

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

El Paraplégico, su Psicología y Rehabilitación

T E S I S

Que para obtener el grado de:

MAESTRA EN PSICOLOGIA

presenta:

Emma Augusta Schmißt Camelo

México, D. F.

— 1963 —



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A la memoria de mis padres:

Sr. Ing. Gustavo Schmidt

Y

Sra. Profa. Angélica C. de Schmidt.

Para Julio.

PROLOGO

Mi interés en la psicología y rehabilitación del parapléjico está originado en que estas personas son del tipo de inválidos más incomprendidos en sus reacciones psicológicas. Aún los especialistas que trabajan en rehabilitación, el personal médico y muchos del paramédico, ignoran las causas de la conducta de estos pacientes y no tienen un manejo adecuado con ellos. Es necesario comprenderlos para rehabilitarlos, porque son seres humanos que a pesar de sus limitaciones, cuentan con recursos para superarse y vivir dignamente.

La clave del éxito en la rehabilitación del parapléjico, no está sólo en el trabajo en equipo, sino en el entendimiento que tengamos de sus problemas, para ayudarlos a salir de su condición de invalidez y encontrar su camino en la vida.

Manifiesto mi agradecimiento a todas las personas que de alguna manera han colaborado en la preparación de este trabajo. Al Dr. Alfonso Campos Artigas, director de esta tesis. Al Dr. Luis Felipe Vales Ancona, a quien debo las oportunidades para recibir diversas enseñanzas en técnicas de rehabilitación. A la Srita. Psic. Matilde Fahr Stahl por su desinteresada y valiosa ayuda. A la Srita. Dra. Elizabeth García de León, por su cooperación y estímulo. A mis compañeros y amigos de la Sección de Consejeros del Instituto Mexicano de Rehabilitación.

CONTENIDO

- I.—Consideraciones generales sobre paraplejia.
Definición, Sintomatología, Etiología.
- II.—Psicología del parapléjico.
 - A.—Mecanismos psicológicos.
 - B.—Ayuda Psicológica.
- III.—Rehabilitación del parapléjico.
 - A.—Datos históricos.
 - B.—Concepto de rehabilitación.
 - C.—El equipo de rehabilitación.
 - D.—Funciones del psicólogo en el equipo de rehabilitación.
 - E.—El plan de rehabilitación.
- IV.—Conclusiones.

PARAPLEJIA

Paraplejia del griego "para", al lado, "plessein", golpear, en sentido estricto, significa parálisis de dos lados simétricos del cuerpo, de modo que podría hablarse de paraplejia facial, braquial y crural cuando la parálisis afectara a ambas mitades de la cara, a ambos miembros superiores o a ambos miembros inferiores respectivamente. Sin embargo en la práctica, la designación de paraplejia se aplica a la paraplejia crural en tanto que la facial y la braquial se designan diplejias. (2)

La parálisis o su grado menor, la paresia, implica la existencia de una interrupción funcional u orgánica en un punto cualquiera de las vías motoras piramidales, desde la corteza cerebral hasta la fibra muscular misma. (3)

La parálisis debida a una lesión de la neurona motriz central (protoneurona o neurona piramidal), se denomina córticoespinal o supra-nuclear. Si la parálisis se debe a lesiones de la neurona motriz periférica, se designa espinomuscular, que puede ser a su vez, nuclear o infranuclear. La distinción se debe a las funciones diferentes de ambas neuronas: la neurona central es dinamógena, sólo para la motilidad voluntaria e inhibe las otras motilidades: automática, refleja y estática; la neurona periférica es un agente efector, ejecutor, o vía terminal común hacia donde convergen las incitaciones de todas clases de motilidad para tener realización. Si tanto la lesión de una neurona como la otra produce una parálisis, los caracteres son diferentes según la neurona afectada.

PARALISIS (2)

POR LESION DE LA NEURONA MOTRIZ CENTRAL (PARALISIS CORTICOESPINAL).

- 1o.—La parálisis abarca muchos músculos; es polimuscular y nunca monomuscular.
- 2o.—Existe hipertonía o contractura en los músculos paralizados.
- 3o.—Pueden existir, al realizar ciertos movimientos voluntarios, movimientos asociados en el sitio paralizado (sincinesias).
- 4o.—No hay atrofia muscular, salvo la dependiente de la inactividad muscular.
- 5o.—Las reacciones eléctricas son normales.
- 6o.—Los reflejos osteotendinosos de los miembros afectados están exagerados o por lo menos conservados. Los músculos abdominales muy disminuidos o abolidos.
- 7o.—Hay signo de Babinski.

POR LA LESION DE LA NEURONA MOTRIZ PERIFERICA (PARALISIS ESPINOMUSCULAR)

- 1o.—Puede afectar a músculos aislados.
- 2o.—Existe atonía o flaccidez en los músculos paralizados.
- 3o.—No hay movimientos asociados.
- 4o.—Hay atrofia de los músculos paralizados.
- 5o.—Hay reacciones eléctricas de degeneración.
- 6o.—Los reflejos osteotendinosos de los músculos paralizados están abolidos o disminuidos. Los reflejos cutáneos abdominales normales.
- 7o.—No hay signo de Babinski.

Las lesiones de la vía piramidal originan según el sitio en que se produzca la interrupción, distintas variedades de parálisis.

Para que haya paraplejía se necesita una lesión bilateral de la vía motora, la que puede ser afectada a nivel de la protoneurona o

de la deuteronurona. Según se trate de la lesión bilateral de una u otra neurona, como se señaló anteriormente, la paraplejía revestirá los caracteres clínicos que correspondan a la lesión de la neurona central o de la neurona periférica. Si es la neurona central la afectada, se produce una paraplejía espasmódica con signos de piramidalismo y si lo es la periférica, se tiene una paraplejía con flaccidez. Las primeras se denominan espásticas y las segundas flácidas. (6)

PARAPLEJIAS FLACCIDAS.—Estas paraplejas resultan de una lesión bilateral de la neurona motriz periférica que puede radicar, ya a nivel de la médula, ya a nivel de los nervios periféricos. Por este motivo se dividen las paraplejas flácidas en dos grupos: paraplejas medulares y paraplejas neuríticas.

PARAPLEJIA FLACCIDA MEDULAR.—La lesión obra sobre las células motoras de las astas anteriores medulares o en su prolongación cilindroaxil intramedular.

En este tipo de paraplejía se instala en forma brusca una parálisis de los miembros inferiores, con impotencia absoluta, flaccidez o hipotonía acentuada, parálisis de los esfínteres, arreflexia profunda, signo de Babinski y sucedáneos presentes, aunque al principio pueden faltar, reflejos de automatismo medular muy marcados, anestesia total hasta el límite que corresponde a la lesión, fenómenos tróficos de aparición precoz (atrofia muscular considerable de los músculos paralizados, escaras sacras o glúteas, ampollas y flictenas), parálisis de los vasomotores.

La parálisis de los esfínteres, en el primer momento, origina retención de orina y materias fecales, que posteriormente se convierte en incontinencia; suele, por esta razón, haber rápida infección urinaria.

PARAPLEJIA FLACCIDA NEURITICA.—La lesión que produce este tipo de paraplejía actúa sobre las raíces anteriores medulares o sobre los mismos nervios periféricos (paraplejas radiculares y neuríticas). La paraplejía neurítica empieza generalmente en forma lenta, con pródromos constituidos por parestesias y dolores. En ocasiones, la iniciación es brusca como en los casos de paraplejas medulares. Es frecuente que el cuadro clínico no sea el de una paraplejía completa, pues los músculos de los miembros inferiores no están todos atacados

de la misma forma por la parálisis, que es mayor en los músculos extensores. Va acompañada de atrofia rápida de las masas musculares paralizadas con reacción de degeneración más o menos completa; la presión de las masas musculares o de los trayectos nerviosos provoca dolor. Los reflejos profundos están abolidos, el reflejo cutáneo plantar es normal o está ausente. Existe con frecuencia ataxia; no hay trastornos esfinterianos, lo que es un síntoma fundamental para diferenciarla de las paraplejias flácidas de origen medular. Existen otros trastornos tróficos, vesículas o ampollas. Hay perturbación de la secreción sudoral y cambios vasomotores. La sensibilidad objetiva puede estar alterada: hipotalgesia, etc. La paraplejia tiene tendencia regresiva con aparición de retracciones musculares.

CAUSAS DE LAS PARAPLEJIAS FLACCIDAS.—Las causas de las paraplejias flácidas varían según sean medulares o neuríticas. La etiología más común de las paraplejias medulares es la poliomielitis anterior aguda (enfermedad de Heine-Medin o parálisis infantil). La mielitis aguda (infecciosa, neumónica, hidrofóbica), la hematomielia, las secciones completas o totales de la médula determinadas por un traumatismo (fractura de la columna vertebral, herida de la médula por bala), la compresión brusca de la médula, la mielitis de los buzos, son otras causas de paraplejia flácida medular.

Las paraplejias flácidas neuríticas se deben a polineuritis infecciosas o tóxicas (alcohólica, saturnina) o a procesos traumáticos o tumorales que determinan la compresión de las raíces anteriores, en su trayecto intrarraquídeo; por ejemplo, una fractura de la columna vertebral que comprime las raíces anteriores XII dorsal, I y II lumbares, o las raíces lumbares I a IV o la cola de caballo, también puede causar la radiculitis.

PARAPLEJIAS ESPASTICAS.—Las lesiones bilaterales de la vía motriz piramidal originan paraplejias espásticas, caracterizadas por las parálisis de los miembros inferiores con espasticidad o hipertonia marcada. El grado de la parálisis es variable; yendo desde la paresia leve a la parálisis más acentuada. Por lo regular, hay más espasticidad que parálisis. La iniciación puede ser gradual o pasando previamente por una fase de paraplejia flácida.

En la paraplejia espástica acentuada los miembros inferiores están generalmente en extensión, los muslos y rodillas juntos y apretados, los pies en equinismo, las masas musculares duras oponiendo resistencia a los movimientos pasivos. Está presente el síndrome de piramidismo en ambos lados: hiperreflexia ósteotendinosa, clonus y signo de Babinski. Los reflejos cutáneos abdominales tienen un comportamiento variable, según la causa de la paraplejia, así por ejemplo generalmente faltan, desde temprano en la esclerosis en placas y pueden faltar, el inferior, medio o superior, en los casos de compresión medular, según la altura de la misma. Los reflejos de automatismo medular están habitualmente exagerados. Existen alteraciones esfinterianas leves o marcadas: retención de orina, constipación, incontinencia. La marcha difiere según el grado de contractura; es del tipo paretoespástico, con sus distintas variedades: marcha digitigrada, de gallinácea o pendular. Existen trastornos sensitivos ligeros.

La paraplejia, en vez de ser en extensión, puede ser en flexión, en cuyo caso las piernas se encuentran flexionadas sobre el muslo, en lugar de extendidas. Este tipo es raro de encontrarse. Los reflejos tendinosos en la paraplejia en flexión, tan pronto están exagerados, como normales o disminuidos. Existe signo de Babinski y los reflejos de automatismo medular están muy manifiestos.

CAUSAS DE LAS PARAPLEJIAS ESPASTICAS.—A excepción de algunos casos de paraplejas encefálicas como las debidas a una lesión bilateral de los lóbulos paracentrales, donde están los centros de origen de las fibras destinadas a los miembros inferiores, de muy rara presentación, ciertas paraplejas de los ancianos por estado lacunar (paraplejia de Lhermitte) o la paraplejia de los niños que padecen enfermedad de Little (producida por detención del desarrollo de la vía piramidal, consecutiva a lesiones cerebrales o medulares congénitas) las paraplejas espásticas son todas de origen medular y sus principales causas son:

1.—Compresión medular lenta: Por mal de Pott, cáncer vertebral, tumores meningeos, aracnoiditis espinal crónica de Horsley, o tumores medulares. Como la compresión medular por estos distintos factores se ejerce a la altura de un determinado segmento medular,

hay que establecer siempre cuál es el segmento lesionado, o sea, hacer el diagnóstico de localización.

- 2o.—Sífilis: Origina una meningomielitis crónica, que produce una paraplejía de Erb en la que domina la gran espasticidad sobre la paresia. Los esfínteres, particularmente el vesical, acusan perturbaciones en forma de disuria, constipación, frigidez sexual. En otras ocasiones la sífilis obra produciendo una mielitis transversa crónica.
- 3o.—Traumatismos: Lesionando directa o indirectamente la médula, por intermedio de una luxación o fractura vertebral o por una hemorragia intrarraquídea. Si la lesión medular que se produce es incompleta, después de un período de paraplejía flácida se pasa al de paraplejía espástica, con ciertos caracteres particulares que dependen de la altura de la lesión medular. (14)
- 4o.—Esclerosis en placas.
- 5o.—Siringomielia.
- 6o.—Esclerosis medulares combinadas que pueden sobrevenir en las anemias graves, la pelagra, el latirismo, etc.
- 7o.—Paraplejía espástica familiar periódica de Strümpell.

PARAPLEJIAS INTERMITENTES.—En lugar de ser permanentes, se presentan transitoriamente, duran minutos u horas para aparecer más tarde. Depende de trastornos circulatorios de la médula. Se observa: 1o.—Paraplejía periódica de Westphal, que ataca al individuo diariamente o a intervalos más largos; 2o.—La claudicación intermitente medular de Dejerine. Se le dió ese nombre por la analogía con la claudicación que se presenta en la endarteritis obliterante periférica. Sobreviene durante la marcha, en forma de una paraplejía espástica que impide continuar caminando y que cede después de algunos minutos de reposo. Generalmente se debe a un espasmo de las arterias medulares, afectadas de arteritis luética y es un estado que antecede a la instalación de una paraplejía sífilítica definitiva.

PARAPLEJIA POR ALTERACIONES GRAVES DE LA SENSIBILIDAD.

—Se la observa en la tabes, en ausencia de lesiones piramidales. La pérdida de la motividad es en este caso consecuencia de la pérdida de las sensaciones que deben llegar de la periferia y que no se hacen

conscientes por estar interrumpidas las vías medulares correspondientes. En ocasiones, una paraplejia de este tipo, sobreviene en forma intermitente, dando lugar al "giving way of legs" de los ingleses: el enfermo durante la marcha siente que sus piernas dejan de obedecerle y cae; un segundo más tarde recupera su poder, se levanta y continúa marchando como lo venía haciendo.

PARAPLEJIAS FUNCIONALES.—En oposición a las anteriores que son de carácter orgánico, por lesión anatómica, éstas no presentan ninguna lesión demostrable en el aparato neuromotor. Es característica la paraplejia histérica que puede ser flácida o espástica, pero con ciertas características que permiten relacionarla a su verdadero origen. La paraplejia pasa, del tipo flácido al espástico, pero falta todo signo de piramidismo, todo trastorno esfinteriano o trófico. Puede observarse una anestesia superpuesta al estado paralítico. (10)

En este trabajo, me voy a referir a las paraplejas producidas por lesión bilateral de la vía motora, por presentar reacciones psicológicas más características y un tanto diferentes de los otros tipos.

II

PSICOLOGIA DEL PARAPLEJICO

A.—MECANISMOS PSICOLOGICOS

Las características psíquicas que se observan en el parapléjico pueden ser una exacerbación de las reacciones que son comunes a muchas personas no inválidas. Cuando la persona siempre ha sido madura y bien ajustada, reaccionará a la paraplejía de una manera justa. Cuando la persona siempre ha sido infantil y pobremente ajustada, el tipo de reacción a la invalidez nos parecerá exagerado.

Cuando se inició el tratamiento de los pacientes parapléjicos, los graves problemas médicos centraron la atención del personal que los atendía. Sin embargo, muy pronto se observó que el poderoso impacto psicológico era de tal magnitud en la paraplejía que tuvieron que tomarse en cuenta los factores psicológicos y sociales. En un principio no se les dieron la importancia que realmente tienen y hasta el presente no se capta completamente la magnitud de su valor.

Después de muchas discusiones entre psicólogos sobre el problema de si existe o no una personalidad específica para una invalidez específica y de si una persona con parálisis de los miembros inferiores tiene una personalidad de parapléjico, se ha concluido que no existe un tipo de estructura de personalidad que acompañe a la paraplejía. Se ha encontrado que la personalidad del parapléjico es tan variada como la de cualquier población no inválida. Pueden haber tantos desajustados severamente como personas adaptadas entre inválidos y "normales". Sin embargo, por existir en los parapléjicos el fac-

lor común que es su tipo de invalidez en sí, con características muy particulares de parálisis, escaras, trastornos de esfínteres e impotencia sexual en muchos casos, estos elementos provocan problemas muy especiales que no se presentan en las otras invalideces, aunque desde luego, la reacción y la superación del conflicto va a depender de las características básicas de la personalidad y de las anteriores a la presentación de la paraplejia. (5)

La invalidez física repercute en la actividad psíquica tanto en niveles conscientes como inconscientes. Tiene un significado especial que varía de un paciente a otro y depende de los primeros años de desarrollo de la personalidad. Está en relación con las vivencias tempranas tenidas en el seno de la familia y de las actitudes de los padres. También el significado de la invalidez está en relación con la edad del paciente parapléjico. Para los jóvenes, una invalidez puede tener un significado diferente que para los viejos. Otro factor determinante del significado psicológico de la invalidez, es el sexo. Otro es la cultura y la sociedad. En suma, son una serie de factores los que están en juego en las reacciones de un sujeto hacia su invalidez. Realmente un paciente tiene parálisis de las extremidades inferiores y del tronco, pero el mismo grado objetivo de limitación puede producir diferentes respuestas según los pacientes. Algunos pueden considerar su invalidez en un nivel muy objetivo, sólo como una parálisis de una parte de su cuerpo. Otros la pueden considerar como la completa destrucción de su cuerpo. Y otros pueden recurrir a la negación de cualquier disturbio corporal. Cada reacción debe explorarse individualmente para explorar y conocer lo que se está efectuando en el paciente, así como para intervenir de manera adecuada.

El defecto físico tiene un significado único, personal, profundo, inconsciente, para la persona inválida, porque el aspecto físico es uno de los elementos principales de la personalidad. Tiene también un significado social porque el físico es uno de los aspectos en que se basan las distinciones de clase y casta. Los apodos más comúnmente usados por los niños se refieren al físico, por ejemplo, el gordo, el flaco, el pecoso, el cuatro ojos, etc. Si las variaciones normales del físico, como ser fuerte o débil, alto o bajo, bello o feo, son factores importantes en la formación de la personalidad, claramente las variaciones patológicas conocidas como invalidez física, serán mucho más potentes.

Es importante recordar que no hay actitudes estáticas dentro del individuo o dentro del grupo social. Respecto al impacto emocional de la invalidez física y el significado de las actitudes sociales hacia la invalidez, se han hecho diversas investigaciones y se han elaborado varias teorías que van desde el concepto de Alfred Adler sobre la invalidez como factor motivador; a través de la compensación hasta el más reciente punto de vista socio-psicológico de Roger G. Baker y otros que creen que una persona inválida físicamente, siendo un miembro de un grupo minoritario y sujeto a las mismas presiones económicas y sociales de otros grupos minoritarios tienden a desarrollar el mismo estado emocional de aquéllos, quienes son discriminados debido a edad, sexo, religión o raza. Aunque estos dos puntos parecen ser diametralmente opuestos en teoría, pueden ser reconciliados. (5)

El niño físicamente incapacitado a una edad temprana, requiere de una inusual cantidad de ayuda y atención, y de este modo puede integrarse socialmente y recibir elementos para autoestima. Sin embargo, cuando crece, su reacción a su invalidez cambia. Es más caro en términos de tiempo y dinero.

En otros casos puede suceder que los padres rechacen al niño por sentimientos de culpa o frustración. Este rechazo puede ser transferido al niño, quien a su vez desarrolla hostilidad contra los padres. Pero, siendo dependiente de los padres, el niño es forzado a reprimir su reproche, lo cual le produce auto-hostilidad, culpa y ansiedad. Por otra parte, los padres con simpatía genuina o reacciones de culpa, tienden a sobreproteger al niño, con resultados igualmente nocivos. En ambos casos, el yo del niño y sus necesidades sociales están frustradas.

Cuando el niño crece y llega a la adultez, se convierte en la categoría de un miembro de un grupo minoritario. En muchos casos, él es socialmente rechazado por personas físicamente normales. Es discriminado en los empleos, aún para trabajos que es físicamente capaz de desempeñar. El inválido es una persona marginal física, social y económicamente; muchos medios para relaciones normales están bloqueados, debido a su invalidez, a su actitud hacia la invalidez o a la presión social. El individuo físicamente inválido lleva la carga del rechazo social y el conflicto emocional.

Baker, Glonick y Wright han concluido: (5)

1.—Las personas físicamente incapacitadas exhiben más frecuentemente una conducta que es calificada como significativa de desajuste.

2.—Los tipos de conducta desajustada manifestada por personas físicamente inválidas no son peculiares de estos individuos. Son similares a la mostrada por personas no inválidas. Sin embargo, hay cierta evidencia de manifestaciones de aislamiento y timidez, aunque puede presentarse también un tipo de conducta opuesta.

3.—No hay evidencia de una relación entre la clase de invalidez física y la clase de ajuste dentro de un tipo de invalidez. Sin embargo, es posible que las invalideces que requieren un tipo especial de vida o un tratamiento determinado, por un período largo de tiempo, dan origen a un ajuste específico por parte del paciente.

4.—Es probable que las personas con una historia larga de incapacidad física estén más inclinadas a manifestar una conducta desajustada que aquellos con una historia corta de invalidez.

Si entre individuos físicamente inválidos hay cierta variación en sus reacciones emocionales hacia sus incapacidades, es evidente que estas actitudes son dinámicas y pueden ser modificadas. El grado de cambio potencial de una actitud y la relativa facilidad o dificultad con la cual un cambio puede lograrse, variará con el individuo y depende de una complejidad de factores, de los cuales su invalidez es sólo uno.

ANSIEDAD.—Una incapacidad física es productora de ansiedad en la persona que la sufre. La ansiedad es un estado de tensión aumentada y frecuentemente desorganizadora, acompañada de sensación vaga e inquietante, de amenaza de un peligro. Es una manifestación de que se prevee peligro. La ansiedad se difrencia del temor, en que éste es producido por un peligro real y la ansiedad es una reacción a amenazas desconocidas, a impulsos reprimidos que luchan por hacerse conscientes. Son importantes los tipos de defensas usadas contra la ansiedad.

Según los aspectos cuantitativos y cualitativos de la ansiedad o de sus defensas, la conducta se llama reactiva (realista), neurótica o psicótica.

En el tipo reactivo, la ansiedad está relacionada con factores reales y proporcionada a la situación.

En el neurótico la ansiedad excede cuantitativamente de la situación o se manifiesta por mecanismos neuróticos como fobia, histeria, etc. El paciente organiza la situación real presente en el marco de una situación pasada y reacciona basándose en las percepciones más tempranas.

En el psicótico, la ansiedad es abrumadora, desorganiza la función mental y origina un rompimiento completo de la realidad.

Casi todos los pacientes con impedimento físico el tipo de ansiedad que presentan es reactiva o neurótica, de acuerdo con la estructura de la personalidad.

DEPRESION.—La experimentan todos los sujetos que tienen una incapacidad física y varía desde la tristeza ligera hasta la melancolía y el suicidio, de acuerdo con las personas. La depresión es un síntoma que puede manifestarse de distintas maneras. En las formas benignas el paciente está inhibido, infeliz, se desprecia y no tiene interés en lo que lo rodea. En la depresión más grave hay tensión constante, toda experiencia es mentalmente dolorosa; los intereses son muy limitados, la conversación es difícil, manifiesta desaliento y desesperanza. Se perturban la atención y la memoria, hay insomnio, sentimientos de culpa y se piensa en el suicidio.

A veces reacciona defendiéndose con alegría, euforia, manía e hipomanía, pero en el fondo continúa el elemento depresión.

La depresión está relacionada a pérdidas y sentimientos de duelo. La pérdida de la función de los miembros equivale a la pérdida de un ser amado. En la prueba de "Frases Incompletas" un parapléjico dijo: "carecer de amigos es como no tener extremidades".

El sentimiento de culpa suele conducir a la depresión. La culpa puede ser causada por pecados reales o imaginarios.

Proviene la depresión también de la pérdida del dominio resultante de la incapacidad, pérdida de la capacidad de caminar, de satisfacer por sí mismo muchas necesidades que podía superar anteriormente.

AGRESION Y HOSTILIDAD.—La hostilidad junto con la ansiedad y la depresión forman la triada de emociones básicas que con frecuencia son motivo de preocupación.

De todas las emociones, la ira es la más difícil de manejar, por ser la menos aceptable desde el punto de vista social. El enojo produce hostilidad en los demás y por lo tanto puede ser amenazador para una persona que depende de quienes le rodean.

Por lo tanto otra dificultad que el parapléjico experimenta es respecto a las descargas de hostilidad y furia. Para un ser humano es un proceso normal sentir hostilidad cuando sus necesidades personales son frustradas, y una parálisis de las extremidades inferiores es una situación muy frustrante. Una persona puede normalmente manejar estos sentimientos de furia por ciertos diferentes medios dependiendo de su personalidad. Un mecanismo como el salirse de la situación es comúnmente usado. El simplemente se va. Sin embargo, el parapléjico no es capaz de hacer ésto y adicionalmente se enfurece por esta nueva frustración.

Para ciertas personas un común y útil mecanismo es practicar actividades cuya producción muscular libera sentimientos de furia y tensión. Incluidas en estas actividades podrían estar muchos eventos atléticos, cacería, pesca, etc. Estas, nuevamente, son actividades que la mayoría de los parapléjicos no pueden realizar adecuadamente.

De este modo, ocurre un doble proceso en el cual el parapléjico está sujeto a un creciente número de situaciones frustrantes con un conocimiento decreciente en el sentido de reducir los sentimientos de hostilidad y furia que de este modo se aumentan. No es sorprendente, por lo tanto, encontrar que estos pacientes son capaces de explotar en excesos de furia. Para algunos parapléjicos este tipo de expresión de hostilidad es inaceptable y pueden retraerse de sus relaciones interpersonales en un intento de huir de nuevas explosiones de esta naturaleza.

También el inválido puede considerar su incapacidad como un hecho injusto del destino, reaccionar con hostilidad y en este caso la ira traduciría su necesidad de vencer la fuerza desconocida que ha mutilado su vida; en vista de que es más difícil enfrentarse a lo desconocido, que a lo conocido, la cólera puede desplazarse y dirigirse a las personas que están cerca de él.

La tendencia a manifestar hostilidad y agresión puede depender de privaciones y lesiones en la niñez tanto de índole físico como emocional. La incapacidad puede reactivar estos sentimientos y aumentar su expresión.

Debido a necesidades de dependencia o de condicionamiento previo, el paciente puede ser incapaz de manifestar abiertamente la hostilidad y parecerá que trata de obtener la simpatía de los demás dependiendo en exceso, y expresa su cólera valiéndose de la dependencia para que los que lo rodean le presten atención.

Cuando un paciente antes de la invalidez ha presentado agresividad sublimada por actividades socialmente aceptables, trabajo, arte teatral, etc., al presentarse la paraplejia se impiden estas actividades y aumenta la cólera y la tensión que ahora pueden manifestarse por actos antisociales y destructivos. El paciente puede arrojar la comida o la silla, gritar desaforadamente. Esta conducta puede alcanzar un grado psicótico. (12)

El primer impulso por parte del personal o familiares, es reaccionar de la misma manera, lo cual agrava la situación.

Cuando la hostilidad es reactiva a la incapacidad y se presenta en un sujeto moderadamente maduro, el apoyo y la comprensión le ayudarán a vencer estos sentimientos.

Cuando la hostilidad es parte de la estructura de su carácter, el problema es más difícil. La psicoterapia deberá ser más enérgica y prolongada.

DEPENDENCIA.—De la lactancia a la vida adulta hay un largo período de dependencia para alcanzar la madurez. Es necesaria la dependencia física, emocional y social. Primero se depende de la madre, después de la familia, de la escuela y de la sociedad en general, para adquirir capacidades intelectuales y técnicas sociales. Por lo tanto, es lógico que la dependencia tenga un papel importante en la personalidad.

En circunstancias normales, exceptuando los obstáculos físicos o psicológicos para el crecimiento y la madurez, al llegar a ésta desaparecen muchas de las dependencias y el sujeto se convierte en persona madura o independiente. Sin embargo, el hombre nunca es capaz

de actuar completamente aislado. Al contrario: el ser humano normal siempre necesita de otros hombres y en circunstancias normales independencia no significa aislamiento.

En el período de dependencia muchos sujetos experimentan trastornos emocionales a causa de privaciones o mimos, autoridad excesiva o demasiada libertad. Al crecer, consecuentemente, el sujeto desarrolla diversas adaptaciones y defensas contra las experiencias mencionadas. Puede "fijarse" en la etapa de dependencia y no madurar de manera adecuada. En ocasiones, reprime las experiencias o los sentimientos que guardan relación con ellas, y madura mientras inconscientemente lucha por reparar las lesiones experimentadas en la niñez.

La incapacidad física priva al individuo de las capacidades que le ha dado la madurez y lo hace caer en un estado de dependencia verdadera. La manera de reaccionar a ello es regida por lo que la dependencia significa para él, lo cual a su vez, es resultado de sus experiencias.

Una incapacidad física requiere del paciente la aceptación de la asistencia de otra gente en áreas de funcionamiento donde ha estado acostumbrado a funcionar sin ayuda. De acuerdo con la severidad de la invalidez exigirá el mayor grado de dependencia del paciente. Esta dependencia puede presentarse sólo en una fase temporal de la rehabilitación y permanecer hasta que el paciente haya adquirido habilidades compensatorias o adaptativas. Pero en ciertos tipos muy severos de invalidez, la dependencia es un atributo que el paciente debe aprender a aceptar. Muchos pacientes encuentran muy difícil ajustarse a un estado de dependencia, mientras que otros lo encuentran muy fácil desde el punto de vista de ajuste psicológico.

Existen casos donde el paciente tiene un deseo sumergido de ser dependiente de alguien, buscando su apoyo físico y emocional. Por supuesto, este tipo de ajuste, como se dijo, es característico de la infancia, en donde la mayoría de las necesidades básicas del niño son satisfechas por sus padres y especialmente por la madre. Muchos adultos se oponen a admitir que a ellos realmente les gustaría regresar a esta etapa temprana en la cual podrían depender de alguna persona para que los cuidara, los alimentara y vistiese, los guiría y consolara en sus penas. La sociedad desaprueba este tipo de conducta en los adultos, pero no así cuando el adulto tiene una invalidez como la pa-

rapleja. Al paciente parapléjico se le permite ser cuidado como un niño porque está parálítico. Este hecho hace psicológicamente legítima la dependencia.

El paciente es producto de la cultura que coloca en un alto valor la independencia y el encubrimiento de las necesidades de dependencia. Es importante recordar que la mayoría de los pacientes que repentinamente quedaron inválidos necesitan ciertas gratificaciones en sus necesidades de dependencia en el período crucial de disturbio emocional mientras van conociendo la naturaleza y extensión de su invalidez. Los pacientes deben ser estimulados para aceptar en cierto grado de dependencia como una condición permanente de sus vidas como personas inválidas. La cuestión es que tanta dependencia deben aceptar y cuanta responsabilidad e iniciativa debe estimularseles a asumir. Esto depende de la severidad de la invalidez y de los recursos del paciente para desarrollar nuevas habilidades e intereses. Sin embargo, aún aquellos pacientes que demuestren buena motivación para rehabilitarse y progresan rápidamente, tienden a tener ocasionales y breves recaídas cuando sus necesidades de dependencia vuelven a aparecer en forma de demanda de la ayuda del rehabilitador o familiar, en las tareas en las que el paciente ha demostrado ser capaz de llevar a cabo solo. Estas recaídas no son necesariamente síntomas de que el paciente se haya detenido en su evolución. Por el contrario, a veces representan la necesidad de asegurarse del apoyo de los demás antes de aprender nuevas actividades. En estas condiciones se cometería un error retirando el apoyo. Se debe dar el apoyo requerido y al mismo tiempo estimular al paciente a hablar sobre lo que ha causado ansiedad. (15)

Otro tipo de problema de dependencia es el que se presenta en el paciente que insiste en hacer todo por sí mismo cometiendo errores y sufriendo frustraciones. Desean ser admirados por su voluntad e independencia y ser puestos como modelo. Los pseudo-independientes se distinguen de los independientes porque en ocasiones revelan su necesidad real de soporte junto con su necesidad de ser castigados por estos sentimientos. Son más difíciles de manejar que aquellos que reconocen francamente sus necesidades de dependencia porque se colocan en una actitud defensiva cuando estas necesidades son reconocidas por otros. Teniendo cautela y tacto se les puede ayudar planear-

do un programa de actividades cuidadosamente graduado en dificultad, estando seguros de que las actividades están dentro de las capacidades del paciente.

Existen diversas formas para manifestar la dependencia: (12)

- 1.—Dependencia manifiesta que recuerda la del niño desvalido. El paciente exige constantemente atención de los demás, sean las que sean las circunstancias. Se molesta porque se presta atención a otros enfermos.
- 2.—Pseudo-cooperación. Es obediente y amistoso pero exagera la complacencia y no adelanta de manera considerable aunque parece participar.
- 3.—Formación de reacciones. Reacciona a la dependencia comportándose de manera opuesta, trata de ser excesivamente independiente y por metas perfeccionistas. El adelanto puede ser tan rápido que resulte perjudicial y el perfeccionismo hace que permanezca en una etapa demasiado tiempo.

Existen además otras manifestaciones de dependencia, las más frecuentes son las referidas.

Para manejar la dependencia del paciente es necesario entender la dinámica que la motiva. Cuando no es una parte importante de su personalidad, sino un medio transitorio de adaptación, desaparecerá posteriormente.

.. Si la dependencia es una parte fundamental de la estructura del carácter, el tratamiento es mucho más difícil. Se necesitan metas prácticas y limitadas.

Al paciente perfeccionista le será de utilidad señalar los peligros de actividades excesivas.

LESION A LA IMAGEN CORPORAL.—El cuerpo humano, que nos une como especies biológicas, origina en cada uno de nosotros, en un nivel psicológico, una imagen corporal, que es una fisonomía artificial del individuo.

En investigaciones sobre el desarrollo de la personalidad, se ha encontrado que la imagen corporal es un aspecto muy importante, porque la concepción de una persona sobre su propio cuerpo tiene una gran relación con la concepción de la persona sobre su propia personalidad y de las relaciones con otras personas. Tenemos una imagen

corporal no sólo del cuerpo como un todo, sino de las diferentes partes del cuerpo. Una persona tiene particular orgullo de su desarrollo muscular, un músico o un dibujante tiene especial cuidado de su manos, algunas personas están preocupadas por la condición de su estómago o corazón, etc., y consideramos estas preferencias y preocupaciones como atributos esenciales de la personalidad de familiares o amigos.

Ya se ha indicado que la imagen corporal puede ser influenciada por la ocupación del individuo o por la destacada belleza de partes del cuerpo. En cierta extensión, la imagen corporal es culturalmente determinada. Pero la íntima asociación de la imagen corporal con un sentido personal de su propio valor y su lugar entre otra gente va aún más profundo que ésto. A través del descubrimiento y exploración así como de las funciones de su propio cuerpo el niño primero se forma una concepción de sí mismo como una persona distinta de los demás y de otras cosas. En este autoconcepto original entran muchas asociaciones irracionales y simbólicas que son el producto del funcionamiento mental inmaduro del niño y de su inhabilidad para entender claramente qué le está sucediendo. Cuando va creciendo, su sentido de valor personal y bienestar está íntimamente relacionado con su destreza y fuerza en juego con sus contemporáneos. Cuando seguimos creciendo, la imagen corporal cambia de acuerdo con las experiencias que se van teniendo, pero aún cuando hemos alcanzado la madurez, la imagen corporal tiene un matiz emocional debido a las tempranas imágenes corporales que se formaron en la infancia. Aunque hayamos desarrollado más asociaciones maduras y racionales, las irracionales y las representaciones simbólicas permanecen en el inconsciente. (5)

Es útil para regular nuestras propias reacciones emocionales y actitudes hacia algunos pacientes, tener en mente que el paciente adulto que sufre repentinamente una invalidez tiene dos clases de ajustes que hacer: primero, debe ajustarse a sí mismo a las limitaciones realistas y adaptaciones impuestas por la invalidez. Segundo, es repentinamente llamado a modificar su imagen corporal, la concepción de sí mismo, sus relaciones interpersonales, su trabajo, de acuerdo con la naturaleza y extensión de su invalidez. Este ajuste psicológico tiene implicaciones para el paciente que son más invalidantes a su total funcionamiento como persona, que la lesión física misma. En el proce-

so de revisión de la imagen corporal, el paciente puede experimentar un despertar de conflictos largamente olvidados y asociaciones de castigo, etc. El resultado es que cae en patrones inmaduros de conducta característicos de la niñez.

El inválido debe integrar la paraplejia desde la nueva percepción de sí mismo.

No debe parecer extraño que la integración de una invalidez física en la imagen corporal tome considerable cantidad de tiempo y energía psíquica. En pacientes parapléjicos su integración usualmente acontece durante el primer año siguiente al ataque inicial de la invalidez. En esta fase, el paciente parapléjico aparece clínicamente muy deprimido y poco interesado en hacer planes para reintegrarse activamente a su comunidad. Parece que gran cantidad de energía psíquica está gastándose en este aspecto de reintegración de la imagen corporal y es muy poco el interés que el parapléjico puede sostener para actividades externas. Durante este período es muy difícil motivarlos para que participen en distintos aspectos de su rehabilitación, vocacional, etc.

SENTIMIENTOS DE FRACASO.—En las culturas occidentales es necesario tener experiencias frecuentes de éxito para obtener un buen ajuste. El éxito incrementa el valor que la persona se atribuye a sí misma y el valor que ve que los otros le atribuyen. La experiencia de éxito está determinada por las metas y aspiraciones que se tenga. En general, se experimenta éxito cuando se realizan cosas difíciles e importantes por sus propios esfuerzos. La gente coloca sus metas cerca del tope de su habilidad y si sus habilidades varían, sus aspiraciones cambian. Después del éxito, las metas son usualmente elevadas y después del fracaso se colocan en un nivel inferior. El nivel de aspiración opera como un mecanismo protector de manera que la mayoría de la gente cualquiera que sean sus habilidades experimente éxito.

Existen tres medios por lo que ésto ocurre: (5)

1.—Si el nivel de aspiraciones está colocado bajo el nivel de habilidades, esta persona no experimenta éxito. Será un frustrado porque sus necesidades de autoestima y apreciación social no están satisfechas.

2.—Si las metas no se logran por esfuerzo personal, sino que la familia, el ambiente, les facilita su obtención, también están insatisfechos y necesitan siempre de más experiencias.

3.—Cuando las metas se colocan por encima del nivel de realización, se tendrán fracasos y están privados de autoestima y satisfacción social.

El mundo de los adultos no inválidos permite que las aspiraciones vayan realizándose para obtener el ajuste psicológico deseable. Sin embargo, las personas inválidas están en una situación vulnerable, se rompe el funcionamiento del nivel de protección del mecanismo de aspiración. Las metas sociales están por encima de su habilidad para alcanzarlas; en estos casos la persona experimenta repetidos fracasos.

Por otra parte, la familia y los amigos tienden a sobreprotegerlo de los rigores del mundo normal, y de esta manera el inválido está privado de la posibilidad de realizar sus metas por sus propios esfuerzos.

INSEGURIDAD.—Muchas áreas de la vida del inválido están caracterizadas por una falta de conocimiento preciso hacia lo que sucede, una incertidumbre de dónde está colocado respecto al mundo.

Tres fuentes importantes de inseguridad son: (5)

1.—Inseguridad física. El mundo cultural de construcciones para habitación, trabajos, automóviles y en general la urbanización, está planeado y realizado desde el punto de vista de la gente "normal". Para este grupo, la sociedad define y estructura las condiciones físicas de vida. Cuando una persona físicamente normal empieza a trabajar, generalmente sabe lo que es posible e imposible para él, dentro de ciertos límites, y dentro de estos límites puede usualmente realizar las tareas diarias. Sabe que los escalones del camión tienen una altura conveniente, que los asientos son de su tamaño, que el traslado de la parada del autobús al sitio a donde vaya, no le dejará exhausto, que alcanza los controles del elevador y las instrucciones del patrón podrá llevarlas a cabo. En resumen, tiene la seguridad de que el mundo de casa, hogares y transportes, que ha construido la sociedad, es hecho de acuerdo con lo que le conviene. Podemos imaginar como cambiaría esta situación si una persona normal cuando empieza un nuevo ritmo de vida, encuentra que los escalones del autobús tienen 2 metros de

alto, los asientos no tienen respaldo, su oficina está a 10 kilómetros de la parada, los controles del elevador están a 4 metros del suelo y el patrón le ordena cosas que no está en posibilidades de desempeñar.

Lo que se ha descrito, es en cierto modo, la posición de un inválido físico en un mundo "normal". En muchas situaciones tiene que enfrentarse con mayor incertidumbre que los normales. Esto puede ser muy frustrante y productor de ansiedad.

2.—Inseguridad social.—Como suma a los crecientes peligros e incertidumbres creadas por la situación física, el inválido se enfrenta con un estado similar de hechos, en el mundo social. Las actitudes conflictivas de las personas normales hacia el inválido también le producen inseguridad. Aceptación y rechazo, simpatía y lástima, confianza y miedo, valuación y devaluación, son frecuentes. Esto es debido parcialmente a una situación inestable y ambigua que se ha fomentado. El inválido es visto a veces como bueno, a veces como malo; a veces capaz y a veces incapaz; en ocasiones inseguro de su recepción por otros e inseguro de la estabilidad de sus actividades.

3.—Inseguridad respecto a sí mismo. El inválido físico se enfrenta con gran incertidumbre para construir una actitud consistente hacia sí mismo. Encuentra las mismas dificultades que los otros tienen para formarse una actitud estable y consistente hacia él. Recibe el estímulo ambiguo que los otros tienen cuando ven su físico. Tiene que separar la percepción de su medio cuerpo paralizado del estímulo que tal vez revela su persona integral menos imperfecta. Debe enfrentarse a un conflicto entre los valores culturales concernientes y aquellos relativos a dignidad del ser humano. Duda entre sentimientos de lástima cuando los valores físicos son altos, y de fuerza, cuando los valores de dignidad humana son más potentes. La imagen corporal tiene conflictos con lo que era su antiguo sí mismo.

Podemos inferir que el mundo del inválido físico tiende a ser menos claro y seguro que el de las personas no inválidas, y en consecuencia, la libertad de la persona inválida está más limitada.

Inseguridad no es exclusivamente del parapléjico, ni de los inválidos físicos en general. Todos los hombres son débiles en determinados ambientes físicos y sociales y las fuerzas a las que tienen que enfrentarse restringen su libertad de acción, pero la paraplejia da más estímulos para que se presente.

SENTIMIENTOS DE MINUSVALIA.—Debido al valor que la sociedad le dá a la persona con integridad corporal y con belleza física, el inválido tiene que ajustarse a ciertos factores psico-sociales que prevalecen, existe el status social. Frecuentemente el inválido es calificado por sí mismo y por los otros como inferior, no sólo respecto a sus limitaciones específicas sino como una persona total. Puede sentir lástima, inferioridad, minusvalía. Esta devaluación general tiene cierto paralelo con los grupos raciales y religiosos; por ejem. el negro o el judío no son totalmente aceptados en determinados países; los inválidos son vistos como una minoría no privilegiada. (15)

No solo el inválido es considerado frecuentemente inferior sino que él se siente inferior. Esta hipótesis fue originalmente elaborada por Dembo y sus colaboradores en una teoría general del infortunio y se le llamó "requerimiento del lamento". En esta hipótesis el requerimiento del lamento implica que algunos hombres desean que otros sufran, y ésto se ha objetado éticamente.

Una persona que da un alto valor a la belleza física, fuerza y habilidad, está demandando al inválido a lamentarse la falta de alguna de estas características y a su vez el inválido envidiará al no inválido. Una persona que ha asimilado los valores señalados, trata de mantener su belleza física, fuerza y habilidad porque de estos elementos centrales depende su seguridad. Paradójicamente el inválido deberá percibir que es necesario sentirse inferior.

En relación con lo anterior, el inválido se enfrenta a un conflicto originado en dos necesidades psicológicas básicas.

- 1.—Necesidad de autoestima, para autoevaluarse altamente.
- 2.—Necesidad de status social para ser evaluado altamente por los otros.

Para que el inválido pueda alcanzar su ajuste, estas necesidades deben estar satisfechas por lo menos en cierto grado.

NEGACION.—Por algún tiempo muchos autores opinaron que este fenómeno se presentaba únicamente en pacientes con lesión cerebral, e incluso llegaron a localizar la lesión en la corteza parietal. Sin embargo, investigadores recientes han negado esta localización y han descrito el fenómeno de negación en enfermos con muy diversos tras-

tornos y en pacientes incapacitados que no tenían lesión cerebral, como en los parapléjicos, aunque no es característico. Preséntase en pacientes que se hallan en el período inicial o agudo de la enfermedad. Se observa negación implícita benigna en quien hay actitud de ligera euforia, desatención y metas irrealistas. Es un intento irreal por parte del incapacitado para mantener el estado que tenía antes de la lesión. La negación puede servir como excusa para rehusar una ayuda que le hace sentirse inferior. Confunde el deseo de olvidar la lesión con la realidad, se encuentra en constante tensión porque pueden chocar con lo real en cualquier momento. Es una defensa importante del yo que puede obstruir la rehabilitación. Es utilizado ante la realidad amenazadora y frustrante para guardar el equilibrio psíquico.

La pérdida de un miembro o de una función puede ser comparada a la pérdida de un objeto libidinoso por las reacciones que provocan. Se producen ciertos fenómenos psíquicos que en conjunto se denominan "trabajo de duelo", mediante los cuales se trata de restablecer el equilibrio perdido. (4)

Lo que principalmente afecta al sujeto es la frustración que sufre por la pérdida de la satisfacción que le proporcionaba el objeto perdido, pudiendo observarse que los medios varían desde los que se emplean en el duelo normal que permiten la aceptación gradual, hasta la negación absoluta.

El inválido se resiste a aceptar la realidad debido a un profundo miedo de que su lesión haya afectado no sólo su físico sino su personalidad. El salto de la normalidad del cuerpo a la no normalidad de la mente es más frecuente de lo que hemos consignado, debido a esto muchos inválidos sienten una necesidad de convencerse a sí mismos y a los demás que no están destruídos por sus incapacidades.

REGRESION.—Algunos aspectos de la personalidad pueden detenerse en su evolución, resultando de ello la imposibilidad de un desarrollo completo. Por medio de la regresión la personalidad puede perder algunos de los adelantos ya logrados y retroceder a un nivel inferior de integración, adaptación y expresión. Tiene un fin de adaptación pero no puede considerarse un mecanismo constructivo. (10)

Si el paciente no puede enfrentarse en una forma realista y constructiva a los problemas de la invalidez, se desciende a niveles infe-

riores de desarrollo de la personalidad, caracterizados por formas inmaduras de pensamiento, emoción y conducta. La regresión se acompaña habitualmente de una disminución de la ansiedad y sentimientos de culpa. Cuanto más fuertes hayan sido las fijaciones, más fuertemente se evaden las frustraciones por medio de la regresión. Si la regresión se establece en grados extremos, causa una grave desorganización de la personalidad.

La regresión es usualmente una fase temporal de ajuste psicológico a una invalidez repentina y severa. Generalmente se le puede ayudar al paciente a través de este período difícil aceptando simpatéticamente su puerilidad o su conducta irracional como una fase natural del ajuste a su invalidez, parecido a como se acepta la conducta de un niño. Esto no significa sin embargo, que uno deba tratar al paciente como un niño o adoptar una actitud protectora hacia él. Es muy posible aceptar su conducta regresiva como parte de la realidad presente y al mismo tiempo identificarlo con los aspectos naturales de su personalidad que deben sostenerse o mejorarse si la rehabilitación tiene éxito.

PROBLEMAS SEXUALES.—La habilidad del parapléjico para desenvolverse sexualmente es de extrema importancia.—Hay mayores problemas en esta área para pacientes tanto hombres como mujeres. Los problemas sexuales se presentan no sólo para el incapacitado sino para su cónyuge y las actitudes de este último pueden afectar de manera importante la motivación del enfermo.

La conducta en la esfera sexual depende de factores biológicos y psicológicos y para que sea adecuada la función, se necesitan factores neurológicos y endócrinos normales.

El desarrollo psicosexual temprano además de muchas experiencias sociales y culturales origina actitudes conscientes e inconscientes que afectan la conducta sexual.

Desde el punto de vista clínico es importante diferenciar las lesiones medulares que originan disminución del poder motor sin trastornos de la sensibilidad y las lesiones medulares que trastornan la motricidad y la sensibilidad; la experiencia sexual en ambos tipos es diferente. En el aspecto sexual observamos nuevamente la influencia de las relaciones tempranas con los padres y sus actitudes y senti-

mientos en esta área. Los conceptos sobre lo correcto y lo equivocado, lo bueno y lo malo, generan de estos primeros contactos con la sociedad, que en una etapa temprana está representada por los padres y son estos conceptos formados primariamente los que permanecen como la base para sentimientos e ideas posteriores. La importancia de esta área está indicada por la gran extensión hacia la cual la sociedad va en sus intentos para controlar la expresión sexual y la culpa que se podría producir por la violación de estas reglas. El temor a la castración que presentan algunos pacientes está originado en muchas de estas actitudes.

Uno de los aspectos más significativos de este problema es el de la impotencia en los hombres parapléjicos. La sociedad ha elaborado una serie completa de conceptos y sentimientos acerca del hombre impotente. Un hombre con este trastorno se convierte en el objeto de burlas de hombres y mujeres. Es considerado inadecuado para satisfacer su papel como hombre en cualquier sentido de la palabra. Es una pareja inaceptable para su esposa e incapaz de ser padre. También es considerado impotente en otros aspectos para vivir una vida normal y útil. Este es un gran problema que se le presenta al impotente parapléjico que se encuentra sumergido en las dificultades inherentes de la invalidez misma. Algunas investigaciones en los Estados Unidos han demostrado que aquellos hombres parapléjicos que son impotentes están más deprimidos, aislados y emocionalmente perturbados que los parapléjicos, potentes. (5)

Por otra parte, los parapléjicos impotentes consideran su propio cuerpo como un organismo inservible y malfunctionante. Los sentimientos de insuficiencia están reflejados especialmente a su invalidez y tienen marcada dificultad en el manejo de los problemas de reajuste a un hogar normal de la comunidad.

Muchos de estos pacientes experimentan una terrible aprehensión ante el pensamiento de tener que regresar al hogar, a sus esposas, a su familia.

En algunos casos, estos pacientes hacen mucho mejores relaciones con mujeres parapléjicas que con mujeres no inválidas. La demanda de su utilidad como una pareja sexual masculina es grandemente reducida en esta clase de invalidez.

Hay algunos pacientes donde el hombre parapléjico inconscientemente gana beneficios psicológicos por la impotencia sexual resultante; en este caso, le puede ayudar a evitar experiencias que eran anteriormente perturbadoras e indeseables. Aquí el paciente puede hacer un ajuste psicológico mejor que antes de la invalidez, especialmente donde el trastorno anterior era participado por la pareja femenina.

En la mujer no sólo se presentan los problemas de ser atractiva y aceptable, sino también le preocupa la posibilidad de tener hijos. Desde los puntos de vista anatómico y fisiológico el papel de la mujer en la esfera sexual es más "pasivo" que el del varón y la incapacidad física no disminuye su receptividad. Por razón de trastornos de la sensibilidad el orgasmo vaginal y clitorídeo puede ser imposibles pero ello no impide la satisfacción sexual. Así mismo, no siempre hay esterilidad. Hay parapléjicas que se han embarazado y dado luz niños normales.

Un problema importante en varones y mujeres es de índole estética. Como se pierde la capacidad de regular la función vesical e intestinal, y suele necesitarse la ayuda del cónyuge, la experiencia sexual se entremezcla, lo que puede producir inhibición intensa en el cónyuge.

En las actitudes y funciones sexuales pueden reflejarse problemas de autoestimación, inferioridad, depresión y ansiedad.

Un factor psicológico que aparentemente juega un papel predominante en mujeres parapléjicas es la apariencia física en términos de su valor cosmético. La sociedad en la que vivimos da tremendo énfasis a la belleza física de la mujer. Aún ésto puede ser considerado desde muchos niveles psicológicos. El hombre que tiene una esposa bella es envidiado por sus amigos. Apariencia de juventud, encanto delicado, atractivo femenino, son conceptos que están constantemente guardados en la superficie de nuestra conciencia y los estimulan por radio, televisión, películas, etc. Consecuente a la pérdida de esta clase de atributos físicos puede aparecer miedo de la pérdida del marido, o de no ser nunca atractiva a los hombres. Aunque la belleza se supone ser solamente tan "profunda como la piel" es este aspecto tan superficial el que juega un fuerte rol en muchas relaciones heterosexuales en nuestra sociedad.

Considerando esta frivolidad la base de muchas relaciones heterosexuales, existe un relativamente alto número de divorcios que suceden cuando uno de los miembros de la pareja se convierte en parapléjico. Es probable que este tipo de matrimonio se hubiera disuelto por otras razones, pero aparentemente los problemas en la paraplejía son muchos para el cónyuge no inválido. Estos son factores realistas que hacen difícil en ciertos aspectos el matrimonio con un parapléjico. La gente madura y bien ajustada, supera estas dificultades.

En el caso que el cónyuge no inválido satisfaga ciertas necesidades de mártir, la aprobación de los otros, la habilidad de ser maternal al parapléjico, el "sentido del deber", todo esto puede contribuir a la satisfacción en este tipo de relación.

El paciente hombre puede ser incapaz de comprometerse en cualquier actividad laboral a su regreso al hogar aunque las finanzas de la familia sean bajas. La esposa puede decidir ir a trabajar mientras el marido es relegado a actividades como limpiar la casa, preparar los alimentos y cuidar a los niños. Observamos el reverso de los papeles, en el cual, el hombre psicológicamente amenazado desarrolla un programa femenino. En este caso también, es posible para el paciente hombre, sentirse mucho más seguro en este papel, y se hace más difícil motivarlo para actividades vocacionales.

La mujer parapléjica también puede tener dudas acerca de su habilidad para regresar a su casa como una ama de casa completa. Las actividades de una mujer en la casa incluyen cierto nivel de fuerza física y agilidad, y la tarea se complica si también hay que cuidar a los jóvenes. La tarea es difícil de manejar aún para una mujer no inválida. Sin dinero para tener sirvientes que le ayuden en los quehaceres domésticos la mujer parapléjica necesita tomar la ayuda de algún familiar, muy posiblemente del marido. Esto por otra parte, puede ser una autojustificación de su inhabilidad para manejarse como ama de casa.

Las perversiones sexuales son raras y los que han presentado problemas sexuales antes de la invalidez, en ocasiones, con el impedimento se puede aliviar la ansiedad.

REACCION A LOS TRASTORNOS DE LOS PROCESOS EXCRETORIOS.—Las escuelas psicológicas modernas ya han indicado la im-

portancia de los procesos excretorios para el individuo. Muchas actitudes parentales, reflejos de la sociedad en la cual vive la persona, están ligadas a estas funciones a una edad muy temprana, y el adulto no siempre está alerta de esta influencia en sus sentimientos presentes respecto a esta área. La necesidad de un entrenamiento para efectuar las funciones de defecación quedan marcadamente impresas en todo niño y el fracaso para adaptarse en esta área está ligado a toda clase de amenazas y castigos. El niño que falla es castigado severamente en sentido físico y verbal, y estas experiencias tempranas producen un efecto permanente de los valores relacionados con esta área, que se mantienen en la adultez. Para conocer este antecedente debemos observar y entender la actitud del parapléjico respecto a su inhabilidad para controlar las funciones intestinales y vesicales. Con frecuencia, la falta de habilidad para regular las funciones excretoras produce en el parapléjico sentimientos de culpa y de lástima por comportarse en un nivel infantil y sucio. Surgen nuevamente todas las antiguas advertencias parentales, pero mucho de este material está en una base inconsciente y es difícil de manejar. No en raras ocasiones el paciente parapléjico teme ser culpado y condenado por esta pérdida de control, por otras personas con las que tiene contacto, porque él reconoce que estos individuos tienen esencialmente los mismos patrones rígidos concernientes a la limpieza en las funciones excretoras como él los tiene para sí mismo. Este temor de ensuciar puede crecer en grandes proporciones, de manera que el paciente tenga miedo de que otras personas detecten los olores que pueden emanar de los orinales, calzones de hule o cualquier otro objeto prescrito por el médico para su uso.

REACCION A LAS ULCERAS DE DECUBITO.—La presentación de escaras puede ocurrir frecuentemente a pesar de las precauciones médicas. El parapléjico puede considerarlas no sólo como partes enfermas, sino desagradables y nocivas de su cuerpo y se producirán más trastornos emocionales sobre su apariencia. Debido a que frecuentemente está en un estado continuo de drenaje, puede considerar a sus escaras como otra fuente de evidencia de su cuerpo sucio. Por otra parte, estas úlceras presentan un serio problema fisiológico que necesita tratamiento médico inmediato. Aún después de curar esta área, debe ser chequeada constantemente para prevenir la exacerbación de su estado.

Este hecho coloca también considerable atención del paciente hacia esta área. En una base realista, la presencia de úlceras de decúbito puede impedir más actividad física y obstruir la rehabilitación del paciente.

DOLOR Y TOXICOMANIA.—El dolor siempre es un fenómeno psíquico en el sentido de que su presencia depende del funcionamiento de centros superiores y su carácter es subjetivo. El dolor puede inhibir las actividades de rehabilitación. Produce modificaciones emocionales incluso en sujetos bien adaptados. Aumenta la necesidad de dependencia, el egocentrismo y las ganancias secundarias. El dolor tiende a agravarse en la noche a causa de la ansiedad, la soledad y la falta de intereses externos. Puede olvidarse al efectuar actividades recreativas y quejarse cuando se halla ante los rehabilitados o familiares.

El umbral doloroso varía para cada paciente. La persona dependiente e inmadura y la que experimenta ansiedad reaccionan de manera más intensa a dolor. El paciente ecuánime y que gobierna sus emociones tiene mayor tolerancia, igual que el paciente con inhibición y depresión.

En los parapléjicos el dolor debajo del nivel de la lesión medular es corriente y puede ser muy intenso. Frecuentemente es difícil explicarlo, en especial con los sujetos a quienes se ha efectuado laminectomía, durante la cual se descubrió una sección completa de la médula espinal. No se ha demostrado que este dolor sea puramente psicógeno.

El dolor origina en algunos casos insomnio y fatiga, crea dificultades personales por las demandas que impone a las personas que lo atienden y provoca quejas. Puede utilizarse el dolor como provecho secundario para mantener la dependencia y manejar a las personas que tienen a su alrededor.

Uno de los peligros en el tratamiento del dolor es la narcomanía, síndrome que se caracteriza por tres fenómenos: (12)

1.—Dependencia física. La administración prolongada de narcóticos en grandes dosis inevitablemente origina la necesidad de administración repetida de drogas para evitar la aparición de reacciones fisiológicas objetivas.

2.—Dependencia psicológica. En ocasiones precede a la dependencia física y siempre van juntas.

3.—Tolerancia. Siempre se necesitan dosis crecientes, que demuestran que el plan terapéutico es ineficaz.

PROBLEMAS DE MOTIVACION.—La motivación es definida como un estado complejo que origina una conducta con una meta precisa y está determinada individualmente, lo que motiva a una persona, puede inhibir a otra.

Se considera absolutamente esencial que los pacientes estén motivados para que cooperen en su rehabilitación. Si ésto no se logra, el mejor tratamiento médico no tendrá éxito, el paciente que desea mejorarse realmente, está bien situado en el camino a la independencia, mientras que el que no lo tiene, presenta una gran barrera.

Para ser más efectiva, la motivación debe estimularse en el momento más temprano posible después del accidente o la enfermedad.

El paciente que carece de motivación es aquel cuyas metas no son congruentes con las de la rehabilitación. Sus energías no se dirigen a las tareas que tienen a mano, sino se gastan en otras finalidades particulares. En general no se comparten las metas del grupo del que forma parte. En cierto sentido tiene motivación, pero ésta no coincide con las de las otras personas.

Los factores que pueden originar falta de motivación son los siguientes:

1.—Hay un temor de no alcanzar el restablecimiento completo y rehusa participar.

2.—Existen deseos de castigo por no mejorar.

3.—Desea castigar o dominar a otros, creando dependencia.

4.—Las metas del paciente no son importantes para la rehabilitación.

5.—Todavía está en estado de duelo psicológico o de choque, de manera que es incapaz de fijarse metas de orientación lógica.

6.—Tiene conocimientos equivocados acerca de su estado físico.

7.—Concede importancia excesiva a su cuerpo o a sus actividades personales.

8.—Adquiere ganancias secundarias de la incapacidad.

9.—La necesidad del paciente para alcanzar relaciones es excesiva.

10.—La situación ambiental no le ofrece estímulos y él carece de incentivos.

11.—Cuando la incapacidad se presenta en la adolescencia el problema parece ser abrumador.

Según se puede inferir, sólo se hicieron consideraciones acerca de los mecanismos psicológicos más frecuentemente observados en parapléjicos, dependiendo su presentación e intensidad, de la personalidad básica de cada paciente. Muchas de las reacciones descritas pueden observarse en otro tipo de inválidos y en personas no inválidas, aunque como se ha asentado anteriormente, las características tan especiales de esta invalidez determinan algunas reacciones específicas que se señalaron.

B.—AYUDA PSICOLOGICA

La persona que trabaja en rehabilitación debe comprender que está trabajando no solamente con piernas inválidas, órganos y cuerpos, sino con la imagen corporal del paciente de los músculos atrofiados o del cuerpo paralizado. El psicólogo, como los otros integrantes del equipo, está tratando con la personalidad del paciente, con su sentido de valor personal, su concepción de las relaciones con otras personas, sus esperanzas, sus temores, sus sentimientos de culpa, lástima y orgullo herido. Todo ésto está relacionado con los órganos o el sistema corporal que ha sido invalidado.

Continuamente debe recordarse y recordar a los demás si es necesario, que no se está rehabilitando un cuerpo, sino un ser humano cuya invalidez es una parte integral de su total personalidad. Para un parapléjico trabajador sus piernas inhábiles representan la pérdida del empleo; la parálisis significa una voluntad paralizada. Ningún especialista puede decir tanto de la naturaleza de la invalidez como el paciente mismo. Para la rehabilitación no tiene tanta importancia lo que el examinador percibe, sino lo que el paciente percibe. Es el paciente quien sufre dolor, sus efectos en dignidad y valor, consecuencias invalidantes en el funcionamiento total.

Se deben entender sus problemas escuchando. Mientras se escucha a los pacientes sobre sus incapacidades, tratamientos, metas en el pasado y cómo se han alterado por la invalidez, tendremos un conocimiento profundo.

Hay ciertas fuerzas que pueden presionar al inválido a tomar un papel activo enfrentándolo al hecho de su invalidez y que deben ser estimuladas.

La primera de estas fuerzas es la necesidad de aceptarse a sí mismo, en estos casos, como inválido. Solamente puede olvidarse temporalmente la invalidez. Se puede actuar como si no existiera, utilizando el mecanismo de negación, sólo por algún tiempo. Las demandas de la realidad como la participación recreativa, programas educativos, elección vocacional, etc., requieren que la invalidez sea tomada en cuenta. El esfuerzo por tratar de ocultar una invalidez o minimizar su inconveniencia y significado personal, llega a un grado que no puede sostenerse y se empieza a disminuir la ansiedad al iniciarse la aceptación de sí mismo como un inválido. Puede parecer al principio que es el deseo de ser no inválido el que provee la necesitada motivación para el trabajo a través de las dificultades hacia la mejoría. En esta situación donde el estado de no invalidez no puede alcanzarse, este deseo puede obstruir la rehabilitación efectiva. En vez del poderoso y frecuentemente ciego deseo de ser no inválido, lo que es más positivo es reducir en lo posible las restricciones impuestas por la invalidez; aceptarse como inválido significa mejorar lo útil, las potencialidades que pueden aprovecharse. Debemos comunicarle nuestro sentimiento de que es aceptado con sus limitaciones.

El inválido tiene también una fuerte necesidad de ser comprendido como inválido. El no confía en la aceptación que busca y en cierto grado alcanza, cuando trata de actuar como una persona normal hasta lo posible. La seguridad de una aceptación genuina, por último, descansa en la persona real que él es. Sólo entonces puede acortarse la distancia entre sí mismo y el no inválido. Por lo tanto hay que hacerle sentir que lo comprendemos.

Para reforzar las fuerzas de la persona inválida hacia su ajuste, es importante la atmósfera que le rodea y las relaciones interpersonales, especialmente con los distintos rehabilitadores.

La relación rehabilitador-paciente tiene dos aspectos. Un inválido puede permanecer aislado, no comunicativo, pasivo y evitar enfrentarse a su invalidez, sólo si la otra parte de la relación responde siendo decisivo, protector o dominante, ignorando su invalidez. Pero se obtienen buenos resultados si se fortalece.

El paso decisivo en la rehabilitación de la persona permanentemente inválida es la aceptación completa de su invalidez con todas sus implicaciones para el largo, lento ascenso, hacia el reajuste como una persona inválida. En este aspecto el paciente ha cruzado la situación de ansiedad, duda y miedo. Atrás está el antiguo "self" con su cuerpo intacto e imagen corporal, sus planes y esperanzas. Ante él, un "self" inválido, no explorado aún. Muchas personas no encuentran el camino, siguen pensando que alguna cura milagrosa se descubrirá y los restaurará hacia el antiguo, intacto "self", no encontrando nunca las potencialidades que podrían aprovecharse si cruzaran hacia el "self" inválido.

El inválido necesita también una atmósfera que apruebe metas realistas, autoselección y actitudes de autoaceptación.

Básicamente debe existir una atmósfera en la cual el cliente se sienta libre de hablar acerca de los significados que tenga para él. Debe haber un trabajo mutuo a través de los problemas donde los sentimientos y opiniones del paciente son tan importantes como los conocimientos y habilidad del rehabilitador. El inválido no debe sentir que sus opiniones sean ignoradas, debe saber que es respetado como persona y que su punto de vista es decisivo.

La situación del paciente respecto a los temas relacionados con su invalidez debe ser materia de discusión. El peligro que tiene el interés por su invalidez como curiosidad morbosa, es mínimo.

En el desarrollo hacia la aceptación de la invalidez, el paciente puede tener actividades realísticamente reduciendo los efectos negativos de su incapacidad y puede genuinamente empezar a tener éxitos en vez de sentir un fracaso porque nunca puede ser un no inválido.

Se debe ser sensitivo a las claves dadas por el paciente sobre el curso que debe tomar su relación. Algunas ocasiones el inválido puede simplemente necesitar la seguridad de que lo que está pensando y sintiendo es comprensible. Algunas veces estará más listo para acep-

tar más activamente las sugerencias que se le den. Ser sensitivo al paciente quiere decir que se deben tomar en cuenta los significados emocionales que la invalidez tiene para el paciente.

Las actividades de las personas que están cerca del paciente, las de los rehabilitadores, pueden afectar enormemente su habilidad para ser guiados por las necesidades del paciente. Un miembro altamente sensitivo del grupo minoritario, religioso discriminado, o en este caso, un inválido, puede detectar rápidamente los encubiertos sentimientos de error, lástima y aversión. Es por lo tanto importante que el rehabilitador esté bien ajustado respecto a invalidez física. Es necesario también, tener la convicción de que invalidez no es una calamidad, sino una desviación a la que uno puede ajustarse.

Básicamente debe promoverse un cambio en su sistema de valores de manera que el estar íntegro físicamente o ser hermoso, sean sentidos como buenos si se tienen en el presente, pero no perturbantes cuando faltan.

En el área de sentimientos autoevaluadores, el rehabilitador tiene gran influencia para bien o para mal, como en el caso del médico y del paciente, del maestro y el alumno, el inválido se sentirá más fácilmente en una situación de dependencia y espera la guía a través de sus dificultades. La relación debe establecerse de manera que el inválido sienta que tiene un papel importante en la planeación de su vida y lo que diga y sienta es respetado. Las experiencias en psicoterapia han establecido esto como un hecho psicológico y todavía debido a la presión del caso y otros factores, los planes de rehabilitación son "eficientemente" elaborados con muy poca participación del inválido y algunas veces con sumisión. Aún el niño inválido necesita saber lo que le sucede, y por qué, que tiene voz en las decisiones. Se le debe ayudar a tomar determinaciones por sí solo para que nuevamente recobre independencia de juicio y autoestimación.

Un medio que el hombre ha encontrado para disminuir su incapacidad e incrementar su libertad, es paradójicamente, limitando sus áreas de vida. Restriñendo su vida a niveles en los cuales él puede competir, el hombre ha incrementado su libertad. Una carretera obviamente limita las direcciones adonde pueden ir los hombres; al mismo tiempo, los rescata de las poderosas resistencias del terreno bruto, na-

tural. Lo mismo puede decirse sobre las casas, las organizaciones políticas y convencionalismos sociales.

La inseguridad y la libertad limitada del inválido físico se originan, como ya se anotó anteriormente del hecho que las protecciones urbanas, etc. están ideadas por la mayoría no inválida y lo que es protector para éstos, frecuentemente no es protector para el inválido. En ciertos aspectos el inválido es tan débil que las fuerzas con las que se enfrenta son todas demasiado fuertes para él; en otros aspectos, es tan diferente, que la protección requerida es de diferente clase. En estos aspectos, el inválido, como el niño y el anciano, quienes son similarmente incapaces para competir en un mundo diseñado para adultos normales, viven en un mundo relativamente incierto y restringido. Medios de cómo ayudar al inválido pueden aprenderse de nuestra experiencia con niños y ancianos. En todos estos casos es esencial tratar de entender el significado psicológico de incertidumbre y considerar qué puede hacerse para reducir sus efectos negativos.

Cuando se dice que la situación de los inválidos frecuentemente carece de claridad y seguridad, queremos decir que los inválidos no pueden ver las secuencias de la acción que conecta sus posiciones presentes con nuevas posiciones que desean iniciar. Al contrario, un inválido tiende a verse a sí mismo en un área por donde cruzan muchos caminos que son para él intransitables o que no tienen meta. Vive en una zona pequeña, rodeada de soledad, de la que dependerán el grado de angustia y tensión que presente.

En principio, hay dos medios por los que se le puede ayudar: 1o.—Incrementando la fuerza de la persona para combatir las fuerzas de la soledad, y 2o.—Proveer de protección las áreas en las que las fuerzas del sujeto están disminuidas. Los programas de rehabilitación deben operar en ambos caminos. Aparatos ortopédicos, reeducación muscular, apoyo, y estímulo, son ejemplos del primero. Máquinas especiales en la industria, industria protegida, son ejemplos del segundo. Los problemas prácticos centran los mejores medios para promover e incrementar la fuerza y habilidad de los inválidos, proveyéndolos de la protección requerida y de balance adecuado con sus posibilidades.

Respecto a ésto, los problemas del inválido son similares a los de

los niños donde la obra de la educación es proveer una situación protectora, pero que dará, sin embargo, la libertad necesaria para el desarrollo. Tanto en los programas educativos como de rehabilitación, la experiencia de éxito y fracaso por parte del inválido es una indicación significativa de que se ha hecho un balance adecuado entre el estímulo para el crecimiento y los arreglos protectores. Seguramente la frecuencia de experiencias de verdadero éxito, aumentan la autoestima y la aprobación social que son tan importantes para el ajuste.

Es obvio que la solución de este problema del éxito en el caso individual depende de muchos factores. Es necesario proveer al inválido con la oportunidad de realizar fines importantes y difíciles por sus propios esfuerzos. Esto requiere una gran variedad de circunstancias por la gran variedad de características del inválido; y requiere cambiar las circunstancias como cambian las aspiraciones si el éxito debe continuar de ser posible.

Los programas de rehabilitación deben reconocer estos requerimientos y proveerlos de una variedad de oportunidades para realizarlos. Debe ser reconocido, sin embargo, que aún el diagnóstico más efectivo y el programa vocacional no son suficientes. Las metas particulares deben ser situadas y los medios llevados a cabo. Esto requiere que haya variedad de metas y flexibilidad de medios en cada situación individual. Es particularmente importante que las oportunidades existan en niveles relativamente altos de responsabilidad y gratificación.

Sin embargo, los inválidos generalmente quedan excluidos de posiciones ejecutivas y de supervisión. Esto quiere decir que las oportunidades de éxito y mejora están limitadas. La recomendación del autoempleo y empleo en pequeñas empresas es de utilidad, pues en estos casos el nivel es determinado por habilidad más que por la rigidez de una gran organización. El trabajo da la oportunidad de realizar las satisfacciones básicas de autoestima y status social.

Pero las realizaciones profesionales no son la única base del éxito. Muchas personas tienen bajos logros ocupacionales pero están satisfechos por su familia, etc. Aquí también la libertad del inválido para formar una familia es más limitada que para el no inválido. Hay evidencia de que el matrimonio es menos frecuente para los inválidos y experimentan aislamiento social.

Es necesario ayudarlos a participar en actividades de grupo y es un aspecto que debe ser incrementado.

La ayuda que se le puede dar al paciente respecto a la motivación para rehabilitarlo tiene un aspecto preventivo y uno terapéutico. (12)

Para impedir que disminuya la motivación se aconseja:

- 1.—Todos los datos que se den al paciente sobre su invalidez deben reflexionarse con cuidado.
- 2.—Ayudar al paciente a fijarse metas precisas y lógicas.
- 3.—Impedir que se formen hábitos perjudiciales y ganancias secundarias.
- 4.—Tratar cuidadosamente la distribución del tiempo del programa.
- 5.—Identificar las necesidades específicas y utilizar de acuerdo con ellas cada miembro del equipo.

En lo que se refiere al aspecto terapéutico las recomendaciones dependen de las causas de la falta de motivación.

- 1.—Es necesario enfrentarlo a la realidad;
- 2.—Si no reacciona a este método se presta especial atención a los aspectos en que el paciente presenta motivación y se suspenden de manera temporal otros aspectos del programa.
- 3.—Se crea identificación con fuerzas positivas estimulando a participación en actividades colectivas y recreativas.
- 4.—Se utilizan personas que signifiquen autoridad cuando necesita un estímulo de este tipo.

Conociendo la personalidad del paciente, su situación global, incluyendo el significado consciente e inconsciente que la paraplejía tenga para él, utilizaremos el medio adecuado para la motivación.

Una comprensión de los problemas del paciente parapléjico es de gran ayuda para asistirlos en la superación de su conflicto. Considerando las áreas vulnerables y los aspectos que pueden ser más rápidamente mejorados, nos permiten ayudarle más efectivamente en su rehabilitación.

A continuación se presentan tres casos a manera de ejemplo; únicamente con los resultados del estudio psicológico.

M. G. R.: Masculino.

Edad: 29 años.

Causa de invalidez: Accidente de trabajo.

Pruebas aplicadas: Wechsler-Belleveu, Rorschach, T.A.T. Resultados:

La inteligencia es sub-normal; C. I. 86, de tipo preponderantemente práctico con buena captación de los detalles. Existe dificultad para abstracciones, poca capacidad de organización y planeación, su nivel de aspiraciones es muy alto en alteración con su nivel de capacidad por lo que fácilmente se coloca en situaciones que después le resultan frustrantes.

Las ligas con la realidad son débiles. No hay una correcta identificación con la figura masculina, existen sentimientos de inadecuación sexual, su conducta se inclina más hacia el machismo que a la virilidad genuina; existen además tendencias narcisísticas muy marcadas.

El tipo de vivencia es conscientemente extratensivo pero hay una fuerte tendencia a la introversión y al aislamiento, si a esto agregamos su estado de ánimo fundamentalmente depresivo y el escaso control sobre sus reacciones emocionales que son explosivas; es clara la necesidad de ayudar al paciente a establecer mejores relaciones objetales y permitir la manifestación de su agresividad para evitar que vuelva ésta contra sí mismo.

La manifestación grosera de su agresividad dificulta sus relaciones interpersonales y le sirve como defensa ya que en realidad es muy vulnerable, con facilidad se siente herido y para no reconocer su hipersensibilidad proyecta su hostilidad.

Ameritaría psicoterapia profunda ya que presenta serios conflictos; pero por la índole de los mismos es preferible no tocarlos y buscar únicamente un ajuste del paciente a su realidad actual procurando que sus procesos imaginativos se hagan creativos y de ser posible encuentre determinados valores que vengan a substituir a los antiguos (fuerza y belleza física, odio, venganza como patrón cultural, etc.) que ahora son inoperantes pero que están profundamente arraigados por ser normas culturales de su ambiente.

S. F. G. Sexo: Masculino

12 años

Causa de invalidez: Infecciosa.

Pruebas aplicadas: Wechsler-Belleveu, Rorschach, T.A.T. Resultados: Rendimiento intelectual normal, C. I.: 102. Orientación caracterológica de tipo receptivo-productivo. La depresión reactiva está en vías de superación. Sentimiento de soledad, agresividad no controlada adecuadamente. Conflicto sexual debido a falta de educación, hay dificultades de relación. Su actitud ante las exigencias del mundo es de tipo receptivo productivo y con cautela. Fantasía, escape de la realidad. La realización no corresponde con la planeación.

L. R. G. Sexo Femenino.

18 años

Causa de invalidez: Tumor.

Pruebas aplicadas: Wechsler-Belleveu, Rorschach, T.A.T. Resultados: Rendimiento intelectual correspondiente a sub-normalidad, C. I. 85. Establece relaciones interpersonales con gran dificultad y en nivel muy superficial. Presenta inhibición, depresión, ansiedad, soledad y negativismo. Tiene capacidad para la percepción del detalle, la esfera afectivo emocional está controlada por esfuerzos de orden intelectual. Hay ansiedad probablemente por la represión de su agresividad. Las limitaciones para aprovechar sus potencialidades por los mecanismos represivos que utiliza y el mal manejo de su agresividad dificultan mucho sus relaciones interpersonales.

En los tres casos presentados como ejemplo, se prescribió psicoterapia.

III

REHABILITACION DEL PARAPLEJICO

A.—DATOS HISTORICOS

Debido a que las actitudes hacia la invalidez varían con los individuos, las actitudes sociales sobre invalidez, han variado con la historia y siguen variando en diversas partes del mundo. En los antiguos hebreos, enfermedad e invalidez física marcaban a la persona como un pecador, era castigado y expiado por sus malos actos. Invalidez en los antiguos griegos, no era un signo, sino una inferioridad. Los primeros cristianos vieron a la enfermedad y a la invalidez como un camino hacia la gracia. Hoy, las modernas religiones están de acuerdo que enfermedad e invalidez tienen una posición de preferencia.

Por otra parte, las escaras faciales en algunas culturas del Africa son marcas de distinción. En cambio, en Estados Unidos, las personas con deformaciones similares se reparan por cirugía plástica. El desarrollo de rehabilitación va a estar de acuerdo con el concepto que se tenga de invalidez.

Las actitudes hacia la invalidez han mejorado y después de la Primera Guerra Mundial se desarrolló el interés en los servicios de rehabilitación para los inválidos. Sin embargo, este interés murió en la mayoría durante los años que transcurrieron entre las dos guerras mundiales. De allí surgieron instituciones pioneras como el Institute for Crippled and Disabled de Nueva York y una legislación básica como el Federal Vocacional Rehabilitation Act de 1920. La negligencia del movimiento para tomar suficiente fuerza, se puede atribuir al he-

cho de que fué muy restringido en los aspectos psicológicos y de adiestramiento laboral.

Después de los primeros días de la Segunda Guerra Mundial, el número de personas inválidas por rehabilitar hizo que los programas de rehabilitación se extendieran. El problema de los inválidos no era nuevo, pero la guerra enfocó la atención en ellos e hizo más rápida la necesidad de su solución. Se reconocieron las implicaciones sociales y económicas que tiene el rehabilitar este sector de la población para que puedan independizarse. El Institute for Crippled and Disabled con más de 30 años de experiencia ha demostrado que es posible la rehabilitación física y emocional en un 97%.

La historia del paciente parapléjico en rehabilitación empieza con la Segunda Guerra Mundial. Antes de esta época muy poco se hizo por estos pacientes, la mayoría de los cuales moría, usualmente en un año, particularmente por infecciones urinarias. No existe una agencia central a la cual se reporte este tipo de invalidez, pero se estima en los Estados Unidos que al finalizar la Segunda Guerra Mundial habían 2,400 parapléjicos veteranos y 15,000 casos de civiles.

En 1954 la Ley Pública 565 dictada en Estados Unidos, dió a los incapacitados civiles el mismo derecho para tratamiento que se proporciona a los veteranos inválidos bajo el programa de la Administración de Veteranos. El Presidente de los Estados Unidos dió dos razones para la existencia de esta Ley: Enfatizar el gran valor que tiene la dignidad de cada ser humano y hacer una inversión humanitaria que ahorra sumas de dinero. Fué promulgada para mejorar el programa Federal del Estado e impulsar a organizaciones privadas a participar con el programa federal.

Cada persona atendida por este programa recibe la combinación necesaria de los servicios de rehabilitación:

- 1.—Diagnóstico para conocer la naturaleza y grado de incapacidad.
- 2.—Servicios médicos, quirúrgicos, psiquiátricos, hospitalarios, para reducir la incapacidad.
- 3.—Prótesis o aparatos ortopédicos
- 4.—Estudio psicológico, consejo y guía.
- 5.—Entrenamiento ocupacional.

6.—Asistencia y transporte durante el tratamiento.

7.—Equipo, herramienta, licencia o fondos iniciales para que el rehabilitado inicie su negocio.

8.—Colocación en empleo según sus habilidades físicas y mentales.

9.—Control posterior para asegurar que el rehabilitado esté adaptado y satisfecho.

Esta Ley ha sido reforzada por otras leyes y sus reformas como las hechas a la Ley de Seguridad Social en 1954 y 1956 que protegen a los trabajadores de más de 50 años y a menores de 18 con incapacidad. (11)

Durante los últimos años, la unidad de parapléjicos ha constituido la parte principal del Institute of Physical Medicine and Rehabilitation del Centro Médico Bellevue de la Universidad de Nueva York. Se les da entrenamiento para que se conviertan en autosuficientes en las actividades de la vida diaria, deambulación, etc., lo cual disminuye la incidencia de úlceras de decúbito, infecciones urinarias, desnutrición, depresión. La rehabilitación en estas personas también tiene el objetivo de crear habilidades o desarrollarlas para hacer trabajo productivo mientras están en el hospital en el hogar, y remunerados posteriormente. Usando las técnicas conocidas de colocación selectiva, estas personas pueden regresar a un empleo, dentro del límite de sus capacidades. Trabajo, prescrito adecuadamente, es uno de los más valiosos elementos de terapia. (13)

En Inglaterra existe el Centro de Lesiones Espinales en el Hospital de Stoke Mandeville que fue establecido para el tratamiento de parapléjicos durante la Segunda Guerra Mundial. Es el Centro más grande de este tipo de Europa y el Reino Unido y es equivalente a las grandes unidades de los hospitales americanos para veteranos. Está equipado con todos los elementos necesarios para la rehabilitación de pacientes con lesiones espinales, incluyendo entrenamiento pre-vocacional, unidad recreativa e investigación. (7)

En México se fundó la Dirección General de Rehabilitación en 1952, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia que incluye entre sus servicios un Centro de Rehabilitación Músculo Esquelético, donde se han atendido pacientes parapléjicos.

En 1960 se inauguró el Instituto Mexicano de Rehabilitación bajo la iniciativa de la Asociación Mexicana de Rehabilitación. En esta institución se tiene actualmente un programa de rehabilitación integral para personas parapléjicas, incluyendo tratamiento médico, quirúrgico, adaptación de aparatos ortopédicos, tratamiento psicológico, servicio social, orientación vocacional, consejo laboral y colocación en empleos. Cuenta también con un programa de enseñanza para preparar especialistas en rehabilitación para toda la América Latina.

B.—CONCEPTO DE REHABILITACION.—El término rehabilitación se utiliza para definir un proceso continuo e indivisible que, empezando desde la enfermedad o el accidente, comprende todas las medidas usadas para: 1).—Prevenir la pérdida de una función física y mental durante la enfermedad, 2).—Asistir a los pacientes convalescientes a recobrar su completo funcionamiento y reanudar su forma normal de vida, y 3).—Ayudar a quienes es inevitable una invalidez permanente, a recuperar el máximo posible de la función física y mental, adaptarse a sus habilidades residuales y vivir y trabajar en las mejores condiciones de acuerdo con su capacidad. (1)

Otro concepto de rehabilitación la define como el proceso que por medio de la utilización de diversos métodos físicos psicológicos y ocupacionales, lleva al inválido a alcanzar el máximo de recuperación física, emocional, social, ocupacional y económica.

Se reconoce que la rehabilitación incluye aspectos médicos, psicológico, social, industrial y económico, pero estos aspectos deben considerarse partes interrelacionadas de un proceso único y no como servicios separados, y el personal especializado en los diferentes aspectos debe trabajar junto, como un equipo.

La necesidad de servicios de rehabilitación va creciendo debido a la industria mecanizada, accidentes de tránsito y enfermedades crónicas.

La rehabilitación se lleva a cabo por un equipo de personas especializadas, ortopedistas, fisiatras, cirujanos plásticos, neurocirujanos, neurólogos, psiquiatras, cardiólogos, radiólogos, urólogos, y otros especialistas médicos que sean necesarios según el tipo de pacientes.

Además interviene el siguiente personal: enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos clínicos, orientadores vocacionales, psicólogos

sociales, psicólogos industriales, consejeros en rehabilitación, encargados de actividades recreativas, etc., dependiendo su intervención del tipo específico de la organización del centro de rehabilitación.

El personal del centro, debe estar en contacto con la familia del paciente, con personas de la comunidad y otras organizaciones oficiales o particulares que existan en la localidad.

La clave de la rehabilitación dinámica y efectiva descansa en la prescripción individualizada de actividades terapéuticas graduadas, de manera que el paciente se conserve ocupado y motivado durante todo el día.

Cada paciente debe ser reexaminado periódicamente por el personal técnico y si son necesarias, se solicitan consultas de los otros servicios. Todos los casos deben presentarse en clínicas de reevaluación en las que participe todo el personal técnico con objeto de guiar al paciente y proporcionarle el tratamiento más adecuado.

Es conveniente hacer notar que un servicio de rehabilitación debe incluir los siguientes principales aspectos: Administración, atención clínica a pacientes, enseñanza como un programa dinámico de entrenamiento y elementos para la investigación.

Sobre el cuidado posterior del rehabilitado, ya que regresó a su casa, es importante mencionar que mucho puede hacerse para continuar o completar el plan de rehabilitación.

Frecuentemente es económica y psicológicamente necesario utilizar los recursos del hogar; muchos de los ejercicios, actividades de la vida diaria y otros procesos pueden ser ejecutados en el hogar bajo la ayuda o supervisión de un familiar.

Los terapeutas o los coordinadores en rehabilitación deben visitar el hogar para dar orientación al paciente y a la familia.

Desde el punto de vista administrativo y económico, se ha demostrado que la rehabilitación como inversión es económicamente sólida.

Debe obtenerse información de los pacientes que han retornado a sus hogares porque es el único método por el que el éxito o el fracaso de la rehabilitación puede medirse efectivamente. Con este objeto es necesario hacer visitas por la trabajadora social, practicar exámenes de reevaluación y entrevistas con los patrones que hayan empleado a los rehabilitados.

En relación a la justificación para la rehabilitación del inválido, Kessler ha dicho: "El aspecto económico es uno de los puntos a considerar, pues el grupo de inválidos como personas para las cuales se sostienen los asilos implican un costo al país que no se recupera y como seres rehabilitados y colocados en ocupaciones e industrias adecuadas, son productivos". A través de un entrenamiento laboral, el inválido se convierte en un trabajador calificado para encontrar su lugar con los trabajadores normales. Su mayor esperanza, sin embargo, radica en su restauración física. Muchos individuos incapacitados, si son tratados adecuadamente, pueden recuperar, su anterior capacidad de trabajo. Cierta proporción requiere cirugía, otros, aparatos ortopédicos y el mayor número alcanzará su ajuste a través de reeducación funcional y tratamiento psicológico. (11)

La rehabilitación ha progresado continuamente, los excelentes resultados alcanzados han sido un estímulo para un más amplio desarrollo. Los inválidos, especialmente los severamente incapacitados, como los parapléjicos, han sido beneficiados por la rehabilitación.

Una consideración esencial en todos los planes de rehabilitación es el aprovechamiento de los recursos de la comunidad y la asistencia de sus miembros como parte del equipo de rehabilitación. Muchos segmentos de la comunidad, empezando con la familia del paciente, organizaciones sociales, hombres de negocios, etc., ayudarán de acuerdo con su preparación y experiencia a abreviar el proceso rehabilitatorio.

Una situación invalidante muy fuerte la encontramos en la paraplejía. Hay que tratarles a estos pacientes, úlceras de decúbito, problemas ortopédicos y urológicos.

Los parapléjicos requieren el máximo de lo que cualquier programa de rehabilitación puede ofrecer.

El éxito de la rehabilitación depende de la prontitud con que el paciente participe con su propio programa. El tiempo que transcurre entre la iniciación de la invalidez y el principio del programa rehabilitatorio debe ser mínimo. El programa de rehabilitación traza el puente entre la invalidez y la meta. Retardar el plan de rehabilitación es producir una disminución de la restauración funcional y un estado de

depresión. Hay que retornar al paciente a una vida completa tan pronto como sea posible.

C.—EL EQUIPO DE REHABILITACION.— La rehabilitación del parapléjico podrá lograrse con la colaboración íntima de un equipo experimentado. Los médicos de este equipo incluyen neurocirujano, urólogo, cirujano ortopédico, internista, neurólogo, psiquiatra y fisiatra. La enfermera rehabilitadora, el técnico en fisioterapia, el técnico en aparatos ortopédicos, el terapeuta ocupacional, la trabajadora social, el psicólogo y el consejero en rehabilitación, son elementos de valor incalculable para satisfacer las necesidades globales de estos pacientes gravemente incapacitados.

Desde el punto de vista de organización, el equipo puede dividirse de la manera siguiente:

COORDINACION GENERAL

REHABILITACION FISICA

Medicina General.
Ortopedia.
Fisiatría.
Urología.
Neurología.
Psiquiatría.
Cirugía Plástica.
Otros especialistas (cardiólogo, etc).
Enfermería.
Fisioterapia.
Terapia Ocupacional.
Técnica de aparatos ortopédicos.

REHABILITACION PSICOSOCIAL

Consejo rehabilitatorio.
Psicología.
Trabajo Social.
Orientación Ocupacional.
Adiestramiento.

Desde el punto de vista del funcionamiento, el **coordinador general** debe tener la función de coordinar todos los servicios necesarios para la rehabilitación integral del paciente. Este miembro del equipo puede ser un médico fisiatra o un consejero en rehabilitación, dependiendo de la orientación que se le dé al centro, haciendo énfasis en el aspecto físico o en el psico-social.

El **médico general** tiene a su cargo la elaboración de la historia

clínica y el tratamiento de padecimientos de tipo general. De no haber nutriólogo, este profesionista hace la prescripción de dietas, las que usualmente indican alimentación hiperproteica.

El **parapléjico** es tratado por el **ortopedista** mediante intervenciones quirúrgicas en el sistema músculo-esquelético, aunque la moderna rehabilitación cada vez utiliza menos las operaciones.

El **fisiatra** les practica examen muscular, hace la prescripción de tratamientos fisiátricos para recuperación muscular y de capacidades para las actividades de la vida diaria, y prescribe aparatos ortopédicos.

El **urólogo** le atiende todos los problemas de este tipo, mediante exámenes específicos como cistoscopías, intervenciones quirúrgicas, adaptación de sondas, orinales y prescripción de medicamentos.

El **psiquiatra** interviene cuando los parapléjicos presentan problemas psiquiátricos más o menos graves, mediante sus técnicas específicas, narcoanálisis, prescripción de medicamentos, etc.

Los exámenes del sistema nervioso son practicados por el **neurólogo** quien también da orientaciones sobre la rehabilitación física.

El **cirujano plástico** trata a los parapléjicos practicándoles plastias escasas, particularmente por la técnica de deslizamiento.

La **enfermera** en la rehabilitación a estos pacientes los atiende de la siguiente manera: curación de escaras, cambios de posición cada hora o cada dos horas, les enseña a bastarse a sí mismos en actividades de la cama, aseo y vestido. Los adiestra en el control de esfínteres y vigila la administración adecuada de los alimentos, y medicamentos.

El **consejero en rehabilitación**, da consejo y guía al inválido desde la iniciación del proceso rehabilitatorio, durante el tratamiento, y aún tiempo después de haber sido dado de alta del Centro, para vigilar su adaptación y que sea realmente satisfactoria, y si la rehabilitación se ha efectuado con éxito. Hace énfasis en el consejo laboral, haciendo estudios de este tipo, consiguiendo becas de estudio y buscándoles empleo. (14)

La **trabajadora social**, efectúa un estudio profundo del ambiente familiar del parapléjico que permite descubrir los problemas que puedan interferir en la rehabilitación del mismo, para manejarlos dentro del hogar bajo el control del psicólogo; o bien para traer al familiar al Centro, donde pueda ser tratado psicológicamente y por lo menos,

simplificar el problema que representa, mediante la convivencia con otros familiares de inválidos. Facilitará el enlace entre las necesidades de los pacientes y los satisfactores que la comunidad puede proporcionarles para resolver sus problemas de carácter socio-económico, durante el período de su proceso de rehabilitación.

Los **maestros de taller**, sea de relojería, electricidad, radio, máquinas de escribir, costura, son elementos importantísimos del equipo de rehabilitación porque son los que darán la enseñanza de un trabajo a los parapléjicos. Vigilan la puntualidad de su asistencia, aprovechamiento, y ayudan a mejorar las relaciones interpersonales. (9)

Un **maestro para alfabetización** y ampliación de conocimientos básicos, es muy útil porque puede dar la iniciación o la asistencia para el adiestramiento laboral.

D.—FUNCIONES DEL PSICOLOGO EN EL EQUIPO DE REHABILITACION

En las primeras dos décadas de este siglo el concepto anatómico era preponderante. La competencia era medida en términos de perfección anatómica. Un hombre era capaz o incapaz de una actividad, dependiendo de su integridad anatómica. Era todo o nada. Se consideraba incapaz para todos los trabajos si estaba incapacitado para parte de uno.

Con el desarrollo del concepto funcional, la especialización y la subdivisión de trabajos en sus componentes, se estableció que el concepto de perfección anatómica no era válido en muchas situaciones, y con este cambio, se empezó a recurrir más al psicólogo. En la rehabilitación la psicología contribuye en sus diferentes especialidades: clínica, vocacional, industrial, educativa y social.

La participación del psicólogo en el equipo de rehabilitación es todavía reciente y muchas técnicas psicológicas deberán ser reevaluadas y rediseñadas, para estos nuevos usos. El éxito obtenido con técnicas psicológicas comunes son indicadores de los resultados que se obtendrán en el futuro con investigaciones y más experiencia.

La contribución de la psicología a la rehabilitación, no es limitada al papel del psicólogo clínico como ya se anotó. Es igualmente impor-

tante el papel del psicólogo social para estudiar las actitudes sociales hacia la incapacidad física que son de extrema significación en el ajuste emocional del inválido. Tanto el impacto emocional de la invalidez física como las actitudes sociales hacia la invalidez han orientado la atención de los psicólogos y se han elaborado varias teorías.

El psicólogo clínico como un miembro del equipo de rehabilitación tiene mayor responsabilidad respecto al logro del ajuste emocional del inválido, pues es el único de este equipo que tiene los conocimientos, entrenamiento y experiencia necesaria para ser capaz de explorar y evaluar el aspecto psicológico y orientar a los otros miembros del equipo de rehabilitación respecto al manejo del paciente. El éxito o fracaso del esfuerzo total del equipo y de la contribución individual de cada disciplina puede estar directamente relacionada a los esfuerzos y habilidad del psicólogo.

El psicólogo con su particular insight en las fuerzas profundas, irracionales e inconscientes, determina la dirección e intensidad de las motivaciones, el carácter de los conflictos y los mecanismos necesarios para superarlos, por lo tanto, hace una contribución importante al equipo de rehabilitación. Por ejemplo, el psicólogo en vez de consolar a un paciente deprimido puede reconocer la depresión como una fase normal y a veces necesaria para el ajuste, si el paciente es en ocasiones capaz de aceptar su invalidez con todas sus implicaciones por requerir cambios en su ritmo de vida. En lugar de celebrar la voluntad e iniciativa del paciente que se burla de su invalidez e insiste en caminar sólo cuando todavía no puede hacerlo, el psicólogo tratará de ayudarlo para conocer los sentimientos de dependencia que están detrás de su apariencia audaz, y aceptar un cierto grado de dependencia de otros, como un aspecto realista de su invalidez.

Esta comprensión con sentido "incomún" a los problemas del paciente, no es practicable para el promedio del trabajador de rehabilitación, que no tiene un entrenamiento técnico en psicología y quien no siempre posee las bases psicológicas para el manejo de estos problemas.

El rehabilitador no psicólogo se dará cuenta que los problemas psicológicos del inválido constituyen un campo vasto que es desco-

nocido por él y que requieren la participación de un profesionalista especializado en psicología.

Sobre las funciones del psicólogo en la rehabilitación, aunque ya señalamos que se requiere de sus distintas especialidades, consideraremos las correspondientes al psicólogo clínico y al psicólogo orientador vocacional por ser los que más directa e intensamente deben formar parte de su equipo de rehabilitación.

El psicólogo clínico hace un examen psicológico del parapléjico para valorar las funciones intelectuales, la estructura de la personalidad, y su dinámica. El examen psicológico es la valoración de la conducta del individuo en una situación ideada de tal manera que las reacciones pueden ser registradas, comparadas con las de otros individuos y valoradas de una manera precisa. Tienen la facultad de revelar muchos datos acerca de la vida mental de la persona y brindan orientaciones útiles para comprender patrones de conducta que exceden de la situación inmediata de la prueba.

Hay varias clases de pruebas psicológicas utilizadas en rehabilitación, pueden subdividirse de muchas maneras, pero se adoptará la siguiente clasificación: 1.—Pruebas psicométricas y 2.—Pruebas proyectivas. Del primer grupo se utilizan ampliamente las conocidas pruebas de inteligencia y de realizaciones escolares. Las pruebas de proyección están encaminadas a valorar la manera en que el individuo estructura su medio ambiente, las formas de enfrentarse al mundo, sus valores, ansiedad, mecanismos de defensa, etc. En suma, permiten un análisis de la estructura de la personalidad.

Valoración Intelectual. En vista de que la rehabilitación guarda relación básica con la educación del inválido, es indispensable valorar la capacidad de aprender. En el programa de rehabilitación, el paciente necesita aprender habilidades de diversas clases: verbales, motoras, sociales, vocacionales o de ajuste personal.

Una de las mejores medidas de la facultad de aprendizaje del sujeto, es su puntuación en la prueba de inteligencia. Es útil estimar las normas de capacidades específicas y el funcionamiento mental general. La experiencia indica que hay cuatro clases principales de facultades pertinentes en el programa de rehabilitación. En general, una norma de capacidades adquiere sentido diferente cuando se con-

sidera relacionada con las diversas finalidades de la rehabilitación, por ejemplo: adiestramiento de facultades motoras, capacidades vocacionales y capacidades interpersonales. Los perfiles tienen mayor utilidad cuando muestran deficiencia o mucha eficiencia en una o varias áreas y ayudan a fijar las metas en cada uno de los aspectos pertinentes.

A continuación se presenta un cuadro con las capacidades, las tareas que se utilizan para medirlas y su significado.

Las pruebas psicométricas más frecuentemente usadas en rehabilitación son: Wechsler-Bellevue, Terman-Merrill, Matrices Progresivas de Raven, Kohs.

Valoración de la Personalidad. Estudiar la personalidad es tan importante como valorar la inteligencia. Sin embargo, se acepta que la valoración de la estructura de la personalidad es más difícil y complicada que medir la facultad intelectual. La estructura de la personalidad puede describirse en muchas dimensiones de las cuales sólo algunas son pertinentes a la rehabilitación. En consecuencia, es conveniente organizar los datos procedentes de las pruebas de proyección según el siguiente esquema:

Aptitud	Tarea	Importancia para la rehabilitación.	Grupos de población que presentan deficiencia.
Verbal	1.—Vocabulario. 2.—Campo de información cultural. 3.—Comprensión verbal. 4.—Razonamiento verbal. 5.—Realizaciones escolares.	Metas educativas, del habla y vocacionales.	Fracados en la escuela. Sujetos incultos. Aléxicos.
Social	1.—Vigilancia de los matices sociales. 2.—Facultad de organizar las experiencias sociales. 3.—Criterio en situaciones interpersonales. 4.—Reacciones apropiadas a las exigencias de las situaciones.	Metas vocacionales, psicológicas y sociales.	Trastornos psiquiátricos, incluyendo neurosis psicosis y lesión cerebral.
De motivación	1.—Facultad de perseverar en una tarea. 2.—Atención y concentración. 3.—Tolerancia a la frustración.	Metas vocacionales, y psicológicas.	Trastornos psiquiátricos. Retardados.
Motora	1.—Facultad de estimar y usar orientaciones tridimensionales. 2.—Velocidad y exactitud de movimientos. 3.—Gracias físicas.	Tratamiento físico y ocupacional. Metas vocacionales.	Lesión cerebral. Coordinación física deficiente.

- A.—Problemas actuales del paciente.
- B.—Percepción de los problemas actuales por parte del paciente.
- C.—Forma de adaptación al mundo.
 - 1.—Nivel de ansiedad.
 - 2.—Fuerza del yo (o sea, recursos internos para enfrentarse a los problemas).
 - 3.—Defensas.
- D.—Conflictos psicológicos.
 - 1.—Aceptación de sí mismo.
 - 2.—Necesidades de dependencia.
 - 3.—Imagen corporal.
 - 4.—Actitud hacia la incapacidad.
 - 5.—Reacción a la autoridad.
 - 6.—Tolerancia a la frustración.
 - 7.—Papel del sexo.
- E.—Fuentes genéticas de tensiones y defensas.
 - 1.—Origen y fortaleza de la identificación.
 - 2.—Nivel de aspiración.
 - 3.—Capacidad de planeación.
 - 4.—Capacidad de relaciones interpersonales.
- F.—Recomendaciones.

Se pueden utilizar los incisos del esquema que sean adecuados para el paciente y las metas que la rehabilitación le ofrece.

Las pruebas proyectivas generalmente utilizadas en rehabilitación son: Psicodiagnóstico de Rorschach, Thematic Apperception Test, Bender Gestalt test, Frases Incompletas, cuestionario de ajustes, H. T. P. (casa, árbol, persona) que abarca el Test de Koch y el de Machover; a los parapléjicos que son dados de alta por rehabilitación total se le pide además "que se dibujen así mismos" con el objeto de comprobar si han integrado los aparatos ortopédicos o a la silla de ruedas a su imagen corporal.

La contribución del psicólogo clínico, como parte del equipo de rehabilitación, va más allá que la aportación de datos sobre la personalidad del inválido ya que trabajará con el propio paciente para

que mediante la consulta psicológica se logren cambios que ayuden a la persona a obtener una integración más armoniosa con su ambiente. La consulta psicológica en los centros de rehabilitación es más bien un tipo de terapia re-educativa que reconstructiva usando las técnicas usuales expresivo emotiva, de apoyo, de relación y perceptivo, interpretativa. Debido a las diferencias individuales y a las ligeras variaciones en la filosofía de la psicoterapia, la combinación de pasos en el proceso psicoterapéutico toma millares de formas pero en todos los casos la relación de consulta ofrece la primera oportunidad al parapléjico para expresar sus más profundos sentimientos abierta y libremente y el psicólogo puede empezar a formular sus hipótesis diagnósticas sobre las bases de los aspectos cognoscitivos y connotivos de la comunicación del paciente, con frecuencia el paciente está dominado por la angustia y él solo no puede enfrentarse a las amenazas externas e internas pero en compañía del psicólogo se atreve a mirarlas y finalmente a acercarse a ellas y este es el centro de su experiencia emocional correctiva; al disminuir el control restructivo la flexibilidad ocupa su lugar y el parapléjico es más capaz de percibir su realidad.

Muchos de los parapléjicos, a pesar del alto grado de independencia que mediante el proceso rehabilitatorio logren alcanzar, necesitarán siempre de la ayuda de otra persona para hacer algunas cosas, esta persona puede ser un miembro de la familia, una enfermera, un amigo o una persona a sueldo y su relación con el paciente llega en muchos casos a convertirlo en la "persona más significativa" para el paciente, ya sea que esto suceda así o que conserve esa posición alguien relacionado con el paciente desde antes de su invalidez, su importancia no debe pasarse por alto en la integración del equipo rehabilitatorio que incluye al paciente y en muchos casos, el psicólogo clínico tiene que trabajar también con esa persona para obtener mejores resultados en el proceso psicoterápico del paciente.

El psicólogo como **orientador vocacional**, ayuda al incapacitado a encontrar su meta profesional mediante la valoración de sus capacidades físicas, psicológicas, sociales y vocacionales, de sus aspiraciones y finalidades, este miembro del equipo examina al parapléjico con las siguientes finalidades:

Obtener datos acerca de las aptitudes, dificultades, intereses, me-

tas y personalidad del paciente; aporta estos datos para elaborar el plan de rehabilitación del paciente, proporciona información ocupacional, ayuda al examinado a interpretar estos datos para trazarse una meta, lo ayuda a dar los primeros pasos hacia metas profesionales y hace que participe en algunas actividades fundamentales. (9)

Para hacer el estudio vocacional, se toman los datos aportados por todos los miembros del equipo relacionados con este aspecto. Datos de escolaridad y adiestramiento, como: tipos y niveles alcanzados, métodos para vencer obstáculos durante los estudios, intereses y aptitudes que guardan relación con la enseñanza, calificaciones escolares, etc. (8)

Datos de adaptación laboral antes de la incapacidad: trabajos desempeñados, cómo se obtuvieron, deberes y responsabilidades, destrezas y conocimientos, salarios, estabilidad en el empleo.

Se practican entrevistas que son el método fundamental para obtener datos y ayudar al paciente a adaptarse a su estado y empleo lo antes posible.

También se aplican pruebas de aptitudes e intereses, cuya elección para aplicarlas depende de las características personales de cada paciente. Entre las pruebas aplicadas podemos mencionar: la prueba de manipulación de Purdue, la Minnesota de velocidad de manipulación, la Minnesota de relaciones tridimensionales, el registro de preferencias de Kuder, las listas de intereses ocupacionales.

Como se habrá observado, el psicólogo tiene funciones claves en el equipo de rehabilitación.

E.—EL PLAN DE REHABILITACION

Una vez que se han efectuado todos los estudios necesarios por los miembros del equipo de rehabilitación, el consejero los estudia y los integra en un plan de rehabilitación en el que se detallan las actividades que habrán de desarrollarse para lograr hasta donde sea posible, la completa rehabilitación del paciente y su reintegración a la sociedad. Este plan incluye los diferentes tratamientos médicos, ajuste psicológico, orientación familiar, adiestramiento ocupacional y colocación en empleo. El consejero en rehabilitación es el encargado de guiar al inválido para que este plan se realice con la colaboración del equipo.

Periódicamente el equipo se reúne para valorar el progreso realizado y hacer los ajustes o modificaciones que sean necesarias en el plan original con el fin de lograr el objetivo buscado.

Cuando el plan se ha cumplido y el inválido se encuentra adaptado, trabajando y reincorporado a la familia y a la sociedad, se considera que se ha rehabilitado. Esta meta puede alcanzarse en diversos grados.

CONCLUSIONES:

- 1.—El parapléjico es un inválido que conserva las potencialidades necesarias para vivir dignamente.
- 2.—Si se le rehabilita, puede adquirir las habilidades para desenvolverse como los no inválidos, actuando como miembro activo de la familia, de la sociedad y del medio laboral.
- 3.—Presenta los mecanismos psicológicos que pueden aparecer en cualquier ser humano, y por las características específicas de su invalidez tiene ciertas reacciones psicológicas específicas, que pueden ser superadas.
- 4.—El personal técnico que trabaja con parapléjicos debe conocer los principios básicos de la dinámica psicológica para entender los problemas del inválido.
- 5.—Es conveniente crear centros especializados para rehabilitación del parapléjico para que desde un principio sea convenientemente orientado y deje de considerarse como un enfermo crónico e iniciar cuanto antes su adaptación laboral.
- 6.—Para obtener un nivel óptimo de rehabilitación de estos inválidos se necesita de la intervención y coordinación de un equipo de personas especializadas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—British Information Services.—REHABILITATION AND CARE OF THE DISABLED IN BRITAIN. Edt. Cox and Sharland, Inglaterra.
- 2.—Dassen Rodolfo y Fustinoni O.—SISTEMA NERVIOSO. Edt. El Ateneo, Argentina.
- 3.—Forgue E.—PATOLOGIA EXTERNA. TOMO II. Edt. Espasa-Calpe, España.
- 4.—García de León Elizabeth.—TESIS PROFESIONAL PARA DOCTORADO, México.
- 5.—Garret James F.—PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PHYSICAL DISABILITY. Edt. U. S. Government Printing Office, E. U.
- 6.—González Mas R.—REHABILITACION DEL PARAPLEJICO. Edt. Librería Científico-Médica Española, España.
- 7.—Guttmann L.—THE NATIONAL SPINAL INJURIES CENTRE STROKE MANDEVILLE, HOSPITAL. Edt. A. R. and Co. Ltd, Inglaterra.
- 8.—Hamilton Kenneth W.—COUNSELING THE HANDICAPPED IN THE REHABILITATION PROCESS. Edt. The Ronald Press Company, N. Y. E. U.
- 9.—Lofquist Lloyd H.—VOCATIONAL COUNSELING WITH THE PHYSICALLY HANDICAPPED. Edt. Appleton-Century-Crofts, Inc. E. U.
- 10.—Noyes Arthur P.—PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA. Edt. La Prensa Médica Mexicana, México.

- 11.—Pattison Harry A.—THE HANDICAPPED AND THEIR REHABILITATION. Edt. Ch. C. Thomas, Ill. E. U.
- 12.—Rusk Howard A.—MEDICINA DE REHABILITACION. Edt. Editorial Interamericana, S. A. México.
- 13.—Rusk Howard and Taylor Eugene.—NEW HOPE FOR THE HANDICAPPED. Edt. Harper and Brothers, E. U.
- 14.—Watson-Jones.—FRACTURAS Y TRAUMATISMOS ARTICULARES. Edt. The University Society Mexicana, S. A. México.
- 15.—Wright Beatrice A.—PHYSICAL DISABILITY-A PSYCHOLOGICAL APPROACH. Edt. Harper and Brothers, E. U.