -- punto de partida de la adolescencia, pero en la medida que significa una continuidad de la pubertad, representa el -- descubrimiento de posibilidades insospechadas de lo subje- tivo y de lo objetivo, del análisis del YO y de las "cosas" que confluyen en el descubrimiento de la unidad universal: HOMBRE, síntesis indicadora del valor intelectual de la -- libertad". (4)

La estructura psíquica del adolescente es el resulta- do de los múltiples aspectos de este período. La estructu- ra fisiológica se desarrolla dentro del marco de las nor-- mas de adaptación, de las exigencias de sus necesidades -- presentes, de las exigencias de la sociedad en que vive y- de la presión de alcanzar el exigente objetivo que se plan

tea para el futuro. Para comprender al adolescente, debe comprenderse la significación de su pasado, debe evaluarse la dinámica de su presente y deben verse con claridad sus objetivos, ya sean nebulosos o prácticos.

La subjetividad del púber es diametralmente opuesto a la del adolescente o del adulto. El púber encerrado en el círculo de la sensibilidad orgánica agudizada, queda a la mitad en el esfuerzo por asir los fenómenos reales; la definición sexual que pone al hombre y a la mujer en planos tan distintos en lo biológico y en lo social.

La ambigüedad de los conductos sociales y sexuales caracterizan la forma interna y externa del desarrollo mental, repercuten una sobre el otro, porque recíprocamente son acciones interactuantes y esto constituye la última fase puberal.

En conexión directa con lo sexual, esta inestabilidad se refleja en la relación de los sexos y en las relaciones autosexuales que son iniciadas. La masturbación en la edad puberal no es un mero goce físico solitario, ya que está compensado por imágenes heterosexuales: la realidad que -- les falta, la sueñan". (19)

Descubrir el "sentimiento del Yo" en los comienzos de la segunda infancia, significa transformar la personalidad en AXIS MUNDI de circuito externo, físico y social. El púber descubre que el mundo físico-social con sus leyes objetivas, posee una consistencia que no depende de su acción-

gnosica. DEBESSE representa la liberación del sentimiento-del Yo y con ese, afirma la identidad de personas y cosas, con lo que entra en camino de la socialización y racionalización; es una fase de transición que va de lo concreto a lo abstracto.

La experiencia sucesiva y repetida crea la síntesis mental de gestos apropiados y ordenados, gracias a los cuales la inteligencia en su forma práctica comienza a prevalecer en la medida que las situaciones complejas requieran la aplicación de experiencias.

El púber empieza a manejar concepciones, como causalidad, universal; la apreciación de fenómenos físicos aislados; la aprensión causal, no empírica, como instrumento del pensamiento, y al aplicar a la valoración de los mismos el sentimiento de libertad, se inicia en el convencimiento de la ley natural. Cuando esto sucede, podemos decir que sin haberse terminado la pubertad, se inicia la adolescencia.

Otros apuntes sobre la pubertad son los que hace --- GESSELL sobre el sueño: "el púber sigue yéndose a dormir por mandato de sus padres y no porque se dé cuenta que lo necesita. Generalmente duerme 9 1/2 horas. La relación con sus padres es menos íntima y confiada que antes y empieza a buscar amistades fuera del ámbito familiar. En cuanto al enfoque ético, lo hace de una manera más realista y juiciosa; está generalmente influenciado por el grupo, a quienes defiende mediante mentiras piadosas. Empieza a intere-

sarle la significación que tenga para los demás su conducta y le gusta investigar las reacciones de los adultos mediante alguna mala acción de poca importancia". (4)

A D O L E S C E N C I A .

El conocimiento de la adolescencia como fase específica del curso de la vida, puede afirmarse que se halla en una etapa de exploración, porque hasta hace poco se la estudiaba tomando como arquetipo al adulto y tomando a la adolescencia como simple antecedente o preparación.

Ante la menor observación del adolescente, se descubre la falta de estabilidad en sus manifestaciones y en su conducta social; se puede decir que tiene una personalidad plural, porque al transcurrir un solo día, el adolescente nos sorprenderá con reacciones características extrovertidas e introvertidas. Así mismo, encontramos etapas en que junto a manifestaciones viriles, encontramos manifestaciones femeninas; o reacciones infantiles junto a adultas. Sobre su desenvolvimiento influenciarán el sexo, medio económico, género de vida, ambiente familiar y mucho más las variaciones que producen la herencia, características raciales, clima, etc. Lo que podemos determinar en su comienzo por los cambios anatómicos, es imposible determinar su final y más bien se confunde con la juventud.

Es manifiestamente ridículo considerar igualmente desarrollado a un individuo que a otro, o los tres factores-

en un individuo: social, morfológico y psicológico, aunque estos tres factores sí se influyen entre sí.

Por término medio, las niñas van delante de los niños en lo que se refiere a madurez en general. Se diría pues, que la diferencia sexual reside en el factor de madurez general. Los resultados publicados por DOUGLAS en 1960, encontraron que el adolescente precozmente desarrollado sexualmente, tiene mejor puntuación escolar.

Al mismo tiempo que el apetito sexual, se despierta en el adolescente la curiosidad, constituyendo tres etapas:

Primera etapa: Masturbación. Se ha comprobado que del 80 al 90 por ciento de los varones se masturban y que normalmente lo dejan de hacer al comienzo de la juventud. Es un fenómeno natural y más bien se puede hacer mucho daño al amenazar al adolescente para que no lo haga, porque lo va a volver a hacer y se puede crear un tremendo complejo de culpa. Es realmente importante para el desarrollo del YO porque le permite familiarizarse con su cuerpo.

Segunda etapa: Se considera la del homosexualismo y es por lo general, la masturbación practicada por el partenaire. De una manera o de otra, el homosexualismo es de gran peligro para el adolescente, porque se crean muy fácilmente hábitos que pueden producir además de complejo de culpa, impotencia.

Tercera etapa: La constituye la actividad normal o heterosexual. La función de reproducción plena propia del --

adulto. Además, hay que referirse a la prematura actividad sexual adulta en el adolescente, que no solo peligra por el contagio de enfermedades venéreas, sino que una torpeza -- inicial, puede producir una impotencia. Debe haber por lo tanto, una adecuada educación sexual, además de una normal convivencia de ambos sexos desde la infancia. (16)

Ahora vamos a tratar las etapas sexuales del adolescente según el psicoanálisis. Como el YO del adolescente -- no está completamente definido y está en lucha con el SUPER YO y el ELLO, con la aparición de los instintos sexuales que están conformados por la experiencia infantil y -- que se encuentran en el ELLO, se producen por lo consi---- guiente, signos regresivos.

Primero: regresión sádico-oral en la adolescencia. Esta etapa la localizan en la pubertad y consideran que se -- manifiesta en el interés sobre la comida. Los psicoanalistas lo consideran así porque el apetito varía, por lo tanto, el apetito exagerado no es necesidad del desarrollo -- morfológico.

La segunda etapa es la regresión sádico-anal: aparece en forma irregular y mezclada con manifestaciones de otras etapas del desarrollo psicosexual. Se demuestra en la vergüenza que tiene el adolescente para averiguar donde se en encuentra el baño. Esto, los psicoanalistas lo consideran -- una represión a la expresión franca del placer sádico-anal. La idea de suciedad e indecencia que tiene una adolescente

sobre la menstruación es, además de una influencia cultural, una demostración de un disgusto consigo misma y su madre por carecer de pene. Por último, consideran la constipación como una reacción contra la incontinencia fecal.

La tercera etapa es la sexualidad fálica o masturbación, que ya se ha explicado anteriormente. Aunque hay que anotar que ellos insisten en que, aunque al adolescente -- nunca se le hay dicho nada respecto a lo dañino que puede ser la masturbación, el sentimiento pecaminoso y de temor aparece igualmente. Además, el adolescente experimenta gran fantasía y algunos empiezan a tener relaciones heterosexuales muy temprano, como en los períodos edípicos.

Al adolescente le hace sentir muy avergonzado el experimentar la erección del pene en circunstancias inoportunas y esta es causada por su fantasía y por incrementado - instinto sexual. Con el desarrollo de tipo romántico se empieza a concertar las primeras citas y la primera sexualidad es verbal: hablan sobre temas profundos de filosofía - del sexo, o chistes verdes luego que empieza el juego sexual de la pareja. Pero el contacto sexual no es todo lo - agradable esperado por el adolescente: el varón tiene que valerse de una prostituta y no es un comienzo satisfactorio, y la muchacha está completamente presionada por los - principios morales y culturales de su formación y más por el peligro de concebir un hijo.

SPRANGER distingue un amor erótico que es predominan-

temente psíquico y de carácter estético. Tiene lugar una especie de unión mística y se produce únicamente en la zona imaginaria, o sea, contemplativa, no en la forma de apetito real de posesión. Es un entusiasmo por la belleza, pero no solo física, sino también como expresión del alma y en esta edad la sexualización de lo erótico lo destruiría y viceversa, o sea que no ha llegado a su madurez, que consiste en la unión de los dos.

El amor erótico no esté limitado por sentimientos religiosos o políticos, por eso la amplitud de aceptación -- del adolescente. Claro que el amor erótico también empieza por la atracción de la belleza física y lo malo es que muchas veces un cuerpo bello no tiene una alma bella y el -- adolescente, al darse cuenta de ello experimenta un terrible desengaño de su "ideal". En cambio, hay casos de personas feas pero que resultan bellas tan pronto hablan, transparentando su interior.

Por último, el adolescente en esta etapa de transi---ción y pluralidad, tiene como uno de sus principales objetivos, traducir sus sensaciones y percepciones sexuales en un comportamiento sexual adecuado. Por esto preguntan y curiosean constantemente, no por diversión.(6)

El adolescente debe aprender a sentirse tranquilo en su nueva envoltura y a controlar sus impulsos sexuales como parte de su higiene mental y el adulto no lo comprende así, ha olvidado esta etapa tan difícil por los cambios --

profundos que tiene y por la consciencia que se debe tener de ellos. En vez de ayudarle, se le presiona para que se independice, se establezca como un adulto, etc.

Un proceso normal de adaptación -para sobreponerse a las regresiones sádicas- supone buscar a quien amar fuera de su familia, y el amor hacia sus padres debe transformarse en uno más bien amistoso y en un plano de igualdad, como buenos amigos.

Ese amor que va a verter fuera de su casa está determinado por el amor que recibió de niño: un adecuado amor maternal bien entrenado para controlar sus necesidades, --evitar la tendencia homosexual por la frecuente estimulación anal y por una adecuada educación sexual a través de su desenvolvimiento.

El varón es agresivo, directo, sin complicaciones, --con la comprensión clara que la sexualidad y el romance --van juntos. El varón se diferencia de la mujer no solo por la diferencia educacional, sino por su base biológica: ---cualquier célula puede ser identificada como perteneciente al sexo masculino o al femenino. La adolescente no anhela el amor sexual al comienzo y más bien lo reserva para una figura ideal. Las adolescentes son emotivas; ellos más ---bien objetivos; a una joven la entrega sexual le produce --la mayoría de las veces desamparo, por la posibilidad de --que nazca un hijo. No ocurre cuando están muy seguras del amor de su pareja.

Además, el hombre y la mujer tienen muchos atributos--considerados apropiados para el sexo opuesto y tiene su base fisiológica en el funcionamiento hormonal. La actividad física es característica en el hombre, pero la mujer necesita de mucha para el trabajo doméstico. La ternura es típica en la mujer, pero también el buen padre es muy tierno.

El adolescente se encuentra con una sociedad organizada, formada y muy compleja, que está de acuerdo al criterio del adulto y no al criterio del adolescente. No encuentra en ella su anhelo de la existencia de comunidad, existen solo fugitivos contactos. No tienen soltura ni libertad, todo está regulado. Por último, no le dejan vivir la vida como anhela, debe adaptarse a ella casi sin ayuda externa y sin conocimiento de los medios y la conocida inestabilidad biopsíquica hace muy difícil su adaptación y en caso de no lograrlo, se frustra.

La lucha social en esta edad se debe al impulso del "querer valer". Primero es el impulso de "querer imponerse" a los demás, que es tan primitivo como la conservación. Se haya tan ocupado consigo mismo, que exigirá atención y espacio para sí mismo, antes de abrirse a los sentimientos de amor y abnegación. Fanfarronea con gusto especial para no ser ridiculizado como dechado de perfecciones y siente gran preferencia por contar cuentos imaginarios, sobre todo aventuras con el sexo opuesto.

La realidad del adolescente es muy diferente a su es-

timación. Aún con la más amplia libertad seguirán siendo - nada sus limitaciones hacia el presente; su voluntad no es firme, ni su juicio seguro. Sus planes aventureros encallan en su impotencia.

En el plano ético la tensión se haya más relajada, me nos dogmática; distingue mucho mejor entre el bien y el -- mal y a los 16 años, con una formación más completa, se -- torna su sentido ético más flexible, pero más estable. (3)

EL ADOLESCENTE, UN SER EXTRAVIADO.

"En el complejo mundo de los adultos, el adolescente-- es un ser extraviado; va a la deriva, está expuesto a to-- dos los peligros, es visto hostilmente y carece de la posi-- bilidad de recibir ayuda de nadie.

La organización social, en apariencia tan perfecta, - no da cabida a los adolescentes. Toma en cuenta y les da - preferencia a los niños, los que son objeto de toda suerte de miramientos. La medicina tiene una rama dedicada a --- ellos; hay centros hospitalarios especializados en su aten-- ción y el Instituto Nacional de Protección a la Infancia - reparte millones de desayunos escolares entre los pequeños.

Pero, ¿quien se ocupa de ellos cuando han crecido? Es como si desde que salen de la niñez hasta que entran en la juventud no existieran y la adolescencia, edad intermedia-- entre ambas, es más crítica que la niñez. Los resultados - se hallan a la vista: el número cada vez mayor de actos --

anti-sociales y en ocasiones francamente criminales, efectuados por jóvenes cuya edad fluctúa entre los 13 y los 17 años.

Su agresiva actitud frente al mundo que se olvida de ellos, parece ser una especie de venganza!"

EL PROBLEMA DE LOS PADRES.

"Cerca de un 80% de los niños que se atienden en el -- Hospital Infantil, carecen de padre o éste ha dejado abandonada a la familia o bien por vivir irresponsablemente -- (borracho, o que golpea a la esposa y a los hijos y gasta en parrandas sus ingresos) carece de valor. Esto sucede generalmente entre personas de bajo estrato social, aunque -- no siempre económico.

En consecuencia, esos padres no están en aptitud de -- ayudar a sus hijos, primero: porque ellos mismos requieren de ayuda para poder estabilizarse y ver el mundo en su -- real dimensión; segundo, porque ni siquiera sospechan la -- crisis que vive su hijo adolescente.

Esta falta de sensibilidad ante el problema de los jóvenes, no debe achacarse solo a personas de bajo nivel cultural; aún los profesionistas o personas que han seguido -- cursos universitarios, parecen no advertir las circunstancias adversas que rodean a los adolescentes.

A veces, los padres no quieren ver crecer a sus hijos;

desean que sigan siendo niños, frente a quienes la autoridad paterna sea un todo monolítico. El resultado triste es que esos padres, antes que otros, pierden toda autoridad - ante los hijos; sus gritos, sus amenazas, sus injurias, dejan impávidos a los adolescentes.

Excepto un número muy reducido, los padres mexicanos no están en posibilidad de ayudar a sus hijos, porque ellos mismos necesitan ayuda, o no comprenden a los adolescentes o les tienen miedo.

Existe en México el Instituto Nacional de la Juventud Mexicana y el Dr. Urdapilleta sostiene que bien orientado, podría servir extraordinariamente a los jóvenes, pero por ahora no tiene esa calidad, ya que su concepción como instrumento político ha deformado esas labores.

El Dr. Urdapilleta está convencido de que se pueden encauzar los anhelos y actividades de los adolescentes en los deportes, artes, labores sociales, etc., pero por ahora nada de eso se hace o por lo menos, no se hace en la escala suficiente. El Instituto Nacional de la Juventud Mexicana no actúa aún en nivel nacional.

En lo que respecta a los adolescentes, el Estado solo parece reconocer su existencia cuando organiza partidas policíacas para tratar de reprimir (aunque sin lograrlo) el auge del pandillerismo. Excepto para recibir injurias y -- golpes (real o simbólicamente de sus padres y del Estado)- el adolescente no existe.

Cuando el adolescente se asoma al mundo, descubre algo que le desazona: hay una notable contradicción entre la realidad y sus enseñanzas religiosas, escolares y familiares. Obtener mucho, lo más pronto posible y con el mínimo de esfuerzo: esta es la fórmula mágica a la que todos aspiran. Pocos la encuentran, son aquellos que realizan sus -- anhelos de golpe, merced a la fortuna económica fácil, adquieren fama y respeto.

La inversión de valores es fenómeno mundial, aunque -- en México, posee características propias. La Revolución Me-- xicana y los movimientos políticos bruscos que trajo como-- consecuencia, dieron un vuelco a la sociedad. Hombres ru-- dos, que mal sabían leer y escribir (o que ni siquiera po-- dían hacerlo) ascendían a la cima y lo tenían todo: cele-- bridad, respeto y dinero.

El adolescente siente que tener dinero no importa co-- mo, es lo más importante, es hacia lo que se debe ir. El -- rico, el triunfador, es admirado; el pobre aunque sabio, -- es solo objeto de repudio. Nada cuenta, ni moral ni ética; cuenta solo el resultado económico de lo que se haga.

No todos los adolescentes tienen este criterio. Los -- padres cuando lo son en realidad, ayudan a sus hijos a ver lo que hay en el fondo de las cosas, pero hay también pa-- dres que por su propia aberrante visión, desorientan defi-- nitivamente a sus vástagos.

En el momento que descubre esa situación --**expone** el-

Dr. Urdapilleta- el adolescente está solo, no tiene a quien recurrir. El mundo es en apariencia, la sórdida lucha encaminada a enriquecerse lo más pronto posible, no importa el medio. El joven queda alelado y después trata de salir adelante en esa especie de selva en la que todos son rivales y enemigos de todos. En su opinión, a eso se debe el fracaso de tantos. Su visión de las cosas es equivocada.

¿Y quien les presta atención? Nadie. Recurren pues, a sus propios compañeros que están tan desorientados como -- ellos mismos y si entre ellos hay alguno que sea más fuerte (y que psicológicamente supla a un padre poco preparado débil o desatento) van en pos de él con objeto de reafirmar su personalidad y de conseguir la fortuna fácil.

Es así como se integran las pandillas. En ocasiones, sus miembros solo se conforman con hacer algo (travesuras) que los ayude a fijar su personalidad. Otras veces, incurren en actos graves, en verdaderos delitos.

Pero -insiste el Dr. Urdapilleta- la culpa no es de ellos; es de todos nosotros, de la sociedad, que en un momento crítico los dejamos solos y les permitimos extraviarse.

Hay otro factor de suma importancia en el cual fija su atención nuestro entrevistado: el sexo. El adolescente mexicano adquiere al respecto, conocimientos de sus propios compañeros que saben tan poco como él. En las conversaciones entre muchachos (que se reproducirán después en -

los adultos), el sexo es algo sucio, inmoral.

Recuerda el profesional algo que a últimas fechas pro-
lifera en México: las revistas morbosas donde abundan las-
fotografías de mujeres desnudas y los relatos que bordean-
las fronteras de lo pornográfico.

A través de todo ello, la mujer se convierte en una -
especie de robot apetitoso, carente de sentimientos. Obte-
nerla, es cuestión de casi magia: hay que hallar el botón-
secreto que la doblega al hombre. En las charlas entre mu-
chachos, cuando alguien comenta sus aventuras con una sir-
vienta, por ejemplo, los demás le preguntan como lo consi-
guió. Creen que todo depende de esa fórmula y que la mujer
aparte de producir satisfacciones materiales, no es nada -
mas.

El Dr. Urdapilleta afirma que ese pobre concepto de -
la mujer no se altera con el crecimiento de los jóvenes, -
ni siquiera con el matrimonio. Hay muchos que aún después-
de casarse, no conceden a la mujer ninguna calidad humana,
es para ellos un simple satisfactor.

De ahí el cada vez mayor número de matrimonios fraca-
sados en nuestro país; los hombres no llegan a entender --
que la mujer, la esposa, es una compañera con la cual de--
ben vivir; la ven como un instrumento placentero a la que-
no se le dan cuentas de nada, o a la que, si así lo siente
se le puede insultar o golpear.

El Dr. Urdapilleta señala que, en el propio hogar (no

en todos por fortuna), el niño adquiere ese falso conocimiento de la mujer. Ve como su madre es vejada y como el padre se emborracha, no le da dinero, se pasea con otras mujeres, etc.

Las jóvenes también nutren sus conocimientos en las revistas de moda, llegan a creer en la existencia de príncipes encantados (que pintan las historietas especializadas) y su encuentro con la realidad será doblemente doloroso y creerán que lo ideal es despojarse de la ropa y retratarse en paños menores.

Los adolescentes de ambos sexos están igualmente malinformados e incurren en errores.

Nos dice el Dr. Urdapilleta que la sociedad debe atender al adolescente; en México quizá más que en ningún otro país del mundo, se le tiene abandonado".

Opiniones del Dr. Mario Urdapilleta, Jefe del Depto. de Psiquiatría del Hospital Infantil, Catedrático Universitario y Jefe del Gabinete de Higiene Mental del Edo. de México. Excelsior. Junio de 1965.

J U V E N T U D .

Corresponde a la etapa de los 20 a los 30 años. Es la etapa en la que se afirma la femineidad y la virilidad. Se alcanza la plenitud sexual en la mujer hasta los 25 años y en el hombre hasta los 28 años.

A esta corresponde la educación superior que además, significa adquirir una carrera, para luego a través de ella, obtener el éxito deseado en el plano intelectual, profesional y económico. Se adquiere la independencia psíquica y existe gran actividad social y la búsqueda de estabilidad como un ciudadano productivo. Además, ya el joven debe formar su casa, conseguir una compañera adecuada a él, adquiere, mediante el matrimonio, la responsabilidad económica, social e intelectualmente. La joven además de su profesión, tiene la gran responsabilidad del hogar, sus hijos y su esposo que dependerán completamente de sus cuidados.

Se le considera la etapa más productiva de la vida en todo sentido. Habiendo alcanzado madurez psíquica, pero con mucha energía física, logra así concepciones intelectuales o científicas, pudiendo también ser un gran deportista. (6)

C A P I T U L O I I I .

INVALIDO, LISIADO Y REHABILITACION.

- a.- Delimitación y Definiciones
- b.- Antecedentes Históricos
- c.- Aspectos Médicos.
- d.- Aspectos Psicosociales.

DELIMITACIONES Y DEFINICIONES.

La medicina física y la rehabilitación integral, consecuencia directa de esta importante rama de la medicina general, abarca aspectos de tan diversa etiología, terapéutica y consecuencias, que dá la impresión al neófito en este terreno, de pertenecer a ramas distintas. Sin embargo, no es así.

La medicina física se ocupa de una gran variedad de padecimientos neurológicos, broncopulmonares, cardíacos, circulatorios, respiratorios, etc. cada uno de los cuales provoca una reacción distinta que altera o repercute en mayor o menor grado, en la conducta psicosocial de los sujetos que los sufren.

Sería imposible tratar de reunir en una sola muestra representativa, reacciones a enfermedades tan distintas entre sí, por lo que este estudio se limitará a los afectados del aparato locomotor, que no hayan resentido la pérdida de ningún miembro o parte visible de su cuerpo.

Por otro lado, son muchos los términos usados para denominar a los sujetos que presentan una incapacidad o limitación física. Se les ha llamado indiscriminadamente: impedidos, lisiados, inválidos, disminuídos, no válidos, etc. y con la rehabilitación sucede algo parecido. Hay tantas definiciones, como grupos de médicos, fisiatras y organizaciones dedicadas a la materia existen.

Para evitar confusiones posteriores, se insertan a --
 continuación las definiciones de los términos más univer--
 salmente aceptados, por ser los que mejor delimitan un cam--
 po tan amplio como el que nos ocupa.

DEFINICIONES.

INVALIDO.- Es el individuo sujeto a una lesión física, li--
 gada a un desajuste psicológico y social, que le impide de--
 sarrollar adecuadamente sus actividades de la vida diaria.

LISIADO.- Es el sujeto que sufre un déficit físico, que se
 ha rehabilitado parcialmente -ya sea por sí mismo o con --
 ayuda especializada-, y que realiza sus potencialidades --
 con un resultado satisfactorio para él y para la comunidad.

REHABILITACION.- Es la reintegración del inválido a la so--
 ciedad como miembro útil y productivo, por medio de un con--
 junto de técnicas sistematizadas, destinadas a suprimir o--
 disminuir su incapacidad.

ANTECEDENTES HISTORICOS.

Históricamente, el problema de los inválidos ha teni--
 do características peculiares desde el punto de vista so--
 cial, ya que abarca desde la destrucción sistemática de --
 los sujetos con estas características, hasta el tratamien--
 to organizado en instituciones públicas y privadas.

El hombre de la sociedad primitiva tenía que mantener

una lucha constante para poder sobrevivir. Al aparecer las tribus, la conservación de las mismas determinó que se estableciera la costumbre de que ninguno de sus miembros tenía derecho a vivir, si no le era útil. Así pues, los inválidos, los ciegos, los achacosos, etc. se consideraban un riesgo y eran muertos o abandonados a su suerte, para que murieran de hambre, sed o frío, etc.

En Esparta y Atenas, el culto a la belleza y a la perfección física eran hábitos muy arraigados en sus habitantes, por lo que los niños que nacían con algún defecto, -- eran sacrificados.

Los niños ciegos en la antigua Roma, eran enseñados a pedir limosna y los niños y jóvenes persas, destruían a -- sus padres débiles o achacosos.

Por el contrario, en otras culturas primitivas, se -- consideraba un mandato divino a las personas con defectos físicos y se les concedían dones especiales. En la cultura teotihuacana, recibían vestimentas sacerdotales y en la mitología Azteca, el dios Nanahuatzin está representado por una figura humana con los brazos y piernas deformes.

A principios de la Edad Media, se les ridiculizaba y se les veía con desprecio. Posteriormente, debido a las -- supersticiones características de la época, se les atribuyeron poderes maléficos y se les perseguía y castigaba arbitrariamente. Esta actitud persistió durante varios siglos.

Durante este período, algunas sociedades religiosas trataron de prestar servicios rudimentarios de rehabilitación, impulsados más por sentimientos caritativos que por interés científico.

"En el siglo XVIII, el gobierno inglés clasificó a su pueblo en tres grupos, uno de los cuales estaba integrado por "aquellos cuyos defectos los convertían en una maldición". Sin embargo, en ese mismo siglo, empezó a cambiar dicha actitud, hasta que en 1770 un cirujano ortopédico inglés, declaró que "era prudente educar y tratar a los inválidos". La primera escuela para ciegos se estableció en -- Liverpool, Inglaterra, en 1791". (27)

En México, con la llegada de los españoles se acentuó el problema, por lo que en 1566 en el Convento de San Hipólito se fundó el Hospital del mismo nombre, por iniciativa de Fray Bernardino Alvarez, donde se prestó atención a enfermos mentales y a personas con toda clase de incapacidades físicas.

"En 1572, el Doctor Pedro López fundó el Hospital de San Lázaro, en el que se atendió a personas que sufrían amputaciones espontáneas a causa del mal de Hansen". (27)

"En 1698, el carpintero José Sagayo organizó el Centro Hospitalario del Divino Salvador y les enseñó su oficio a los pacientes que ahí se atendían, por lo que se le considera el introductor de la terapia ocupacional". (27)

La actitud de los habitantes de las colonias inglesas

en Norteamérica, era semejante a la de la propia Inglaterra. Al principio se les asociaba -en una forma o en otra- con la brujería. Posteriormente esta actitud fué evolucionando hasta llegar a la indiferencia, a la caridad popular y al interés gubernamental por resolver la situación, motivado por el progreso de la cirugía ortopédica en los albores -- del siglo XIX, que dió origen a la fundación de instituciones especializadas. En 1817, se estableció una escuela para sordos en Hartford, Connecticut.

Entre los años 1889 y 1910, el Congreso de los Estados Unidos cedió terrenos en los estados de Montana, Dakota del Sur, Wyoming, Utah, New Mexico y Arizona, para instituciones especializadas en la atención de sordos, mudos y ciegos.

En 1893, se estableció en Boston una Escuela Industrial para Niños Lisiados, que tenía como meta un entrenamiento vocacional que los capacitara para obtener mejores oportunidades en la vida.

En 1897, Minnesota votó y aprobó los primeros presupuestos estatales directos para la atención médica de estos problemas.

A principios del siglo XX, en las grandes ciudades de los Estados Unidos, un grupo de sociedades privadas, entre las que se cuentan el Instituto para Lisiados e Impedidos de Chicago, se ocuparon del tratamiento y la colocación de empleos de los lisiados.

Al aumentar el número de industrias, aumentó también el de accidentes y el problema se agudizó, por lo que en 1911, varios estados establecieron leyes destinadas a proteger a los obreros accidentados en sus labores.

La primera guerra mundial hizo más patente la necesidad de conservar o rehabilitar las capacidades restantes en los veteranos invalidados en acción.

En México no se puede hablar de un proceso de rehabilitación organizado, hasta 1861, en que siendo Presidente Constitucional de la República Mexicana el Lic. Benito Juárez, decretó la educación como un derecho de todos los mexicanos. Esto fué lo que en principio dió origen a la enseñanza especializada de niños sordos y a la creación en 1867, de la Escuela Normal para Maestros Especializados.

En 1900 es fundado el primer hospital para la atención específica de afectados del aparato locomotor.

"En 1927 se pretende dar atención a toda clase de niños lisiados, por iniciativa del primer organismo gubernamental educativo".

Los primeros cursos para la preparación de fisiatras y fisioterapistas, fueron promovidos por el Hospital Infantil y posteriormente en 1943, por el Hospital Inglés.

En 1952, se creó la Dirección General de Rehabilitación dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Entre los años de 1952 y 1958, se fundaron varios Cen

tros de Rehabilitación para atender las siguientes incapacidades: ciegos, sordomudos, débiles mentales, trastornos del sistema músculo-esquelético, hipoacústicos, débiles visuales y educación especializada para niños con secuelas de parálisis cerebral infantil. Se crearon así mismo, cursos para la preparación de técnicos especializados en rehabilitación.

En 1959, se fundó el Centro de Rehabilitación No. 10 para alcohólicos.

En 1960 se creó el Instituto Mexicano de Rehabilitación institución privada, destinada al tratamiento del sistema músculo-esquelético. La institución fué fundada, dirigida y sostenida económicamente por el Sr. Rómulo O'Farrell Sr. Actualmente, esta asociación Civil está alcanzando su autosuficiencia en la producción de artículos ortopédicos, en la preparación de técnicos especializados y en el aspecto económico.

ASPECTOS MEDICOS.

POLIOMIELITIS.

"Las lesiones más importantes son las de las células de las astas anteriores de la médula espinal; al principio son inflamatorias y posteriormente degenerativas. Durante los primeros días de la infección, pueden afectarse también partes distintas de las astas anteriores e incluso --

bastante lejanas.

En la etapa aguda se produce una inflamación del sistema nervioso, incluidas las meninges. En el corte transversal de la médula se observan focos de mielitis aguda -- con reblandecimientos y destrucción del tejido nervioso e infiltración de leucocitos. Las neuronas motoras presentan lesiones de desintegración y neuronofagia. Parece ser que las lesiones son primitivas y los demás fenómenos que se presentan, son posteriores a ellas.

Los principales síntomas son: reacciones neuropáticas algias, irritación meníngea, parestesia, alteración de los reflejos e hiperestesia, sobre todo de las extremidades, -- aunque sin perder de vista que algunos casos evolucionan -- sin dolor.

Al desaparecer la fiebre, o algunas veces cuando aún persiste, aparece la parálisis, cuyas principales características son:

- a) Rapidez de instalación.
- b) Flaccidez muscular completa a causa de la hipotonia.
- c) Abolición de reflejos del músculo afectado.
- d) Disminución o pérdida de la excitabilidad neuromuscular a la corriente farádica (en horas).
- e) Atrofiamiento notable de los músculos afectados. -- (en días).

Generalmente la parálisis invade una extensión mayor-

de la que será definitiva; a los pocos días comienza la recuperación, que se realiza en un tiempo variable. Los músculos que van a recuperar su función, conservan la excitabilidad para la corriente farádica y no experimentan atrofia notable.

Solo de manera excepcional se puede presentar contractura muscular simultánea a la parálisis flácida, pero este fenómeno aparece transitoriamente en la fase aguda.

En cuanto a intensidad, las parálisis pueden revestir todos los matices, desde las formas más intensas, en que la parálisis total es un hecho, hasta las paresias tenues, que apenas si se notan.

Todos los músculos están expuestos al ataque del virus, sin embargo, hay predilección por algunos, entre los que se cuentan en primer lugar, los de las extremidades inferiores. Por orden de frecuencia, los músculos que se ven afectados son: el cuádriceps, los peroneos, el tibial anterior, el deltoides, el bíceps, el tríceps, etc. Los músculos del tronco suelen enfermar con menor frecuencia y suele ser transitorio. Los pares craneales solo se afectan excepcionalmente y es el facial el que aventaja a los demás. La parálisis facial de origen poliomiéltico, forma parte de un cuadro más generalizado y su retorno a la normalidad es bastante satisfactorio. El ataque a los centros bulbares y la paralización de los músculos respiratorios, pueden conducir a la muerte.

Otra característica de la parálisis poliomiélica, - es su asimetría. Raras veces se ven atacados con igual intensidad, músculos homólogos y en el caso de que así fuera el conjunto del cuerpo no ofrece simetría en el resto de - la distribución paralítica". (27)

El período de las parálisis definitivas o secuelas, - denominado también de poliomiélica crónica, se caracteriza por la perdurabilidad de la parálisis muscular en la -- que se observan deformidades articulares, alteraciones del trofismo óseo y trastornos neuro-vegetativos.

Los músculos paralizados pueden presentar dos modalidades: no poseer ninguna función, o haberla recuperado parcialmente. En este último caso, es dable que presenten distintos grados y matices.

Las deformidades articulares y óseas constituyen el - resultado directo del desequilibrio producido entre los -- músculos paralizados agonistas y los antagonistas normales. A esta causa simple agrégase, constituyendo un círculo vicioso, las contracturas musculares aparecidas ya en el período anterior, la gravitatoria de carga y descarga articular, a lo que debe añadirse el crecimiento óseo más o menos normal.

Las alteraciones del trofismo óseo están en relación directa con la intensidad de la agresión poliomiélica. - El hueso presenta trastornos -por lo común deficitarios-, - tanto en ancho como en largo, en la epífisis y las diáfisi--

sis. El mayor inconveniente radica en el acortamiento del miembro, pues crea serios trastornos en la marcha, así como en la nivelación de la pelvis, lo cual predispone a la constitución de escoliosis o a la aparición de desviaciones articulares.

Los trastornos neuro-vegetativos se traducen por modificaciones en el aspecto de la piel de las extremidades. Adquieren estas un aspecto marmóreo; están frías y se cubren en la estación invernal de eritemas, pernicios y ulceraciones. Aún cuando estos trastornos desaparecen con la edad, en ocasiones son tan pronunciados y molestos que requieren antes una solución quirúrgica.

Las parálisis y las deformaciones a que acabamos de aludir, pueden localizarse en distintos sectores del aparato locomotor, configurando así, diversas formas clínicas. En ciertos está afectado solamente un grupo muscular; en otros, la extensa parálisis inutiliza prácticamente al individuo. En lo que respecta a la función contráctil, se observan todos los matices imaginables: desde la más discreta insuficiencia muscular, hasta la total abolición. Más aún: existen músculos muy sensibles a la poliomielitis, entre ellos el deltoides, el oponente del pulgar, el cuádriceps, el tibial anterior, etc. En cambio, otros presentan una resistencia particular a la parálisis, aún en los casos de grave invasión virulenta, tal como sucede con los flexores de los dedos del pie.

Clasificación de las secuelas.- A pesar del polimorfismo con que se presentan las secuelas de la poliomielitis -lo que dá lugar a formas clínicas diversas-, es posible agruparlas con criterio terapéutico de la siguiente manera:

a) Secuelas localizadas en un solo segmento (uní o bilaterales) con muy pocas alteraciones en la función total del individuo.

b) Secuelas localizadas en un solo miembro, con la consiguiente incapacidad funcional que convierte al paciente en un inválido.

d) Secuelas que interesan seriamente a todo el aparato locomotor e incluso al respiratorio (columna vertebral-miembros, abdomen, diafragma, etc.), que colocan al paciente en un lamentable estado.

Cada una de estas situaciones o formas clínicas, presenta numerosas subvariedades, que es menester analizar cuidadosamente, mediante el meditado estudio clínico-radiográfico de cada caso, con vistas a un correcto planteamiento terapéutico.

Dicho estudio sería realizado en todo el aparato locomotor, atendiendo tanto a su estática como a su dinámica.- El sistema muscular y sus perturbaciones se estudiarán valiéndose de todos los recursos clínicos, eléctricos y súnfísicos, conocidos. Se valorará cualitativa y cuantitativamente cada músculo comprometido, siguiendo las técnicas ex

ploratorias descritas por Lowett, Ducroquet, Kendall y Kendall, etc. El electrodiagnóstico servirá para controlar la evolución terapéutica".

PARALISIS CEREBRAL INFANTIL.

DEFINICION Y CONCEPTO.- La parálisis cerebral infantil (P.C.I.), es un término genérico que, de acuerdo con la escuela americana, comprende todos los estados que por una anomalía, una enfermedad o un daño encefálico endocraneano, producido antes, durante o inmediatamente después del parto por cualquier factor etiológico, salvo los tumores malignos, se manifiestan por trastornos motores asociados o no, a síndromes convulsivos o a perturbaciones del lenguaje, del sensorio y del psiquismo.

Con este criterio, dentro de la entidad citada, se agrupan las siguientes enfermedades: 1) Hemiplejía cerebral infantil; 2) enfermedad o síndrome de Little; 3) hemiplejía doble; 4) monoplejía congénita; 5) atetosis por ictericia nuclear; 6) atetosis doble congénita o enfermedad de Cecile Vogt; 7) parálisis pseudobulbar congénita; 8) diplejía atónica congénita; 9) hemiatetosis sintomáticas; 10) coreoatetosis; 11) corea congénita; 12) rigidez congénita; 13) distonía por torsión; 14) hidrocefalia con trastornos motores; 15) parálisis espásticas posttraumáticas o encefalíticas; 17) ataxia cerebelosa y 18) temblores congénitos.

ETIOPATOGENIA.- Las causas productoras de la P.C.I. - son numerosas y variadas. Entre ellas cabe citar toda una serie de factores hereditarios, traumáticos, infecciosos, tóxicos, hemorrágicos, humorales, anóxicos, etc. Estos factores pueden ser de origen congénito o adquirido y actuar antes, durante o inmediatamente después del parto.

ANATOMIA PATOLOGICA.- A pesar de que los estudios no han sido muy numerosos, lo cierto es que no existe una correlación clínico-patológica evidente; a veces incluso, tan poco hay concordancia entre el cuadro sintomático y las lo calizaciones lesionales.

SINTOMATOLOGIA.- Es variada y compleja, dado que cons tituye la expresión de numerosas instancias. Con todo, la podemos agrupar en síntomas: a) motoras; b) sensoriales; - c) goniátricas y d) psíquicos. Se agregan los relacionados con la lesión cerebral como diversos trastornos respiratorios, digestivos, nutricios, dentales y urinarios.

a) Síntomas motores.- Entre ellos se cuentan los siguientes: espasticidad, disquinesis (atetosis, corea, hemibalismo, temblor, etc.), ataxia, atonía, rigidez extrapiramidal, y otras formas mixtas. Cada uno de estos trastornos configura una forma clínica, que a veces puede presentarse asociada con otra. Por ejemplo: la espasticidad y la atetosis, En cada forma clínica, es menester determinar la loca lización de los síntomas y el grado de extensión que pre sentan.

b) Síntomas sensoriales.- Presentan variados matices: mudez, retardo del desarrollo y alteraciones fonéticas (dislalias, disartrias, disfemias, etc.)

d) Síntomas psíquicos.- Pueden asentar en las esferas intelectuales, afectivo-emocional y volitiva.

En todos los pacientes se investigará la coexistencia de un síndrome convulsivo (epilepsia) y de alteraciones somáticas generales.

Diagnóstico.- Es relativamente sencillo, pero requiere someter al paciente a un reconocimiento médico por un equipo de especializados, para determinar la forma clínica la localización y el grado de lesión o lesiones presentes.

Evolución y pronóstico.- Una y otro están supeditados a la forma clínica, al nivel mental del enfermo, a la edad de comienzo y a las características y constancia del tratamiento. La evolución misma irá señalando el pronóstico, a medida que el paciente progrese o no con la reeducación integral diferenciada". (24)

DISTROFIA MUSCULAR PROGRESIVA.

Anatomía Patológica.- Los músculos distróficos ofrecen dos aspectos macroscópicos distintos: atrofia muscular y pseudohipertrofia. Microscópicamente se observan miofibrillas atróficas; otras que han sido substituidas por tejidos fibrosos. Finalmente, aparecen fibras hipertróficas, redondeadas, que han perdido su contorno poliédrico.-

La lesión de la placa motrix consiste en alteraciones de las fibras presinápticas que son excesivamente finas o están abultadas.

Síntomas.— La distrofia muscular aparece en la infancia o en la pubertad y son excepcionales los casos que comienzan en la edad adulta. Cuando enferman varios hermanos los primeros síntomas aparecen a la misma edad.

Los síntomas comienzan de un modo solapado y evolucionan progresivamente. Casi siempre la manifestación inicial es un trastorno de la marcha; los niños caen con mucha facilidad y cuando corren tropiezan sin causa lógica aparente. Estos trastornos van aumentando de intensidad y después progresivamente, aparece la pérdida de la fuerza muscular de las piernas y la cintura pélvica. Paralelamente a la alteración motora, evoluciona una atrofia muscular que en las formas corrientes es poco manifiesta en sus comienzos y aún a veces se encuentra enmarcada en la pseudo-hipertrofia.

Las amiotrofías del tronco originan deformaciones características: la insuficiencia de los músculos del dorso, provoca una actitud lordótica de la columna vertebral, con proyección del abdomen y los músculos hacia adelante y del tórax hacia atrás. Las atrofiaciones de los músculos de la cara originan las facies miopáticas y el labio de tapir.

La debilidad muscular sigue un curso progresivo, no existe parálisis alguna, pero todos los movimientos se eje

cutan con una fuerza tan reducida, que a veces es imposible movilizar un segmento de las extremidades. Por esta razón, los enfermos tienen gran dificultad para levantarse - partiendo del decúbito supino. Para conseguir la posición-erecta, se colocan en decúbito prono, elevan el tronco apoyando en el suelo las cuatro extremidades al modo de los cuadrúpedos; después apoyan sucesiva y alternadamente las manos en las piernas, rodillas y músculos hasta ponerse de pie. Este modo tan característico de levantarse, se conoce con la expresión de "trepar sobre sí mismo".

Los reflejos tendinosos están disminuidos o abolidos- y la exploración eléctrica descubre una disminución cuantitativa del umbral sin reacción de degeneración. Nunca aparecen contracciones fibrilares ni alteraciones de la sensibilidad". (27)

ASPECTOS PSICOSOCIALES.

VISION GENERAL.

En los Estados Unidos de América, la gran capacidad industrial del país y sus constantes estados de guerra, -- unidos a las que podríamos llamar causas "naturales" de invalideces, como son: las enfermedades y los accidentes en la vida diaria, lo han convertido en el productor más grande del mundo de inválidos físicos y mentales con las consiguientes repercusiones sociales, económicas, políticas y -

humanas, que han alcanzado proporciones pavorosas, a tal punto, que las medidas profilácticas y terapéuticas tomadas por las diversas dependencias del Estado son insuficientes para mitigar medianamente y mucho menos para resolver el problema y las consecuencias derivadas del mismo.

Una comisión designada por la Casa Blanca como resultado de la Conferencia para la Protección y Salud de la Infancia, estimó en más de 10,000.000 el número de niños deficientes en el país, siendo diez los tipos principales de impedimentos que se observaron y que a continuación se presentan en orden de importancia:

- 1.- Deficiencia Visual.
- 2.- Epilepsia.
- 3.- Motriz.
- 4.- Insuficiencia cardíaca.
- 5.- Tuberculosis y pretuberculosis.
- 6.- Trastornos del lenguaje.
- 7.- Sordera y trastornos auditivos.
- 8.- Trastornos Nerviosos y de la Conducta.
- 9.- Deficiencia Mental e infradotación.
- 10.- Desnutrición.

Considerando los mismos impedimentos, pero tomando en cuenta todas las edades, resulta que el total se eleva a 28,000.000 de personas, según datos estadísticos de Roy W. Roberts en su libro "Educaion Vocacional y Artes Plásticas". El mismo autor continúa diciendo que la experiencia-

ha demostrado que el trabajador lisiado puede ejecutar algunos trabajos tan bien o mejor que un trabajador "normal". Algunos trabajos se pueden efectuar tanto sentados como parados o en movimiento y ser desarrollados fácilmente por los amputados o personas con enfermedades circulatorias o del corazón. Estos hechos sugieren que la invalidez puede ser relativa. Cuando un defecto físico no impide que un individuo haga un trabajo eficiente, automáticamente deja de ser un inválido.

Las empresas están reconociendo esta circunstancia y muchas personas que han quedado inválidas, han encontrado empleos que les permiten formar parte del equipo de trabajo, ser auto-suficientes y mejorar su vida afectiva.

También nos habla Roberts sobre los resultados logrados con la rehabilitación. En un estudio realizado en 1953, quedó demostrado que estas personas añadieron \$ 112,000.000.00 al ingreso de la Nación y 12,000.000 de días-hombre anualmente al fondo de potencia humana de la misma. Pagaron aproximadamente \$ 10,000.000.00 en impuestos sobre ingresos, además de los impuestos estatales locales. A este ritmo, en 3 años amortizaron la inversión que el Gobierno Federal hizo en su rehabilitación vocacional.

En nuestro país, aunque el problema es grave, es infinitamente menor que en los Estados Unidos, aunque también es proporcionalmente menor el esfuerzo que se hace para re

solverlo, por falta de recursos económicos y humanos. No obstante, debido a la ausencia total de guerras y al número reducido de accidentes de trabajo, el problema es insignificante, en comparación con nuestro vecino del norte. A pesar de mediar estas circunstancias, el problema y las consecuencias derivadas del mismo, se nos presenta sumamente difícil.

Desde el punto de vista psicológico, las alteraciones en el desarrollo normal de la personalidad, producidas por la aparición de deficiencias parciales o totales de la Conducta Motriz, son notorias y van en constante aumento, dependiendo esto último de la edad en que la alteración motriz se produce y de la actitud que el sujeto adopta ante este acontecimiento.

ALFRED ADLER presupone a la personalidad como algo único, con un desarrollo encaminado hacia la superación, teniendo como fuerza generadora, sentimientos de inferioridad e inadecuancias presentes en cada uno de nosotros y que nos empujan a mejorarnos y a buscar la perfección. Sus teorías adquirieron particular interés en nuestro tema, cuando él introduce el concepto de "inferioridad orgánica", y "sobrecompensación" al observar que personas con un órgano o sistema defectuoso, con frecuencia tratan de compensar esa debilidad, fortalezcan a través de un entrenamiento intensivo o dedicándose a algo en donde su invalidez no interfiera.

MENINGUER Y FABIANE VON ROY, sostienen que la invalidez física, al considerarse como un obstáculo al crecimiento y desarrollo del individuo, provoca una reacción psicológica inmediata originada en lo más profundo de su ser, -- vinculada al perjuicio directo, permanente y definitivo -- que sufre. Esta situación se presenta como un debilitamiento de la imagen total que cada uno lleva en sí, prefigurando un ser intacto, completo y semejando a los demás. Esta situación representa un golpe grave a las prerrogativas -- vinculadas al buen funcionamiento de la máquina humana.

Diversas corrientes psicológicas nos muestran la manera en que el sujeto afectado en su aparato locomotor, reacciona ante su patrón estructural y su medio social. MAYER y la Escuela Americana, nos dicen que el niño inválido congénito, se enfrentará desde su nacimiento con una serie de factores que influenciarán su desarrollo personal. Mayer nos menciona las tres situaciones que se pueden presentar:

En primer lugar, tenemos a los padres que lo tratarán como a un niño normal (lo ideal y lo menos frecuente). Segundo, de una manera menos favorable, sobre-protegiéndolo y llevándolo a una dependencia que le dificultará el ajuste a su invalidez; la tercera situación se presentará cuando el niño encuentra rechazo de parte de sus padres, lo -- cual provocará en él reacciones de aislamiento y agresividad, o ambas.

REACCION DEL INVALIDO ANTE EL PROBLEMA.

"Existen incapacitados que tienen dotes y talento para compensar por sí solos sus deficiencias, pero la mayoría de las personas normales que sufren una incapacidad, no obtienen de su medio la comprensión que necesitan al no poder participar en la vida activa y sufren frustraciones que en ocasiones, se transforman en falta de iniciativa, que provocan una sensación de fracaso y derrota como resultado directo de la incapacidad.

Por lo general, cuando se sufre una lesión física, se sufre también un impacto emocional y su reacción está matizada por diferentes factores:

La edad.- Lo más importante a este respecto, es la interferencia de la incapacidad física en la realización de tareas evolutivas en las diversas etapas de la vida. Así tenemos que, en la infancia, los más importantes son: juego, escuela y socialización.

En la adolescencia, la elección de ocupación e iniciación de relación con el sexo opuesto y participación en los deportes.

En la madurez, conformación de la familia, el trabajo y la participación en las actividades de la comunidad.

El sexo.- Debido a la cultura en que vivimos, se asimilan determinadas características a cada uno de los papeles sexuales; del hombre se espera que sea decidido, acti-

vo, enérgico y salga fuera del hogar para conseguir la subsistencia de la familia, inclusive hay determinadas ocupaciones que son consideradas como masculinas y otras preponderantemente femeninas. En el inválido, cuando se vé obligado a hacer determinados cambios en estos roles, puede -- aflorar una conflictiva que debe manejarse cuando menos a niveles conscientes.

Nivel económico y cultural.- Cuando el nivel económico es elevado, existen mayores posibilidades y más amplios conocimientos, que hacen más fácil al paciente su rehabilitación; en caso de un nivel cultural bajo, habrá que considerar los prejuicios que pueda tener el paciente y que interfieren, dificulten o imposibiliten su rehabilitación-íntegra.

Ocupación anterior.- La ocupación anterior a la incapacidad que pudo haber sido preponderantemente física o intelectual, nos va a dar la reacción emocional y estará ligada al tipo de la lesión.

Causa de la lesión.- La lesión puede ser congénita, vascular, tumoral o traumática. En este último caso, pudo haber sido por accidente, por agresión o por auto-agresión.

En el caso de las invalideces congénitas, la reacción emocional depende de la actitud de los padres o de las personas significativas para el inválido.

En el caso de la etiología vascular, hay la posibilidad de preparar psicológicamente al paciente para hacer --

frente a las secuelas de invalideces y generalmente no se informa a las personas con Mal de Bürger, que este puede ser fatal.

Cuando la causa es tumoral, se inmoviliza una reacción afectiva relacionada con el temor a la muerte, máxime cuando existe el diagnóstico de malignidad.

Cuando la causa es traumática, la conflictiva más seria se suscita cuando la invalidez es la consecuencia de un intento de auto-destrucción.

Tipo de Lesión.- El tipo de lesión influye en la respuesta emocional, porque será problema de dominio sobre el propio cuerpo y sobre el ambiente, a los que se suman problemas de comunicación, cuando se trata de secuelas de accidentes vascular-cerebral. El siguiente factor es el significado personal y único que para el paciente tiene la invalidez a niveles conscientes e inconscientes y por último tenemos la estructuración de la personalidad premórbida y pretraumática.

La invalidez produce siempre una frustración y la frustración agresiva, de acuerdo con los elementos de la personalidad, puede sublimarse (transformándose en iniciativa y deseos de superación) o se puede manifestar tal cual es, provocando problemas en las relaciones interpersonales. También puede reprimirse volviéndose contra el propio sujeto y transformándose en depresión, que a su vez puede ser reactiva, neurótica y psicótica.

La depresión reactiva, generalmente es ligera y está relacionada con las circunstancias que la originan y desaparece con el tiempo.

La depresión neurótica se manifiesta por tristeza profunda, anorexia (falta de apetito), trastornos del sueño y apatía. Puede haber ideas de suicidio.

En la depresión psicópata, existen profundos sentimientos de inadecuación, la reacción es francamente exagerada en relación con el estímulo que la produce y se presentan intentos de auto-destrucción, es decir, existe el riesgo de suicidio.

Hay restricciones impuesta por la sociedad, pero también en muchas ocasiones, son los inválidos los que tienen a menospreciarse, a sentir vergüenza, a auto-compadecerse y a sufrir complejo de inferioridad. Estas etapas son difíciles de superar.

En el esfuerzo por adaptarse, el inválido comúnmente trata de esconder su incapacidad y por razón comprensible, se está avergonzando de su incapacidad; puede tratar de esconderla, aunque haya aceptado su invalidez, porque sabe que serían más fáciles sus relaciones sociales. También puede, en su esfuerzo por cubrir su incapacidad, idealizar o standarizando como normal y lógico, caminar con bastón, cuando antes lo normal era caminar sin él.

La idealización estimula, pero también puede causar frustraciones por no aceptar la realidad de la invalidez,

lo que se convierte en complejo de inferioridad y trata de escapar de ella con agresión, resentimiento hacia el mundo y por una actitud de sentimiento de culpa que los hace inhibir futuras agresiones; esto a su vez, lo hace más débil y dependiente, por lo tanto, será mayor su complejo de inferioridad. Es en sí, un círculo vicioso.

La persona que trata de olvidarse que es inválido, aumenta su seguridad porque no conoce el límite entre lo que puede o no puede hacer". (26)

REACCION DE LA SOCIEDAD ANTE EL PROBLEMA.

"Ya sea por ignorancia, por temor o prejuicio, las medidas sociales y disposiciones en favor de los inválidos, han sido esporádicas y ha sido recientemente, cuando sus necesidades han sido objeto de consideración y comprensión.

Los inválidos, como ya se dijo anteriormente, desde épocas primitivas han sido considerados como objetos de -- tratamiento indebido por parte de la sociedad, así como de abandono, mofa, aversión o persecución. Hablando en general, a través de la historia, los inválidos, debido a su absoluta dependencia de orden social, han sido explotados o se ha contribuido a su destrucción y con bastante frecuencia han sido víctimas, mas bien que beneficiarios.

Desde tiempos antiguos se ha pensado en el problema de los inválidos como individuos que necesitan tratamiento. en otras épocas, eran víctimas de la muerte debido a su de

ficiencia en la lucha por la supervivencia, pues eran incapaces para luchar contra la naturaleza e impotentes para combatir contra el enemigo; dependían de la protección de sus compañeros, pero en situaciones de peligro, eran abandonados.

En tiempos de los griegos y de los romanos, la familia era la que decidía su suerte y su decisión se basaba en el grado o clase de defecto. En algunas partes como Esparta, no se permitía la existencia de un individuo inválido, porque ponía en peligro la vida de los demás; en ciertos casos no se les eliminaba, solo les eran negados los derechos sociales. De ahí se piensa que aparecieron las tentativas de tratamiento con los procedimientos de que se disponía en esa época. Estos tratamientos demandaban expertos y estos eran los hechiceros, curanderos, los sacerdotes, etc. Los diagnósticos eran clasificaciones tales como "poseídos del diablo", "malditos de los dioses" o "protegidos de los dioses".

Todo esto nos proporciona una amplia visión de que el inválido como grupo, consiguió influir en las culturas. Por ejemplo, se tienen noticias de que en Egipto, los ciegos eran empleados remunerativamente y probablemente, los demás inválidos también.

En China, la lealtad de la familia se extendía a los miembros más infortunados: "Toda persona llama a su hijo, SU HIJO, ya sea que tenga o no talento". CONFUCIO.

La Ley Hebraica señala que deben ser ayudadas las clases desamparadas y entre ellas se encuentran los infortunados y los incapacitados.

El Talmud y el Medrash mencionan cuatro enfermedades: sordera, mudez, ceguera y cojera, considerándolas como producto de pecado; eran limitados socialmente, pues se les excluía de los ritos y ceremonias religiosas.

En la época romana, durante su florecimiento, se expide la Ley llamada de las "Doce Tablas", en la cual se responsabiliza a los padres de familia del cuidado y protección de aquel de sus miembros que sufriese una invalidez, pero también se facultaba al padre para suprimirlo, siempre y cuando este acto se realizara en los primeros días de su nacimiento. Durante la decadencia del Imperio Romano los pequeños que sufrían invalideces, eran colocados en cestas adornadas y arrojados al río Tíber, de donde posteriormente eran sacados por esclavos que a determinada edad los dedicaban a la mendicidad.

La religión cristiana cambia un poco la actitud de la comunidad y no se sabe hasta que punto se les ayudó, solo se sabe que eran dignos de compasión y de cuidado los ciegos, los cojos, los pobres, los poseídos del demonio y los que padecían alguna enfermedad mental.

En la Edad Media no avanzan mucho los tratamientos a los inválidos, pues existía gran controversia entre las clases sociales; los religiosos consideraban que se debían

salvar para que fuera esto tomado como un esfuerzo extraordinario y los nobles los empleaban como diversión.

En la Edad Moderna, se expide en Inglaterra la llamada "Ley de los Pobres" que obliga al Estado a buscar solución a los problemas de las personas carentes de recursos económicos o que por sufrir una incapacidad física, no pueden valerse por sí mismos. Este cambio de actitud de la comunidad hacia el inválido, puede observarse inclusive, en las obras de arte de esa época.

En Suiza, en la época contemporánea, se crean clínicas por especialidades y el Estado proporciona alojamiento y manutención a los niños inválidos de pocos recursos.

En la primera mitad del Siglo XIX, el problema de la invalidez se considera ya como un problema social, resultado de las ideas humanistas de VOLTAIRE, ROUSSEAU Y LOCKE.

Durante la segunda mitad del Siglo XIX, además de los programas gubernamentales, la iniciativa privada se preocupa por estudiar y solucionar el problema de los inválidos como personas y además de los asilos y clínicas, se crean las primeras escuelas técnicas para adiestramiento y educación especializada para personas con incapacidades físicas.

En el Siglo XX, se llega a un reconocimiento universal del problema y se consigue una dirección organizada de los esfuerzos que se realizan en los diversos campos de atención al inválido, surgiendo de esta manera los Centros de Rehabilitación, a raíz de la "Declaración de los Dere-

chos Humanos" en el seno de la Organización de las Naciones Unidas (O.N.U.), considerándose la necesidad de la integración del inválido a la comunidad, como un elemento -- productivo, y en los casos de invalideces múltiples, o de limitaciones muy graves, se instituye la creación de "Los Talleres Protegidos" que en Estados Unidos se denominan -- "Good Will Industries" (Industrias de la Buena Voluntad) y que vienen a resolver los problemas de la empleabilidad de los inválidos que no pueden competir en condiciones normales con las personas físicamente íntegras". (26)

OBSTACULOS, POSIBILIDADES Y REALIZACIONES
QUE SE HACEN Y QUE SE PUEDEN HACER PARA
RESOLVER EL PROBLEMA.

"A través de la Historia, las tendencias encaminadas al problema del inválido, han sido objeto de innumerables cambios, debido a las malas ideas concebidas en la explotación religiosa y social y al tratamiento desviado y poco inteligente.

A pesar de estas barreras, la atención al inválido ha progresado. Los métodos progresistas preconizando la libertad, las necesidades individuales y el tratamiento afectivo, entraron en acción al considerar al inválido como un ser no solo socialmente aceptable, sino capaz de representar un óptimo valor económico.

En la actualidad, los inválidos son interpretados a base de sus mayores obstáculos y no a base de sus ventajas totales y siempre que ha triunfado, ha sido aceptado como esencialmente normal.

El impedido que se ha adaptado, encuentra que su impedimento se esfuma en el olvido, ningún ser humano puede--- considerarse perfecto de acuerdo con cualquier escala conocidas.

El programa dinámico de entrenamiento que ha emergido, es formulado sobre bases firmes. La acción inteligente de los especialistas debidamente preparados, habrán de marcar el éxito o fracaso del programa. En esta nueva etapa, la genética, la filosofía, la psicología, la labor social, la sociología y la economía política, habrán de contribuir poderosamente.

La necesidad básica es la investigación dirigida, no únicamente hacia el análisis de las tendencias sociales en lo relativo al interés por el inválido, sino en cuanto se refiere a los medios de mejoramiento, métodos, materiales y las ciencias en su aplicación a las necesidades conocidas y específicas de los inválidos.

Actualmente se pretende llegar a lo que se considera la Rehabilitación Integral, que abarca todas las áreas de la actividad humana. Se ha despertado el interés y la atención hacia el individuo inválido, porque tratándose de grupos humanos, hay que vencer en el orden físico o mental, -

obstáculos que no existen para personas normales y por lo tanto, requieren ser tratados por un equipo de personas capacitadas para lograr una adecuada adaptación y para lograrla, es necesario conocer la naturaleza de la invalidez.

Una vez conocido el problema físico, hay que encontrar los problemas psíquicos y sociales para lograr su rehabilitación, pero estos últimos son los más intensamente problemáticos, pues para su conocimiento, debe contarse con la voluntad del individuo, y éste en ocasiones, se encuentra con graves problemas emocionales de sobre protección o rechazo, producto de su invalidez.

La mayoría de las veces, el inválido actúa en una doble situación, tanto por sus conflictos internos, como por la presión social. Al ser inválido, la sociedad espera que actúe en una forma determinada y él desea actuar como normal. Otras veces, él mismo actuará en una o en otra forma, dependiendo de la situación.

Por otra parte, hay la tendencia de hacer grupos estereotipados que por lo general son menospreciados y el individuo que pertenece a él, será juzgado como persona y no como parte del grupo.

Se requiere de una labor intensa en la sensibilización de la familia y de la sociedad. Los padres deben sobreponerse al sentimiento de vanidad herida; los hermanos a los celos naturales que se forman debido a que el inválido se convierte en ocasiones, en el centro de atención de

la familia.

Existen dos extremos en el trato de la familia al inválido: la sobreprotección que crea sentimientos de agresión y limita su libertad de acción, y el rechazo, que crea complejo de inferioridad, haciéndolo débil y dependiente.

La Sociedad debe considerar al inválido como un ser normal, que tiene derecho a las mismas pretensiones para resolver sus problemas e intereses y dejar de ser un objeto de su curiosidad. Esta labor debe iniciarse en las lecciones de la escuela primaria para que las personas desde su infancia, vean al inválido de una manera natural y le incluyan dentro de su ambiente.

También se requiere de una conciencialización del inválido, porque la invalidez no se elimina ignorándola.

Es la rehabilitación la que puntualiza como problema esencial la improductividad del inválido y su repercusión negativa en la economía de la sociedad en que vive, al no ejecutar un trabajo remunerado que le permita obtener los ingresos suficientes para su subsistencia.

Es también la rehabilitación la que le proporciona pautas que le permitan alcanzar sus metas y convertirse en hombres o mujeres productivos y autosuficientes.

Es necesario cambiar la actitud social de compasión, rechazo o indiferencia, por actitudes más positivas que redundarán en una mejor adaptación de los sujetos a la comu-

nidad. No es haciendo tés canastas, subastas y demás actividades, producto de la ociosidad de gentes -que además están impreparadas para el problema tan grande al que se van a enfrentar-, como se va a resolver este tipo de problemas sociales, sino cambiando los patrones culturales que representan tradicionalmente al inválido como un parásito social y substituirlo por nuevos esquemas que alteren la escala de valores de la comunidad, para que ésta comprenda y acepte la diferencia entre inválido y lisiado, y la capacidad productiva de éste último. Este tipo de educación en todas las áreas del desarrollo psicosocial, permitirá a la comunidad comprender, aceptar y adoptar una actitud más constructiva ante los sujetos portadores de deficiencias físicas y les permitirá a los mismos adaptarse mejor, más rápido y mas positivamente a la comunidad, hasta alcanzar su autosuficiencia.

En países civilizados y cultos como Alemania, las leyes y las personas en general, los protegen y los ayudan -en diferentes formas, la gran mayoría espontáneos y otras- de carácter legal como ya se dijo. Por ejemplo:

1.- Existe un determinado número de empleos en todas las fábricas destinados a los lisiados.

2.- En las Universidades se acepta a todos estos sujetos con deseos y posibilidades de estudiar.

3.- En los transportes urbanos hay un determinado número de lugares destinados a ellos.

4.- La gente les cede el paso en las aceras y los ayuda cuando es necesario.

5.- Los automovilistas les dan preferencia y les ceden el paso cuando es necesario.

En Brasil y otros países, también hay leyes destinadas a protegerlos.

En México no hay una legislación adecuada y la protección es nula. Los pocos Institutos destinados a la Rehabilitación y las Escuelas de Enseñanza Especial, están encaminándose ahora hacia una Rehabilitación Integral mediante técnicas especiales altamente calificadas, aplicadas generalmente por personal medianamente capacitado.

En los últimos años, ha tomado gran incremento la rehabilitación, especialmente en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el I.M.S.S. y el I.N.P.I. En las demás instituciones que se dedican total o parcialmente a la rehabilitación, la poca capacidad humana, unida a la baja capacidad económica, hacen que una gran parte del esfuerzo realizado se diluya o se pierda.

C A P I T U L O I V .

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

- a.- Resultados.
- b.- Gráficas
- c.- Correlaciones
- d.- Interpretación y conclusiones.

R E S U L T A D O S.

Número de Exploraciones.

En total fueron realizadas 143 exploraciones individuales, de las cuales correspondieron 71 a hombres y 72 a mujeres.

La edad estimada en años, fué estudiada por separado en el grupo de hombres y en el de mujeres, obteniéndose los siguientes resultados comparativos.

CUADRO No. 1.E D A D.

		Hombres	Mujeres
	N	71	72
	Mn	8	9
Primera	Q	12.97	13.10
	M	14.34	14.11
Tercera	Q	16.70	16.50
	Mx	20	19
	s	3.50	2.46

Como puede observarse en este cuadro, la diferencia de edades entre los hombres y las mujeres es mínima (0.23 de año) y por lo tanto, no es importante.

Por lo anterior podemos deducir que la edad media para ambos sexos es de 14 años, es decir, son sujetos que se encuentran en el período de la adolescencia. En términos -

generales, la edad normal en ambos casos fluctúa entre 13- y 17 años (16.70 y 16.50 respectivamente). La edad mínima es ligeramente mayor en las mujeres, en tanto que la edad máxima lo es en los hombres; sin embargo, esta diferencia es solamente de 1 año, por lo que podemos afirmar que se trata de un grupo muy homogéneo que va desde la niñez hasta el principio de la juventud.

En la gráfica No. 1 se encuentran trazadas y superpuestas las curvas teóricas de frecuencia de las edades de los hombres (negra) y de las mujeres (roja) y sus respectivas ecuaciones. Las curvas de distribución de frecuencias pueden considerarse normales.

En general, las actividades de los integrantes de ambos grupos dentro y fuera del Centro de Rehabilitación son las esperadas, -de acuerdo con su edad- en lo que se refiere a necesidades físicas, afectivas e intelectivas. Sin embargo, como se demostrará posteriormente, el problema específico de cada uno, repercute negativamente en primer lugar, en el aspecto físico y en segundo, en el aspecto afectivo y emocional, especialmente en lo que se refiere al plano amoroso.

CALIFICACIONES PARCIALES.

De acuerdo con el autor, las calificaciones parciales corresponden a las omisiones o inhibiciones que ocurren en los distintos núcleos, mediante los cuales se valoriza la-

problemática de la vida psicosocial del sujeto (o grupo) y que son: Familia, Escuela, Trabajo, Enfermedad, Economía, Culpa y Misterio.

Los núcleos de la Familia, la Escuela, la Enfermedad, la Culpa y el Misterio, se tomaron como parte de la vida actual en los sujetos de estudio y los núcleos del Trabajo y la Economía como proyección al futuro.

Tratando por separado los datos que se refieren a hombres y mujeres, se formaron las respectivas series de frecuencias para cada grupo y en cada una, fueron calculadas las siguientes medidas estadísticas: promedios (media, modo y cuartiles 1a. y 3a.) y la variabilidad absoluta (desviación cuadrática media y desviación standard).

Con el objeto de dar mayor claridad a los resultados que se analizarán a continuación, en los siguientes cuadros se consignan los valores obtenidos para el promedio central (media) y los promedios laterales (Q_1 y Q_3) ya que el primero nos determina el valor característico y los segundos la zona de normalidad estadística del fenómeno estudiado.

En primer término (Cuadros No. 2 y 3) se consignan -- separadamente para hombres y mujeres, los valores obtenidos en cada uno de los núcleos y en los Cuadros 4 y 5, las diferencias entre la calificación media de la norma establecida por el autor y los valores obtenidos en el grupo estudiado.

CUADRO No. 2.

CALIFICACIONES PARCIALES.

HOMBRES

Núcleos	Norma			Valores Obtenidos			Interpre- tación
	Q ₁	M	Q ₃	Q ₁	M	Q ₃	
Familia	0.57	2.86	3.22	2.31			Normal
Escuela	1.11	2.90	5.23	4.18	5.31	7.69	Excedente
Trabajo	4.80	9.85	14.45	14.56	16.69	22.31	Excedente
Enfermedad	0.46	3.23	5.46	3.64	5.01	7.47	Excedente
Economía	1.77	3.39	5.50	5.08	6.11	8.49	Excedente
Culpa	4.23	8.05	12.48	9.25	11.69	15.32	Excedente
Misterio	2.14	4.06	6.51	5.19	6.30	8.59	Excedente

CUADRO No. 3.

CALIFICACIONES PARCIALES.

MUJERES

Núcleos	Norma			Valores Obtenidos			Interpre- tación.
	Q ₁	M	Q ₃	Q ₁	M	Q ₃	
Familia	0.43	1.31	2.08	2.00			Excedente
Escuela	0.46	1.03	2.45	4.00	4.88	6.75	Excedente
Trabajo	4.02	8.71	13.74	15.33	21.07	22.38	Excedente
Enfermedad	1.03	2.58	4.43	3.71	4.78	7.00	Excedente
Economía	1.66	3.13	5.21	4.71	5.78	7.86	Excedente
Culpa	3.24	7.21	8.52	9.18	11.40	15.00	Excedente
Misterio	1.38	3.68	5.17	4.88	5.74	7.80	Excedente

CUADRO No. 4.

HOMBRES.

Núcleos	Norma	Valores Obtenidos	Diferencia.	Interpretación.
Familia	2.86	2.31	-0.55	Normal
Escuela	2.90	5.31	+2.41	Excedente
Trabajo	9.85	16.69	+6.84	Excedente
Enfermedad	3.23	5.01	+1.78	Excedente
Economía	3.39	6.11	+2.72	Excedente
Culpa	8.05	11.69	+3.64	Excedente
Misterio	4.06	6.30	+2.24	Excedente

CUADRO No. 5.

MUJERES

Núcleos	Norma	Valores Obtenidos	Diferencia	Interpretación
Familia	1.31	2.00	+0.69	Excedente
Escuela	1.03	4.88	+3.85	Excedente
Trabajo	8.71	21.07	+12.36	Excedente
Enfermedad	2.58	4.78	+2.20	Excedente
Economía	3.13	5.78	+2.65	Excedente
Culpa	7.21	11.40	+4.19	Excedente
Misterio	3.68	5.74	+2.06	Excedente

En los cuadros anteriores podemos observar que, para ambos grupos, todos los valores obtenidos -con la única excepción del núcleo de la Familia en los hombres- son excedentes a los de la norma establecida.

Esto quiere decir, de acuerdo con el autor de la prueba, que las inhibiciones se deben a que existe una carga neurótica en torno a estos importantes núcleos de la vida-psicosocial de los sujetos estudiados.

En lo que respecta a la Familia, en los hombres no se presenta una conflictiva más allá de lo normal, en tanto - que en las mujeres sí; esto puede deberse a los problemas-ortopédicos que padecen y que provocan que en la mujer la fijación en la familia sea mayor de lo normal y la diferencia se explica porque el hombre es más autónomo. Esto significa que, al aumentar la profundidad afectiva familiar, -aumenta también la posibilidad de conflicto, propiciando - la carga neurótica señalada por el excedente del valor de ese núcleo.

El valor deficiente, en caso de que se hubiera presentado, significaría inmadurez en los sujetos.

Las diferencias entre la norma y los valores obtenidos, es bastante marcada. Esto quiere decir que, además de los problemas normales esperados en esa edad, los sujetos de estudio aumentan su problemática con su forma peculiar de reacción ante su situación.

Colocando los valores excedentes en orden decreciente

de importancia, obtendremos los siguientes rangos de perturbación.

CUADRO No. 6.

HOMBRES

Núcleo	Norma	Valores Obtenidos	Diferencia
Trabajo	9.85	16.69	+ 6.84
Culpa	8.05	11.69	+ 3.64
Economía	3.39	6.11	+ 2.72
Escuela	2.90	5.31	+ 2.41
Misterio	4.06	6.30	+ 2.24
Enfermedad	3.23	5.01	+ 1.78

CUADRO No. 7.

MUJERES

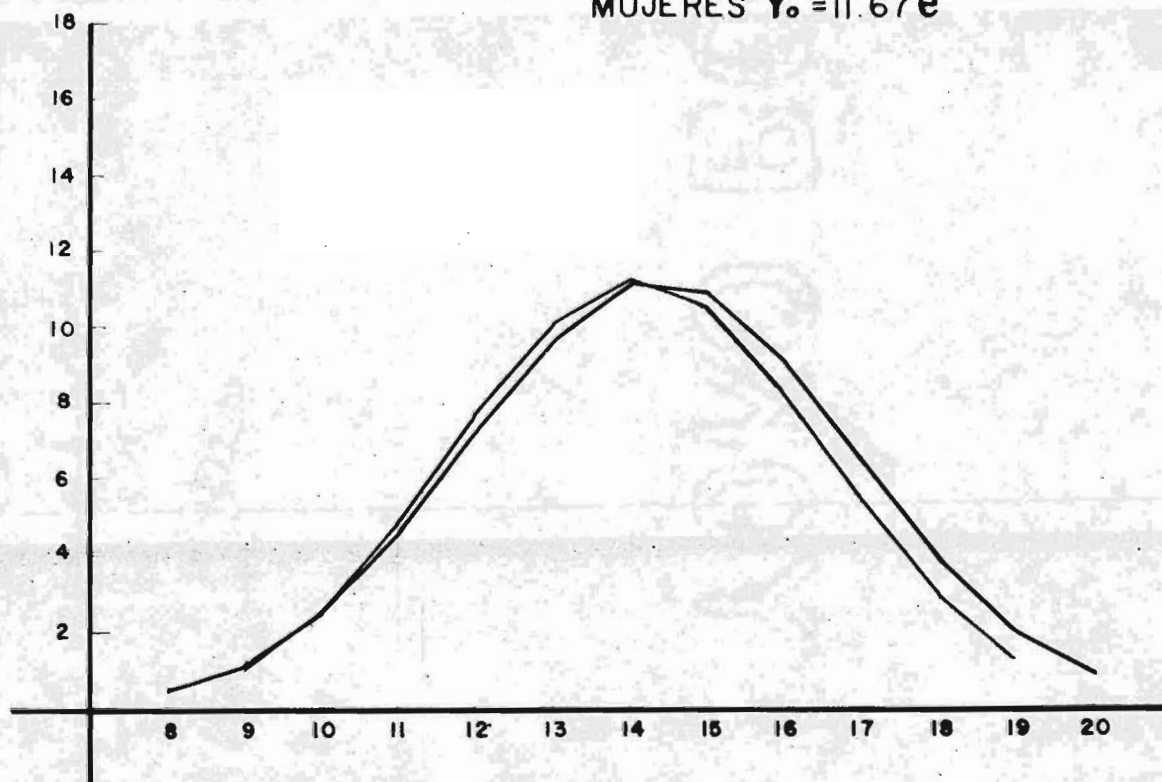
Núcleo	Norma	Valores Obtenidos	Diferencia
Trabajo	8.71	21.07	+ 12.36
Culpa	7.21	11.40	+ 4.19
Escuela	1.03	4.88	+ 3.85
Economía	3.13	5.78	+ 2.65
Enfermedad	2.58	4.78	+ 2.20
Misterio	3.68	5.74	+ 2.06
Familia	1.31	2.00	+ 0.69

En los cuadros anteriores podemos observar una inquietud semejante en los dos grupos, que se manifiesta en los altos valores alcanzados en el Trabajo (proyección al futuro) y el Sentimiento de Culpa. Los demás núcleos ocupan -- más o menos el mismo orden, con excepción del de Enfermedad, que en el grupo de las mujeres ocupa un lugar más preponderante que en el de los hombres y la Economía, que resulta más importante que la Escuela en el grupo de los hombres. En el grupo de las mujeres por el contrario, la Escuela adquiere mayor importancia que la Economía.

E D A D

$$\text{HOMBRES } Y_0 = 11.32 e^{-\frac{x^2}{12.50}}$$

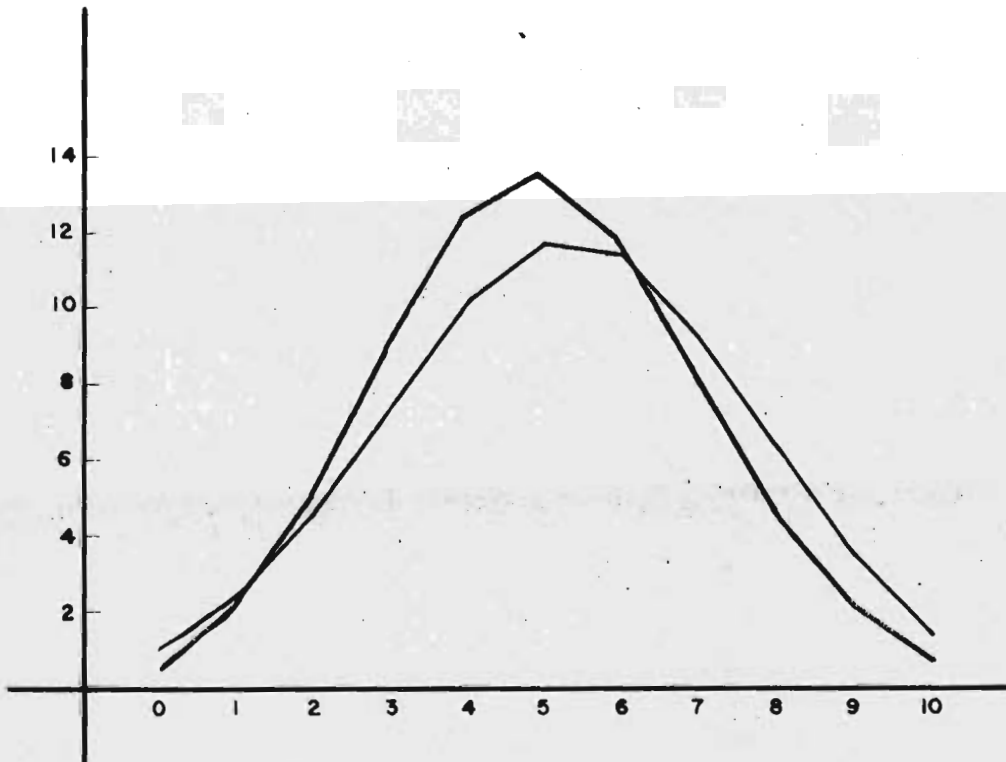
$$\text{MUJERES } Y_0 = 11.67 e^{-\frac{x^2}{12.10}}$$



NUCLEO ESCOLAR

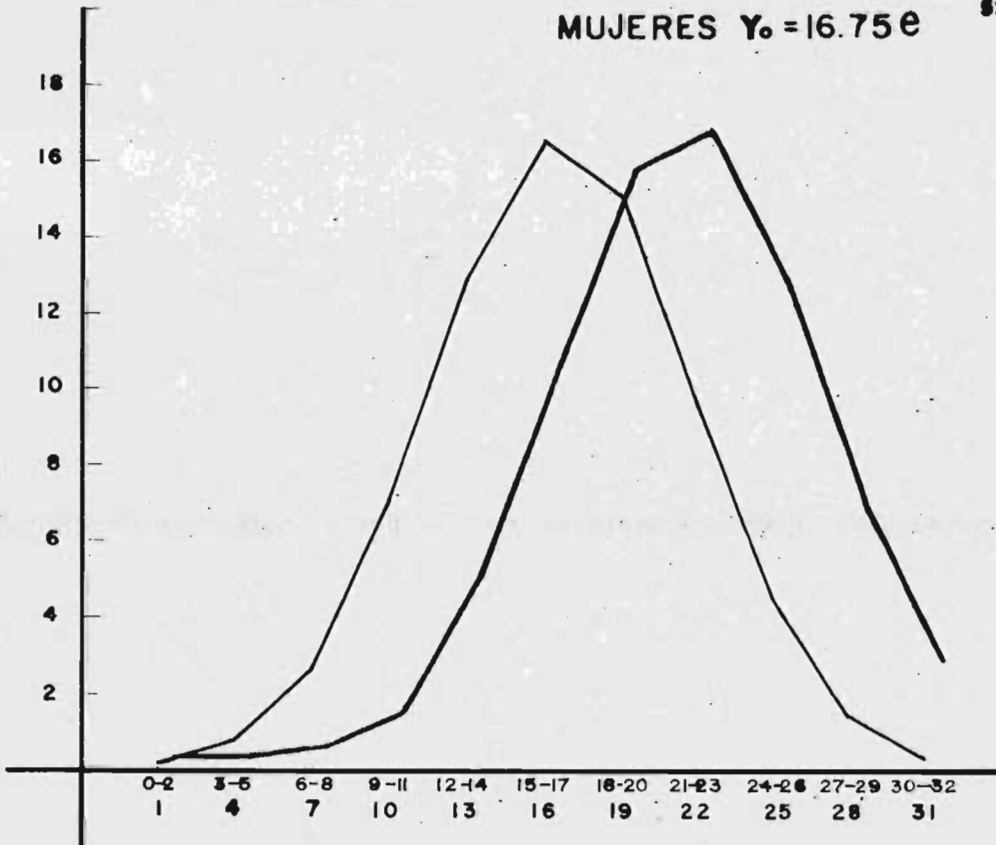
$$\text{HOMBRES } Y_0 = 11.85 e^{-\frac{x^2}{11.42}}$$

$$\text{MUJERES } Y_0 = 13.69 e^{-\frac{x^2}{8.82}}$$



NUCLEO TRABAJO

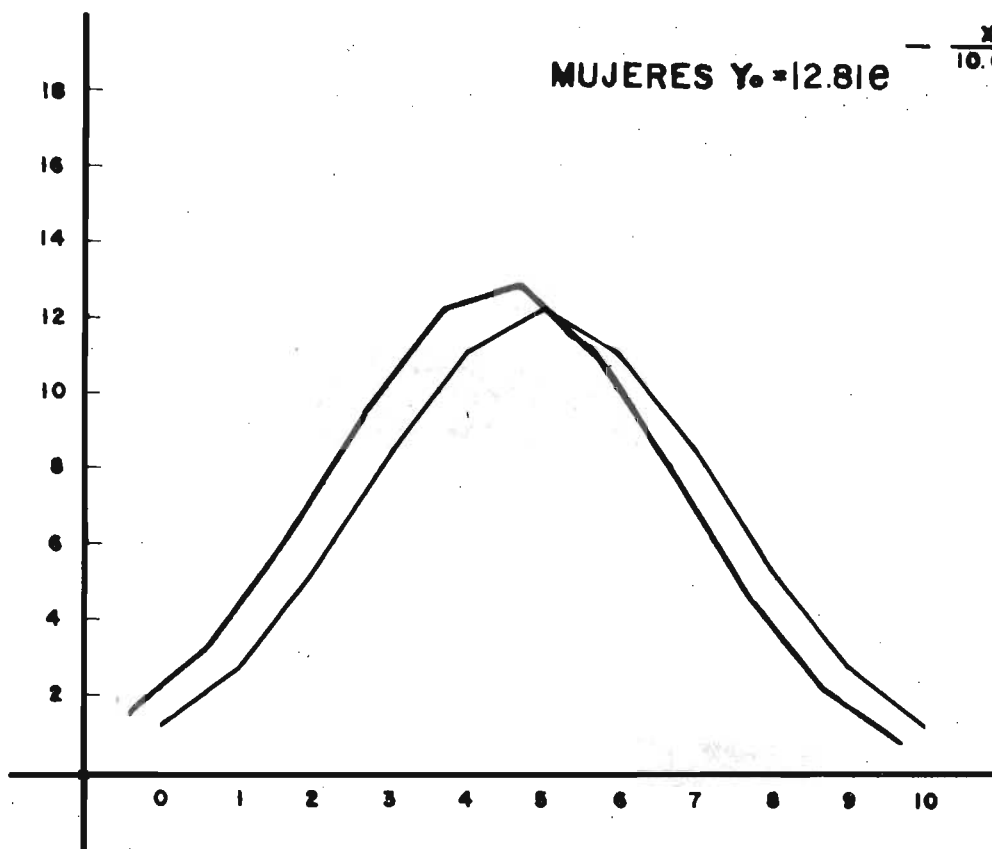
HOMBRES $Y_0 = 16.69 e^{-\frac{x^2}{51.82}}$
 MUJERES $Y_0 = 16.75 e^{-\frac{x^2}{52.84}}$



NUCLEO ENFERMEDAD

$$\text{HOMBRES } Y_0 = 12.22 e^{-\frac{x^2}{10.76}}$$

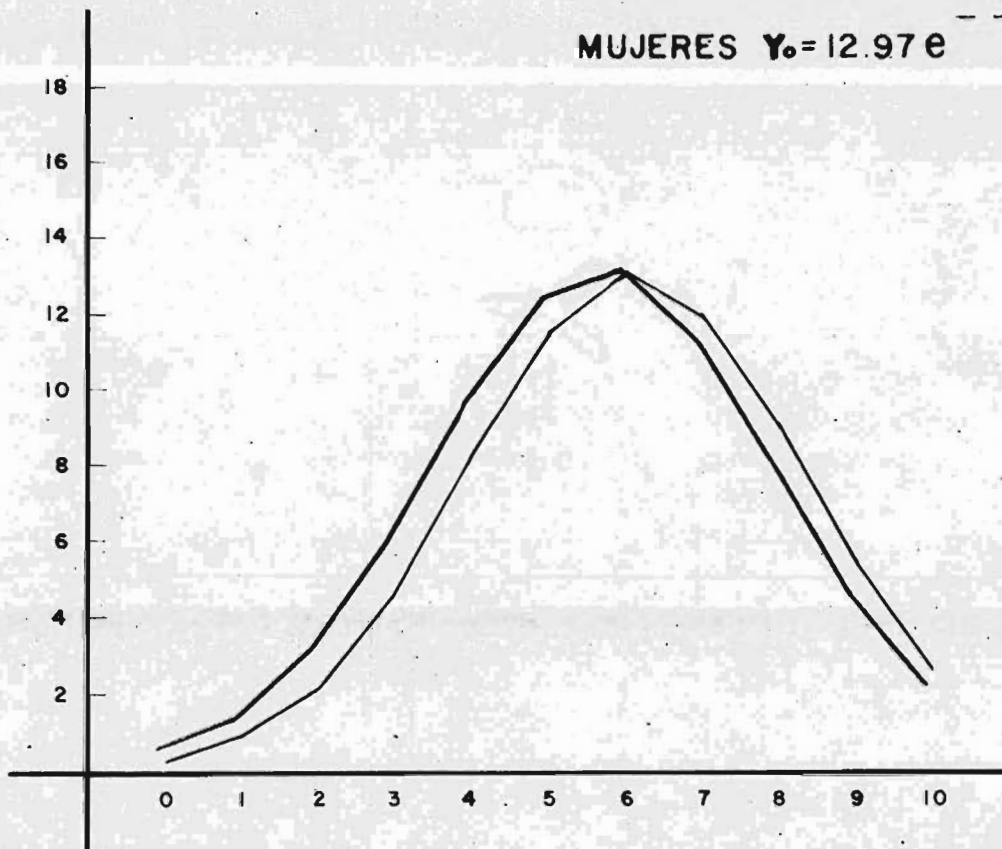
$$\text{MUJERES } Y_0 = 12.81 e^{-\frac{x^2}{10.04}}$$



NUCLEO ECONOMIA

$$\text{HOMBRES } Y_0 = 13.08 e^{-\frac{x^2}{9.4}}$$

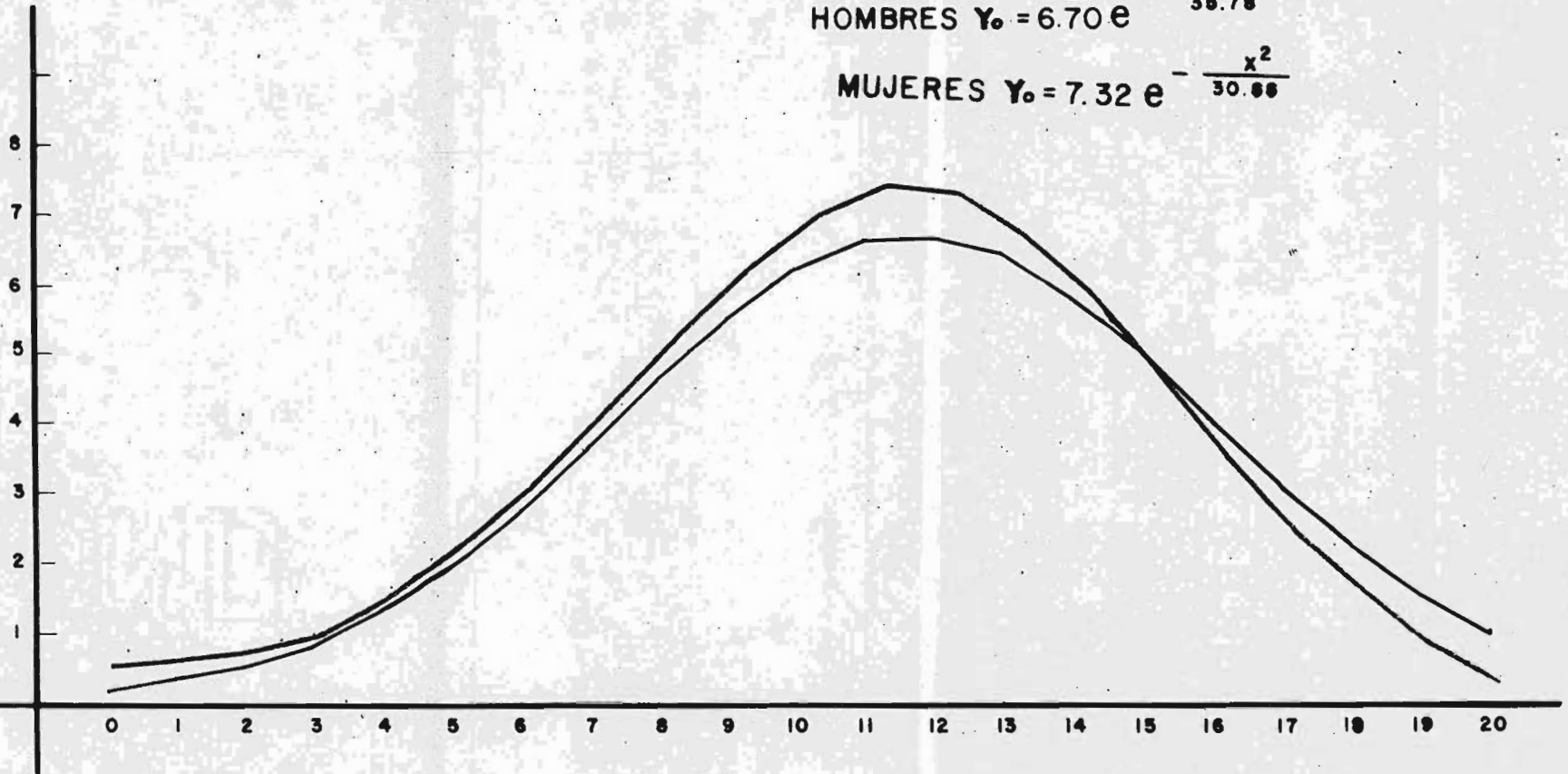
$$\text{MUJERES } Y_0 = 12.97 e^{-\frac{x^2}{9.76}}$$



NUCLEO CULPA

$$\text{HOMBRES } Y_0 = 6.70 e^{-\frac{x^2}{38.78}}$$

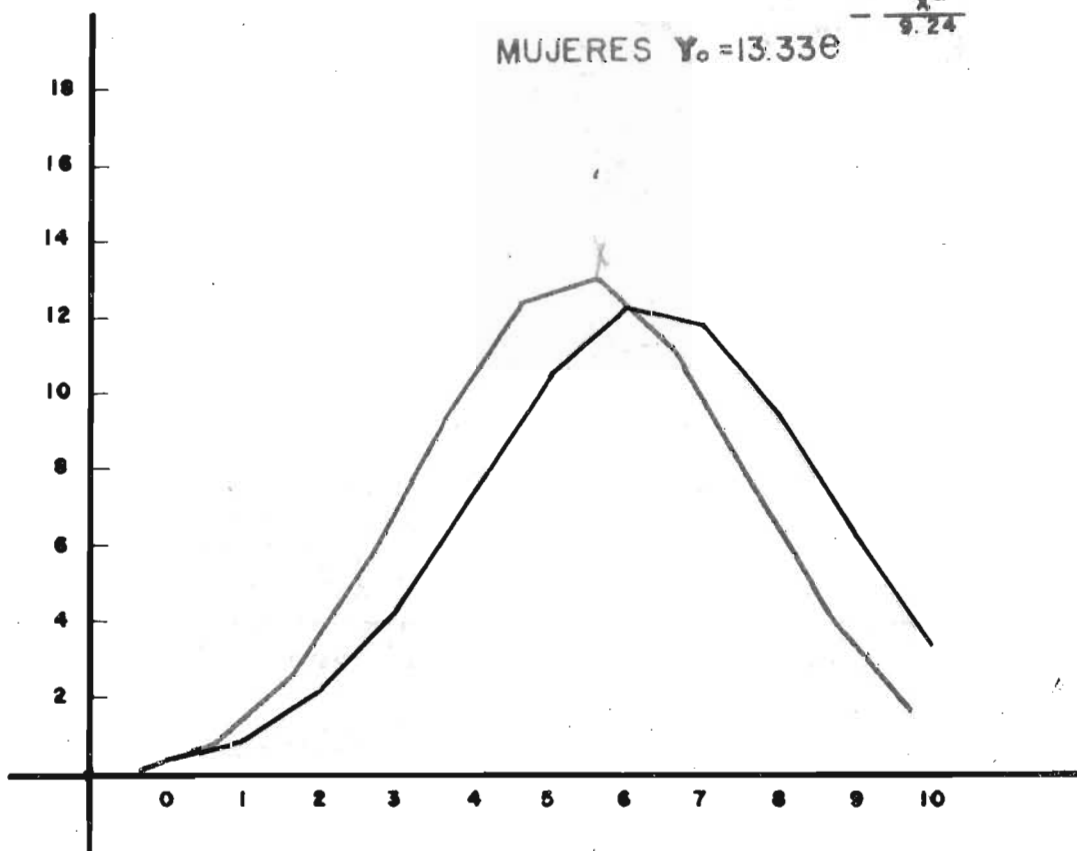
$$\text{MUJERES } Y_0 = 7.32 e^{-\frac{x^2}{30.88}}$$



NUCLEO MISTERIO

$$\text{HOMBRES } Y_0 = 12.33e^{-\frac{x^2}{10.88}}$$

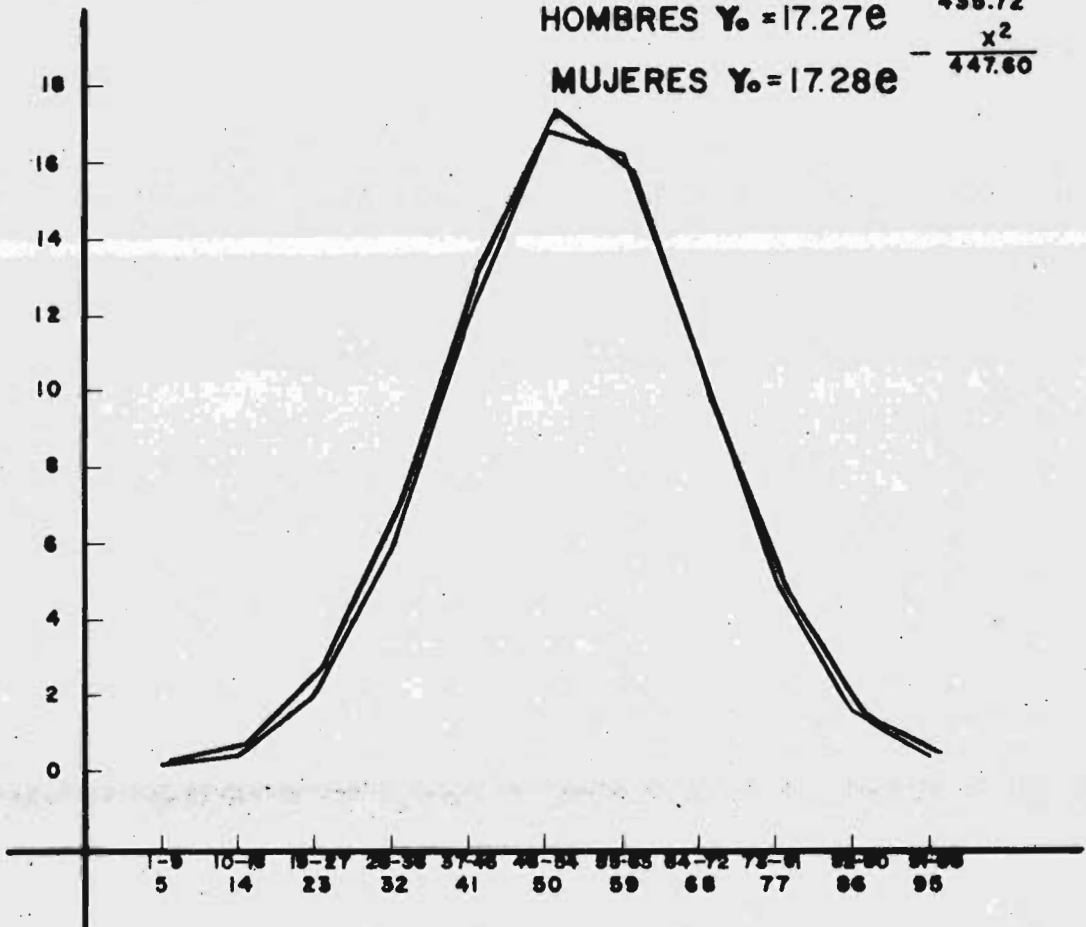
$$\text{MUJERES } Y_0 = 13.33e^{-\frac{x^2}{9.24}}$$



TOTAL OMISIONES

$$\text{HOMBRES } Y_0 = 17.27e^{-\frac{x^2}{438.72}}$$

$$\text{MUJERES } Y_0 = 17.28e^{-\frac{x^2}{447.60}}$$



CORRELACIONES.

En todas las correlaciones, los cálculos fueron hechos por separado, para los hombres y las mujeres. Los errores calculados para las ecuaciones son errores cuadráticos medios. Todas las correlaciones obtenidas son de tendencia rectilínea.

Los resultados se exponen de la siguiente manera:

a) El sentido de la correlación, que indica el signo y que puede ser directo (signo "más" cuando el aumento de una variable corresponde también, un aumento de la otra variable) o indirecto (signo "menos" cuando al aumento de una variable corresponde una disminución de la otra).

b) la intensidad, que está representada por el valor que va después del signo y que indica la proporción en que la relación se verifica, o lo que es lo mismo, la intensidad de la correlación.

c) El grado de exactitud o de validez del coeficiente, indicado por la cantidad que se anota después del signo más-menos y que corresponde al error cuadrático medio del coeficiente.

d) La naturaleza de la relación calculada, expresada en forma matemática (es la función que liga a las dos variables) por la ecuación de estimación, con la indicación de su respectivo error cuadrático medio (anotado después del signo más-menos).

e) En todos los casos en que se realizaron correlaciones entre los núcleos, se tomó como variable independiente (X) el núcleo de la enfermedad y como variable dependiente (Y) cada uno de los núcleos.

Este puede explicarse fácilmente si tomamos en consideración que es el núcleo de la enfermedad aquel que constituye el centro de la problemática y que forzosamente está en relación e influyendo en los otros núcleos de la vida psicosocial del sujeto.

A continuación se exponen las correlaciones realizadas y el valor del coeficiente de correlación obtenido.

CORRELACIONES.

X	Y	Hombres r	Mujeres r
Enfermedad	Familia	0.65	0.41
Enfermedad	Escuela	0.75	0.26
Enfermedad	Trabajo	0.84	0.17
Enfermedad	Economía	0.89	0.20
Enfermedad	Culpa	0.62	0.19
Enfermedad	Misterio	0.94	0.25
Enfermedad	Total de Omisiones	0.94	0.77

ENFERMEDAD-FAMILIA

Hombres $r = + 0.65$
 $Y = 1.44 + 0.17 X \pm 0.43$

Mujeres $r = + 0.41$
 $Y = 0.96 + 0.13 X \pm 0.63$

Este resultado pone de manifiesto que existe una relación directa e intensa (65% y 41% respectivamente para el grupo de hombres y de mujeres) entre las perturbaciones -- que produce la enfermedad y aquellas que están en relación con la familia.

ENFERMEDAD-ESCUELA.

Hombres $r = + 0.75$
 $Y = 3.19 + 0.39 X \pm 0.73$

Mujeres $r = + 0.26$
 $Y = 3.15 + 0.16 X \pm 1.30$

En el grupo de varones, las perturbaciones causadas por la enfermedad, influyen en el 75% de los casos en la conducta escolar; este fenómeno solo se presenta en el --- 26% de las mujeres estudiadas

ENFERMEDAD-TRABAJO.

Hombres $r = + 0.84$
 $Y = 9.71 + 1.15 X \pm 1.59$

Mujeres $r = + 0.17$
 $Y = 12.81 + 0.35 X \pm 4.35$

Tomando en consideración la edad de los sujetos, el núcleo del trabajo y el de economía se tomaron como proyección al futuro.

Tanto para los hombres como para las mujeres, la relación entre los núcleos de enfermedad y trabajo es también directa, siendo más intensas en los primeros (0.84); estos resultados se deben, sin duda, a que como quedó visto, el grado de perturbación en el núcleo del trabajo es mucho menor en las mujeres.

ENFERMEDAD-ECONOMIA.

Hombres	$r = + 0.62$
	$Y = 5.13 + 0.23 X \pm 0.80$
Mujeres	$r = + 0.19$
	$Y = 4.24 + 0.13 X \pm 1.48$

Los resultados anteriores ponen de manifiesto claramente, que en los hombres existe, en una mayor proporción una relación directa entre enfermedad y economía; en tanto que esta relación únicamente se da en poco menos que la quinta parte de las mujeres.

ENFERMEDAD-CULPA.

Hombres	$r = + 0.89$
	$Y = 5.31 + 1.01 X \pm 1.14$
Mujeres	$r = + 0.20$

En ambos casos la correlación es directa; sin embargo la diferencia en la intensidad de la relación entre ambos fenómenos es notable, ya que en tanto que en los hombres se da en el 89% de los casos, en las mujeres únicamente en una quinta parte.

ENFERMEDAD-MISTERIO.

Hombres	$r = + 0.94$
	$Y = 2.51 + 0.61 X \pm 0.49$
Mujeres	$r = + 0.25$
	$Y = 3.84 + 0.17 X \pm 1.48$

En los sujetos del sexo masculino, la correlación entre enfermedad y misterio es directa y muy elevada (94%), en tanto que en las mujeres esta misma relación se da solamente en el 25% de los casos.

ENFERMEDAD-TOTAL OMISIONES.

Hombres	$r = + 0.94$
	$Y = 27.32 + 4.55 X \pm 3.60$
Mujeres	$r = + 0.77$
	$Y = 35.05 + 1.58 X \pm 7.70$

En ambos casos la correlación es directa y muy intensa, especialmente en el grupo de los hombres en el que afecta al 94%, en tanto que en el de las mujeres solo afecta al 77%.

Por lo que concluimos:

- a.- Son más altos los valores de "r" en el caso de los hombres que en el de las mujeres, lo que significa mayor estabilidad de estos caracteres en los hombres.
- b.- Todas las variables estudiadas "r" son significativas.
- c.- Todas las correlaciones son directas.
- d.- Todas las correlaciones son rectilíneas.
- e.- En los hombres, los valores más altos se observan en - la relación que existe entre la enfermedad y el misterio, y la enfermedad y total de omisiones, en tanto - que los más bajos se observan entre enfermedad-culpa.
- f.- En las mujeres, los valores más altos se observan en - la relación que existe entre la enfermedad y el total de omisiones, en tanto que los más bajos se observan- entre la enfermedad y el trabajo.

INTERPRETACIONES Y CONCLUSIONES.

El procedimiento aplicado en el estudio de este conjunto homogéneo de niños y adolescentes de ambos sexos, nos ofrece un panorama general de los principales motivos de perturbación de su conducta psicosocial.

Los motivos más importantes de perturbación se refieren, en ambos grupos, al Trabajo y al Sentimiento de Culpa; en una situación intermedia quedaron en el grupo de hombres, los núcleos que exploran la Economía y la Escuela; en tanto que en el grupo de las mujeres fueron los núcleos de la Escuela, la Economía y la Enfermedad. Finalmente, los núcleos de menor importancia para el grupo de hombres fueron el Misterio y la Enfermedad, quedando descartado el núcleo de la Familia, ya que sus resultados quedan dentro de los límites de la normalidad. En el grupo de las mujeres, la Enfermedad, el Misterio y la Familia, ocuparon, en ese orden, los últimos lugares de importancia en su problemática.

Como se puede observar en el cuadro número 4, todos los valores de los hombres, con excepción del de la Familia, son excedentes a los de la norma establecida por el Dr. Gómez Robledo.

En el cuadro número 5 que corresponde al grupo de las mujeres, todos los valores son excedentes a los valores de la norma.

Esto significa, de acuerdo con el autor, que existe - en los sujetos estudiados, un conflicto neurótico. Si la - diferencia entre los valores obtenidos y la norma no es -- significativa, hay normalidad. Si los valores obtenidos -- son significativamente menores que los de la norma, quiere decir que el grupo estudiado es inmaduro emocionalmente.

El Trabajo, tomado en nuestro estudio como proyección al futuro, resulta perturbador en principio, ya que le será necesario para satisfacer las necesidades elementales - de la existencia, conservar la dignidad de vida que se obtiene como consecuencia de haber logrado seguridad económica y posibilidades de una autosuficiencia de bases firmes, con los consiguientes beneficios para su salud mental.

El temor de no conseguir un empleo, no poder desempeñarlo con la debida eficiencia o el temor de perderlo, resulta para los sujetos de este estudio sumamente frustrante, y por lo tanto, perturbador. Si a lo antes mencionado agregamos que las deficiencias físicas acentúan este temor, -- hasta cierto punto natural, a niveles mucho más altos como reacción a su problema específico, se explica porqué los - valores de este núcleo son excedentes.

Como sucede con el núcleo del Trabajo, que ocupa el - primer lugar de perturbación en los dos grupos, el sentimiento de Culpa ocupa el segundo lugar en ambos.

El no poder trabajar o el no tener la certeza de poder hacerlo, produce además de la perturbación ya descrita

en el núcleo del Trabajo, alteraciones en el núcleo del -- sentimiento de Culpa ya que, como afirma el autor "este -- sentimiento es inseparable de las formas de vida y aparece cuando sus normas no se cumplen". El no sentirse productivo y autosuficiente, producen en los sujetos sentimientos de inferioridad y de culpa, que más tarde, al acentuarse -- si no se resuelve el problema de su improductividad, irán formando complejos de catastróficas consecuencias para la imagen personal de los sujetos y la seguridad en sí mismos.

Las normas religiosas, morales y jurídicas, esto es -- todas las formas de conducta creadas por el hombre, son de carácter social porque afectan la vida colectiva, limitándolo y encausando tendencias innatas, no siempre negativas que lo colocan en situación de conflicto al tener que reprimirlas, porque se contraponen a normas demasiado rígidas y en ocasiones inadecuadas. En lo que se refiere a las dos primeras normas (religiosas y morales), en general ya resultan anacrónicas y la corrupción del medio en que se aplican las jurídicas, tergiversándolas por intereses creados, resultan inoperantes o deficientes.

La contradicción evidente entre situaciones falsas de carácter negativo elevadas a la categoría de valores, las imposiciones sociales y los valores positivos no del todo olvidados, especialmente por la juventud, han provocado a nivel mundial independientemente de las ideologías políticas o religiosas, una crisis de valores predecesores de --

grandes cambios sociales en los que el humanismo ocupe un lugar principal en las nuevas formas de conducta social, - que serán mas funcionales y que estarán más de acuerdo a - los grandes cambios suscitados por los adelantos científicos y técnicos de los años transcurridos en este siglo, que han dejado atrás, e incluso han olvidado o relegado a un segundo término, lo que debe ser el motivo principal de interés de los científicos en todos los niveles: EL HOMBRE.

La ciencia y la técnica deben ser un medio y nunca un fin; de ahí los síntomas de descomposición cada vez más evidentes de la sociedad contemporánea y la creciente ola de rebelión estudiantil en todo el mundo.

Si a esta crisis de valores ya de por sí frustrante - para la juventud, agregamos las frustraciones ocasionadas por las insuficiencias físicas, vemos que el mundo al que se enfrentan estos jóvenes, es desolador.

El núcleo escolar ocupa el tercer lugar en orden de importancia en el grupo de las mujeres ($r = 26$), en tanto que en el grupo de hombres ocupa el cuarto ($r = 75$). En la escuela, en cierto modo se repiten algunos de los problemas que ocurren en la familia, substituyendo a los padres por los maestros y a los hermanos por los compañeros.

"La escuela causa perturbaciones colectivas, debido a que en tanto que educa, no precisa el tipo de ciudadano - que debe formar de acuerdo con las condiciones de la realidad y en tanto que instruye, enseña conocimientos científicos

cos en evidente contraste con las constantes transformaciones que proporciona la técnica social acerca de progresos-científicos, descubrimientos y grandes acontecimientos que proceden todos de la Ciencia Contemporánea. Es muy nociva la disciplina formal y el criterio de autoridad (autoridad postulada por razón de principio de autoridad) que predomina en la escuela y muy perjudiciales vicios en la práctica de la enseñanza, como el Dogmatismo, la Actitud Teorizante, el Verbalismo y el Memorismo". (21)

La necesidad de seguridad económica acentuada por el materialismo que impera en nuestra época, juega un papel importante en la conducta psicosocial de los sujetos estudiados. Como ya vimos, existe una estrecha relación entre la seguridad que produce el trabajo y la necesidad de seguridad económica, de prestigio, de status, etc. Por el tradicional concepto que opera en nuestra estructura social, la economía adquiere mayor importancia para el grupo de los hombres.

Para el grupo de las mujeres, manifiestan particular importancia las perturbaciones de la conducta psicosocial causadas por enfermedad, ya que para ellas ocupa el 5o. lugar de importancia, en tanto que para los hombres la enfermedad se desplaza hasta el sexto y último lugar. Esto se puede explicar fácilmente, debido a que en la actualidad se ha exaltado y dado mayor importancia por todos los medios masivos de difusión, al papel que desempeña el cuerpo

de la mujer y al erotismo derivado del mismo. La enfermedad ha afectado en mayor o menor grado la belleza física de las jóvenes estudiadas, colocándolas en desventaja real o aparente, respecto a las demás jóvenes de su edad, dentro de la esfera amorosa, provocando perturbaciones de su conducta psicosocial, dependiendo esto del grado de madurez y de la capacidad para aceptar el problema. Para el hombre, el problema es semejante en cierto modo, pero en menor intensidad y su mayor adaptación a las circunstancias, unidas a un mayor desenvolvimiento social, le permiten afrontar y resolver mejor su situación humana.

"El misterio, como consecuencia de la ignorancia, pone de manifiesto una grave deficiencia de la educación pública en cuanto a la calidad de los conocimientos científicos que imparte, carentes de modernidad, cuando fuera de la escuela la vida misma, los acontecimientos científicos de nuestra época y la técnica social (radio, cine, televisión teatro y publicaciones, etc.) de manera permanente, suscitan el interés público por estos temas e instruyen (a su manera) a grandes masas de población. La técnica social no debe suplantar a la escuela porque fundamentalmente, está al servicio de empresas industriales, de comerciantes y de objetivos bien conocidos de política internacional".(21)

VANCE PACKARD, en todas sus obras subraya las formas en que son destruidos sistemáticamente, valores positivos con fines puramente comerciales, especialmente en lo que -

se refiere a la juventud, cuyos valores son constantemente atacados y destruidos por los medios masivos de difusión mencionados anteriormente. (32)

La publicidad substituye estos valores por nuevas formas que están muy lejos de merecer esa categoría; así es como el materialismo, que impera actualmente en nuestra sociedad, se ha institucionalizado. Ejemplos palpables de esta masificación de fines mercantilistas, son las imágenes y las asociaciones de ideas correspondientes, entre las que cabe mencionar la imagen que liga al deportista con conocida cerveza y marca de cigarros, lo que ha provocado que nuestros deportistas de por sí bajos en su condición física por la alimentación deficiente en las clases media y baja, beban para celebrar la victoria o por la tristeza de una derrota, entre bocanadas de humo de conocida marca de cigarros.

Son los nuevos valores creados por la sociedad de consumo y no la lucha de generaciones y la inmadurez propia de la edad, lo que hace que nuestra juventud se encuentre desorientada, desquiciada y sin saber que camino tomar. Es lamentable y triste ver como estas situaciones creadas artificialmente, hacen que se pierdan verdaderos valores que no llegan a fructificar.

Esta situación negativa se puede observar en todas las facetas de la vida psicosocial que directa o indirectamente influyen en la conducta del individuo.

"Las perturbaciones en la familia se deben principalmente a los conflictos que se originan entre las personas que la integran, de preferencia entre esposos, entre hermanos y entre padres e hijos.

"Si en la familia (mejor sería decir en la tradición-familiar), prevalece la idea de realizar un modelo ideal - atrasado, todo el conjunto familiar quedará expuesto a muchos trastornos por encontrarse en conflicto con la realidad. Los hijos, por lo común, son mal valorados por sus padres y causan perturbaciones cuando significan la satisfacción instintiva de la reproducción (deseo de inmortalidad), cuando son instrumentos de agresión o de venganza entre -- los padres; cuando son el medio que utiliza la mujer para retener al marido en el hogar y para obtener recursos o ventajas económicas; cuando son simples objetos de placer o - diversión para sus padres; cuando los padres hacen pagar - a los hijos la situación que soportaron ellos cuando eran niños (satisfacción substitutiva); cuando los padres tratan de reflejarse en los hijos, dificultando y aún impiendo el libre desarrollo de su propia personalidad. Entre hermanos, el problema más repetido es el de la rivalidad. El más importante se presenta cuando las hijas tratan de igualar o superar la categoría, de preferencia biológica, de la madre y los hijos lo mismo, pero aplicada a la categoría social del padre. En muchos casos la conducta de los hijos orientada a ser distintos y hasta opuestos a los

padres, encubre todo lo contrario y es más de identifica--
ción que de diferenciación". (21)

La aceptación o el rechazo por parte de los padres ha--
cia los hijos con problemas motrices, juega un papel impor--
tante en la problemática de este grupo. El culpar a los --
padres, especialmente si son alcohólicos, es una de las --
reacciones características de los hijos ante su problema y
contribuye a alterar o a modificar la dinámica familiar, -
hasta alcanzar incluso, caracteres patológicos.

A los hechos antes mencionados, ya de por sí eficaces
coadyuvantes de la desintegración familiar, se unen los --
factores externos, como la importación de patrones cultura--
les inaplicables a nuestra idiosincracia; la copia sin nin--
gún criterio de modas europeas y norteamericanas como el -
chemisse y la maxifalda, diseñadas para muchachas altas y-
delgadas, todo lo contrario de nuestras mujeres. En lo que
respecta al hombre, los sacos de tipo inglés y las camisas
de encaje de colores antes reservados exclusivamente para-
las damas, dificultan cada vez más la otrora fácil distin-
ción entre el hombre y la mujer, a tal punto que a veces -
resulta imposible llegar a una conclusión.

En resumen, todos los factores internos y externos --
que alteran negativamente la dinámica familiar, coadyuvan-
a aumentar la ya de por sí grande problemática de los suje-
tos motive de este estudio.

En general, podemos observar que todas las correlacio

nes de los núcleos correspondientes al grupo masculino, -- son directas y su valor es significativamente superior al del grupo femenino. Esto se explica por la gran responsabilidad que afronta el hombre al enfrentarse a la problemática propia de su iniciación en la sociedad como un ser productivo. El papel pasivo que juega la mujer, debido a nuestros patrones culturales, la convierten en un ser dependiente y receptivo, razón por la cual su confrontación con los problemas de la vida diaria es mucho menor y por lo mismo, el conflicto neurótico causado por su situación física es de menores proporciones y consecuencias que los del sexo opuesto del mismo grupo.

Al analizar en orden decreciente de importancia las perturbaciones de la conducta psicosocial en los dos grupos, observamos que no obstante que por separado, la problemática en los núcleos de la Escuela, la Enfermedad y la Familia, es más importante para las mujeres que para los hombres, al correlacionar la enfermedad con la escuela y con la familia, los valores obtenidos son directos y muy intensos en los hombres y directos, pero menos intensos en las mujeres (enfermedad-familia 65% y 41% y enfermedad-escuela 75% y 26% respectivamente).

Este resultado aparentemente contradictorio se debe, además de lo explicado anteriormente en este mismo capítulo, a un factor muy característico de nuestra cultura: la pasividad de la mujer y la idea un tanto mágica de que los

demás, especialmente el hombre, le van a resolver sus problemas y sus necesidades, lo cual la convierte en un ser dependiente.

En el mismo orden decreciente de importancia, tenemos que los núcleos del Trabajo y la Culpa, ocupan el primero y el segundo lugar en ambos grupos, mientras que al correlacionarse estos núcleos con el de la Enfermedad, los resultados son directos e intensos en las mujeres, y directos también pero mucho más intensos en los hombres (enfermedad-trabajo 84% y 17%; enfermedad-culpa 62% y 19% para hombres y mujeres respectivamente).

Los núcleos de la Economía y el Misterio ocupan un lugar de mayor importancia en el grupo masculino (30. y 50.) que en el femenino (40. y 60.). En tanto que al correlacionarse con la Enfermedad, los resultados son directos en los dos grupos, pero mucho más intensos en el de los hombres (enfermedad-economía 89% y 20% y enfermedad-misterio-95% y 25%).

Finalmente, al correlacionar la Enfermedad con el Total de Omisiones, el resultado obtenido como en todas las demás correlaciones fué directo en ambos grupos, pero de mayor intensidad en el grupo masculino (94% y 77%).

Solo nos resta repetir que en todos estos resultados influye de manera decisiva -además de las causas particulares de perturbación de cada núcleo de la conducta psicosocial del grupo estudiado-, una causa general en todos los-

núcleos por separado y en conjunto y por lo mismo, al correlacionarse los núcleos entre sí.

Esta causa general que diluye un tanto las consecuencias de la enfermedad en la conducta psicosocial de la mujer, es su actitud dependiente-pasiva frente a la sociedad y a la vida. Esta actitud es, a nuestro juicio, una de las principales causas, si no es que la principal, de que la mujer sea considerada en nuestro medio social como un ser inferior, sin serlo.

Solamente cuando a la mujer se le eduque desde los primeros años de su infancia con un criterio que exalte sus tendencias creativas y que le permita realizarse plenamente, solo entonces ocupará el rol que le corresponde en la vida moderna.

Por lo anteriormente expuesto, al interpretar los resultados obtenidos y las conclusiones correspondientes a los mismos, queda demostrada claramente la validez de la hipótesis expuesta.

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

- 1.- "Adolescencia, Formación y Cultura".
Juan Mantovani.
Editorial Espasa-Calpe. Buenos Aires, Argentina, 1950.
- 2.- "Adolescencia, sus Problemas y su Educación".
Leão Carneiro A.
Editorial Uteha. Buenos Aires, Argentina. 1951.
- 3.- "La Adolescencia y el Conflicto de las Generaciones".
Gerald Pearson.
Ediciones Siglo XX. Buenos Aires, Argentina. 1966.
- 4.- "El Adolescente de 10 a 16 años".
Arnold Gessell.
Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1967.
- 5.- "El Adolescente y su Mundo".
Dra. Josselyn.
Editorial Psique. Buenos Aires, Argentina. 1960.
- 6.- "Amor, Sexualidad y el Adolescente".
Rhoda L. Loranal.
- 7.- "El Desarrollo Psicológico del Niño".
Charlotte Bühler.
Editorial Lozada. Buenos Aires, Argentina. 1958.
- 8.- "La Educación de los Impedidos" Tomo I.
Frampton y Grant Rowell.
Sec. de Educación Pública. México. 1957 - 1958.
- 9.- "La Educación de los Impedidos". Tomo II.
Frampton y Grant Rowell.
Sec. de Educación Pública. México. 1957 - 1958.
- 10.- "Infancia y Sociedad".
Erik Erickson.
Editorial Hormé. Buenos Aires, Argentina. 1966.

- 11.- "Introducción a la Psicología".
Werner Wolff.
Fondo de Cultura Económica. México 1967. Breviario 82.
- 12.- "El Lisiado a través de la Historia".
Revista de la Sociedad Internacional de Rehabilitación
- 13.- "Memorias del 80. Congreso Internacional de la
Sociedad para el Bienestar de los Lisiados."
Asociación Mexicana de Rehabilitación.
- 14.- "Niñez y Adolescencia".
Stone Lawrence Joseph y Church Joseph.
Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1959.
- 15.- "El Niño de 1 a 5 años".
Arnold Gessell.
Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1967.
- 16.- "Paidología"
José Peinado Altable.
Editorial Porrúa. México. 1964.
- 17.- "Para una Generación Mejor".
Puig y Roig.
Editorial Dalmau. Barcelona, España. 1955.
- 18.- "Patología Quirúrgica".
Juan R. Michans.
Editorial El Ateneo. Buenos Aires, Argentina.
- 19.- "Psicología de la Edad Evolutiva".
Alberto Merani.
Editorial Grijalvo. Barcelona, España. 1965.
Colección Norte.
- 20.- "Psicología de la Edad Juvenil".
Eduardo Spranger.
Editorial Nacional. México, 1963.

- 21.- "Psicología del Mexicano".
Dr. José Gómez Robledo.
Instituto de Investigaciones Sociales.
México. 1965.
- 22.- "Psicología del Niño".
Maurice Debesse, y otros.
Editorial Nova. Argentina, Buenos Aires. 2a. Edición.
- 23.- "Psicología Evolutiva del Niño y del Adolescente".
Dr. Emilio Mira y López.
Cia. Editorial Continental, S.A. México. 1957.
- 24.- "Psicología Médica".
De la Fuente Muñiz R.
Fondo de Cultura Económica. México. 1959.
- 25.- "El Psiquismo Fetal".
Arnaldo Rascowsky.
Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina. 1960.
- 26.- "Trabajo de Psicodinamia Social".
Prof. Fuco Jiménez García.
Ada Crespo Russo y Lydia Soriano Reyes. Tlalpan, 1969.
- 27.- "Trabajo de Psicodinamia Social".
Prof. Fuco Jiménez García.
Florencio Ortega S. y Armando Pedraza Ibarra.
Tlalpan, 1968.
- 28.- "Trabajo Estadístico".
Maternidad del I.M.S.S.
- 29.- "Trabajo sobre Obstetricia".
Dr. Castelazo Ayala.
- 30.- "El Trauma del Nacimiento".
Otto Rank.
Editorial R. Brunner. New York. 1952.

- 31.- "Instituto Nacional de Protección a la Infancia".
Patronato.
México, 1966.
- 32.- "Las Formas Ocultas de la Propaganda".
Vance Packard.
Editorial Sud-Americana. Buenos Aires, Argentina, 1963.