



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ADAPTACION EN LOS ADOLESCENTES CON SORDERA
CONGENITA (ANACUSICOS), Y ADOLESCENTES CON
SORDERA ADQUIRIDA (HIPOACUSICOS) DE AMBOS
SEXOS.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N:

REFUGIO DEL CARMEN MA. CAMACHO SEGOVIA
MA. DE JESUS CASTILLO RODRIGUEZ

Director de Tesis:

LIC. MA ENEDINA VILLEGAS HERNANDEZ

Director de la Facultad

DR. JUAN JOSE SANCHEZ BOSCA



MEXICO, D. F.

MAYO 1997

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

45
24.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**GRACIAS DIOS MIO:
POR AYUDARNOS A CULMINAR
NUESTRA FORMACION PROFESIONAL
Y POR ILUMINAR SIEMPRE NUESTRO
CAMINO.**

UN SINCERO AGRADECIMIENTO A LA:
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA

NO IMPORTA DONDE ESTEMOS, SINO
HACIA DONDE AVANZAMOS.
PARA ARRIBAR A PUERTO SEGURO A
VECES NAVEGAMOS CON EL
VIENTO A FAVOR Y A VECES EN
CONTRA; PERO LA CUESTION
ES NAVEGAR NO DERIVAR SIN RUMBO
NI PERMANECER ANCLADOS.

TODO PENSAMIENTO DESPROVISTO
DE PALABRAS PERMANECE EN LAS
SOMBRAS, Y TODA PALABRA SIN PENSAMIENTO
ES UNA COSA INCIERTA...

ANTE ESTO SOLO NOS RESTA DECIR A:

LIC. ENEDINA VILLEGAS HERNANDEZ.

"GRACIAS POR HABERNOS LLEVADO DE LA
MANO A LO LARGO DE ESTE TRABAJO"

CON GRATITUD A NUESTROS SINODALES:

LIC. JUANA ESTELA CORDERO BECERRA.

LIC. ALICIA RAMIREZ ZETINA.

LIC. PATRICIA MORENO WONCHEE.

LIC. JOSE RICARDO DIAZ GUTIERREZ.

POR SU DEDICACION, ESPERA, ENTUSIASMO
Y SU VALIOSA AYUDA PARA LA REALIZACION
DE ESTA TESIS.

A MIS PADRES:

GRACIAS POR DARMIE LA OPORTUNIDAD
DE PREPARARME PARA LAS ADVERSIDADES
DE LA VIDA.

A TI PAPA :

POR TU APOYO Y CONFIANZA
QUE SIEMPRE HE TENIDO.

A TI MAMA: +

TE DEDICO ESTE LOGRO QUE
HE ALCANZADO Y POR CREER
EN MI SIEMPRE.

MARY.

A MIS HERMANOS:

MAGO.
LUIS.
CONNIE.
PATY.
LALY.
RICARDO.
EDUARDO.

POR LA MOTTIVACION PARA SEGUIR ADELANTE
Y TODA LA AYUDA QUE ME BRINDARON PARA
CONCLUIR MI FORMACION PROFESIONAL.

CON CARIÑO A MIS SOBRINOS :

LUIS EDUARDO.
ANDRES.
PATRICIA MARIA.
RICARDO EMANUEL.

A MIS AMIGOS:

GRACIAS POR EL INTERES QUE
MOSTRARON CONMIGO EN CADA
MOMENTO.
LOS QUIERO MUCHO.

MARY

A MIS PADRES:

A DOS SERES ADMIRO YO EN ESTE MUNDO:
AL HOMBRE TRABAJADOR DE MANO FUERTE
Y SEGURA, EN LA QUE PERMANECERA PARA
SIEMPRE UNA REAL E INDOMABLE MAJESTAD.
¡A TI PAPA!

A LA MUJER QUE TRABAJA POR LAS IMPRESCIN-
DIBLES NECESIDADES DEL ESPÍRITU Y POR EL
INCANSABLE INTERES QUE PONE A MIS
ESFUERZOS.

¡A TI MAMA!

PORQUE A USTEDES DEBO ESTE TRIUNFO.

CARMEN.

A MIS HERMANOS :

**POR ENSEÑARME QUE LA IGNORANCIA
ES LA PEOR DE LAS ENFERMEDADES Y
EL ORIGEN DE TODAS LAS DEMAS.**

GRACIAS

A :

**MARTHA.
MAREK JAIR.
EVER IVAN.
IRAIS ALEJANDRA.
GIOVANI...**

**Y A TODAS AQUELLAS PERSONAS
QUE ME MOTIVARON PARA LLEGAR
HASTA AQUÍ.**

CARMEN

INDICE

	PAG.
RESUMEN. -----	1
INTRODUCCION. -----	2
CAPITULO I ADAPTACION. -----	7
I.1 Relación hombre-medio. -----	9
I.2 Fenomenología de la adaptación. -----	10
I.3 ¿Qué es adaptación?. -----	11
I.4 La adaptación como complejo dinámico organismo-medio. -----	12
I.5 Desarrollo y adaptación. -----	13
I.6 La adaptación en psicología. -----	14
I.7 Adaptación y motivación humana. -----	20
I.8 Adaptación y comportamiento. -----	20
CAPITULO II ADOLESCENCIA. -----	24
II.1 Intereses de la sociedad por las relaciones del adolescente. -----	24

II.2 La adolescencia se constituye en grupo social autónomo. -----	25
II.3 La adolescencia es un valor. -----	25
II.4 Definición de adolescencia. -----	26
II.5 Factor Biológico. -----	28
II.6 Aspecto psicológico. -----	31
II.7 Prolongaciones psíquicas de la imagen del cuerpo. -----	34
II.8 Aspecto social. -----	35
II.9 La educación física como factor de adaptación social. -----	36
II.10 Clasificación de los elementos de la conducta. -----	37
II.11 Clasificación de los elementos favorables y no favorables a la adaptación. -----	38
II.12 Emoción y adolescencia. -----	39
CAPITULO III SORDERA. -----	43
III.1 Anatomía y fisiología del oído. -----	45
III.2 Fisiología de la audición. -----	47
III.3 Clasificación y definición de sordera. -----	48

III.4 Anacusia. -----	49
III.5 Hipoacusia. -----	49
III.6 Hipoacusia severa. -----	49
III.7 Hipoacusia moderada. -----	49
III.8 Hipoacusia leve. -----	49
III.9 Concepto de Pseudohipoacusia. -----	48
III.10 Tipos de pseudohipoacusia. -----	51
III.11 Sordera hipoacusia y pseudohipoacusia. -----	52
III.12 Clasificación desde el punto de vista otológico. -----	53
III.13 Diferencia fundamental entre el niño sordo y el hipoacúsico. -----	54
III.14 Desarrollo motor. -----	55
III.15 Desarrollo perceptivo. -----	55
III.16 Desarrollo cognitivo. -----	56
III.17 ¿Cuál es la inteligencia del niño sordo?. -----	57
III.18 Desarrollo social. -----	58
III.19 ¿Se adapta bien el niño sordo a su déficit ?. -----	58
 CAPITULO IV METODO. -----	 62
 IV.1 Pregunta de Investigación. -----	 62

IV.2 Planteamiento de hipótesis. -----	62
IV.3 Planteamiento de variables. -----	63
a)Definición conceptual de variables	
b)Definición operacional de variables	
IV.4 Control de variables. -----	65
IV.5 Características de la población. -----	66
IV.6 Características de la muestra. -----	67
IV.7 Instrumento. -----	68
IV.8 Diseño. -----	73
IV.9 Procedimiento. -----	73
CAPITULO V	
ANALISIS DEL PROCEDIMIENTO ESTADISTICO. -----	75
V.1 Resultados. -----	76
V.2 Discusión de resultados. -----	78
Conclusiones. -----	81
Aportaciones. -----	83
Limitaciones y Sugerencias. -----	84
BIBLIOGRAFIA. -----	86

ANEXOS

Anexo I.- Tablas de Rangos Percentilares por sexo y por grupo (Camacho y Castillo) (inv. 1997)
Tablas de Rangos Percentilares por sexo (Enrique Cérda,1972)

Anexo II.- Tabla Normativa para Diagnóstico

Anexo III.- Tablas comparativas por grupo y sexo

Anexo IV.- Gráficas

Anexo 5.- Instrumento

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue, investigar la adaptación que presentan los adolescentes con sordera congénita (anacúsicos) y con sordera adquirida (hipoacúsicos) de ambos sexos; en el área familiar, de salud, social y emocional. Para lo cual a nivel teórico se menciona y se describe: En el Capítulo I La adaptación, abarcando desde su origen, surgiendo dentro de la teoría de la evolución hasta integrarse al campo de la psicología, en el capítulo II se analiza la adolescencia desde una perspectiva bio-psico-social, y por último en el capítulo III se toca el tema de la sordera enfatizando sus tipos, clasificaciones y causas.

El tipo de estudio utilizado fue, ex-post-facto dado que no se tuvo control directo de variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido, el tipo de investigación realizada fue de campo, con una muestra de 120 sujetos, 60 anacúsicos y 60 hipoacúsicos (30 hombres y 30 mujeres por cada grupo), con un rango de edad de 12 a 16 años.

Los resultados obtenidos indican que no existen diferencias en la adaptación que presentan los adolescentes hombres y mujeres, a excepción del área de adaptación familiar que resultó estadísticamente significativa en el grupo de sordera adquirida independientemente del sexo.

INTRODUCCION

Durante los años que siguieron a la Primera Guerra Mundial, los trabajos de J. B. Watson produjeron una considerable influencia en el desarrollo de la psicología moderna. Como es sabido Watson explica la conducta humana desde un ángulo muy mecanicista. El término adaptación comenzó en esta época a utilizarse cada vez con más frecuencia.

Siendo la adaptación un factor de la personalidad; muchos investigadores se han interesado por buscar la verdad acerca de dicho término, motivo por el cual se han elaborado muchos trabajos al respecto.

"Durante los años treinta fueron diseñadas varias pruebas psicológicas con la finalidad de conocer diferentes aspectos de la personalidad, por ejemplo la Escala de Madurez Emocional de Willoughby por cuyos resultados se demostró que el autocontrol y la madurez social aumentan con la edad durante todo el período de crecimiento y desarrollo general; también se utilizó el estudio de valores de Allport-Vernon para medir la actitud individual ante las normas éticas imperantes en la sociedad, el cual fue publicado inicialmente en 1931 y más tarde revisado y editado en la década de los cincuenta como "El Estudio de Valores de Allport Vernon-Lindsay" (Jiménez Meza, 1987 p.p. 6).

Allport elaboró una carta psicográfica con catorce rasgos de personalidad, cada uno de los cuales sería colocado por los observadores en una escala de uno a cien; el perfil de la personalidad total del sujeto se mostraba gráficamente por una curva en la que se unían los catorce rasgos.

El inventario de Ajustes de Hugh M. Bell, fue ampliamente utilizado para evaluar la seriedad de los desajustes emocionales y sociales entre adolescentes y adultos jóvenes.

Además de estas pruebas, en los años subsecuentes se diseñaron otros instrumentos como: La Escala de Autoanálisis de Raymond B. Cattell, La Escala de Madurez Social creada por E. A. Doll en Vineland, Nueva Jersey, El Inventario Multifacético de la Personalidad; de S. R. Hathaway y J. J. Mc. Clin-

ley, etc. Como dice S. Smith en 1960, A. Mehrabian y otros, prepararon cuestionarios para medir la madurez social; en Noruega en 1970 se ideó una escala para medir el impulso hacia la obtención del éxito y el impulso hacia evitar el fracaso, que atrajo la atención de psicólogos y educadores contemporáneos, también en esta década Douglas N. Jackson, de Ontario Canadá diseñó los siguientes inventarios:

“Forma de Investigación de Personalidad (PRI) (Sigma Assessment Systems) La PRI es un inventario de personalidad de falso y verdadero diseñado para el grado 6 hasta la edad adulta. La PRI requiere de 35 a 75 minutos, dependiendo de la forma. Existen 5 formas: la forma E consiste en 352 reactivos, las formas paralelas AA y BB contienen 440 reactivos cada una y las formas paralelas A y B consisten en 300 reactivos cada una. Con base en la teoría de rasgos sobre la personalidad de Henry Murray, cada una de las 15 escalas de las Formas A y B y las 22 escalas de las formas AA, BB y E consiste en 20 reactivos. Muchas de estas escalas tienen los mismos nombres que los mencionados en la descripción del Inventario de Preferencias Personales de Edwards.

Además de las escalas de contenido, todas las formas se califican con base en una escala de Poca Frecuencia que consiste en reactivos que rara vez se marcan; las formas AA, BB y E también se califican con base en una escala de Aceptación Social.

La PRI se estandarizó en 1,000 hombres y 1,000 mujeres en 30 universidades. Los coeficientes de consistencia interna y confiabilidad test-retest para las 14 escalas de contenido comunes a las cinco formas se encuentran alrededor de 80, pero la confiabilidad de las seis escalas de contenido adicionales en las formas AA, BB y E son de .50. Los coeficientes de validez que se obtienen al correlacionar las escalas de contenido con las calificaciones en comportamiento y una forma de calificación de rasgos especialmente desarrollada es de .50 más o menos. En el manual de la PRI también se informa sobre la evidencia para la validez convergente y discriminativa.

Inventario de Personalidad de Jackson (Sigma Assessment Systems) Al igual que la PRI, el Inventario de Personalidad de Jackson (JPI) está diseñado para adolescentes y adultos. Comprende 320 reactivos de falso y verdadero y se lleva alrededor de 1 hora. El JPI tiene una orientación más social o interper-

sonal que la PRF, al proporcionar un método de predecir el comportamiento en una variedad de escenarios prácticos (empresarial, industrial, educativo, recreativo, así como en situaciones clínicas y de asesoramiento. La metodología de elaboración para el JPI fue aun más avanzada que para la PRF. Se realizaron análisis separados de reactivos de un extenso grupo de reactivos que se aplicó a dos muestras de personas a fin de aumentar al máximo las varianzas del contenido en relación con la varianza de aceptación social; incrementar al máximo la varianza de reactivos y reducir al mínimo la superposición entre las escalas.

El JPI se califica con base en las siguientes escalas de sustantivos, o contenido, además de una escala de Poca Frecuencia.

Ansiedad	Innovación	Autoestima
Extensión del Interés	Afecto Interpersonal	Habilidad Social
Complejidad	Organización	Participación Social
Contormidad	Responsabilidad	Tolerancia
Nivel de Energía	Aceptación de Riesgos	Ortodoxia de Valores

1. Están disponibles las normas con base en muestras de 2,000 hombres y 2,000 mujeres de 43 universidades de América del Norte, además de normas separadas de escuelas de Educación Superior. Los coeficientes de confiabilidad de consistencia interna para las escalas separadas varían desde .75 hasta .95, con un promedio de .90 más o menos. Con respecto de la validez del JPI, las correlaciones de las calificaciones en las 15 escalas con calificaciones de los mismos rasgos son moderadas (.38 con calificaciones de compañeros, .56 con calificaciones de si mismo y .70 con variables de listas de verificación de adjetivos relevantes). Las correlaciones con otros criterios (preferencia ocupacional, actitud hacia el consumo de marihuana, y aspectos parecidos) se mencionan en el manual. Al igual que la Forma de Investigación de Personalidad, el Inventario de Personalidad de Jackson tiene un buen potencial. Ningún inventario se ha utilizado en forma muy común, de modo que todavía debemos tomar en cuenta sus potenciales" (Lewis, R. Aiken, 1996, pp. 12-13)

De las innumerables investigaciones que se han llevado a cabo con estas pruebas, señalaremos solamente algunas de las que se han realizado específicamente para investigar el problema de la adaptación de los adolescentes. El cuestionario de Ajustes de Hugh M. Bell, ha sido utilizado en varios países sobre todo en los Estados Unidos, aplicándose en California, Ohio, Massachusetts, Nueva Jersey, Washington y otros lugares. En Europa, específicamente en Barcelona España, el Dr. Enrique Cerdá, distinguido investigador de ese país autor de varios libros, tradujo, adaptó y estandarizó desde la década de los sesentas la prueba de Bell, modificándola en 14 ítems. El Dr. Enrique Cerdá encontró que es un instrumento útil y confiable para descubrir en los adolescentes de nivel de secundaria y preparatoria, información válida acerca de lo que piensa y siente el sujeto sobre sus relaciones familiares, sobre el funcionamiento de su organismo, acerca de sus amistades o relaciones extrafamiliares, su grado de contacto social, cómo entiende el individuo sus propias emociones y sentimientos y finalmente, conocer el grado de satisfacción y expectativas que le proporciona la vida profesional.

Esta misma Prueba se adaptó y normalizó en Francia en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Paris I, otro país donde se ha utilizado este instrumento es Canadá, la prueba se ha manejado sin sufrir ninguna modificación ni normalización.

Otras investigaciones han sido realizadas para adaptar y estandarizar el Test; como en Lima-Peru y México donde encontramos los siguientes trabajos: En 1965 se procedió a estandarizar la prueba con los alumnos del nivel medio superior en el Instituto Politécnico Nacional, a partir de esto surgió la necesidad de modificar algunos reactivos incluyendo además 26 conceptos escolares.

"En 1982, un grupo de psicólogos de orientación vocacional del Instituto Politécnico Nacional aplicó este cuestionario para investigar la adaptación de los alumnos del Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos y con base en ella, han elaborado nuevas normas de calificación" (Jiménez Meza, 1987 p.p. 9).

Recientemente en 1992 en el VI Congreso de Psicología Clínica y en el II Ibero-latinoamericano, Rubén Varela del Departamento de Psicología General y Experimental (Coordinación de medición) de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M., investigó la confiabilidad de este instrumento encontrando que de

los 140 reactivos que conforman el Test sólo discriminan 41 con base en esto se obtuvo un Alfa de Cronbach de .7674 para el Area Familiar, .7402 para el Area de Salud, .5770 para el Area Social y .819 para el Area Emocional pero esto sólo en los reactivos que sí discriminaron.

CAPITULO I

ADAPTACION

El origen del concepto de adaptación se sitúa en el siglo XIX y se conforma en una doble noción. Por un lado la teoría de la evolución lamareckiana o darwiniana y por el otro, la biología teórica a partir de Claude Bernard. Gracias al progreso de la ciencia, el concepto de adaptación adquiere agilidad y consistencia, luego de conocer la relación conceptual.

La explicación del concepto de adaptación puede proseguirse en el plano fenomenológico y funcional. (Bresson, 1970).

"Aunque el término *adaptación* ha sido utilizado sobre todo como sinónimo de salud mental, también ha sido aplicado por muchos investigadores para referirse al ajuste que el individuo logra a su entorno. El término de adaptación fue usado inicialmente por L. Shaffer en 1936, en su obra *La Psicología de La Adaptación* definiéndola como: "el proceso biológico mediante el cual el organismo consigue ajustarse a su medio" con esta obra logró consagrar el término adaptación definitivamente. (Jiménez Meza, 1987 p.p. 11).

Cada ser humano empieza su vida como una sola célula, formada por la unión del espermatozoide del padre y la célula ovular de la madre. Así los padres transmiten características hereditarias a sus hijos por medio del ácido desoxirribonucleico (A.D.N.), estas moléculas proveen los patrones químicos que guían el crecimiento del organismo.

El ambiente juega un papel muy importante; pues, el medio intrauterino proporciona un lugar adecuado para el desarrollo del nuevo organismo. Después del nacimiento, el bebé, continúa perfeccionándose de acuerdo al plano cianográfico hereditario y a las condiciones de su medio. Luego entonces, las diferencias biológicas entre las personas pueden ser producto de factores hereditarios, ambientales o de una combinación de ambos. La herencia puede

determinar tendencias a desarrollarse o puede limitar el crecimiento; pero estas tendencias no pueden acrecentarse sin un medio adecuado" (Coronado, 1990 p.p. 59).

Piaget, aunque trasciende el concepto biológico de adaptación al traerlo a la psicología, dice que "podemos considerar la adaptación cognitiva del sujeto a los objetos como un caso particular de la adaptación biológica del organismo al medio...". (Ornelas Vázquez, 1989 p.p. 6).

Algunos autores toman el concepto de adaptación para integrarlo al campo de la psicología; sin embargo antes de extendernos más en esto, es necesario exponer algo sobre la adaptación, desde la teoría de la evolución y la biología.

Cuando Darwin, en la primera mitad del siglo pasado, planteó su primera Teoría de la Evolución, el concepto de adaptación cobró gran importancia. Sus agudas y meticolosas observaciones le permiten ver como son justamente los organismos mejor adaptados los que dejan más sólida y numerosa descendencia, con lo que después de muchas generaciones, se producen adaptaciones cada vez más complejas y perfectas. Darwin, escribe en su clásico libro de *El Origen de las Especies*, "La selección natural obra exclusivamente mediante la conservación y acumulación de variaciones que sean beneficiosas en las condiciones orgánicas e inorgánicas a que cada ser viviente está sometido en todos los periodos de su vida" (Ornelas Vázquez, 1989 p.p. 7).

Dentro del campo de la biología se han propuesto diversas definiciones de adaptación. Ch. H. Marx la define como "todo carácter anatómico o fisiológico que ajusta el organismo a las condiciones del medio en que vive, o que ajusta las partes del organismo unas a otras, y también el proceso que conduce a estos resultados". (Ornelas Vázquez, 1989 p.p. 9).

Spencer dice que adaptación es "el ajuste continuo de las relaciones internas y de las relaciones externas". (Idem p.p. 10)

Wallace y Co. dicen que "todos los seres vivos poseen la capacidad de hacer ajustes fisiológicos para subsistir en las fluctuaciones del ambiente inmediato". (Idem p.p. 10).

Para finalizar esta parte de adaptación biológica es importante tomar algunas reflexiones que hace Meyer en cuanto al dilema muerte-supervivencia. Un ser mejor adaptado es el que tiene una mayor probabilidad de supervivencia en condiciones más cuantiosas y diversas. Sin embargo, este problema sólo en casos extremos traduce la realidad de la adaptación pues, de acuerdo a la Teoría Sintética Moderna de la Evolución, la selección adaptativa, vinculada en las formas inferiores y en las etapas primitivas de la evolución a la eliminación física por todo o nada, adquiere progresivamente formas más sutiles: "la selección letal sucede de manera progresiva una selección competitiva que deja que modos de adaptación se multipliquen, diversifiquen y jerarquicen. Este proceso alcanza su punto máximo en el hombre". La forma categórica de la inadaptación es la muerte, pero más acá de ese caso límite, hay mil matices de la adaptación. El hombre inadaptado es, en realidad, un subadaptado que sobrevive sin vivir conforme a las normas humanas. En general nuestras adaptaciones nos sitúan simplemente en cierto nivel de equilibrio y de intercambios que van de lo mejor a lo peor. La sanción de la inadaptación no es la muerte, sino un estatuto jerárquicamente degradado dentro de la escala psicológica o dentro de la escala social, o en ambas a la vez.

Todo individuo se ajusta a su medio lo cual implica tres clases de estructuras:

- 1.- **Receptores:** Son las estructuras sensibles a los cambios de energía en el ambiente físico.
- 2.- **Efectores:** Músculos y glándulas.
- 3.- **En el sistema nervioso:** Que conecta los receptores con los efectores a través de los nervios sensitivos o receptores y de los nervios motores o aferentes. Por lo tanto la dinámica de la vida de la persona es tal, que cada experiencia, actitud o pensamiento están cambiando en relación constante a la intervención de las fuerzas biológicas, psicológicas y ambientales (Skinner, 1946).

RELACION HOMBRE-MEDIO

- 1.- El hombre se adapta constantemente y de modo activo al ambiente donde vive, evolucionando el mismo o modificando su entorno.
- 2.- El ambiente físico simboliza, concretiza y condiciona el ambiente social.

3.- El medio ambiente es un conjunto de objetos o fines aborrecibles o deseables.

4.- El medio ambiente debe estudiarse con una perspectiva polar.

Todas las personas tendemos por selección natural, a adaptarnos al medio para la supervivencia (Wolf, 1981).

FENOMENOLOGIA DE LA ADAPTACION

Las modalidades de la adaptación se proyectan en todas las dimensiones del sistema biológico:

1.- Caracteres o variaciones morfológicas externas (disposición de los miembros) e internas (estructuras de los órganos).

2.- Fisiología: Variaciones cuantitativas y cualitativas del metabolismo (secreciones).

3.- Comportamiento: Actitudes etocológicas, investigación y explotación del medio.

4.- Procedimiento técnico: Modelado y movilización del medio.

5.- Reacciones colectivas desde el simple efecto de grupo hasta los complejos sistemas técnico-culturales del hombre (ritos, mitos, normas, sistemas de simbolización, etc.).

En consecuencia, la adaptación está constituida por diferentes estratos articulados entre sí de manera compleja, propiciando:

a) Las distintas formas de adaptación no son entidades aisladas, una misma función *adaptativa* se normaliza por la coincidencia de sus normas de conducta.

b) Las vías de ajuste se interfieren.

c) Cada uno de los medios de adaptación define un medio que le es propicio;

medio interior delimitado por la anatomía y definido por la fisiología.

- d) Existe una ambigüedad en la extinción adaptativa a un género de vida.
- e) El comportamiento está vinculado a condiciones anatómicas y fisiológicas complejas.
- f) La adaptación es un compromiso global en el que se realiza un equilibrio (Piaget, 1935).

¿QUE ES ADAPTACION?

Todo hombre ni puede, ni sabe, ni soporta estar solo, vive con los demás; los restos de nuestros antepasados, incluso en los más primitivos, indican que el hombre vivió siempre en grupos más o menos grandes, formando familias, hordas, clanes, tribus y aldeas en las que sus miembros se reunieron, asociaron e identificaron para que juntos logaran, con mayor facilidad, abundantes y mejores satisfactores de sus necesidades e ineludiblemente con esta unión o asociación surge un concepto, o debemos decir un mecanismo, la adaptación, el cual se lleva a cabo de una manera dinámica entre el individuo y el ambiente en donde el sujeto puede o no avenirse a las condiciones impuestas por el ambiente, o el medio puede o no avenirse a las condiciones impuestas por el sujeto (Wolf, 1981); todos nacemos, crecemos y nos desarrollamos bajo esta dinámica. (Citado por Coronado, Medina 1990 p.p. 61).

La adaptación y la inadaptación actúan en distintos grados:

1.- En relación con el individuo:

Adaptación: Desde lo normal hasta la completa sumisión al ambiente.

Inadaptación: Desde el desarrollo de una personalidad diferenciada hasta el total aislamiento.

2.- En relación con el ambiente:

Adaptación: Desde la adaptación democrática recíproca hasta la forma dictatorial de sumisión completa del ambiente al individuo.

Inadaptación: Desde el separatismo hasta un estado anárquico de todos los individuos (Bell, citado por Jiménez Meza, 1987).

La adaptación cambia durante y a lo largo de la vida de cada individuo. Debido a esto la personalidad, de todo hombre es un sistema de procesos dinámicos en continuo movimiento que está influenciado por el desarrollo físico y mental de cada ser humano (Fromm, 1985) Para P. Freire (1979), la adaptación depende del medio.

El que un individuo se encuentre bien adaptado será producto de haberle proporcionado un ambiente adecuado y ello dependerá de la planificación de la sociedad a partir de la instauración de leyes que rigen en la misma, y de la transmisión de valores sociales y morales; según los biólogos la adaptación se entiende como "Todo carácter anatómico o fisiológico que ajusta al organismo a las condiciones del medio en que vive o que acomoda las partes del organismo unas a otras y también el proceso que conduce a estos resultados". Existen adaptaciones morfológicas, fisiológicas y comportamentales, así pues hay un número inmenso de adaptaciones más o menos especializadas del organismo al medio y de las partes del organismo en sí (Piaget, 1985).

LA ADAPTACION COMO COMPLEJO DINAMICO ORGANISMO-MEDIO

Puede tomarse como punto de partida de un análisis crítico del concepto de adaptación esta definición de Spencer: "ajuste continuo de las relaciones internas y las relaciones externas" (F. Bresson, 1970).

Ante todo hay que destacar que toda adaptación supone una previa condición necesaria al ajuste de las relaciones internas mismas; una variación interna, aunque ajustada a una variación externa, no tendría valor adaptativo si mostrara ser incapaz de ajustarse a ella.

La adaptación comportamental, consiste finalmente en apoderarse del ajuste de un medio exterior a ella; constituido por un mundo técnico y social, pero éste se ajusta al medio geográfico y cósmico que a su vez es interior a él.

La adaptación consiste, para el organismo, en apoderarse de las "relaciones externas" a fin de ajustarlas mediante una variación de su fisiología a sus relaciones internas, y el organismo sólo se adapta al medio si se hace capaz de adaptar el medio a él. "Ajuste recíproco y continuo de las relaciones internas y de las relaciones externas", constituiría una definición más satisfactoria de la adaptación (F. Bresson, 1970).

Hay que reconocer que el concepto de adaptación es víctima constante de un tenaz arquetipo epistemológico.

Se pretende creer que el organismo varía "en función de su medio" y que la comprensión de la adaptación va de la variación del medio como "causa" y la variación del organismo como "efecto" (F. Bresson, 1970).

El organismo varía en el momento en función de sí mismo y, al mismo tiempo, el medio está igualmente sometido a variaciones en función del organismo.

DESARROLLO Y ADAPTACION

Antes de los biólogos, sabios y psicólogos funcionalistas, el mecanismo de la adaptación era tomado de una manera global, es decir, como la idea de una evolución adaptativa, de un desarrollo adaptativo, que se difundió ampliamente entre el público. Unos continuaron viendo al niño como un recién llegado, completamente inadaptado con respecto a un mundo que es exterior y extraño a él, como un ser al que la sociedad, gracias a ese intérprete que es la educación debe modelar desde afuera y conformar a sus usos para que se vuelva humano. Otros lo consideraban, más bien, como un organismo dinámico al que su propia organización y sus intercambios con el medio circundante imponen "tareas desarrollistas" como mencionaba Havighurst, tareas que él mismo debe efectuar para alcanzar el tipo de organización psíquica del ser humano adulto. Pero todos están de acuerdo en el fondo en que, de una

u otra manera, desarrollarse, crecer, hacerse adulto, equivale para el individuo a adaptarse al medio físico, social y cultural dentro del cual está destinado a vivir. (Osterrieth, 1970).

La idea de adaptación evoca, evidentemente una idea de relación entre el individuo y el medio exterior. Pero cuando se piensa en el desarrollo del niño es necesario ver que el mundo del niño sólo es exterior a los ojos del observador, y que en realidad los dos términos de la relación son inseparables ya que, de acuerdo con una excelente fórmula de Ajuriaguerra y Garone el individuo "no debe ser considerado como un ser hecho de manera repentina, sino como un ser que, en su funcionamiento va haciéndose a medida que se hacen sus propias realizaciones" (Bresson, 1970). En otras palabras el individuo en crecimiento se nos presenta, no tanto como una identidad circunscrita y cerrada que en un momento dado debe adaptarse a algo exterior a ella, sino, más bien, como una estructura funcional abierta, que organiza al funcionar y que, de ahí, no puede dejar de integrar, de una manera, los elementos "exteriores" que se hallan implicados en su funcionamiento (Osterrieth, 1970).

LA ADAPTACION EN PSICOLOGIA

Como se ha señalado, Piaget retoma el concepto de adaptación biológica para explicar el desarrollo de la inteligencia de cada individuo a lo largo de su maduración desde el infancia hasta la vida adulta. Para él la inteligencia constituye un sector particular de las actividades del organismo en interacción con el medio. En esta dinámica organismo-medio (sujeto-objeto) se da una relación constructiva, creadora de formas cognitivas u orgánicas que van mas allá del empirismo y el lamarckismo que le dan preponderancia al medio, y más allá también del mutacionismo que, contrariamente a las anteriores, resalta las estructuraciones endógenas.

Allport es uno de los psicólogos que han dado un fuerte apoyo para que el concepto de adaptación se integre sólidamente al campo de la psicología.

Este autor define la personalidad como la "organización dinámica en el individuo de los sistemas psicofísicos que determinan sus peculiares adaptaciones a su medio ambiente", hace también un análisis de la personalidad y la define utilizando el término adaptación como sigue: "la personalidad es la organización dinámica de los sistemas psicofísicos dentro del individuo que determinan sus peculiares adaptaciones al medio". Sin embargo, dice que no es acertado pensar que la personalidad se define únicamente en términos de adaptación. No solamente nos adaptamos pasivamente al medio, sino que también incidimos en él y tratamos de modificarlo y dominarlo. "El individuo progresa de la adaptación del sujeto al ambiente, de la adaptación del ambiente al sujeto". Otros autores también insisten en esa interacción dinámica sujeto-medio como Osterrieth, Nuttin, Piaget, Hartmann, Spitz, Cerdá.

Osterrieth, por ejemplo, luego de decir que "así como existe una correlación entre evolución biológica y adaptación, así también entre desarrollo psicológico y adaptación...".

Volviendo nuevamente a Allport, encontramos que para él los mecanismos de defensa del yo son estrategias protectoras de sí mismo; sin embargo para él estos no constituyen todo el repertorio de acciones adaptativas en una persona normal. El individuo normal se encara frecuentemente con sus debilidades y deficiencias de modo realista. Examina su culpabilidad, sus temores y sus errores con serenidad y busca con plena conciencia la manera de elaborar una construcción personal más integrada.

Para Cerdá "la conducta de una persona está determinada por sus motivos, necesidades y pulsiones por una parte y por los estímulos del medio por otra". En esta interrelación sujeto-medio podemos encontrar desde individuos sin conflictos, bien adaptados que son considerados como anormales; es decir, una persona puede disenter de su medio sin que por ello tengamos que considerarla como "anormal".

Cuanto más descendemos de la escala zoológica, más encontramos que el proceso de adaptación está más ligado a necesidades fisiológicas, en tanto que en el hombre la adaptación es mucho más complicada, pues intervienen procesos no sólo fisiológicos, sino también procesos psicosociales y culturales sumamente complejos.

Otro autor importante en cuanto a la adaptación en el ser humano es Joseph Nurtin para quien la adaptación del individuo debe ser entendida como "la posibilidad del sujeto de construir el medio en función de las concepciones que él mismo se hace de su entorno". El término adaptación desde la biología implica a un organismo y su medio, en constante cambio al que están sujetos, tanto el organismo como el medio, da lugar a que la adaptación no sea concebida como un estado, sino más bien como un conjunto de procesos que regulan la interacción entre ambos, alcanzando así el organismo un estado satisfactorio de adaptación denominado como equilibrio.

Por su parte la teoría freudiana concibe a la personalidad bien ajustada como aquella que atiende con éxito al amor y al trabajo, aún cuando el psicoanálisis no hace referencia específica a estudios sobre adaptación.

Alfred Adler, en su *Psicología Individual* considera que cada persona se ajusta a su medio en la medida que lucha por el poder.

Harry Stack Sullivan en su teoría de las relaciones interpersonales, sostiene que con base en su funcionamiento biológico el hombre es el producto de su interacción con otros seres humanos y que la adaptación depende de esta interacción; Sullivan enfatiza que la sociedad es creadora de la personalidad del hombre y afirma que éste va cambiando su patrón básico a medida que su personalidad se desarrolla y llega a la madurez.

Otto Rank, quien enfatiza la importancia de lo que él llama "*El Trauma del Nacimiento*" en el desarrollo psicológico del ser humano afirma que el sano desarrollo de la personalidad depende de los ajustes internos del individuo y no sólo de las circunstancias o condiciones externas. El hombre madura cuando corrige las ilusiones que ha forjado sobre sí mismo y encara la realidad, aún cuando tales ilusiones son en la mayoría de los casos, inevitables y aún necesarias.

Cuando el niño se desarrolla, aprende a confiar en sí mismo para tomar decisiones, para lograr su independencia de los padres u otras personas y para asumir una responsabilidad creciente por sus determinaciones y sus acciones.

Para Erik H. Erikson, las manifestaciones superficiales del crecimiento no se deben confundir con otras formas más profundas como las psicosexuales que actúan en periodos sucesivos de las etapas de la vida, de tal manera que el niño madura normalmente a través de los ajustes psicológicos establecidos con su madre y otras personas que le rodean.

Carl Ransom Rogers, expresa que la autorrealización del ser humano se ve obstaculizada cuando existe alguna dificultad en la adaptación del sujeto; además de su teoría, desde 1940 desarrolló una técnica conocida como "Psicoterapia no Directiva" o asesoramiento concentrado en el *paciente* con la que se propone que los individuos progresen en la comprensión de sí mismos en su autonomía, reconociendo y después eliminando sus tensiones sociales, dudas, resentimientos y conflictos internos a fin de iniciar su progreso hacia ajustes saludables.

El resultado final es una adaptación satisfactoria que se denomina ajuste y, el desajuste por lo tanto, se refiere a los intentos desafortunados de adaptación.

La mayoría de las personas logran sobreponerse continuamente a diversos tipos de tensiones, sin embargo, lo que llamamos adaptación no sólo se limita a esto, sino que encontramos que dicho término, tiene concepciones diferentes como las siguientes:

El punto de vista de la biología moderna indica que "una adaptación es una variación heredada o una combinación de características heredadas que aumentan las probabilidades del organismo para sobrevivir y reproducirse en un determinado ambiente" (Jiménez Meza, 1987).

Fisiológicamente, adaptación es la manifestación somática de una reacción generalizada de las energías defensivas del organismo, producida por agentes nocivos o estresantes a la cual desde 1936 se le ha dado el nombre de Síndrome General de Adaptación (S.G.A.) o Síndrome Biológico de Stress (Jiménez Meza, 1987).

Esta reacción biológica ante los elementos que causan stress tiene un patrón característico con tres etapas o fases que son:

- 1.-** Una reacción de alarma o respuesta inicial de las energías defensivas del organismo; cuando el agente estresante es tan fuerte que se hace incompatible con la vida, el sujeto muere durante esta reacción.
- 2.-** Una segunda fase de resistencia sucede si la exposición continúa al agente estresante, es compatible con la adaptación del organismo; los signos físicos de la reacción de alarma desaparecen y la resistencia se eleva por encima de lo normal.
- 3.-** Por último, la fase de agotamiento o fatiga que aparece si el organismo tiene una exposición todavía más larga al agente nocivo, trae como resultado que pierda nuevamente la adaptación que había adquirido ; esta fase se continúa inexorablemente hasta llegar a la muerte, de tal manera que, se puede asegurar que la adaptación de todo organismo vivo es limitada.

Robert L. Thorndike y Elizabeth Hagen nos dicen que el ajuste es un término que se usa para indicar hasta qué punto el individuo ha logrado establecer la paz consigo mismo y con el mundo que le rodea; así en la medida en que el sujeto puede aceptarse sin disgusto a sí mismo y al mundo que le rodea, en la medida en que su modo de vida no lo ponga en conflicto con el grupo social, se le considerará "bien ajustado" (Jiménez Meza, 1987).

Abraham Maslow, en su teoría de autorrealización asegura que a medida que el hombre es capaz de satisfacer sus necesidades en jerarquía de prioridades, se adapta mejor a su medio.

Finalmente el Consejo Interamericano de Asociaciones Psíquicas maneja estos términos indicando que: "Ajuste es la relación entre la persona, su ser interno y su medio ambiente y "adaptación es la adecuación o conformación al medio ambiente típicamente mediante una combinación de maniobras auto-plásticas que implican una modificación en el ser (self) y maniobras aleoplásticas que implican modificación en el medio ambiente externo" (idem).

Una persona mal adaptada está siempre sujeta a frustraciones y conflictos, que son dos tipos de tensión psíquica que siempre dificultan la vida del ser humano.

El término frustración se puede utilizar con distintas connotaciones: En primer lugar, se aplica para designar el estado emocional que resulta cuando un obstáculo impide la satisfacción de un deseo, de una necesidad, de una meta, de algo que se espera o de una acción; y, en segundo lugar para referirse al obstáculo mismo.

La frustración se presenta con variaciones de una persona a otra, ya que determinada circunstancia puede producir una gran frustración en un individuo, mientras que a otro, no le afecta en lo más mínimo. Esto se debe a que cada uno de ellos, tiene diferentes deseos así como distintas necesidades, metas, expectativas y también distintas acciones o conductas diferentes.

Las causas de la frustración pueden ser físicas, personales o sociales, dependiendo de las limitaciones que en estos aspectos tenga cada individuo y las metas que se proponga lograr.

Por otra parte, los conflictos se definen como situaciones en las que dos o más necesidades, metas o acciones que se presentan a un individuo son incompatibles, es decir, se oponen entre sí y provocan que el sujeto se sienta atraído en distintas direcciones al mismo tiempo, con la consiguiente sensación de molestia e indecisión, de tal manera que el decidirse por una de las alternativas del conflicto, forzosamente lo obliga a renunciar a las otras, por lo que generalmente los conflictos representan también una frustración.

La eliminación de frustraciones y conflictos contribuye en gran medida a la salud mental del ser humano, considerando que una persona mentalmente sana se caracteriza como bien adaptada, lo cual significa que se enfrenta con éxito a los conflictos sin que éstos le causen alteraciones serias en su personalidad.

ADAPTACION Y MOTIVACION HUMANA

El término adaptación llevado al campo de la motivación y el comportamiento, se refiere a un proceso originado por la ruptura momentánea del equilibrio que existe entre el organismo y el medio, esta ruptura es percibida por el sujeto como una necesidad o como una fuente de tensión, la conducta humana y su motivación son entonces, concebidas como adaptación.

El concepto de adaptación, debido a su origen darwiniano, implica una cierta concepción de la actividad tanto del organismo como del medio. El entorno físico y social al cual el organismo se adapta se presenta como un conjunto de condiciones que el organismo no puede modificar, lo que requiere de éste una cierta flexibilidad que le permita plegarse a las exigencias cambiantes del medio.

El estado de equilibrio entre organismo humano y medio, es frecuentemente roto a consecuencia de cambios en las condiciones de uno y otro o ambos. La ruptura da lugar a tensiones que sólo pueden reducirse mediante un comportamiento adaptativo. Esta conducta adaptativa, sin embargo, no es sólo de sometimiento del organismo; se trata de un proceso bilateral en el que tanto el organismo se adapta al medio como éste se adapta al organismo al ser modificado por él. Más aún, la conducta humana no sólo es para restablecer el equilibrio cada vez que éste se rompe, sino más bien, el hombre trata de modificar las condiciones y situaciones "de tal manera que, éstas se aproximen cada vez más a la concepción que él se forma de ellas" (Ornelas Vázquez, 1989). El hombre se construye concepciones dinámicas y cambiantes tanto de sí mismo como del mundo en que vive. Esto hace que el individuo reestructure el medio y se reestructure a sí mismo, para lograr la realización de sus proyectos.

ADAPTACION Y COMPORTAMIENTO

La noción de adaptación, tal y como muy a menudo se emplea en el estudio del comportamiento y de su motivación se refiere de la manera más especial al equilibrio homeostático y a los procesos reguladores relacionados con éste. En efecto, se tiende a concebir la conducta y su motivación como una adaptación o readaptación del organismo al medio, bajo la influencia de la ruptura

del equilibrio que se supone existe en los dos polos (organismo o personalidad, por una parte y medio por la otra).

La conducta queda concebida como actividad que tiene por fin restablecer el equilibrio después y cada vez que éste se rompe a fin de adaptarse de tal manera a las nuevas condiciones del medio externo o interno (Piaget, 1985).

Por otra parte las diferentes formas de adaptación van siguiendo el nivel y dirección del desarrollo, aún cuando en algunas ocasiones pueden presentarse formas regresivas de adaptación. Cada fase tiene sus propios impulsos y defensas características, así como sus modos específicos de resolución. "El yo maduro es más adaptable que el yo infantil" aún cuando existen casos de adaptación regresiva, pues como dice Hamann para lograr la adaptación óptima pueden necesitarse funciones más primitivas que completen las más altamente diferenciadas" (Ornelas Vázquez, 1989).

Kolb, por ejemplo plantea cómo la esencia de la vida es la adaptación, el hombre no sólo ha logrado ajustes anatómicos que lo protegen de su ambiente, sino que también ha logrado recursos psicológicos que lo ayudan a manejar sus tensiones y necesidades emocionales. Estas necesidades emocionales que el hombre requiere de satisfacción son el afecto, la seguridad personal, la autoestima y la defensa contra sentimientos amenazantes. Estos recursos psicológicos "efectúan una adaptación a las situaciones interiores y a las experiencias que, de otra manera, serían penosas o intolerablemente molestas". El ser humano elabora mecanismos protectores ante la angustia, al igual que el sentido de autoconservación evita el peligro físico inminente.

Para este autor la evolución de una persona requiere del desarrollo de los procesos de conducta que le permiten adaptarse a la vida en la sociedad humana. Estos procesos adaptativos (como pensamiento y lenguaje), son procesos que se adquieren a través del aprendizaje igual que los mecanismos psicológicos que le permiten equilibrar sus tensiones internas con las condiciones ambientales.

Para Fromm, la capacidad de adaptación del ser humano es la raíz misma de la evolución humana. Una adaptabilidad que de ninguna manera implica sumisión pasiva a las condiciones externas, sino que, por el contrario, se trata de una lucha incesante "que le impulsa a no cesar jamás en la búsqueda de con-

diciones más ajustadas a sus necesidades intrínsecas". (Ornelas Vázquez, 1989).

La adaptación definida según Bell es "El yo como una especie de resorte o central encargada de facilitar la adaptación entre las demandas del organismo de una parte y la influencia del medio social o físico de la otra. El yo comienza a desarrollarse desde el nacimiento y está cada vez en mejores condiciones de poder cumplir su misión en función de los aprendizajes que haya realizado" (Manual del cuestionario de adaptación para adultos, Bell, 1974).

El hombre puede adaptarse en un momento dado, a condiciones sumamente difíciles o insatisfactorias, pero en ese proceso de adaptación necesariamente se generan mecanismos mentales y emocionales que lo protegen de una posible desintegración del yo. Para Fromm, esas perturbaciones emocionales "lo obligarán, con seguridad, a modificar su propia naturaleza" (Ornelas Vázquez, 1989).

Desde el punto de vista psicológico aún cuando hay diversas opiniones, la mayoría de los autores coinciden en que una persona "bien adaptada" debe tener características como las siguientes:

- a) Tener una meta bien definida en la vida y saber qué se requiere para alcanzarla
- b) Manifestar capacidad para apreciar de una manera realista sus virtudes, defectos, potencialidades, es decir tener capacidades de auto-crítica y conocimientos de sí mismo.
- c) Tener sentimientos positivos sobre sí mismo, considerarse competente, capaz y con éxito en la vida; esto es tener autoestima.
- d) Mostrar seguridad en sí mismo, autonomía e independencia.
- e) Saber relacionarse positivamente con sus semejantes y tener capacidad tanto para recibir como para dar afecto.
- f) Aceptar las funciones fisiológicas de los deseos corporales como normales y derivar placer de las cosas físicas de la vida sin sentir necesidad excesiva para dedicarse a ellas.
- g) Valorar lo que la vida nos ofrece, sentirse satisfecho, disfrutar y ser feliz.

Por los conceptos y definiciones que se han hecho hasta ahora, se puede deducir que la adaptación se refiere a las diversas conductas y los procesos cognoscitivos que adoptan y ocurren en el individuo para adecuarse a su medio ambiente; la mayoría de las personas tienen que adaptarse por lo menos una vez en su vida, a condiciones difíciles porque hasta el ser humano más afortunado debe, a veces, enfrentarse a la adversidad.

Es importante recordar que al enfrentarse a frustraciones, conflictos y otras tensiones psíquicas, todas las personas utilizamos diversos mecanismos de acuerdo a las características personales de cada uno; no obstante, dichos mecanismos llamados de defensa, no se mencionan en el presente trabajo ya que nuestro principal interés estriba en aplicar los conceptos de adaptación a la adolescencia, etapa del desarrollo en la que se encuentran los sujetos de la presente investigación.

Con base en lo señalado en el primer capítulo se puede decir que en la vida todo es adaptación y no cabe más que deplorar la vaguedad de este concepto (Piaget, 1985). Adaptación evoca una relación entre el individuo y su mundo exterior. Adaptación se relaciona con múltiples formas de autorregulación y de coordinación de los procesos fisiológicos (Nuttin, 1984). Una buena adaptación es la que se sostiene o se mantiene con un desgaste mínimo en los intercambios entre el organismo y el medio.

Una desadaptación se da cuando se le imponen al organismo una reestructuración onerosa y en su límite, una asimilación insuficiente (Bell, 1982). La adaptación se lleva a cabo principalmente en el ambiente físico, de acuerdo a las limitaciones biológicas, a la complejidad de las estructuras psicológicas y al ambiente social.

La adaptación es un conjunto que surge dentro del contexto de la Teoría de la Evolución y adquiere consistencia tanto en la cibernética como en la Teoría Sintética de la Evolución. La radiación conceptual que logra le permite ser integrado al campo de la psicología.

El hombre vive en constante proceso de adaptación desde su nacimiento hasta su muerte. A los ajustes biológicos iniciales que lo protegen del medio, se van sumando toda una serie de recursos psicológicos que lo ayudan a mejorar sus tensiones y necesidades emocionales.

CAPITULO II

ADOLESCENCIA

En realidad no faltan razones para estudiar separadamente los años de la adolescencia. Por una parte, tiene un contenido bastante homogéneo y por otra, se producen en este momento cambios especiales e importantes en la organización biológica y en la situación del individuo. Además aunque se puede hablar de evolución y cambio en todas las edades, la rapidez de las transformaciones es superior en la adolescencia, lo cual acarrea al individuo y a los que lo rodean, numerosos problemas de adaptación recíproca, pues que si el adolescente ha de lograr asumir su propio yo transformando en el mundo, también ese mundo está obligado a tener en cuenta tales transformaciones (Rocheblave, 1978).

"El curso de la adolescencia es de finalidad inminente y cambios diversos: la vida emocional es más profunda con nuevos miedos y mayores horizontes. Es el período de crecimiento acelerado que separa a la niñez de la pubertad; es una etapa en la cual se sufre una serie de cambios tanto físicos como emocionales; es una etapa en la que se operan profundas modificaciones en el organismo en el que la estructura corporal se desenvuelve, varios procesos fisiológicos y químicos se modifican y las funciones espirituales se orientan hacia la vida adulta". "La madurez física se va a establecer por el aumento de las dimensiones de varias partes del cuerpo" (Leao Carneiro, 1976).

INTERESES DE LA SOCIEDAD POR LAS REALIDADES DE LA ADOLESCENCIA

Lo que ha estimulado el estudio de la adolescencia es, sobre todo, el ansia de conocer a través de este período al ser humano en general. A primera vista esto puede parecer extraño, pues se tiene la impresión de que se conocen mejor los años relativamente recientes de la adolescencia, que los de la infancia, a la vez que no difieren mucho las estructuras del pensamiento adolescente del pensamiento adulto. El mismo adolescente no es capaz de lograr

una adecuada perspectiva de su propia experiencia por un lado, y por otro realiza su adolescencia de manera única y original, y por lo tanto no generalizable.

Lo que ha movido en gran parte a estudiar la adolescencia es algo más concreto y más urgente, el adolescente se encuentra en la línea divisoria entre la seguridad de la niñez y el mundo desconocido del adulto. (Rocheblave, 1978).

LA ADOLESCENCIA SE CONSTITUYE EN GRUPO SOCIAL AUTONOMO

La adolescencia que antiguamente se reducía a una situación de paso, actualmente se constituye como un grupo distinto, con un sistema propio de referencia. Esto es debido a la contribución de varios factores:

Por una parte, evidentemente, puede que se trate de una reacción, una defensa contra el estado de indiferencia, contra la posición ambigua y "marginal" que tenía la adolescencia hasta hace poco; por otra, el hecho tiene que ver con el aumento de adolescentes en nuestra sociedad. Su número aumenta por dos razones; por una razón biológica; precocidad de la pubertad y por una razón social; prolongación de la escolaridad y entrada más tardía en la vida profesional (Rocheblave, 1978) .

LA ADOLESCENCIA ES UN VALOR

"Nuestra sociedad occidental se basa en la competición de la fuerza y el dinamismo, el espíritu de lucha, es decir, rasgos de carácter eminentemente "jóvenes" prevalecen sobre la sabiduría y la prudencia, cualidades más lentas y menos eficientes propias de las personas de edad" (Rocheblave, 1978 p.p. 15).

La evolución rápida de la sociedad hace que el individuo rápidamente se vea sobrepasado por técnicas nuevas, que obliga a renovaciones permanentes mucho más difíciles cuando la facilidad de adaptación decrece (Rocheblave, 1978).

La adolescencia es la edad de la adaptación social; ya que es cuando los sentidos comienzan a informar sobre lo que sucede en el ambiente físico, familiar y social (de forma participativa); ocupando éstos un papel importante en la vida y en la maduración del hombre. Esta fase de la vida es propicia para la implantación y recreación de los buenos hábitos y actitudes, en vista de que todas las actividades que realiza el adolescente, son formas de expresión de su personalidad, de acuerdo a sus necesidades funcionales como individuo. El desarrollo emotivo, fisiológico, físico y mental del adolescente está condicionado por su pasado, su herencia; las condiciones ambientales en las que vive, la educación recibida en el hogar y en la escuela, y por la acción y reacción de las personas que lo rodean y rodearon.

La adolescencia es una época de desenvolvimiento adaptación y acomodación; a esta edad se posee sensibilidad a los estímulos sociales; se realizan procesos de autodefensa, de autorealización, de conquista, de autonomía personal; debido a que más tarde, ser un adulto dentro de la sociedad no tendrá padres ni profesores para vigilarlo, aconsejarlo y orientarlo; pues como adulto deberá poseer la capacidad de autodirigirse; es decir escoger entre varias situaciones la más favorable para su adaptación al grupo; juzgando y orientando su propia conducta.

DEFINICION DE LA ADOLESCENCIA

En el vocabulario latino, la palabra adolescente es muy importante. Son varios los verbos que hacen referencia a ella así tenemos:

Adulescentior Ari: comportarse como joven, **Adulescentario Ire** tener el carácter de un joven (se consideraba pues, que el adolescente tiene una conducta, un carácter específico).

Etimológicamente: *adolescere* significa crecer, hacerse mayor (Coronado Rosales, 1990).

La adolescencia es un nuevo nacimiento; los rasgos surgen en ella más complejos, las cualidades del cuerpo y del espíritu son nuevas; el desenvolvimiento es gradual, y más violento.

El crecimiento de los miembros y órganos pierden sus antiguas proporciones, unas veces de modo permanente; otras, sólo por un tiempo se revelan funciones importantes hasta ayer inexistentes.

Aquí no hay una maduración, sino maduraciones de los diferentes aspectos que conforman al individuo como son:

- a) **Salud, física y fisiológica**
- b) **Emocional**
- c) **Mental**
- d) **Moral**
- e) **Social**
- f) **Educacional**

a) SALUD: Se establece por el aumento de las dimensiones físicas en varias partes del cuerpo. Esa no se realiza aisladamente, existen relaciones íntimas con el desenvolvimiento psicológico, la persona puede parecer bien desarrollada porque posee la estatura y el peso normal, no obstante, su crecimiento no se verifica con regularidad.

Principalmente la progresión de los miembros inferiores puede ser anormal, resultando un desequilibrio que se reflejará sobre todo el organismo, y en todas las funciones de la vida. Fisiológicamente debe tener sus órganos y glándulas en perfecto desarrollo y funcionamiento, para que se lleve a cabo; vigorosidad de los músculos, coordinación muscular, aumento de fuerza, habilidad, mayor energía física y nerviosa.

b) EMOCIONAL: El individuo adquiere progresivamente, poder inhibitorio de las reacciones producidas por las emociones durante la adolescencia existe agitación con disturbios viscerales y glandulares; modificaciones generales de la sensibilidad, desfallecimientos e insuficiencias de diversa índole.

c) MENTAL: El adolescente aprende obediencia a reglas, sangre fría, valor, firmeza, resistencia, calma, perseverancia, paciencia y resignación.

d) SOCIAL: Adquiere reconocimiento de lo justo por la satisfacción del instinto gregario; desenvolvimiento de la interacción, espíritu de servicio, asociación, cooperación y solidaridad.

e) EDUCACIONAL: Aquí el medio, la escuela, la familia, comunidad, tradiciones y costumbres juegan un papel muy importante en la génesis de las diferencias entre hombres y mujeres; generalmente, se toma una dirección académica. Así, la adolescencia es un período de transición de rápidos cambios físicos y de expectativas sociales ambiguas, que está íntimamente relacionado con la niñez y con el futuro, la edad adulta (Brooks, 1921).

Para mencionar el desarrollo de la adolescencia se aborda desde una perspectiva *BIO-PSICO-SOCIAL*, dado que estos tres factores contemplan integralmente este período de la vida del ser humano, además de que conforman el punto de enlace para comprender el estudio de la adolescencia y la adaptación.

FACTOR BIOLÓGICO

Desde el comienzo de la adolescencia, aparecen los primeros signos del crecimiento físico. Uno de los más evidentes es el aumento de estatura y el crecimiento de ciertas partes del cuerpo, que viene a perturbar el desarrollo estable que se tenía en la infancia y tiende a aproximarse más a la tipología del adulto.

Esta transformación no sólo influye en el organismo sino además presenta consecuencias importantes en sus manifestaciones psicológicas y en relaciones sociales.

Los cambios somáticos tienen su origen en una transformación hormonal y se realiza en la primera parte de la adolescencia, que coincide con la pubertad; que se inicia generalmente entre los 11 y los 15 años, dependiendo de la cultura y del desarrollo nutricional del individuo, a la vez de factores genéticos. Así mismo, este período está determinado principalmente por factores biológicos; la adolescencia en cambio, es un período cuyas características y experiencias están influenciadas por valores y circunstancias psicoculturales.

En general, existe un consenso universal en el sentido de que la pubertad marca el inicio de la adolescencia (Guerra E., 1987). Desde el ángulo biológico, los rasgos de la pubertad son: el crecimiento del cuerpo en general, la maduración de los caracteres sexuales primarios y secundarios, así como la iniciación de la capacidad reproductiva (idem).

Respecto a la talla, existe una completa aceleración justo antes de la pubertad, en el año que la precede. Lo que es importante es que este crecimiento no afecta del mismo modo a todas las partes del cuerpo. Antes de la pubertad el crecimiento afecta en particular a los miembros inferiores, después concierne más al busto (mujer). Sobre todo en el semestre que precede a la pubertad, tiene lugar el crecimiento del tronco en altura. El crecimiento de la talla es principalmente provocado por el alargamiento de los huesos largos y de las articulaciones terminales de los huesos (Rocheblave, 1978).

Igualmente sufre transformaciones el ovalo de la cara, y con frecuencia aparecen las muelas del juicio. Se desarrollan también los diferentes órganos internos, el corazón dobla su peso y casi su volumen durante la adolescencia incluso crecen los órganos digestivos, lo que se manifiesta en el a menudo sorprendente apetito del adolescente (Rocheblave, 1978).

Si consideramos el peso, se produce un rápido desarrollo de los tejidos adiposos que se localizan en ciertas regiones, sobre todo en función del sexo. El aumento de grasa en general es más notable en la chica que en el chico, y su localización da al cuerpo masculino y femenino su modelado específico. Frecuentemente se da un desarrollo rápido del peso antes de la pubertad, una disminución durante ella, y una nueva aceleración después, que da como consecuencia lo que se ha dado en llamar obesidad prepubertaria y postpubertaria. El aumento de grasa y de tejido adiposo, sin embargo, no es constante, y el crecimiento en altura y anchura no van siempre paralelos. Depende en gran parte del tipo morfológico del individuo. Sheldon ha distinguido tres tipos esenciales de constitución física: ectomorfos, mesomorfos y endomorfos, siguiendo el desarrollo del embrión y correspondiendo a las diferentes capas de este (ectodermo, mesodermo y endodermo) (Rocheblave, 1978).

ECTOMORFO: Se distingue por su fragilidad y delicadeza, las extremidades son largas y delgadas este tipo se da con frecuencia en la pubertad, el larguirucho, desgarbado, que no sabe que hacer con sus extremidades.

MESOMORFO: Es aquel en el que prevalece su estructura somática. Los individuos son de constitución vigorosa y dan impresión de fuerza.

ENDOMORFO: Se caracteriza por el desarrollo predominante de las víceras digestivas y por una constitución ósea poco notable; es frecuente la tendencia a la obesidad y los períodos de aumento de peso son los períodos más llamativos (Rochevabe, 1978).

Durante la pubertad, las glándulas suprarrenales y las gónadas entran en actividad rápidamente. El lóbulo anterior de la hipófisis produce dos hormonas que se hallan estrechamente relacionadas con este desarrollo. La hormona somatotrófica que influye en el crecimiento y la hormona gonadotrófica que estimula las gónadas.

La hormona gonadal andrógina propia del sexo masculino, es la responsable del desarrollo del pene, de la glándula prostática y de las vesículas seminales; al igual que de las características sexuales secundarias. La hormona gónada estrógena propia de la mujer es la responsable del desarrollo del útero, de la vagina, de los oviductos (trompas de falopio) y de los senos. También los estrógenos influyen en el ciclo menstrual, en las contracciones normales del útero.

Uno de los principales efectos de la producción de hormonas masculinas y femeninas son el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios.

Los caracteres sexuales primarios se establecen cuando los órganos sexuales han alcanzado la madurez, y con ella la capacidad reproductora. Los caracteres sexuales secundarios son producidos por las hormonas sexuales, y éstas determinan la apariencia física del adulto. Estos cambios aparecen en el adolescente y varían desde la pubertad, de los 14-16 años hasta los 18-20 años. En la mujer se presenta la pubertad desde los 11-14 años hasta los 16-20 años (Guerra E., 1987).

Los principales cambios externos que se producen en el hombre, aparte del desarrollo del pene y la estatura son:

- a) Las cuerdas vocales se agrandan produciendo una voz más grave
- b) La laringe aumenta de tamaño
- c) Los genitales externos crecen más rápido y se tornan más oscuros
- d) Los músculos se hacen más fuertes
- e) Aparecen las primeras eyaculaciones y erecciones
- f) Aparece el vello facial, axilar y pubiano

En la mujer los cambios externos más importantes son:

- a) Aumento de peso y estatura
- b) La pelvis y la espalda se ensanchan
- c) Crece el vello axilar y pubiano
- d) Comienza la menstruación
- e) Se desarrollan las mamas
- f) Aumenta el tejido adiposo y se distribuye la grasa del cuerpo
- g) Los genitales externos se oscurecen y los labios menores aumentan de tamaño

Al mismo tiempo Freud (citado por Muss, 1978) señala que "existen relaciones entre los cambios fisiológicos y los procesos corporales por una parte, y las alteraciones psicológicas y la autoimagen por la otra".

El adolescente se enfrentará a aceptar actitudes y valores que de él tendrán las personas que lo rodean. Dado que las "facetas de la adaptación social y de la personalidad son afectadas por la configuración y funcionamiento del cuerpo" (Shonfel, 1978).

ASPECTO PSICOLOGICO

En el aspecto psicológico el paso de la adolescencia constituye un período "crítico", dado que el individuo atraviesa por una serie de ajustes que le permiten diferenciar la conducta infantil, de la conducta adulta. Esto da comien-

zo a partir de que el niño va perdiendo sus características infantiles y se aproxima a las del adulto en cuanto a aspectos físicos.

En un estudio sobre la adolescencia, no se pueden pasar por alto los fenómenos psicológicos que van unidos a las transformaciones fisiológicas. Algunos son consecuencia directa de los cambios endócrinos, otros son más indirectos, aparecen a menudo representando reacciones personales ante el cuerpo transformado.

Este proceso de crecimiento da como resultado que la estabilidad que se tenía en la niñez se pierda y se crea un estado de crisis en donde se busca la conformación de una nueva identidad. Por una parte nos encontramos con la elaboración del esquema corporal, por otra las actitudes frente al propio cuerpo, percibido de manera inmediata o por medio del círculo que lo rodea. El cuerpo que sirve de soporte para todas las identificaciones y que es uno de los puntos fijos de nuestra experiencia existencial se inserta igualmente en la opinión que uno tiene de sí mismo, del sentimiento del yo y sobre todo del sentimiento que se puede tener del propio valor o no valor personal (Rocheblave, 1978).

"La construcción de la imagen del cuerpo se hace a través de la coordinación de las diferentes formas de sensibilidad y por medio de actividades diversas, incluso a partir de representaciones visuales. En primer lugar resulta una imagen del cuerpo por trozos, después se integran las zonas de más contenido libidinal" (idem).

Después de haberse reconocido por "trozos separados" el niño va integrando poco a poco las diferentes partes de su cuerpo, por medio de los datos visuales y de las sensaciones (comprendidas las sensaciones dolorosas). Algunas partes resultarán más difíciles de integrar por ejemplo la espalda, que no se percibe visualmente y no constituye un núcleo de sensaciones muy diferenciadas. Está admitido que entre los 6 y los 8 años se consigue y se estabiliza (Rocheblave, 1978).

El logro de una identidad es también el logro de una identidad sexual, la que se ve influenciada por varios factores, por ejemplo:

- 1.- "En nuestra cultura predomina la división dirigida y estereotipada de roles sexuales.
- 2.- El tipo de socialización que se les da a los individuos es diferente según el sexo.
- 3.- La adolescencia se inicia con la pubertad incrementando en forma considerable el impulso sexual, y éste influye de manera importante en toda la conducta del adolescente.
- 4.- En la adolescencia se adquiere la identidad sexual juvenil" (Olguín, 1968).

En esta etapa se incrementa la atracción sexual hacia el sexo opuesto que da origen a la novedad del amor. Este interés usualmente heterosexual (pero no necesariamente, puede ser homosexual o bisexual), es de carácter romántico y va acompañado de un intenso deseo de merecer la aprobación de los miembros del sexo opuesto, contribuyendo así a que el individuo pueda amar y ser amado.

Sin embargo, aunque la intensidad de los sentimientos amorosos aumentan, éstos no llegan a prolongarse, por lo que el establecimiento de relaciones duraderas se ven frustradas en virtud de la inestabilidad de la estructura emocional que aún se encuentra en vías de desarrollo.

La atracción hacia el otro sexo juega un papel muy importante dentro del desarrollo del ser humano, ya que esto contribuye a la adaptación heterosexual del individuo dando como resultado una madurez emocional en la actitud hacia la relación sexual, la afirmación constante de valores y los roles sexuales influyen en la orientación heterosexual que se determina socialmente (Guerra, E. 1987).

Otra forma de atracción sexual es la que se da entre personas del mismo sexo. La homosexualidad es una conducta sexual que aparece algunas veces en esta etapa, ya que el adolescente necesita reafirmar su identidad sexual puesto que está pasando por una crisis de identidad en su personalidad.

Giraldo (1981) refiere que la sexualidad que se presenta en el período inicial de la adolescencia es de carácter homosexual, ya que forman grupos de amigos o amigas (puede centrarse en una sola persona), en donde existe una relación afectiva y no necesariamente sexual, que le sirve al adolescente para moldear y reforzar los valores culturales de lo masculino y femenino.

"La homosexualidad es más frecuente en el período inicial de la adolescencia que en el período final, y también habitualmente consumada entre individuos de aproximadamente la misma edad" (Ramsey, 1943; Kinsey y cols. 1948, 1935, citado por Hurlok, 1979).

Las relaciones afectivas en esta etapa son de gran importancia para el adolescente, en virtud de que él necesita sentirse amado, aceptado y comprendido por los demás. La confianza que él adquiera en su propio rol sexual, le da valor a su identidad sexual y esto es importante para el ejercicio de su sexualidad y para su autoestima en general.

PROLONGACIONES PSIQUICAS DE LA IMAGEN DEL CUERPO

El cuerpo representa al individuo, es símbolo del yo, de la personalidad. No es simplemente algo que uno se representa dentro de sí, es personal e íntimo, sino que es también la frontera entre el yo y el mundo; es la primera cosa nuestra que el otro ve. El cuerpo es un estímulo social, y a partir de la adolescencia, un estímulo sexual. Por eso el adolescente concede un valor a su cuerpo, éste significa algo para el otro, percibe su cuerpo también en función de la significación que posee, según él para los otros, y en función de la mayor o menor conformidad con las normas de su grupo (Rocheblave, 1978).

No todos los niños llegan a la pubertad a la misma edad, lo que da lugar a que en un mismo grupo y en una misma clase coexistan niños que han terminado la pubertad y otros que aún no la han comenzado, muchachos muy altos y otros muy bajos. El hecho de ser diferentes de los compañeros resulta bastante difícil de soportar. Bailey y Truddenham hicieron un estudio en una escuela mixta, para comprobar en qué medida estas "desviaciones" con rela-

ción a la media afectaban a la adaptación de los adolescentes. Los sujetos peor adaptados resultaron las chicas de pubertad precoz y los muchachos de pubertad tardía. En efecto el hecho de ser un muchacho y ser pequeño, y ser una chica y ser alta es contradictorio a las normas estéticas comunes, y por ello los adolescentes pueden perturbarse afectivamente (Leao Carneiro, 1982).

ASPECTO SOCIAL

Todo individuo al nacer empieza a ser moldeado por la sociedad a través de las instituciones, quienes influyen en el individuo para que éste adquiera actividades, valores y normas, ya sean de carácter religioso, político o social, así mismo, el proceso de socialización determina las pautas de comportamiento propias de la sociedad.

En la adolescencia el proceso de socialización juega un papel determinante en el desarrollo futuro del adolescente, ya que éste va a estar involucrado en patrones conductuales que van a normar su vida.

En la adolescencia se da una reestructuración de los esquemas de comportamiento social, que generalmente pasan por una etapa conflictiva. El que era tratado como un niño, ante los cambios biológicos y psicológicos propios de la adolescencia, empieza a ser tratado como adulto, en forma ambivalente, es decir, algunas veces tratado como niño y otras como adulto, de acuerdo a la conveniencia de las personas mayores.

De igual manera la sociedad le exige al adolescente que se adapte a los requerimientos del sistema socioeconómico. "La sociedad le exige que sea responsable; que comience a ser productivo y que se prepare con seriedad para la vida adulta. Sin embargo, no le ofrece ni un estatus, ni un rol bien definido. Casi todas las actividades adultas le son vedadas, no obstante, al mismo tiempo, se espera de él la responsabilidad de una persona mayor" (Olguin, 1968).

Esta posición tan ambivalente de la sociedad, respecto al trato del adolescente, influye en su comportamiento y en como él presente su crisis de identidad. El adolescente empieza a cuestionarse quien es él, que es lo que desea ser en la vida. De igual manera, cuestiona y está en desacuerdo con hechos que an-

teriormente no había tomado en cuenta. Al mismo tiempo, las relaciones sociales que mantiene con los demás le causan conflicto ya que busca su propia independencia que lo lleve a ser un adulto autosuficiente.

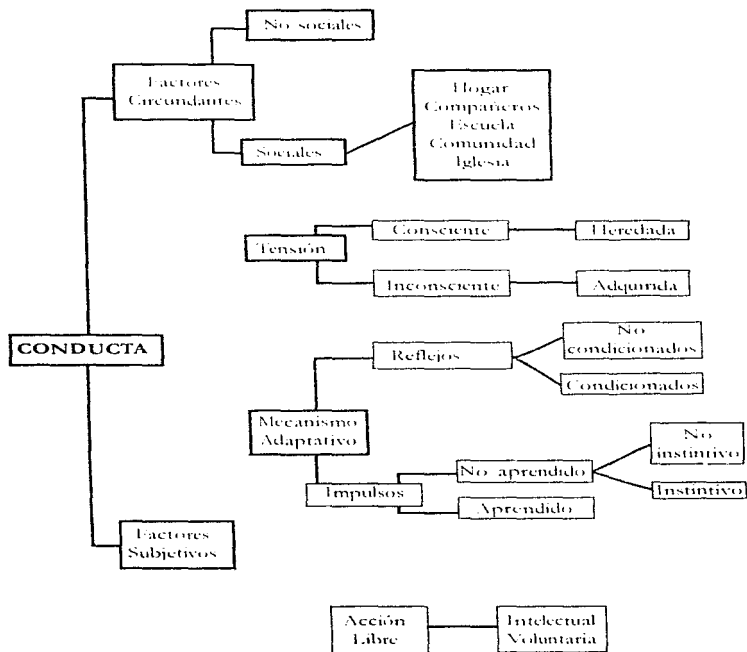
La morfología, la fisiología y la psicología individuales tienen ciertamente relaciones muy estrechas y determinan las condiciones, las posibilidades y los límites del desarrollo; pero el ambiente físico, familiar y social representan, así mismo, un papel importante en la vida y en la maduración del hombre. El individuo ha de ser estudiado en todos sus aspectos. Producto de las condiciones interiores y exteriores, habrá de reflejar unas y otras (Rocheblave, 1978).

LA EDUCACION FISICA COMO FACTOR DE ADAPTACION SOCIAL

Hasta los 16 ó 18 años el cuidado en la organización y en la orientación del ejercicio debe ser minucioso, debiendo éste consistir principalmente en movimientos de flexión, movimientos naturales y juegos recreativos. El ejercicio físico comprende los siguientes aspectos:

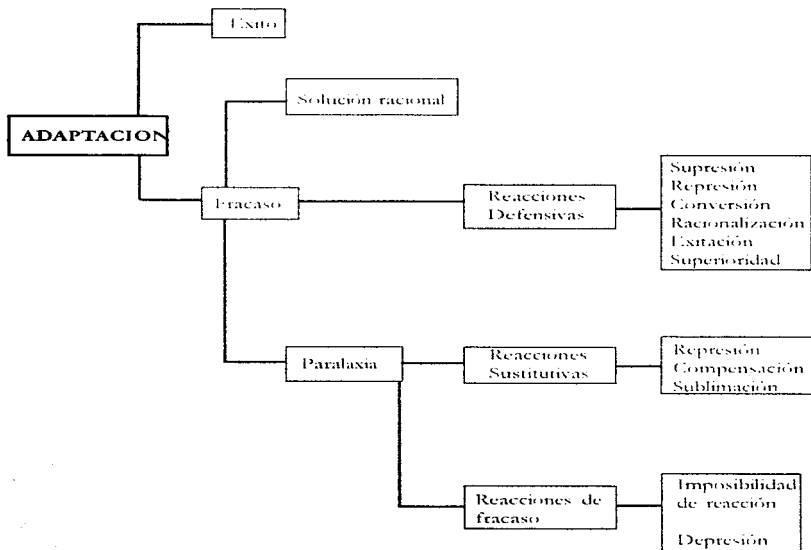
- a) **Físico.**- Por la vigorización de los músculos, por la coordinación muscular, por aumento de fuerza, por el aumento de habilidad y agilidad, por la mayor energía física y nerviosa.
- b) **Mental.**- Por la atención, por el juicio, por el raciocinio por la imaginación, por la decisión, por la creación.
- c) **Moral.**- Por la obediencia a las reglas del juego, por la sangre fría, por la firmeza, por la resistencia, por la calma, por la perseverancia, por la paciencia, por la resignación y por el valor.
- d) **Social.**- Por el reconocimiento de lo justo, por la satisfacción del instinto gregario, por el desenvolvimiento de la interacción, por el espíritu de servicio, por la asociación, por la cooperación y por la solidaridad (Leao Carneiro, 1982).

CLASIFICACION DE LOS ELEMENTOS DE LA CONDUCTA



(Leao Carneiro, 1982)

CLASIFICACION DE LOS ELEMENTOS FAVORABLES O NO A LA ADAPTACION



(Leao Carneiro, 1982)

EMOCION Y ADOLESCENCIA

El primer concepto de la emoción, conocido con el nombre de teoría de James-Lang, fue enunciado en 1884-1885, casi simultáneamente, por Williams James y Carl Lang. En esta teoría la emoción es considerada como un complejo de sensaciones resultantes de pronunciados y amplios cambios en el organismo. La reacción orgánica es la base de la emoción, la cual no es sino una combinación de sensaciones, cuyas respuestas ocasionales estimulan miles de órganos sensibles que se encuentran en el organismo. (Leao Carneiro, 1982)

Cabe mencionar que a partir de los autores citados anteriormente, se han multiplicado las definiciones sobre el concepto de emoción; por mencionar algunas de ellos tenemos:

McDougall: *"Es el aspecto afectivo de cualquiera de los instintos esenciales"*

Ribot: *"Es una manifestación organizada de la vida afectiva"*

Woodworth: *"Es un estado de excitación consciente del organismo"*

Pieron: *"Es esencialmente una reacción afectiva de carácter intenso"*

Gates: *"Es un complejo de sensaciones que proviene de una profunda y extensa respuesta, que envuelve particularmente los mecanismos viscerales y glandulares"*

Austregesilo: *"Es la perturbación del ánimo que se exterioriza por la alegría, la tristeza o la cólera y cuando es prolongada o sostenida constituye las pasiones y los estados enfermizos, descritos en neurología como obsesiones o fobias"*

Smith y Brown: *"Es el efecto producido en la percepción interna por ajuste somático obtenido en el organismo por estímulos a él aplicados. Está asociada de la manera más íntima a la reacción correspondiente a la situación o al estímulo y puede ser descrita de este modo: el aspecto afectivo de la operación de un instinto"*

Watson: *"Es un espécimen hereditario de reacción, que implica transformaciones en todo el organismo, pero principalmente en los sistemas glandulares y viscerales"* (Leao Carneiro, 1982).

No faltan estudios y teorías que proponen examinar la emoción. Teorías sentimentales, intelectuales, o viscerales, todas ellas tratan de explicar los fenómenos de la emoción por medio de los puntos de vista respectivos.

Janet se rebela contra la tendencia a considerar la emoción como resultante de la actividad de una tendencia regular antigua (idem).

La emoción se caracteriza para Janet por la influencia de un factor inesperado en un hecho o en una sensación revestidos de circunstancias nuevas, a las cuales no estaban habituadas las tendencias anteriores y que provocan reacciones desordenadas en manifestaciones varias, hay una disminución evidente del lenguaje, paralización intelectual, sugestibilidad, decrecimiento de la atención, dudas, lo real o lo imaginario se confunden y producen una confusión mental de grado variable. La consecuencia es un desequilibrio de la situación presente causada por la anomalía fisiológica y psíquica (Leao Carneiro, 1982).

Sin embargo, no es raro en ciertos casos de excitación estimulada, miedo, ira, dolor; la posibilidad del aumento de esfuerzo muscular y de energía en la lucha o en la fuga; el problema es complejo, las descargas emocionales pueden ser, y son, en casos innumerables, inhibitorias y hasta destructivas; por lo que el esfuerzo de la educación debe persistir en la canalización de las reacciones emocionales, a fin de hacerlas favorables al equilibrio mental y moral del hombre.

Se sabe cuanto se agudizan las emociones durante la adolescencia. Este es el período de la vida cuando adquieren fuerza y complejidad. Se tornan en un factor poderoso de inhibición y de acción. Afectan constantemente al proceso intelectual y a la actividad: con todo, no hay en rigor emociones propias de la adolescencia. Al contrario, la experiencia enseña que ciertas emociones se desvanecen y se intensifican a medida que la madurez avanza, y crece en la proporción en que sentimos más vivamente la intensidad del peligro contenido en el estímulo (Leao Carneiro, 1982).

Pero aunque no haya emociones específicas de la adolescencia, excepto determinados aspectos de las relaciones sexuales, una cierta hipersensibilidad para los que proceden de las condiciones biológicas o del medio es indudable

y por ello, las emociones se hacen en la adolescencia más vivas en general, más absorbentes y más difíciles de manejar.

Determinadas crisis en el desenvolvimiento de las glándulas de secreción interna y la acción del medio físico pueden, alterar el equilibrio fisiológico, predisponer a perturbaciones emotivas. Del mismo modo, las relaciones en el seno de la familia con los amigos, entre los nexos, establecidos en momentos anteriores a la pubertad, pueden influir de modo perturbador en la vida emocional del adolescente. Por otra parte, el cambio repentino de un medio a otro muy diferente; de un sistema de vida a otro profundamente diferente; de un trato a otro enteramente distinto puede perturbar la vida emocional del joven (Leao Carneiro, 1982).

El dominio emocional, aunque es difícil, es necesario para defender al adolescente de las perturbaciones derivadas de las relaciones intensas, capaces de dificultar el autodiagnóstico, el autogobierno y la autodirección. El dominio emocional coayuda a la salud mental, a la formación del carácter y a la acción personal. Porque reduce el desorden fisiológico y psicológico y deja mayor lugar a la autodirección. El choque de un estímulo emocional puede hundir al organismo, en aquel momento por lo menos, en un estado de caos; y en tal estado el sujeto no puede adaptarse al medio (idem).

El equilibrio emocional depende de varias causas. Ante todo, de las condiciones orgánicas del sujeto, de su herencia, de su alimentación placentaria, de sus primeros meses de vida, de su crecimiento normal. Después depende de una salud equilibrada; alimento apropiado, buen sueño, un lugar saludable, recreación sana, trabajo adecuado, y por último de una vida activa, de trabajo constructivo, acorde con los intereses y las aptitudes de los adolescentes (Leao Carneiro, 1982).

Sin duda, el dominio de la emoción es un problema serio y necesita de una comprensión exacta del individuo, de su conciencia y de la necesidad de permanecer dueño de sus actitudes y acciones. No se presenta de la misma manera en todas las edades y en todas las razas ni en todos los medios. La madurez emocional corresponde al equilibrio de las emociones, a la conquista del poder de regularlas, o por lo menos de atenuarlas. No puede ser lo mismo en la infancia, en la adolescencia y en la vida adulta (idem).

El adolescente en marcha hacia la madurez, está en mejores condiciones para la comprensión del problema. Pero es el adulto quien está capacitado para percibir aquellas reacciones en toda su extensión y estar siempre en condiciones de evitarlas o disminuirlas.

Por otra parte, el medio social condicionado por las tradiciones, las costumbres, los hábitos de la vida, la concepción moral, influyen en el despertar de determinadas emociones y en la diferenciación de otras.

La educación de las emociones tiene que ser, parte esencial del programa de la educación de la adolescencia. No se debe olvidar que se trata de la época por excelencia de los sueños conscientes, porque el individuo tiende a evadirse de la realidad, hundiéndose a menudo en la melancolía y el pesimismo. De ahí la necesidad de evitar la formación de complejos de superioridad o inferioridad. Lo primero por los prejuicios de los resentimientos inspiradores de antipatías, dificultades y descorazonamiento; lo segundo por la aparición inevitable de la falta de confianza en sí mismo, con sus naturales reacciones de desánimo, decepción y fracaso (Leao Carneiro, 1982).

CAPITULO III

SORDERA

Se ha elegido considerar la sordera como el segundo déficit importante, porque la audición es uno de los cuatro sentidos principales y porque se ha dicho que las personas sordas proporcionan una oportunidad ideal, para valorar el papel que desempeña el oído en el desarrollo.

El principal uso de la audición en el hombre, es hacerlo capaz de comprender y articular los sonidos del lenguaje. El oír y el hablar están tan estrechamente ligados, relacionados e integrados, que resulta difícil separar uno de otro. Sin embargo cada una de estas funciones deben ser estudiadas por separado para ser entendidas.

Algunas diferencias en el desarrollo de las personas sordas y las personas oyentes son debidas a sus diferentes capacidades de audición : (Lewis, 1991 p.p. 77), de esto podemos deducir el papel de la audición en el desarrollo normal.

Durante mucho tiempo se consideró a la persona sorda como un ser sin oportunidad para desarrollarse y sobrevivir de acuerdo a las circunstancias de un medio ambiente. El fin de esta época oscura para los sordos fue marcada por los escritos de Jerome Cardin (1501-1576) quien argumentaba que si era posible educar a los sordos y enseñarles a escribir, pensaba que muchas ideas abstractas podrían explicárseles por medio de signos. Aparentemente fue el primero en darse cuenta que las palabras escritas podrían representar ideas directamente sin el recurso del habla (Peet 1851, Morris 1979. Citado por Bobadilla, Mondragón 1984 p.p. 65).

Todas las grandes filosofías de la educación hasta finales del siglo XIX, eran un mismo depósito de ideas, que no habían sido aplicadas sino en mínima parte. Hasta entonces se había aislado al niño para estudiarlo, se había descuidado el medio en el cual debe vivir: la escuela, con su clima particular, sus

complejos resortes, sus precisas leyes de adaptación, de las que el niño saca durante largos años, una gran parte de sus sustancias intelectuales y morales y en donde se hace un ser social (Bodin, 1974).

Durante los siglos XII y XVIII se desarrollaron los fundamentos fisiológicos y prácticos de la educación y detección de los sordos; pero no fue sino hasta el siglo XIX que se realizaron los mayores y mejores esfuerzos en la construcción de escuelas y clínicas para la educación y diagnóstico de los sordos.

En 1841 se abre el primer asilo para anormales sobre el Abendberg cerca de Interlaken, y en 1863 cuando se inicia la primera clase para niños retrasados, se había comprendido por fin, la necesidad de distinguir entre los alumnos, a los niños capaces de seguir con frutos una cierta enseñanza, y a los otros, a los que por razones complejas de inferioridad corrían el riesgo de convertirse en inadaptados, retrasados a sus condiscípulos. Así mismo la calidad y el número de problemas se incrementó, el mayor obstáculo en cuanto al mejoramiento y desarrollo de los programas fue el desacuerdo entre los que estaban orientados al sistema de introducción oral y manual. La meta de Thomas Hopkins Gallaudt (1816) fue combinar los mejores elementos de los métodos: inglés (oral) y el francés (manual), la aportación de los dos campos, aparentemente opuestos, es lo que ha permitido que se implanten técnicas combinadas, sofisticadas e integradas en el siglo actual.

En Francia, a pesar de la ley del 28 de marzo de 1882, que con la laicidad y la obligación de la enseñanza primaria, mandaba a las escuelas a millones de niños de todas las condiciones y de todas las naturalezas, es sólo a partir del 20 de junio de 1890 que una ley tuvo en cuenta las dificultades de adaptación de millones de alumnos y estableció una enseñanza especial. Esa ley prevé clases y escuelas para niños retrasados, ciegos, sordomudos, anormales, atrasados inestables: (clasificación adoptada por el ministro de Instrucción Pública en 1904) (Bodin, 1947).

"La consideración de los sujetos sordos como un grupo homogéneo cuyas características psicológicas serían semejantes en función de su deficiencia auditiva, es un enfoque tradicionalmente admitido, pero que difícilmente puede ser aceptado en la actualidad. De hecho las diferencias que se encuentran entre los propios sordos en muchos aspectos de su conducta son a menudo mayores que las encontradas entre los suje-

tos sordos y los oyentes. Esto ha conducido en los últimos años a tratar de especificar aquellas variables capaces de dar cuenta de las diferencias interindividuales que se producen en las personas sordas, no sólo las que se reconocen como importantes en toda investigación evolutiva sino también y de forma principal las relacionadas específicamente con la sordera" (Furth, 1981 p.p. 19-20)

El niño normal adquiere el lenguaje gracias a su capacidad auditiva, una disminución de ésta produce, sobre todo en el niño pequeño, trastornos de lenguaje. El niño sordo tiene dificultades para la palabra cuya naturaleza acústica no capta al no ver más que el movimiento de los labios. Igualmente se han descrito trastornos de la organización perceptivo-visual y psicomotora. Esto se debe a que la audición no sólo sirve para reconocer los volúmenes y las distancias de los ecos y los timbres de los sonidos; esto se debe a que la audición también sirve para tomar una consciencia más profunda del medio circundante, lo que contribuye a la estructuración del tiempo.

Las reacciones del medio ambiente no son del todo ajenas al aspecto social y cultural del individuo sordo. La idea que se va formando sobre su trastorno, su condición social, y posteriormente, en la vida adulta y en el área laboral, depende en gran medida, de las actitudes de los demás. De aquí la importancia de prestar atención a los patrones de comportamiento del niño sordo, su familia, su ambiente, para entender la dinámica particular de éste (Bobadilla, Mondragón, 1984 p.p. 63).

ANATOMIA Y FISILOGIA DEL OIDO

El órgano del oído está constituido por tres partes, situado en el hueso temporal; estas partes son oído externo, medio e interno.

Oído externo: Formado por el pabellón y el conducto auditivo.

Pabellón: Constituido por cartilago y piel, tiene una forma especial que favorece la recepción de ondas sonoras; en su parte central existe una depresión o concha auditiva en cuyo fondo se abre el orificio auditivo externo.

Conducto auditivo externo: Tiene de 2 a 3 cm. de longitud, su fondo está encerrado por la membrana del tímpano colocada oblicuamente que lo separa del oído medio.

Oído medio o caja del tímpano: aquí se localizan tres huesecillos denominados martillo, yunque y estribo. Estos delicados huesos, moldeados con extrema delicadeza, están totalmente cubiertos por mucosas; tiene por objeto conectar la membrana timpánica con la ventana oval y son el medio normal de transición de sonido a través del oído medio.

Oído interno: Es la parte del oído que está compuesta por los órganos receptores de la audición (el caracol) y el del equilibrio (el laberinto). Ambos están constituidos por la porción petrosa del hueso temporal.

El líquido perilinfático que rodea al oído interno membranoso, se continúa por los espacios subaracnoideos a través del acueducto del caracol, que es un pequeño conducto que atraviesa el hueso y que proporciona comunicación directa con el líquido cefalorraquídeo a causa de la ausencia de barreras entre el caracol y el laberinto, los traumatismos o las enfermedades frecuentemente afectan al mismo tiempo la audición y el equilibrio.

Caracol: Hay tres compartimientos dentro del caracol. Dos de estos conductos, la escala vestibular (relacionada con la ventana oval) y la escala timpánica (relacionada con la ventana redonda), contienen perilinfa; el tercero es el conjunto coclear contiene endolinfa.

El órgano de Corti es el órgano terminal del oído, este se extiende a lo largo de todo el caracol, aproximadamente 24000 cilios se proyectan a las células del neuroepitelio y cuando se inclinan o distorsionan, el sonido que es una fuerza mecánica se convierte en un impulso electroquímico que más adelante en la corteza cerebral, será interpretado como un sonido inteligible (Dewese, D. Saunders, W. 1987).

FISIOLOGIA DE LA AUDICION

Audición y oído externo: En el hombre el pabellón aumenta muy poco la sensibilidad auditiva, su ausencia ocasional ya sea congénita o por traumatismo, no se manifiesta con pérdida del oído apreciable; por otra parte, la oclusión del conducto auditivo externo afecta la audición de un modo importante.

La membrana timpánica y la audición: Las ondas sonoras al chocar con el tímpano, en parte son reflejadas de nuevo hacia el conducto y en parte son transmitidas por la membrana, de estas últimas algunas cruzan la caja timpánica y alcanzan la ventana oval siguiendo la cadena de huesecillos (martillo, yunque y estribo).

Audición y oído medio: La transmisión de las ondas sonoras son de un medio gaseoso (aire) a un medio líquido (endofilia), se resuelve con una pérdida enorme de energía.

Músculos del oído: El músculo del estribo (inervado por el IV par craneal) y el músculo tensor del tímpano (inervado por el trigémino) no tienen nada que ver con la actividad auditiva.

Sonido en el caracol: En condiciones normales las ondas sonoras más efectivas son las que se transmiten a través del tímpano y de la cadena de huesecillos hasta la ventana oval y se mantiene en posición mediante el ligamento anular, que permite vibrar al estribo de acuerdo con la frecuencia y la inestabilidad de la onda sonora. De esta manera una débil vibración causa un desplazamiento que hace rechinar la cadena de huesecillos (martillo, yunque y estribo).

Organo de Corti: Para que se produzcan las sensaciones auditivas, es necesario que las ondas sonoras muevan o distorsionen los cilios de las células del órgano de Corti que son las receptoras finales para el oído (Deweese D. Saunders, W. 1987).

CLASIFICACION Y DEFINICION DE LA SORDERA

The Committee on Nomenclature of the Conference of Executives of American Scholl Fromm the Deaf, considera a los sordos como aquellos a quienes el sentido del oído no les funciona para los propósitos ordinarios de la vida. Clasifica a la sordera en dos grupos, tomando como base la edad en que se presenta:

- a) *Los congénitamente sordos:* Aquellos que nacen sordos
- b) *Los adventiciamente sordos:* Aquellos que nacen sin ningún problema de oído, pero cuyo sentido auditivo llega a no ser funcional debido a alguna enfermedad (Bobadilla, Mondragón, 1984 p.p. 67).

Myklebust 1935 dice que "La sordera provoca que los niños sordos se comporten de manera diferente, la sordera no causa simplemente una inhabilidad en la comunicación humana, provoca que el individuo vea, huelga, use sensaciones táctiles y kinestésicas de forma diferente" y quizá algo más importante hay cambios en su funcionamiento que provoca que su personalidad y su conducta también sean diferentes (Bobadilla, Mondragón 1984).

La incidencia de la sordera adquirida está en función de la edad en que aparece, sobre todo si lo hace en el período preverbal o a partir de los primeros años cuando ya se ha adquirido el lenguaje. En el primer caso se aplican los mismos criterios que en la sordera congénita. Si ya se ha adquirido el lenguaje el niño puede seguir el desarrollo prácticamente normal porque con la lectura compensa en gran medida la ausencia de percepción auditiva.

"Es importante considerar para una mayor comprensión de la sordera el grado de déficit auditivo y la edad de aparición del mismo, ya que es a partir de esto que se dan las repercusiones psicológicas para cada niño en particular. Por ejemplo tales efectos serán diferentes si la sordera es precoz o tardía solamente los niños que adquieren la sordera después de los 5 años continuarán utilizando suficientemente el lenguaje. Este trastorno sensorial afecta el desarrollo de un conjunto de capacidades o hábitos en relación con la adquisición y conservación del lenguaje, y por tanto, podría pensarse que no favorece al desarrollo armonioso de la personalidad: no solo podría provocar reacciones diversas por parte del

individuo sino también por parte del entorno familiar y más en general de la sociedad. (Bobadilla, Mondragón, 1984 p.p. 63).

De acuerdo con Azeoga (1971) se pueden distinguir tres tipos de sordera dependiendo de los restos auditivos:

ANACUSIA: (Sordera congénita) Es la ausencia de sentido auditivo, está presente desde el nacimiento, su juego verbal aparece a la edad habitual pero se extingue por la falta de retroalimentación auditiva. Las diferencias se hacen evidentes aproximadamente a partir de los dos años de vida que es cuando la ausencia de función comunicativa, va restringiendo las posibilidades de aproximación del niño al mundo que lo rodea. Por otra parte se ha señalado que en lo que se refiere a la afectividad y a las reacciones emocionales del niño acústico que responde más o menos como un niño oyente (Azeoga, 1971), por lo que con frecuencia se hace sensible a su déficit y reacciona según sus propias modalidades de temperamento, pero lo más común es que se retraiga y autolimita en sus contactos sociales (Myklebust, 1960).

HIPOACUSIA: (Sordera adquirida) Disminución de la capacidad auditiva que puede ser severa, moderada o leve.

HIPOACUSIA SEVERA: Ausencia total o casi total del sentido auditivo, producido por alguna enfermedad, problema de desarrollo o accidente.

HIPOACUSIA MODERADA: El hipoacúsico moderado es incapaz de tener retroalimentación auditiva (Kalmus, 1961), su inteligencia concreta es vivaz, su actividad exploratoria es constante, su expresión despierta, también es capaz de elaborar un código adecuado a sus necesidades corrientes, recurre a la gesticulación y sonidos vocales inarticulados o poco articulados y reacciona a su déficit con menos aislamiento que el niño anacúsico.

HIPOACUSIA LEVE: Estos son los niños que llegan al centro de Educación Especial y que crecen con dificultades más o menos leves de lenguaje, hasta que, en un momento dado, hallan condiciones adecuadas para que se les estudie con proflijidad. Ocasionalmente, dado que el hipoacúsico leve puede presentar dificultades en la concentración de la atención, se hace probable que el niño sea clasificado como retrasado mental, aunque es capaz de resolver problemas de inteligencia concreta.

Dentro de la clasificación hecha sobre hipoacusia cabe mencionar que existen otras, tales como:

Hipoacusia Neuronal: También se les designa como hipoacusia perceptiva o hipoacusia de tipo nervioso; esta clase de hipoacusia corresponde a las enfermedades de la coelear, del nervio colear o de los centros nerviosos. La causa puede ser infecciosa, traumatismos, las substancias tóxicas, las enfermedades degenerativas o a las anomalías congénitas.

Hipoacusia Conductiva: Esta contrasta marcadamente con la hipoacusia. Se presenta en pacientes con afecciones del oído medio, estos pacientes tienen un oído interno normal; son duros de oído, causado por la existencia de un defecto en el mecanismo de la conducción de las ondas hacia el oído interno.

Si comparamos las hipoacusias perceptivas con las conductivas vale la pena hacer notar que las enfermedades que producen las pérdidas del oído perceptivas, no ocasionan cambios en el aspecto de la membrana timpánica.

Considerando la audición como forma de estímulos vitales es de suma importancia recordar que es un lazo de unión con el resto del mundo; y el niño que no recibe un adiestramiento adecuado, su adaptación o ajuste se ven afectados. De ahí la importancia de desarrollar al máximo la habilidad de oír (Nájera Julieta, 1985).

CONCEPTO DE PSEUDOHIPOACUSIA

"En la sordera del niño pequeño hay distintos cuadros (neurológicos, psicológicos, etc.) que pueden llegar a confundirse con sordera. Pero también hay otros cuadros neuropsíquicos que sin llegar a confundirse con sordera pueden aparentar la existencia de esta. Esto es más frecuente en el niño de edad escolar y recibe el nombre de pseudohipoacusia. Dentro de esta debemos diferenciar los distintos cuadros psiconeurológicos. Siempre la pseudohipoacusia (de manera similar a la hipoacusia) configuran un síndrome; nunca se presenta aislada. Pero no deja de ser curioso observar que a pesar de que los diferentes autores están de acuerdo en esto, insisten en establecer la simple relación

"pseudohipoacusia-condición psicogénica". Sin embargo la pseudohipoacusia puede no ser de origen psicogénico sino estar relacionada con problemas de niveles de audición mas altos, referidos a trastornos perceptuales y lingüísticos" (Quiros D'Elia, 1974 p.p. 258).

TIPOS DE PSEUDOHIPOACUSIAS:

Pretender que sólo los factores psíquicos juegan un rol en la pseudohipoacusia es olvidar que el niño no es un adulto, que su sistema nervioso está en plena evolución y que distintas causas pueden provocar un trastorno en el desarrollo, desequilibrando sus respuestas" (Idem p.p. 259).

a) Pseudohipoacusias psicogénicas: La afección se caracteriza por un aparente déficit de audición, concomitante con conflictos en el hogar (generalmente intelectuales) o en la escuela. La inteligencia suele ser normal, pero a veces sometida a exigencias exageradas por parte de la familia. La aparición del proceso suele ser mas o menos brusca; se puede señalar, aproximadamente, la época de aparición. A veces se asocia el problema, de manera estrecha, con alguna pretendida causa auditiva que pueda alterar el oído (otitis, meningitis, etc.) (Quiros D'Elia, 1974 p.p. 259).

b) Pseudohipoacusias disjuntas. Suelen acompañarse de dificultades para la lectura, perturbaciones perceptuales de "audiobilización" y visualización (espacio-tiempo, análisis-síntesis, figura-fondo), el esquema corporal, del sentido derecha-izquierda, de la atención, de la memoria abstracta, el intelecto suele ser normal. Déficits motores leves suelen acompañar este cuadro. Cuando el déficit básico es de audiobilización, es más frecuente hallar antecedentes de perturbaciones en la adquisición del habla, pero en todo caso, siempre se encuentran deficiencias de organización del lenguaje infantil. En algunos casos puede haber dificultades en la percepción de sonidos (Quiros 1962, D'Elia Cella, 1959 p.p. 261).

c) Pseudohipoacusias por desinhibición perceptual. Esta afección se concretiza por la imposibilidad de dirigir la atención perceptual en forma adecuada hacia el estímulo sonoro durante el tiempo suficiente que permite el trazo audiométrico. Estos niños se detienen sólo un momento en el sonido para luego prescin-

dir de éste y detenerse tal vez en un estímulo visual (objeto, movimiento, etc.)(Idem p.p. 264)

Distintos síndromes presentan esta condición, entre ellos podemos considerar algunos cuadros orgánicos de lesiones cerebrales (parálisis cerebral) con presentación de falso déficit auditivo de difícil valoración; el síndrome de Strauss llamado actualmente "*disfunción cerebral mínima*", los síndromes llamados psicomotores por autores europeos; algunos sospechados déficits de "*mielización*" y ciertos tipos de debilidad mental (idem).

Los síndromes claros de desinhibición perceptual se hallan en las desatenciones frecuentes, en ciertas torpezas motrices y en un cuadro que si se pudiera llegar a confundir con el anterior se diferencia de aquél en un aspecto fundamental; no hay falla de organización del lenguaje respecto a la edad mental establecida (Quiros D'Elia, 1974 p.p. 264).

SORDERA, HIPOACUSIA Y PSEUDOHIPOACUSIA

Establecer una clara diferencia entre hipoacusia y sordera no es tarea fácil. Si bien ambos términos se refieren a la audición, no basta establecer las características de la pérdida auditiva para definirlos:

"Diversos autores han establecido diferentes "grados" de pérdida auditiva, procurando con ello "abarcar" los distintos tipos de hipoacusia. Así Keaster (1948) consideró que las pérdidas auditivas alrededor de 20 dB, debían ser consideradas leves, las pérdidas alrededor de 40 dB, como moderadas y las pérdidas alrededor de 60 dB. (o más) como severas. Sin embargo aún entre autores no existe un acuerdo ya que por ejemplo para Huizing (1963) consideró 4 grupos de pérdidas auditivas (leves 0-30 dB; moderadas 30-60 dB; severas 60-90 dB y sordos más de 90 dB). Portman (1954) consideró 4 grupos de pérdidas auditivas (hipoacúsicos 20-40 dB; semisordo leve 40-60 dB; semisordo grave 60-80 dB y sordo casi total más de 80 dB." (Quiros D'Elia, 1974 p.p. 265).

CLASIFICACION DESDE EL PUNTO DE VISTA OTOLOGICO

Desde el punto de vista otológico, los trastornos auditivos de los niños se clasifican según su tipo y según su etiología.

Clasificación según su tipo: De acuerdo con su tipo, la otología divide las hipoacusias en las de transmisión, percepción y mixtas (combinadas).

En las hipoacusias de transmisión se reconocen los subgrupos siguientes:

- Otitis media crónica con perforación de la membrana timpánica
- Oclusión ceruminosa del conducto auditivo
- Defectos de los huesecillos
- Trastornos funcionales de la trompa de Eustaquio
- Atrofia del conducto auditivo (por ejemplo en niños dismelicos)
- Otoesclerosis (excepcional en niños)

Clasificación según su etiología: "Mientras que en el pasado se diferenciaba entre trastornos auditivos congénitos y adquiridos, por reconocerse que en algunos casos es imposible determinar con exactitud las causas verdaderas tanto desde el punto de vista anatómico como desde el patológico se impuso en los últimos tiempos una división de trastornos y malformaciones auditivas hereditarias, causas prenatales, perinatales y trastornos auditivos adquiridos en la lactancia y la niñez. Esta clasificación se halla, por ejemplo, en Böhme quien divide a los trastornos de la audición de acuerdo con su localización en hipoacusias de oído medio (de transmisión), hipoacusias de oído interno (de percepción) y alteraciones auditivas centrales. la hipoacusia del oído interno y los defectos auditivos son denominados por este autor trastornos auditivos perceptuales, que se subdividen desde el punto de vista etiológico en dos grupos principales, los hereditarios y los adquiridos. Estos últimos los diferencia según el momento de su instalación en prenatales, perinatales y postnatales (Lowe, Armin, 1981 p.p. 129-130)

La mayor parte de los autores dividen los trastornos auditivos adquiridos en la niñez temprana en tres grupos:

- Trastornos auditivos de origen meníngeos: sordera con alteración crónica del equilibrio

- Trastornos auditivos de origen timpánico: aparecen por el paso de una infección piógena (que produce pus) del oído medio o de toxinas bacteriana del oído interno, en enfermedades infecciosas como la escarlatina, el sarampión y la difteria.
- Trastornos auditivos que tienen su causa en influencias tóxicas ejercidas sobre el laberinto o el nervio auditivo, en diversos cuadros infecciosos; pueden instalarse también, por tratamiento de una meningitis con grandes dosis de estreptomicina.

"Mientras que la mención de los trastornos auditivos adquiridos exógenos abarca en la literatura médica moderna un gran espacio, las interrogantes referidas a la sordera hereditaria se tratan en relación, con rareza. Se manifiesta así, quizás, por cierta inseguridad, posiblemente basada en que según dice Feldman "los daños exógenos durante el embarazo (rubeola, alidomida) dan origen a menudo a un complejo de malformaciones que se asemeja a un problema hereditario (fenocopia). Por otro lado, formas muy determinadas de sordera hereditaria están asociadas con otros defectos corporales" (Quiroz D'Elia, 1974). Con esto Feldman quiere poner acento a los diversos síndromes ligados a trastornos hereditarios de la audición que los pedagogos especializados deberían conocer: Síndrome de Treacher-Collins, Síndrome de Waardenburg, Síndrome de Usher, Síndrome de Pendre, Síndrome de Hurler, Síndrome de Alport y Síndrome de Klippel-Feil" (Quiros D'Elia, 1974 p.p. 320).

DIFERENCIA FUNDAMENTAL ENTRE EL NIÑO SORDO Y EL HIPOACUSICO

"La distinción más importante es la que se plantea entre la sordera producida en forma congénita (anacusia) o en los primeros meses de la vida del niño; es decir, antes de la adquisición del lenguaje, y la que se produce cuando el niño ha alcanzado una cierta habilidad lingüística y comunicativa. Mientras que los niños en la primera situación tienen que aprender formas de expresión a partir de su desconocimiento completo del lenguaje oral, en la sordera poslocutiva la competencia lingüística

tica se mantiene, aunque deteriorada y ello modifica substancialmente la problemática evolutiva, social y educativa de estos niños sordos" (Fünth, 1981 p.p. 20).

Desarrollo Motor

Los niños sordos que no están afectados por otro tipo de déficit, probablemente llegan a los primeros hitos motores, por ejemplo, sentarse, estar de pie sin ayuda y caminar, al mismo tiempo que los oyentes. Sin embargo, algunos estudios señalan que los niños sordos tienen algunas dificultades en las pruebas de equilibrio y coordinación general (Wiegesma y Van Der Velde, 1983 citado por Lewis, 1991 p.p. 77). Algunas de las tareas en las cuales estos autores encontraron que los niños sordos de 6 a 10 años fueron menos competentes que los niños oyentes en algunas tareas en tests de coordinación visomotora.

Desarrollo perceptivo

"Los niños ciegos y los niños sordos proporcionan una oportunidad ideal para comprobar la denominada hipótesis sensorio-compensatoria, la idea de que la pérdida de un sentido puede ser compensado por un incremento en la sensibilidad del resto de los sentidos. Otros autores no encuentran diferencias e incluso algunos estudios sugieren que los niños sordos son realmente peores que los niños oyentes en tareas que implican el tacto" (Harrén y Dietrich, 1977, citado por Lewis 1991 p. p. 78)

El niño sordo es menos consciente de las cosas que ocurren a su alrededor y eso es un dato importante, parece probable que su conocimiento del ambiente difiera del de las personas de su misma edad con audición normal. Esta posibilidad puede tomarse en cuenta al examinar el desarrollo cognitivo del niño sordo.

Desarrollo cognitivo

Gran parte del interés se ha centrado en la capacidad del niño sordo para pensar y comprender. En gran medida, este interés surgió de la controversia acerca del papel desempeñado por el lenguaje en el desarrollo cognitivo.

"Dos posiciones extremas han sido presentadas por Watson (1913) y Chomsky (1975). Watson propuso que los procesos del pensamiento son en realidad hábitos motores en la laringe. Desde este punto de vista, el pensamiento, especialmente el pensamiento verbal, y el lenguaje hablado son el mismo proceso. Al contrario, Chomsky ha argumentado que el lenguaje es independiente de la cognición y que ambos se desarrollan por separado. El ha propuesto que las estructuras del lenguaje están presentes en el cerebro al nacer y esto hace posible que el niño experimente el lenguaje y este se desarrolle." (Lewis, 1991, p.p. 79).

Piaget (1967) argumentó que para el desarrollo de la inteligencia es preciso que el niño actúe sobre el ambiente y se de cuenta de las consecuencias de sus acciones. De esta manera, el niño construye una comprensión del ambiente que se reflejará en su inteligencia. El lenguaje del niño depende, según Piaget de la estructura de su inteligencia. Así pues, como el conocimiento o la cognición se desarrolla, el lenguaje del niño se desarrollará para reflejar cambios en su comprensión del ambiente. Desde este punto de vista, el lenguaje refleja el pensamiento aunque Piaget también admitió que la adquisición del lenguaje hace posible separar el pensamiento de la acción.

El punto de vista de Sapir fue desarrollado por Whorf (1940) que argumentó que la percepción de un individuo y la comprensión del mundo dependen del lenguaje al que está expuesto.

Vygotsky propuso que el pensamiento y el lenguaje se desarrollan en paralelo hasta los 2 años aproximadamente. En este momento, el lenguaje y el pensamiento empiezan a unirse y a influirse mutuamente, con la ventaja de que el lenguaje puede ser utilizado para ayudar al pensamiento y el pensamiento puede ser utilizado para el lenguaje. (Lewis, 1991).

"El estudio de los niños sordos fue considerado como una vía para estudiar la relación entre lenguaje y cognición. Si la persona sorda no tiene lenguaje y este es un requisito para la cognición, entonces la capacidad de la persona sorda para razonar debería estar deteriorada o incluso ausente. A la inversa, si el lenguaje depende de la cognición, entonces el conocimiento y la cognición de una persona sorda debería ser equivalente al de una persona oyente" (Lewis, 1991, p.p. 80)

¿CUAL ES LA INTELIGENCIA DE UN NIÑO SORDO?

A menudo oímos demasiado sobre los sordos a través de los medios de comunicación en el sentido de intentar igualar el ser sordo con el ser mudo. Las habilidades lingüísticas son altamente valoradas y todos cometemos el error de valorar erróneamente las capacidades intelectuales de una persona porque hemos prestado demasiada atención a su lenguaje hablado. De hecho el C. I. de los niños sordos calculado por ejemplo en la escala manipulativa del WISC se encuentra típicamente dentro de la norma, aunque las puntuaciones principales pueden estar por debajo de la media para los niños oyentes.

La medida de la inteligencia de los niños oyentes está normalmente basada en sus puntuaciones en ambas escalas, la verbal y la manipulativa del WISC, pero por las capacidades lingüísticas limitadas del niño sordo está basada en la puntuación en la escala manipulativa " (Lewis, 1991, p.p. 81).

"Un estudio de Graham y Shapiro (1953) sugiere que la inteligencia real de los niños sordos puede haber sido subvalorada. Ellos lo demostraron cuando la escala manipulativa del WISC fue dada a niños oyentes y sordos utilizando instrucciones pantomímicas: todos los niños obtenían resultados más bajos que los niños oyentes que había recibido instrucciones verbales. Había algunas diferencias entre los grupos oyentes y sordos que recibían instrucciones pantomímicas, y los niños sordos fueron superiores. en un subtest. Estos resultados demuestran al menos una influencia del lenguaje sobre la inteligencia: ayuda al rendimiento en los tests de inteligencia, pero también está claro que el lenguaje no es un requisito para la cognición.

Es interesante señalar que se ha informado que niños con algún tipo de sordera heredada tienden a tener un C. I. no verbal más alto que los niños que están sordos por otras razones" (Lewis, 1991, p.p. 82)

La actitud de Furth siguiendo la teoría de Piaget es que cualquier retraso en el desarrollo de las capacidades cognitivas de un niño sordo no se debe a la falta de inteligencia o habilidad lingüística sino más bien a una falta de experiencia o entrenamiento Furth (1973) (citado por Lewis, 1991, p.p. 85) informa "que algunos adolescentes sordos son capaces de entender la lógica simbólica y permutaciones a pesar de sus pobres habilidades lingüísticas, esto se debe a que algunos de ellos pueden pensar y razonar de esta manera abstracta, la sordera en sí no puede excluir esta capacidad"

Desarrollo social

Ser sordo no significa que no se pueda oír; puede llevar a serios problemas de comunicación en ausencia de un lenguaje gestual.

Parece probable que la sordera afectará la interacción de otras maneras: la persona sorda falla al dirigirse al sonido de acercamiento de otra persona; y esto deriva en un retraso en iniciar la interacción con dicha persona; una ausencia del conocimiento del cambio por turno en una conversación hablada; una dependencia mayor a los padres, problemas en la comprensión del habla de otras personas; habilidades limitadas del lenguaje hablado, frustración de los padres al manejar al niño y la deducción de personas extrañas de que el niño sordo es un minusválido mental.

¿SE ADAPTA BIEN EL NIÑO SORDO A SU DEFICIT?

No existe una respuesta sencilla a esta pregunta.

Sin embargo es importante, señalar que hemos encontrado que algunos niños sordos están mejor adaptados que otros. Existen otros factores que son relevantes para la adaptación del niño sordo a su déficit. La causa de la sordera del niño no se puede cambiar, pero puede ser un indicador crucial del éxito con que el niño se adaptará a su déficit. El niño cuya sordera se deba a algún tipo de defecto genético es menos probable que tenga otro déficit adicional.

Teniendo en cuenta que la comunicación se ve como el mayor problema que tienen el niño sordo y sus padres, un factor crucial para la adaptación del niño sordo será la naturaleza y grado de su sordera.

Van Unden (citado por Lowe Armin, 1981) expresa con exactitud la situación mencionada con las palabras siguientes: "Sordo es quien debe incorporar el habla principalmente por medio de la visión; la percepción fonemática en ese caso es, un auxiliar. Hipoacúsico es aquel que puede incorporar el habla por medio de la audición (aun cuando en forma incompleta); lo auxiliar es entonces la visión". En otro lugar, Van Unden describe la sordera como, "una pérdida auditiva tal que no se puede oír, ni dirigir por medio de la audición, la propia voz en el propio lenguaje" (Lowe Armin, 1981 p.p. 132).

De acuerdo con Van Unden, la escuela para hipoacúsicos se caracteriza, en comparación con la escuela para sordos, sobre todo por su mayor ritmo de enseñanza y la completa ausencia de gestos en la comunicación de los niños entre sí. Llama la atención además de que el habla de los niños con iguales pérdidas auditivas, es en general mejor en una escuela para hipoacúsicos que en la dedicada para sordos, experiencias confirmadas en forma análoga por Johnson y por Van Den Horst en sus estudios comparativos de niños hipoacúsicos en escuelas diferenciadas y regulares. Las dificultades psicológicas de los niños hipoacúsicos son habitualmente mayores que las de los sordos (Lowe Armin, 1981 p.p. 132).

El término audición normal, no solamente implica que el sonido sea audible, sino requiere ser detectado, reconocido e interpretado según el significado de este. Oír en este sentido, no se presenta en el nacimiento, sino que requiere aprendizaje; por lo que podemos decir que es necesario aprender a oír. Aún cuando todo el aparato anatómico auditivo sea normal, ciertas condiciones son necesarias si el proceso para oír toma su lugar.

Los adolescentes sordos, se ven sometidos a condiciones diferentes tanto internas como externas, su capacidad de adaptación o ajuste se ve reflejada al máximo. Esto es lo que hace importante investigar la capacidad de adaptación familiar, social y emocional de los adolescentes sordos. Es evidente que cuanto mayor conocimiento se tenga de esto, mayores posibilidades se tendrán para ayudar a los adolescentes que se encuentren en esta situación, también cabe considerar que resulta de gran importancia el conocer cómo el indi-

viduo se va formando una personalidad, es decir, cómo se van conformando sus rasgos o características, que lo irán determinando como un ente social específico, influyendo para dicha conformación, la herencia genética y el medio ambiente en donde se desarrolla, en el cual van a influir desde la familia como elemento primario; la escuela, la cual incluye desde el trato con los compañeros y profesores y finalmente la sociedad en general con todo y sus patrones culturales.

Ahora bien, cuando una secuela se hace presente en un adolescente, ésta se conformará como un elemento del medio ambiente que podrá generar cambios en la conducta no sólo de la persona que la padece sino sobre todo en la familia, la cual influirá en mayor o menor medida para que el adolescente se perciba o no como un minusválido, repercutiendo en el comportamiento y actitud que tendrá él hacia el medio que lo rodea; por lo cual es importante tomar siempre en cuenta que una secuela por sí misma no es generadora de alteraciones psicológicas, sino más bien cómo es afrontada dicha situación.

Si se toma en cuenta el proceso que tiene el desarrollo de la adaptación, se recordará que un elemento primario en su formación radica en la familia, siendo posteriormente de importancia las relaciones que se establezcan fuera del núcleo familiar, como los que tendrá con los coetáneos y profesores, ampliándose aun más con las relaciones sociales que tenga.

Por lo cual cuando un adolescente con problemas de audición severos o de sordera se hace presente, la familia influirá en primera instancia positiva o negativamente en el desarrollo de su adaptación, la cual se verá o no reforzada por las relaciones extrafamiliares que el adolescente pueda llegar a establecer posteriormente, llegando a formarse un concepto de sí mismo determinado.

Por otro lado cuando una persona por algún accidente o enfermedad se ve privada de la audición, ésta podrá sufrir una reestructuración en la imagen de sí misma que se había formado hasta ese momento, dependiendo sobre todo de qué tanto esta secuela repercute en su sistema de vida, su rol familiar, su situación económica y sus relaciones sociales, por lo que la forma en que sea afrontado por quienes lo rodean y por él mismo lo podrá llevar a una etapa de crisis que puede ser en gran medida superado.

Por lo que en todo proceso de rehabilitación y de tratamiento psicológico resulta básico tener siempre en cuenta no sólo al sordo en sí mismo como persona, sino además a todos aquellos elementos que puedan ser facilitadores o inhibidores de una buena salud mental, a través de una sensibilización y enseñanza acerca de un manejo e integración del sordo a la sociedad.

Por otro lado la carencia de investigaciones en este tema específico, abren la posibilidad de futuras investigaciones que permitan ampliar y perfeccionar el conocimiento de los procesos de adaptación de los adolescentes con sordera congénita o adquirida.

CAPITULO IV

PREGUNTA DE INVESTIGACION

Tomando en cuenta la importancia del comportamiento y salud mental del individuo, resulta de interés para la presente investigación el estudiar diferencias que existen en la adaptación que presentan los adolescentes con problemas de audición en ambos sexos.

Derivandose con base en lo anterior la siguiente pregunta de investigación:

¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA ADAPTACION DE LOS ADOLESCENTES SORDOS DE NACIMIENTO (ANACUSICOS) Y LOS ADOLESCENTES CON SORDERA ADQUIRIDA (HIPOACUSICOS) DE AMBOS SEXOS?

PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS ESTADISTICAS

H1.- SI existen diferencias estadísticamente significativas en la adaptación que presentan los adolescentes (hombres y mujeres), sordos de nacimiento (anacúsicos) y los adolescentes (hombres y mujeres) con sordera adquirida (hipoacúsicos).

Ho.- NO existen diferencias estadísticamente significativas en la adaptación que presentan los adolescentes (hombres y mujeres), sordos de nacimiento (anacúsicos) y los adolescentes (hombres y mujeres) con sordera adquirida (hipoacúsicos).

PLANTEAMIENTO DE VARIABLES

Variable Dependiente - Adaptación

Variable Independiente - Limitación de tipo auditiva en adolescentes con sordera congénita (anacusia), sordera adquirida (hipoacusia) sexo: (ambos) hombres y mujeres

DEFINICION CONCEPTUAL DE VARIABLES

Variable Dependiente.- Adaptación: "El yo como una especie de resorte o central encargada de facilitar la adaptación entre las demandas de una parte y la influencia del medio social y físico de la otra. El yo comienza a desarrollarse desde el nacimiento y está cada vez en mejores condiciones de poder cumplir su misión en función de los aprendizajes que haya realizado" (Manual del Cuestionario de Adaptación para adultos Bell, 1974).

Adaptación Familiar.- *"Lo que piensa y siente el sujeto sobre sus relaciones familiares"* (Cerdá E., 1974)

Adaptación a la salud.- *"Lo que piensa y siente el sujeto acerca del funcionamiento de su organismo"* (Cerdá E., 1974)

Adaptación social.- *"Lo que piensa y siente el sujeto acerca de sus amistades o relaciones extrafamiliares, incluyendo aquí su grado de contacto social y también cómo él considera sus modalidades de relación con los demás"* (Cerdá E., 1974).

Adaptación emocional.- *"Cómo el individuo comprende y vive sus sentimientos y emociones y hasta qué punto es dueño o esclavo de su propia vida emocional"* (Cerdá E., 1974).

Variable Independiente.- Limitación de tipo auditivo y sexo.

Con base en las definiciones que se han dado acerca de la sordera se consideró como:

Sordera congénita (Anacusia) "*Aquellos que nacen sordos*" (Bobadilla, Mondragón 1984 p.p. 67)

Sordera adquirida (Hipoacusia) "*Aquellos que nacen sin ningún problema de oído, pero cuyo sentido auditivo llega a no ser funcional debido a alguna enfermedad*" (Bobadilla, Mondragón 1984 p.p. 67)

Sexo.- Masculino o Femenino cualquiera de las dos divisiones o categorías de organismos, hembra o macho, que se distinguen por producir, respectivamente óvulos o espermatozoides.

Suma de los caracteres que diferencian lo masculino de lo femenino, especialmente los caracteres físicos (H. B., English, A. Ch. English, Diccionario de psicología y psiquiatría, 1977).

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable Dependiente

Adaptación: Capacidad para ajustarse a las exigencias del medio.

Adaptación familiar: Capacidad para ajustarse a las exigencias del medio familiar.

Adaptación a la Salud: Capacidad para satisfacer las demandas del organismo.

Adaptación Social: Capacidad para relacionarse con los demás.

Adaptación Emocional: Capacidad para entenderse a sí mismo y relacionarse satisfactoriamente.

Variable Independiente

Sordera congénita: (Anacusia) Incapacidad auditiva que no permite percibir ningún tipo de sonido, está presente desde el nacimiento.

Sordera adquirida: (Hipoacusia) Pérdida auditiva que se presenta paulatinamente llegando a provocar un daño irreversible se presenta después del nacimiento por enfermedad o accidente.

Sexo: Suma de los caracteres secundarios que marcan las diferencias entre un hombre y una mujer.

CONTROL DE VARIABLES

Teniendo en cuenta aquellas variables que puedan afectar el estudio y que son susceptibles de ser controladas se tiene que:

- 1.- El rango de edad fue de 12 a 16 años.
- 2.- Todos los sujetos fueron seleccionados de un Centro de Educación Especial para personas con problemas de audición.
- 3.- Todas las instrucciones se dieron por escrito.
- 4.- Todos los sujetos tenían que saber leer.

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION

La presente investigación se realizó en el Centro de Educación Integral y Auditiva, A. C." que se encuentra localizado en la Calle de Nayarit No. 74 en la Colonia Roma; esta Institución en el momento de la realización de este estudio contaba con los siguientes servicios:

"CENTRO DE EDUCACION INTEGRAL Y AUDITIVA, A. C." (1992)

Dirección

Psicólogos, Pedagogos, Terapeutas en Educación Especial

Valoración Integral	Tratamiento en Habilitación y Rehabilitación	Asistencia Médica
Pre-valoración	Prob. de aprendizaje	Audiología
V. Psicológica a Niños Adolec. y Adultos	Audición Lenguaje	Neurología Pediatria
V. Social	Conductual	Otorrino- laringolo- gía
V. Médica	Emocional	
V. Pedagógica	Psicomotriz Orientación Vocacional Orientación a padres de familia	
Integración Social	Control-Investigación y Docencia	
Integración Laboral	Control	
Integración Educativa	Investigación	
Integración Familiar	Docencia	
Integración Social	Capacitación	

El Centro de Educación Integral y Auditiva, A. C., presta atención a personas con deficiencia auditiva y disfunción cerebral mínima que ingresan desde los 4 años en adelante, cuyas limitaciones auditivas son congénitas, y adquiridas a cualquier edad o de debilidad profunda, que les impide desenvolverse satisfactoriamente, tanto en el aspecto físico, educacional y el laboral. La población constaba hasta ese momento de alumnos externos.

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Para la presente investigación se seleccionó una muestra de 120 alumnos adolescentes cuyas edades fluctuaban de los 12 a los 16 años de edad, fueron 30 hombres y 30 mujeres con sordera congénita (anacúsicos) y 30 hombres y 30 mujeres con sordera adquirida (hipoacúsicos) del Centro de Educación Integral y Auditiva, A. C.

Para ésta investigación se tomó como:

Anacusia: Sordera congénita, es la ausencia del sentido auditivo que se presenta desde el nacimiento.

Hipoacusia: Sordera adquirida, es la pérdida del sentido auditivo debido a enfermedades o accidentes en los 5 primeros años de vida.

El estudio se realizó sin hacer distinción en cuanto a escolaridad de los sujetos, interesando únicamente que supieran leer y escribir. Por lo anterior, el tipo de muestreo que se utilizó fue NO probabilístico, intencional por cuota.

NO probabilístico .- Ya que la selección de los sujetos no se realizó al azar.

Intencional.- Ya que se buscaron los elementos que proporcionaron mayor información, seleccionando del universo sólo los casos específicos, de acuerdo al interés de la investigación.

Por cuota.- Ya que se investiga a los sujetos de la población con base en un número previamente delimitado, de cada categoría que se estudió.

INSTRUMENTO

Para la presente investigación se utilizó el Cuestionario de Adaptación o Prueba de Ajuste de Bell, el Dr. Enrique Cerdá tradujo, adaptó y estandarizó en Estados Unidos desde la década de los sesentas esta prueba modificándola en catorce ítemes, el Dr. Cerdá (1972) encontró que es un instrumento útil y confiable para descubrir en los adolescentes de nivel secundaria y preparatoria, información válida acerca de lo que piensa y siente el sujeto sobre sus relaciones familiares, sobre el funcionamiento de su organismo, acerca de sus amistades o relaciones extrafamiliares, su grado de contacto social, cómo entiende el individuo sus propias emociones y sentimientos y finalmente, conocer el grado de satisfacción y expectativas que le proporciona la vida profesional.

Las áreas que mide son 4:

a) familiar b) salud c) social d) emocional

Medidas cada una a través de 35 reactivos, una quinta área mide el ajuste general, se obtiene sumando las puntuaciones de las 4 áreas y el resultado detecta el grado de ajuste general de la persona.

Este cuestionario es útil para ambos sexos, su alta fidelidad de las medidas permite establecer comparaciones entre unos y otros individuos. La medida de las 4 escalas de adaptación permite localizar también las dificultades de adaptación en un determinado campo; este cuestionario consta de 140 reactivos de SI-NO y ? correspondiendo 35 reactivos a cada una de las escalas, se aplica en forma individual o colectiva, no hay límite de tiempo, es una prueba de lápiz-papel y se encuentra disponible en dos formas, forma para adultos (hombres-mujeres), forma para niños (niñas y niños) siendo la primera la que se adaptó a los propósitos de nuestra investigación.

El cuestionario puede calificarse en 20 minutos, utilizando las claves de corrección de cada una de las escalas, colocándose ésta sobre la hoja de respuestas en forma que coincidan los orificios con los números correspondientes de cada página. Luego se procedió a contar cada una de las respuestas que estuvieron rodeadas con un círculo, una vez sumadas todas las respuestas, las puntuaciones se colocaron en la primera página de la hoja de respuestas en la

casilla de la P (puntuación) correspondiente a cada una de las escalas; las respuestas con interrogante (?) se invalidaron y se colocaron en la casilla D (descripción), finalmente en la casilla de R (rangos) se puso el término que correspondía para expresar cualitativamente las puntuaciones obtenidas "Excelente, Buena, Normal, No satisfactoria y Mala Adaptación".

El Dr. Enrique Cerda (1972) obtuvo la validez del Cuestionario de la siguiente manera:

1.- "Los ítemes de cada una de las escalas del cuestionario se seleccionaron partiendo del grado en que diferenciaban entre el 25% de los individuos superior y el 25% inferior en una distribución de las notas obtenidas. Sólomente los ítemes que diferenciaban claramente estos grupos extremos se incluyeron en el cuestionario en su forma actual.

2.- Los resultados de cada una de las escalas que mide el cuestionario fueron controlados mediante entrevistas con 400 estudiantes de Collage por un período de dos años.

3.- La Escala de Adaptación Social, la Escala de Adaptación Emocional y la nota del cuestionario se validaron mediante la correlación de Ascendencia-Sumisión de Allport y el cuestionario de personalidad de Bernreuter B4-D, y la Escala de Adaptación Emocional y la nota total se validaron buscando también la correlación con The Schedule Personality de Thurstone.

b)	N	Correlación
Allport y Adap. Soc. (Hom.)	46	.72
Allport y Adap. Soc. (Muj.)	50	.81
Thurstone Schedule y Emocional	96	.93
Thurstone Schedule nota total	96	.94
Bernreuter B4-D y Social	39	.90

4.- El cuestionario ha sido también validado aplicándolo a grupos de estudiantes que eran clasificados como "muy buenos" o "muy malos" en las correspondientes escalas de adaptación por Psicólogos Escolares y Directores de Escuelas de California y Nueva Jersey, estudiando así el grado de diferenciación y detección que revelaba tener el cuestionario.

Los grupos utilizados para validar el sector adaptación a la salud, fueron seleccionados en colegios de segunda enseñanza, que habían faltado tres o más veces durante el curso escolar; fueron detectados dentro de esta escala como mal adaptados y viceversa.

La escala de Adaptación social se validó mediante grupos seleccionados por el Junior College de Sacramento California, los estudiantes que habían sido "líderes" en las actividades escolares durante el primero y segundo año de bachillerato daban "buena adaptación" en esta escala y viceversa.

La Adaptación Emocional se validó aplicando el cuestionario a grupos seleccionados por Psicólogos consejeros del Junior College de Pasadena California". (Cerde E. 1974)

DESCRIPCION DE LAS AREAS DE AJUSTE

AREA DE AJUSTE	ASPECTOS CONTENIDOS EN CADA AREA
FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none">-Relaciones interpersonales entre padres e hijos-Habilidad para el logro del sentido de independencia
SALUD	<ul style="list-style-type: none">-Padecimientos de carácter psicossomáticos-Padecimientos puramente físicos
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none">-Conductas sociales con tendencia a la extroversión-Conductas sociales con tendencia a la introversión
EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none">-Anomalías o trastornos de carácter-Tendencias neuróticas-Problemas de conducta

**DESCRIPCION DE LAS CUATRO AREAS MEDIDAS A
TRAVES
DE LA PRUEBA DE BELL**

AREA	ASPECTO CONTENIDO	NUMERO DE REACTIVO
FAMILIAR	-Tendencia a la adaptación o desadaptación en cuanto a la familia. Indaga lo que piensa y siente el sujeto sobre sus relaciones familiares.	7-9-13-16-18-21-24 30-32-34-37-41-46 51-55-59-62-67-72 78-82-86-92-97-101 103-105-108-112-117 121-126-131-138-154
	-Tendencia al bienestar o malestar físico individual sobre el funcionamiento del organismo	2-6-11-14-23-25-27 29-33-38-43-47-50 54-58-63-66-69-74 79-84-87-90-94-99 102-107-111-115-119 124-129-133-137-139
SOCIAL	-Tendencia hacia el ajuste o desajuste social en sus relaciones extrafamiliares, el grado de ajuste social	3-5-8-12-15-19-22 26-31-36-39-44-49 53-56-61-65-70-76 80-83-88-91-93-96
	-Tendencia a la sumisión, a ser retraído con respecto a los demás o a la dominancia	100-104-110-114-118 122-127-130-135-140
EMOCIONAL	-Tendencia a la estabilidad o inestabilidad emocional, indaga cómo el individuo comprende y vive sus emociones, hasta qué punto es dueño o esclavo de sus propias emociones.	1-4-10-17-20-28-35 40-42-45-48-52-57 60-64-68-71-73-75 77-81-85-89-95-98 106-109-113-116-120 123-125-128-132-136

(Camacho - Castillo 1997)

DISEÑO

Se realizó un diseño de **4X2X2** es decir las cuatro áreas que mide el instrumento (familiar, social, salud y emocional), los dos grupos (anacúsicos e hipocúsicos) y los sexos (femenino y masculino) de tipo cuasi experimental de dos muestras independientes extraídas de una misma población; el tipo de estudio fue **expostfacto** descriptivo de campo (estudio evaluativo).

Expost-facto.- Porque la variable independiente ya tuvo lugar infringiéndose las relaciones entre ellas sin intervención directa sino a partir de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes.

De campo.- Porque fue una investigación encaminada a descubrir las relaciones o interacciones entre las variables psicológicas y sociológicas y educacionales en estructuras sociales reales, realizándose en una forma sistemática para buscar relaciones que prueben una hipótesis, observando el fenómeno en un ambiente determinado, recopilando datos con el mismo, sin intervenir de modo alguno en su desarrollo.

Evaluativo.- Porque no se introdujo ningún tratamiento susceptible de modificar el fenómeno en cuestión, es decir, que no existió una manipulación directa ni indirecta.

PROCEDIMIENTO

Se acudió al "Centro de Educación Integral y Auditiva, A. C." para solicitar la autorización de la Lic. directora de dicho centro para realizar la investigación.

Una vez obtenida la autorización se llevó a cabo un estudio piloto con el propósito de verificar si las instrucciones por escrito eran captadas por los sujetos como se pretendía.

Fue seleccionada la muestra de 20 alumnos inscritos en el "Centro Educativo Integral y Auditivo, A. C." que consistió en 5 hombres y 5 mujeres con sordera congénita (anacúsicos) y 5 hombres y 5 mujeres con sordera adquirida

(hipoacúsicos), se les aplicó el cuestionario de adaptación para adolescentes de Hugh M. Bell, en dos grupos, durante 2 días.

Posteriormente se dejó pasar un lapso de tres semanas para realizar una segunda aplicación. Al entregar el cuestionario se anexaron dos hojas una en blanco y otra que mencionaba lo siguiente:

“Buenos días somos pasantes de la carrera de psicología estamos realizando nuestra tesis sobre el tema La adaptación de los adolescentes con sordera congénita y sordera adquirida, esperamos que nos ayuden a realizar nuestro objetivo. Por favor lean cuidadosamente las instrucciones, si tienen alguna duda menciónenla por escrito en la hoja en blanco que se les entregó”.

Al confirmarse que las instrucciones fueron captadas como se pretendía y que el Cuestionario de Adaptación de Bell no ocasionaba problema alguno se procedió a solicitar información como: la fecha de nacimiento (para poder saber la edad) diagnóstico y la edad a la cual se presentó la pérdida auditiva, formándose así un enlistado de 120 alumnos, de los cuales 60 formaron el grupo de sordos congénitos (anacusia) 30 hombres y 30 mujeres, y 60 el grupo de sordera adquirida (hipoacúsicos) 30 hombres y 30 mujeres, ambos grupos con una edad que fluctuaba entre los 12 y los 16 años al momento que se realizó la investigación.

Cabe mencionar que los sujetos de la investigación comprendieron perfectamente bien las preguntas ya que en los reactivos que mencionan el tener que expresarse verbalmente la duda era si se contestaban o no, dichos reactivos fueron: 26-49-70 (ver anexo 5).

También es importante señalar que por parte del Centro de Educación Integral y Auditiva A. C. recibimos todo el apoyo para realizar este trabajo, ayudándonos a seleccionar los sujetos que se adaptaran a las necesidades de la investigación, así como las facilidades brindadas para utilizar las instalaciones de dicho centro.

Una vez completada la muestra de 120 adolescentes se procedió a separar: 60 con sordera congénita (anacusia) en una aula y 60 con sordera adquirida (hipoacúsicos) en otro salón; se les entregó el cuestionario y un lápiz.

CAPITULO V

PROCEDIMIENTO ESTADISTICO

Aplicado y calificado el Cuestionario de Adaptación para Adolescentes de Bell, se procedió a codificar los resultados obtenidos, vaciando los puntajes del cuestionario en las tablas de datos diseñadas para tal efecto.

El tratamiento estadístico empleado fue a través de computadora con el programa S.P.S.S. (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales), en un primer análisis ANOVA (Análisis de Varianza) se obtuvo el ordenamiento por grupo Sordera Congénita y Sordera Adquirida así como por Sexo (Masculino y Femenino) en cada una de las áreas del cuestionario.

Con un segundo proceso que fue el programa t-Test nos permitió dar respuesta a las hipótesis estadísticas planteadas, utilizando las siguientes fórmulas estadísticas:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

$$S = \sqrt{\frac{\sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{N}}{N}}$$

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma \text{ dif.}}$$

Error estándar de la diferencia

$$\sigma \text{ dif.} = \sqrt{\sigma^2 X_1 + \sigma^2 X_2}$$

\sum = Sumatoria de X

S = Desviación estándar

\bar{X} = Media

N = Número total de casos.

\bar{X}_1 = Media de la 1ra. muestra.

\bar{X}_2 = Media de la 2da. muestra.

$\sigma \text{ dif.}$ = Error estándar de la dif.

$$\text{donde : } S = \frac{\sigma \text{ dif.}}{N - 1}$$

Finalmente se elaboraron las gráficas de los dos grupos (sordera congénita y sordera adquirida) y de los dos sexos (masculino y femenino) por cada una de las áreas. (Ver anexo IV)

RESULTADOS

Una vez aplicado y calificado el instrumento de investigación (Cuestionario de Ajuste de Bell), se obtuvieron los puntajes correspondientes a la media (\bar{X}) des. est. (S), error est. (t) obtenida y sus respectivos grados de libertad (gl) y el nivel de significancia. (N.S.)

En el área familiar se obtuvo para el grupo de sordos congénitos una $\bar{X} = 7.2500$ una S = 2.391, error est. .309, t = -3.75, para el grupo de sordos adquiridos $\bar{X} = 10.2000$ una S = 5.928, error est. .765, t = -3.75, gl. = 118 y N.S. = 0.01

En el área de la salud, el grupo de sordos congénitos alcanzó una $\bar{X} = 6.8833$, una S = 2.998, error est. = 3.87, t = -.59; para el grupo de sordera adquirida la $\bar{X} = 7.2500$, una S = 3.794, error est. = .490 y una t = -.59, gl. = 118 y N.S. = .558

En el área social, para el grupo de sordos congénitos la $\bar{X} = 15.7500$, S = 5.622, error est. = .731; para el grupo de sordera adquirida la $\bar{X} = 16.2667$, una S = 6.340, error est. .819 y para ambos grupos una t = -.47, gl. = 118 y N.S. = .639

En el área emocional, para el grupo de sordos congénitos la $\bar{X} = 15.2833$, una S = 5.929, error est. = .765 para el grupo de sordera adquirida la $\bar{X} = 16.6167$, una S = 7.307, error est. = .943 y para ambos grupos una t = -1.10, gl. = 118 y N.S. = .275

En el área de ajuste total, para el primer grupo la $\bar{X} = 45.1667$, la S = 12.886, el error est. = 1.664; para el segundo grupo la $\bar{X} = 50.3333$, la S = 17.818, el error est. = 17.818 y una t = -1.82 para ambos grupos; gl. = 118 y N.S. = .072

El área familiar para el sexo masculino la $\bar{X} = 9.4667$, la $S = 5.589$, el error est. = .722 para el sexo femenino la $\bar{X} = 7.9833$, la $S = 3.596$, el error est. = .464 y para los dos grupos una $t = 1.73$, gl. = 118 y N.S. = .087

En la área de la salud el sexo masculino la $\bar{X} = 6.9333$, la $S = 3.497$, error est. = .722 en el sexo femenino la $\bar{X} = 7.2000$, la $S = 3.497$, el error est. = .451 y en ambos grupos una $t = -.43$, gl. = 118 y N.S. = .670

En el área social los varones obtuvieron una $\bar{X} = 16.5833$, una $S = 5.715$, un error est. = .835, para las mujeres la $\bar{X} = 15.3333$, una $S = 5.715$, un error est. = .738 y para los dos grupos una $t = 1.05$, gl. = 118 y N.S. = .295

En el área emocional los hombres alcanzaron una $\bar{X} = 15.1500$, una $S = 6.470$ un error est. = .835; para las mujeres la $\bar{X} = 16.7500$, una $S = 6.804$, un error est. = .878 y en ambos grupos una $t = -1.32$, gl. = 118 y N.S. = .189

En el área de ajuste total los varones tuvieron la $\bar{X} = 47.3667$, la $S = 15.547$, el error est. = 2.062; las mujeres obtuvieron una $\bar{X} = 47.3667$, una $S = 15.547$, un error est. = 2.007 y los dos grupos una $t = .27$, gl. = 118 y N.S. = .790 (ver anexo III)

En base al criterio del Dr. Enrique Cerdá de que a menor puntaje mayor adaptación y viceversa ; de los puntajes obtenidos en esta investigación se elaboraron las tablas de Rangos percentilares por grupo:

Sordera Congénita (anacusia) y Sordera Adquirida (hipoacusia) y por Sexo (femenino y masculino), y de acuerdo a las calificaciones del instrumento aplicado a esta muestra se obtuvo una calificación normativa para este tipo de población (ver anexo II y III)

DISCUSION DE RESULTADOS

De acuerdo a los puntajes obtenidos en cada una de las áreas por grupo, se observa que la hipótesis nula, que menciona que no hay diferencias estadísticamente significativas en la adaptación que presentan los adolescentes (hombres y mujeres) sordos de nacimiento (anacúsicos) y los adolescentes (hombres y mujeres) con sordera adquirida (hipoacúsicos); fue aceptada en casi todas las áreas del cuestionario, encontrándose que las diferencias cuantitativas entre los grupos, no fueron significativas, a excepción del área familiar, en la cual se acepta la hipótesis alterna que menciona que sí existen diferencias estadísticamente significativas en la adaptación que presentan los adolescentes (hombres y mujeres) sordos de nacimiento (anacúsicos) y los adolescentes (hombres y mujeres) con sordera adquirida (hipoacúsicos) en el área familiar. (Ver anexo III)

En los puntajes de cada una de las áreas por sexo, se aceptó la hipótesis nula, las diferencias cuantitativas entre los sexos, no fueron significativas en ninguna de las áreas. (Ver anexo III)

Sin embargo, aun cuando no existen diferencias cuantitativas si las hay cualitativas, y esto se ve en el análisis realizado por área, que se describe a continuación:

INTERPRETACION CUALITATIVA

Es la interpretación que, de acuerdo con el autor del instrumento utilizado, se da a los resultados obtenidos, debemos tomar en consideración que las notas más bajas revelan una excelente o muy buena adaptación y entre más altas sean las puntuaciones obtenidas, nos indican niveles más bajos de adaptación.

En el área familiar se consideraron básicamente dos aspectos:

"Relaciones interpersonales entre padres e hijos"

"Propiciamiento para el logro del sentido de independencia"

Inferiéndose lo siguiente:

La problemática encontrada en esta área nos indica que el sujeto de este nivel, de acuerdo con nuestro marco teórico, se ubica en el periodo de "encontrarse a sí mismo" y es cuando la familia no le presta la atención y colaboración que él necesita sobre todo en el adolescente con problemas de audición. La solución a la crisis de identidad por la que el joven atraviesa, depende, básicamente, de la confianza y apoyo que los padres le brinden, así como la adaptación de la comunidad a la cual pertenece.

En el área de la salud, considerando como importantes los padecimientos puramente físicos y los llamados psicósomáticos, se observó que los causantes más comunes de conflicto son: padecimiento de la dentadura, frecuencia de trastornos del aparato respiratorio, del aparato digestivo, agotamiento físico y problemas de peso corporal en las mujeres.

En esta área se muestran aspectos de afección de la salud, normales en la ciudad donde vivimos y la comunidad donde se desarrollan los jóvenes investigados, y se ve resuelta por los conductos normales de atención médica.

Para el área social se consideraron también dos aspectos en términos generales:

"Conductas sociales con tendencia a la extroversión"

"Conductas sociales con tendencia a la introversión"

Encontramos que la problemática en el ajuste social entre los jóvenes radica principalmente en el sentido de inadecuación por su timidez que se encuentra en los sujetos de ambos sexos de los dos grupos; las mujeres sobre todo muestran dificultad para relacionarse con el sexo opuesto.

Para la interpretación del área emocional tomamos en consideración tres aspectos:

"Anomalías o trastornos de carácter con connotaciones internas"

"Tendencias neuróticas"

"Problemas de conducta"

Entre los problemas que encontramos, que con más frecuencia afectan el ajuste emocional son:

La fantasía, manifiesta en casi todos los sujetos pero más notoria en las mujeres con sordera adquirida; los temores hacia el futuro se expresaron con mayor incidencia en el grupo de sordera adquirida sobre todo en las mujeres; en éste grupo aparece un sentimiento de inseguridad por falta de apoyo e inestabilidad emocional.

Por otra parte, en el grupo de sordera adquirida, los varones presentan más sentimientos de minusvalía por su apariencia personal, esta misma categoría, pero de los dos grupos, manifiesta pensamientos obsesivos ante humillaciones y hechos desagradables.

Finalmente, encontramos problemas de susceptibilidad emocional en los sujetos de los dos grupos principalmente en los de sordera adquirida.

De lo anterior, suponemos que la inadaptación tanto en el área familiar como en el área emocional se ve reflejada en la problemática manifestada en el área social, lo que nos comprueba que estos problemas están obstaculizando el desarrollo normal de la personalidad de la mayoría de los sujetos de este estudio.

En síntesis, de acuerdo con el instrumento utilizado, la mayoría de los sujetos de este estudio tiene problemas de adaptación causados principalmente por el núcleo familiar y el de la comunidad, los cuales repercuten en su desarrollo emocional, alterando su identidad y por lo tanto afectarán su personalidad (ver anexo IV).

CONCLUSIONES

Debido a que en la actualidad, los estudios referentes a la adaptación en adolescentes con problemas de audición han sido escasos, la presente investigación abordó la adaptación como un estudio preliminar a través del cual se proporcione información acerca de esta población y con base en la cual puedan ser generadas posteriores investigaciones.

Si tomamos en cuenta la actitud que la sociedad ha tomado ante la presencia de la sordera y las repercusiones negativas que esto ha ocasionado, nos daremos cuenta que resulta muy importante tener un mayor conocimiento de esta población, para poder dar, entonces, un trato más acertado a la persona sorda, evitando así problemas como la sobreprotección y el rechazo.

Como pudimos constatar, el sordo es una persona capaz de rehabilitarse e integrarse a la sociedad a través de las habilidades que adquiere en este proceso, además de contar con la movilidad que le permite desenvolverse mejor a su medio ambiente de manera más autónoma.

Como profesionales de la salud mental, no sólo es importante el conocer las potencialidades intelectuales y motoras del sordo para integrarse a la sociedad, sino además, que los procesos psicológicos a los cuales se haya sujeto, son los mismos que el de las leyes de la Psicología General para todos los humanos. Sin embargo, es importante tomar en cuenta todos aquellos elementos medio ambientales que pueden proporcionar una alteración psicológica en el sordo, a partir de la presencia de su escuela, ante la reacción del medio que lo rodea.

Así cuando un niño nace sordo, resulta importante orientar a los padres, enseñarles el deber de afrontar junto con el niño, un sistema diferente de vida a través de todos aquellos elementos que proporcionan una rehabilitación oportuna, reforzando el desarrollo de sus habilidades, su autonomía y responsabilidad, evitando con esto caer en la sobreprotección o rechazo, propiciando lo más pronto posible su integración social.

Y en el caso de las personas que por accidente o enfermedad perdieron el sentido del oído, también es importante hacer partícipe a la familia del proceso de rehabilitación de éste, tomando como base, en la medida de lo posible, la actividad que realizaba antes, integrándolo a su nuevo sistema de vida o

aprovechando aquellas potencialidades que podrían tener en otras áreas y que estando sordo podría desarrollar.

Por ello el analizar las teorías que sobre la adaptación existen en este tipo de población resultó de gran ayuda, ya que como se observó, el grado o nivel de adaptación que puede tener el adolescente no sólo reflejará su personalidad sino también lo que el medio ambiente hace para reforzar lo que él es y puede hacer.

APORTACIONES

Dentro de los estudios que se han llevado a cabo acerca de la influencia que el medio tiene en la adaptación que logra una persona discapacitada recordaremos que las investigaciones que sobre esta área se han realizado con adolescentes son escasas dentro del campo de la psicología.

Gracias a esta investigación se pudo observar la importancia de no segregar a los discapacitados, ya que sus capacidades intelectuales, culturales y sociales han sido posibles de desarrollar a través del proceso de rehabilitación.

Se sugiere que no se continúe tratando a esta población con sobreprotección, rechazo, compasión e indiferencia. Una de las finalidades de este trabajo, es precisamente proporcionar información que ayude a lograr estos objetivos.

Finalmente, a través del trabajo realizado en la presente investigación, creemos importante poner a disposición las normas que se obtuvieron de la calificación del Cuestionario o Prueba de Ajustes de Bell, aplicado a sordos, por cada una de las áreas, las cuales están basadas en los puntajes obtenidos en este estudio. Es una aportación normativa para este tipo de población. (ver anexo II).

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

1.- LIMITACIONES

- a) No se consideró para la selección de la muestra, la escolaridad de los sujetos.
- b) No abarcó todo el universo de sordos, solamente a las personas del Centro de Educación Integral y Auditiva.
- c) El estudio se llevó a cabo únicamente con alumnos externos, sin realizarse una comparación con alumnos internos.
- d) Son personas sujetas a un proceso de rehabilitación.
- e) No fue posible tener un control de la situación familiar en que se encuentra cada alumno.
- f) En cuanto al instrumento tiene muchas limitaciones, en lo que respecta a su estandarización y aunque ha sido utilizado en otras investigaciones, no fue diseñado para sujetos con problemas auditivos.

2.- SUGERENCIAS

- a) Es necesario diseñar actividades de rehabilitación y educación que mejoren los niveles de adaptación de las personas con problemas de audición especialmente en las área de mayor problema como son la familiar y emocional
- b) Los Centros de Educación Especial deben ampliar los servicios para la atención individual hacia el ámbito familiar así como el control y seguimiento de casos detectados como de alto riesgo.
- c) Se debe establecer una coordinación con los diferentes Centros o Instituciones dedicados a promover y fomentar la rehabilitación de los sujetos con problemas auditivos.

- d)** Creemos que el presente trabajo puede servir como antecedente para futuras investigaciones de mayor amplitud sobre este tema.
- e)** Utilizar una muestra de adolescentes oyentes, como grupo control para comparar la adaptación en ambas poblaciones.
- f)** Estandarizar la prueba en este tipo de población.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alves García José (1958): *Trastornos del Lenguaje*. Buenos Aires, Ed. Alfa.
- 2.- B. de Quiros, J. D'Elia N. (1974): *La audiometría del niño y del adulto*. Argentina, Ed. Paidós.
- 3.- Blass Peter (1974): *Psicoanálisis de la adolescencia*. México, Ed. Joaquín Mortiz.
- 4.- Bobadilla González A., Mondragón Nakagawa A. (1984), *Estudio exploratorio de la características de depresión, inteligencia y ansiedad de madres de niños autistas y madres de niños sordos*. México, Tesis para Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología U. N. A. M.
- 5.- Bodin Paul (1974): *La Adaptación del niño al medio escolar*. Buenos Aires, Ed. Kapeluz.
- 6.- Bresson F. (1970): *Los procesos de adaptación*. Buenos Aires, Ed. Proteo.
- 7.- Bustos de Ruiz Olga y Col. (1982): *Cursos de prácticas del tercer nivel social unidimensional*. México, Facultad de Psicología, U. N. A. M.
- 8.- Carneiro Leao, A. (1982): *Adolescencia, sus problemas y su educación*. México, Ed. Hispano Americana
- 9.- Cerdá Enrique (1974): *Manual cuestionario de adaptación para adultos*. Barcelona, Ed. Hender
- 10.- Cerdá Enrique (1974): *Manual cuestionario de adaptación para adolescentes*. Ed. Hender

- 11.- Cohen Josef (1973): *Sensación y percepción auditiva y de los sentidos menores*. México, Ed. Trillas
- 12.- Corbella Juan (1985): *Enciclopedia Práctica de Psicología*. México, Ed. Orbis
- 13.- Coronado Medina S., Rosales Sánchez Uco, Javier (1990): *Diferencias en el grado de adaptación entre adolescentes y pre-adolescentes*. México, Tesis para Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología U. N. A. M.
- 14.- Deweese David H., Saunders William (1987): *Tratado de otorrinolaringología*. México, Ed. Interamericana
- 15.- Downie N. M.(1973): *Métodos estadísticos aplicados*. México, Ed. Harla
- 16.- Fuentes G. B. (1989): *Conocimiento y formación de adolescentes*. México, Ed. Cía. Editorial, S. A. de C. V.
- 17.- Furth G. Hans (1981): *Pensamiento sin lenguaje*. España, Ed. Marova
- 18.- Guerra Escudero Leticia (1987): *Estudio exploratorio de las actitudes y conocimiento que tienen los adolescentes invidentes hacia la sexualidad*. México, Tesis para Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, U. N. A. M.
- 19.- Harns Grace M. (1973): *Enseñanza preescolar del lenguaje en el niño sordo*. Barcelona, Ed. Científico-Médica
- 20.- Hartmann Heinz (1962): *La Psicología del YO y del problema de la adaptación*. México, Ed. Pax-Mex
- 21.- H. English (1977): *Diccionario de psicología y psiquiatría*. Buenos Aires, Ed. Paidós
- 22.- Hurlock Elizabeth, B. (1981): *Psicología de la adolescencia*. Argentina, Ed. Paidós

- 23.- Jiménez, Meza Ma. Estela (1987): *Estudio Comparativo de los alumnos de 6º Semestre de un C. E. C. y T. con la Prueba de H. M. Bell.* Tesis para Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología U. N. A. M.
- 24.- Jelinek Raquel, y Col. (1981): *Diccionario de Instituciones que ofrecen servicio de educación especial.* México, Centro de Estudios de Psicología Humana, Facultad de Psicología U. N. A. M.
- 25.- Lewis R. Aiken 1996 *Tests Psicológicos y Evaluación.* México Ed. Prentice Hall
- 26.- Lewis Vicky (1991): *Desarrollo y déficit.* España, Ed. Paidós
- 27.- Lowe Armin (1981): *Audiometría en el niño.* Argentina, Ed. Panamericana
- 28.- Luterman David (1985): *El niño sordo.* México, Ed. La Prensa- Médica Mexicana, S. A.
- 29.- Mackane, K. (1933): *Comparison of the Intelligence a of Deaf, and Hearing Children.* New York Bureau, Colombia Publicaciones, Columbia University T. C. contrib to ed. No. 585
- 30.- Mekinney, J. Fitzgerald, H. Strommen E (1982): *Psicología del desarrollo.* México, Ed. El Manual Moderno
- 31.- Mercado Montes, R. (1974): *Aspectos psicológicos del sordo.* México, Tesis para Licenciatura en Psicología Facultad de Psicología, U. N. A. M.
- 32.- Miguelina Espinoza, E. (1964): *Influencia de los medios de difusión en psicología de los adolescente.* México, Tesis para Licenciatura en Psicología Facultad de Filosofía y Letras, U. N. A. M.
- 33.- Nájera, C. Julieta (1985): *Importancia del desarrollo de la audición y lenguaje en el niño con daño neurológico.* IV Congreso Mexicano de Psicología Clínica, México
- 34.- Northern, Jerry L., Downs, Marion P: *Hearing in Children, Baltimore, Maryland.* The Williams and Wilkins Company, Second Edition

- 35.- Pérez Montaña, S. C. (1979): *Estudio Comparativo de 2 modelos adaptativos de adolescentes en grupos socioculturales diferentes*. México, Tesis para Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología U. N. A. M.
- 36.- Piaget, Jean (1985): *Adaptación vital psicología de la inteligencia*. México, Ed. Siglo XXI
- 37.- Roche Blave, Spence, Anne Marie (1978): *El adolescente y su mundo*. Barcelona, Ed. Herder

ANEXO I

TABLA GENERAL DE RANGOS PERCENTILARES
DE LA PRUEBA DE BELL EN AMBOS GRUPOS

AREAS	SORDERA CONGENITA		
	FAM. SAL.	SOC.	EMO.
P.C.			
35			
34			
33			
32			
31			
30			
29		99	
28		99	
27		98	
26		97	99
25		96	98
24		92	97
23		88	96
22		84	92
21		78	81
20		72	72
19		63	69
18		57	64
17		56	59
16		99	52 55
15		99	47 53
14		96	44 53
13	99	93	41 50
12	97	93	31 46
11	93	90	21 42
10	85	88	13 36
09	78	83	07 23
08	63	73	06 08
07	46	55	04 05
06	32	39	02 03
05	17	27	01 02
04	07	15	01 01
03	04	07	00 00
02	02	04	00 00
01	01	01	00 00

AREAS	SORDERA ADQUIRIDA		
	FAM. SAL.	SOC.	EMO.
P.C.			
35			
34			98
33			98
32		99	97
31		98	96
30		98	95
29		98	95
28	98	98	95
27	96	97	94
26	96	96	92
25	96	92	89
24	96	87	87
23	95	85	84
22	95	82	79
21	95	81	74
20	95	75	72
19	94	71	68
18	92	62	61
17	91	53	55
16	88	99	46 52
15	85	98	44 48
14	77	98	42 44
13	70	96	35 40
12	69	93	32 37
11	67	87	27 33
10	64	81	22 27
09	57	74	17 21
08	48	63	10 15
07	41	55	05 09
06	32	45	04 06
05	27	37	03 03
04	08	31	02 03
03	02	26	00 02
02	00	09	00 00
01	00	03	00 00

P.C. = PUNTAJE CRUDO

ANEXO IA

TABLA GENERAL DE RANGOS PERCENTILARES
DE LA PRUEBA DE BELL EN AMBOS SEXOS

AREAS	HOMBRES				AREAS	MUJERES			
	FAM.	SAL.	SOC.	EMO.		FAM.	SAL.	SOC.	EMO.
P. C.					P. C.				
35					35				
34					34				
33					33				98
32				99	32				98
31				96	31				98
30			99	96	30				98
29			99	96	29				98
28			99	96	28				96
27	98		97	96	27				93
26	96		92	95	26		98		91
25	96		92	96	25			95	89
24	94		86	96	24			92	87
23	94		82	92	23			90	84
22	94		76	89	22			87	76
21	94		73	81	21			82	69
20	94		67	77	20			75	66
19	92		57	72	19	99		68	58
18	92		50	67	18	97		61	52
17	92		47	62	17	97		55	50
16	89		47	57	16	97		52	48
15	86		43	53	15	95	99	46	47
14	81	97	38	50	14	93	97	41	42
13	77	97	33	47	13	93	90	38	37
12	76	90	27	44	12	91	90	33	31
11	72	86	20	38	11	85	94	27	25
10	68	86	15	37	10	74	78	22	17
09	63	74	12	17	09	63	70	14	10
08	53	69	07	12	08	51	57	08	06
07	39	56	03	05	07	39	44	06	03
06	27	42	02	05	06	32	36	03	03
05	15	32	02	01	05	23	27	01	03
04	07	22	02	01	04	17	19	01	02
03	05	12	00	01	03	03	12	01	01
02	02	03	00	00	02	01	09	00	00
01	00	00	00	00	01	01	04	00	00

P. C. = PUNTAJE CRUDO

ANEXO IB

TABLA DE RANGOS PERCENTILARES
DE LA PRUEBA DE BELL SEXO FEMENINOS EN AMBOS GRUPOS

AREAS	SORDERA CONGENITA				AREAS	SORDERA ADQUIRIDA			
	FAM.	SAL.	SOC.	EMO.		FAM.	SAL.	SOC.	EMO.
P.C.					P.C.				
35					35				
34					34				
33					33			98	
32					32			97	
31					31			97	
30					30			97	
29					29			97	
28					28			95	
27					27			90	
26			98		26			85	
25			97		25			83	
24			95	97	24		97	82	
23			92	93	23		88	77	
22			87	78	22		83	73	
21			80	67	21		77	72	
20			73	63	20		73	68	
19			65	57	19	98		67	60
18			60	52	18	95		58	53
17			55	50	17	93		55	50
16			52	50	16	93		47	47
15			48	50	15	90	98	38	45
14		98	45	45	14	87	97	37	40
13		93	40	38	13	87	97	37	35
12		93	30	32	12	85	90	32	30
11	88	88	23	25	11	82	85	27	25
10	77	67	17	15	10	72	77	18	20
09	65	60	10	07	09	62	68	08	13
08	50	63	04	05	08	52	57	05	07
07	35	43	07	03	07	43	47	02	03
06	25	28	05	03	06	41	42	00	03
05	15	18	02	03	05	32	35	00	03
04	07	10	02	02	04	17	27	00	03
03	05	07	02	00	03	02	18	00	02
02	03	05	00	00	02	00	13	00	00
01	02	02	02	00	01	00	07	00	00

P.C. = PUNTAJE CRUDO

ANEXO IC

TABLA DE RANGOS PERCENTILARES
DE LA PRUEBA DE BELL SEXO MASCULINO AMBOS GRUPOS

AREAS	SORDERA CONGENITA				AREAS	SORDERA ADQUIRIDA			
	FAM.	SAL.	SOC.	EMO.		FAM.	SAL.	SOC.	EMO.
P. C.					P. C.				
35					35				
34					34				
33					33				
32					32				
31					31		98	98	
30					30		97	97	
29					29		97	97	
28					28		97	97	
27					27	97	95	97	
26			98		26	93	92	97	
25			97	98	25	91	86	97	
24			95	97	24	92	83	90	
23			92	95	23	90	80	85	
22			85	90	22	90	76	78	
21			82	83	21	90	73	75	
20			77	78	20	90	67	67	
19			70	75	19	88	55	62	
18			62	72	18	87	43	58	
17			57	67	17	87	40	55	
16			57	61	16	83	40	50	
15			53	57	15	78		40	43
14			47	57	14	72	95	33	40
13			98	43	13	67	90	25	40
12			97	42	12	55	85	22	36
11			97	32	11	52	80	18	30
10			93	18	10	48	72	17	23
09			93	10	09	43	63	17	17
08			90	08	08	37	57	12	12
07			85	02	07	30	45	03	10
06			82	02	06	22	33	03	07
05			77	00	05	15	27	03	02
04			70	00	04	12	25	03	02
03			67	00	03	08	17	00	02
02			60	00	02	05	05	00	00
01			02	00	01	02	00	00	00
			00	02					

P. C. - PUNTAJE CRUDO

TABLA NORMATIVA**DIAGNOSTICO****RANGO PERCENTIL**

0 ----- 24	EXCELENTE ADAPTACION
25 ----- 49	BUENA ADAPTACION
50	MEDIANA ADAPTACION
51 ----- 75	MALA ADAPTACION
76 ----- 99	MUY MALA ADAPTACION

A N E X O I I B

NORMAS PARA ESTUDIANTES DE «HIGH SCHOOL» Y «COLLEGE»

	Notas «High school»		Rangos	Notas «College»	
	Hombres (161)	Mujeres (190)		Hombres (171)	Mujeres (243)
FAMILIAR	0-1	0-2	Excelente	0-1	0-1
	2-4	3-5	Buena	2-4	2-4
	5-9	6-13	Media	5-9	5-9
	10-16	14-20	No satisfactoria	10-16	10-15
	más de 16	más de 20	Mala	más de 16	más de 15
SALUD	0-1	0-1	Excelente	0-1	0-1
	2-4	2-4	Buena	2-4	2-4
	5-9	5-11	Media	5-9	5-9
	10-15	12-16	No satisfactoria	12-16	10-15
	más de 15	más de 16	Mala	más de 16	más de 15
SOCIAL	0-4	0-4	Muy agresivo	0-3	0-3
	5-9	5-10	Agresivo	4-7	4-8
	10-20	11-21	Media	8-17	9-19
	21-26	22-30	Retraído	18-25	2-23
	más de 26	más de 30	Muy retraído	más de 25	más de 28
EMOCIONAL	0-2	0-3	Excelente	0-2	0-3
	3-5	4-8	Buena	3-5	4-7
	6-11	9-18	Media	6-13	8-15
	12-18	19-24	No satisfactoria	14-19	16-21
	más de 18	más de 24	Mala	más de 19	más de 21
TOTAL	0-12	0-15	Excelente	0-9	0-12
	13-24	16-31	Buena	10-22	13-24
	25-44	32-57	Media	23-41	25-47
	45-60	58-74	No satisfactoria	42-60	48-65
	más de 60	más de 74	Mala	más de 60	más de 65

TABLAS DE RESULTADOS OBTENIDOS POR EL DOCTOR.
ENRIQUE CERDA (1972).

TABLA 1

TABLA COMPARATIVA: RESULTADOS DE LOS GRUPOS SORDOS CONGENITOS
Y CON SORDERA ADQUIRIDA EN LAS 5 ÁREAS

AREA	GRUPO	MEDIA	DESV.		D. F.	F. t	G1	NS
			EST.	EST.				
1	1	7,2500	2,391	0,309	0,15	-1,57	118	0,010
	2	13,2000	6,928	0,765				
2	1	6,8833	2,098	0,307	1,60	-0,59	118	0,558
	2	7,2500	3,774	0,435				
3	1	17,2000	6,452	0,731	1,20	-0,42	118	0,373
	2	17,2000	6,440	0,819				
4	1	10,2833	4,029	0,765	1,52	-1,52	118	0,295
	2	16,6167	7,307	0,943				
5	1	45,1667	12,886	1,664	1,91	-1,82	118	0,072
	2	50,3333	19,618	2,300				

ÁREAS:

- 1.- FAMILIAR
- 2.- SALUD
- 3.- SOCIAL
- 4.- EMOCIONAL
- 5.- AJUSTE TOTAL

GRUPOS:

- 1.- SORDERA CONGENITA
- 2.- SORDERA ADQUIRIDA

NIVEL DE SIGNIFICANCIA 0.01

TABLA 2

TABLA COMPARATIVA: RESULTADOS POR SEXO HOMBRES Y MUJERES
EN LAS 5 AREAS

AREA	GRUPO	MEDIA	DESV. EST.	ERROR EST.	F. F.	F. C.	df	Ns
1	1	9,4467	5,589	0,527	2,42	1,75	118	0,067
	2	7,9811	3,596	0,464				
2	1	8,9311	3,188	0,31	1,09	0,93	118	0,670
	2	7,2000	5,497	0,541				
3	1	10,5853	5,277	0,517	1,09	1,09	118	0,291
	2	10,4111	5,718	0,548				
4	1	10,1500	6,470	0,636	1,11	1,32	118	0,107
	2	10,7500	6,304	0,608				
5	1	10,1333	10,977	2,062	1,06	0,277	118	0,790
	2	10,4667	10,547	2,067				

AREAS:

- 1.- FAMILIAR
- 2.- SALUD
- 3.- SOCIAL
- 4.- EMOCIONAL
- 5.- AJUSTE TOTAL

GRUPOS:

- 1.- SORDERA CONGENITA
- 2.- SORDERA ADQUIRIDA

NIVEL DE SIGNIFICANCIA 0.01

TABLA 3

**TABLA COMPARATIVA: SEXO MASCULINO CON SORDERA CONGENITA Y
CON SORDERA ADQUIRIDA EN LAS 5 AREAS**

AREA	GRUPO	MEDIA	DESV. EST.	ERROR EST.	P. F.	P. C.	g)	NS
1	1	6,6667	2,006	0,366	10,76	-4,46	58	0,000
	2	12,2667	6,581	1,201				
2	1	6,1000	2,769	0,505	1,86	1,48	58	0,143
	2	7,5667	3,775	0,689				
3	1	19,3333	5,269	1,035	1,45	-0,8	58	0,425
	2	17,2333	6,816	1,244				
4	1	14,4000	6,049	1,104	1,30	-0,9	58	0,374
	2	15,4000	6,885	1,257				
5	1	43,4000	11,345	2,071	2,66	-2,44	58	0,018
	2	52,4667	18,492	3,376				

AREAS:

- 1.- FAMILIAR
- 2.- SALUD
- 3.- SOCIAL
- 4.- EMOCIONAL
- 5.- AJUSTE TOTAL

GRUPOS:

- 1.- SORDERA CONGENITA
- 2.- SORDERA ADQUIRIDA

NIVEL DE SIGNIFICANCIA 0.01

TABLA 4

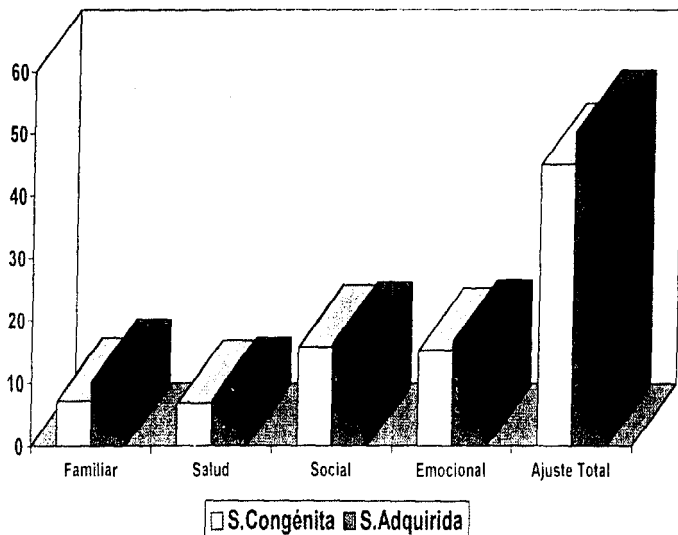
ANEXO III C

TABLA COMPARATIVA: SEXO FEMENINO CON SORDERA CONGENITA Y CON SORDERA ADQUIRIDA EN LAS 5 ÁREAS

ÁREA	GRUPO	MEDIA	DESV. EST.	ERROR EST.	T. P.	P. C.	df	Ns	
1	1	7.8150	2.627	0.440	2.86	0.012	58	0.750	
	2	6.1153	4.400	0.601					
2	1	7.4667	3.148	0.575	1.25	0.219	58	0.219	
	2	6.7533	3.850	0.713					
3	1	10.5667	8.748	1.049	1.51	0.138	58	0.450	
	2	10.3000	7.778	1.095					
4	1	10.1667	6.777	1.054	1.51	0.138	58	0.511	
	2	12.2333	7.75	1.415					
5	1	87.6154	14.255	2.394	2.97	0.003	58	0.87	
	2	87.7000	17.038	3.107					
ÁREAS:		GRUPOS:							
1.- FAMILIAR		1.- SORDERA CONGENITA							
2.- SALUD		2.- SORDERA ADQUIRIDA							
3.- SOCIAL									
4.- EMOCIONAL									
5.- AJUSTE TOTAL		NIVEL DE SIGNIFICANCIA 0.01							

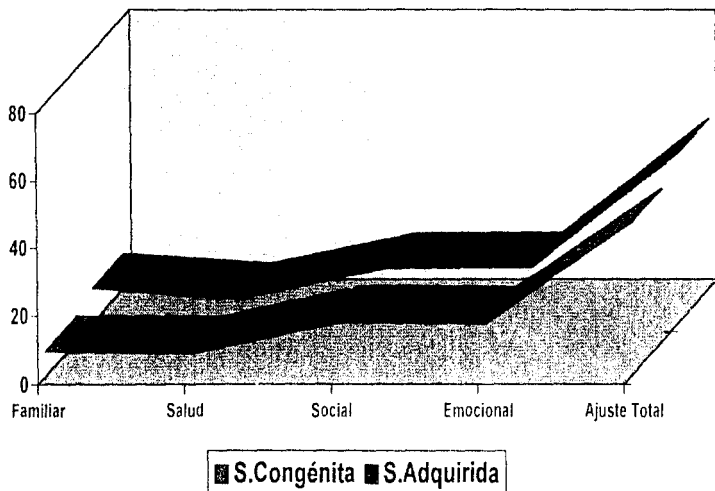
RESULTADOS DE LOS GRUPOS

ANEXO IV



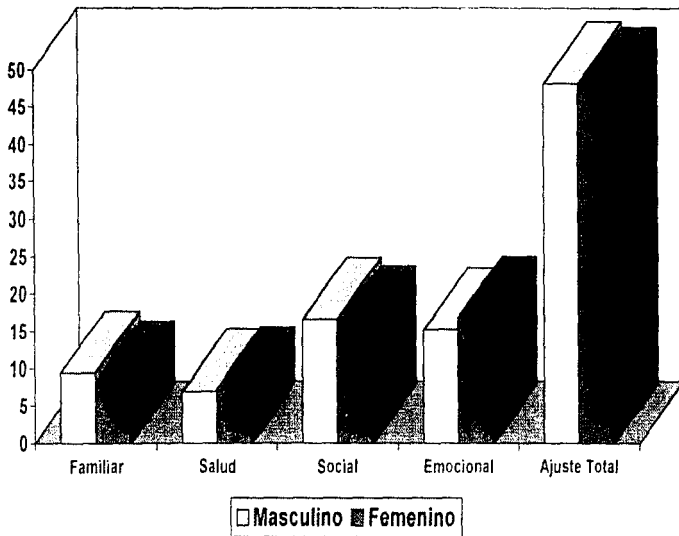
RESULTADOS DE LOS GRUPOS

ANEXO IV A



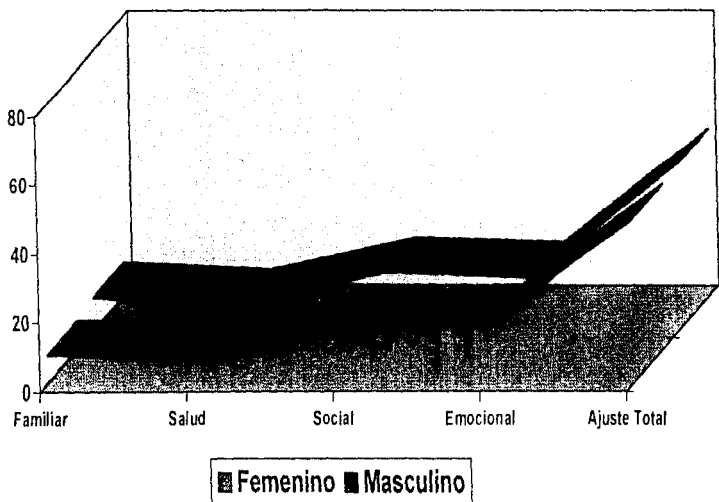
RESULTADOS POR SEXO

ANEXO IV B



RESULTADOS POR SEXO

ANEXO IV C



CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN PARA ADOLESCENTES

"The adjustment inventory"

A N E X O V

por HUGH M. BELL

Adaptación y normalización española ENRIQUE CERDA

Con el permiso de Stanford University Press, Stanford, California. Copyright 1954 by the Board of Trustees of the Leland Stanford Junior University. All rights reserved.

I N S T R U C C I O N E S

Estamos seguros de que tu tienes un verdadero interés en conocerte un poco mejor a ti mismo. Pues bien, si tu contestas con sinceridad a las preguntas que encontrarás en las páginas siguientes, podremos ayudarte a que te conozcas mejor.

No hay respuestas buenas ni malas. Señala tu respuesta a cada pregunta haciendo un círculo alrededor de "SI", "NO" o "??", según sea tu respuesta.

Por ejemplo, en la pregunta:

"6c. SI NO ? — ¿Haces amigos con facilidad?

si respondes afirmativamente, rodearás el SI con un círculo

Así: SI

Debes responder siempre que te sea posible "SI" o "NO" y únicamente rodearás la interrogación en aquellos casos en que estes completamente seguro de no poder responder "SI" o "NO".

No hay límite de tiempo, pero procura contestar al cuestionario tan rápidamente como te sea posible. Si no vives en casa de tus padres, las preguntas que hagan referencia a tu hogar contestalas en relación a las personas con las que convivas.

Si no entiendes algo, haz el favor de avisarnos y te lo aclararemos, pero, por favor, no te muevas del sitio ni distraigas a tus compañeros.

Ahora escribe aquí tu NOMBRE y tus APELLIDOS:

Edad: _____ Colegio de _____

¿Qué estudias actualmente? _____

fecha de hoy: _____

Aquí debajo no tienes que escribir nada.

S	P	D	R
a			
b			
c			
d			

Administrado por _____

Evaluado por _____

- 1d SI NO ? ¿Te gusta "sonar despierto" con frecuencia? (Ej. decir si te gusta dejar correr tu fantasía.)
- 2b SI NO ? ¿Te reírías con bastante más facilidad que otras personas?
- 3c SI NO ? ¿Te gusta acudir a sitios donde hay muchas personas, precisamente para poder estar con otras personas?
- 4d SI NO ? ¿Te produce una especie de inquietud interior el hecho de que tengas que ir a la clínica para que te hagan un diagnóstico que es lo que te pasa?
- 5c SI NO ? Cuando vas a alguna reunión te gusta acercarte a saludar a alguna de las personas más importantes que hayan asistido a la misma?
- 6b SI NO ? Son tus ojos muy sensibles a la luz? (Ej. decir si te "disturban" o se te irritan los ojos fácilmente.)
- 7a SI NO ? ¿Has estado algunas veces un fuerte decaído de "marcharse de casa"?
- 8c SI NO ? Cuando estás en una reunión o con un grupo de amigos, ¿te gusta ser tu el encargado de presentar unos a otros?
- 9a SI NO ? ¿Tienes algunas veces la impresión de que has visto una decepción para tus padres?
- 10d SI NO ? ¿Tienes tendencia a estar frecuentemente "abstraido"? (Ej. decir, a "estar en la luna".)
- 11b SI NO ? ¿Has tenido alguna vez asma?
- 12c SI NO ? ¿Te pasa a menudo que te resulta muy difícil acordarte de aquella anécdota o aquel viaje que enlazas simultáneamente en el curso de la conversación que estás llevando a cabo con tus grupos de amigos?
- 13a SI NO ? ¿Te resulta poco agradable tener que decir cual es la profesión u ocupación que desempeña tu padre?
- 14b SI NO ? ¿Has padecido alguna vez de escarlatina o de difteria? (Si no te acuerdas, lo más seguro es que no habrás padecido estas enfermedades.)
- 15c SI NO ? ¿Has tomado a veces la iniciativa para animar alguna reunión aburrida?
- 16a SI NO ? ¿Es tu madre una persona bastante dominante?
- 17d SI NO ? ¿Te ha parecido sentir alguna vez como si alguien te hubiese inflado o hipnotizado y te fuese actuar en contra de tus deseos? (Si no entiendes bien esta pregunta es porque no te ha sucedido esto.)
- 18a SI NO ? ¿Te riñen tus padres frecuentemente sin que les hayas dado motivo para ello?
- 19c SI NO ? ¿Te pones nervioso u azorado cuando tienes que entrar en un Salón de Actos u otro sitio donde se celebra una Asamblea y cuando tú llegas ya está todo el mundo sentado?
- 20d SI NO ? ¿Te sientes a menudo como si estuvieras solo aun cuando te encuentres con otras personas?
- 21a SI NO ? ¿Te parece a ti que en tu casa deba de existir un poco más de comprensión y de afecto?
- 22c SI NO ? ¿Te resulta difícil hablar sobre algún tema de tus estudios o aficiones ante tus compañeros de clase?

- 23b SI NO ? ¿Tienes frecuentemente dolores de cabeza?
- 24a SI NO ? ¿Las relaciones que tienes con tu padre son generalmente cordiales?
- 25b SI NO ? ¿Tienes a menudo dificultad para conducir el vehículo, aun cuando no haya ruidos o tu aire deodor que puedan molestarte?
- 26c SI NO ? ¿Cuándo vas en un autobús o en un tren, ¿entablas de vez en cuando conversación con los otros viajeros?
- 27b SI NO ? ¿Te sientes frecuentemente muy cansado al finalizar el día?
- 2nd SI NO ? ¿Pensar en la posibilidad de que se desarrolle un terremoto o un incendio, te produce como un nervosismo interior?
- 29b SI NO ? ¿Has perdido peso durante los últimos meses?
- 10a SI NO ? ¿Alguno de tus padres te obliga a que le obedezcas, te mande lo que te mande?
- 31c SI NO ? ¿Te resulta fácil solicitar la ayuda de otras personas?
- 32a SI NO ? ¿Ha ocurrido alguna enfermedad o muerte a alguno de tus familiares más cercanos a consecuencia de la cual la vida dentro de tu hogar es actualmente triste?
- 33b SI NO ? ¿Has sufrido alguna herida o lesión importante a consecuencia de algún accidente?
- 34a SI NO ? ¿En tu casa pasas por dificultades económicas hasta el punto de que el ambiente que se respira en el hogar es de preocupación?
- 35d SI NO ? ¿Se te saltan las lágrimas con facilidad?
- 36c SI NO ? ¿Te consideras una persona tímida y reservada no serio?
- 37a SI NO ? ¿Alguno de tus padres te riñe frecuentemente por tu mala conducta?
- 38b SI NO ? ¿Has sufrido alguna operación quirúrgica importante?
- 39c SI NO ? ¿Te sientes seguro de ti mismo cuando se te sugiere que seas tu el que lances una idea para que sursa de tema de discusión entre un grupo de compañeros?
- 40d SI NO ? ¿Cuándo has visto alguna serpiente, ¿has sentido intermitentemente una intensa sensación de pánico?
- 41a SI NO ? ¿Te dicen frecuentemente tus padres que no les gusta la clase de amigos que tienes?
- 42b SI NO ? ¿Pierdes a menudo las cosas por no prestar atención en donde las dejas?
- 43b SI NO ? ¿Tienes catarros frecuentemente?
- 44c SI NO ? ¿Te gusta ser tu quien trace los planes y tome la dirección de las actividades de un grupo de muchachos?
- 45d SI NO ? ¿Te da miedo la obscuridad?
- 46a SI NO ? ¿Se enoja contigo en seguida alguno de tus padres?
- 47b SI NO ? ¿Padece gripe con más frecuencia que la mayor parte de los chicos?
- 48d SI NO ? ¿Te sientes desanimado como consecuencia de las malas notas que generalmente sacas en clase?
- 49b SI NO ? ¿Te resulta difícil entablar conversación con una persona que te acaban de presentar?

- 30b SI NO ? „Has tenido dos o mas enfermedades im-
portantes durante los ultimos diez años?
(Enfermedades graves de que te hayan
obligado a guardar cama durante varias
semanas.)
- 31a SI NO ? „Estás casi siempre en desacuerdo con la for-
ma en que entabla las cuestiones de casa al-
guien de tus padres?”
- 32d SI NO ? „Te gustaria sentirte tan feliz y optimista
como parecen estarlo otras personas de tu
edad?”
- 33c SI NO ? „Te pasa a menudo que cuando te pregun-
tan en claro, te quedas callado sin saber
responder, o que vas diciendo lo que quieres
la respuesta, por culpa de ese nerviosismo
que sientes cuando tienes que hablar en
claro?”
- 34b SI NO ? „Te sientes a menudo molesto por perturba-
ciones en el funcionamiento de tu estomago
o de los intestinos?”
- 35a SI NO ? „Se han producido mas de una vez enfado-
dos entre tus familiares mas cercanos,
habiendose dejado de hablar entre si du-
rante algunas semanas o incluso por mas
tiempo?”
- 36c SI NO ? „Te resulta facil entablar amistad con muchachas
de edad parecida a la tuya?”
- 37d SI NO ? „Te desanimas facilmente?”
- 38b SI NO ? „Sientes con frecuencia vergüenza o bien padeces
de asonadas?” (Quedarte como "encas-
tado" sin darte cuenta de lo que pasa a tu
alrededor?)
- 39a SI NO ? „Te peleas frecuentemente con tus hermanas
o hermanitos?”
- 40d SI NO ? „Te lamentas a menudo de las cosas que
haces?”
- 41c SI NO ? „Si estas invitado a algun banquete, preferes
abstenerte de tomar algo antes de pedirlo al
camarero?”
- 42a SI NO ? „Crees que tus padres todavia no se han dado
cuenta de que vas siendo lo suficientemen-
te mayor como para que te dejen de tratar
como a un niño?”
- 43b SI NO ? „Se te cansa la vista con facilidad?”
- 44d SI NO ? „Has sentido a veces como miedo de per-
derte caer, cuando te encontrabas en un
suelo alto?”
- 45c SI NO ? „Has actuado en algunas ocasiones ante
otros grupos de personas? (Por ejemplo,
como jugador deportivo o actor teatral, o char-
lista, etc.)”
- 46b SI NO ? „Te sientes frecuentemente cansado cuando
te levantas por la mañana? (A pesar de
haber dormido un suficiente numero de ho-
ras.)”
- 47a SI NO ? „Te parece que tus padres han sido o son de-
masiado severos contigo?”
- 48d SI NO ? „Te enfadas con facilidad?”
- 49b SI NO ? „Has necesitado que te visiten los medicos con
bastante frecuencia?”
- 70c SI NO ? „Te resulta muy dificil hablar en publico?”
- 71d SI NO ? „A menudo tienes la impresion de que eres
una persona muy poco feliz?”
- 72a SI NO ? „Alguno de tus padres tiene costumbres o ma-
dades que te desagrada?”
- 73d SI NO ? „Te sientes a menudo preocupado a causa de
tus sentimientos de inferioridad?”
- 74b SI NO ? „Te sientes como cansado la mayor parte de
las horas del dia?”
- 75d SI NO ? „Te consideras a ti mismo mas bien como una
persona nerviosa?”
- 76c SI NO ? „Te gusta asistir a reuniones sociales? (Clubs,
fiestas, etc.)”
- 77d SI NO ? „Te sientes a menudo disgustado a consecuen-
cia de tu aspecto exterior? (Apariencia fisica
fuerza o clases de traje, etc.)”
- 78a SI NO ? „Quieres mas a tu madre que a tu padre?”
- 79b SI NO ? „Tienes frecuentemente cortos de diges-
tion?”
- 80c SI NO ? „Si tu desearas algo de una persona a la que
acabas conocido o conocido recientemente
mediante una nota o una carta antes que ir a
pedirlo personalmente?”
- 81d SI NO ? „Te frustrizas con facilidad?”
- 82a SI NO ? „Te ves obligado de vez en cuando a callarte
o a marcharte a otra habitacion con la fi-
nalidad de que haya paz y tranquilidad en tu
hogar?”
- 83c SI NO ? „Te sientes como muy empujado en pre-
sencia de personas a las que tu admiras, pero
a las que apenas conoces?”
- 84b SI NO ? „Tienes frecuentemente anginas o larin-
gitis?”
- 85d SI NO ? „Tienes algunas veces un sentimiento como
de peregrinidad presentandose entonces las
cosas como si fueran irreales? (Si no com-
prendes esta pregunta, es porque no te debe
suceder esto.)”
- 86a SI NO ? „El comportamiento de alguno de tus padres
ha llegado a producirte en ocasiones verda-
dero miedo?”
- 87b SI NO ? „Tienes frecuentemente nauseas, vomitos o
diarreas?”
- 88c SI NO ? „Has sido algunas veces jefe de algun grupo?
(En actividades deportivas, excursiona-
rias, representaciones artisticas, clases, etc.)”
- 89d SI NO ? „Te sientes ofendido con facilidad?”
- 90b SI NO ? „Generalmente padeces de estreñimiento?”
- 91c SI NO ? „Algunas veces (por ej.: mas de 5 o 6) has
cambiado de genero para evitar encontrarte
con alguna persona?”
- 92a SI NO ? „Has tenido en ocasiones sentimientos con-
trafacticiosos de afecto o de antipatia, por
ejemplo, hacia alguna persona de tu pro-
pia familia?”
- 93c SI NO ? „Si llegas tarde a alguna reunion en la que
hay mucha gente, preferes quedarte de pie
o irte, antes que pasar adelante y ir a sentarte
en los pocos sitios vacios de las primeras
filas?”
- 94b SI NO ? „Durante tu infancia te ponias enfermo con
bastante frecuencia?”
- 95d SI NO ? „Piensas a menudo que tus proyectos te
saliran mal y te sientes preocupado por
ello?”
- 96c SI NO ? „Haces amigos con facilidad?”
- 97a SI NO ? „Generalmente te comprometas con la forma
de pensar de tu madre?”

- 98d SI NO ? ¿Con alguna frecuencia se preocupa la idea de que la gente pueda leer tus pensamientos?
- 99b SI NO ? ¿Tienes frecuentemente dificultad para respirar por la nariz?
- 100c SI NO ? ¿Eres frecuentemente uno de los muchachos a los que se encuentra en un grupo de personas?
- 101a SI NO ? ¿Se pone colérico con facilidad alguno de tus padres?
- 102b SI NO ? ¿Sientes de vez en cuando como pinchazos fuertes en la cabeza?
- 103a SI NO ? ¿Generalmente has usado siempre en tu casa bien cubiertas todas vuestras necesidades materiales? (Es decir, si ha habido lo suficiente para poder comer y vestir y pagar todos los restantes gastos generales de la vida.)
- 104c SI NO ? ¿Preferes tener unos pocos buenos amigos en vez de muchos amigos corrientes?
- 105a SI NO ? ¿Responde tu padre al ideal que tu te has forjado de lo que debe de ser un caballero?
- 106d SI NO ? ¿Te resulta molesto darte cuenta de que la gente te observa cuando vas por la calle?
- 107b SI NO ? ¿Eres más pequeño de estatura de lo que suele ser normal a tu edad?
- 108a SI NO ? ¿Alguno de tus padres critica frecuentemente tu aspecto exterior, hasta el punto de haberse sentido molesto por ello?
- 109d SI NO ? ¿Te resulta muy desagradable que te hagan reproches?
- 110c SI NO ? ¿Te sientes azorado si, cuando estás entre un grupo de personas, tienes que pedir permiso para marcharte?
- 111b SI NO ? ¿Te sientas frecuentemente a la mesa sin tener apetito?
- 112a SI NO ? ¿Se han separado tus padres durante algún tiempo?
- 113d SI NO ? ¿Te encuentras a menudo como si sintieras por dentro una especie de nerviosismo?
- 114c SI NO ? ¿Cuándo estás con otras personas de tu edad, tiendes a ocupar un segundo plano?
- 115b SI NO ? ¿Usas o has tenido que usar durante algún tiempo gafas?
- 116d SI NO ? ¿Te vienen á veces a la cabeza pensamientos absurdos, que no te los puedes quitar de la imaginación a pesar de que tu mismo te das cuenta de su absurdidad?
- 117a SI NO ? ¿Te han castigado frecuentemente tus padres en el período de tu vida comprendido entre los diez y los quince años de edad?
- 118c SI NO ? ¿Te pones azorado cuando algún profesor te pregunta de repente en clase?
- 119b SI NO ? ¿Te gusta cuidar minuciosamente de tu salud?
- 120d SI NO ? ¿Te pones azorado con facilidad?
- 121a SI NO ? ¿Estás en desacuerdo con tus padres acerca de la clase de estudios o profesión que te gustaría seguir o que ya sigues?
- 122c SI NO ? ¿Te resulta difícil mantener una conversación con una persona a la que apenas conoces?
- 123d SI NO ? Tras haber sufrido una situación humillante, ¿te sientes muy preocupado durante bastante tiempo?
- 124b SI NO ? ¿Faltas a clase con cierta frecuencia por encontrarte enfermo?
- 125d SI NO ? ¿Algunas veces te has asustado mucho por algo que de antemano sabías ya que era imprevisto? (Por ejemplo, una sombra, un portazo, etc.)
- 126a SI NO ? ¿Alguno de tus padres es muy nervioso?
- 127c SI NO ? ¿Te gusta asistir a fiestas y reuniones a las que acuden muchas personas?
- 128d SI NO ? ¿Tienes alubajos en tu humor sin una razón aparente?
- 129b SI NO ? ¿Tienes algunos dientes o muelas que tu crees necesitan ser revisados por un dentista?
- 130c SI NO ? ¿Te sientes seguro de ti mismo cuando tienes que hablar ante la clase?
- 131a SI NO ? ¿Te parece que alguno de tus padres ejerce sobre ti un dominio excesivo?
- 132d SI NO ? ¿Te dan a menudo las ideas tantas vueltas por la cabeza que te impiden dormir normalmente?
- 133b SI NO ? ¿Has tenido alguna enfermedad o dolencia del corazón, de los riñones o de los pulmones?
- 134a SI NO ? ¿Tienes frecuentemente la impresión de que tus padres no te comprenden bien?
- 135c SI NO ? Cuando el profesor pide voluntarios para dar la lección, generalmente no te levantas porque empiezas a dudar sobre si contestarás bien o no?
- 136d SI NO ? ¿Te produce cierta inquietud quedarte solo en algún sitio muy oscuro?
- 137b SI NO ? ¿Has tenido alguna vez enfermedades de la piel, tales como muchos granos, forúnculos, erupciones, etc.?
- 138a SI NO ? ¿Tienes la impresión de que la mayor parte de tus amigos disfrutan de un hogar más feliz que el tuyo?
- 139b SI NO ? ¿Tardas bastante tiempo en que se te curen los rasguños?
- 140c SI NO ? ¿Te pones azorado al entrar en una habitación en la que hay un grupo de personas sentadas en animada conversación?