

70
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**EL AUTOCONCEPTO Y LA SEXUALIDAD EN
PACIENTES AMPUTADOS Y HEMIPLEJICOS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :

OLGA LETICIA GOMEZ MARTINEZ

DIRECTOR DE TESIS: LIC. FAYNE ESQUIVEL ANCONA



MEXICO, D. F.

1992

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
 CAPITULO I. "AMPUTACIONES"	
1. Antecedentes de la amputación	4
2. Causas de la amputación.....	6
A) Accidente	7
B) Enfermedad	8
C) Malformaciones Congénitas	9
3. Niveles de amputación	10
4. Complicaciones en la amputación	12
5. Trastornos invalidantes de la amputación	15
6. Riesgo y prevención de la amputación en pacientes que presentan Diabetes Mellitus	17
7. Tratamiento del amputado de la extremidad inferior	21
 CAPITULO II. "HEMIPLEJIA"	
1. Aspectos generales	23
2. Causas de la hemiplejía	25
3. Enfermedades que precipitan el Síndrome hemipléjico	26
- Tumores	26
- Traumatismos de cabeza	27
- Hemorragia cerebral	27

	Página
- Embolia	28
- Trombosis cerebral.....	28
- Factores nutricionales	29
4. Fases de la hemiplejía	29
5. Factores que entorpecen el desempeño motor en la hemiplejía del adulto	31
6. Principales trastornos del lenguaje del paciente hemipléjico	33
7. Rehabilitación del paciente hemipléjico	36

CAPITULO III. "SEXUALIDAD"

1. Aspectos generales	40
2. Conducta sexual humana	46
3. Aspectos biológicos de la sexualidad	48
4. Fisiología de la sexualidad humana	49
5. Aspectos psicológicos de la conducta sexual	60
6. Aspectos sociales de la conducta sexual	66

CAPITULO IV. "LA SEXUALIDAD EN LAS PERSONAS INCAPACITADAS FÍSICAMENTE"

1. Antecedentes	68
2. Clasificación de las incapacidades físicas y la sexualidad	71
1. Incapacidades físicas de nacimiento o adquiridas durante la infancia temprana	72
2. Incapacidades físicas adquiridas repentinamente después de la pubertad, pero no progresivas 73	

	Página
3. Incapacidades físicas progresivas adquiridas después de la pubertad	74
 CAPITULO V. "AUTOCONCEPTO"	
1. Aspectos generales	78
2. Concepto de sí mismo	87
3. Actitudes hacia sí mismo y actitudes hacia los otros	88
4. Imagen corporal	89
5. El autoconcepto y la invalidez	90
6. Invalidez e identidad sexual	97
 CAPITULO VI. "REHABILITACION DE LA INVALIDEZ FISI CA"	
1. Clasificación de la invalidez	99
2. Rehabilitación física integral	100
3. Valoración y tratamiento psicológico de los in capacitados	101
4. Aspectos psicosociales de la incapacidad	105
5. Valoración y tratamiento de la sexualidad en - los minusválidos	107
 CAPITULO VII. "METODO"	
1. Tipo de investigación	112
2. Problema a investigar	113
3. Hipótesis conceptual	113

	Página
4. Variables de criterio	114
5. Materiales	114
6. Sujetos	116
7. Muestreo	117
8. Diseño estadístico	117
9. Procedimiento	118

CAPITULO VIII. "RESULTADOS"

1. Características generales de la población estudiada	121
2. Procedimiento para el análisis formal	126
- Análisis Formal del Psicodiagnóstico de Rorschach en el Grupo I	127
- Análisis Formal del Psicodiagnóstico de Rorschach en el Grupo II	132
3. Procedimiento del Proceso Asociativo o dinámico en ambos grupos	136
- Interpretación simbólica a las láminas 3, 6 y 8 en el Grupo I	137
- Interpretación simbólica a las láminas 3, 6 y 8 en el Grupo II	140
4. Breve comparación de la interpretación simbólica en los dos grupos	143
5. Discusión	144
1. Características de la población estudiada ..	144
2. Problema a investigar	149
3. Hipótesis conceptual	152

	Página
CAPITULO IX. "CONCLUSIONES"	158
- Limitaciones	162
- Sugerencias	163
- Anexos	165
- Bibliografía	168

RESUMEN.

El presente es un estudio exploratorio de tipo descriptivo, en el que se investigó el autoconcepto y la sexualidad, en pacientes amputados y hemipléjicos, 10 de cada rubro, de ambos sexos y edades entre 20 y 55 años.

Se les aplicó inicialmente una encuesta, la que incluye datos generales del paciente; después se realizó entrevista para corroborar datos generales del impedimento físico y finalmente les fue aplicado el Tests Psicodiagnóstico de Rorschach.

Para el análisis de los resultados se realizó la cuantificación de las respuestas dadas al Tests Psicodiagnóstico de Rorschach, realizando análisis formal y simbólico (dinámico, en sólo tres láminas 3, 6 y 8, por considerarlas significativas y estrechamente relacionadas con esta investigación), utilizando para ello medidas de --tendencia central, como la media, porcentajes y frecuencias de los --índices propuestos por Bruno Klopfer.

Los resultados mostraron en forma general, que los dos grupos poseen características muy similares en los índices del Tests --Psicodiagnóstico de Rorschach, debido probablemente a que presentan un padecimiento semejante, por sus efectos invalidantes. Al parecer la incapacidad física, ha mermado y limitado sus capacidades en diferentes esferas de su vida.

En los dos grupos se observan sentimientos de minusvalía y un pobre concepto de sí mismos, negando algunos aspectos relacionados con la sexualidad.

INTRODUCCION.

En el transcurso de la vida se presentan muchas vicisitudes - que pueden lesionar a una persona para siempre, ya sea en una área o en varias, y probablemente la limitaran para realizar actividades comunes a los demás, simplemente por las circunstancias de ser diferentes ante los ojos de otros, por presentar alguna incapacidad física, emocional o mental. Pero quiero comentar que son individuos igual que nosotros, con sentimientos y emociones, con derecho de desarrollarse en el campo que prefieran.

Debido a todo lo antes mencionado me interesó profundamente - saber cual es el autoconcepto y manejo de la sexualidad, que tienen - las personas con amputación y hemiplejía. Pretendiendo investigar --- cual es la relación que existe entre la incapacidad física y el autoconcepto valorado a través de las respuestas al Test Psicodiagnóstico de Rorschach, además de conocer cual es el manejo que hacen de su sexualidad, utilizando también las respuestas a la prueba antes mencionada. Todo con la finalidad de integrar al Psicólogo en este campo de - trabajo, para ayudar a estas personas a conocerse y aceptar su incapacidad. Además que nosotros como profesionales de la salud, necesitamos conocer cuales son las características psicológicas de estos individuos para incluir la Rehabilitación Psicológica, como un proceso de terminante en la recuperación del enfermo y lograr su integración en la sociedad lo antes posible, observando los beneficios de la labor - realizada con ellos.

Es poca la literatura que existe sobre el estudio o características de estos pacientes, por lo que se dificultó en parte el abor-
daje de la investigación, sin embargo, se tomaron en cuenta investigaciones relacionadas con el autoconcepto y la sexualidad de pacientes con alguna incapacidad física.

CAPITULO I.

AMPUTACIONES.

1. ANTECEDENTES DE LA AMPUTACION.

Herodoto narra el hecho histórico de una primera amputación y su tratamiento protésico posterior, llevado a cabo por una soldado persa Hegistratus, quien se amputa a sí mismo un pie para liberarse de los grilletes y más tarde se confecciona en madera su miembro amputado. Probablemente la prótesis más antigua que ha llegado hasta nosotros fue la encontrada en Capua, en 1856, construida con hierro y madera, se supone que fue fabricada alrededor del año 3 000 antes de Cristo.

La Segunda Guerra Mundial dió lugar al nacimiento y desarrollo de las técnicas de rehabilitación del amputado y la implantación de Leyes de Seguridad Social en muchos países, se incrementó la posibilidad de obtener y utilizar permanentemente una prótesis en buenas condiciones.

Esto ha motivado el interés industrial por la construcción de prótesis y la aparición de nuevos adelantos protésicos, como los encajes succión, los mecanismos hidráulicos, neumáticos y eléctricos.

El término amputación se deriva del latín am - alrededor y ---putare - cortar, puede definirse como la acción de extirpar total o parcialmente un miembro o un segmento prominente del cuerpo (Diccionario - Enciclopédico de Educación Especial, 1986).

En la revisión que realizó el autor R. González Mas, (1982) encontró que la incidencia general de amputaciones se eleva en forma constante, debido a los accidentes y a la prolongación de la vida, que permite la supervivencia de ancianos con trastornos generales predisponentes a la amputación. Así Kessler (1984), indica que, durante la Segunda Guerra Mundial, 18,000 soldados americanos perdieron miembros como resultado de lesiones bélicas, pero en el mismo período de cuatro años, - 12,000 americanos civiles resultaron amputados a consecuencia de lesiones accidentales.

En los Estados Unidos, uno de cada 200 norteamericanos ha experimentado una amputación mayor; todos los años se efectúan 35,000 amputaciones por defectos congénitos y causas generales, siendo la localización más frecuente en extremidades inferiores (10 a 3 en relación con - la extremidad superior).

En Inglaterra y Gales existen más de 80,000 personas que han -- perdido uno o más miembros; 27,000 por efecto de las guerras y 60,000 - por traumatismos o enfermedades. Cada año se envían a los 21 centros nacionales protésicos unos 3,500 nuevos casos. La proporción de amputaciones en hombres es de 2.5 veces más elevada que en mujeres, siendo de -- una amputación de extremidad superior por cada 7 u 8 de extremidad inferior. De los nuevos casos producidos, el 27 % lo son por accidente, el 67 % por enfermedad y el 6 % restantes por deformidades congénitas. La mitad de las personas amputadas, actualmente tienen edades superiores a los 60 años (Ritchie, 1982).

En Japón, la frecuencia de amputaciones industriales es 3.4 veces más alta que en Estados Unidos y la proporción de amputados de extremidad superior es de 14 a 10 en relación con las de extremidad infe-

rior.

Los estudios estadísticos efectuados por Gattly, en Estados Unidos, (1984), han permitido la obtención de las siguientes conclusiones:

1.- Las amputaciones por accidentes de hombres son nueve veces más numerosas que en las mujeres, debido a las actividades de mayor riesgo que desarrolla el hombre.

2.- Las amputaciones en hombres debidas a enfermedad son 2.6 -- veces más frecuentes que en las mujeres.

3.- La frecuencia de amputaciones debidas a tumores, es muy semejante en ambos sexos.

4.- Las deformidades congénitas de extremidades son de frecuencia parecida en ambos sexos.

5.- No hay diferencia de incidencia en miembros derechos o izquierdos.

6.- La mayor frecuencia de amputaciones por traumatismos se encuentra entre los 41 y los 50 años; la debida a enfermedad, entre los 61 y 70 años, y la debida a tumores, entre los 11 y 20 años.

2. CAUSAS DE LA AMPUTACION.

Rusk en 1962 establece una clasificación de amputaciones desde el punto de vista etiológico y causal, la cual se presenta a continuación:

1.- Lesiones accidentales.

2.- Muerte tigrular, por insuficiencia vascular periférica arteriosclerótica o diabética.

3.- Muerte de los tejidos por estados vasopásticos periféricos, como la enfermedad de Buerger o Raynaud.

4.- Neoplasias malignas.

5.- Infecciones de larga duración de huesos y otros tejidos que no permiten el restablecimiento de la función.

6.- Lesiones térmicas por calor o frío.

7.- Miembros deformes e inútiles que el paciente considera anti estéticos.

8.- Estados no citados que pueden poner en peligro la vida del paciente, como accidente vascular o mordedura de serpiente.

9.- Falta congénita de miembro.

Tradicionalmente, dicha clasificación se reduce en tres amplios grupos etiológicos, como causantes de amputación: el accidente, la enfermedad y la malformación congénita. (Tohen Zamudio Alfonso; 1982).

A) ACCIDENTE.

El accidente causante de amputación actúa produciendo una destrucción tan amplia de los tejidos, que hace imposible la supervivencia del miembro, originando la desaparición del hueso o imposibilidad de su sutura, o bien, produciendo grandes lesiones nerviosas. Los accidentes más frecuentes son los de tráfico, industriales, incendios, congelaciones o descargas eléctricas. En términos generales, se considera que los accidentes de trabajo producen un mayor índice de amputaciones en extremidades superiores (73 a 81 %) y los accidentes de tráfico y las enfermedades tienen un porcentaje más elevado, sobre las extremidades inferiores (63 %). (Tohen Zamudio, 1982).

B) ENFERMEDAD.

Las enfermedades más frecuentes como causa de amputación pueden englobarse, por lo general, dentro de los siguientes grupos:

a) Enfermedad vascular o circulatoria, como la artereosclerosis y la enfermedad de Buerger, que afecta sobre todo a las extremidades inferiores, donde la presión sanguínea es más baja, siendo más frecuente en los ancianos. Lebedev, estudió 1,126 pacientes con artereosclerosis (772 hombres y 354 mujeres), donde encontró la existencia de síndrome necrótico en 329 casos. Tolstedt y Bell, encontraron que 29 % de amputados por debajo de la rodilla, tenían antecedentes de enfermedad vascular oclusiva y por tal motivo posteriormente hubo de efectuarse reamputación. En estos casos, el nivel de amputación debe efectuarse mediante arteriografía, hiperemia reactiva y empleo de sustancias productoras de eritema. Asimismo, el estudio arteriográfico nos permitirá predecir la evolución de la cicatrización. (ibid)

Leipke estudio 200 amputados por arteriosclerosis obliterans, - obteniendo diversas conclusiones prácticas. Así aprecia que el índice de fracasos en la cicatrización aumenta conforme es más distal el nivel de la amputación. La presencia de diabetes mellitus no aumenta estos fracasos. La causa más importante de los fracasos en la cicatrización, es debido a la isquemia y la herida de la amputación cerrada a presión y ésto motiva con mayor facilidad la infección. Quizás el paciente con arteriosclerosis cardíaca, sea el que presenta mayores riesgos a la amputación. (ibid)

b) Cáncer. El carcinoma o cáncer puede tener diversos síntomas y deberá consultarse de inmediato al médico, cuando se reconozca cual--

quier señal sospechosa, por ejemplo, un tumor en alguna parte del cuerpo; una úlcera que no cicatriza; cambios en los hábitos intestinales; - dificultad para deglutir o ingestión persistente; cambios en el tamaño o en el color de una veruga o lunar, etc.

Deben tomarse todas las precauciones posibles contra el cáncer ya, que un proceso canceroso crónico, puede afectar todas las esferas - psicobiológicas del paciente, incluidas las sociales, económicas y vocacionales.

Lo mencionado anteriormente guarda estrecha relación con el -- cuerpo, es decir, que si el tumor se encuentra en una pierna y este -- presenta cambios de tamaño y color, se revisara el caso, pero probablemente lo más conveniente será la amputación del miembro afectado, para seguridad del enfermo (McCary, 1980).

c) Infección. La tuberculosis, la gangrena por arteriosclerosis o diabética y la osteomielitis, todavía constituyen causas para la amputación, su frecuencia ha disminuido con un diagnóstico precoz y el empleo de antibióticos. La gangrena periférica es muchas veces un síntoma más, de la enfermedad vascular generalizada, pero por sí misma no constituye un proceso maligno (Hellen, Hult). En estos casos, antes de llegar a la amputación del miembro, conviene efectuar una cirugía arterial reconstructiva, estudio cuidadoso de las condiciones cardíacas, existencia de diabetes, movilización pasiva y apoyo sobre el miembro gangrenado, con lo que el proceso puede limitarse y evitarse la amputación.

C) MALFORMACIONES CONGENITAS.

Una malformación congénita es la alteración de la estructura --

del organismo, o de una de sus partes, debida a una perturbación en los procesos normales de desarrollo, que ocurre en una fase precoz, durante la vida intrauterina.

Las malformaciones pueden afectar al tamaño y forma de los órganos o miembros y a su funcionamiento. Algunas malformaciones pueden originar deficiencias motrices, visuales y auditivas.

En el caso de ser motrices las deficiencias que limitan marcadamente la utilización de un miembro, la amputación se presenta como un medio práctico de solución, seguido por la colocación de una prótesis funcional, que permitirá al paciente incorporarse a la vida cotidiana, lo mejor posible (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, -- 1986).

3. NIVELES DE AMPUTACION.

La longitud más adecuada de un muñón posterior a la cirugía, es aquella que conserva mejor la comodidad, la función y la estética, y, - en todo caso habrá de adaptarse a las condiciones personales y sociales del individuo.

Durante mucho tiempo se han intentado sistematizar los niveles óptimos de una amputación, para conseguir muñones ideales. Todos los métodos ofrecen dificultades y casi siempre son inexactos, en el momento de su aplicación, por la dificultad que representa tener que adaptarse a la medida del individuo.

NUMERO INFERIOR.

1.- Desarticulación de cadera: Es un nivel requerido por extrema necesidad.

2.- En el muslo, el nivel de elección es el tercio medio, para conservar la inserción de los músculos abductores. Son zonas aceptables, la más proximal y distal del tercio superior y el tercio inferior hasta el límite superior de los cóndilos.

3.- La desarticulación de rodilla está siendo revalorizada, -- desde hace pocos años por los cirujanos ingleses, que le dan múltiples indicaciones.

4.- En la pierna el nivel de elección está situado por debajo de la unión del tercio superior con el medio.

5.- Los niveles que ofrecen mayor problemática son los de la amputación del pie y la encrucijada del tobillo.

Más que ninguna otra región del cuerpo, las amputaciones del pie, deben de estar de acuerdo con la prótesis actual. Países de extraordinario desarrollo industrial y económico, con protección social para los amputados magníficamente organizados (por ejemplo, Estados Unidos), han creado la confección en serie de prótesis, que se adaptan a las características personales con pocas modificaciones del patrón, con lo que resultan muy económicas y útiles. Otros países como el nuestro no disponen de estos beneficios, pero en cambio, poseen magníficos artesanos de la ortopedia que adaptan, muchas veces, prótesis de modelos absolutamente originales.

4. COMPLICACIONES EN LA AMPUTACION.

Una de las complicaciones en la amputación son los síndromes - dolorosos, desde el momento en que su presentación altera considerablemente, las capacidades rehabilitativas físicas y psicológicas del enfermo. En ocasiones el dolor fantasma o la sensación del miembro fantasma doloroso, constituye una complicación casi absoluta incapacitante en cualquier extremidad amputada.

Se considera que los fenómenos fantasmas, son la expresión de la persistencia del concepto, que el individuo tiene de su imagen corporal, incluso después de perder una parte del cuerpo. Es significativo el hecho de que no se han observado fenómenos fantasma, en individuos que carecen de una extremidad, a consecuencia de un defecto congénito o de amputaciones durante la infancia. El fenómeno fantasma, por lo tanto, no se explica como un deseo de tener el miembro, en términos de psicología de la gestalt. En casi el 98 % de los amputados se presenta, después de la operación, una extremidad fantasma, que al principio se percibe, como si toda la extremidad estuviera presente. Conforme pasa el tiempo, el apéndice fantasma tiende a disminuir de tamaño y finalmente desaparece y se funde con el muñón. Si en el muñón se conserva la sensación cinestésica, los movimientos de éste pueden producir la sensación, de que se está moviendo la extremidad fantasma.

En la extremidad fantasma pueden presentarse tres clases de fenómenos sensoriales, los que a continuación se mencionan:

1.- Hormigueo leve, que puede considerarse como dependiente, de la función de la corteza cerebral sensorial motora. Cuando se tocan --

neuronas existentes en el muñón, puede provocarse una sensación momentánea más intensa, semejante al piquete de alfileras y agujas; esta sensación depende de la actividad funcional de centros medulares más bajos.

2.- Se incluyen en este segundo grupo de fenómenos sensoriales, la presencia de enfermedad en otros órganos, como por ejemplo, el dolor referido de origen cardíaco. Las sensaciones referidas al miembro fantasma, se pueden provocar haciendo presión intensa sobre el muñón de la amputación; la respuesta es menos frecuente ante la estimulación dolorosa de la piel y casi nunca aparece con la estimulación táctil.

3.- El tercer tipo de trastorno sensorial doloroso en el miembro fantasma, es la causa habitual de que envíen al amputado a consulta neurológica/psiquiátrica. El amputado observador e introspectivo nota que sus molestias se agravan cuando se estimula el muñón, a veces cuando orina (si se ha perdido una pierna), cuando hay cambios en las condiciones atmosféricas y muchas veces ante incidentes emocionales molestos. Cuando un amputado admite la existencia de una extremidad fantasma, esto puede considerarse como una buena respuesta psicológica. Después de una amputación el individuo sana lentamente, reorganiza su imagen corporal por medio de las nuevas experiencias sensoriales, relacionadas con el cambio en la forma del cuerpo.

El amputado sano, acepta su defecto, vuelve a tomar la posición que ocupaba dentro de la familia, regresa a su ocupación y, con un muñón adecuado, usa una prótesis apropiada. Por otra parte, los individuos que sufren un grave trastorno en la personalidad, suelen que-

jarse de dolor persistente e intermitente en el miembro fantasma, ésto los incapacita para regresar a la vida social; en ellos, el síntoma doloroso no concuerda con las descripciones, de las sensaciones que resultan de la irritación en las estructuras conocidas, ni se refleja en las áreas correspondientes de distribución nerviosa; son enfermos que se resistan a aceptar una prótesis y se adaptan mal a la familia, al matrimonio y al trabajo. Tales trastornos de la personalidad, aunque son raros, aparecen cuando la amputación provoca un brote de angustia, debido a la distorsión del concepto que el paciente tiene de su cuerpo, y por lo tanto, de sí mismo y sus relaciones con otras personas. Esta distorsión requiere una readaptación en relación con los demás y con la sociedad. Por otra parte, en el amputado también pueden emerger sentimientos hostiles hacia otras personas con las que se identifica, de quienes depende o cuyo rechazo teme. El síntoma doloroso puede entonces simbolizar la necesidad de dependencia o de aprehensión, de una posible pérdida de dicha dependencia. (Kolb, 1976).

En los amputados con personalidad histérica, que se identifican con otro amputado, el exámen de las fantasías suele revelar una racionalización supersticiosa, con la que el enfermo se explica la existencia del fenómeno fantasma. Las racionalizaciones se refieren a la pérdida de la parte amputada y al supuesto método para deshacerse de ella. Junto con estas fantasías, el amputado intenta controlar la pena y el duelo que le provoca la pérdida de la parte amputada de su cuerpo (Kolb, 1976, pág. 599).

5. TRASTORNOS INVALIDANTES DE LA AMPUTACION.

En ocasiones, las posibilidades rehabilitatorias del amputado se complican o dificultan por la existencia simultánea de otros factores invalidantes sobre añadidos. Murphy (1982), ha estudiado muy minuciosamente los factores complicados y agravantes, que pueden transformar la amputación simple en una invalidez mucho más profunda. Entre ellos, por su mayor importancia, pueden destacarse los siguientes:

1.- Trastornos Neurológicos.

Las parálisis son factores que dificultan la rehabilitación. Las parálisis de los músculos del muñón, afectan el control sobre la prótesis, y las parálisis o paresias de otras partes del cuerpo influyen sobre el tipo de marcha, acción de los correaes, manejabilidad para colocar o quitar la prótesis y alteraciones en el empleo de bastones. La paraplejía y hemiplejía presentan problemas especiales, no sólo con el tipo de parálisis existente, sino también por las alteraciones de la sensibilidad. Ciertas condiciones paréticas o parálíticas, suponen la facilidad para la fractura ósea del muñón, lo cual -- complicará la adaptación de la prótesis o disminuirá el nivel efectivo óseo.

2.- Trastornos Sensoriales.

Las disfunciones vestibulares por enfermedad o toxicemia medica

mentosa, pueden originar alteraciones del equilibrio. Este desequilibrio corporal llega a ser peligroso en amputados de extremidades inferiores, sobre todo cuando caminan en la oscuridad o de pie en algun vehículo (barcos, trenes, etc.).

La sordera, en especial de los sonidos de alta frecuencia, -- pueden incapacitar al amputado para percibir los ruidos de sus prótesis (como el golpeteo de la rodilla), y constituir una dificultad social. En estos casos, conviene recomendar una mayor atención y vigilancia en el cuidado y lubricación de las prótesis. Igualmente deben estar avisados de los peligros de un encontronazo o parón brusco, por falta de conocimiento de un peligro avisado por medios auditivos, los cuales pueden hacerle perder el equilibrio (sobre todo en la calle, - al pasar frente a una salida de vehículos).

En algunos casos, los trastornos de la visión pueden constituir una manifiesta inferioridad para esta clase de pacientes. Así un pequeño defecto de refracción puede ser causa de que los bordes de un escalón se desenfocuen. También la alteración de la capacidad de percepción de la profundidad, suele ser causa de tropezones. El ciego total y amputado de extremidad inferior, camina con más seguridad si -- utiliza el bastón corto.

3.- Trastornos Físicos Generalizados.

En ocasiones, diversos procesos o enfermedades generalizadas pueden dificultar el empleo de prótesis. La enfermedad de Buerger, la arteriosclerosis y la diabetes, no solo pueden hacer necesaria la amputación, sino afectar seriamente la función o disminuir la capacidad -- del paciente.

4.- Factores Psicológicos.

La baja inteligencia y/o escasa coordinación neuromuscular, -- pueden dificultar la enseñanza o complicar las adaptaciones. Las actitudes no realísticas, la falta de motivaciones y una conducta depresiva, son factores que perjudican claramente la recuperación del amputado. (Krusen, 1974).

6. RIESGO Y PREVENCIÓN DE LA AMPUTACIÓN EN PACIENTES QUE PRESENTAN DIABETES MELLITUS.

Considero importante ampliar este punto, debido a que una gran mayoría de los pacientes que fueron estudiados, inicialmente presentaron problemas diabéticos, que repercutieron notablemente en su salud, y algunos tuvieron que ser amputados, y otros acudían al médico con un proceso infeccioso avanzado en el pie, y la única posibilidad de ayuda era la amputación.

Ahora bien, la diabetes mellitus es uno de los ejemplos más -- sorprendentes de las influencias de las alteraciones emocionales, sobre el funcionamiento somático que se observa en los pacientes con di-

cha enfermedad. Los factores de personalidad y las consecuentes respuestas emocionales, ante el régimen de tratamiento que implica esta enfermedad, se relacionan con casi todos los aspectos del tratamiento de la diabetes.

Las investigaciones psicosomáticas en años recientes, han aclarado plenamente los trastornos en el metabolismo de la glucosa y las variaciones en la cetonemia, que resultan de los cambios en el estado emocional del individuo.

Se ha sugerido, que el principio de la diabetes suele relacionarse con períodos de intensa aflicción emocional, después de experiencias como desintegración del hogar, o frustración asociada a largos períodos de trabajo agotador, además de la predisposición genética (Kolb 1976). Sin embargo, se observa que esto se encuentra aunado a hábitos alimenticios inadecuados y a falta de ejercicios profilácticos.

Al investigar la personalidad de los diabéticos, no se encuentra un cuadro uniforme de personalidad, muchos psiquiatras han subrayado la pasividad y la inmadurez como una manera de buscar atención y afecto por parte de los pacientes diabéticos. Los estudios psicoanalíticos de unos cuantos pacientes, sugieren que algunos diabéticos se frustran cuando no se pueden satisfacer sus demandas de amor y atención. Otros autores han afirmado que el trauma psicológico, deriva de una reactivación de las necesidades de dependencia del individuo, de

bido a que la pérdida de otra persona, lo expone al enfermo nuevamente al rechazo y la privación. (Kolb, 1976).

Desde el punto de vista fisiológico, se ha demostrado que los niveles de glucosa urinaria y sanguínea, se elevan después de períodos de stress emocional y que las curvas de tolerancia a la glucosa pueden modificarse durante dichos períodos. En general, se ha encontrado que la curva de tolerancia a la glucosa se acerca más a la de tipo diabético, cuando el individuo se siente más hostil y deprimido; en cambio cuando el enfermo siente que se preocupan por él y lo aceptan, la curva se acerca más a la de tipo normal.

Es frecuente encontrar dificultades sexuales, tanto en hombres como en mujeres diabéticos. A las mujeres diabéticas en edad reproductiva les preocupa dar a luz, mientras que a los hombres diabéticos suelen ser impotentes.

Desde el punto de vista rehabilitatorio, el enfermo diabético presenta dos facetas: la física y la de integración social.

VARIANTE FÍSICA.

La variante física de la rehabilitación, se aplica en estos pacientes cuando surgen complicaciones invalidantes, sobre todo: la gangrena, la amputación, la neuropatía, la ceguera por rinopatía o el accidente vascular cerebral por arteriosclerosis.

No obstante, es importante subrayar que el diabético puede presentar, situaciones físicas patológicas complementarias, que impiden

la utilización eficaz de las técnicas rehabilitatorias específicas. En tonces, es frecuente que el amputado diabético presente numerosos problemas de adaptación, tolerancia y esfuerzo, los cuales dificultan -- considerablemente nuestra labor rehabilitadora.

En general, hablando de este tipo de pacientes, es importante mencionar, que no son tan sólo "amputados" o "arterioscleróticos", sino "amputados o arterioscleróticos diabéticos".

El enfermo diabético sometido a tratamiento, deberá efectuar - actividades físicas generales, las que se practicarán especialmente -- por la mañana al levantarse, en el orden siguiente: insulina-ejerci-- cios-desayuno (dieta). Los ejercicios gimnásticos generales no produci-- rán fatiga manifiesta, en ningún caso.

Se atenderán con especial preferencia los pies de aquellos pa-- cientes donde existan posibilidades e iniciación de gangrena, sobre - todo los ancianos, estableciendo prácticas higiénicas rigurosas, engra-- samiento de la piel, masajes evacuativos y ejercicios de estimulación circulatoria periférica.

VARIANTE DE INTEGRACION SOCIAL.

La variante de la integración social valora especialmente la - alteración psicológica, que supone la existencia del proceso en muchos enfermos. Un tratamiento correctamente llevado, una buena educación sa-- nitaria del enfermo y una psicoterapia aclaratoria, pueden ser puntos- de partida muy valiosos.

La orientación vocacional y la formación profesional, no pre-- senta dificultades en esta clase de enfermos.

El diabético, es capaz de desarrollar cualquier clase de actividad profesional y social, con tal que se cumplan metódicamente las prescripciones médicas que se hayan indicado.

Se deberá cuidar a aquellos pacientes diabéticos a los que se les administra insulina, para evitar los trabajos o situaciones peligrosas que ponen en riesgo su vida, ya que puede provenir de una pérdida fugaz de conocimiento por choque insulínico.

7. TRATAMIENTO DEL AMPUTADO DE LA EXTREMIDAD INFERIOR.

Previamente a la cirugía debe prepararse al paciente tanto psicológica como físicamente, para proceder a protegerle contra las ansiedades que surgen por la pérdida de un miembro o parte de éste, y ayudarle a combatir el trauma psicológico de dicha amputación. Es necesario mencionar el nivel de su amputación, qué aspecto tendrá y qué incapacidad sufrirá. Otro punto importante de comentar, antes o poco después de la cirugía, es la sensación del miembro fantasma, con el objeto que esta sensación no interfiera en el proceso rehabilitatorio. También se le deben indicar las etapas del programa de rehabilitación, así como el tiempo aproximado que requerirá.

Los tres primeros días, después de la amputación, son muy inómodos para el amputado. Hacia el cuarto día se deben dar los primeros pasos, para prevenir las contracturas y evitar estar sentado mucho tiempo en la silla de ruedas, especialmente durante los primeros 10 días después de la operación.

Es recomendable que el tratamiento psicológico se inicie antes

de ser amputado el paciente, y continuar hasta que termine su rehabilitación física; de ser necesario se deberá proseguir hasta ser dado de alta en su tratamiento psicológico, o una vez que el paciente logre -- incorporarse a su vida, de forma lo más cercana a la "normalidad".

Dentro del tratamiento físico, se mencionan algunos de los cudados del paciente amputado, que son los siguientes:

- 1.- Adiestramiento preprotético.
- 2.- Fijación de la prótesis.
- 3.- Adiestramiento protésico.
- 4.- Vendaje del muñón.
- 5.- Hinchazón.
- 6.- Higiene del muñón.
- 7.- El dolor fantasma.

Quando el amputado ha concluido su tratamiento en el uso de su prótesis, el próximo paso es su reemplazo. Si el amputado no puede volver a realizar el mismo tipo de trabajo, que realizaba antes, se procurará reentrenarlo para otro tipo de trabajo.

Se logra el éxito, cuando se resuelve cada problema, lo mejor posible, según la técnica terapéutica de que se disponga.

CAPITULO II.

HEMIPIEJIA.

1. ASPECTOS GENERALES.

En nuestra sociedad existen un gran número de personas que sufren alguna incapacidad física, una de las causas de dicha incapacidad es la hemiplejía.

La hemiplejía es un síndrome ocasionado por la lesión de los centros o vías del sistema piramidal, y consiste en la pérdida más o menos completa de la motilidad de la mitad del cuerpo (Pons y Colaboradores, 1971).

Para estudiar al paciente hemipléjico es necesario iniciar con la exploración del Sistema Nervioso, la cual se lleva a cabo generalmente, cuando hace su aparición la enfermedad.

En su exploración el médico evalúa, el estado mental del paciente, investigando: Estado de alerta, somnolencia, estupor, estado comatoso, nivel de conciencia, estado depresivo, estado emocional, memoria inmediata, memoria retrógrada, habilidades psicomotoras, comprensión y uso del lenguaje hablado y escrito, capacidad para realizar cálculos, deletreo y velocidad para invertir palabras, orientación en tiempo, espacio, lugar y persona, velocidad para nombrar las partes del cuerpo, capacidad de ejecutar órdenes simples y complejas, y capacidad de abstracción. La evaluación del estado mental del enfermo, per

mite pronosticar el grado de recuperación del paciente.

El papel último y más importante del Sistema Nervioso, es controlar las actividades corporales, como son: a) la contracción de todos los músculos esqueléticos del cuerpo, b) la contracción de fibra lisa en los órganos internos, y c) la secreción de las glándulas exocrinas y endocrinas en diversas partes del cuerpo; estas actividades reciben colectivamente el nombre de Funciones Motoras del Sistema Nervioso. Los músculos y glándulas se llaman efectoras, porque llevan a cabo las funciones indicadas por las señales nerviosas; la parte que interviene directamente, en la transmisión de señales a los músculos y glándulas, se llama división motora del Sistema Nervioso.

El Sistema Nervioso se divide en tres niveles funcionales específicos, que son los siguientes:

1.- NIVEL MEDULAR. Las señales sensoriales son transmitidas por los nervios raquídeos, penetrando en cada segmento de la médula espinal; otras señales pueden causar respuestas motoras localizadas en el segmento del cuerpo, del cual se recibió información sensorial, o en segmentos vecinos. Esencialmente todas las respuestas motoras de la médula, son automáticas y ocurren casi instantáneamente en respuesta a la señal sensorial, además, ocurren en tipos específicos de respuestas, denominadas reflejas.

2.- NIVEL ENCEFALICO BAJO. El control del equilibrio, es una función combinada de las porciones más viejas del cerebro, y la sustancia reticular del bulbo, protuberancia y mesencéfalo. Los movimientos para girar la cabeza, todo el cuerpo, y los ojos, están controla-

dos por centros específicos, localizados en el mesencéfalo, paleocerebelo y ganglios basales bajos.

Muchas experiencias emocionales como el miedo, la excitación, las actividades sexuales, las reacciones al dolor o las reacciones al placer, pueden observarse en animales que no tienen corteza cerebral.

3.- NIVEL CORTICAL O ENCEFALO ALTO. Constituye una zona amplia de almacenamiento de información. Las tres cuartas partes, aproximadamente, de todos los cuerpos celulares del sistema nervioso se hallan localizados en la corteza cerebral, donde se almacena la mayor parte de recuerdos de experiencias pasadas y las respuestas motoras.

2. CAUSAS DE LA HEMIPLEJIA.

En el momento que se presenta un paciente hemipléjico a consulta, el médico intenta establecer la causa de su mal y posteriormente brindar el tratamiento más oportuno y adecuado.

En general, el comienzo de la hemiplejía, es súbito, o en forma de ictus o ataque apoplético, siguiendo a menudo a éste un estado de pérdida de la conciencia, que puede llegar al coma apoplético. Sin embargo, no todo ictus llega al coma apoplético. Especialmente en las embolias, las hemorragias cerebrales, los accidentes vasculares intracraneales que más a menudo producen hemiplejía de comienzo apoplético. Otras veces no es de comienzo súbito, aunque sí rápido, de modo que en pocas horas, o un día el sujeto completa el síndrome paralítico; - lo que suele ocurrir en las trombosis cerebrales, con un pronóstico - desfavorable.

Existen otras hemiplejías, que se van constituyendo a base de monoplejías sucesivas, establecidas en el espacio de semanas y a un mes.

La causa primordial del síndrome hemipléjico es vascular, como se mencionó anteriormente; la mayoría de las hemiplejías son complicaciones de la hipertensión arterial y, concretamente de la arteriosclerosis. Aunque casi siempre es consecutiva a la hipertensión esencial - en la edad adulta, no es excepcional que sea desencadenada por la hipertensión maligna juvenil. Las hemiplejías angiógenas puramente espásticas son, con frecuencia transitorias; las que van seguidas de hemorragia cerebral, suelen durar mucho más tiempo y dejan secuelas.

La hemiplejía consecutiva a la arteriosclerosis puede cursar - con hipertensión o sin ella, siendo más común hallarla en personas de edad avanzada. Cuando en una persona joven se presenta la hemiplejía y no se encuentra una etiología hipertensiva, cardiaca, tumoral o encefalítica, deben investigarse los antecedentes de las enfermedades venéreas (lues), y practicarse un estudio de serología (estudio para investigar sobre los antecedentes de enfermedades venéreas), e incluso anticipándose a los resultados, establecer precozmente un tratamiento.

3. ENFERMEDADES QUE PRECIPITAN EL SÍNDROME HEMIPLEJICO.

TUMORES:

Los tumores del sistema nervioso pueden ser benignos o malignos; primarios o secundarios y pueden afectar tanto al sistema nervioso central, como al sistema nervioso periférico.

Los vasos sanguíneos en muchos tumores son anormales, y por lo tanto, están sujetos a su ruptura. Por consiguiente, un tumor que haya estado desarrollándose con lentitud y sea relativamente silencioso, -- puede presentarse explosivamente como una hemorragia cerebral, debido a la hemorragia en el interior del tumor. Además de los síntomas neurológicos focales, producidos por los tumores, puede haber dolor de cabeza y visión horrosa, con o sin náuseas y vómito, si la presión intracraneal está aumentada, debido a sus efectos irritantes sobre el tejido encefálico circunvecino, los tumores pueden provocar convulsiones.

TRAUMATISMOS DE CABEZA:

En ocasiones la hemiplejía aparece inmediatamente relacionada con un traumatismo de intensidad variable sufrido en la cabeza, con herida externa o sin ella. Es más frecuente cuando el accidente es en -- una persona de edad avanzada o en un hipertenso. Pero puede aparecer -- en sujetos jóvenes con arterias sanas, siendo la hemorragia en estos -- casos de origen venoso, por la lesión de las venas meníngicas o de las corticales. La hemorragia puede ser también debida a un accidente post-traumático tardío, presentándose a las dos o cuatro semanas del traumatismo hematóico subdurales comprensivos.

HEMORRAGIA CEREBRAL:

Es un accidente cerebrovascular, originado por la ruptura de -- un vaso intracraneal. Cursa de forma súbita, con pérdida de conocimiento frecuente, y con síndrome neurológico; el pronóstico es por lo común grave. Su causa más habitual es la hipertensión arterial, siguién-

do en orden de frecuencia las malformaciones vasculares congénitas. La primera etiología, es propia de los adultos y la segunda de individuos jóvenes. Una de las causas más frecuentes es cierta predisposición constitucional y hereditaria.

EMBOLIA:

El término de embolia cerebral, se utiliza para describir la oclusión de una arteria por un émbolo, ya sea de sangre coagulada, grasa, aire u otras sustancias extrañas.

Entre las causas más frecuentes de embolia cerebral se encuentran las cardiopatías valvulares, y en especial las que cursan con estrechez de las arterias.

TROMBOSIS CEREBRAL:

Según los pacientes enviados a rehabilitación, el 40 % han sufrido accidente originado por trombosis. El 69% son víctimas de accidente cerebrovascular debido a trombosis, sin embargo, de los que sobreviven al accidente inicial, sucumben en trombosis subsiguientes. La trombosis aparece generalmente: durante el sueño, durante el colapso vascular, en los infartos del miocardio y tras las operaciones (Krusen, 1974).

Las causas fundamentales de la trombosis de infarto cerebral son las enfermedades de las paredes vasculares, de anomalías hemáticas con aumento de la coagulación y de todas aquellas condiciones orgánicas, que determinan una lentificación excesiva de la circulación.

FACTORES NUTRICIONALES:

Acerca de la relación que existe entre la hemiplejía y las enfermedades de la nutrición, recordaremos que la diabetes se acompaña - a menudo de hemiplejías, pues esta enfermedad suele ir asociada a arteriosclerosis e hipertensión, ambas muy pródigas en accidentes vasculares encefalíticos.

El mayor impacto invalidante del síndrome hemipléjico, lo constituye en muchas ocasiones, la resonancia cerebral general con acentuación o presentación de síntomas demenciales profundos. En este caso el separarlos de su familia y medio habitual aumenta la desorientación, - confusión y aislamiento, incrementándose la demencia y el negativismo, el punto central en el pronóstico en estos casos, lo determina el deterioro mental del paciente.

4 FASES DE LA HEMIPLEJIA.

PRIMERA FASE O DE COMA.- El comienzo es súbito; en algunas circunstancias suele ir precedido de síntomas vagos: cefaléas hemicraneales, parestesias cutáneas en las zonas de los músculos del lado que -- luego se paraliza, paresia de la mano al escribir, vértigos, afasias - transitorias, disartrias fugaces. El sujeto pierde fuerza en una mitad del cuerpo, la pierna se le dobla, cae y debe ser trasladado en brazos a la cama. El paciente queda en estado de inconsciencia o coma.

La evolución del enfermo, en estado apoplético puede ser fatal y morir instantáneamente o al cabo de breves horas. En estos casos, el coma dura dos o tres días para acabar también letalmente. Otras veces

se prolonga hasta dos o tres semanas, con remisión paulatina del estado comatoso. En algunas ocasiones, el paciente se restablece y queda una hemiplejía.

SEGUNDA FASE O HEMIPLEJIA FLACCIDA.— En ella se presenta una notable hipotonía muscular, que afecta ambos miembros paralizados. Los reflejos tendinosos están algo debilitados; los reflejos cutaneomucosos están abolidos; finalmente el plantar continúa en extensión en el lado enfermo.

Cuando el sujeto abre la boca se observa un perfil asimétrico, constituyendo la desviación oblicua de la boca. Al sacar la lengua, ésta se desvía ligeramente hacia el lado enfermo, por el predominio propulsor del músculo geniglomo de la parte sana.

La parálisis de los miembros es de predominio distal. En el miembro superior afecta, sobre todo, al grupo muscular de los extensores y supinadores y, por tal motivo, el miembro tiende a la pronación y a la flexión. En el miembro inferior la parálisis predomina en los flexores.

TERCERA FASE O DE ESPASTICIDAD.— Al cabo de unas semanas de establecida la hemiplejía, se entra en el período de espasticidad, caracterizado fundamentalmente, por los siguientes fenómenos:

A) Parálisis de los movimientos voluntarios. Las hemiplejías consecutivas o lesiones capsulares, se acompañan de parálisis de los movimientos oculares. En las extremidades, la parálisis es más evidente en los músculos distales que en los proximales. En las manos están abolidos, principalmente, los movimientos finos y diferenciales, con-

servándose parcialmente, la motilidad proximal. En los hemipléjicos, - los miembros pierden motilidad segmentaria y se movilizan con movimientos globales y torpes. Así se posibilita la marcha y se pierde la fina habilidad motora diferenciada de la extremidad superior.

B) Espasticidad. El hemipléjico ofrece una manifiesta resistencia a la movilización pasiva de sus extremidades paralíticas, adoptando una actitud característica, con brazo en semiflexión y pierna extendida, sus reflejos musculares están muy aumentados. Cualquier lesión - que separa las neuronas eferentes del control central, puede producir espasticidad. El miedo, la excitación, el aire frío y el dolor pueden - aumentarla; por otra parte, la marcha de los hemipléjicos espásticos - puede ser más difícil durante el tiempo de frío. La espasticidad contribuye el paso y postura anormal del hemipléjico, y es un factor significativo en el desarrollo de las contracturas. Es importante su tratamiento precoz, para prevención de contracturas y deformidades, mientras que el paciente aún está encamado.

5. FACTORES QUE ENTORPECEN EL DESEMPEÑO MOTOR EN LA HEMIPLEJIA DEL

ADULTO.

1.- PERTURBACIONES SENSORIALES Y SU INFLUENCIA SOBRE EL MOVIMIENTO.

Brain (1956), definió del siguiente modo los trastornos sensoriales, del paciente con hemiplejía, diciendo que, "muchas veces está seriamente comprometida la apreciación de la postura y de los movimientos pasivos, y la discriminación de la duali-

dad de las puntas de un compás. A menudo se resiente la discriminación del tamaño, perímetro, forma, aspereza y textura. --- Aunque todavía se reconoce el elemento cualitativo del dolor, el calor y el frío, cuando los estímulos térmicos son de intensidad intermedia, al paciente le resulta difícil discernir --- cuál de los dos es el más caliente". (Bobath, 1973).

Las perturbaciones sensoriales ejercen una profunda influencia sobre la capacidad de iniciar y realizar movimientos normales. Margaret Reinhold (1951), señaló que los movimientos voluntarios dependen - en parte de la percepción de las sensaciones superficiales y profundas, la potencia y la coordinación de los movimientos.

2.- LA ESPASTICIDAD Y SU INFLUENCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DE LOS MOVIMIENTOS.

En todos los hemipléjicos hay diversos grados de espasticidad; a medida que se desarrolla la espasticidad, la resistencia al estiramiento pasivo va en aumento, primero en los flexores de la muñeca y de los dedos, así como los flexores plantares del tobillo, y después hacia arriba en ambos miembros, hasta tomar los aductores y flexores del brazo y los extensores de la pierna.

La ejecución de los movimientos pueden ser imposibles si hay mucha espasticidad, en cuyo caso, el brazo del paciente se fija en flexión y su pierna en extensión. La espasticidad se instala y se acrecienta en forma gradual, y el tono muscular no se utiliza hasta los 12 o 18 meses del comienzo de la hemiplejía.

3.- TRASTORNO DEL MECANISMO REFLEJO POSTURAL NORMAL.

El mecanismo postural, constituye la base de los movimientos voluntarios y de posición normales. Consiste en una gran cantidad de respuestas motoras automáticas, que se adquieren durante la niñez y -- que se desarrollan, en los tres primeros años de la vida.

4.- PERDIDA DE LAS MODALIDADES DE LOS MOVIMIENTOS SELECTIVOS.

Con excepción de los casos de hemiplejía más leves, siempre se pierden los movimientos selectivos y discriminativos. Esta falta de movimientos finos e individualizados, se manifiesta con mayor claridad - en el brazo y en la mano. El paciente no puede mover el codo, la muñeca, ni los dedos de modo selectivo. Esta ausencia de movimientos aislados también afecta a la extremidad inferior. El paciente hemipléjico - no solo carece de la variedad de modalidades motoras, sino que no consigue cambiar las diversas modalidades. Por ejemplo, puede que logre - sostener un objeto o manipularlo, si está en una mesa, pero no podrá - sostener el objeto y manipularlo al mismo tiempo. Algunos pacientes -- pueden aprender a asir y sostener un objeto empleando toda la mano, pero los movimientos individuales y aislados de los dedos, para la manipulación de pequeños objetos, requieren un grado de control que excede la capacidad de la mayoría de los pacientes.

6. PRINCIPALES TRASTORNOS DEL LENGUAJE DEL PACIENTE HEMIPLEJICO.

Muchos pacientes hemipléjicos, tienen alguna molestia en su capacidad de hablar o de comprender el lenguaje. Se estima que inicialmente

te existen trastornos del lenguaje en el 40% de los hemipléjicos. Son frecuentes sobre todo en la hemiplejía derecha. El 80% de los pacientes hemipléjicos, que tienen alguna afección del lenguaje conseguirán alguna mejoría. En algunos pacientes la pérdida del habla es transitoria, pero en otros, los trastornos del lenguaje y del habla pueden -- ser prolongados. A veces persiste la incapacidad para el habla, aún -- después de que el paciente ya es ambulatorio y autosuficiente en -- otros campos.

Los trastornos del lenguaje, incluso los ligeros, molestan al paciente. La incapacidad de comunicación produce una frustración e -- irritabilidad profunda. El paciente tiene miedo de cometer errores, -- de no ser comprendido e incluso de perder la razón.

Los trastornos del lenguaje en el paciente hemipléjico, se -- clasifican de la siguiente manera:

A) DISARTRIA:

Es un defecto de la articulación; es cuando el paciente no -- puede formar claramente palabras ni articula sonidos, debido a que -- los músculos de los labios, de la lengua y de la laringe no funcionan adecuadamente. Cualquier defecto mecánico en la producción del habla, originado por la disfunción muscular que proviene de la lesión cerebral, constituye una disartría. La dificultad se debe tal vez a la de -- bilidad o parálisis de los músculos o a una pérdida de la sensibilidad. El paciente no tiene dificultad para leer para sí mismo y de entender lo que se dice, y sus dedos y manos no están paralizados, in-- cluso puede escribir.

B) AFASIA:

Es un trastorno del lenguaje, es más común cuando la hemipléjica afecta al lado dominante y la lesión cerebral del lado posterior de la circunvolución frontal inferior. Las afasias constituyen en la actualidad, un síntoma complejo que se relaciona con todos los aspectos del lenguaje: comprensión del lenguaje hablado, habla, lectura y escritura. La gravedad oscila desde la incapacidad completa de comunicación a pequeñas deficiencias en la utilización de un lenguaje relativamente normal. La afasia puede afectar todos los conductos de la comunicación, incluso la capacidad de realizar un movimiento apropiado, de imitar y de gesticular.

Los tipos de afasias que se basan en las deficiencias sensoriales, se denominan afasias receptoras; los que se basan en las deficiencias motoras, afasia expresiva, y el tipo mixto que tiene afectados ambos elementos, es la afasia global, en donde no hay, ni capacidad receptiva, ni expresión del lenguaje.

C) AGNOSIA:

Es una perturbación, en donde hay pérdida de la capacidad de reconocer objetos. En cualquier tipo de agnosia, sea visual, auditiva o táctil, el paciente muestra dificultad en la transmisión de señales sensoriales. La agnosia, es una falta de transmisión de la señal a nivel conceptual.

D) APRAXIA:

Es un trastorno de transmisión referente a la emisión verbal del paciente apráxico, ya que no puede reconstruir el esquema o cuadro motor necesario para enviar el mensaje. La apraxia supone la pérdida

dida de las asociaciones memorísticas, necesarias para desarrollar --
ciertos movimientos, que no se relacionan propiamente con el habla.

Cuando la hemiplejía es del lado derecho, suele acompañarse de
afasia total o predominantemente motora. En los sujetos zurdos, la --
afasia aparece asociada a la hemiplejía del lado izquierdo, porque --
los centros del lenguaje se encuentran, en el hemisferio cerebral de--
recho, debido a la lateralidad cruzada.

7. REHABILITACION DEL PACIENTE HEMIPLEJICO.

Es importante tomar en cuenta, para lograr la rehabilitación
del paciente hemipléjico, que su inteligencia puede seguir siendo com--
pletamente normal; ésto ocurre en los casos leves. Comúnmente el pa--
ciente presenta en la inteligencia una disminución más o menos acen--
tuada en la memoria - en especial a los hechos recientes -, de la ac--
tividad y rendimientos profesionales, del tono afectivo, lo cual lo -
hace muy irritable, pasando de fases depresivas con emotividad y llan--
to fácil a crisis coléricas, frecuentemente dirigidas contra los fami--
liares más próximos. En algunos enfermos aparecen trastornos mentales
delirantes y alucinatorios.

Por ejemplo, debemos considerar que el ama de casa incapacita--
da por hemiplejía, tiene angustias y sobresalto, que los demás diffi--
cilmente pueden detectar. La paciente debe aceptar el cambio de su --
apariencia física, y en suma, debe ajustar su vida al hecho central -
de que la incapacidad puede ser permanente y, que por más que quiera -
no desaparecerá. Se encuentra llena de dudas en relación con sus posi--

bilidades, su papel como mujer y como compañera sexual y, sobre como responderán sus hijos y familiares a su apariencia alterada. Debe hacerse mención de que, la gratificación sexual del esposo y su satisfacción como compañera son bajas cuando la mujer está gravemente incapacitada.

Por lo tanto, si se desea ayudar con éxito al ama de casa o a cualquier paciente incapacitado para lograr su reinstalación satisfactoria y plena a la vida, hay que estimular a la familia a que tome parte activa en el tratamiento del enfermo.

Tanto Weignt como Litman (1958), consideran a la incapacidad física como un problema psicosocial, y este último hace énfasis en la importancia del apoyo y participación familiar, dentro del proceso de rehabilitación del paciente.

Debido a lo anterior, el consejo marital requiere mayor énfasis en las parejas que tienen un enfermo incapacitado, ya que el divorcio es muy frecuente en dichas situaciones.

La hemiplejía es una enfermedad que requiere rehabilitación inmediata, ya que se ha observado que gran parte de los objetivos de

un Programa de Rehabilitación, se derivan de los detrimentos funcionales que siguen al accidente.

Muchos enfermos, que sufren un accidente cerebrovascular no sobreviven al primer ataque, otros se recuperan completamente sin molestias apreciables; y algunos otros, permanecen con grados variables de dificultad funcional, que producen incapacidades que varían entre la dependencia total, con encamamiento e incontinencia vesical a la casi completa autosuficiencia, con alguna dificultad residual en el uso de la extremidad superior, o bien en la marcha y ambulación.

La rehabilitación de la víctima del ataque hemipléjico, tiende a permitir al paciente una oportunidad para llevar una vida tan plena y autosuficiente como sus posibilidades físicas, socioeconómicas y emocionales lo permiten. Las deficiencias sensoriales y motoras de la afección de la neurona motora superior, no impiden a la mayoría de los pacientes aprender de nuevo a trasladarse, estar de pie y andar, y muchos de ellos, pueden llevar éstas y otras tareas de manera totalmente independiente.

La disparidad entre la lesión e incapacidad, no sólo se estrecha por las técnicas y aparatos para mejorar las capacidades, sino también ayudando al paciente a sobreponerse al miedo, la depresión y angustia, que le impiden aceptar y utilizar ayuda. Resulta de gran importancia atender, dentro de un programa de rehabilitación para pacientes hemipléjicos, tanto los problemas físicos, como las necesidades psicológicas y socioeconómicas.

Para reforzar las medidas de los programas terapéuticos, se indican métodos tan sencillos, como la estimulación táctil de las zonas afectadas, la orientación del paciente a la realidad de su ambien

te y, la utilización de la Terapia de Grupo. También se sugiere el empleo de las llamadas Técnicas de Facilitación, con diversos estímulos externos controlados, para destacar la capacidad del paciente dirigida hacia el logro de un adecuado potencial de comunicación verbal.

El paciente hemipléjico, que alcanza niveles de autosuficiencia y de ambulación independiente en el hospital, no ha completado necesariamente su proceso de rehabilitación, ya que debe aprender a emplear esta capacidad en su casa y en su ambiente sociocultural y laboral. El programa de rehabilitación continúa, hasta que el paciente alcanza el objetivo de utilizar al máximo sus recursos residuales. El proceso de rehabilitación es continuo y largo, y sólo se completa -- cuando el enfermo ha demostrado, que es capaz de adaptarse satisfactoriamente al medio familiar y social en que vive, sólo limitado por -- las incapacidades físicas que son irreversibles.

Si el paciente claudica ante su trastorno neurológico, se convierte en un incapacitado o inválido; si en cambio, aprende a entre--nar su lado hemipléjico, se incorporara a la vida activa, lo más normalmente posible.

CAPITULO III.

SEXUALIDAD.

1. ASPECTOS GENERALES.

Es un hecho curioso que algunos de los temas que afectan a las vidas humanas con más fuerza, reciban escasa atención de parte de la - investigación científica o de la educación superior. El sexo es uno de esos temas. Además de ser difícil presentar consideraciones amplias so- bre el tema de la sexualidad, debido a que no existen estudios especí- ficos; y si los hay, la información es escasa y los datos que se consi- guen son sumamente desiguales en sus alcances y en su calidad.

El término Sexualidad, es empleado con distintas acepciones. - En sentido amplio, englobaría, además de los aspectos meramente bioló- gicos, todas las manifestaciones de la conducta sexual y las normas so- ciales, jurídicas y religiosas que las regulan o castigan.

En primer lugar, la sexualidad se considera como el conjunto de rasgos biológicos asociados al sexo, diferencia una clase de indivi- duos de otros, y en el caso de los animales superiores, denota la capa- cidad de las glándulas reproductoras o gónadas para producir células - espermáticas, óvulos o ambas.

Desde el punto de vista de la Etiología, la sexualidad incluye el conjunto de comportamientos unidos al cortejo y a la cópula de los dos sexos, que pueden dar lugar o no a la fecundación. El hombre y la mujer, se complementan mutuamente en todos los niveles de su organiza-

ción, como células sexuales, como individuos con diferencias anatómicas, fisiológicas y conductuales, asociadas a los roles complementarios, que ellos ejecutan en todo el proceso reproductor.

La sexualidad humana comprende un conjunto de fenómenos psicossociológicos de gran importancia para la persona y la sociedad. Se halla además estrechamente vinculada al mundo de la afectividad y al plano de los valores morales; ampliando su esfera más allá de la función puramente reproductora y de la genitalidad, quedando englobada en el ámbito del erotismo. (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1986).

En nuestra cultura las informaciones vinculadas a la sexualidad y su valoración, se reciben con mucha frecuencia distorsionadas, durante el proceso de socialización. Muchas veces las normas en este campo son contradictorias y confusas y, en el ser humano, la sexualidad se combina con otros factores psicológicos no estrictamente sexuales, como la visión que uno tiene de sí mismo (autoconcepto), la valoración de los demás en este terreno, etc.

El comportamiento sexual humano específico, es determinado tanto por los factores biológicos como por los culturales. Las tendencias biológicas se manifiestan de manera flexible, permitiendo así una mayor intervención del aprendizaje y dando lugar a conductas sexuales más diferenciadas que en las demás especies.

El hecho de que sea necesario no sólo sentirse miembro de una determinada sociedad, sino también sentirse ser sexuado y en forma deseable como miembro de un sexo y no del otro, condiciona el desarrollo

del niño. Esto puede producir individuos marginados por la sociedad. - Es clara la existencia de una dicotomía de actitudes según el sexo. La sexualidad, así entendida, no es sólo un componente más de la personalidad, sino que determina la forma global en que el individuo se manifiesta ante sí y ante los demás. (Katchadourian, 1983).

Katchadourian mencionó lo siguiente: La bibliografía psicológica sobre el desarrollo infantil, muestra claramente un descuido general de la sexualidad. La ignorancia sobre este aspecto tan fundamental de la vida humana es, naturalmente, mala, pero todavía es peor el hecho de que tales vicios arrojen dudas sobre nuestras ciencias de otros aspectos del comportamiento, dado que, en un análisis final, todo comportamiento es integrado e indivisible. Sea que estemos hablando del cuerpo, de la mente o del alma, la sexualidad nos obliga a pensar en cada uno de esos casos como un hecho biológico y moral. (Katchadourian, 1983).

Motivo, por el cual, este tema es de suma importancia e interés para la investigación realizada, debido, a que si consideramos al hombre como un ser biopsicosocial, comprenderemos que las necesidades y características relacionadas con la conducta sexual, influyen significativamente en el individuo que sufre problemas de hemiplejía o amputación, tema que al parecer ha sido poco estudiado, en este tipo de enfermos.

La sexualidad humana es un proceso evolutivo, una experiencia personal y una experiencia de los seres humanos. Nuestra sexualidad es parte de nuestra identidad básica; tiene que ver mucho con la persona-

lidad de cada individuo; se puede expresar en nuestro estilo de vida, en nuestros roles masculinos o femeninos, en los modos que tenemos para expresar nuestro afecto y también en nuestro comportamiento erótico.

La evolución sexual, es un proceso lento, que dura toda la vida, y que se inicia en la primera infancia y continúa hasta la vejez. La sexualidad va acompañada de todo lo que se aprende, durante el largo proceso de evolución; donde lo que se aprende, cómo se aprende, y quienes son los maestros, pueden ser elementos diferentes en todo el ciclo de la vida; pero de lo que sí se puede estar seguro, es de que el conocimiento de la sexualidad avanza paulatinamente. La información y la actitud que afectan nuestro desarrollo sexual, viene de una multitud de raíces y medios formales y no-formales, intencionales o causales: padres, maestros, amigos, los medios de comunicación, las medidas sanitarias, las actitudes durante el ocio, los canales del tacto, la vista, la conversación, las lecturas, etc., en fin todo lo que conforma, lo que es una persona. (ibid).

A continuación se incluyen algunos conceptos propuestos por autores reconocidos, acerca de la sexualidad, los cuales permitirán entender con mayor claridad el tema.

SEXOLOGIA:

Se considera como la ciencia que aborda el estudio de la sexualidad.

Se encarga, en forma multidisciplinaria, del estudio, atención y solución de la problemática sexual del ser humano orientada a propiciar el desarrollo armónico y equilibrado de las diversas intervenciones del ser humano como ente social. (Alvarez Gayou, 1986).

SEXUALIDAD:

- Este vocablo pretende abarcar todos los planos del ser sexual. Es una dimensión de la personalidad y no, exclusivamente, la aptitud del individuo para generar una respuesta erótica. (Masters y Johnson, 1987).

- Es el punto donde se reúnen el sexo (biológico), el sexo de asignación (social) y la identidad de género (psicológico). Sexualidad es hablar del ser humano integral, como un conjunto biopsicosocial. Se refiere a la persona que es, que piensa y que convive con otros seres humanos que también son, piensan y conviven. (Alvarez Gayou, 1979).

- Es la cualidad de ser sexual, la posesión de capacidad sexual y la capacidad para los sentimientos sexuales. (Katchadourian, 1983).

SEXO:

Comprende la serie de características físicas, determinadas genéticamente que colocan a los individuos en un punto del continuo que tiene como extremos a los individuos reproductivamente complementarios. (Alvarez Gayou, 1979 y 1986).

SEXO DE ASIGNACION:

Es el que se le asigna al individuo, por lo general, en función de sus genitales externos. Es el sexo que le confiere al infante las actitudes y conductas de los que lo rodean, condicionándole las actitudes y conductas esperadas socialmente. (ibid.).

SEXO BIOLÓGICO:

Se refiere al macho y a la hembra como seres determinados por características estructurales y funcionales. El sexo, por lo común, -- tiene una presencia imperativa entre los seres humanos, y una dicotomía que es mutuamente excluyente; una persona es macho o hembra; sin embargo, se puede aislar al ser humano como entidad autónoma.

Bajo la expresión de "sexo biológico" se pueden diferenciar los siguientes elementos:

- a) SEXO GENÉTICO.- Es revelado por el número de cromosomas -- (46 XX o 46 XY en las personas) o la presencia de cromatina sexual -- (campo de Barr).
- b) SEXO HORMONAL.- Es el equilibrio andrógino-estrógeno.
- c) SEXO GONADICO.- Se refiere a la presencia de testículos y -- ovarios.
- d) MORFOLOGÍA DE LOS ORGANOS INTERNOS DE LA REPRODUCCIÓN.
- e) MORFOLOGÍA DE LOS GENITALES EXTERNOS. (Katchadourian, 1983)

IDENTIDAD SEXUAL:

Debe incluir todo lo que es sexual en una persona: funciones fisiológicas, tipo e intensidad de los comportamientos sexuales, la -- propia percepción como ser sexual y la que otros tienen de uno. (Katchadourian, 1983).

IDENTIDAD DE GÉNERO:

-Es la identificación psicológica que va desarrollando el niño con uno u otro sexo. Es decir, la vivencia psíquica y emocional que ad quiere mediante el proceso de identificación, de pertenecer al sexo fe menino o masculino. (Alvarez Gayou, 1979, 1986).

-Es la convicción personal y privada que tiene el individuo sobre su pertenencia al sexo masculino o femenino. Se inicia al principio de la niñez y repercute de muy distintas maneras en el desarrollo sexual (Masters y Johnson, 1987).

ROL DE GENERO:

Es la expresión de la masculinidad o femineidad de un individuo a criterio de las reglas establecidas por la sociedad (ibid.).

Es el comportamiento que los individuos adoptan por los requerimientos sociales en función de su sexo. (Alvarez Gayou, 1986).

2.CONDUCTA SOCIAL HUMANA.

En el sentido ordinario, la "conducta" se refiere a la manera en que actuamos, lo que puede ser visto por los demás, en contraste -- con los sentimientos y pensamientos internos. La conducta, por lo tanto, se considera como el todo integrado de los aspectos internos y ex--

ternos. (Katchadourian, 1985).

Toda la conducta, incluyendo la conducta sexual, tiene varias características principales:

- 1a. Es integrada e indivisible
 - 2a. toda la conducta expresa al organismo total, la personalidad como un todo
 - 3er. toda conducta es parte de una secuencia del desarrollo
 - 4a. toda la conducta está determinada por fuerzas múltiples.
- (Ibid.).

En el siglo XIX surge la investigación de la conducta sexual y ha sido considerada como un fenómeno del siglo XX.

Henry Havelock Ellis (1859-1939), es el pionero ampliamente re conocido en la investigación sexual. Otros pioneros de fines del siglo incluyen a August Forel, Ivan Bloc, A. Mool, Magnus Hirschfeld y Richarde Von Krafft Ebing.

Sigmund Freud, no está considerado como investigador de la sexualidad, en el sentido de que no centró su tema de estudio en la conducta sexual, propiamente dicha, sino que desarrolló sus teorías de la sexualidad humana a partir de su trabajo clínico en el psicoanálisis.

De todos los antropólogos contemporáneos, probablemente Margaret Mead, ha hecho lo máximo para atraer la atención del público general sobre las diferencias en las normas de conducta sexual en otras culturas.

Las investigaciones de Alfred C. Kinsey (1894-1956) y colaboradores, han sido hasta ahora de gran utilidad para el estudio taxonómico de la conducta sexual humana, ya que se basan principalmente en un

instrumento de investigación muy detallado como es la entrevista personal.

Los estudios de Masters y Johnson, se enfocan en los aspectos fisiológicos, y además en los conductuales.

En la investigación de la conducta sexual a nivel internacional, se detecta la necesidad de realizar investigación en gran escala, a fin de obtener información más amplia y generalizada del tema, incluyendo sus diversos aspectos.

3. ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD.

Las explicaciones biológicas de la conducta sexual, en general, se basan en el concepto del "instinto".

Aunque no hay acuerdo sobre lo que constituye un instinto, muchos estudiosos del comportamiento todavía encuentran útil el utilizar esta idea, para explicar actitudes que parecen ser universales en los miembros de una especie, los cuales tienen fundamentos fisiológicos demostrables y son sobre todo aceptables. (Katchadourian, 1985).

Una explicación más sencilla y probable, es que los seres humanos y otros animales, participan en el sexo porque es placentero. El incentivo está en el acto mismo, más bien que en sus posibles consecuencias. La conducta sexual, en este sentido, surge de un "impulso" biopsicológico, que se encuentra asociado con el placer sensorial y sus consecuencias reproductoras en forma colateral (Ibid.).

Así la base biológica de nuestra conducta sexual involucra - ciertas condiciones físicas, incluyendo los órganos sexuales, hormo- nas, complicadas redes nerviosas, centros cerebrales y los factores - de la experiencia psicológica y social, durante todo el ciclo de la - vida. Por lo tanto, en los seres humanos como en los vertebrados en - su conjunto, el comportamiento sexual adulto es producto de la inte- racción de los factores biológicos antes mencionados y los factores - de la experiencia en todo el ciclo vital, lo cual nos lleva a concluir que la conducta sexual no es instintiva.

4. FISILOGIA DE LA SEXUALIDAD HUMANA.

La capacidad de responder a la estimulación sexual, es una ca- racterística universal correspondiente a los seres humanos en general.

Para dar una idea más concisa de las reacciones fisiológicas, Masters y Johnson dividen el ciclo de la respuesta sexual para los hom- bres y las mujeres en forma detallada, mencionando las siguientes fa- ses:

CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL MASCULINA Y FEMENINA:

FASE 1: EXCITACION.

La excitación se presenta como consecuencia de la estimulación sexual, dicha estimulación puede ser física, psicológica o la combina- ción de ambas. Las respuestas sexuales se asemejan a otros procesos - fisiológicos, en la medida que pueden desencadenarse no sólo mediante

contacto físico directo, sino a través de los sentidos del olfato y la vista, además del pensamiento y las emociones.

RESPUESTA SEXUAL FEMENINA: FASE 1 EXCITACION.

La primera señal de excitación sexual es la aparición de lubricación vaginal, la cual se inicia de diez a treinta segundos después de la estimulación sexual.

La causa de la lubricación vaginal está en la vasoconstricción de las paredes vaginales, que provoca la percolación del fluido a través del revestimiento de la vagina en un proceso llamado trasudación.

Además ocurren otros cambios en la mujer durante esta primera fase de excitación: los dos tercios interiores de la vagina se expanden, el cérvix y el útero son empujados hacia arriba y los labios exteriores de la vagina se aplanan y se abren. Por otro lado los labios interiores de la vagina se agrandan, y por el resultado de la vasoconstricción, el clítoris aumenta de tamaño y los pezones se tornan rígidos a consecuencia de las contracciones de pequeñas fibras musculares. Las venas de las mamas se hacen más visibles y puede producirse un leve agrandamiento de los pechos.

RESPUESTA SEXUAL MASCULINA: FASE 1 EXCITACION.

En el hombre, el primer signo más notorio de la excitación sexual es la erección del pene, que se produce por lo general a los pocos segundos de iniciada la estimulación.

La erección ocurre cuando la sangre afluye rápidamente y llena los tejidos esponjosos del pene.

Además de la erección del pene, los pliegues del escroto se aplanan poco a poco y los testículos se aproximan más al cuerpo. Hay -- hombres que en esta fase experimentan una erección de los pezones, pero en otros no ocurre.

FASE 2: MESETA.

En esta fase se intensifican altísimos niveles de excitación sexual, que en principio disponen el terreno para el orgasmo. La duración varía en gran medida dependiendo del individuo.

RESPUESTA SEXUAL FEMENINA: FASE 2 MESETA.

Durante la fase de meseta la intensa vasoconstricción en el --tercio interior de la vagina origina una hinchazón de los tejidos. Esta reacción lleva el nombre de plataforma orgásmica, estrecha en un --30 por100 o más la abertura de la vagina.

En esta fase el clítoris se retrae contra el hueso púbico. Este cambio, junto con la vasoconstricción que sobreviene en los labios vaginales, oculta el clítoris y protege parcialmente su cabeza del --contacto directo.

Ahora bien, como resultado del aflujo de sangre, los labios internos se agrandan bastante, doblando e incluso triplicando su grosor. Esta hinchazón de los labios internos origina la separación de los labios mayores, lo que facilita aún más el acceso a la abertura de la --vagina. Al producirse esta reacción, los labios internos experimentan alteraciones de color. En esta fase continúa la hinchazón de la areola mamaria, hasta el punto de que la erección inicial del pezón queda bastante disimulada.

Ya avanzada la fase de excitación y a inicio de la fase de me seta, se produce un cambio cutáneo que provoca la aparición de manchas rojizas; ello ocurre en el 50-75 por 100 de las mujeres y aproximadamente el 25 por 100 en los hombres. Este rubor sexual suele presentar se debajo del esternón, en la zona superior del abdomen, y después se extiende rápidamente por los senos y la parte delantera del pecho. -- Puede aparecer en otras zonas del cuerpo, por ejemplo en el cuello, - las nalgas, la espalda, brazos, piernas y rostro. Dicho rubor sexual está causado por alteraciones en el ritmo de aflujo sanguíneo justo - por debajo de la superficie de la piel.

RESPUESTA SEXUAL MASCULINA: FASE 2 MESETA.

En el hombre aumenta levemente el diámetro de la cabeza del - pene cerca de la corona. Esta zona suele adoptar una tonalidad más os cura debido a la acumulación de sangre. Pero, además la vasoconstricción provoca la hinchazón de los testículos, que son ahora un 5 por - 100 más grandes que en su estado normal de no estimulación.

A medida que la tensión sexual sube y se aproxima al orgasmo, los testículos no sólo continúan elevándose, sino que empiezan a ro- tar hacia adelante de forma tal que la superficie posterior permanece en firme contacto con el perineo (la zona entre el escroto y el ano). La elevación total de los testículos indica la inminencia del orgasmo.

El aumento generalizado de la tensión neuromuscular se mani-
fiesta sobre todo en las nalgas y los muslos. A veces se acelera el - ritmo cardíaco, lo que hace que el sujeto perciba claramente las pal pitaciones en el pecho, la respiración es también más rápida y se ori-
gina un aumento de la presión sanguínea.

FASE 3: ORGASMO.

Si continúa la estimulación sexual efectiva, se llega a un punto en que el cuerpo libera de golpe la tensión sexual acumulada, a este momento culminante se le denomina orgasmo, conocido también como "clímax".

Desde el punto de vista biológico el orgasmo es la fase más corta del ciclo de la respuesta sexual, dura sólo unos segundos, lapso durante el cual las rítmicas contracciones musculares que se desen cadenan producen una intensa sensación física seguida de un rápido re lajamiento. Desde el punto de vista psicológico, el orgasmo es un ins tante de goce y de suspensión de la actividad mental; es decir, la -- mente se repliega sobre sí misma para disfrutar de tan íntima expe-- riencia.

Los orgasmos varían no sólo en cada hombre o mujer, sino en distintos momentos de un mismo individuo. La diferente intensidad de riva de factores físicos (como la fatiga y el tiempo transcurrido des de el último orgasmo), y de una amplia gama de factores psicosociales (como la afinidad con la pareja, actividad, expectativas y sentimientos en torno al acto sexual).

Es difícil definir o describir el orgasmo, debido a la expe-- riencia subjetiva de cada individuo, la que comprende una dimensión psicosocial y otra fisiológica.

RESPUESTA SEXUAL FEMENINA: FASE 3 ORGASMO.

El orgasmo en la mujer se caracteriza por contracciones simil

táneas y rítmicas del útero, el tercio exterior de la vagina (plataforma orgásmica) y el esfínter anal. Las primeras contracciones son intensas y muy seguidas (a intervalos de 0,8 segundos). Mientras continúa el orgasmo, las contracciones disminuyen su intensidad y duración. Un orgasmo moderado puede traducirse en tres, cuatro o cinco contracciones, mientras que un orgasmo intenso puede tener de diez a quince.

El orgasmo es una respuesta global de todo el organismo, donde el rubor sexual alcanza su mayor intensidad y extensión superficial en el momento de presentarse este.

RESPUESTA SEXUAL MASCULINA: FASE 3 ORGASMO.

Los orgasmos en el hombre se presentan en dos etapas. En la primera fase del orgasmo, los vasos eferentes (los dos conductos que portan espermas) así como la próstata y las vesículas seminales inician una serie de contracciones que impulsan al semen dentro del bulbo de la uretra. El sujeto experimenta una sensación de inevitabilidad eyaculatoria, es decir, la sensación de haber llegado al límite de su control, justo cuando dan comienzo estas contracciones. Durante el segundo estadio del orgasmo masculino, las contracciones de la uretra y del pene se conciertan con las contracciones de la próstata y provocan la eyaculación o expulsión del semen por la punta del pene.

En la eyaculación, el cuello de la vejiga urinaria se cierra herméticamente para que el semen fluya y no se produzca una mezcla de orina y semen. En un primer momento, las contracciones rítmicas de la

próstata, músculos del perineo y cuerpo del pene, se producen a intervalos de 0,8 segundos, exactamente igual que las mujeres, y son las que facilitan la salida del semen durante la eyacuación. Después de las primeras tres o cuatro contracciones peneales, se espacian las contracciones y su intensidad disminuye gradualmente.

Durante la fase orgásmica se observa en uno y otro sexo una miotonía acentuada en todo el cuerpo. En el último estadio de la fase de meseta, o bien durante el orgasmo, la miotonía se hace visible a menudo en los músculos faciales, que se contraen en una mueca o ric-tus. Aunque a veces el compañero o compañera los conceptúan como una señal de disgusto o de molestia, en realidad es una respuesta involuntaria que denota un grado de excitación sexual muy elevado.

FASE 4: RESOLUCION. RESPUESTA SEXUAL MASCULINA Y FEMENINA.

Después del orgasmo se da una notable diferencia entre la respuesta sexual del hombre y la de la mujer. Por lo general, las mujeres tienen una aptitud multiorgásmica, es decir, la posibilidad de alcanzar uno o más orgasmos sucesivos en un breve lapso. El estado multiorgásmico depende tanto de una estimulación sexual continuada y efectiva, como del interés sexual; es interesante resaltar que, al parecer, los orgasmos múltiples en la mujer se dan con más frecuencia durante la masturbación que durante el coito.

Los hombres, por el contrario, no pueden lograr orgasmos múltiples. Inmediatamente después de la eyacuación, el hombre entra en un periodo refractario, un espacio de tiempo para recobrase durante el cual es fisiológicamente imposible tener otro orgasmo o eyacular de nuevo.

La duración de esta fase de recuperación varía mucho en cada individuo y de un hombre a otro; desde unos minutos hasta varias horas. En la mayoría de los hombres este periodo se espacia con cada -- nueva eyacuación tomando como base un límite de varias horas.

El periodo de regreso al estado normal de no estimulación se conoce como la fase de resolución. En esta fase, que comprende el periodo refractario en los hombres, se invierten las alteraciones anatómicas y fisiológicas acaecidas durante la etapa de excitación y meseta. En las mujeres, las contracciones musculares del orgasmo extraen la sangre de los tejidos, provocando la desaparición de la plataforma orgásmica. El útero retorna a su posición; desaparece la coloración -- de los labios, la vagina reduce su anchura y longitud y el clítoris vuelve a su tamaño y posición habituales. Si en una fase anterior las mamas se agrandaron, ahora disminuye el tamaño y los tejidos de la -- areola se distienden antes que los propios pezones, dando la impre--- sión de que éstos han vuelto a ponerse erectos.

En los varones, la erección disminuye en dos etapas. En pri--- mer lugar, como resultado de las contracciones orgásmicas que succio--- nan la sangre del pene, se da una pérdida parcial de la erección. En la segunda etapa, más lenta, el flujo sanguíneo de los genitales re--- torna a sus niveles básicos. Los testículos se empequeñecen y vuelven al interior del escroto, separándose del cuerpo, salvo en el caso de proseguir la estimulación sexual.

A la vez que el hombre y la mujer retornan a su estado normal de pasividad, desaparece el "rubor sexual" y a veces se advierte una

sudación abundante. Inmediatamente después del orgasmo puede darse -- una pauta de respiración profunda acompañada de una palpitación acelerada del músculo cardíaco, pero ambos fenómenos decrecen gradualmente conforme el cuerpo se va distendiendo. (Masters y Johnson, 1987).

Por otra parte, un aspecto importante es el hecho de que la - estimulación mediante el tacto es un tipo de estimulación para el cual el cuerpo puede responder de manera refleja e independiente de los -- centros psíquicos superiores, hasta el hombre que esté inconsciente o que tenga lesionada la médula espinal, de tal manera que los impulsos no pueden llegar al cerebro, (pero dejan intactos los centros coordinadores sexuales en la parte inferior de la médula espinal) todavía es capaz de tener erección, cuando se acaricien sus genitales o la parte interna de los muslos. (Damian, 1979).

La percepción del tacto se verifica a través de las terminaciones nerviosas en la piel y en los tejidos más profundos. Estos órganos terminales están distribuidos de manera irregular, lo que explica por que algunas partes como las yemas de los dedos, son más sencibles que otras como la piel de la espalda; mientras más inervada esté una región, mayor será su potencial para la estimulación. (Ibid.).

Perry y Whipple (1980), mencionaron que existen dos puntos -- muy sensibles sexualmente para las mujeres, el clítoris y un punto en el anterior (frontal) de la vagina que es muy sensible a una presión fuerte, se encuentra aproximadamente a 5 cm. en la pared inferior y - es conocido como el punto de Gräfenberg o punto "G" que al ser estimulado adecuadamente se dilata y da lugar al orgasmo provocando en mu--

chas mujeres una eyaculación a través de la uretra, la cual es similar a la eyaculación masculina, pero no contiene esperma. Al estimular el punto "G" las mujeres experimentan a menudo una serie de orgasmos, la fuerza del músculo pubococcigeo está relacionada con la capacidad para obtener el orgasmo, este puede ser reforzado mediante reforzamiento.

Estos autores resaltan que existen varias clases de orgasmo, el vulvar, provocado por el clítoris y el uterino a consecuencia del acto sexual. En los hombres un orgasmo desencadenado por el miembro y otro por la próstata.

"Cuatro descubrimientos - el punto de Gräfenberg, la eyaculación femenina, la importancia del tono de la musculatura pelviana y - el continuo de la respuesta orgásmica - unifican los hallazgos freudianos y de otros investigadores sexuales en un conjunto comprensible y coherente. Nuestro dilema se ha resuelto. Ahora estamos ante una nueva síntesis que confirma las experiencias tanto del orgasmo vaginal - como del clitorideo" (Ladas, 1982).

El punto "G" es difícil de ser localizado por la mujer por su ubicación en la pared anterior de la vagina, por lo que la colaboración de un compañero lo facilita, algo similar ocurre en el hombre -- con la próstata, percibida a través de la pared anterior del recto, - la cual también resulta difícil de localizar sin la ayuda de otra persona.

Cuando se estimula el punto "G" empieza a hincharse la zona y a menudo se percibe como una pequeña protuberancia del tamaño de una alubia, que puede alcanzar tamaños variables.

Estimulación Sexual: A pesar de toda la fascinante información que tenemos sobre la fase fisiológica de la estimulación sexual, la clave para entender la excitación sexual humana permanece ligada - en los procesos emocionales, que hasta ahora no comprendemos por completo. Por lo tanto, la excitación sexual está bastante influenciada por los factores emocionales y sociales.

Mecanismos Fisiológicos de la Respuesta Sexual Humana:

1. Vasocongestión.- Es la obstrucción de los vasos sanguíneos y el aumento del flujo sanguíneo a los tejidos. En algunas situaciones el flujo sanguíneo a una región, excederá la capacidad de las venas para drenar el área y se producirá una vasocongestión. El tejido congestionado, debido a su acceso de sangre, presenta edema, rubor y calor. La excitación sexual es acompañada de una vasocongestión diseminada, que involucra los tejidos profundos y superficiales. La manifestación más notoria es la erección del pene, a la que se ha llamado -- "rubor del pene". La respuesta varía en diferentes órganos y diversos momentos; pero está necesariamente presente en la excitación sexual.

2. Miotonía.- Es el aumento de la tensión muscular. Con la actividad sexual la miotonía es inevitable y difundida. Afecta tanto a los músculos lisos como a los estriados y ocurre lo mismo de modo voluntario que de manera involuntario. (Masters y Johnson, 1978).

En resumen Masters y Johnson afirman que, la división del ciclo de respuesta sexual humana masculina y femenina consta de cuatro fases específicas, permitiendo la estructuración anatómica y asegurando la inclusión y ubicación correcta de las respuestas fisiológicas individuales, en la secuencia que sigue a la estimulación sexual efectiva.

5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA CONDUCTA SEXUAL.

Al hablar de los aspectos psicológicos de la conducta, a menudo debemos tratar acerca de niveles diferentes de análisis del organismo humano. En un sentido, las fuerzas psicológicas o sociales son nuevamente reflejos y manifestaciones de procesos biológicos subyacentes.

Por ejemplo, Freud argumentó que la libido o impulso sexual es la representación psicológica de un instinto sexual biológico.

En otro sentido, los factores psicológicos son independientes de lo biológico, aún cuando deben mediar a través de los mecanismos neurofisiológicos del cerebro, pues ni el pensamiento, ni la emoción, pueden ocurrir en un cráneo vacío. Pero estos mecanismos se consideran sólo como los intermediarios, a través de los cuales operan el pensamiento y la emoción. (Katchadourian, 1985).

Las Teorías de la motivación psicológica de la conducta sexual son fundamentalmente de dos tipos:

1. Teoría del Aprendizaje, que supone que los patrones de conducta sexual son en gran parte adquiridos a través de muchos mecanismos psicológicos y sociales.

2. La Teoría Psicoanalítica de Freud, donde los factores psicológicos se consideran como representaciones o extensiones de fuerzas biológicas.

Es considerada una de las teorías más relevantes, consiste en un trabajo descriptivo sobre la evolución psicológica de la conducta sexual, denominado "Etapas del Desarrollo Psicosexual", el cual se --

mencionará a continuación:

ETAPAS DEL DESARROLLO PSICOSEXUAL.

Freud (1894), fue el iniciador en plantear, la existencia de una sexualidad infantil, empezándose a crear esta, desde el momento del nacimiento del infante, manifestándose mediante las zonas erógenas que varían conforme el desarrollo individual va avanzando. Así mismo pensó que la sexualidad infantil, contiene todas las potencialidades para desarrollarse posteriormente en el futuro. El sujeto normal pasa por las diferentes etapas, y si por algún motivo, perpetua las características de alguna de ellas, se le considera "anormal".

El niño normal, atraviesa por una serie de etapas diferentes, durante sus primeros cinco años, tras los cuales existe el período de latencia, que sirve como escalón para el inicio de la adolescencia, siendo esta donde se reactivan las vivencias y experiencias infantiles.

Para Freud cada etapa del desarrollo del niño, las define en términos de las reacciones a las zonas erógenas, en las cuales se encuentra el placer. Los impulsos tanto libidinales como agresivos, juegan un papel muy importante y van a estar presentes siempre, en el transcurso de las diferentes etapas del desarrollo, a través de toda la vida.

Otros autores psicodinámicos, dentro de las etapas del desarrollo, prestan atención en la zona erógena, pero también muestran interés en las relaciones que el bebé llega a establecer con su entorno y sobre todo en especial con la relación con los padres, quienes son los que cubren las necesidades inmediatas del niño, y principalmente

la madre, siendo esta la gratificará o frustrará al bebe, durante el tiempo vivido para cada etapa.

" La sexualidad preadulta, puede ser dividida en tres periodos principales: el período infantil, el de latencia y la pubertad ". (Otto Fenichel, 1966, pág. 82). Al período infantil, corresponden las etapas oral, anal y fálica, y el de la pubertad la etapa genital.

Ahora bien, la boca es desde el nacimiento, el primer órgano que aparece como zona erógena y que plantea a la psique exigencias libidinales, y así nos encontramos con la etapa oral, donde la satisfacción surge del placer de mamar y ser nutrido por la madre quien se convierte en el primer objeto de amor, prototipo de todo amor futuro. Al inicio de la vida, el bebe no diferencia entre él y la madre. Esto correspondería a las etapas de autismo y simbiosis postuladas por -- Margaret Mahler (Mahler, 1972). René Spitz, lo ha denominado el período "sin objeto" (Spitz, 1983), y M Klein, habla de una posición esquizo-paranoide.

Dentro de esta misma fase oral, y conforme avanza en ella, el niño empieza a diferenciarse de la madre, recurriendo a su propio cuerpo para gratificarse oralmente, motivo por el cual, se chupa el dedo y se lleva a la boca todo lo que encuentra a su alrededor, como un medio de incorporar los objetos. El descubrimiento que el niño va haciendo de sí mismo y de su entorno, cada vez con mayor posibilidad de diferenciar entre él y su medio externo. Dicha etapa se presenta en el inicio del nacimiento y dura hasta el año y medio. Para Mahler, corresponde a las primeras fases del proceso de separación-individuación, según Spitz, surge la aparición del 2o. organizador y al inicio

de la posición depresiva kleniana.

Posteriormente se presenta la fase anal, alrededor de los -- 2-3 años de la vida, donde los niños encuentran placer en retener y - soltar las heces, de acuerdo con Freud, el niño vive sus funciones es cretoras (heces), como parte de su cuerpo y de las cuales tiene temor de desprenderse, considerándolas también como un regalo muy presiado que hace a la madre, por lo que puede retenerlas o expulsarlas como - una muestra del afecto, pero también como una afirmación de su autono mía. En esta etapa corresponde a la constancia objetal, descrita por Mahler, donde la madre se ha constituido en un objeto interno, en la estructura del niño, y puede entonces separarse de ella sin angustia, ya que siente psicológicamente su presencia.

La tercera fase fálica, que va de los 3 a los 5 años, la se-- xualidad se desplaza al pene y al clítoris, iniciándose el descubri-- miento de los genitales, donde los niños obtienen placer mediante la masturbación. Es como una introducción de la conformación definitiva que adaptará al niño a la vida sexual futura. En esta etapa la sexuali dad precoz llega a su máximo y se aproxima a la declinación. En ade-- lante el niño y la niña seguirán sus distintos caminos, después de haber pasado la fase edípica, cuya resolución va a tener diferentes ca-- racterísticas en cada uno de ellos.

El niño toma como objeto de amor a la madre, rivalizando con el padre, del cual teme ser castigado, tanto por sus deseos incestuosos como por la masturbación. Este castigo, se conoce como castración, lo lleva a abandonar su deseo por la madre y a identificarse con el - padre.

En la niña surge el conflicto edípico, al darse cuenta de las diferencias sexuales, parcatándose de que carece de pene, la envidia de este, la conduce a agredir al progenitor del mismo sexo (la madre) por creer que ella la despojó del pene, y al acercarse al padre en -- forma afectuosa y coqueta, la niña se siente celosa de la madre, por- que tiene al padre y ella no; dejando de amar a la madre, y al no ser ésta ya su objeto de amor, se identifica con ella. Termina por desear su rol y su deseo de tener un pene se transforma, en el deseo de tener un hijo, se asume el papel pasivo-receptivo, que forma el camino hacia la sexualidad femenina.

Conforme el niño atraviesa las etapas antes mencionadas, y -- que además son básicas en el desarrollo psicosexual, se van dando simultáneamente diversos procesos, que constituyen la formación de la - Estructura Psíquica (yo, ello, superyo), a sus relaciones de objeto y a la adquisición de habilidades necesarias, para una adecuada adaptación a su entorno familiar y sociocultural.

En los primeros cinco años de vida del niño, queda conformada la Estructura Básica de la Personalidad del Individuo; entendiéndo -- por Personalidad, todo el conjunto de rasgos físicos (estatura, compleción, color, piel, cabello, etc.), psíquicos (inteligencia, memo- ría, juicio, agresividad, etc.) y culturales (nacionalidad, educación, idioma, religión etc.), que hacen a cada ser humano diferente de to- dos los demás. (Haro, 1986).

Al finalizar la etapa fálica, surge el período de latencia, - de los 7-11 años aproximadamente, la vida sexual continúa en la puber- tad, cuál si volviera a florecer.

La organización completa sólo se alcanzará gracias a la puber
tad, en una etapa genital, que surge de los 12-15 años y continúa has
ta alcanzar la Adultez, comienza al crearse intereses sexuales defini
tivos, que dependerán de la forma como el individuo resolvió sus com
plejos de infancia. La sexualidad es suma de todo este proceso evolu
tivo.

Ana Freud, acepta las fases del desarrollo psicosexual pro-
puestas por su padre, enfatizando los procesos del Yo, que permiten -
contemplar el desarrollo como un proceso continuo. El bebe nace con -
ciertas funciones yoicas, como son los mecanismos perceptuales y de -
protección, que van desarrollándose conforme el niño interactúa con -
su medio circundante y con sus objetos primarios. Los procesos de a-
daptación de los cuales se vale el bebe para "acomodarse" a situacio-
nes nuevas y adquirir nuevas habilidades, como la inteligencia, la me
moría y la motilidad, conforme van madurando, le van dando al niño --
más posibilidades de disfrutar la adquisición de dichas habilidades,
y de manejar mejor su medio ambiente.

El final del desarrollo está constituido, por la vida sexual
normal del adulto, en la cual la consecución de placer entra al servi-
cio de la función reproductora, habiendo formado los instintos parcia
les, bajo la primacía de una única zona erógena; una firme organiza-
ción, para la consecución del fin sexual, en un objeto sexual exte-
rior. (Apuntes de la Dr. Ruiz, 1990).

6. ASPECTOS SOCIALES DE LA CONDUCTA SEXUAL.

La sexualidad a menudo se considera como una fuerza cohesiva que mantiene junta a la unidad familiar. En este sentido está supeditada a una meta social y las organizaciones sociales facilitan de modo recíproco las metas sexuales al proporcionar compañeros y contactos sexuales.

El sexo también funciona como una forma de comunicación; a través de él expresamos afecto y amor, así como odio y cólera. Donde la principal influencia parece provenir de los padres, durante los dos primeros años de vida del niño.

En última instancia el sexo, debe ser congruente en el contexto de la propia vida, en su conjunto. El lugar que ocupa el sexo en nuestras vidas como un todo, varía de una persona a otra. Es posible que nazcamos con diferentes predisposiciones genéticas en la fuerza de nuestros impulsos. Las características físicas tienen, ciertamente, gran influencia sobre el desarrollo de la personalidad y la conducta sexual. Por ejemplo, un niño descubre pronto el impacto de este hecho en los demás. Las familias que nos educan y los valores sociales que aprendemos a compartir o rechazar, se combinan para conformar nuestra conducta sexual.

Hay aquellos que sienten o actúan moralmente en todos los aspectos, menos en el sexo. En cierto grado tales tendencias son inevitables, pero más allá de ciertos límites, constituyen puentes débiles que son vulnerables al stress.

Debemos considerar que tradicionalmente los factores sociales

han sido de gran reelevancia, para el establecimiento de relaciones sexuales adecuadas y satisfactorias, ya que el contexto en el que se desenvuelve el ser humano, determina en forma importante la elección de la pareja, el aprendizaje de la conducta sexual y su repercusión psicológica en el sujeto.

CAPITULO IV.

LA SEXUALIDAD EN LAS PERSONAS INCAPACITADAS FISICAMENTE.

1. ANTECEDENTES.

Nuestra sociedad es contradictoria en lo relativo a la sexualidad, se arrastran una serie de prejuicios y tabúes heredados, desde -- que la sexualidad quedó asociada con el pecado en tiempos de San Agustín.

Entre estos prejuicios, uno de los más absurdos, ha sido negar la sexualidad en quienes tienen alguna condición especial. (amputados, hemipléjicos, ciegos, etc.).

Luego entonces, cuando una persona tiene alguna incapacidad física, surgen cambios importantes, que le afectan directamente y de manera diferente en su modo de vida personal, familiar, laboral y social, y que a su vez, producirán actitudes emocionales diversas, evidentemente ta que los que al sexo se refieren se verán también afectados.

En Estados Unidos, se considera que 10% de la población adulta sufre una incapacidad física, que limita substancialmente las actitudes normales. Algunos ejemplos son la artritis, apoplejía, cardiopatía, renopatía en fase terminal, amputaciones, deformaciones, trastorno visual o auditivo, cicatrices desfigurantes, parálisis y anomalías forma mativas. (Finley, 1972).

No se debe olvidar la sexualidad de las personas que sufren - incapacidades físicas, ya que cuando se les da oportunidad de expresar se subrayan la importancia de su sexualidad y sus impulsos en relación con la libido, impulsos que posiblemente no se vean afectados por las

incapacidades físicas (Richardson, 1972). Weisa y Diamons (1966), estudiaron un grupo de adultos que sufrían enfermedades de la médula espinal, descubriendo que evitaban la consideración realista y consciente de su sexualidad, a la vez que rehuían la aceptación realista de sus incapacidades.

Los mitos que rodean la sexualidad humana, se agravan aún más por los mitos y emociones unidos a palabras como tullido, incapacitado, paralizado, lisiado o deforme.

Existen frecuentes concepciones erróneas, por ejemplo, que los físicamente incapacitados no sienten la necesidad de expresión sexual o que la sexualidad no es importante para ellos. A menudo se cree que la persona paralizada o deforme no puede en absoluto tener relaciones sexuales. Por otra parte, se tiene la idea que sus cuerpos despiden olores fétidos.

Muchas personas sanas físicamente, sienten repulsión hacia los adultos que sufren incapacidades físicas, algunos temen que los físicamente incapacitados generen mayor incapacidad. El temor se centra en la transmisión genética o en que el adulto lisiado no puede criar un hijo mentalmente sano a causa de las limitaciones que impone la incapacidad física del padre o de la madre.

Por el contrario, algunos mitos y concepciones erróneas asignan excesivos, si no es que perversos, deseos y capacidades sexuales al lisiado. Algunas personas temen, que los lisiados los superen en vigor sexual. Esta noción es especialmente difícil de integrar con el paternalismo, que la mayor parte de la sociedad frecuentemente muestra hacia los incapacitados.

Muchos de estos mitos se refuerzan en la literatura médica y educativa. Money (1967), dice que "el índice del paciente en la lista de popularidad... es el más bajo... la paraplejía es totalmente incapaz desde el punto de vista sexual". Herman (1950), estudió a 19 varones parapléjicos y llegó a la conclusión, que la pérdida de los estímulos somestésicos a partir de los órganos genitales es la causa primaria de lo que considera la falta de excitación sexual. Creyó que ésta se reduce porque algunos negaron haber experimentado excitación sexual después de la lesión.

Fox (1971), degrada el papel e importancia de la fantasía sexual, puesto que la sexualidad es una experiencia corporal, este investigador cree que la alegría física, se expresa a través del cuerpo y no de la mente, y que la sexualidad como experiencia interna "excita--sin satisfacer".

Cole y colaboradores (1973), informaron sobre una serie de comentarios en grupo sobre la sexualidad, con varones y mujeres adultos parapléjicos y cuadripléjicos. Estos investigadores tuvieron oportunidad de comparar estudiantes de medicina sanos casados y solteros, y a sus parejas, con adultos solteros y casados que sufrían de lesión de médula espinal, en un seminario sobre la sexualidad humana, utilizando películas idénticas para estimular los comentarios. Descubrieron que los grupos de incapacitados abordan los comentarios importantes, con mayor rapidez, que los estudiantes sanos de medicina. Hubo menos charla social en los incapacitados y menos manifestaciones de aburrimiento, crítica y disgusto con las películas y comentarios. Los incapacitados, tenían la preparación y habilidad para comentar sus inquietudes sexuales.

les, con mayor franqueza, y menos a la defensiva que los grupos de --- cuerpo sano. Les inquietaba en especial la capacidad de reproducirse y la preocupación por la autoimagen, por lo tanto, debe eliminarse el mi to de que el sexo no puede o debe comentarse francamente con las perso nas que presentan incapacidad por lesión en la médula espinal.

Gloria H. (1980), señala que "la sexualidad no se gana con tra bajo o con buenas acciones, ni se pierde como resultado de una herida o enfermedad". Esto quiere decir, que toda persona, cualquiera que sea su sexo, edad o impedimento físico es un ser sexuado. Ya que toda - persona impedida o no, tienen derecho a ser informados, y orientados - sobre todos los aspectos del sexo, el derecho a la expresión sexual y el establecimiento de una relación íntima. (Burrueal, 1986).

Los individuos que quedan limitados por algún padecimiento físico, en una etapa en la que ya han experimentado alguna relación sexual, descubren que la sexualidad es un aspecto olvidado de la Rehabilitación y que deben ayudarse ellos mismos en su vida sexual.

2. CLASIFICACION DE LAS INCAPACIDADES FISICAS Y LA SEXUALIDAD.

Explorar todos los trastornos físicos que pueden afectar a la expresión sexual humana rebasa los límites de esta investigación, por lo tanto, únicamente mencionaré los que se relacionan, más directamente con el tipo de pacientes en estudio.

Un aspecto simple, pero importante, que distingue a las incapa

tidades físicas, es el grado de su notoriedad, dichas incapacidades - constituyen un estímulo continuo del que es necesario ocuparse, las - que no son muy notorias pueden ocultarse de la sociedad, en especial con las disfunciones sexuales. Por ejemplo, la eyaculación precoz tal vez solamente la conozcan el hombre afectado y su pareja. Por otra -- parte, la incapacidad que produce la paraplejía es obvia para todos.

"Hemos observado que los adultos con incapacidades físicas evidentes, han sido forzados a considerar seriamente su autoimagen y su capacidad sexual. - Si bien algunos buscarán consuelo en su aparente desinterés, arrogancia, machismo o coquetería, la mayor parte de los que han logrado una adaptación sexual satisfactoria, se conducen con mayor sinceridad que las personas sanas". (Green, 1981).

No es posible clasificar todas las incapacidades físicas, pero se puede valorar a cada paciente desde el punto de vista del trastorno funcional, lo que permitirá un marco de trabajo, para considerar el efecto de la incapacidad sobre la sexualidad, y las posibilidades terapéuticas. (Ibid.).

1. INCAPACIDADES FISICAS DE NACIMIENTO O ADQUIRIDAS DURANTE - LA INFANCIA TEMPRANA:

Este grupo incluye lesión encefálica, enfermedad o lesión de médula espinal, amputaciones o deformidades esqueléticas, alteraciones del crecimiento corporal, cardiopatía, ceguera y sordera.

Los que sufren estas incapacidades, han tenido una infancia y adolescencia muy diferentes a las de la persona sana. Con frecuencia han sido segregados por sus compañeros y carecen de las destrezas sociales básicas. Aunque pueden desarrollar habilidades fuera de lo común para adivinar los sentimientos de otros, tal vez esta habilidad se

enfoque en forma narcisista, hacia sus propias necesidades.

Un incapacitado ha escrito lo siguiente:

Se aprecia que el incapacitado tenga tal vez dificultad para encontrar una pareja compatible y casarse con ella. El adulto que sufre incapacidad física, posiblemente descubra que es más probable -- que atraiga al sujeto maduro, el cual por lo tanto es probable que sea mayor de edad, y que exista un mayor riesgo de que muera primero y deje a la pareja incapacitada sola, y nuevamente necesitada de ayuda. Por otra parte, la pareja compatible puede sentir una excesiva necesidad de cuidar de otra persona. Si esto se satisface por la necesidad de recibir cuidados en el incapacitado, las cosas pueden marchar bien a condición que no haya cambios -- de personalidad, ni en uno ni otro. Si la persona elegida tiene motivos neuróticos para casarse con un incapacitado, son pocas las posibilidades de un buen matrimonio" (Green, 1981).

Por lo tanto, no es difícil apreciar las desventajas de algunas personas que sufren en su vida sexual, que son consecuencia de la planeación casi deliberada de la sociedad.

2. INCAPACIDADES FÍSICAS ADQUIRIDAS REPENTINAMENTE DESPUES DE LA PUBERTAD, PERO NO PROGRESIVAS:

Muchos trastornos de este tipo son evidentes, pero no lo son -- aquellos que se cubren con la ropa.

Entre las incapacidades físicas adquiridas repentinamente se encuentran: la parálisis motora (hemiplejía) y sensitiva de médula espinal, la parálisis sólo motora de médula espinal, las amputaciones y deformaciones esqueléticas, las lesiones genitales, las amputaciones o extirpación de órganos pélvicos, las quemaduras desfigurantes, la ceguera y la sordera.

La lesión de médula espinal no es sólo evidente, sino también

afecta a la masturbación en ambos sexos, al coito y la fertilidad en varones. Las amputaciones o deformidades esqueléticas pueden afectar la masturbación y coito en ambos sexos (Green, 1981).

3. INCAPACIDADES FISICAS PROGRESIVAS ADQUIRIDAS DESPUES DE LA PUBERTAD:

Estos trastornos evolucionan lentamente y pueden producir la muerte temprana. Una de las características particulares de ellas, es su efecto sobre la pareja sexual del paciente. La inquietud sexual -- puede acompañarse del temor de que la actividad sexual acelere el curso de la enfermedad o produzca un desenlace catastrófico, como la muerte. Estas inquietudes pueden tener un gran impacto, sobre la frecuencia e intensidad de la actividad sexual, y por tanto, afectar la relación de la pareja.

Resulta difícil jerarquizar las áreas de mayor problema en el disminuido físico; sin embargo, Hernán San Martín (1978), plantea las siguientes áreas relacionadas con la sexualidad:

- 1.- *Imagen Corporal Alterada.*- Tiene como causa principal, que la sociedad occidental insiste en la actitud prejuiciada, en relación al funcionamiento o apariencia corporal.
- 2.- *Amor Propio Disminuido.*- Este fenómeno puede ser causado por la dependencia continúa de una persona incapacitada, desde el principio de la infancia, o como resultado de regresiones a un estado de dependencia, que se ha establecido en quienes sufrieron invalidez en la edad adulta.

3.- Identidad Sexual y Dificultades del Papel Sexual.- Si se espera socialmente que un hombre o una mujer con disminución física, actúen de cierta manera social y sexualmente, si no se cubre esta expectativa a causa de limitaciones físicas, se pueden producir dificultades en las relaciones sexuales, y hasta lograr cambios positivos, se puede alcanzar la estabilidad.

4.- Extensión y Naturaleza Sexual Como Área Problema.- Se refiere a que la persona disminuida físicamente, está o ha estado expuesta a la explotación sexual y, por otra parte, a que el incapacitado físicamente puede haber usado su padecimiento, para obtener favores sexuales de sus amigos, de las personas relacionadas con ellos o de quienes le asisten. (Burrueal, 1986).

El Dr. J. Arturo Damian Nuñez (1979), realizó un estudio en 15 pacientes hemipléjicos, encontrando las siguientes conclusiones en relación a la problemática sexual:

1. La mayoría de los individuos estudiados, obtuvo información sexual, por vez primera en la pubertad, la que provenía de amigos a través de conversaciones.
2. El mayor porcentaje de los enfermos, experimentó su primera relación sexual en una edad promedio de 15 años, con prostitutas y no presentaron sentimientos de culpa o malestar.
3. El nivel de conocimiento en el área sexual, es bajo en promedio.
4. No existe alteración en ninguna de las cuatro etapas de la

respuesta sexual en estos pacientes.

5. El accidente vascular cerebral provocó marcadas alteraciones en el carácter y autoconcepto en los enfermos.
6. Una respuesta general fue, la depresión con sentimientos de autodevaluación y minusvalía.
7. La falta de productividad económica del paciente, posterior al accidente vascular cerebral, fue motivo autodevaluación e importantes conflictos familiares.
8. En la mayoría de los hogares de los pacientes hemipléjicos, se perdió la armonía familiar después del accidente vascular cerebral.
9. Se observó que los enfermos de este estudio, presentan insatisfacción en sus relaciones familiares y sociales.
10. Los individuos valorados, perciben el medio ambiente hostil e injusto hacia ellos, lo que les impulsa a reaccionar, a su vez, en forma agresiva.
11. El accidente vascular cerebral originó irregularidades, temor y ansiedades en el área sexual.
12. Por sí misma, el conflicto emocional no provocó incapacidad sexual, pero sí una notable disminución de la actividad sexual.

Alejandro Vázquez (1981), realizó un estudio de la sexualidad del lesionado médular, resumiendo a continuación los resultados:

Se puede observar que tanto en el hombre "normal", como en el paciente médular, la erección puede ser refleja y/o psíquica. Respecto

a la eyaculación puede ocurrir o no. La sensación de orgasmo puede o no acompañar la eyaculación. Algunos pueden estar conscientes de un incremento de espasmos en la pierna y el abdomen durante la eyaculación y otros tienen sensaciones localizadas en el abdomen y músculos internos, aunque ninguno tiene la sensación de climax en el pene.

Se supone que la mujer parapléjica, tiene menor número de problemas sexuales, aún cuando no se ha investigado suficientemente. Cooper (1979), menciona brevemente que las mujeres parapléjicas, dejan de menstruar de tres a seis meses después de que sufren la lesión, pero no ofrece detalles acerca del ciclo de respuesta sexual de la mujer.

Algunos adultos incapacitados reciben orientación, que les ayuda a adaptarse a la vida sexual a sus capacidades físicas, disposiciones y deseos. Sin embargo, son pocos los que la reciben; debido a esto, es necesario que los que nos enfrentamos con este tipo de enfermos, -- prestemos mayor atención en la situación sexual, para que la rehabilitación sea verdaderamente integral, ya que casi todos los adultos que sufren incapacidad física pueden esperar disfrutar de una vida sexual plena, activa y satisfactoria.

CAPITULO V.

AUTOCONCEPTO.

1. ASPECTOS GENERALES.

En la antigüedad, se llegó a proponer la teoría del alma y la relación que guardaba con el sí mismo, como un antecedente del autoconcepto, pero la Psicología Científica rechaza dicha idea, por considerarla fuera del alcance de la verdad científica.

Fue a partir de 1890, cuando se introdujo nuevamente el concepto de sí mismo. William James, es el iniciador del campo de la teorización contemporánea, y de su trabajo se deriva directa o indirectamente, gran parte de lo que en la actualidad se escribe acerca del sí mismo y el yo. La definición de este autor sobre el sí mismo o yo empírico, en sentido muy general, es la suma total de cuanto un hombre puede llamar suyo: su cuerpo, sus rasgos y sus aptitudes; sus posesiones materiales, su familia, sus amigos y sus enemigos; su vocación y sus ocupaciones, su profesión y muchas otras cosas.

James considera el sí mismo en tres aspectos:

1.- Sus elementos constituyentes, que son:

- a) el sí mismo material: posesiones materiales del individuo,
- b) el sí mismo social: como es considerado por sus semejantes,

- c) el sí mismo espiritual: sus facultades y disposiciones psicológicas, y
 - d) el yo puro: el propio sentimiento de identidad personal
- 2.- Los sentimientos del sí mismo.
 - 3.- Las acciones destinadas a la búsqueda y la preservación -- del sí mismo. (Hall y Lindzey, 1977).

La Psicología Moderna, define el sí mismo con dos significados distintos, que son los siguientes:

1.- Las actitudes, los sentimientos, las percepciones y las evaluaciones de una persona respecto de sí misma. Constituye una definición del sí-mismo-como-objeto. En tal sentido, el sí mismo es lo que - una persona piensa acerca de sí.

2.- Es un grupo de procesos psicológicos, que gobiernan la conducta y la adaptación. Constituye una definición del sí-mismo-como-proceso: el sí mismo es ejecutar, en el sentido de que consiste en un grupo activo de procesos tales como el pensar, el recordar y el percibir.

Por lo tanto, el sí mismo no es un concepto metafísico o religioso, sino es un concepto que corresponde al dominio de la Psicología Científica, como se mencionó antes. La teoría del sí mismo, es un serio esfuerzo por explicar ciertos fenómenos y de conceptualizar la propia observación de algunos aspectos de la conducta, por lo cual, es un proceso complejo y extenso. (ibid.).

Existen diferentes definiciones del sí mismo, dependiendo del autor y la escuela o corriente a la que pertenecen, ya que también es considerado el concepto, como el yo, el sí mismo, imagen de uno mismo, autoimagen, autoconcepto, self, etc. A continuación mencionaré algunas de ellas.

SYMONDS (1951), definió al yo como un grupo de procesos (percibir, pensar, recordar) responsables "del desarrollo y la ejecución de un plan de acción destinado al logro de satisfacción, a modo de respuesta a impulsos internos", y al sí mismo, como las formas de reacción del individuo ante sí.

Cuatro aspectos caracterizan al sí mismo, según dicho autor:

1. Cómo se percibe a sí misma la persona,
2. qué piensa de sí misma,
3. cómo se evalúa y,
4. cómo intenta, mediante acciones, engrandecerse o deformarse.

Symonds, se basó en la teoría psicoanalítica, para dar su definición, él dice que existe una considerable interacción entre el sí mismo y el yo, esto es que, si los procesos del yo son eficaces al enfrentar tanto las exigencias internas como la realidad externa, la persona tiende a pensar favorablemente acerca de sí misma; de modo similar, si la persona tiene una alta opinión de sí misma, es probable que los procesos de su yo funcionen eficazmente. Sin embargo, generalmente la eficiencia del yo debe ser demostrada en primer término, para que el individuo pueda sentir autoestima y confianza en sí mismo. (ibid.).

LEIBOWITZ (1940), estableció el sí mismo subjetivo y el sí mismo objetivo, haciendo una distinción entre ellos:

El sí mismo subjetivo constituye "lo que pienso de mí";

El sí mismo objetivo, "lo que otros piensan de mí". (ibid.).

SHERIF Y CANTRIL (1947), definen al yo como una constelación de actitudes, del tipo de "lo que pienso de mí, lo que valoro, lo que es mío y aquello con lo que me identifico". Así definido, el yo es el

sí-mismo-como-objeto, ya que una vez que se relaciona con el medio, el yo motiva la conducta o comportamiento. (ibid.)

SARBIN (1952), concibe el sí mismo como una estructura cognitiva, constituida por las ideas del individuo acerca de diversos aspectos de su ser, es decir, que se puede tener concepciones del propio -- cuerpo (el sí mismo somático), de los propios órganos sensoriales y la propia musculatura (el sí mismo receptor-efector) y de la propia conducta social (el sí mismo social). (ibid.)

Sarbin considera a los sí mismos empíricos emergentes según una ordenada secuencia evolutiva: el sí mismo corporal en primer lugar y, más tarde, el sí mismo social.

BERTOCCHI (1945), denomina sí mismo al yo-como-proceso, y Yo al sí-mismo-como-objeto, lo que constituye una total inversión de la nomenclatura habitual. El sí mismo de Bertocci consiste en la compleja y unitaria actividad de la sensación, el recuerdo, la imaginación, la -- percepción, el deseo, el sentimiento y el pensamiento. El Yo de Bertocci, consiste en un conjunto de valores que pueden llegar a ser incorporados en forma de rasgos con los cuales el sí mismo identifica su -- éxito. (ibid.)

HILGARD (1949), propone el concepto del sí mismo inferido. Este autor concibe "el sí mismo como un agente capaz de buenas o malas -- elecciones. Así, según parece, en el punto en que la ansiedad llega a estar imbuida de sentimientos de culpa, interviene la autorreferencia. Si se pretende comprender las defensas de una persona ante sus sentimientos de culpa, hemos de saber algo acerca de la imagen que tiene de sí misma" (Hall y Lindsey, 1977).

Hilgard, rechaza el recurso de preguntar directamente a la persona que piensa de sí; considera que el autorretrato consciente puede ser distorsionado por factores inconscientes, y opta por la inferencia de la autoimagen a partir del material no introspectivo, por ejemplo, estudia el autoconcepto, mediante las técnicas proyectivas, entrevistas clínicas, etc., es decir, la imagen derivada de tal material recopilado, recibe la denominación de sí mismo inferido.

STEPHENSON (1953), al definir al sí mismo, como tantos psicólogos, no se muestra tolerante ante ningún concepto que insinúe la existencia de un agente psíquico determinante de la conducta; cree que el individuo puede pensar y hablar acerca de sí mismo, exactamente del mismo modo que acerca de otras cosas y que tales autorreflexiones son parte de su conducta, en la misma medida de todo cuanto realice. (ibid.)

CHERIS (1944), intentó formular una teoría unificada del yo y el sí mismo; de acuerdo con su enfoque, el sí mismo no es, como el cuerpo, un objeto de conocimiento, sino más bien el contenido del conocimiento, al margen del cual carece por completo de realidad, es decir, aquello que advertimos cuando empleamos el término conciencia de sí mismo. (ibid.)

El yo, es una estructura motivacional-cognitiva, formada en torno del sí mismo, sus motivos e ideas sirven para el propósito de defender, extender, engrandecer y preservar al sí mismo; cuando éste peligra, el yo acude en su auxilio, sin embargo, no incluye la totalidad de los motivos y los pensamientos; la acción es determinada por una parte no yóica de la personalidad.

GEORGE HERBERT MEAD (1934), menciona que el sí mismo, es un ob

jeto de conocimiento, cuyo desarrollo sigue un cierto curso. Al principio el sí mismo no existe, el individuo no puede iniciar directamente su propia experiencia, ya que no es congenitamente autoconsciente. Puede considerarse a otras personas como objetos, pero no se concibe a sí mismo inicialmente como objeto, no obstante, los demás reaccionan ante él, como ante un objeto. Como consecuencia de tales experiencias, aprende a pensar acerca de sí mismo como objeto y a adoptar actitudes y experimentar sentimientos respecto de sí mismo. El sí mismo de Mead socialmente estructurado sólo puede aparecer en un ámbito en el que existe comunicación social. "El individuo deviene sí mismo en la medida en que es capaz de adoptar la actitud de otro y actuar respecto de sí mismo como actúan los demás". (Jimenez, 1990).

KOFFKA (1935), sustenta que el yo es una parte aislada respecto del campo total, incierta en el ambiente de la conducta que la rodea y con el cual interactúa. La persona se percibe a sí misma como al yo que ocupa el espacio existente, entre lo que hay adelante y detrás, encima y debajo de ella, así experimenta de diversas maneras esta entidad hasta tales experiencias, conscientes e inconscientes, se fusionará, en virtud del principio de proximidad para constituir el yo. (ibid.)

ERIKSON (1959), postula que en el caso de comportamiento perceptual, regulador del yo consigo mismo, sería conveniente reservar la denominación de "yo" al sujeto y de "sí mismo" al objeto. El yo, es visto como instrumento central organizador, que se enfrenta durante el curso de su vida, con un cambiante sí mismo.

BURBULER (1959-1962), propone la existencia del sí mismo fenoménico y el sí mismo central. El sí mismo fenoménico consiste en las au-

topercpciones y los autoconceptos. El sí mismo comprende los procesos básicos de la vida, es decir, satisfacción de las necesidades, adaptación creadora y mantenimiento del orden interno. El sí mismo central es parecido al yo de Freud. (Jimenez, 1990).

SCHILDER (1958), considera la imagen del cuerpo humano como - una estructura antropológica, es decir, fisiológica y psicológica total, y la concibió así, no sólo como un factor decisivo en toda acción humana, sino como una parte constitutiva de la persona misma.

Por imagen del cuerpo entendemos, aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos presenta. (Schilder, 1958).

BENDER (1963), al referirse a la imagen corporal, acepta que hay modificaciones que dependen de las experiencias del individuo. (Cervera, 1965).

PREYER Y BENEFELD (1929), señalan que un niño prácticamente - no conoce su cuerpo y logra distinguirlo de los demás, debido a factores kinestésicos, motores y viscerales. Según estos autores, se trata de un problema de coordinación de experiencias ópticas, táctiles o de otra naturaleza, con la imagen corporal (ibid.)

FREUD (1905), concibió al yo como una función dinámica de la personalidad. Para Freud existían varias funciones importantes del yo que podían ser básicas para comprender cualquier concepto de él; le - dió mucha importancia a la organización y control del mundo exterior, que se refiere al control de la motilidad y la percepción, comprendien do ésta, la percepción en sí mismo. Otro aspecto es la protección con tra estímulos excesivos, tanto internos como externos. Le dió importan

cia a la prueba de la realidad, con un desarrollo de formas más seguras y específicas de ajuste o adaptación, así como al carácter de la persona y sus patrones o modos de interacción con su medio ambiente. "Consideraba de suma importancia las tendencias coordinadoras e integradoras conocidas como la función sintética, las cuales, combinadas con otros factores diferenciales, constituyen la función organizadora del yo" (Pichardo, 1963).

HARRY SACK SULLIVAN (1953), hizo aportaciones acerca del sentimiento de soledad y búsqueda de seguridad, también estudió el carácter y cualidades del yo en las relaciones interpersonales. Dichas aportaciones, son importantes para la comprensión del desarrollo temprano del Yo y del concepto de la autoimagen (Cueli y Reidl, 1973).

ALFRED ADLER (1927), divide su trabajo en siete partes, de las cuales sólo mencionaré dos, ya que van relacionadas con la investigación que se realizó:

Self creativo. El hombre crea una estructura del self (de sí mismo), a partir de su pasado hereditario e interpreta las impresiones que recibe durante el transcurso de la vida, busca nuevas experiencias para lograr realizar sus deseos de superioridad y reúne todo esto, para crear un self que es diferente de cualquier otro self y que describe su propio y particular estilo de vida; el self creativo es original, inventivo y crea algo que nunca antes existió: una nueva personalidad o self.

Self consciente. Adler pensó que el hombre se da cuenta de todo lo que hace y en base al autoexamen puede deducir el porqué de ha--

ber actuado en ciertas formas preescritas. La conciencia es el núcleo de la personalidad (Cueli y Reidl, 1973).

JUNG (1953), dice que el consciente tiene como núcleo central al yo. El yo es aquella parte de la personalidad del hombre que posee sentimientos, percepciones y procesos de pensamiento que ayudan a la personalidad a atender la actividad de la vida diaria. La personalidad consta de varios sistemas, algunos de los cuales son el yo, el self, los estados de conciencia e inconciencia, las funciones, la persona, las actitudes de introversión y extraversión, los sistemas de energía psíquica y física, donde la culminación de todos estos sistemas, en general, es el self. (ibid).

A medida que Jung desarrolló su teoría de la personalidad, se refinó el concepto del yo para incluir sólo las actividades mentales conscientes del hombre. El dice que el yo estructura lo externo y, en parte, el mundo interno del individuo. A través del yo se conoce a sí mismo. Es el yo lo que mejor conoce el hombre y opera a su propio nivel en su mundo cotidiano.

"El yo, según CARL R. ROGERS (1961), consiste en el concepto del "yo" o "mi" y percepciones del "yo" o "mi", en relación con otras personas y varios aspectos de la vida. El "yo ideal" es lo que la persona desearía ser, y cuanto más se acerca al yo ideal, el yo real, -- tanto más satisfecha está la persona" (Whittaker, 1987).

HALL Y LINDSEY (1970), observan que el término "yo", tal como es usado hoy, ha llegado a tener dos significados muy diferentes. En ciertos casos, se lo define como un sistema de actitudes o sentimientos que tiene el individuo sobre sí. Por lo tanto, "designa las acti--

tudes, sentimientos, y percepciones de la persona, y las evaluaciones de sí misma como un objeto". En otros casos, el yo es definido como -- "un grupo de procesos psicológicos que rigen la conducta y el ajuste". (ibid.).

2. CONCEPTO DE SÍ MISMO.

"El yo, o como se llama a veces, el 'ego', es un concepto altamente personalizado, que se forma el individuo poco a poco en el proceso de socializarse en una cultura dada. A menudo se define el yo como 'un sistema de actitudes y sentimientos que tiene el individuo sobre sí mismo. Cuando se define de este modo, designa las actitudes, sentimientos y percepciones de la persona, y las evaluaciones de sí mismo -- como un objeto Hall y Lindzey, 1970 ' " (Whittaker, 1987).

En gran medida, el concepto de sí mismo surge de las interacciones de uno con otro; además tales interacciones son extraordinariamente influyentes en el mantenimiento o el cambio de las actitudes hacia sí mismo.

" La cultura en la que se ha criado uno, tiene mucho que ver, con el desarrollo de actitudes particulares hacia el yo. Por ejemplo, en nuestra cultura, 'el adiestramiento cultiva la diferenciación de -- los papeles de los sexos e induce aún a niños muy pequeños a reconocer su identificación con un sexo o el otro y a encontrar en sí mismos cualidades que son asociadas con expectativas culturales para el comportamiento de miembros de dicho sexo (Mc. David y Harari, 1968) ' " (Whittaker, 1987).

El niño se cría en un hogar destruido o equilibrado, puede te-

ner hermanos o hermanas, sus padres abrigan determinados sentimientos hacia él, a partir de este embrión de interacción social, comienza a surgir una imagen de sí mismo.

3. ACTITUDES HACIA SÍ MISMO Y ACTITUDES HACIA LOS OTROS.

En los últimos años, se ha puesto de manifiesto en los campos de la psiquiatría, la psicología y la sociología, un resurgimiento del interés por el problema de la autoimagen y ¿que es la autoimagen? a menudo se le trata como una entidad misteriosa e indefinible debido a -- que cada autor da su definición muy particular. Según el trabajo de Rosenberg, la autoimagen es una actitud hacia sí mismo. El término Actitud posee alcances bastantes amplios; se le emplea para designar hechos, opiniones, valores y orientaciones, favorables o desfavorables respecto del sí mismo. Sin embargo, de alguna manera intuimos que nuestras actitudes hacia nosotros mismos, difieren de las que adoptamos respecto de los objetos del mundo. El sí mismo es un objeto importante para todos, fundamentalmente, debe ser el objeto importante del mundo. "Sea lo que fuere, el sí mismo se convierte en el centro, en el punto de enlace, es el estándar de comparación, en la realidad última. Inevitablemente ocupa el lugar de un valor supremo" (Rosenberg, 1973).

Hay, pues, varios cuadros diferentes que pueden ser psicológicamente importantes para el individuo; su autoimagen actual; su sí mismo comprometido (la clase de persona que el individuo se ha propuesto llegar a ser); el sí mismo de fantasía (la clase de persona que le --

gustaría ser si no lo impidiera la realidad); el ideal del yo (la clase de persona que debería ser); y, la imagen idealizada (la clase de persona que imagina ser y que le produce gozo), esta última puede incluir componentes de su sí mismo actual, su ideal del yo, su sí mismo futuro, etc.

4. IMAGEN CORPORAL.

Al estudiar la imagen corporal, debemos tomar en cuenta el problema psicológico central de la relación que guardan las impresiones de nuestros sentidos con nuestros movimientos y la motilidad en general. Cuando percibimos o imaginamos un objeto, no actuamos como un mero aparato receptor. Siempre existe una personalidad que experimenta la percepción. La percepción es siempre nuestro modelo de percibir. Así, nos sentimos inclinados a responder con una acción o actuamos directamente. Somos, en otras palabras, seres emocionales, por lo tanto, debemos esperar intensas emociones, con respecto a nuestro propio cuerpo (Schilder, 1958).

La topografía del modelo postural del cuerpo será de actitudes emocionales hacia el cuerpo. Nuestro conocimiento dependerá de las corrientes eróticas que atraviesan nuestro cuerpo y dejará sentir, a su vez, su influencia sobre ellas. Las zonas eróticas habrán de desempeñar un papel particular en el modelo postural del cuerpo. (ibid.)

Las experiencias en el plano patológico nos muestran claramente, que cuando se pierde la orientación de izquierda a derecha con respecto al propio cuerpo, también se produce una pérdida de la orienta--

ción, con respecto de los cuerpos de los demás. El modelo postural de nuestro propio cuerpo, se halla relacionado con el modelo postural de los demás. Así como nuestras emociones y acciones son inseparables de la imagen corporal, del mismo modo, las emociones y acciones de los demás, son inseparables de sus cuerpos.

En la formación de la imagen corporal intervienen factores fisiológicos, por el continuo contacto que se establece con el medio ambiente externo; igualmente importantes son los aspectos psicológicos, que se originan por el interés que mostramos en nuestro propio cuerpo, además del interés que muestran quienes están cerca de uno y, por último, los factores sociales, que surgen mediante la observación de lo que hacen con su cuerpo las personas a nuestro alrededor. Por otra parte, entendemos por imagen del cuerpo, aquella representación que nos enfocamos mentalmente de nuestro propio cuerpo. Dicha imagen se integra a partir de ciertas sensaciones que provienen de la inervación de músculos y vísceras, impresiones táctiles, térmicas, de dolor, etc., y de la observación directa de algunas partes de la superficie corporal.

5. EL AUTOCONCEPTO Y LA INVALIDEZ.

Algunos autores han subrayado la importancia del autoconcepto en la rehabilitación física y psicológica, de pacientes que sufren -- trastornos invalidantes, ya que se requiere la integración de un nuevo autoconcepto, ajustado a la realidad actual de estas personas.

A continuación mencionaré los puntos de vista de varios de ellos.

ELISONDO GARZA (1960), habla de que las reacciones que provoca un padecimiento de carácter crónico, son las siguientes:

1. Las personas con alto nivel de integración emocional, reaccionan ante la lesión con un cuadro depresivo, que aparece ante cualquier pérdida, recuperando su estabilidad psicológica paralelamente a su recuperación física. Para superar el problema que representa su nueva situación, adoptan nuevas posiciones que suplen su deficiencia, y aún son capaces de cambiar los objetivos de su existencia, si la lesión lo requiere. Estos individuos resuelven sus nuevas necesidades en forma positiva, haciendo uso de su ingenio. A estas personas, que son capaces de trazar nuevos caminos y superar el trastorno, se les denomina lisiados.

2. Los pacientes que presentan bajo e inestable nivel de integración psicológica ante la lesión, presentan regresiones a patrones de conducta primitivos y neuróticos, lo que no les permiten resolver el problema que presenta su nueva situación, comenzando a depender pasivamente de sus familiares a agredirlos constantemente, exigiendo que sus problemas sean resueltos. Es decir, presentan una reducción de las funciones del yo que los lleva a niveles primitivos de su evolución. Se observa que existe en ellos, cierta necesidad de sentir frustradas las metas que se proponen; es como si el mecanismo psicológico que utilizan tuviera la finalidad de impedir su bienestar, sin embargo, son incapaces de percibir que sus actitudes enfocadas hacia el sufrimiento no resuelven su situación; a este tipo de personas se les llama inválidos.

La situación del invalido es totalmente diferente a la del lisiado, ya que la postura regresiva del invalido, constituye una defensa ante la agresión del medio, que se encuentra representado por el agente lesionante, a diferencia del lisiado quien es capaz de percibir la realidad y adaptarse a ella. La familia del invalido se ve afectada por la actitud de éste, al igual que la sociedad en general y, reaccionan con expresiones de caridad y lástima que facilitan la inactividad del paciente y le proporcionan ganancias secundarias que anulan su esfuerzo por impulsarse a mejorar.

SEPEDA (1963), menciona que no se puede concebir a una persona, que después de sufrir un trauma físico no presente una postura emocional específica, ya que la inválidez provoca un desajuste psicológico - que afecta la conducta de ésta, especialmente si se trata de personas económicamente activas, las cuales se convierten en seres receptivos, poco responsables, pasivos e improductivos. Debido a lo anterior, su familia se ve afectada tanto económica como psicológicamente.

Según NANCY KERR (1977), la reacción es de shock. "La incompatibilidad entre la situación física de la persona y el cuadro mental - que tiene de sí misma, explican su comportamiento verbal inadecuado al principio, la imagen de su cuerpo es más poderosa que sus percepciones y rechaza el hecho de que las percepciones son incompatibles con su imagen corporal". (Burrue, 1986).

PAUL SCHILDER (1965). señala que la percepción de nosotros mismos y de los demás nos llega a través de nuestra imagen corporal. "La percepción de nuestro perfil corporal constituye la base de nuestra actitud autoestimativa frente al propio cuerpo". (ibid.)

MORAGAS R. (1974), considera "la imagen que de nuestro cuerpo poseemos, no se basa en nuestro juicio sobre sí mismo, sino la opinión que los demás asignen (o nosotros creemos que asignan), a determinadas aptitudes o limitaciones corporales". Este es otro hecho importante, ya que un minusválido, por la pérdida que sufre, busca en los demás que reafirmen o devalúen el autoconcepto, ya que organiza su imagen corporal, integrando múltiples percepciones de todas las imágenes corporales previas, que incluyan aspectos conscientes e inconscientes. Desde el punto de vista psicológico, la imagen corporal no sólo incluye el investimento personal del individuo sobre su cuerpo, sino la visión, valores y fantasías de las personas significativas a su alrededor y, las actitudes y valores de la cultura a la que pertenece.

La lesión física puede amenazar esta imagen corporal y exigir su cambio y, como la imagen está integrada por la organización de la personalidad, el cambio puede repercutir en el equilibrio de esta última. (ibid.)

La reacción del individuo frente a la lesión física y a las secuelas, será el resultado de la integración compleja de varios factores; su imagen corporal anterior premorbidamente y el significado psicológico de la situación, en relación con el desarrollo de su personalidad.

Existe un interesante grupo de individuos, que no se dan cuenta de que son ciegos, sordos o paralíticos. Antón, estudió algunos pacientes hemipléjicos, encontrando que se comportaban como si fueran -- víctimas de una parálisis. Algunos pacientes afirmaron que su brazo paralítico, es tan bueno como el otro o que pueden caminar exactamente igual que antes. Cuando se les pidió que levantaran ambos brazos, sólo

mueven notoriamente el brazo sano; pero creen mover también el brazo - paralítico. Si se les pide que levanten el brazo paralítico o que saluden con la mano paralítica, ejecutan el movimiento con el otro brazo, convencidos de que han hecho correctamente lo que se les pedía. En algunos casos, los pacientes no prestan atención al lado paralítico, debido a que muchas veces se desea olvidar el defecto; frecuentemente de sean eliminar la idea de que son impedidos, pero en ocasiones la conciencia atormentada del defecto vuelve una y otra vez.

Antón, fué el primero en llamar la atención sobre estos fenómenos de no percepción de las propias afecciones y en demostrar su vinculación con las lesiones localizadas del cerebro. La lesión localizada hace que determinadas experiencias sean excluidas de la conciencia general; es como si se amputara una parte de la vida psíquica del ser humano con dicha lesión. (Schilder, 1958).

Es probable que el mismo mecanismo que impide al paciente apreciar su hemiplejía y todo el lado izquierdo del cuerpo, sea la causa - de la transferencia de la sensación de uno a otro lado del cuerpo. El paciente que no quiere conocer un costado de su cuerpo, traslada sus - sensaciones al otro lado. El caso demuestra que existen capas corticales para la construcción de la imagen corporal y para la distinción entre derecha e izquierda. Lo que ocurre es un proceso de represión que hace que no se reconozca esa parte dañada del cuerpo.

La teoría del Sistema Nervioso Central (imagen corporal), mantiene que durante el crecimiento de la infancia al estado adulto, viajan muchas impresiones sensoriales a la corteza cerebral, y su centro de asociación nos hace conscientes de nuestro cuerpo. Subsecuentemente esta imagen resiste el cambio y da la base para la sensación fantasma

que presentan los pacientes que han sufrido alguna amputación. Por lo tanto, la imagen que tiene de sí mismo debe ajustarse continuamente, - es decir, los cambios lentos permitirán modificación gradual de la propia imagen.

Se observa que las experiencias orgánicas, que están en desacuerdo con el autoconcepto son percibidas como amenazadoras y provocan ansiedad. El individuo rechaza la percepción de dichas experiencias o las percibe en forma deformada, para proteger su autoconcepto.

La negación de este tipo de experiencias implica una falsificación de la realidad. Rogers menciona, que frecuentemente las personas alimentan una autoimagen maravillosa, y por lo tanto, distinta de la real. El objeto o situación amenazadora, puede producir reacciones viscerales como la taquicardia, sensaciones de ansiedad sin causa aparente, etc.

Para comprender estos fenómenos, es importante conocer el hecho de que la percepción del propio cuerpo y las actitudes hacia el ser físico, se forman paulatinamente en relación al crecimiento del individuo; muchos autores, consideran que dichas actitudes dan lugar a la estructura fundamental del yo. Esto ocurre debido a las percepciones posturales, táctiles y visuales de cada individuo, ligadas al conocimiento de la superficie corporal y de actitudes de matices emocionales, originadas a partir de comentarios verbales, indicaciones no verbales y, por las expresiones de admiración respecto a rasgos físicos o dotes deseables.

En algunas familias se otorga gran valor a la fuerza física y al éxito físico, provocando en los hijos un concepto importante de tales aspectos y la centralización de sentimientos y actitudes en rela--

ción al desarrollo de sus extremidades y músculos. En otros casos se pone énfasis en la sobrevaloración de la belleza o determinados atributos físicos en la mujer, creando la centralización de la atención en dichos rasgos. Por su parte, algunos grupos étnicos, tienden a despreciar partes del cuerpo que poseen un significado sexual.

La valoración de diversas partes del cuerpo también guarda una estrecha relación con las actividades que la persona desempeña dentro de su núcleo social; por ejemplo, la pérdida de una mano provoca un impacto diferente para un violinista y para un profesor de historia.

Por otra parte, existen partes del cuerpo que tienen un significado psicológico especial, ya que representan órganos de gran valor para la personalidad, entre ellos se encuentran: los ojos, los senos y los órganos sexuales. Las enfermedades de dichas partes pueden dar lugar a grandes trastornos, aunque la enfermedad no sea grave realmente. Por ejemplo, una operación de apéndice no provoca, por lo general, -- trastornos psicológicos; sin embargo, estos se observan como resultado de la realización de cirugías en los órganos reproductores.

Las personas que pierden un miembro deben analizar y reestructurar drásticamente su imagen corporal. Esta reorganización de la propia imagen es una tarea difícil y en ocasiones abrumadora. La restauración protésica y la actividad necesaria para aprender a utilizar el -- miembro, puede ayudar a la adaptación o modificación de la imagen corporal, siempre y cuando el paciente logre aceptar su situación actual.

6. INVALIDEZ E IDENTIDAD SEXUAL.

Maslow (1970), postula que las necesidades sexuales deben ser consideradas como necesidades básicas, y por otra parte, las menciona como necesidades correspondientes a un nivel jerárquico superior, las necesidades de amor y afecto.

Si partimos de lo anterior, podremos suponer que el autoconcepto se ve afectado en las personas que han sufrido parálisis resientemente, ya que se perciben a sí mismos, como diferentes en el aspecto sexual lo que les provoca dificultad, para establecer relaciones sexuales afectivas y satisfactorias. Debido a esto es necesario prestarles ayuda, por medio de programas de rehabilitación completos, que incluyan aspectos psicológicos, físicos y sociales.

Un programa efectivo de rehabilitación debe incluir la educación sexual, permitiendo al paciente reestructurar su identidad sexual y evolucionar hasta lograr respuestas conductuales adecuadas, que le ayuden a adaptarse a su medio socio-cultural satisfactoriamente.

Es fundamental incorporar el concepto de identidad sexual en la rehabilitación, ya que frecuentemente los pacientes que padecen una enfermedad invalidante, bloquean los aspectos relativos a ésta, presentando conductas de dependencia y hostilidad hacia quienes los rodean, afectando así, sus relaciones de pareja. Se observa que están severamente dañados tanto el rol masculino como el femenino, debido al impacto que causa la carencia de una identidad sexual adecuada, provocando un desequilibrio importante en el autoconcepto. (Criegler, 1974).

CAPITULO VI.

REHABILITACION DE LA INVALIDEZ FISICA.

La palabra "rehabilitación", en los últimos años se ha utilizado para indicar una filosofía, que tiene por objeto mejorar las condiciones físicas, psíquicas, económicas y sociales de los individuos que padecen en forma congénita o adquirida una condición de desventaja física, en relación a otras personas. Sin embargo, la rehabilitación ha existido desde que existe el hombre, ya que desde sus orígenes aparece la invalidez, ésta ha tratado de solucionarse en una u otra forma de manera rudimentaria, perfeccionándose paulatinamente -- hasta la actualidad (Tobón, 1982).

A lo largo de toda la vida de la humanidad han existido guerras, enfermedades, catástrofes naturales, etc., que han producido un número considerable de inválidos, los cuales han hecho intentos constantes para lograr integrarse a la sociedad. Así fue como se creó la rehabilitación por los propios inválidos.

En México, en el año 1953 se formo la Dirección General de -- Rehabilitación, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública. Esta Dirección tiene por objeto fundamental incorporar a la vida social y económica del país a los incapacitados no susceptibles de recuperación por medios médicos y quirúrgicos. Se calcula que existen 1 800 000 inválidos en México, sobre una población de 30 000 000 de habitantes (ibid.).

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), han calculado -

entre 7 y 12% de la población: 5.6 millones de mexicanos, si consideramos el primer porcentaje y 9.6 millones si nos basamos en el segundo.

Respecto a las proyecciones mundiales, la misma organización ha dado el 10% como el porcentaje mundial de minusválidos. Se ha calculado que durante el período de 1975-2000, la cantidad de incapacitados en el mundo aumentará en unos 200 millones. Según otro cálculo, - 1970 había entre 60 y 70 millones de niños minusválidos en desarrollo. Si las actuales medidas preventivas no se aplican, ni se establecen - otras nuevas, la cifra puede aumentar hasta 135 - 150 millones en el año 2 000. En cambio, en los países desarrollados el número será de - 12 a 25 millones durante el mismo período (ICYT Información Científica y Tecnológica, Vol 9. Num. 129, México 1987).

México, se encuentra a la cabeza de los países que están tratando de resolver el problema de su población inválida, al crear una institución gubernamental única en su género (Tohén, 1982).

La O.M.S., señala que la mal nutrición, las enfermedades transmisibles, la baja calidad de asistencia perinatal y los accidentes, son los responsables del 70% de todos los casos. Los accidentes, especialmente entre la población más joven, y las enfermedades somáticas crónicas, son causantes de una cantidad creciente de incapacitados (ICYT Vol. 9 Num. 129, México 1987).

1. CLASIFICACION DE LA INVALIDEZ.

1.- **INVALIDEZ FISICA:** Es la restricción o anulación de una o

varias de las actividades físicas de la vida diaria que realiza el hombre, según su edad, sexo y constitución. Estas actividades pueden ser personales, o bien de relación con el medio sociocultural en que se desenvuelve. Como alimentación, vestido, higiene, comunicación, viaje, trabajo, etc.

2.- **INVALIDES PSÍQUICA:** Son las diferencias en las actividades del pensar, querer y sentir, lo cual da como resultado una personalidad desajustada que restringe las actividades del individuo como un todo.

3.- **INVALIDES ECONOMICOSOCIAL:** Es el resultado de la invalidez física y psíquica, más la actividad de segregación o asistencia que la sociedad asume.

2. REHABILITACION FISICA INTEGRAL.

Para lograr la reintegración del individuo, como ser biopsico social, a sus actividades y medio habituales, se realizan programas de Rehabilitación Física Integral, que consta de las siguientes fases:

1.- VALORACION DE LA INVALIDEZ:

Factores que se deben tomar en cuenta:

- a) Edad
- b) Sexo
- c) Entidad patológica que condiciona la invalidez
- d) Evaluación de incapacidades y capacidades físicas, psíquicas y socioeconómicas.

2.- ANALISIS DE VALORACION:

Donde intervienen especialistas como:

- a) Médico
- b) Psicólogo
- c) Técnico en rehabilitación (Terapeuta Físico)
- d) Consejero en rehabilitación, etc.

3.- ADAPTACION O READAPTACION:

- a) Adaptación.- Consiste en el aprendizaje de actividades por entrenamiento en base a las capacidades del individuo.
- b) Readaptación.- Es el reaprendizaje por entrenamiento, de una actividad perdida que se realizaba anteriormente.

3. VALORACION Y TRATAMIENTO PSICOLOGICO DE LOS INCAPACITADOS.

A la rehabilitación acuden las personas que sufren de una incapacidad física y, por lo tanto, se encuentran en inferioridad para la realización de sus ocupaciones fundamentales.

El examen del estado mental, junto con la historia psicológica, proporcionan datos para comprender la estructura básica de la personalidad del paciente y sus reacciones emocionales previsibles ante la enfermedad y la incapacidad.

Además, debe usarse el examen del estado mental para conocer la capacidad de aprendizaje, siendo este el primer aspecto de la rehabilitación, ya que la incapacidad del paciente supone un proceso de -reentrenamiento y, por tanto, de reaprendizaje. El examen es particu-

lamente pertinente en los enfermos de daño cerebral por enfermedad o trauma.

Aspectos importantes de valorar:

1.- Apariencia y conducta general.

2.- Funciones intelectuales:

- a) orientación
- b) nivel de conciencia
- c) memoria
- d) información general
- e) capacidad numérica.

3.- Percepción

4.- Lenguaje y razonamiento

5.- Afecto

6.- Comprensión

7.- Juicio.

Otro aspecto del proceso de enseñanza dentro de la Rehabilitación, esta formado por la asimilación o adaptación de la incapacidad. En el momento que un individuo sufre una incapacidad, ya no le son apropiadas algunas formas de conducta que fueron utilizadas antes de dicha incapacidad, por lo que se deberán adaptar o eliminar; además, necesitará adquirir nuevas formas de conducta apropiadas a la incapacidad, siendo estos cambios de conducta importantes y permanentes.

La intervención psicológica, se fundamenta principalmente en las teorías de la personalidad, relacionándose, según el caso, con la teoría del aprendizaje.

Gendil y Rychlak, al revisar el estado actual de la psicoterapia

pía y los procesos de inadaptación, dicen: "Las terapéuticas recientemente publicadas, que rechazan el concepto clásico de inadaptación como enfermedad a largo plazo que precisa un tratamiento igualmente, sugieren un cambio, una actuación mucho más breve, en vez de una dinámica profunda, la terapéutica quiere ahora convertir la inadaptación en una forma de interacción, sistema o esquema de conducta que se debe eliminar, no mediante años de tratamiento, sino simplemente desarrollando otro tipo de esquemas de interacción, relación o conducta" (Krusen y cols., 1974).

ADAPTACION A LA INCAPACIDAD:

Dependiendo de los problemas que se deriven de la incapacidad del paciente, corresponderá a cualquiera de los siguientes programas o, a varios de ellos secuencialmente.

- a) Tratamiento de la Crisis
- b) Asimilación de la incapacidad
- c) Participación en la rehabilitación.

El comportamiento de un incapacitado, depende en gran parte o se encuentra relacionado con el comportamiento previo a la incapacidad. Los intentos por definir la personalidad correspondiente a cada tipo de incapacidad constituye una consecuencia de la aplicación a la conducta humana de la idea constitutiva de la enfermedad.

TRATAMIENTO DE LA CRISIS:

Quando el organismo humano pasa repentinamente a una situación de alteración de sus aportes sensoriales o, a una situación en la que una conducta previa, anteriormente eficaz, ya no resulta útil, se caracteriza por un período de confusión y desorganización, acompañados

de quejas y depresión (Krusen,1974).

La reacción de cada individuo ante la crisis, dependerá en primer lugar de las formas características que tenga la persona, para reaccionar en un estado de crisis, y de la forma en que su conducta, queda alterada por la misma crisis. Cuanto mayores sean las alteraciones físicas de la incapacidad, mayores serán los cambios ambientales, el cambio en el esquema corporal será mayor y la posibilidad de que se presente un período de conducta desorganizada aumentará.

ASIMILACION A LA INCAPACIDAD.

Aparecen sensaciones vagas de dolor y falta de destreza física. Como antes se indicaba, hay algo semejante a una privación sensorial y alguna desorganización. Probablemente el paciente advierte su incapacidad y sus déficit funcionales como muy adversos.

En esta etapa surge una conducta típica en el paciente, evasión o escape frente al equipo rehabilitador. El incapacitado, que actúa con una conducta de escape o rechazo "gana tiempo" frente a la situación nociva, pero escapar no le podrá servir de reforzador durante mucho tiempo.

El paciente que se irrita verbalmente o de otra forma contra los terapeutas que trabajan con él, puede interrumpir actividades que le recuerdan su incapacidad o que le producen dolor o incomodidad. A veces se observan explosiones temperamentales y rebeliones persistentes al inicio del tratamiento, como consecuencia de la pérdida de control emocional en una personalidad impulsiva o emocionalmente lábil, algunas veces se consideran estas conductas como autodestructivas.

Las intervenciones psicológicas en las conductas de evasión o

de agresión, se deben dirigir directamente a reducir las condiciones adversas del tratamiento rehabilitador.

En ocasiones puede estar indicado el apoyo de fármacos, para mejorar el estado de ánimo depresivo del paciente. Algunas veces las depresiones son tan graves, que hacen del enfermo, un paciente virtualmente incapaz de dar una respuesta satisfactoria, en su tratamiento físico.

PARTICIPACION EN LA REHABILITACION.

Es de suma importancia distinguir entre el querer hacer algo y la posibilidad de hacerlo, es decir, contar con la capacidad. Estos conceptos no son idénticos y, por lo tanto, si una persona tiene capacidad de hacer algo, no significa que de hecho lo haga. Luego entonces, si un programa de rehabilitación, ha proporcionado al paciente la capacidad de hacer algo, difícilmente se considerará que el programa ha sido un éxito. El objetivo del programa rehabilitatorio debe ser la realización de las conductas planeadas, con la frecuencia apropiada, en el ambiente en el que se supone que deben realizarse y, no sólo en el centro de rehabilitación valorando, sobre todo, el tipo de causa que motivo la incapacidad.

En casos de especial atención y precisión, se necesitan planear programas terapéuticos de reentrenamiento para el bienestar del enfermo.

4. ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA INCAPACIDAD.

En la enfermedad física o incapacidad, debe tomarse en cuenta

el aspecto de cómo ha afectado ésta, a la totalidad de la vida del enfermo. También es importante considerar como influyen el ambiente social y psicológico en la adaptación del paciente a la enfermedad física y a la incapacidad.

El funcionamiento social nos habla de la eficacia con la que el individuo cumple sus numerosas funciones sociales, como su comportamiento como marido, esposa, madre, padre, hijo, trabajador, miembro de la comunidad y, en el caso de la enfermedad, como paciente.

LA INCAPACIDAD Y LAS RELACIONES FAMILIARES.

Una persona que sufre de alguna incapacidad, debe llegar a aceptar el cambio de su apariencia física, y en suma, debe ajustar su vida al hecho central de que la incapacidad será permanente y que por más que quiera no desaparecerá.

La familia constituye un factor importante para lograr el éxito del programa rehabilitador. En ocasiones la familia desea cooperar, pero puede sentir miedo y confusión, probablemente por la pérdida de los ingresos, en especial si el paciente ha sido la principal fuente de dichos ingresos. Esto puede aumentar la tensión familiar y provocar serios conflictos dentro del núcleo familiar.

El consejo - marital en las familias que tienen un miembro incapacitado requiere atención. El divorcio es muy frecuente, en situaciones en que la mujer o el esposo quedan incapacitados, por lo que es conveniente revisar aspectos de su vida personal y tratar de brindar asesoría al respecto.

Otros aspectos que únicamente mencionaré de manera general, - son la valoración y el tratamiento vocacional.

Existen tres métodos:

- a) La entrevista de consejo.
- b) Las pruebas psicológicas.
- c) Las unidades ocupacionales.

La entrevista de consejo, es un método de evaluación más eficaz del consejo vocacional. La historia laboral es, por lo general, - un campo de provecho para que la explore el consejero vocacional.

Las pruebas Psicológicas, constituyen una de las técnicas de valoración frecuentemente utilizadas.

Las Unidades Ocupacionales que vamos a considerar, se definen como unidades de trabajo, ubicadas en cierto lugar, con entrenamiento del paciente y, donde realizará tareas simuladas que representan las tareas reales de la industria.

El empleo, es la culminación de una serie de complejos y costosos servicios. Si el paciente no puede volver a realizar el mismo tipo de trabajo que realizaba antes, se procurará reentrenarle para -- otro tipo de trabajo y así culminar favorablemente el largo Proceso - Rehabilitador. (F.H. Krussen y cols., 1974).

5. VALORACION Y TRATAMIENTO DE LA SEXUALIDAD EN LOS MINUSVALIDOS.

Hasta hace poco las preocupaciones de los minusválidos se contraban en el tema de la reproducción, y se dejaban sin atender los aspectos relacionados con las repercusiones emocionales y sociales de - las dificultades sexuales.

Actualmente se observa que las actitudes de los especialistas en la salud empiezan a variar debido a tres factores fundamentales:

a) SOCIAL.- En relación al reconocimiento generalizado de que la sexualidad es un derecho natural de toda persona.

b) POLITICO.- Como resultado de que los minusválidos jóvenes se han organizado mejor y se han hecho escuchar.

c) PROFESIONALES.- Ya que los profesionales en el campo de la salud han centrado gran interés en la sexualidad humana.

Quienes pueden contribuir a la salud sexual de este tipo de pacientes, son los profesionales capaces de establecer tratamientos que integren los aspectos emocionales, sociales y físicos de la actividad sexual.

Dichos profesionales deben sentirse cómodos con su propia sexualidad y tener actitudes positivas hacia ella para poder desempeñar se eficientemente; además de examinar ampliamente sus actitudes hacia los minusválidos y de tener habilidad y pericia en el consejo y la entrevista profesional. Por otra parte, también es indispensable cuidar sus preferencias y prejuicios en cuanto a la sexualidad, ya que se requiere de objetividad y motivación para trabajar en los problemas sexuales de los pacientes minusválidos.

En la valoración inicial de los pacientes susceptibles de recibir tratamiento en esta área, comprende las siguientes categorías:

a) Datos Demográficos: edad, sexo, nivel cultural, ocupación y estado civil.

b) Orígenes de la Disminución: física, mental o combinada.

c) Instauración de la Disminución: Congénita o adquirida; anterior o posterior al inicio de relaciones de interés sexual u otros aspectos de la relación social, anterior o posterior a la experiencia del coito.

d) Limitaciones debidas a la Disminución: motoras, sensoriales, de coordinación, sociales, cognitivas o múltiples.

e) Adecuación a la Disminución: Capacidad para afrontar la situación, aceptación, motivación hacia la rehabilitación, autoestima--ción, afecto, imagen corporal, manejo de los mecanismos de defensa --del yo.

f) Historia Sexual Pertinente: Tipo de actividad sexual previa (dificultades, trastornos, orientación, satisfacción, estimación de la libido, comportamientos, actitudes, valores, historia reproductiva), tipos de actividad sexual posteriores, relaciones sexuales actuales, expectativas sexuales actuales y futura, preocupaciones y problemas.

g) Historia Médica Pertinente: Enfermedades o medicamentos -- concurrentes que pueden afectar la sexualidad.

h) Recursos Sociales: Soporte familiar, relación matrimonial, amigos y grupos de pertenencia.

Es importante hacer mención de que una valoración preliminar de la sexualidad del minusválido puede fundamentarse en una entrevista breve (de media hora aproximadamente) y en una revisión de registros médicos.

Sin embargo, existe una gran diferencia entre reunir los datos

pertinentes y hacer saber al paciente que los profesionales de la salud están preocupados por su salud sexual y desean hablar sobre el tema. Para elegir al consejero o terapeuta más adecuado es necesario -- considerar a través de la información analizada si es preferible que el terapeuta sea del mismo sexo. Además debe determinar cual es el momento propicio para iniciar el tratamiento, ya que si se le trata de entrevistar dentro del período de rechazo, los resultados serán improductivos.

El nivel de intervención que parece ser más apropiado es el educativo, tanto para el paciente como para su compañero sexual. La técnica no debe consistir exclusivamente en charlas, sino que debe -- ser complementada con el uso de materiales educativos adecuados como diagramas, fotografías, libros, folletos, diaporamas, películas, figuras, etc.; además es conveniente participar en charlas de grupo.

La temática del programa educativo debe incluir: información sobre anatomía y fisiología sexual, anatomía y fisiología reproductiva, psicología de las relaciones sexuales y la comunicación sexual y, campo de acción de la conducta sexual humana. También es conveniente incluir información sobre anticonceptivos, aparatos mecánicos de utilización en la vida sexual y otros temas que puedan contribuir efectivamente al logro de una vida sexual satisfactoria.

Muchos pacientes con disminuciones físicas necesitan sugerencias prácticas que les permitan lograr mayor comodidad y satisfacción en la vida sexual y que reconozcan al mismo tiempo las limitaciones físicas que tienen.

Para incrementar la salud sexual del minusválido es necesario realizar actividades que promuevan cambios de actitudes y que le per-

mitan conocer aspectos mecánicos en la actividad sexual.

Es importante lograr que las sugerencias y estrategias que pretenden mejorar la satisfacción sexual no tengan el efecto opuesto. No debe ejercerse presión para que se adopten tipos de sexualidad que -- sean moralmente objetables para el paciente o que le sean desagradables por cualquier razón.

El tratamiento en general del minusválido en cuanto a su salud mental, requiere de la participación de un equipo multidisciplinario que integre los conocimientos de médicos, psicólogos, asistentes sociales, personal de rehabilitación, enfermeras y consejeros. Un equipo con estas características puede preparar programas educativos eficaces en el hospital y en la vida cotidiana, además puede coordinar -- consultas, canalización a especialistas y profesional un ambiente óptimo para el perfeccionamiento profesional de sus miembros.

Como comentario final es indispensable mencionar que las disminuciones que sufren los pacientes en algunos casos causan un pérdida total de posibilidades sexuales en forma permanente, lo cual elimina toda posibilidad de volver a disfrutar de la capacidad sexual. Desafortunadamente algunos profesionales de la salud son muy entusiasmados y pasan ésto por alto, provocando creencias simplistas y excesivamente optimistas en los minusválidos, lo cual causa mayores problemas y confusiones. Por lo tanto es indispensable, como en cualquier otro problema de salud, tratar estos aspectos con objetividad, sensibilidad y atención a las necesidades del individuo.

CAPITULO VII.

METODO.

En el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Juárez, existe un gran número de pacientes con incapacidad física que consecuentemente los lleva a convertirse en inválidos ó minusválidos (discapacitados).

En mi práctica profesional he observado indicios de que en este grupo de individuos, se ve lacerado el autoconcepto por la pérdida de las capacidades físicas, lo que influye en su forma de adaptación a diversas situaciones de vida.

De ahí mi interés por realizar esta investigación sobre algunos aspectos psicológicos de este tipo de pacientes, en relación al autoconcepto y la sexualidad; los cuales son aspectos básicos de la personalidad del individuo que se manifiestan a través de su conducta.

1.- TIPO DE INVESTIGACION.

Se trata de un estudio descriptivo exploratorio, el cual puede ser considerado como preexperimental y es de tipo ex-postfacto por que el fenómeno estudiado ya se había dado en el momento de la investigación y, por lo tanto, no hubo control directo sobre variables que intervienen en él.

2.- PROBLEMA A INVESTIGAR.

- ¿ Qué relación existe entre la incapacidad física y el auto concepto ?
- ¿ Qué relación existe entre la incapacidad física y el manejo de la sexualidad ?

3.- HIPOTESIS CONCEPTUAL.

- Los pacientes hemipléjicos y amputados niegan aspectos sexuales en sus respuestas a la prueba del Rorschach. (Negación de la sexualidad).
- Existe aumento en los contenidos anatómicos obtenidos a través de la aplicación de la prueba de Rorschach en protocolos de pacientes amputados y hemipléjicos. (Preocupación por procesos somáticos, autoconcepto).
- Existe disminución en los contenidos anatómicos presentados en los protocolos de la prueba de Rorschach en pacientes amputados y hemipléjicos. (Negación de la incapacidad).
- Existe depresión en los dos grupos de pacientes estudiados. (Ausencia respuestas de color, incremento de F %).
- Los dos grupos de pacientes presentan elevados índices de angustia. (Tiempos de reacción prolongados, respuestas de K y KF, shock al color).

- Los pacientes de ambos grupos perciben alto número de respuestas sexuales. (Preocupación por aspectos sexuales).
- Los pacientes amputados y hemipléjicos tienden a dar respuestas de contenido de parte humana, más que humanos completos. (Dificultad para percibirse en forma integrada).

4. VARIABLES DE CRITERIO.

- 1.- Pacientes amputados, personas que presentan la falta de un miembro inferior, sea derecha o izquierda, siendo la extirpación supracondilea o infracondilea.
- 2.- Pacientes hemipléjicos, personas que presentan parálisis total, de la mitad del cuerpo.
- 3.- Respuestas ante la observación directa de unas láminas con manchas de tinta o prueba de Rorschach.

5. MATERIALES.

- 1.- Hoja de encuesta que incluye datos generales del paciente.
- 2.- Test Psicodiagnóstico de Rorschach. Es una prueba proyectiva y uno de los principales instrumentos con que cuenta el Psicólogo, para explorar la estructura de la personalidad. Entendiéndose por Personalidad, todas aquellas caracte

terísticas físicas, psíquicas y sociales, que distinguen a un individuo de otro y lo hacen actuar de determinada manera (Haro Leeb, 1986).

Herman Rorschach, lo presentó en 1921. El material consiste en diez láminas de manchas de tinta, de las cuales cinco son acromáticas y cinco cromáticas.

"El método de Rorschach suministra una técnica mediante la cual el individuo se ve inducido a revelar su 'mundo privado' expresando lo que 've' en las diversas láminas en las que puede proyectar su sentido, significación y sentimientos, precisamente porque ellas no constituyen objetos socialmente estandarizados o situaciones frente a las cuales deba dar respuestas culturalmente aceptadas. El método de Rorschach es esencialmente, un procedimiento para revelar la personalidad de un individuo como individuo, en contraste con los sistemas que procuran clasificarlo o determinar su valor según su conformidad y ajuste a las normas sociales de acción y lenguaje (Klopfer, Kelly, 1979).

Además es una de las técnicas que permiten el estudio del autoconcepto, ya que aún cuando su aplicación se realiza, por lo general, para medir la personalidad en forma integral, uno de los factores de ésta lo constituye el autoconcepto.

Esta técnica no depende para su aplicación de la escolaridad del sujeto.

Debido a lo expuesto anteriormente, decidí utilizar este instrumento de medición porque, como ya mencione, su interés se concentra en la exploración de la personalidad, la cual se puede conocer a través de cómo el individuo organiza o estructura las manchas de tinta y cómo forma sus percepciones, estas reflejaran aspectos fundamentales del funcionamiento psicológico del individuo, lo que hará posible la descripción de las características de los grupos de pacientes estudiados.

6. SUJETOS.

La muestra total de sujetos estuvo constituida por 20 pacientes, divididos en dos grupos:

GRUPO 1: Formado por 10 pacientes amputados del miembro inferior derecho o izquierdo y con edades comprendidas entre 20 y 55 años, de ambos sexos, que asisten al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, del Hospital Juárez, de la Secretaría de Salud.

GRUPO 2: Formado por 10 pacientes hemipléjicos, con edades comprendidas entre 20 y 55 años de edad, de ambos sexos, que asisten al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, del Hospital Juárez, de la Secretaría de Salud.

7. MUESTREO.

Los sujetos fueron seleccionados de la población total de enfermos que acuden al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, con diferentes padecimientos físicos, tomando 20 del total de 60 pacientes, aproximadamente, que se presentan a consulta por año, con las siguientes características:

- Diagnóstico de amputación del miembro inferior derecho o izquierdo; hemiplejía derecha. (10 de cada grupo).
- Entre las edades de 20 a 55 años, de ambos sexos.
- Que el inicio del padecimiento no fuera mayor de 6 meses.
- Que tuvieran vida sexual activa, antes de haber sufrido su padecimiento.
- Educación Escolar mínima, Primaria.
- Que cubrieran los datos generales de la hoja de encuesta.

8. DISEÑO ESTADÍSTICO.

Por las características de la investigación se utiliza para el manejo de los datos, estadística no paramétrica. Utilizando medidas de Tendencia Central, como la media, porcentajes y frecuencias.

La fórmula de la media es: $\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$

Donde: \sum = Suma de
 X = Puntaje individual
 N = número de sujetos del grupo.

Se manejan los casos a profundidad estableciendo parámetros más cualitativos que cuantitativos.

9. PROCEDIMIENTO.

APLICACION DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICION.

Se sistematizó el procedimiento que se iba a seguir durante la aplicación de los instrumentos.

La forma en que se trabajó fue la siguiente:

- Los pacientes fueron canalizados del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, al Servicio de Psicología, por el médico tratante.
- Todas las aplicaciones se realizaron en forma individual, en el consultorio de Psicología, el cual contaba con adecuadas condiciones de iluminación y ventilación.
- Se aplicó inicialmente la hoja de encuesta de datos generales.
- Después de establecer un buen rapport con el sujeto y de explicarle el motivo por el cual iba a realizar la investigación, se realizó una entrevista abierta previa.
- Se le aplicó el Test Psicodiagnóstico de Rorschach, a cada uno de los sujetos.

APLICACION DE LA HOJA DE ENCUESTA DE DATOS GENERALES.

La encuesta se aplicó totalmente a cada uno de los participantes, con un tiempo aproximado, en promedio de 15 min., con el objeto de saber si el paciente cubría las características para ser elegido para la muestra.

Se anexa hoja de encuesta por grupo, al final del capítulo.

(Anexo 1 A, 1 E).

DATOS GENERALES DEL IMPEDIMENTO FISICO.

A través de la entrevista abierta, se recabaron datos de identificación y antecedentes biopsicosociales relacionados directamente con el padecimiento físico que los aqueja; en cada uno de los sujetos, posteriormente se citó al paciente para la aplicación de la prueba de Rorschach.

APLICACION DEL TEST PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH.

Después de establecido el rapport en la entrevista abierta, se les pidió a los pacientes (en forma individual), que realizaran una prueba psicológica, con el fin de determinar si existían algunos indicadores que nos permitieran conocer la repercusión psicológica de la amputación y hemiplejía en algunas áreas específicas de la personalidad.

Los pacientes dieron su consentimiento y se procedió a la aplicación de la prueba.

Las instrucciones utilizadas para el estudio fueron las siguientes:

" Estas son láminas con manchas de tinta en donde las personas ven toda clase de cosas; ahora dígame lo que usted ve, que podría ser ésto para usted, en qué lo hace pensar " -- (Alvarez, Esquivel y Lucio, 1984).

CALIFICACION DE LA PRUEBA PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH.

Se procedió a organizar y analizar la información obtenida de

las respuestas a la prueba de Rorschach, éstas fueron codificadas en los protocolos o psicogramas, utilizando la Técnica de Klopfer, con el fin de obtener la interpretación cuantitativa de los resultados -- (por grupo), mediante la aplicación de fórmulas, análisis formal y -- simbólico del psicograma, además de obtener la media y frecuencia de cada uno de los grupos, por separado.

Posteriormente se realizó la interpretación cualitativa de -- los resultados, mediante análisis de los contenidos de dichas respues-- tas, utilizando la Técnica Dinámica, en cada uno de los grupos estu-- diados.

Las láminas que serán interpretadas en su contenido simbólico en cada uno de los grupos, son las siguientes:

LAMINA	SIGNIFICADO
3	Relaciones interpersonales
6	Sexualidad
8	Autoconcepto

Estas láminas se eligieron en función de que sus contenidos - simbólicos, están estrechamente vinculados con esta investigación.

Como aspecto de interés para la investigación, se realizó el análisis de las características de la población estudiada, además de dar respuestas al problema a investigar y a las hipótesis conceptuales planteadas con anterioridad.

CAPITULO VIII.

RESULTADOS.

1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION ESTUDIADA:

1.- GRUPO I: PACIENTES AMPUTADOS: 10

A) RANGO DE EDAD: es de 20 a 55 años, distribuyendose de la siguiente manera:

	Casos	Porcentaje
- 20 a 29 años	4	40 %
- 30 a 39 años	1	10 %
- 40 a 49 años	2	20 %
- 50 a 59 años	<u>3</u>	<u>30 %</u>
	N=10	100 %

B) SEXO:

Femenino	4	40
Masculino	6	60
TOTAL	10	100 %

C) ESCOLARIDAD:

	Masc.	Fem.	TOTAL
Primaria	5	4	9
Secundaria	1	0	1
TOTAL	6	4	10
	60	40	100 %

D) ESTADO CIVIL:

	Masc.	Fem.	TOTAL
Soltero	2	2	4
Casado	2	2	4
Unión Libre	2	0	2
TOTAL	6	4	10
	60	40	100 %

E) OCUPACION:

Amas de casa:	2	20
Trabajadora Domestica:	1	10
Albañil:	3	30
Campeño:	1	10
Impresor:	1	10
Panadero:	1	10
Carpintero:	1	10
		<u>100 %</u>

F) DIAGNOSTICO:

Gangrena:	2	20
Osteomielitis:	1	10
Diabetes mellitus:	5	50
Prob. Cardio-Vascular:	2	<u>20</u>
		100 %

G) CAUSA DE LA AMPUTACION:

	Masc.	Fem.	TOTAL
Por accidente inicialmente	1	1	2
Por enfermedad	5	3	8
TOTAL	6	4	10
	60	40	100 %

H) NIVEL DE LA AMPUTACION:

	Masc.	Fem.	TOTAL
Supracondilea	2	2	4
Infracondilea	4	2	6
TOTAL	6	4	10
	60	40	100 %

I) LADO DE LA AMPUTACION:

	Masc.	Fem.	TOTAL
Derecho	3	4	7
Izquierdo	3	0	3
TOTAL	6	4	10
	60	40	100 %

2.- GRUPO II: PACIENTES HEMIPLEJICOS: 10

A) RANGO DE EDAD: es de 20 a 55 años, distribuyendose de la siguiente manera:

	Casos	Porcentaje
- 20 a 29 años	5	50 %
- 30 a 39 años	3	30 %
- 40 a 49 años	1	10 %
- 50 a 59 años	<u>1</u>	<u>10 %</u>
	N=10	100 %

B) SEXO:

Femenino	4	40
Masculino	6	60
TOTAL	10	100 %

C) ESCOLARIDAD:

	Masc.	Fem.	TOTAL
Primaria	4	1	5
Secundaria	1	1	2
Bachillerato	0	1	1
Profesionista	1	1	2
TOTAL	6	4	10
	60	40	100 %

D) ESTADO CIVIL:

	Masc.	Fem.	TOTAL
Soltero	2	2	4
Casado	3	1	4
Unión Libre	1	1	2
TOTAL	6	4	10
	60	40	100 %

E) OCUPACION:

Amas de casa:	1	10
Estudiante:	2	20
Empleado:	1	10
Obrero:	1	10
Albañil:	1	10
Campesino:	1	10
Impresor:	1	10
Arquitecto:	1	10
Sin ocupación:	1	10
		<u>100 %</u>

F) CAUSA DE LA HEMIPLEJIA:

Accidente Vascular Cerebral:	2 = 20
Secuela Accidente de tráfico:	3 = 30
Enfermedad-Embolia:	4 = 40
Tumor Cerebral:	1 = 10
	<hr/>
	100%

	Casos	Porcentaje
Accidente de Tráfico	3	30
Enfermedad	7	70
		<hr/>
		100 %

G) LOCALIZACION DEL LADO PARALIZADO:

Derecho: 10 = 100%

El análisis de los resultados de la Prueba de Rorschach, se puede realizar de dos maneras, una de ellas es el Análisis Formal, el cual incluye tanto la localización, la razón y el contenido de la respuesta; la otra forma es el Analizar el Proceso Asociativo o Dinámico de las respuestas, en la presente investigación se realizaron ambas - calificaciones, con el objetivo de tener un panorama más amplio de la estructura de la personalidad de los sujetos estudiados.

2. PROCEDIMIENTO PARA EL ANALISIS FORMAL.

1.- Se realizó inicialmente el Psicograma Acumulativo del Grupo I y Grupo II, formado cada grupo por 10 sujetos, 20 en total.

Procedimiento que se obtuvo de sacar el porcentaje de cada rubro marcado en el Psicograma (% de contenido, localización, determinantes, % de apercepción, nivel formal, etc.)

2.- Se tomaron en cuenta los índices planteados por B. Klopfer y colaboradores. (Anexo 2).

3.- Se procedió a recabar los puntajes de los índices, obteniendo los puntajes de la media (\bar{X}), con los resultados del Psicograma - Acumulativo por cada grupo.

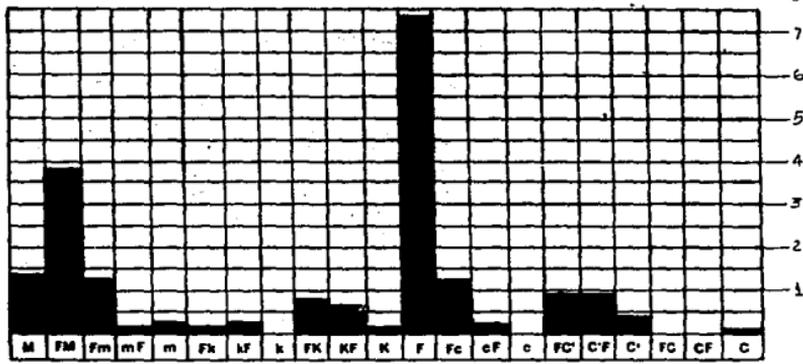
4.- Por último se realizó la interpretación de los índices del Psicodiagnóstico de Rorschach, a través del Psicograma Acumulativo en el Grupo I y Grupo II.

PSICOGRAMA ACUMULATIVO. (PORCENTAJES)

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

WS .4
 W 5.9
 WK .3
 D 12.2
 DW .4
 DS .4
 dd .2
 de .2
 dl .2
 d .2
 Dd .1
 S .1
 SW
 SD
 Sd
 T 20.2
 T/R 21.0
 T' .88
 T'' .90
 T''' .57
 F+ 34.2
 F+K 27.85/27.8
 FK 26.5
 O% 1.9

Nombre: GRUPO I PACIENTES ASUNTADOS - Hora Inicial _____
 Fecha: _____ N.º de Registro _____ Edad _____ Hora Terapéutica _____ %
 Ocupación: _____ Escolaridad _____ Ed. Civil _____ Tiempo Total _____ 8



PRINCIPALES

1 Suma M: Suma C 1.4:1.2
 2 (FM+m): (Fc+c+Ca) 5.8:2.2
 3 FK+F+FcA 52%
 R
 4 Suma W: Suma M 6.1:1.1
 5 (M+A): (M+Ad) 7.7:3.3
 6 VIII+IX+X% 20.6%
 7 X% 16.3%

ADICIONALES

8 M: FM 1.4:3.9
 9 M: (FM+m) 1.4:5.8
 10 (FK+Fc): F 3.8:2.3
 11 Acrom: Crom 1.3:2.3
 12 Df: Indl 2.9:1.4
 13 Fc: (Cf+C) 1.3:1

Suma C = Fc + C = 3.5

AK 72.7
 HK 18.9
 A 7.9 (A) 1
 Ad 1.6 (Ad) 1
 H 1 (H) 1
 Hd 1.5 (Hd)
 HA 1
 Obj A 1.3
 Obj 2.2
 Veg 1.3
 Geo 1
 Anat 1.4 ANAT. A 2
 Sex 1
 Bio
 Sengr
 Fuego 2
 Nubes 1
 Arq 1
 Somb.
 Hono
 Agua

APRECIACION:
 WR 31.2 DR 65 d% 2.6 Doy% .4
 W D (d) Doy% .4

10% (W)	30% (D)	5%	10-15 Dd S
10-20 (W)	30-45 (D)	5%	<u>10</u>
20-30 W	45-55 D	8-15 d	10-15 Dd S
30-45 <u>W</u>	55-65 <u>D</u>	18-25 d	15-20 Dd S
45-60 <u>W</u>	65-80 <u>D</u>	28-35 d	20-25 Dd S
60 <u>W</u>	80 <u>D</u>	38-45 d	25 Dd S
		45 d	

SUCESION:
 Rígida Ordenada Desordenada Perdida

HILADO 1
 BANDA 1

Checkeos: NO I 2 III 1 IV 2
 II 2 II 2 III 3
Respuestas contenidas: II 4 III 1 III 3
Respuestas posición: 31-7
 MF max: 2.1 NO 1
 MF med: .77
 MF min: .85

OBSERVACIONES:

ANALISIS FORMAL.

GRUPO I.

TABLA I.

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH.

INDICES.	\bar{X}
1.- No. de R	20.2
2.- A %	47.9
3.- Suma C	1.2
4.- W	31.2
5.- D	65
6.- DS	.4
7.- M	1.4
8.- FM	3.9
9.- F%	34.2
10.- FK + F + Fc	52
11.- H + A	9.7
12.- FK + Fc	3.8
13.- FM + m	5.8
14.- Fc + c + C'	2.7
15.- FK + FK + Fc	2.5
16.- Ad + Hd	3.3
17.- Respuestas Populares	26.5
18.- Contenido Anatómico	1.4
19.- Contenido Objetos	2.2
20.- Contenido Sexual	.1

ANÁLISIS FORMAL DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

DEL GRUPO I.

El análisis de los resultados de la Prueba de Rorschach (Psicograma Acumulativo del Grupo I), se basan en los conceptos de Klopfer.

GRUPO I: PACIENTES AMPUTADOS.

Se puede observar que la \bar{X} del total de respuestas, dadas por el grupo de pacientes amputados es de 20.2, lo cual es esperado frecuentemente en protocolos de adultos normales.

El porcentaje de respuestas animales (A % 47.9) señala que los sujetos pueden ver más fácilmente animales en las manchas, lo que nos indica en este caso, que son personas que limitan su eficiencia, debido a que el rango de intereses es sumamente estrecho, pensando que -- tienen posiblemente una inteligencia limitada.

En el caso de los sujetos estudiados esto se corrobora, ya -- que en gran parte coincide con los datos obtenidos a través de la entrevista abierta. En forma general presentaban dificultades para afrontar la situación actual con entusiasmo, simplemente se preocupaban -- por lo que estaban pasando en el momento sin buscar una posible solución adecuada que les permitiera salir de la problemática emocional -- presente; mostrándose un tanto infantiles, en la espera de ayuda por parte de su medio ambiente, sin lograr establecer relaciones o conexiones entre diversos aspectos de los estímulos, por la mediana capacidad intelectual, ya mencionada. Su conflictiva emocional no les per

mite percibir con claridad la relación que existe entre los diferentes factores de la experiencia, se concretan en observar lo inmediato, sin pensar en lo que vendrá después, además sin dar solución por completo a la situación vivida en la actualidad.

También se observa que a pesar de comprender lo práctico y cotidiano de las situaciones de la vida (D 65 0), para ellos no es fácil emplear de forma natural el sentido común, la adaptación del pensamiento lo hacen a través de las experiencias repetitivas, aunque a veces no son del todo bien utilizadas.

Sus impulsos (resp. FM), se encuentran estrechamente relacionados con su limitación intelectual (contenido animal).

Se ve disminuido el movimiento humano (M:l.4), son personas con limitaciones en el uso de su capacidad intelectual y creadora, y una pobre autoestima, podría decirse, que no tienen confianza de sus capacidades. Tienen sentimientos de minusvalía, con poca capacidad de demora, por lo que demandan que se les cumplan sus necesidades de inmediato, igual que pasa con los niños pequeños (FM mayor 2M), poseen un menor control de impulsos.

Elaboran metas que no corresponden a sus habilidades (relación W y M). Por lo tanto son fantasiosos en cuanto a sus expectativas, ya que éstas no son realizables dentro de la realidad.

Este grupo en su mayoría eran personas productivas antes de su padecimiento, pero ahora justifican su improductividad en relación a su problema físico, ya que ésto a su vez justifica que se reduzcan sus responsabilidades, pero culpan directamente a otras personas de no ser aceptados en los trabajos, por el hecho de que son amputados, ya que tienen dificultad para conseguir un nuevo empleo.

Presentan un control intelectual ($\frac{FK + F + Ec}{R} = 52 \%$), no se

permiten manifestaciones afectivas, son fríos y circunstancialmente - sociables, según Klopfer simboliza un escaso crecimiento de las necesidades afectivas.

Se puede resumir diciendo, que los pacientes tienen un pensamiento estereotipado con poco interés, dificultad para aprender, falta de espontaneidad y son convencionales.

GRUPO II.

TABLA II.

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH.

INDICES.	\bar{X}
1.- No. de R	21.6
2.- A8	47.8
3.- Suma de C	1.7
4.- W	26.8
5.- D	66.9
6.- DS	1.8
7.- M	1.5
8.- FM	5.7
9.- F8	33.1
10.- FK + F + Fc	38.7
11.- H + A	10
12.- FK + Fc	2.5
13.- FM + m	7.3
14.- Fc + c+C'	1.6
15.- FK + Fk + Fc	2.3
16.- Ad + Hd	2.4
17.- Respuestas Populares	16.5
18.- Contenido Anatómico	4.2
19.- Contenido Objeto	1.7
20.- Contenido Sexual	.5

ANÁLISIS FORMAL DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

DEL GRUPO II.

El análisis de los resultados de la Prueba de Rorschach (Psicograma Acumulativo del Grupo II), se basan en los conceptos aportados por E. Klopfer.

GRUPO II: PACIENTES HEMIPLEJICOS.

La \bar{X} del total de respuestas del grupo II ($R + 21.6$), se encuentra dentro de lo planteado por Klopfer; sus respuestas son pobres, abundan en cantidad no así en calidad.

El porcentaje de respuestas de animales es de 47.8, lo cual, por lo regular, nos indica que los sujetos tienen capacidades limitadas, debido a que el campo de intereses es muy reducido.

En el caso de los pacientes estudiados, esto se manifiesta -- con la pasividad que demuestran por su padecimiento, estableciéndose una relación directa entre incapacidad y campo reducido de intereses.

Poseen capacidades intelectuales, pero a pesar de ésto, se encuentran rindiendo por debajo de ellas, no logran ampliar su horizonte o visión, hacia otras actividades, es muy corta, sin ver más haya de lo que esta frente a ellos y toman una actitud conformista.

Se observa que aunque como grupo obtienen el promedio esperado en las respuestas globales ($W 26.8$), éstas son vagas y más bien lo gran hacer generalizaciones cuando se trata de estímulos obvios, esto es en las respuestas populares, por lo que no se puede hablar de pen-

samiento abstracto, este aparece como concreto, lo que se constata en el alto porcentaje de respuestas de detalles (D = 66.9). Además de inclinarse por aspectos prácticos y tienen una actitud crítica para los acontecimientos de la vida diaria.

En general su productividad es media en cuanto a cantidad, -- sin embargo, la calidad de las mismas es pobre, observándose un alto porcentaje de F (33.1 %).

Son sujetos sensibles, pero que por el control que ejercen sobre sus emociones, son capaces de expresar el afecto, sin embargo, -- pierden el control y no utilizan sus recursos interiores, para la solución constructiva de sus problemas cotidianos.

Aclarando que ésto ocurre ante situaciones muy amenazantes para ellos (M: FM - 1.5:5.7).

Elaboran metas que no corresponden a sus habilidades reales - (relación W y M).

En forma general, la mayoría de los pacientes permanecían dependientes, en cuanto al aspecto económico, por no trabajar por su enfermedad, se encontraban sumamente pasivos a la espera de que sus familiares cubrieran sus necesidades, otros tenían empleos mal remunerados, que escasamente cubrían sus necesidades, pero continuaban en la misma actitud de espera, sin mostrar interés por realizar algo más en su vida.

Resumiendo, son sujetos con un pensamiento estereotipado, que utilizan el detalle o tipo de percepción relativamente simple y obvio con interés en lo concreto, utilizando en algunas ocasiones el manejo práctico de las situaciones cotidianas, debido a que no hacen un esfuerzo mayor, se van a lo primero y obvio.

3. PROCEDIMIENTO DEL PROCESO ASOCIATIVO O DINAMICO

EN AMBOS GRUPOS.

1. En primer lugar se seleccionaron unicamente 3 láminas, en función del simbolismo que presentan, y que se encuentran estrechamente relacionadas con esta investigación, las cuales son las siguientes:

LAMINA	SIGNIFICADO
3	Relaciones interpersonales
6	Sexualidad
8	Autoconcepto

2. Posteriormente se realizó la interpretación cualitativa -- (dinámica), de los resultados de las láminas antes mencionadas, en cada uno de los grupos.

3. En la interpretación se ponen algunos ejemplos de respuestas más significativas dadas por los pacientes de ambos grupos.

4. Finalmente se realizó una breve comparación de las respuestas de los dos grupos.

INTERPRETACION SIMBOLICA - GRUPO I. (LAMINAS 3, 6 y 8).

LAMINA 3.

En general los pacientes amputados ven personas en esta lámina, sin embargo, las seccionan, la ven por partes separadas y en algunos casos quitan partes del cuerpo, la cortan claramente.

Lo anterior nos indica que lograr mantener contacto con la realidad y llegan a entablar relaciones interpersonales, sin embargo, sus relaciones son superficiales y circunstanciales, no pueden relacionarse profundamente a pesar de tener capacidad de expresión afectiva (respuestas de textura).

Presentan preocupación por su cuerpo y en ocasiones tienen manifestaciones agresivas.

Ejemplos de respuestas:

- 1.- En esto veo a una persona y en cada parte su pierna, o sea se puede decir que es una persona, pero nada más que está por partes, o sea que este es una parte de una persona y está la otra.
- 2.- Podría ser dos personas cargando una cosa.
- 3.- Es una mujer, nomás una mujer.
- 4.- Aquí está una mujer no, las manos, la cintura y las caderas, la cabeza y los riñones, nada más.
- 5.- Aquí se ve que es un cuello con una corbata.

LAMINA 6

Es la lámina de la sexualidad.

En las respuestas que dieron los sujetos se observa que aceptan el contacto íntimo, pero éste es sin involucrarse, ya que tienen dificultad para expresar la sexualidad. Por otro lado, en sus respuestas hay ambivalencia para relacionarse, a veces aceptan el contacto con otras personas y después hay rechazo, posiblemente porque perciben que ellos también son rechazados.

Hay negación de la sexualidad probablemente debido, a aspectos de tipo moral, que impiden la expresión sexual.

Ejemplos:

- 1.- No le encuentro nada...es una parte del cuerpo de un hombre, lo que son sus extremidades, pero el cuerpo está abierto.
- 2.- Este le encuentro como forma de una cruz.
- 3.- Parece una forma de zalea, zalea de un este un borrego, - de un mapache, porque animales en esta forma yo no los he visto.
- 4.- Es una ventana y sobre ella esta la cruz, nada más.
- 5.- Un ángel, nonáa.

LAMINA 8.

El autoconcepto de estos pacientes esta deteriorado, confuso

y devaluado. Presentan preocupación por su salud, sienten malestares internos (como lo que sucede con los diabéticos que tienen infecciones internas que los lleva posteriormente a la amputación).

Son capaces de expresar afecto en sus relaciones familiares, pero estas las perciben conflictivas, por lo cual, buscan desprenderse del núcleo familiar, aunque sea por momentos breves ya que posteriormente necesitan protección y apoyo.

Se muestran deprimidos y debilitados, pero sacan fuerzas de flaqueza, posiblemente porque los mecanismos de compensación les funcionan favorablemente.

Respuestas:

- 1.- Una especie de calavera.
- 2.- Podría ser el principio de la columna, hasta acá arriba, con parte de las membranas de los pulmones.
- 3.- Estos dos parecen como gatos.
- 4.- Estos tienen la forma de un papalote, es todo.
- 5.- Dos animales que van subiendo para arriba, es un cerro por donde van subiendo para arriba.

INTERPRETACION SIMBOLICA - GRUPO II. (LAMINAS 3, 6 y 8).

LAMINA 3.

En forma general se puede observar, que la mayoría de los pacientes hemipléjicos, presentan dificultad en las relaciones interpersonales, debido probablemente a la dificultad que tienen de percibir personas (en la lámina) y por lo tanto de verse así mismas.

Lo esperado según Klopfer es ver personas en esta lámina, pero una minoría de pacientes decía ver sujetos, casi todas sus respuestas eran de animales. aunque si hay un % que se espera que sean animales en todas las láminas, pero en esta no.

Ejemplos de las respuestas a la lámina 3:

1. Son dos figuritas pero con caritas de raton.
2. Digamos, se ven gallinas o gallos, se podría decir, poniendo un huevo en el nido. Se ve aquí la formación y aquí --- cuando ya esta normal, se ve aquí también la parte de donde se forman los gallos sí, los pollitos, es todo.
3. Completo podría ser el parecido a una rana o a un sapo.
4. Unos pajaracos que estan vestidos de frack y estan agachados y quien sabe que quieren agarrar.

Al parecer hay ambivalencia para responder ante las exigencias que su medio ambiente les demanda como seres humanos, es decir, no sienten cubrir los requisitos mínimos para ser tomados en cuenta como personas, se perciben diferentes a los demás.

LAMINA 6.

La mayoría de los sujetos estudiados no mostraron interés en dar respuestas sexuales, lo que significa probablemente que la sexualidad está negada o les causa conflicto, al parecer por la dificultad que tienen para aceptar contacto físico con otra persona, reprimiendo sus necesidades afectivas, por prestar más interés en la recuperación de su incapacidad física.

No logran integrar la totalidad de la lámina, casi todas las respuestas proporcionadas fueron de animales.

Ejemplos:

1. Me parece un gato, un gato peligroso, al que no se le puede ver los ojos, nadagás.
- 2.No a está no le encuentro...
Podría ser la formación de una mariposa, eso es todo.
3. A la parte esta como un gato.

LAMINA 8.

Son personas que tienen un pobre concepto de sí mismas, no se perciben en forma completa e integrada, sino más bien seccionadas, se sienten huecas, vacías, limitadas y deterioradas.

Existe una gran ambivalencia e cuanto a su capacidad de movimiento y también en lo que se refiere a su identidad psicosexual.

Se observan figuras simbiotizadas, quizás pudo haber dificultad en el proceso de separación - individuación con la figura materna, en los primeros años de la vida .

Por ejemplo:

1. La figura toda, el cerebro también a la caja que lo guarda o sea el hueso.
2. Y lo que se encuentra abajo a una tela rota a la mitad.
3. Es como ardillas o ratas o quien sabe que.
4. Piedras, además esto, por-que se ve que tienen o se ven - como piedras más o menos, así amontonadas o pegadas... no tienen figura definida, podría ser piedra de cemento.
5. Osos... están corriendo por la forma en que tienen las patas, como que van corriendo o caminando muy lentamente.

4. BREVE COMPARACION DE LA INTERPRETACION SIMBOLICA DE LOS DOS GRUPOS.

En forma general podría decir, que los sujetos estudiados dieron diferentes respuestas en el Test de Psicodiagnóstico de Rorschach; en el Grupo I sujetos amputados ven personas, a pesar de que estas -- son seccionadas, pero el Grupo II, hemipléjicos, no fueron capaces de percibir personas, lo que nos indica que hay mayor dificultad para relacionarse interpersonalmente, incluyendo lo relativo a la conducta sexual, además de permanecer ajenos a las exigencias del medio. Por su parte los amputados sí tienen interés en lo que sucede a su alrededor, por eso se relacionan con cierta facilidad, aunque de manera superficial.

Ambos grupos niegan aspectos sexuales, probablemente por la dificultad que tienen de involucrarse íntimamente y expresar la sexualidad, por haber conflictos en esta área.

Los dos grupos son personas que tienen un pobre concepto de sí mismas, se perciben devaluados y deteriorados. Pero los pacientes amputados permiten un poco más el contacto íntimo y la expresión de afecto, en cambio los hemipléjicos no lo aceptan y no pueden expresar el afecto, lo reprimen y prestan mayor atención en la recuperación de su incapacidad física.

5. DISCUSION.

1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION ESTUDIADA:

A) El rango de edad es de 20 a 55 años, la mayoría son de 20 - años (2 amputados, 3 hemipléjicos de la muestra total de 20 sujetos), una población joven con aspiraciones y metas posibles de cumplir por su corta edad, pero sin embargo, llevando el estigma de un esquema corporal deteriorado o diferente al de otras personas, situación que de entrada los pone en desventaja con el resto de la población, ya que tendrán que realizar esfuerzos mayores para obtener y satisfacer cualquier tipo de necesidad (empleo, relaciones heterosexuales, etc.).

B) Sexo. El porcentaje por sexo fue igual en ambos grupos, siendo ligeramente elevado el porcentaje en pacientes del sexo masculino (60 % de 100), semejante en ambos grupos (amputados y hemipléjicos).

Los sujetos del sexo masculino trabajan fuera de la casa, lo que los expone a sufrir algún tipo de accidente de tráfico, industrial o descargas eléctricas, etc. , donde se considera que los accidentes de trabajo pueden producir problemas en ellos, que posteriormente los lleva a ser pacientes candidatos de amputaciones.

En la hemiplejía los accidentes, como los traumatismos de cabeza y la hipertensión arterial, propiciada por elevadas cargas de stress precipitan a la persona a sufrir hemorragia cerebral, embolia o trombo sis cerebral, donde nuevamente las personas del sexo masculino, son el grupo vulnerable a presentar este tipo de complicaciones.

La mujer trabaja en casa con menos riesgos de sufrir algún accidente que la limite en sus actividades, a pesar que actualmente un número mayor de mujeres se están incorporando a la vida productiva lue

ra del hogar.

C) Escolaridad. Fue diversa, pero se observó que los hombres tienen una preparación mayor que las mujeres, posiblemente por contar con mayores oportunidades culturales, en comparación de la mujer que generalmente permanece en el hogar, situación que se presentó en ambos grupos estudiados.

D) Estado Civil, ambos grupos permanecen nivelados, con 4 -- personas casadas, 4 solteros y 2 personas viviendo en unión libre. -- El estado civil no parece ser significativo para presentar los padecimientos estudiados, parece ser que el grupo menos expuesto, son -- las personas que viven en unión libre, pero no se puede concluir rotundamente, debido a que la muestra es muy pequeña.

E) Ocupación, no se marca una preferencia, las actividades -- que realizan son diferentes, sin embargo, en el Grupo I había 3 albañiles, que corresponde al 30 % de 100, lo cual nos indica que estos sujetos por el tipo de trabajo que realizan, pueden presentar con mayor facilidad un accidente laboral que los lleve consecutivamente a sufrir amputaciones o quedar con secuelas hemipléjicas por alguna -- caída. En el Grupo II, se marca el porcentaje de 20 % de 100, en 2 -- casos son estudiantes que inicialmente tuvieron embolia, quedando -- con secuelas hemipléjicas posteriores.

F) Diagnóstico. En el Grupo I Amputados, se corroboró lo revisado en la parte teórica, donde se le dió realce al padecimiento -- de la Diabetes Millitus, siendo uno de los ejemplos más sorprendentes de las influencias en las alteraciones emocionales, sobre el funcionamiento somático. Las investigaciones psicósomáticas recientemente, han a

clarado plenamente los trastornos en el metabolismo de la glucosa y las variantes en la cetonemia, que resultan de los cambios en el estado emocional del individuo. Se ha sugerido, que el principio de la diabetes suele relacionarse con períodos de intensa aflicción emocional, después de experiencias como desintegración del hogar, o frustración asociada a largos períodos de trabajo agotador, además de la predisposición genética según el autor Kolf en 1976. Desde el aspecto fisiológico, se ha demostrado que los niveles de glucosa urinaria y sanguínea, se elevan después de períodos de stress emocional y que las curvas de tolerancia a la glucosa pueden modificarse durante dichos períodos, en general, se ha encontrado que la curva de tolerancia a la glucosa se acerca más al tipo diabético, cuando el individuo se siente más hostil y deprimido, caso que aqueja estrechamente al tipo de pacientes estudiados, donde el 50 % de 100 presentaron inicialmente dicho padecimiento; de ahí la importancia y el riesgo en este tipo de enfermos, para evitar subsecuentes amputaciones.

En el Grupo II, el diagnóstico de mayor preponderancia fue la hemiplejía (70 % de 100), es un síndrome ocasionado por la lesión de los centros o vías del sistema piramidal, consiste en la pérdida más o menos completa de la motilidad de la mitad del cuerpo (Pons y colaboradores, 1971). Aquí el padecimiento llega a instaurarse en ocasiones -- después de tiempo, dependiendo la causa inicial.

G) Causas. En ambos grupos fue inicialmente por enfermedad, -- 60 % para el Grupo I y 70 % para el Grupo II, seguido de accidente de tráfico con 40 y 30 % respectivamente.

Lo que nos indica que el estado de salud de nuestros grupos no

es nada halagador, son personas que por diferentes situaciones han estado expuestas a diversos padecimientos, sin importar en un momento dado, la edad, el estado civil, profesión, etc.

Quiero mencionar en forma un tanto extra, que el nivel socioeconómico no fue mencionado antes, debido a que la mayoría de los pacientes provenía de un nivel bajo, lo que posiblemente los hace vulnerables de sufrir enfermedades por carecer de servicios médicos y de una aportación económica que les permita recibir una mejor calidad de vida, -- que les garantice un bienestar futuro y salud.

H) Nivel de amputación en el Grupo 1, fue en 2 casos supracondilea y 4 infracondilea, marcándose en las mujeres, dos casos para ambos niveles respectivamente.

El nivel de amputación es importante valorarlo oportunamente -- antes de realizar la cirugía, ya que observe en mi práctica profesional que algunos pacientes eran reamputados, debido a que el proceso infeccioso continuaba, pero esto lesionaba drásticamente al enfermo, ya que la cirugía como la permanencia en el hospital dañan psicológicamente al paciente y se corre el riesgo, en caso de ser diabéticos, que la posibilidad de mejoría llevara más tiempo y esto frustra y deprime más al individuo.

El nivel supracondileo o desarticulación de cadera, fue nivel requerido por extrema necesidad. El infracondileo es un tanto menos frustrante, pero significativo para el paciente que lo sufre.

Mencionó nuevamente la importancia de valorar el nivel, ya que de ahí depende en parte la rehabilitación y al uso de prótesis que -- mejoren el estado del enfermo y facilite su deambulacion.

La localización del lado paralizado en el Grupo 11, fue del lado derecho en el 100 % de los casos, ya que de haber sido lo contrario se hubiera dificultado la aplicación de los instrumentos de medición, por encontrarse lesionado el centro del lenguaje e impediría la comunicación verbal de los pacientes.

Se estima que inicialmente existen trastornos del lenguaje en el 40 % de los hemipléjicos, el 80 % conseguirán alguna mejoría. Los trastornos del lenguaje, incluso los ligeros, molestan al paciente. La incapacidad para comunicarse produce frustración e incluso irritabilidad profunda.

La recuperación dependera del tiempo transcurrido de la lesión y la fase en la que se encuentre la hemiplejía. Generalmente los pacientes tienen mucha dificultad, tanto en la coordinación motora fina en los movimientos selectivos y discriminativos y también en la coordinación gruesa, por lo que se ven forzados en adiestrar el lado no paralizado, sobre todo en aquellas personas dedicadas a realizar actividades con sus manos. En todos los hemipléjicos hay diversos grados de espasticidad; a medida que se desarrolla la espasticidad, la resistencia al estiramiento pasivo va en aumento, primero en los flexores plantares del tobillo, después hacia arriba en ambos miembros, hasta tomar los aductores y flexores del brazo y extensores de la pierna.

1) Lado de la amputación en el Grupo 1, en relación al sexo -- fue diferente; 60 % del sexo masculino quedo dividido entre 30 y 30 % para ambos lados, mientras que el 40 restante corresponde al sexo femenino de los cuales todos los casos presentaron amputación del lado derecho.

2.- PROBLEMA A INVESTIGAR:

- ¿Qué relación existe entre la incapacidad física y el autoconcepto ?
- ¿Qué relación existe entre la incapacidad física y el manejo de la sexualidad ?

Los sujetos estudiados de ambos grupos, presentan preocupación somática, por lo que se puede inferir que tienen un pobre concepto de sí mismos, lo cual va ligado estrechamente a la incapacidad física y limitante en otras áreas de la vida como la sexualidad, por ejemplo, la que fue negada rotundamente en los protocolos del Rorschach, en los pacientes estudiados, sin embargo, no se tienen datos de su funcionamiento sexual anterior, por lo que solamente se describe lo encontrado en el momento de la investigación.

Al respecto de lo mencionado en el párrafo anterior Katchadourian (1983), menciona que hay un descuido general de la sexualidad, situación que perdura hasta la fecha. La ignorancia sobre este aspecto tan fundamental de la vida humana, es mala, pero peor aún el hecho de que tales vicios arrojen dudas sobre nuestras creencias y otros aspectos del comportamiento, que están afectando a todo ser humano, especialmente a los que padecen incapacidades físicas.

Hasta el momento, los profesionales de la salud se abocan especialmente a solucionar los problemas físicos, sin tomar en cuenta la sexualidad y otros aspectos de la personalidad de los pacientes, lo cual se observa aún en la conducta de los propios pacientes, al no

prestar la atención debida a estos factores. Lo anterior puede estar relacionado con que los sujetos muestran un bajo concepto de sí mismos, probablemente relacionado con la incapacidad que presentan. Esto se infiere, a través de las respuestas obtenidas en la prueba de Rorschach, donde se observó que existe falta de presencia humana en la lámina 3, en la que la mayoría de las personas dan respuestas de ese tipo, así como en el caso de la lámina 6, donde se esperan respuestas de contenido sexual, las cuales fueron omitidas por los sujetos estudiados en su inmensa mayoría.

Finley (1972), menciona que en Estados Unidos, se considera que el 10% de la población adulta sufre una incapacidad física y que limita substancialmente las actitudes normales en otras áreas, situación que se corrobora en las áreas de sexualidad y autoestima en los pacientes estudiados.

Por otra parte Richardson (1972), menciona que no hay que olvidar la sexualidad de las personas que sufren alguna incapacidad física y que los impulsos en relación con la libido no se ven afectados por las incapacidades físicas, hecho que se contradice con los resultados obtenidos en el área sexual.

Por otro lado Weissa y Diamonds (1966), estudiaron un grupo de adultos que sufrían enfermedades de la médula espinal, descubriendo que los pacientes evitaban las consideraciones realistas y conscientes de su sexualidad, a la vez que rehuían la aceptación realista de sus incapacidades, y si relacionamos a los grupos estudiados en la investigación (Grupo I y II), encontramos que hay similitud con lo antes mencionado.

El concepto en torno a la sexualidad de estas personas es variado y contradictorio en algunos casos. Existen mitos que rodean la sexualidad humana, que se agravan más por los mitos y emociones -- unidas a palabras como tullidos, incapacitado, lisiado, discapacitado, etc. Una concepción errónea, es por ejemplo, que los físicamente inca pacitados no sienten la necesidad de expresión sexual o que la sexualidad no es importante para ellos, contradictoriamente hay mitos, don de asignan excesivos, si no es que perversos, deseos y capacidades se xuales a la persona con incapacidad física (Wiessa y Diamons, 1966).

Las investigaciones no se ponen de acuerdo, pero lo que si es importante recordar es que son seres humanos que sienten, piensan y - actúan igual que otra persona a pesar de su incapacidad o limitación.

Por ello resulta difícil jerarquizar las áreas de mayor problema en el disminuido físico, sin embargo, Hernán. San Martín (1978), plantea las siguientes áreas relacionadas con la sexualidad:

- 1.- Imagen corporal alterada.
- 2.- Amor propio disminuido.
- 3.- Identidad sexual y dificultad del papel sexual.
- 4.- Extensión y naturaleza sexual como área problema.

Es difícil concluir y pensar que la sexualidad no es importan te en los dos grupos estudiados (amputados y hemipléjicos), sin embar go, en las investigaciones revisadas no hay aspectos contundentes que acepten o rechacen una u otra posición definitiva en torno a esta área.

En relación al autoconcepto algunas investigaciones refieren que las personas con incapacidad física tienen un pobre concepto de -

sí mismas, con amor propio disminuido (Hernández, 1978), y una imagen corporal alterada, situaciones que también se presentaron en los dos grupos estudiados.

Nancy Kerr (1977), menciona que la reacción es de shock, la incompatibilidad entre la incapacidad física de una persona y el cuadro mental que tiene de sí misma, explican su comportamiento verbal inadecuado al principio, la imagen de su cuerpo es más poderosa que sus percepciones, por lo que sus pensamientos y percepciones son incompatibles con su imagen corporal, por lo menos al inicio del padecimiento.

El perfil corporal constituye la base de nuestra actitud autoestimativa frente al propio cuerpo, según Paul Schilder (1965).

La lesión física puede amenazar la imagen corporal y exigir su cambio y, como la imagen esta integrada por la organización de la personalidad, el cambio puede repercutir en el equilibrio de esta última, según Moragas (1974).

3. HIPOTESIS CONCEPTUAL:

- Los pacientes hemipléjicos y amputados niegan aspectos sexuales en las respuestas a la prueba de Rorschach (Negación a la sexualidad).

Se comprueba la hipótesis, ya que ambos grupos presentaron un mínimo de respuestas sexuales, incluso en la lámina 6 que, como se mencionó con antelación, mide sexualidad. El porcentaje fue de .1 en

el Grupo I y .5 en el Grupo II.

Por lo que se puede inferir que no hay interés en el área sexual, permanece negada, posiblemente porque prestan mayor atención a su imagen corporal y a su rehabilitación o recuperación, o bien porque se trata de un área de conflicto.

En una investigación realizada en 1984 por Hinojosa y Sanchez, no encontraron respuestas sexuales en los dos grupos estudiados, corroborando los resultados obtenidos en la investigación que nos ocupa.

- Existe aumento en los contenidos anatómicos obtenidos a través de la aplicación de la prueba de Rorschach en protocolos de pacientes amputados y hemipléjicos (Preocupación -- por aspectos somáticos, autoconcepto).

El Grupo II (pacientes hemipléjicos) obtuvo un porcentaje de 4.2, bajando el porcentaje en el Grupo I (pacientes amputados) ha 1.4, pero el aumento no es tan significativo. Por lo tanto la hipótesis se acepta para un grupo únicamente.

La preocupación por su físico se marca más en el Grupo II, probablemente se deba al padecimiento presente hemiplejía o parálisis de la mitad del cuerpo, ya que abarca todo un lado y limita al paciente en una forma más evidente y notoria, siendo observados con más frecuencia por las personas que los rodean, se infiere que ésto les provoca angustia y por consiguiente más frustración para el enfermo, el cual limita sus capacidades por sentirse rechazado y dependiente, además de la dificultad para asimilar su nueva imagen corporal y capacidad física.

Ambos grupos de personas usaban aparatos ortopédicos, pero en el caso de los hemipléjicos, éstos eran utilizados tanto en miembro inferior como superior, haciendo más notoria la desventaja que tienen y presentando mayor dificultad para adaptarse a la situación; además de tener dudas y preocupación con respecto a sufrir un nuevo ataque hemorrágico, que los limitaría aún más, que inclusive podría llevarlos a la muerte. Esto puede también estar relacionado con su aumento en las respuestas anatómicas.

En el Grupo de amputados no es importante el contenido de respuestas anatómicas debido probablemente a que su área anatómica afectada es menor, al igual que el riesgo de reincidencia; en la mayor parte de los casos.

- Existe disminución en los contenidos anatómicos presentados en los protocolos de pacientes amputados y hemipléjicos (Negación de la incapacidad).

Esto fue relativo al parecer, el Grupo I (amputados) presentó cierta disminución de las respuestas anatómicas, ya que se obtuvo 1.4% lo cual podría deberse a que son capaces de manejar su situación, a pesar de existir quejas verbales en relación a que no eran aceptados en los empleos por ser amputados, la supuesta negación de la incapacidad podría estar en función de que, en algunos casos son personas dependientes que prefieren que se les cubran sus necesidades, en vez de hacer algo por satisfacerlas por sí mismas.

- Existe depresión en los dos grupos de pacientes estudiados (Ausencia respuestas de color, incremento de F₁).

Los dos grupos se encuentran deprimidos, lo cual puede deberse a la situación que viven actualmente los pacientes (ausencia de respuestas de color), manifestando un control muy rígido de sus emociones (F elevada).

Este punto es importante, ya que la depresión merma y limita-- las capacidades para enfrentar satisfactoriamente su problemática y -- adaptarse integralmente a la vida social. Esto subraya la importancia de valorar al sujeto para iniciar un tratamiento precoz (Psicológico y rehabilitatorio), con el fin de que el paciente logre su incorporación a la vida productiva lo antes posible.

El Dr. J. Arturo Damian Nuñez (1979), realizó un estudio con 15 pacientes hemipléjicos, encontrando que la respuesta general de -- los sujetos estudiados fue la depresión , relacionado a sentimientos de autodevaluación y minusvalía, posiblemente por la falta de productividad económica, en caso de ser el paciente el sostén de la familia, ocasionando por consiguiente conflictos severos donde la depresión -- juega un papel de primordial importancia , el cual deberá manejarse -- oportunamente.

- Los dos grupos de pacientes presentan elevados índices de angustia (Tiempo de reacción prolongados, respuestas de K y KF. Shock al color).

No se muestran muy angustiados, sólo se presentó tiempo de -- reacción prolongados en algunos casos, no aparecen respuestas de shock y respuestas de K. Por lo tanto esta hipótesis no se corrobora.

Este resultado puede deberse a que el control rígido de sus emociones (F elevada), les permite enfrentar la situación.

- Los pacientes de ambos grupos perciben alto número de respuestas sexuales (Preocupación por aspectos sexuales).

Las respuestas fueron mínimas. En el Grupo II, un paciente -- dió respuestas sexuales en todas las láminas. Sin embargo, no es relevante para la investigación al tratarse de un caso aislado.

La preocupación de la sexualidad es reducida en ambos grupos, ya que probablemente su preocupación se centra en su padecimiento y - su aspecto físico en general, o bien por tratarse de un área de conflicto ésta se encuentra negada.

Mencione en otros apartados que las contribuciones es esta -- área son contradictorias, ya que algunos autores encontraron que sí - existe interés en lo sexual y otros concluyeron que no les interesa. Sin embargo, los autores coinciden en que son personas que tienen derecho de expresar abiertamente su preocupación por lo sexual.

- Los pacientes amputados y hemipléjicos tienden a dar respuestas de contenidos de partes humanas, más que humanos - completos (Dificultad para percibirse en forma integrada).

En el Grupo I obtuvieron un porcentaje de 18.9, en el Grupo - II un porcentaje de 21.6)

No tienen mayor dificultad para percibirse en forma integrada, debido a que hubo un aumento en el contenido humano visto completo, - sin embargo, en el Grupo I (amputados) algunos pacientes seccionaron algunas láminas y decían, por ejemplo, esto es una pierna, este es un

ojo, como respuestas separadas o aisladas del contorno de la mancha. Esto último probablemente esté en función de que carecen de una parte de su cuerpo y ésto se manifiesta a través de este tipo de respuestas, ya que comparativamente no se presenta este fenómeno en el Grupo de hemipléjicos.

CAPITULO IX.

CONCLUSIONES.

- Los sujetos estudiados, de ambos grupos, presentan una preocupación somática; por lo que se puede inferir que tienen un pobre concepto de sí mismas, el cual va ligado estrechamente a la incapacidad física y limitante en otras áreas de vida como la sexualidad por ejemplo, la cual fue negada rotundamente por los pacientes estudiados, aun que no se tienen datos de su funcionamiento anterior.

- Sólo un paciente (hemipléjico), mostro una actitud compulsiva en dar respuestas sexuales en todas las láminas, pero fuera de ese caso, la negación fue en general en los dos grupos de la investigación.

- Es difícil concluir y pensar que la sexualidad, no es importante para los sujetos de ambos grupos.

- El aumento de contenido anatómico se presentó más notoriamente en el Grupo II: Pacientes Hemipléjicos (4.2), reduciéndose en el Grupo I: Pacientes Amputados.

- La preocupación por su físico se marca más en el Grupo II, -- probablemente se deba a la parálisis, ya que abarca un lado completo y limita al paciente en una forma más evidente y notoria. Ambos grupos de pacientes usaban aparatos ortopédicos, pero en el caso de los hemipléjicos estos eran utilizados tanto en miembro inferior como superior, haciendo más notoria la desventaja para enfrentar la situación, además de tener la duda y preocupación, de que podrían sufrir

un nuevo ataque hemorrágico, que los limitaría aún más, e inclusive - llevarlos a la muerte; claro que los pacientes amputados también corren el riesgo de la reamputación, de no llevar un régimen dietético adecuado, sobre todo si son diabéticos, teniendo el mismo desenlace - de los pacientes hemipléjicos.

- Se presenta una imagen corporal alterada en los sujetos de ambos grupos.

- Al parecer los dos Grupos se encuentran deprimidos, por la situación que viven actualmente (ausencia notoria de respuestas de color), manifestando un control muy rígido de sus emociones (F elevada).

- A pesar de todo no se muestran muy angustiados, solo se presentó tiempo de reacción prolongados en algunos casos y no aparecen shocks, ni respuestas de K.

- La preocupación de la sexualidad es mínima, la preocupación - mayor es su padecimiento y su aspecto físico en general, sin marcar - una parte específica del cuerpo.

- No tuvieron mayor dificultad para percibirse en forma integrada, en lo que respecta a su cuerpo, debido a que aumento el contenido humano visto completo, sin embargo, los sujetos del Grupo I (amputados), seccionaban algunas partes de las láminas, donde no había contornos, diciendo esa es una pierna, ese un ojo, etc.

En las características de la población se pudo observar que la edad de mayor frecuencia en los dos grupos fue de 20 años, una población joven con aspiraciones y metas posibles de cubrir por su corta - edad, pero sin embargo, llevando la estigma de un esquema corporal un tanto deteriorado o diferente al lado de las demás personas.

- El porcentaje en relación al sexo fue igual para ambos grupos, (Grupo I, Femenino 40% y masculino 60%; Grupo II, Femenino 40% y masculino 60%), ligeramente elevado en el sexo masculino, lo que nos indica que el hombre es el grupo un tanto más vulnerable de sufrir algún padecimiento físico, debiéndose probablemente a que se exponen más -- que la mujer en el trabajo, por el tipo de actividades que realizan, sin embargo, es necesario más investigación al respecto.

- La escolaridad fue diversa, pero se marco la preparación mayor en el sexo masculino, posiblemente por contar con mayores oportunidades culturales, en comparación con la mujer.

- En cuanto al Estado Civil, ambos grupos permanecen muy equitativos.

- En la ocupación, no se marco alguna preferencia, las actividades que realizan son diversas y el porcentaje en relación a la ocupación se encuentra muy dividido.

- En lo relacionado con el Diagnóstico, en el Grupo I (amputados), se corroboró lo revisado en la parte Teórica, donde se presto más interés o importancia a la Diabetes Millitus, ya que el 50% de los pacientes quedaron ubicados en esta enfermedad.

- En ambos grupos, la causa fue inicialmente por enfermedad, seguida por accidente de tráfico.

- El Nivel de Amputación del Grupo I, fue en dos casos supracondilea y cuatro infracondilea, marcandose en las mujeres 2 casos, para ambos niveles respectivamente.

El lado de la amputación en el Grupo I, en relación al sexo fue diferente, en el sexo masculino presentaron el 30% del lado derecho y

30% del lado izquierdo, mientras en las mujeres, se marco el lado derecho como predominante. (40% restante del 100% de 10 casos).

- El lado paralizado en el Grupo II, esencialmente fue el derecho para todos los pacientes (100%), en ambos sexos. Esto tiene consecuencias importantes para el paciente, en el sentido que tiene que hacer un mayor esfuerzo para rehabilitar o adiestrar su lado sano (izquierdo), para ayudarse en las actividades de la vida diaria.

LIMITACIONES.

- 1.- No haber utilizado una población representativa y por lo tanto, los resultados no se pueden generalizar.
- 2.- No tener un grupo control para comparar dicha población, por ejemplo, personas sin problemas físicos.
- 3.- El haber centrado la atención a un sólo instrumento de evaluación.
- 4.- El haber aplicado el instrumento de evaluación a sujetos con escolaridad elemental y nivel socioeconómico bajo, lo cual solamente refleja a un segmento de la población.
- 5.- Haber utilizado parámetros de inclusión a la investigación muy amplios (por ejemplo, la edad, ya que las características son diferentes y las expectativas varían).
- 6.- El no haber aplicado una Escala de actitudes sobre la sexualidad, en los dos grupos estudiados.

SUGERENCIAS.

- 1.- Utilizar mayor población, para ver la posibilidad de formar perfiles por padecimiento, en rehabilitación.
- 2.- Utilizar otras pruebas proyectivas, que nos permitan en lo posible hacer generalizaciones de la población estudiada.
- 3.- Realizar prevención en Instituciones de Salud, en relación a la Diabetes Mellitus, ya que un alto número de personas están expuestas a sufrir este mal y posteriormente si no existen cuidados, control y atención, las consecuencias podrían ser amputaciones, que lesionen a la persona en su autoestima e imagen corporal, la sexualidad y otras áreas de funcionamiento.
- 4.- Incluir a los pacientes con el Dx. de Diabetes Mellitus, para aplicarles un estudio previo a la amputación y llevar un seguimiento de estos enfermos, para obtener una comparación real del autoconcepto y la sexualidad, conociendo de antemano su funcionamiento.
- 5.- Ver la importancia de utilizar los resultados del Psicodiagnóstico de Rorschach, dentro del manejo Terapéutico, cualquiera -- que sea el área de trabajo.
- 6.- Realizar investigaciones en la población de amputados, sobre la sensación del miembro fantasma.

- 7.- Entrenamiento conductual para ayudar a evitar el dolor causado por la amputación; y la rigidez de los músculos por la parálisis en los pacientes hemipléjicos, para reintegrar al paciente lo más rápido posible a su vida cotidiana.
- 8.- Establecer programas de Educación Sexual para este grupo de pacientes, de ser posible en todos los Centros de Rehabilitación. Sobre todo tomando en cuenta la participación de la pareja, para evitar posibles separaciones o rompimientos.
- 9.- Incorporar a los pacientes a Grupos de Autoayuda y orientación en áreas específicas de conflicto.
- 10.- Manejo y orientación a familiares.
- 11.- Estudios longitudinales después de una intervención psicológica.
- 12.- Capacitación y entrenamiento para el personal que maneja este tipo de enfermos, incluyendo Psicólogos dedicados a esta área de trabajo.
- 13.- Realización de estudios subsecuentes en esta área, ya que esta investigación es una de las primeras y abarca un número limitado de pacientes.
- 14.- Seleccionar para otros estudios una población más representativa para poder realizar generalizaciones.

SECRETARIA DE SALUD - HOSPITAL JUAREZ
 SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
ENCUESTA GENERAL DEL AMPUTADO.

Anexo 1 A

NOMBRE	EDAD		SEXO
		Años	1. Masc. _____ 2. Fem. _____

DOMICILIO	LOCALIDAD	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA

DURACION DE LA AMPUTACION	
<input type="text"/>	Meses <input type="text"/> Días

DIAGNOSTICO

TRABAJO ANTERIOR A LA AMPUTACION			
Campesino	Técnico	Pintor	Sin ocupación
Obrero	Empleado	Albañil	Otras
Artesano	Comerciante	Profesionista	

CAUSA DE LA AMPUTACION	
1. Accidente	<input type="text"/>
2. Por enfermedad	<input type="text"/>

NIVEL DE LA AMPUTACION	
1. Supracondilea	<input type="text"/>
Proximal	
Medio	
Distal	
2. Infracondilea	<input type="text"/>
Proximal	
Medio	
Distal	

GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS
1. Primaria
2. Secundaria
3. Otros

ESTADO CIVIL
1. Casado
2. Viudo
3. Otro

PSIC.: _____

SECRETARIA DE SALUD - HOSPITAL JUAREZ
 SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
ENCUESTA GENERAL DEL HEMIPLEJICO.

Anexo 1 B

NOMBRE	EDAD		SEXO
		Años	1. Masc. _____ 2. Fem. _____

DOMICILIO	LOCALIDAD	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA

DURACION DE LA HEMIPLEJIA	
<input type="text"/> Meses	<input type="text"/> Días

DIAGNOSTICO

TRABAJO ANTERIOR A LA HEMIPLEJIA			
Campesino	Técnico	Pintor	Sin ocupación
Obrero	Empleado	Albañil	Otras
Artesano	Comerciante	Profesionista	

CAUSA DE LA HEMIPLEJIA	
1. Accidental	<input type="checkbox"/>
2. Por enfermedad	<input type="checkbox"/>

LOCALIZACION DE LA HEMIPLEJIA	
1. Derecha	<input type="checkbox"/>
2. Izquierda	<input type="checkbox"/>

GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS
1. Primaria
2. Secundaria
3. Otros

ESTADO CIVIL
1. Soltero
2. Casado
3. Viudo
4. Otro

PSIC.: _____

ANÁLISIS FORMAL.

Los índices que se tomaron en cuenta son los planteados por -

B. Klopfer y colb. (Tabla 1 y 11).

INDICES:

1.- Número de Respuestas	= Total del número de respuestas
2.- A %	= $\frac{A + Ad}{R} 100$
3.- Suma C	= $\frac{FC + 2CF + 3C}{2}$
4.- W	= Total del número de W
5.- D	= Total del número de D
6.- DS	= Total del número de DS
7.- M	= Total del número de M
8.- FM	= Total del número de FM
9.- F%	= $\frac{F}{R} 100$
10.- FK + F + Fc	= Total del número de FK + F + Fc
11.- H + A	= Total del número de H + A
12.- FK + Fc	= Total del número de FK + Fc
13.- FM + m	= Total del número de FM + m
14.- Fc + c + C'	= Total del número de Fc + c + C'
15.- FK + Fk + Fc	= Total del número de FK + Fk + Fc
16.- Ad + Hd	= Ad + Hd
17.- Respuestas Populares	= Total del número de respuestas popula res.
18.- % Contenido Anatómico	= Total del número de respuestas anató- micas.
19.- % Contenido Objetos	= Total del número de respuestas de ob- jetos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Alvarez Gayou Juan Luis, (1976). Elementos de Sexología. Editorial Interamericana. México D.F.
- 2.- Alvarez Gayou Juan Luis, (1986). Sexoterapia Integral. Editorial Manual Moderno. México D.F.
- 3.- Alvarez P. L. M., Esquivel Ancona F., y Lucio G. M. E., (1984). Notas sobre el manejo e interpretación del Psicodiagnóstico del Rorschach. Editorial Programa de publicaciones de material didáctico. Facultad de Psicología U.N.A.M. México, D.F.
- 4.- Apudío Rueda I. J., (1977). Consideraciones psicológicas observadas en mujeres alcohólicas. Facultad de Psicología U.N.A.M. México, D.F.
- 5.- Apuntes de la Dra. Ruiz R. G., (1990). Enfoques teóricos de la Psicoterapia. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México D.F.
- 6.- Apuntes del Manual de procedimientos de Fisioterapia, (1980). Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica. - México, D.F.
- 7.- Bobath Berta, T. C. S. P., (1973). Hemiplejía del adulto valoración y tratamiento. Editorial Medica Panamericana. Buenos Aires, Argentina.
- 8.- Burruel Moreno M.E., (1986). Estudio exploratorio sobre conocimientos y actitudes sexuales en pacientes parapléjicos y hemipléjicos. Facultad de Psicología U.N.A.M. México D.F.

- 9.- Cervera Flores R., (1965). El Psicodiagnóstico de Rorschach aplicado a un grupo de niños mexicanos con alteraciones de la imagen corporal. Facultad de Psicología U.N.A.M. México, D.F.
- 10.- Cotta H., Heigertz W., Teirich-Leube H., (1975). Tratado de Rehabilitación, Tomo III. Editorial Labor, S.A. Barcelona.
- 11.- Criegler Lee, (1974). Sexual Concerns of the spinal cord-injured. Vol. 9, No. 4, December. Estados Unidos.
- 12.- Cueli J., Reidl L., (1975). Teorías de la Personalidad. Editorial Trillas. México D.F.
- 13.- Damian Nuñez J.A., (1979). La problemática sexual en el paciente con accidente vascular cerebral en edad reproductiva. Tesis que para obtener el Diploma de Especialista en Medicina de Rehabilitación. México D.F.
- 14.- De Ajuriaguerra J., (1983). Manual de Psiquiatría Infantil. Editorial Masson. Barcelona-México.
- 15.- De Geroge W. Hohmann, P.H.D. (1984). Aspecto Psicológico en el tratamiento y Rehabilitación en pacientes con lesión medular. México D.F.
- 16.- Diamond Evans, (1979). Enfermedades del Sistema Nervioso, Diagnóstico y tratamiento. Editorial El Manual Moderno S.A. México, D.F.
- 17.- Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, Vol. IV, (1986). Editado por Nuevas Técnicas Educativas. México, D.F.
- 18.- Ellis Albert, (1974). Sexo, Infancia y Neurosis. Editorial Grijalbo. México, D.F.

- 19.- Flores Castro J.A., (1990). Cambios en el autoconcepto de sí mismo en un grupo de alumnos y exalumnos de la Universidad Autónoma Chapingo. Facultad de Psicología. México, D.F.
- 20.- González Mas R., (1970). Tratado de Rehabilitación Médica, Tomo II Síndromes invalidantes en cirugía, medicina interna y especialidades. Editorial Científico Médica. Barcelona.
- 21.- Green Richard, (1981). Sexualidad Humana. Editorial Nueva Editorial Interamerica. México, D.F.
- 22.- Gayton Arthur C., (1972). Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso. Editorial Interamericana. México, D.F.
- 23.- Haro Leeb Luis, (1986). Psicología de las Relaciones Humanas. Editorial Edicol. México, D.F.
- 24.- Hernández Martínez R., (1985). Investigación Bibliográfica de manuales de organización en los servicios de Rehabilitación. Tesis que para obtener el Diploma de Especialista en Medicina de Rehabilitación. México, D.F.
- 25.- Hinojosa Rivera E., Sánchez Jaimes A., (1984). La identificación en niños con padres y sin padres a través del Psicodiagnóstico de Rorschach y Test K.F.D. Facultad de Psicología. México, D.F.
- 26.- Hoffs Shimanovich Lore., (1968). El paciente hipertiroides visto a través del Psicodiagnóstico de Rorschach. Facultad de Psicología. México, D.F.
- 27.- Jimenez Reyes A.M., (1990). El autoconcepto en el ansiano en tres situaciones diferentes. Facultad de Psicología. México, D.F.

- 28.- Katchadourian Herant A., (1983). La sexualidad humana. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- 29.- Katchadourian Herant A., (1985). Las bases de la sexualidad humana. Editorial C.E.C.S.A. México, D.F.
- 30.- Kolodny Robert C., (1982). Tratado de Medicina Sexual. Editorial Salvat. Barcelona.
- 31.- Klopfer B., y Kelly Douglas, (1979). Técnica de Psicodiagnóstico de Rorschach. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- 32.- Kolb Lawrence C., (1976). Psiquiatría Clínica Moderna. Editorial La prensa medica mexicana. México, D.F.
- 33.- Krusen F.H., Kottke F.J., Ellwood P.M., S.R., (1974). Medicina Física y Rehabilitación. Editorial Salvat, S.A. Barcelona, Madrid.
- 34.- Ladas A.K., Whipple B., Perry J.D., (1983). El Punto "C". Editorial Grijalbo. México, D.F.
- 35.- López Díaz de Leon M., y De la Rosa Jimenez a., (1989). Autoconcepto en mujeres histerectomizadas. Facultad de Psicología. México, D.F.
- 36.- Mahler Margaret S., (1972). Simbiosis humana: Las vicisitudes de la individuación. Editorial Joaquín Mortiz. México, D.F.
- 37.- Masters William H., y Johnson Virginia E., (1978). Respuesta Sexual Humana. Editorial Inter-Médica. Buenos Aires- República de - Argentina.

- 38.- Masters William H., y Johnson Virginia E., (1987). La sexualidad Humana Vol. I, II y III. Arago, Barcelona.
- 39.- Mc. Cary James Leslie, (1980). Sexualidad Humana. Editorial El Manual Moderno S.A. México, D.F.
- 40.- Monsalvo Arrellano B., Muñoz Morales C.R. y Velazquez Guzman R. - Ma. O., (1982). Detección de necesidades y estrategias para la re habilitación del amputado. Facultad de Psicología. México, D.F.
- 41.- Otto Fenichel, (1966). Teoría Psicoanalítica de las neurosis. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- 42.- Pichardo Estrada M. L., (1963). La Prueba de Rorschach y la Psicología del Yo. Facultad de Psicología. México, D.F.
- 43.- Pichardo Perez A.G., (1990). Lumbalgia crónica sin causa orgánica demostrada como padecimiento psicósomático. Facultad de Psicología. México, D.F.
- 44.- Pons P.A. y colaboradores, (1971). Patología y Clínica medicas, - Tomo IV. Enfermedades del Sistema Nervioso y Neurosis y Medicina Psicósomática Enfermedades Mentales. Editorial Salvat, S.A. Barcelona, España.
- 45.- Revista: ICYT. Información Científica y Tecnológica. Junio (1987). Vol. 9, Núm.129. Por una cultura de la minusvalía. México, D.F. - Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología.
- 46.- Revista: Salud. Abril (1981). Núm. 25. México, D.F. Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- 47.- Revista de Psiquiatría Clínica. (1987). vol. XXIV. El examen de la función de identidad a la prueba de Rorschach. Paredes M. Angelica, Micheli Carmen Gloria y Vargas Raúl. Santiago de Chile.

- 48.- Revista Cuba Med 21:387-391. Julio-Agosto (1982). Reacción emocional del paciente amputado de causa vascular. Alvarez Victoria C., Hernández Juana, Villaescusa Sandra y Anquiano Antonio. Cuba.
- 49.- Rivas Pelayo Edgar Elif, (1981). Problema motor en el paciente hemipléjico adulto y su rehabilitación. Facultad de Psicología. México, D.F.
- 50.- Rivera Ofelia, Esquivel Ancona Fayne y Lucio Emilia, (1987). Integración de Estudios Psicológicos. Editorial Diana Tecnico. México, D.F.
- 51.- Rosenberg Morris, (1973). La autoimagen del adolescente y la sociedad. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- 52.- Sánchez Domínguez J.R., (1981). Revisión bibliográfica de las principales enfermedades vasculares y su tratamiento. Tesis que para obtener el Diploma de Especialista en Medicina de Rehabilitación Xalapa, Ver.
- 53.- Sarason Irwing G., (1977). Psicología Anormal. Editorial Trillas. México, D.F.
- 54.- Schilder Paul, (1958). Imagen y apariencia del cuerpo humano. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- 55.- Spitz Rene A., (1983). El primer año de vida del niño. Editorial. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- 56.- Tohen Zamudio Alfonso, (1982). Medicina Física y Rehabilitación. Editorial Distribución exclusiva, Librería Acuario, S.A. de C.U. México, D.F.

- 57.- Tovar E. y Perez Ruiz, (1976). Concepto de sí mismo: Diferencias entre adolescentes normales y con secuelas poliomiéltica. Facultad de Psicología. México, D.F.
- 58.- Vazquez Cruz A. y Llescas Vazquez D.L., (1981). La sexualidad en el lesionado medular. Facultad de Psicología. México, D.D.F
- 59.- Villa Gómez Martínez Martha, (1989). Estudio comparativo de la relación de pareja y actitud hacia la condición incapacitante de -- sus hijos, de padres (padre-madre) de niños física y/o mentalmente incapacitados y padres (padre-madre) de niños no incapacitados. Facultad de Psicología. México, D.F.