



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

155.412 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

L 861

A 4

F. COPIA

VIDA AFECTIVA DEL NIÑO POLIOMELITICO

**Monografía Individual Seminario de Graduación
para Optar a la Licenciatura en Psicología**

PRESENTADA POR

ELIZABETH LOPEZ Y LOPEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, JUNIO 1974



JURADO EXAMINADOR

PRESIDENTE: LIC. OFELIA RIVERA DE BERNAL

1er. VOCAL: DR. JOSE MANUEL MANZANARES

2º VOCAL: LIC. LETICIA CALDERON DE ORELLANA

P R E F A C I O

El presente trabajo es el resultado de una labor de investigación en el Centro del Aparato Locomotor de esta capital, con una muestra de niños que adolecen algún impedimento físico, debido a secuelas de Poliomiélitis.

Los elementos que han servido de base para la realización del presente estudio, se han obtenido de las experiencias adquiridas en dicho Centro, a través de la observación sistemática del proceso de rehabilitación que se efectúa en los diferentes servicios y de entrevistas efectuadas con los niños y padres o encargados de éstos.

Este trabajo no tiene la pretensión de considerarse perfecto; sin embargo, queda la satisfacción de habernos esforzado al máximo, para obtener los elementos indispensables para realizarlo.

Esta labor fue posible gracias a la asesoría proporcionada por Lic. Leticia Calderón de Orellana. Al oportuno consejo de los Licenciados Yolanda Langlois de Gasparillo, Ana de los Angeles Escobar de Flores y Rubén Ernesto Gasparillo.

Asimismo, se quiere dejar constancia de agradecimiento al Señor Director de dicha Institución, Dr. César Augusto Escalante, como a todo el personal Técnico y Administrativo, especialmente al Dr. Manuel Valle y la Señora Fisioterapista Irma Rojas de Zuñiga, por haber brindado todas las facilidades y orientaciones necesarias.

TABLA DE CONTENIDO

	Pags.
INTRODUCCION.....	1
I- LA POLIOMIELITIS.....	3
A) La Poliomiélitis.....	3
B) El Niño Poliomiéltico.....	9
II- LAS DEFICIENCIAS FISICAS.....	12
A) Deficiencias Físicas.....	12
B) El Niño con Deficiencias Físicas.....	15
III- ADAPTACION SOCIAL Y EDUCATIVA DEL NIÑO CON DEFICIEN- CIA FISICA.....	18
A) Evolución de las Actitudes Educativas y Sociales..	18
B) Objetivos Educacionales y Sociales.....	20
C) Limitaciones del Deficiente Físico.....	22
D) Actitudes de los Padres.....	23
E) La Rehabilitación en El Salvador.....	26
IV- LAS REACCIONES SICOLOGICAS EN EL NIÑO POLIOMIELITICO.	33
A) Aspectos Sicológicos de la Minusvalía Orgánica....	33
B) Los Sentimientos de Inferioridad.....	36
C) Mecanismos Defensivos.....	37
D) La Exploración de la Afectividad.....	43
V- LA ACCION SICOLOGICA.....	53
A) El Aporte Sicológico al Niño Poliomiéltico.....	53
B) Orientación a los Padres.....	54

	Pags.
VI- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	59
A) Conclusiones.....	59
B) Recomendaciones.....	61
ANEXOS.....	63
REFERENCIAS	

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

En El Salvador no existen investigaciones referentes al estudio de la afectividad del niño Poliomiélfítico, lo cual ha motivado el deseo de realizar el presente trabajo monográfico, denominado - "Vida Afectiva del Niño Poliomiélfítico".

El objetivo primordial de esta investigación, ha sido tratar de explorar las diversas reacciones psicológicas resultantes de su Minusvalía Orgánica, que presentan los menores en proceso de rehabilitación tomando en cuenta los diferentes factores que determinan su comportamiento.

No ha sido tarea fácil tratar de formular los efectos resultantes de dicha anomalía física, dado que cada niño reacciona de acuerdo a características personales en relación directa con su medio familiar, físico, social, en el cual se desarrolla.

Este proceso de investigación se describe a través de esta monografía en los siguientes aspectos:

- I - La Poliomiélfitis. Aquí se hace una revisión de los aspectos clínicos de dicha enfermedad invalidante.
- II- Las Deficiencias Físicas. Al enfocar este aspecto, se efectúa una revisión en cuanto a significación, diferencias y clasificaciones de las Deficiencias Físicas.
- III-Adaptación Social y Educativa del Niño con Deficiencia Física. Aquí se presenta un panorama del sistema asistencial y educativo, del niño Poliomiélfítico.
- IV- Las Reacciones Psicológicas en el Niño Poliomiélfítico.

En donde se describen los aspectos más importantes del síquismo del niño con secuela de Poliomiéлитis.

V - La Acción Psicológica. Se desarrolla un plan de acción psicológica orientado hacia aspectos de tratamiento y prevención.

VI - Conclusiones y Recomendaciones. Finalmente, se estructuran algunas conclusiones y recomendaciones, como producto del presente estudio.

Se espera que los resultados obtenidos a través de esta Monografía, signifiquen un aporte positivo para la atención del Niño Poliomiéлитico, tendiente a lograr que éste supere las posibles dificultades que le impidan lograr el equilibrio de su personalidad.

Una última expectativa sería que el presente estudio constituya un incentivo para otros trabajos de investigación en el vasto campo de la Psicología en Rehabilitación de Inválidos.

CAPITULO I

LA POLIOMIELITIS.

En este Capítulo se hará referencia a la enfermedad conocida como Poliomiélitis, dado que es la causa precipitante de las correspondientes secuelas físicas y síquicas; y porque la unidad enfermedad-enfermo es indivisible.

A) La Poliomiélitis.

1- Qué es la Poliomiélitis?. Es una enfermedad infecciosa causada por un virus filtrable del que se conocen diversos tipos inmunológicos (cepas).

La lesión que produce se caracteriza por la atrofia de las células de las astas anteriores de la médula.

Algunas veces, el virus se localiza en las células de la substancia gris de la médula y en diversos núcleos motores del sistema nervioso, cuya destrucción causa Parálisis Motora y Atrofia Muscular, ocurriendo espontáneamente en el hombre.

Historia. En el año 3700 A.C. se encontró un esqueleto con el miembro inferior izquierdo más corto que el derecho, considerándose que esta persona padeció de Poliomiélitis.

En el Siglo XVII, ya se conocía esta enfermedad, aunque los casos eran raros; fué en el Siglo XVIII cuando se comenzaron a hacer estudios científicos para descubrir qué clase de virus era el que la ocasionaba.

Fuó Heine, un ortopedista alemán quien descubrió cien-

tíficamente la enfermedad; estudió las deformidades resultantes y su tratamiento en una monografía que publicó en 1840; después Medin en Suecia, en 1890, amplía la descripción hecha por Heine. Luego, en 1907, Wickmann descubre que se trata de una enfermedad infecciosa, estableciendo los principios epidemiológicos. Fué en 1909, cuando por fin se descubre el virus causante de la Poliomiélitis, gracias a las investigaciones de Lansteiner.

2- Etiología y Patogenia.

Desde el punto de vista clínico, es una enfermedad causada por un virus, patógeno para el hombre, el mono y el chimpancé; pero desde el punto de vista inmunológico, es causada por distintas cepas que se pueden clasificar en tres tipos distintos: el tipo I Brunhilde, tipo II Lansing y tipo III León.

Una característica importante del virus de la Poliomiélitis, es que destruye las células donde se multiplica y disminuye el metabolismo celular. El período de incubación de dicho virus varía de 4 a 35 días, siendo el promedio de 12 días, se conserva vivo en el agua hasta por cuatro meses. La Poliomiélitis está extendida por todo el mundo; se da tanto en países tropicales como fríos; el contagio puede ocurrir en cualquier estación del año. Ataca principalmente durante la primera infancia, aunque también se presenta en adultos y jóvenes. Es una enfermedad infecto-contagiosa, cuya manera

de transmitirse no ha sido determinada aún con exactitud. Se considera que puede transmitirse por alimentos contaminados moscas y por contacto directo.

El hombre es el único reservario conocido del virus de la Poliomiélitis. Los portadores humanos especialmente los que sufren infección inadvertida, más que los enfermos reconocidos, suelen ser las fuentes desde las cuales el virus se transmite a contactos sensibles. En brotes epidémicos, el virus se encuentra durante la primera semana en la boca y en la faringe en sujetos atacados por la enfermedad. En casos fatales, el virus se ha encontrado en el cerebro, en la médula, en la faringe y en las paredes intestinales. Se acepta por lo general, que el virus entra por la boca y se multiplica en el tubo digestivo y posiblemente en los tejidos adyacentes. La Poliomiélitis no afecta únicamente la médula, sino también el tronco cerebral y en algunos casos la corteza cerebral, en esta última se encuentran lesionadas principalmente las áreas motoras, lo que demuestra la predilección del virus por las neuronas motoras.

3- Sintomatología

Son cuatro las posibilidades como puede reaccionar una persona atacada por el virus de la Poliomiélitis.

1º- Infección subclínica o infección inoperante.

En estos casos, el contacto con el virus deja inmunidad sin que los sujetos manifiesten los síntomas de la enfermedad

2º- Casos Abortivos o Enfermedad Menor.

Se manifiestan por fiebre, amigdalitis, postración, vómitos, trastornos gastrointestinales. El cuadro que presentan estos sujetos es similar al de las personas que posteriormente desarrollan Parálisis.

Son probablemente los casos más frecuentes, no existiendo ataque al sistema nervioso de parte del virus de la Poliomiélitis.

3º- Casos no paralíticos o Poliomiélitis no paralítica.

Se manifiesta por malestar general, fiebre, rigidez del cuello, dolor y espasmos musculares, malhumor, rigidez de los músculos de la espalda, pero no existe debilidad muscular.

4º- Casos con Parálisis.

En pocos casos la enfermedad tiene un curso completo y causa Parálisis.

Los síntomas con que se inicia son: fiebre ligera, faringitis, náuseas, dolor de cabeza, somnolencia, constipación y diarrea. Este periodo llamado por algunos autores como "enfermedad menor" dura de 42 a 72 horas. El siguiente periodo en el cual el sujeto se siente bien, dura de 2 a 3 días, luego reaparece la enfermedad con una invasión al sistema nervioso, este periodo se denomina "preparalítico" o "enfermedad mayor"; el enfermo está somnoliento, angustiado, congestionado y muy irritado, además sufre de sensibilidad -

muscular, el pellizcamiento de los músculos le provoca dolor intenso, sufre rigidez del cuello y espalda, fiebre y anorexia. La enfermedad puede detenerse en este período y no ocasionar Parálisis, pero puede evolucionar hacia el período - Paralítico.

Período Paralítico.

La Parálisis se presenta cuando la fiebre va desapareciendo. La Parálisis se localiza con mayor frecuencia (70 a 80%) en las extremidades inferiores, siguen las extremidades superiores (40%) y el tronco (27%).

4- Diagnóstico Diferencial.

Es muy difícil el diagnóstico diferencial, pues la Poliomiélitis es fácil de confundir con diversas enfermedades que atacan el sistema nervioso central, tales como: a) Síndrome de Guillain Barre; b) Meningitis Cerebroespinal; c) - Meningitis Tuberculosa; d) Infecciones de virus Coxsackic. En los casos no paralíticos, es muy difícil el diagnóstico; se debe recurrir a la investigación del virus de la Poliomiélitis en las heces, saliva. En tiempo de epidemia es fácil de diagnosticar el caso paralítico si observamos cuidadosamente los siguientes síntomas: faringitis, náuseas, vómitos, dolor de cabeza, fiebre y somnolencia.

Los hallazgos positivos del examen del líquido céfalo-raquídeo son de gran utilidad para establecer el diagnóstico diferencial.

5- Etapas

1º- Etapa aguda.

El enfermo debe permanecer en el hospital aislado, para evitar el contagio. El tratamiento debe ser dirigido a salvar la vida del enfermo, sin distraer la atención en la búsqueda de síntomas o signos del sistema neuro-muscular.

2º- Etapa de Convalecencia.

Se puede considerar desde el punto de vista práctico, que principia 48 horas después de haber cesado la etapa febril y termina más o menos entre los 16 meses y los 2 años, después del principio de la enfermedad.

3º- Etapa tardía o de secuelas.

La etapa tardía crónica o de secuelas se inicia con el final de la recuperación espontánea, generalmente después de los 16 a los 24 meses.

En esta etapa como en la anterior, la enfermedad ha dejado de existir. La medicina debe ser dirigida a la utilización de los elementos que quedaron en condiciones de aprovechamiento, lo cual se obtiene con la medicina física y rehabilitación.

6- Profilaxis e Inmunización.

La inmunización puede ser natural, pasiva o activa.

La natural es la que se adquiere por contacto directo. La pasiva con globulina gamma, pues el plasma sanguíneo contiene anticuerpos contra las cepas León, Lansing, Brunhilde, las tres más importantes que producen la Poliomiélitis humana.

La inmunización activa se efectúa por medio de dos procedimientos: 1º) vacuna preparada, según el método de Salk; y 2º) vacuna atenuada de virus vivos o virus virulentos de Sabin.

B) El Niño Poliomiélfítico.

Luego de haber expuesto a grandes rasgos una descripción de la Poliomiélfitis desde el punto de vista histórico y clínico, - se considera necesario referirse a su manifestación en el niño y al tratamiento médico que requiere.

ORIGEN DE LA ENFERMEDAD.

Se ha dicho que la Poliomiélfitis es producida por tres -- clases de cepas; sin embargo, las características clínicas de - dicha enfermedad son iguales, sea cual sea el virus que la produce. La Poliomiélfitis es tan contagiosa como el sarampión o la varicela; en personas menores de 15 años de edad, la infección ocurre en el 100% de ellas, con manifestaciones clínicas o sin ellas. Cuando dicha enfermedad tiene un curso completo, deja - como secuelas, insuficiencias físicas permanentes.

Ante la aparición de dicha insuficiencia permanente, comienza el tratamiento físico, cuyos objetivos son: 1º) mejorar la función deficiente; 2º) prevenir y corregir deformidades; y 3º) corregir los trastornos ocasionados por el crecimiento.

Para cumplir eficientemente con los principios del tratamiento, se debe hacer un interrogatorio sistemático para saber el problema específico del sujeto, para el diagnóstico y los -

procedimientos adecuados de Rehabilitación. Entre ellos se registran:

-Datos de identificación: Nombre, edad, dirección.

-Síntomas principales:

Los cuales se anotan con las palabras empleadas por el sujeto.

-Enfermedad actual: Capacidad e incapacidad presentes:

Antecedentes Personales y Familiares. Aquí se incluyen los datos pertinentes a enfermedades que ha sufrido el sujeto y su familia.

-Hábitos: Alimenticios, tabaco, alcohol.

-Historia Sicosocial: Situación socioeconómica, cultural, etc.

-Exploración Física, (que compete al médico).

En la exploración física se tendrá cuidado en no concretarse únicamente al segmento orgánico que el enfermo designe como tal. Se hará en forma completa, estudiando la postura estática y dinámica del sujeto. El principio de orientación en la exploración física es obtener los datos acerca de la capacidad funcional del enfermo, para utilizar los elementos en condiciones de aprovechamiento y actuar entonces con ejercicios terapéuticos; substituyendo, equilibrando y estabilizando (ortopedia), y finalmente, cuando no se logre el objeto con un tratamiento conservador, se recurre a la cirugía.

Basándose en las anteriores exploraciones, se hará el --

programa de reeducación muscular del paciente, el cual persigue dos finalidades: 1) Fomentar el uso apropiado del poder muscular en los grupos que lo conservan; y 2) Evitar que sean dañados - los músculos que no son capaces aún de funcionamiento.

Se tratará de obtener la primera finalidad mediante ejercicios terapéuticos; en cuanto a la segunda se incluyen aditamentos tales como muletas y soportes. Después de un año de reeducación muscular, se planea un nuevo programa para el paciente, después del cual, cuando el poder muscular se ha recuperado, se fomentan las normas de substitución que le permitan efectuar las actividades cotidianas. Poco a poco, con orientación experta, el sujeto irá recuperando su fuerza muscular que le permitirá una mejoría de su capacidad funcional.

En el Centro del Aparato Locomotor que funciona en esta capital, se obtienen óptimos resultados con el Programa de Reeducación Física, que realizan eficientes médicos y fisioterapeutas. El niño que adolece de deficiencias físicas, es objeto de un tratamiento tendiente a desarrollarle al máximo sus potencialidades físicas, las cuales le permitirán más tarde su adaptación social satisfactoria.

CAPITULO II

A) Deficiencias Físicas.

La deficiencia física afecta al cuerpo en uno o varios de sus órganos o sus funciones. La expresión "deficiente", se refiere al sujeto privado de una función, un órgano o una actividad.

Al referirse a los sujetos físicamente inferiores, se encuentra con una variada terminología.

El término "disminuido" indica la existencia de una dificultad a superar; "lisiado" implica la referencia a una invalidez corporal. La definición aceptada por la "White House Conference", es la siguiente: "Un niño lisiado es el que antes de los veintiún años, por defecto de desarrollo congénito o adquirido, enfermedad o accidente, es o, según toda previsión, puede tornarse insuficiente en el uso de su cuerpo y de sus miembros (lisiado ortopédico), incluso el labio y paladar leporino y -- otras deficiencias susceptibles de cirugía plástica, y con exclusión total de los defectos físicos de la vista, el oído o el lenguaje y de los que afectan en principio el corazón como igualmente graves anomalías mentales o morales". (1). El término "inadaptado" destaca que la situación del individuo depende más de las relaciones con su medio social, que de su propio estado y sugiere el establecimiento de las relaciones normales del niño con el medio para lograr su adaptación.

(1) FABIENNE VAN ROY. EL NIÑO IMPEDIDO. Editorial KAPELUSE. Moreno 372, Buenos Aires. Pag. 9.

Refiriéndose al niño deficiente, Howard Rusk dice: "Un niño puede ser considerado como física u ortopédicamente invalidado, si su incapacidad le evita participar de manera aceptable en las actividades de la niñez, de naturaleza física, recreativa o educativa". (1)

Los deficientes físicos constituyen grupos heterogéneos -- debido a la diversidad de casos existentes. Algunas de ellas son adquiridas, como la Poliomiélitis, enfermedad viral infecto-contagiosa que ataca generalmente en los primeros años de vida del niño.

Otras, como la Parálisis Cerebral, enfermedad definida como: "El grupo heterogéneo de trastornos motores residuales, por lesiones no progresivas del encéfalo consecutivos a la acción de -- diversas notas que ocurren antes, durante o poco después del nacimiento".

En cuanto a la intensidad de la deficiencia, algunas se consideran graves, como la ceguera y sordera. Otras son consideradas como deficiencias leves, tales como la sordera parcial y ambliopes.

En cuanto a la diversidad de incapacidades, Howard Rusk -- dice: "Hay seis estados patológicos que producen la mayor parte de incapacidades: 1) ceguera completa o parcial; 2) sordera completa o parcial; 3) trastornos cardíacos; 4) tuberculosis; 5) -- retardo mental y trastornos emocionales; y 6) incapacidades or-

(1) Howard A. Rusk. Medicina de Rehabilitación. Editorial Interamericana. MEXICO D.F., Pag. 589.

topédicas, principalmente de índole neurológica.(1)

Cada una de estas deficiencias plantea problemas distintos a las demás, es necesario valorar la incapacidad que sufre el Sujeto, su intensidad, las distintas partes afectadas del cuerpo para el tratamiento adecuado, con el fin de desarrollar sus potencialidades, tanto físicas como intelectuales, pues cada niño es un caso diferente, con distintas posibilidades de progreso, al que se tratará de capacitar de acuerdo al nivel de sus recursos, y que le permitirá más tarde su adaptación social.

Según clasificación de Pierre Oleron las características principales de las diferentes deficiencias físicas resultantes de trastornos sensoriales, motrices y orgánicos son:

a) Deficientes Auditivos.

1- Sordomudos. Son los niños nacidos sordos, o que adquirieron la sordera durante sus primeros años de vida y que no han aprendido el lenguaje oral.

2- Sordos Parciales. Son niños que tienen deficiencias auditivas con capacidad de adquirir el lenguaje oral con limitaciones, se expresan con deformaciones y tienen dificultades en la comprensión del lenguaje oral.

3- Sordos Tardíos. Son niños que han perdido la facultad de oír, después de los seis años y pueden hablar. El niño que ha hablado hasta los seis años, tiene, en relación con los sordomudos, una superioridad en todos los niveles.

(1) Howard A. Rusk. Medicina de Rehabilitación. Editorial Interamericana, S.A. Cedro 512. México 4, D.F. México. Pag. 591.

b) Deficientes Visuales.

1- Ciegos. Son niños incapacitados de utilizar el sentido de la vista para fines prácticos.

2- Ciegos Tardíos. Son los niños que han quedado ciegos tardíamente, tienen la ventaja de que poseen recursos visuales, pero si la ceguera aparece después de los seis años.

3- Videntes Parciales o Ambliopes. Son niños con defectos de visión graves que les impiden asistir a la escuela corriente, tales como estrabismo y nistagmo.

c) Inválidos Motores.

Los niños que sufren "invalidez motora" son incapaces de utilizar uno o varios de sus miembros, como resultado de una amputación, afecciones o de origen congénito. Entre ellos encontramos niños con deficiencias motoras a consecuencia de la Parálisis Cerebral y de la Poliomiélitis.

Dada la heterogeneidad de deficiencias físicas, como se ha precisado, es evidente que cada anomalía presenta problemas distintos que requieren soluciones específicas. En consecuencia, el niño Poliomiélico será objeto de técnicas particulares de métodos y medios especiales que le permitan desarrollar sus potencialidades al máximo de sus recursos, venciendo los obstáculos inherentes a dicha deficiencia.

B) El Niño con Deficiencia Física.

Partiendo del postulado de W. Menninger, que dice: "Si es cierto que toda modificación de situación provoca en cualquier

individuo una reacción psicológica inmediata, más cierto es que la presencia de una insuficiencia física produce en el disminuido como en el normal, una reacción no sólo inmediata, sino originada en lo más profundo de su ser". (1)

Se presume que todo niño que adolece de una deficiencia física, presenta reacciones psicológicas vinculadas a dicha anomalía. Cuando en un momento dado de su vida, el niño adquiere "conciencia de su invalidez", ésta representa una experiencia traumatizante para él, ya sea ésta congénita o adquirida. En este momento - difícil en la vida del niño, cuando establece comparaciones con sus semejantes se vé disminuído en su integridad física, no viéndose igual que los demás, le produce reacciones emocionales conflictivas. Sin embargo, no es fácil formular los efectos resultantes de una deficiencia física; pero se pueden ilustrar con -- casos observados en el Centro del Aparato Locomotor, tal como se expondrán algunos de ellos al final del Capítulo IV.

Las reacciones también dependerán del sexo, edad, intensidad de la deficiencia, de la clase de relaciones establecidas con sus padres y de la manera como el medio acepta su invalidez.

Además de las relaciones con sus constelación familiar, es preciso tener en cuenta los factores económicos, sociales y culturales que conforman el ambiente en que vive el niño. Sin embargo, todos los deficientes tienen algo en común, un problema que resolver; su deficiencia física. Por lo tanto, de cualquier natu-

(1) FABIENNE VAN ROY. El Niño Impedido. Editorial Kapeluse. Morenc 372- Buenos Aires. Pag. 10.

raleza que sea dicha deficiencia, todos los sujetos que la sufren, se encuentran en el mundo con medios físicos reducidos o inadecuados para realizar alguna actividad como correr, saltar, etc. Esta dificultad inherente a los niños con deficiencia física, representa para él un obstáculo o "traba", frustratoria, al no poder realizar alguna actividad, dado que por frustración entendemos: el bloqueo de alguna necesidad o impulso, cuya satisfacción se halla imposibilitada. La frustración implica la presencia de un obstáculo físico, social o psicológico que impide llegar a la satisfacción. Es así, como en el niño con deficiencia física el "deseo irrealizado" se convierte en una verdadera frustración.

Unido a estas dificultades o "trabas" como suelen llamarle algunos psicoanalistas, se encuentra muchas veces la carencia de relaciones afectivas del niño deficiente con sus padres, lo que como se verá más adelante, será determinante en su vida afectiva.

CAPITULO III

ADAPTACION SOCIAL Y EDUCATIVA DEL NIÑO CON DEFICIENCIA FISICA

A) Evolución de las Actitudes Educativas y Sociales.

En la historia de la educación para los niños con deficiencia física, se citará primeramente a Ponce De Leon (1520-1584), un padre benedictino que inició en España los primeros ensayos para la enseñanza de los sordos. (1)

Fué en París donde se abrieron las primeras escuelas para niños con deficiencia física. En 1760 el Abate de L'Epee, abrió una escuela para la enseñanza de los sordos, corrigió la Dactilografía de Pereira y propuso su sistema. En 1785, Valentin Havy fundó la primera escuela para ciegos, aplicando el postulado de que un sentido puede ser substituido por otro, compensando la vista por el tacto, más tarde, en Londres, en 1899 se fundó la primera escuela para niños con deficiencias motoras. Estas fechas indican que ha sido hasta hace poco, relativamente, que se instauró la educación especializada para los niños con deficiencia física.

Actualmente, en todos los países, y en éste particularmente, con métodos y técnicas distintas, se hacen esfuerzos para adaptar al niño con deficiencia física a una vida social normal. Esta es tarea difícil, dado que implica la creación de instituciones bien organizadas y personal altamente calificado. Indudablemente, la actitud de la sociedad ante el "deficiente" ha evolucionado nota-

(1) Dr. G. Heuyer. Introducción a la Psiquiatría Infantil. Editorial Luis Miracle, S.A. Barcelona, España. Sexta Edición, Octubre de 1968. Pag. Nº 19

blemente el tratar que éste viva como persona normal, exigiéndole superar su deficiencia dentro de lo posible y evitándole despertar compasión y vivir a expensas de la explotación del público. En el país, a diario se observan casos en los cuales el sujeto "deficiente", exhibe su anomalía espontáneamente y otros en los cuales, los padres del "niño deficiente" lo exponen deliberadamente a la mirada curiosa del público, todos ellos con el fin de despertar sentimientos de piedad y compasión y vivir a expensas de la caridad. Esta práctica que ejercen algunos deficientes, se ha venido combatiendo con mayor intensidad en estos últimos años, tratando de hacer conciencia en el público de lo negativo que es ayudarles monetariamente e incitándoles a colaborar con los Centros de Rehabilitación existentes, en los cuales se procura, con notables programas de rehabilitación, que éstos recuperen hasta donde sea posible su integridad física y desempeñen un puesto activo en la sociedad. Sin embargo, conviene señalar el hecho de la carencia de Centros de Rehabilitación en el interior de la República, motivo por el cual, muchos sujetos con deficiencia física no reciben asistencia, debido en la mayoría de casos a factores económicos, desisten del tratamiento al no poder sufragar los gastos de transporte que implica llegar una o dos veces por semana a recibir asistencia, sobre todo, tratándose de menores que tienen forzosamente que llegar acompañados del padre o la madre, ya que además de los gastos de transporte y alimentación, pierden días u horas laborables. Es así como el

niño de alguna ciudad lejana de la capital, tiene escasas o nulas posibilidades de aprendizaje y rehabilitación.

La anterior situación no es particularidad de este país, -- existe en la mayoría de países del mundo, puesto que el establecimiento de Centros especializados, requiere no sólo de personal tecnificado, sino de grandes gastos en su creación y mantenimiento.

Es así como las actitudes favorables a los deficientes físicos implica barreras que vencer para lograr sus objetivos, necesitase de elemento humano de gran sensibilidad, de técnicas sicopedagógicas modernas, de aparatos diseñados por la tecnología al servicio de la rehabilitación, tales como amplificadores para los sordos; gimnasios para deficientes locomotores, máquinas para leer o registrar, utilizadas por los ciegos, etc.

Evidentemente, la evolución de las actitudes está asociada al desarrollo mundial de la tecnología educativa especializada.

Es así como, cada día se crean métodos, técnicas y aparatos destinados a los sujetos que adolecen deficiencias, con el fin de capacitarlos a subsistir por sí mismos, e integrarlos a la sociedad, obteniendo así los objetivos Educativos y Sociales, a los que se hará referencia a continuación.

B) Objetivos Educativos y Sociales.

Visto el panorama histórico anterior, se tratará de concretar cuales son los objetivos educativos y sociales que se proponen las Instituciones creadas para tal fin.

El objetivo primordial de la educación para los menores deficientes, es integrarlos a la sociedad. Dicha integración se considera desde tres puntos de vista: Económico, Cultural y Personal. (1)

- 1.- Integrar económicamente al deficiente en la sociedad se logra capacitándolo para desempeñar un puesto activo. En efecto, al desarrollar al máximo sus potencialidades físicas e intelectuales, pueda ejercer determinada ocupación que le permita valerse por si mismo.
- 2.- El objetivo educacional para el niño deficiente es enfocado hacia las capacidades residuales, tratandó de superar sus deficiencias, que son de origen orgánico y en las cuales una función está alterada y requiere de la atención de la medicina física y de Rehabilitación. La inferioridad es la repercusión de la deficiencia la cual dificulta al sujeto, su adaptación al medio. En síntesis, la Educación del niño deficiente se dirige a lograr dos objetivos: en primer lugar trata de obtener el desarrollo de las potencialidades latentes y seguidamente lograr su adaptación a las exigencias del ambiente.
- 3.- La integración personal se obtendrá al establecer relaciones normales con el ambiente en que se desenvuelve, adaptando su personalidad a las condiciones del medio en que se desarrolla y superando algunas dificultades resultantes de su deficiencia.

Por consiguiente, el deficiente cuyas capacidades están desarrolladas al máximo, es evidente que logrará su integración --

(1) PROF. PIERRE OLERON. Editorial Luis Miracle, S.A. Barcelona.
Primera Edición: Abril de 1969. Pag. Nº 36.

en la sociedad, dependiendo naturalmente de las oportunidades que ésta le ofrezca.

C) Limitaciones del Deficiente Físico.

Indudablemente, el tratar de obtener los objetivos anteriormente mencionados, representa diversas dificultades que vencer, dada la heterogeneidad de deficiencias.

Por consiguiente, existen técnicas educativas adecuadas específicamente según la deficiencia de que se trate. En el caso específico del niño Poliomiéltico, la primera dificultad que vencer es el retraso escolar, el cual es debido a diversos factores, entre los cuales se pueden citar: 1º- La falta de escuelas especiales; 2º Negligencia de los padres; 3º Escasas o nulas posibilidades de admisión a la escuela.

La segunda dificultad en la educación de los niños Poliomiélticos, es: adecuarse a su estado físico. El maestro deberá tomar en consideración el estado de fatiga y debilidad física del niño.

Es conveniente referirse también a los problemas con que tropiezan los padres del niño Poliomiéltico al tratar de enviarlos a la escuela, tales problemas se conocieron a través de entrevistas realizadas en el Centro del Aparato Locomotor de esta capital.

Primero, se señalará la actitud negativa de muchas maestras que se niegan a tener en sus aulas a un niño con deficiencia física. Una humilde madre del campo manifestó que la maestra de su

hijo poliomielítico le pidió no enviara al niño a la escuela, -
pues le ocasionaba problemas disciplinarios.

Otra dificultad con que tropiezan, es la carencia de transporte adecuado, sobre todo en los niños de corta edad, quienes -
necesitan la compañía de un adulto para asistir a la escuela. -
Además de los casos anteriores, muchos niños que usan aparatos ortopédicos se ven imposibilitados de efectuar sus necesidades -
fisiológicas, debido a que por su corta edad no son capaces de manipular dichos aparatos.

Se ha dicho por otra parte, que la base de la integración -
social del niño deficiente es la actividad en común con otros -
niños, sin embargo, en algunos casos, el niño poliomielítico -
desiste de ir a la escuela al ser excluido del grupo, y ser objeto de burlas, de apodos, etc.

Estos problemas y muchos más, es natural que despierten ansiedad en los padres, quienes se esfuerzan por proporcionarles educación a sus hijos deficientes; pero no encuentran ni las oportunidades ni actitudes positivas en el seno de la sociedad.

D) Actitudes de los Padres.

El niño es un producto de su medio, incluyendo las condiciones familiares, las cuales influyen negativa o positivamente en el desarrollo de su personalidad.

Las reacciones que surgen durante los estadios de evolución del niño, son las que regulan el desarrollo de su afectividad y las responsables de sus conflictos en su constelación familiar.

Por lo tanto, las actitudes adoptadas por los padres ante el menor deficiente, determinarán la de éste para con su propia deficiencia. Decididamente, si los padres establecen con su hijo deficiente, relaciones afectivas adecuadas, éste tendrá menos dificultades en enfrentar cualquier problema; pero si existe rechazo o falta de afecto, el niño abrigará sentimientos de inferioridad, resultantes no de su deficiencia, sino de la actitud negativa de sus padres.

Aún en familias normalmente constituidas, se observan casos de niños que adolecen de algún desequilibrio emocional, por lo que es de suponer que en familias disociadas, dichos desequilibrios serán mayores. Entre las situaciones que pueden favorecer el apareamiento de perturbaciones en la siquis del niño se encuentran: el divorcio, la muerte de uno de sus padres, el concubinato, la situación de hijo único, adoptado, ilegítimo o como ya se dijo anteriormente, en el caso específico del niño deficiente, cuando es objeto de explotación de parte de sus padres.

Por consiguiente, en el estudio de la constelación familiar del niño, se encuentran los elementos de apreciación y explicación de los trastornos de su afectividad.

Se dirá, de acuerdo a los casos estudiados, que a mayores frustraciones y falta de madurez emocional de los padres, existen mayores dificultades de adaptación en el niño con secuelas de poliomielitis.

Es evidente, que la aparición súbita de una enfermedad in-

validante como la Poliomielitis, ocasiona una situación traumatizante en sus padres, algunos de éstos abrigan sentimientos de culpabilidad: "Yo tuve la culpa por no vacunarlo", manifestaba una madre tristemente. En algunos casos ambos cónyuges se inculpan la enfermedad invalidante del niño, manteniendo un clima conflictivo en el hogar.

Otros, consideran esta situación como una desgracia: "Mire que desgracia la nuestra, el único varón y salimos así", manifestaba una madre. Tales palabras fueron dichas en presencia de su hijo deficiente; por lo que es fácil imaginar el impacto que sufrió éste, al escuchar que su madre lo considera "una desgracia".

En otro caso de hogar desequilibrado como consecuencia de un padre alcohólico y desaveniencias religiosas, la tía de la menor: erróneamente comentaba: "La niña está inválida porque el padre es alcohólico".

En la mayoría de los casos estudiados, los niños son producto de hogares desintegrados. Una madre soltera manifestaba: "El padre ni siquiera conoce al niño, quizás porque es enfermito". Es así como la carencia de madurez emocional de los padres del niño deficiente, la falta de uno o de ambos, los vicios de éstos y la ausencia de relaciones afectivas, indudablemente tienen que repercutir en la siquis del menor.

Una actitud casi general, en los padres se puede decir es la ansiedad ante el futuro del niño, especialmente cuando la --

deficiencia es profunda y le impone una serie de limitaciones, especialmente de índole educativa.

Por consiguiente, en el estudio del menor deficiente y de su constelación familiar, se deben integrar los factores económicos, sociales y culturales del ambiente en que éste se desarrolla.

E) La Rehabilitación en El Salvador.

En el país, gracias a los notables programas de Rehabilitación que desarrollan las Instituciones creadas para tal fin, muchas personas con anomalías físicas se han integrado a la sociedad, desempeñando un puesto activo en ésta, dado que, han obtenido su completa Rehabilitación. Muchos de ellos se encuentran ejerciendo ocupaciones de diversa índole, otros estudiando en Centros Educativos de diversos niveles; cumpliéndose así el objetivo último del proceso de la Rehabilitación: "Vivir y trabajar dentro de los límites de la incapacidad, pero al máximo de sus capacidades". (1)

La evolución de las Instituciones de Rehabilitación, se debe al gran esfuerzo de sus dirigentes.

Con el fin de lograr la obtención de los últimos métodos y técnicas en el campo de la Rehabilitación, éstas Instituciones proporcionan becas a técnicos y profesionales, a países con mayores adelantos y a su regreso al país, ponen en práctica los estudios obtenidos, logrando así el mejoramiento de esas Instituciones.

(1) MEDICINA DE REHABILITACION. HOWARD A. RUSK. Editorial Interamericana, S.A. Pag.

A continuación se hará una breve reseña histórica, sobre los diversos Centros de Rehabilitación que funcionan en el país.

1.- "Centro de Rehabilitación para Ciegos Eugenia v. de Dueñas".

Dicho Centro se instauró en El Salvador, en el año de 1943, siendo la primera escuela destinada para niños con deficiencias físicas. Fue fundada el 1º de Marzo de 1943, como Escuela de Enseñanza Primaria para Ciegos. Luego, el 15 de Julio de 1956, cambió su nombre al de "Centro de Rehabilitación para Ciegos Eugenia v. de Dueñas".

Desde 1973, depende del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos.

2.- Escuela de Educación Especial.

Dicho Centro fue creado el 1º de Marzo de 1953, como una dependencia del Ministerio de Cultura. En el año de 1954, a una profesora especializada mexicana venida al país, dada la necesidad de dar una atención especial a los niños con dificultad para aprender, se le encomendó entrenar un grupo de alumnas de la Escuela Normal de Maestras España. Al egresar estas profesoras, fueron destacadas a diferentes escuelas de enseñanza primaria, en donde se establecieron grupos diferenciales de niños con dificultades en el aprendizaje que posteriormente pasaron a la Escuela de Educación Especial.

A partir del 27 de Diciembre de 1961, pasó a ser dependencia del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, con el nombre de Centro de Educación Especial.

3.- El Centro de Parálisis Cerebral

Fué fundado el 3 de Junio de 1963, ocupando inicialmente, las Oficinas Administrativas del Jardín Zoológico Nacional, siendo dirigido Adhonorem por un neurólogo y atendido por 3 miembros más: 1 Fisioterapista, 1 Terapista Ocupacional y 1 Auxiliar de Fisioterapia. En esa época, todos los gastos de mantenimiento, fueron sufragados por la Sociedad de Padres de Familia.

A mediados de ese mismo año, por gestiones de la Sociedad de Padres de Familia de niños con Parálisis Cerebral, la Junta Directiva del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, emitió el Acuerdo de Funcionamiento del Centro de Parálisis Cerebral, con fecha 3 de Junio de 1963.

El 10 de Mayo de 1966, pasó a ocupar el edificio en el cual funciona actualmente.

4.- El Centro de Audición y Lenguaje

El 8 de Agosto de 1963, comenzó a funcionar el Centro de Audición y Lenguaje bajo la dependencia del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos en un local del Asilo Sara Zaldívar. El 30 de Septiembre de 1967, se inauguró el edificio que actualmente ocupa, donado por Don Tomás Regalado Dueñas.

Comenzó a funcionar con la participación de cuatro técnicas argentinas, gracias al esfuerzo del Instituto de Rehabilitación de Inválidos y de la Sociedad de Padres de Familia. Dichas técnicas prepararon a un grupo de maestras becadas por el Ministerio de Educación, quienes fueron entrenadas para aplicar el "método

oral".

Actualmente dicho Centro trabaja con un nuevo método, denominado "Método Auditivo", impartido por un grupo de maestras salvadoreñas, quienes fueron becadas a México, con el objeto de aprender la técnica de aplicación de dicho método.

5- El Centro del Aparato Locomotor.

Dicha Institución fue fundada en Enero del año de 1963, como dependencia del Instituto de Rehabilitación de Inválidos, pasando a ocupar el edificio en que actualmente se encuentra, el 1º de Septiembre de 1968

La meta de dicha Institución es procurar la Rehabilitación de los inválidos del Aparato Locomotor, al tratar de lograr que éstos recuperen hasta donde sea posible su integridad física y desempeñen un puesto en la sociedad. La Rehabilitación se logra haciendo uso de los distintos servicios especializados, a los cuales se hará referencia más adelante.

En dicha Institución, la persona con deficiencia física es objeto de atención médica y técnica, recibe también atención social y psicológica, es decir, al mismo tiempo que recibe el tratamiento necesario tendiente a recuperar una condición física, obtiene la atención psicológica que le permita liberarse de algún problema emocional como consecuencia de su misma anomalía.

En este Centro se atienden pacientes sin distinción alguna de sexo, condición social, obteniendo tratamiento tanto adultos como niños.

Por consiguiente, la labor orientadora en los casos de los niños con deficiencia física está destinada a éste y a sus padres, con el objeto de que el niño obtenga en su ambiente familiar, los elementos necesarios que le permitan su educación normal. A los adultos que acuden a dicho Centro también se les orienta para que obtengan su adaptación en el hogar, capacitándoles, de acuerdo a sus habilidades y preferencias en el aprendizaje de determinadas ocupaciones.

Dicha Institución tiene 11 años de labor rehabilitadora, - gracias a la eficiencia con que cumplen su cometido la Dirección y Administración, como los diversos servicios especializados.

El Cuerpo Médico, desempeña una importante labor, especialmente en las primeras etapas del programa de Rehabilitación, -- realizando la exploración física del sujeto, a fin de obtener - los datos necesarios acerca de la capacidad funcional del enfermo, para elaborar el programa de Reeducción muscular de éste.

El Servicio de Terapia Física, destinado a poner en marcha el Programa de Reeducción Muscular, cuenta con un grupo de fisioterapeutas altamente calificado, quienes desarrollan excelente contribución en el proceso de Rehabilitación del sujeto.

El Servicio de Terapia Ocupacional, desarrolla una valiosa labor ayudando al sujeto a comprender sus capacidades y potencialidades, a fin de que adquiera las destrezas y habilidades - de determinada ocupación o actividad.

El Servicio de Psicología, cuyo objetivo es valorar la --

conducta del sujeto y la capacidad de adaptación de éste, motivar el aprovechamiento de estas capacidades y orientar al paciente y a los familiares a la aceptación y conducción positiva del problema.

La Sección de Servicio Social, tiene como objeto el estudio socioeconómico del sujeto, con el fin de resolver los problemas inherentes a este campo; tratando de obtener para las personas de escasos recursos económicos las facilidades necesarias para transportarse a dicho Centro, para la adquisición de aparatos ortopédicos y muchos problemas más de índole socioeconómico.

Gracias a la eficiente labor de las Trabajadoras Sociales, dicha Sección ha logrado resolver el problema de transporte a muchos pacientes, para lo cual cuentan con un vehículo destinado especialmente para el traslado de las personas que acuden al Centro a recibir el tratamiento necesario a fin de obtener su rehabilitación.

La Sección de Terapia de Lenguaje, está destinada a resolver el problema de algunos niños y adultos que presentan trastornos de lenguaje asociados a su deficiencia física.

El Centro también cuenta con un Taller de Ortopedia y Prótesis, en el cual se fabrican aparatos ortopédicos, los cuales se suministran a precio de costo a todas aquellas personas que requieren de alguno de ellos, incluso de los otros Centros de Rehabilitación.

Dicha Sección cuenta con un grupo de eficientes técnicos -

en la confección de aparatos.

Sección de Talleres Vocacionales, donde se proporciona entrenamiento o aprendizaje de algunos oficios como: corte y confección, zapatería, sastrería y relojería.

Es indudable que ante este programa de acción conjunta, - el niño poliomielítico logrará obtener el desarrollo de sus potencialidades físicas e intelectuales, las cuales le permitirán más tarde su adaptación social satisfactoria.

LAS REACCIONES SICOLOGICAS EN EL NIÑO POLIOMIELITICO.

A) Aspectos Psicológicos de la Minusvalía Orgánica.

Al abordar el presente Capítulo, es con la intención de estudiar la influencia que los trastornos corporales, innatos o adquiridos, pueden tener sobre la evolución de la personalidad.

El concepto de Minusvalía o inferioridad, es de que todos y cada uno de los órganos pueden sufrir de una Minusvalía o insuficiencia parcial o total, mas hay que comprender bien, que el que adolece alguna Minusvalía, no la sufre en un determinado órgano, sino en todo su organismo. o mejor dicho en toda su persona. (1)

Se ha dicho que toda deficiencia, sobre todo física, ocasiona perturbaciones emocionales, las cuales pueden ser conscientes e inconscientes.

Por consiguiente, los niños que sufren de una deficiencia física o Minusvalía Orgánica como le denomina Adler, es indudable que su siquismo se ve afectado como consecuencia de la misma.

Siguiendo el pensamiento Adleriano se harán, algunas consideraciones sobre la Minusvalía Orgánica y sus posibles efectos en la vida afectiva de quien la adolece.

El sujeto con inferioridad orgánica, tiende a nivelar y -

(1) Dr. Oliver Brachfeld. Los Sentimientos de Inferioridad. Editorial Luis Miracle, S.A. Barcelona, Pag. 175.

compensar su defecto impulsado por el instinto de conservación.

Basándose en una minuciosa observación de casos de personas que adolecían inferioridades orgánicas, Adler concluyó que el proceso de nivelación recorre generalmente los siguientes periodos:

"1º) Incapacidad vital; 2º Anomalías morfológicas o funcionales; 3º Incapacidad de resistencia y predisposición a determinadas enfermedades; 4º Compensación, en el mismo órgano afectado; 5º Compensación mediante otro órgano; 6º Compensación, ya no en la infraestructura biológica y fisiológica, sino en la superestructura anímica".(1)

El concepto de la Minusvalía Orgánica, se fundamenta en una valoración comparativa frente a una norma.

Considerándose que toda vivencia de la Minusvalía se deba a una comparación previa con el valor normativo, ante el cual quien la adolece se siente inferior. Pero esta vivencia no se establece en forma repentina, sino que su curso obedece al proceso de la enfermedad en combinación con características personales como se verá a continuación:

La secuela dejada por la Poliomiélitis, implica una insuficiencia física permanente:

Ante un "trauma" tan repentino como la invalidez, el niño se ve afectado en su vida emocional, reaccionando con temor, angustia, con una manifiesta ansiedad ante lo desconocido, ante

(1) DR. OLIVER BRACHFELD. LOS SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD. Editorial Luis Miracle, S.A. Barcelona, Pág. 176.

su futuro. Le es difícil aceptar su deficiencia física y adaptarse a ella, especialmente si el niño, aún de pocos años, es incapaz de establecer comparaciones y establecer la diferencia existente entre las actividades que podía efectuar normalmente, como correr, brincar, antes de la enfermedad, y las dificultades de efectuarlas a consecuencia de su invalidez, lo que interfiere en su adaptación al ambiente. Además de esta comparación previa, es decir, del estado físico que tenía antes de la enfermedad y el actual, el niño establece comparación con los demás, produciéndose en él la sensación de postergación o inferioridad.

Algunos reaccionan hostilmente contra sus padres, a quienes consideran culpables de su deficiencia y contra los que le rodean, o bien caen en estados depresivos.

Los factores determinantes de las reacciones del niño ante su "conciencia de invalidez", para Telma Recca son: "Personalidad previa; a la formación de la personalidad con que el niño llega a la enfermedad, influyen los caracteres constitucionales propios, las experiencias vividas y su manera específica de enfrentarlas. Todo esto depende de la relación afectiva fundamental que haya establecido con sus padres. Tomando en -- consideración los factores económicos sociales y culturales que conforman el ambiente en que el niño se desenvuelve".(1)

Por consiguiente los factores anteriormente mencionados,

(1) TELMA RECA Y COLABORADORES, "Problemas Psicopatológicos en Pediatría". Editorial Universitaria de Buenos Aires. Segunda Edición: Agosto de 1964. Pag. 223.

serán determinantes en las reacciones emocionales del niño durante y después de la enfermedad.

Una de las reacciones típicas del siquismo del niño con secuelas, es el apareamiento de los sentimientos de inferioridad, a los cuales se hará referencia a continuación:

B) Los Sentimientos de Inferioridad.

Entre las causas que originan el Sentimiento de Inferioridad, se encuentran como se dijo, las deficiencias orgánicas, sentimientos de abandono, inadecuaciones sociales, etc. El dominio de los Sentimientos de Inferioridad en la vida anímica, generalmente se origina en la infancia.

La sensación de insuficiencia que experimenta todo ser humano, es un sufrimiento que perdura hasta que una necesidad es satisfecha o un problema es resuelto.

Dicha sensación de insuficiencia, es la que impele al ser humano hacia la seguridad, hacia la superación. El niño también se encuentra bajo el imperativo de ese afán de superación, de esa tendencia al perfeccionamiento. Todo niño, en el curso evolutivo de su vida, experimenta pequeños fracasos al tropezar con dificultades que le impiden satisfacer una necesidad; sin embargo, se considera que dichos fracasos en determinadas situaciones son deseables y normales, al servirle al niño de impulso para vencer sus desventajas, al recurrir a sus aptitudes y encaminarlas hacia aquellos campos que le signifiquen posibilidades de triunfo. El niño se siente con problemas para satisfacer

necesidades por esfuerzo propio; por consiguiente, estas sensaciones le ayudan al desenvolvimiento de sus energías.

El Sentimiento de Inferioridad se manifiesta también en los duros problemas que se experimentan en el curso de la vida, ante los cuales cada persona reacciona, según su estilo de vida.

Así, se encuentran individuos capaces o bien incapaces de controlar sus emociones, tales como la ira, la violencia, etc. Por consiguiente, el sujeto que carece de preparación para enfrentarse a las situaciones difíciles, puede engendrar Sentimientos de Inferioridad, pues dicha falta de preparación expresa insuficiencia e inseguridad.

Se ha tratado de establecer las posibles causas que originan los Sentimientos de Inferioridad y las distintas reacciones que como consecuencia de éste manifiestan los sujetos que lo padecen, se considera oportuno hacer referencia a las conclusiones que tras acuciosas investigaciones han obtenido algunos psicoanalistas, quienes consideran que los Sentimientos de Inferioridad del niño con deficiencia física, son resultantes, no de su anomalía física, sino del rechazo o carencia afectiva de parte de sus padres.

C) Mecanismos Defensivos.

Ante una carga afectiva, repentina y traumatizante, el siquismo del niño necesitará recurrir a ciertos Mecanismos Defensivos que le permitirán recuperar su equilibrio emocional, por lo que se considera conveniente revisar los Mecanismos alrededor

de los cuales con mayor o menor efectividad, buscará refugiarse el menor, si se percibe como un inválido.

Siendo la Compensación el mecanismo más relacionado con la Minusvalía Orgánica, se hará referencia a él más ampliamente. La Compensación se encuentra en manifestaciones tales como en una mejor aceptación del tratamiento, en las buenas relaciones y deseo de colaborar con el médico, fisioterapeutas, sicólogo; y en el interés manifiesto en ejecutar los ejercicios recomendados.

Algunos autores consideran la compensación como la ley fundamental de la vida. "En efecto todo ser vivo acusa una tendencia hacia formas más perfectas. En un principio admirable que les permite subsistir a los individuos no perfectos y casi todos los seres somos imperfectos bajo algún aspecto; todos tenemos puntos de menor resistencia. Como ejemplo de esto se puede citar: el individuo que pierde un brazo y se ve obligado a hacer laborar más el sano, lo desarrolla involuntariamente a dimensiones atléticas. Los ciegos desarrollan el oído y el tacto más de lo normal; el miope resulta ser un buen dibujante".(1)

Adler en su estudio sobre las Minusvalías Orgánicas, puso de relieve la Ley de la Compensación y Supercompensación, manifestando: "Una inferioridad física puede dar lugar a una Compensación positiva o negativa, en diversos niveles: físico, intelectual, emocional, conductual y la explica así:

(1) OLIVER BRACHFELD. Los Sentimientos de Inferioridad, Editorial Luis Miracle, S.A. Barcelona. Pag. 202.

"Inferioridad Orgánica= Sentimiento de Inferioridad Reforzado= Afán Aguzado de Superar el Sentimiento de Minusvalía= Tendencia Redoblada a vencer las Dificultades= Sobre Entrenamiento= Sobre Compensación= Rendimiento Positivo". (1)

Consideró que todo órgano insuficiente provoca mejor desarrollo de algunas facultades psíquicas a lo que denominó "superestructura anímica" y descubrió un punto concreto en que hechos físicos se convierten en hechos anímicos y también que el proceso compensatorio de una persona con Minusvalía se debía más bien a la "superestructura anímica" que a la inferioridad orgánica que sufría. Asimismo, las compensaciones varían de un individuo a otro, tanto cualitativa como cuantitativamente, aún dos personas con igual órgano deficiente reaccionan de distinta manera, mientras uno la compensa el otro desiste al empleo de su órgano inferior, a lo que se le puede llamar subcompensación o decompensación y que es la actitud del apocamiento y desanimación.

Dice Adler que la persona que sufre una Minusvalía o inferioridad manifiesta, siente una atracción consciente o inconsciente, positiva o negativa a dicha Minusvalía y que la tendencia a hacerse valer nace como compensación del Sentimiento de Inferioridad, siendo este último quien determina las reacciones, pensamientos, capacidades, sin concebir desde luego que toda vida esté determinada por el sentimiento de inferioridad.

(1) ALFRED ADLER. GUIANDO AL NIÑO. Editorial Paidós. Buenos Aires. Pag. 11.

La compensación puede ser positiva o negativa, tanto en el aspecto físico, emocional, intelectual o conductual.

Refiriéndose al proceso compensatorio, Oliver Brachfeld dice:

"En muchos casos, el proceso compensatorio se realiza automáticamente dentro de la misma esfera orgánica. En muchos otros, se trata de un proceso compensatorio en el que no se podría desestimar la existencia de potentes factores anímicos. Resulta - tras concienzudos análisis que consciente o inconscientemente - las sensaciones de Minusvalía Orgánica llegan a ser para el individuo un constante acicate y estímulo para el desarrollo de su "órgano anímico", la "psiquis". El niño con alguna insuficiencia orgánica, ve disminuida la confusa sensación estimativa que posee de su cuerpo. Su inseguridad frente al mundo hostil, queda aumentada por este hecho y la sensación de su inseguridad desencadena en él una lucha compensatoria. El órgano que acusa una minusvalía obliga al individuo a un entrenamiento continuo, ya desde niño. Todos los seres humanos están sometidos a dos influencias en el transcurso de su vida: su constitución o yo físico y la vida de relación con el mundo que le rodea. (1)

Cada individuo responde con actitudes diferentes a estas dos influencias: los individuos que logran que su órgano deficiente se compense y llegue a superar al fin los rendimientos de cualquier órgano normal análogo; se dice que ha supercompensado.

(1) OLIVER BRACHFELD. LOS SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD. Editorial Luis Miracle, S.A. Barcelona. Pag. 203.

sado su deficiencia física.

Existen sujetos que actúan desanimados ante su Minusvalía, a lo que se llama decompensación o subcompensación.

A continuación se expondrán dos casos extraídos de la obra de Oliver Brachfeld: " Los Sentimientos de Inferioridad", en -- los cuales se verá dos posibles modos de reaccionar completamente opuestos.

"Caso Nº 1: Un niño de cinco años es zurdo de nacimiento. Evita en todas sus actividades el empleo de su mano derecha, limitándose a emplear su brazo y su mano izquierdos. Ni buenas palabras ni castigos le hacen utilizar la "mano buena". Conocemos personas adultas que han quedado zurdas para toda su vida, ya -- que abandonaron la lucha compensatoria, por falta de confianza y, por consiguiente, de entrenamiento. Es probable que nuestro niño continúe siempre con este ligero defecto suyo.

Caso Nº 2: Un niño tuvo que ser operado en un ojo poco después de nacer, corriendo el peligro de quedar ciego. Su vista -- ha sido muy cuidada por el ambiente, aunque permaneciera muy -- débil. No por eso su atención está atraída hacia las cosas visuales, y las sollicitaciones visuales del medio ambiente provocan en él más interés, a raíz de su misma dificultad de percepción a través de este órgano sensorial. El punto de menor resistencia- al igual que un punto herido de la piel hacia el cual convergen las células de la epidermis para reparar el daño, en mayor cuantía de lo estrictamente necesario- queda rodeado por --

una red de mayores atenciones y esfuerzos. Así es que bien pronto el entrenamiento casi compulsivo aporta sus primeros frutos: la visión se perfecciona, se agudiza, y la gran atención gastada en las sollicitaciones ópticas del ambiente atención mucho mayor que la del niño con órganos visuales muy normales y que, por consiguiente, no debe desarrollar ningún esfuerzo considerable: trae como consecuencia que la visión anómala llegue a ser "normal" y hasta más fina que la normal. Se puede discutir sobre posibles diferencias cualitativas entre un órgano de antemano supra normal, y otro que lo es sólo a raíz de una tal supercompensación. El hecho es que la vitalidad del individuo queda restablecida y hasta cierto punto equilibrada por la nivelación compensatoria de su defecto. Sin la compensación, una inmensa cantidad de individuos quedarían condenados a perecer desde su venida al mundo". (1)

Regresión:

Cuando las experiencias traumáticas son lo suficientemente serias para abatir el sentimiento de adecuación del niño o su deseo de amor y protección de sus padres, el niño adquiere actitudes como el chuparse el pulgar, inhibición de movimientos, torpeza y movimientos rítmicos repetidos, actitudes auto-eróticas y una vuelta hacia el lenguaje más infantil.

Tal trauma puede ser la pérdida de un padre querido, el nacimiento de un hermano o una enfermedad física, en este caso, la invalidez. La hiperactividad a menudo se presenta como una

fase de otras dificultades en la conducta del niño. Generalmente existe una falta de concentración mental y siempre indica un estado de angustia.

Los problemas adyacentes a los menores que áuden a este Mecanismo de Defensa, son problemas en la alimentación, glotonería e inapetencia y el auto-erótismo, el niño adquiere actitudes infantiles autoeróticas tales como chuparse el dedo, movimientos rítmicos y otras como ya se dijo inicialmente.

Estas regresiones a menudo causan la desintegración del yo, retardando el desarrollo, existiendo sólo reacciones neuróticas que forman síntomas compulsivos y no actitudes de adaptación.

Se han planteado algunos mecanismos de defensa que se pueden identificar con mayor frecuencia por ajustarse a la Minusvalía Urgánica, sin embargo, los individuos en determinado momento pueden desarrollar otros patrones defensivos, según sus necesidades específicas. Los fenómenos síquicos a que se ha hecho referencia, no actúan aisladamente, sino en función del niño poliomiéltico y directamente en relación con el proceso mismo de la enfermedad y con la naturaleza de sus secuelas.

D) La Exploración de la Afectividad.

Hasta aquí, se ha hecho una revisión teórica de los fenómenos síquicos, afectivos del niño poliomiéltico.

Pero al sicólogo le interesa no sólo el nivel teórico, sino el aspecto de aplicación en su ejercicio profesional.

Por consiguiente, se verá en base a la exposición teórica

anterior, como puede explorarse la personalidad para tener un conocimiento que permita tomar decisiones en la orientación y manejo del caso.

A continuación, se exponen algunos instrumentos de exploración que pueden emplearse con buenos resultados:

- 1º) La introspección u observación subjetiva.
- 2º) La observación objetiva, pero sistemática.
- 3º) Algunas formas de observación intencional, no sistemática.
- 4º) Cuestionarios (Instrumentos propios).
- 5º) Exploración de los sueños.
- 6º) Entrevistas.
- 7º) Exploración mediante reactivos mentales.

En vías de aplicación de algunos de los instrumentos anteriormente mencionados, se iniciaron entrevistas con quince niños del Centro del Aparato Locomotor, logrando obtener a través de ellos, observaciones directas de su comportamiento. Se diseñó un Cuestionario con el fin de administrarlo a dichos niños, tratando de conocer aspectos de su estructura síquica, especialmente afectividad, patrones de relación interpersonal y algunas vivencias de Minusvalía Orgánica. A pesar de las dificultades encontradas en la aplicación del Cuestionario por limitaciones de lenguaje o inhibiciones de los menores entrevistados, se han obtenido, mediante un análisis global, las actitudes predominantes en la vida afectiva de estos niños, entre los que se mencionan: buena disposición hacia el tratamiento, inhibiciones y evi-

dencias de sentimientos frustratorios y de inferioridad. (Anexo 3, cuadros Nº 2, 3 y 4).

Debido a que el siquismo del niño está en función de su ambiente físico, familiar y social, para comprender su vida afectiva es preciso conocer el ambiente en que se desenvuelve.

Para este conocimiento son de gran utilidad algunos cuestionarios específicos.

Por este motivo fue diseñada una entrevista estructurada con el fin de conocer las condiciones ambientales, económicas y sociales de los niños con secuelas de Poliomielitis del Centro del Aparato Locomotor. Aprovechando la experiencia ya existente, esta entrevista se calcó sobre el patrón de la encuesta social utilizada por la Sección de Servicio Social de dicho Centro.

A continuación se hacen algunas consideraciones generales sobre los resultados obtenidos en la aplicación de este cuestionario. La mayoría de niños provienen de hogares desintegrados, de situación económica regular, de ciudades lejanas a la capital; siendo notable el retardo escolar que sufren la mayoría de dichos niños (Anexos 3, cuadros Nº 5,6,7,8 y 9.

Es preciso hacer notar que todos los padres o encargados de los niños entrevistados, tienen buena disposición hacia el Centro y una actitud positiva hacia el tratamiento, expresando con gran satisfacción los logros obtenidos por sus hijos a partir del momento en que comenzaron su proceso de Rehabilitación.

(Los siguientes sueños son respuestas a la Pregunta Nº 33 Anexo Nº 1).

RELATOS DE SUEÑOS.

Con el propósito de obtener la verbalización deseada, se instó a los niños a que relataran un sueño. Como resultado se obtuvo entre ellos cinco interesantes relatos, a través de los cuales se manifiestan contenidos reveladores de su estado síquico.

Por considerarlos de interés, se expondrán a continuación:

1.- O.F.A. Sexo: M. Edad: 6 años.

"Ahora soñé que me había subido en un carro y mi hermana venía corriendo detrás de un pick up, sólo sueño tonterías; soñé que un camión había volcado".

2.- L.A.T. Sexo: M. Edad: 7 años.

"Soñé con una casa que se cayó y que venía la virgen hablando y decía que nos íbamos a matar mi hermano y yo; a todos nos iba a caer un palo encima y yo me sentía bien colorado del miedo y estaba triste".

3.- J.G.A. Sexo: M. Edad: 6 años.

"Soñé que iba al hospital y estaba un camión que mataba niños y niñas y el motorista nos echó el camión a la Yolanda y a mí, después estábamos agonizando".

4.- R.Q.L. Sexo: F. Edad: 7 años.

"Soñé que la nenita se había muerto y que yo estaba jogan-

do con ella de que se había muerto y mi mamá estaba co-
siendo en la máquina, entonces mi hermanita estaba tra-
bando los ojos y mi mamá se puso a orar".

5.- A.L.C. Sexo: F. Edad: 7 años.

"Soñé que íbamos a pasear con mi mamá y mis hermanos y de
repente se iba a estrellar el camión en que íbamos todos..
.... sólo sueño pesadillas".

Desde cualquier punto de vista, los sueños anteriormente
expuestos, representan una situación muy personalizada, por lo
que se consideró importante explorarlos en un determinado nú-
mero de niños, con el fin de ver si era posible, a través de -
ellos, detectar alguna proyección de su estado afectivo.

No se logró esta finalidad con los demás niños a quienes
también se instó al relato de un sueño, debido a estados de in-
hibición y otros por tener limitaciones de lenguaje.

Algunas Consideraciones Teóricas.

A continuación se harán algunas consideraciones teóricas
sobre los sueños, dado que su correcta interpretación requiere
de un conocimiento de la dinámica y un entrenamiento especial.

Para Freud, los sueños son una expresión consciente dis-
frazada de pensamientos reprimidos que inducen la ansiedad. La
naturaleza confusa de los sueños son resultado de procedimien-
tos en los cuales los pensamientos reprimidos emergen al cons-
ciente.

Las pesadillas, el más aterrador de los sueños, manifiestan

la fijación de un trauma, resulta del deseo de autocastigo exigido por la conciencia que produce la culpa. Un rasgo común es la violencia ordinariamente dirigida contra el individuo, pero también contra los demás, por lo general es la expresión animica de su intento de defenderse por medio de la lucha o la huida. La persistencia de las pesadillas denota un fracaso en la adaptación. La razón de ese fracaso es superar el trauma que generalmente puede establecerse mediante el mismo sueño.

Puesto que los sueños son representaciones de ideas reprimidas, se reprimen nuevamente, es decir, se olvidan.

El sueño es una expresión de los sentimientos del soñador. A causa de que los sentimientos se hallan en conflicto, las escenas por lo general son desfiguradas. El final del sueño revela algo del resultado del conflicto, de los sentimientos del paciente y la clase de solución que desea para sus problemas emocionales.

En los sueños relatados por los niños, se considera que en ellos se reflejan contenidos dinámicos, de similares estímulos amenazantes a su integridad física y medio familiar.

Síntesis de casos observados.

Se ha dicho que no es fácil formular los efectos síquicos resultantes de una deficiencia física (Cap. II Pag.16).

Sin embargo, a continuación se presentan algunas síntesis de casos en los cuales se pueden apreciar distintas reacciones que manifiestan los niños con secuelas de Poliomielitis ante su

"conciencia de invalidez".

1- Nombre: J.R.J.

Sexo: Masculino

Edad: 3 años

Referencia Médica: Secuela de Poliomiélitis

Escolaridad: Ninguna.

J.R.J. proviene de un hogar desintegrado, motivo por el cual vive con la madre y abuelos maternos.

El niño asiste al Centro del Aparato Locomotor en algunas ocasiones con la madre y en otras con la abuela paterna, ambas coinciden en la afirmación de que: "el niño antes de su enfermedad, era alegre, platicador y después de ella se ha vuelto de mal genio".

J.R.J. tiene un hermano gemelo en condiciones físicas normales lo que agrava los sentimientos de inferioridad del primero al comparar su deficiencia con la normalidad de su hermano.

Se hacen evidentes en este niño sus reacciones de frustración ante su conciencia de invalidez, lo cual ha condicionado su cambio de carácter.

2- Nombre: J.S.

Sexo: Masculino

Edad: 7 años

Referencia Médica: Secuelas de Poliomiélitis

Escolaridad: Ninguna.

Este niño proviene de un hogar con graves desavenencias conyugales y con grandes problemas económicos, quien manifiesta lo -

anterior es la madre del menor, la cual está embarazada a pesar - de tener ocho hijos, todos menores.

La madre expresa: "mi hijo después de la enfermedad se ha - vuelto de carácter violento, se enoja con gran facilidad sin que haya razón alguna".

Las reacciones de su frustración que manifiesta H.S. ante su "conciencia de invalidez", son su "cambio de carácter

3- Nombre: V.M.E.I.

Sexo: Masculino

Edad: 5 años.

Referencia Médica: Secuelas de Poliomielitis

Escolaridad: Ninguna.

Este niño proviene de un hogar estable, de condición económica regular, aún no asiste al Kindergarten debido a la dificultad que implica su transporte. La madre de dicho menor refiere: "antes de la enfermedad era risueño, contento, desde que se enfermó ha - cambiado, volviéndose enojado, perverso".

Las reacciones que el menor manifiesta al tomar "conciencia de su invalidez es su cambio de carácter.

En los 3 casos antes expuestos: "el cambio de carácter", base de su frustración es evidente.

Al respecto Norman R.F. Maier dice: "este cambio de carácter que llega a llamarse "cambio de personalidad" se funda en la frustración".(1).

(1) FABIENNE VAN ROY. EL NIÑO IMPEDIDO. Editorial Kapelusz. Buenos Aires. Pag. 154.

En los casos que se expondrán a continuación se evidencia - como el medio familiar y social agrava la situación frustratoria de los menores deficientes:

4- Nombre: R.P.

Sexo: Masculino

Edad: 4 años.

Referencia Médica: Secuelas de Poliomiélitis

Escolaridad: Ninguna.

La señorita Terapeuta encargada del tratamiento de reeducación muscular de R.P. manifiesta: "R.P. se vuelve violento, malcriado al tratar de acondicionarle los aparatos ortopédicos para que ejecute sus ejercicios".

La señora que acompaña a dicho niño al Centro del Aparato - Locomotor con la cual no le une ningún parentesco dice: "En la casa R.P. dá un pasito sin los aparatos si no camina no es porque no pueda, sino porque tiene miedo".

Se ha dicho que las condiciones familiares influyen negativa o positivamente en el desarrollo de la personalidad del niño con deficiencia física (Capítulo III Pag. 23).

Por consiguiente en R.P. su situación invalidante está agravada por las actitudes de exigencia e incomprensión de que es -- víctima en su medio familiar, lo cual agrava en él su frustración.

5- Nombre: R.D.L.H.G.

Sexo: Femenino

Edad: 7 años

Referencia Médica: Secuelas de Poliomiélitis

Escolaridad: Primer grado.

Esta niña proviene de un hogar inestable, de padres con graves desaveniencias conyugales, debido a dos motivos poderosos:

- 1º) Diferencias religiosas, al pertenecer la madre a una secta evangélica a la cual el padre de dicha menor se opone que practique.
- 2º) Afición del padre al juego (dados) y adicción a las bebidas embriagantes.

La niña asiste al Centro del Aparato Locomotor con una tía - en cuyo hogar vive actualmente, dicho hogar carece de hijos por - consiguiente han volcado todo su cariño en dicha menor a quien le - brindan toda su atención, dentro de sus escasos recursos económicos. Los padres, de la niña tienen 3 hijos más, careciendo todos - de salud física: la mayor es epiléptica; otra padece de miopía y la menor de parásitos.

R.D.L.H.G. asiste a primer grado, a pesar de su lenguaje limitado. La niña manifiesta: "me da vergüenza ponerme los aparatos; me molesta que en la escuela me digan "patoja".

Las reacciones que manifiesta la niña, indican una conducta basada en la frustración.

Es obvio en este caso que la carencia de relaciones afectivas con sus padres, agrava la aceptación de su invalidez, siendo un - agravante más el medio ambiente al ser objeto de apodos y burlas - por sus compañeros de escuela.

CAPITULO V

LA ACCION SICOLOGICA

A) El Aporte Psicológico al Niño Poliomiéltico.

Se ha señalado que las deficiencias físicas, producen trastornos emocionales en el siquismo del sujeto, especialmente --- cuando dicha deficiencia aparece en forma súbita como la secuela dejada por la Poliomiéltis, pudiendo ocasionar modificaciones en la personalidad del niño, las cuales serán factores determinantes en el éxito o fracaso del proceso de Rehabilitación.

Por consiguiente, la acción psicológica estará encaminada a lograr el equilibrio de la personalidad del niño, para lo -- cual el sicólogo deberá tener el conocimiento exacto de las repercusiones psicológicas de cada menor deficiente, de su vida - emocional y de sus relaciones con su medio familiar y social.

La labor del sicólogo en el proceso de Rehabilitación, -- tiene como fin primordial ayudar al conocimiento y a la comprensión de la conducta del paciente inválido, lo cual se obtendrá mediante la investigación, diagnóstico y orientación de cada - caso en particular.

1º) Investigación de sus capacidades, aptitudes y limitaciones en su proceso de Rehabilitación, a fin de orientarlo ayudándole a confiar en sí mismo y aceptar su deficiencia, tratando de que no pierda su autoestimación, animándolo a adquirir la reeducación necesaria de sus capacidades residuales.

2º) Prevenir que se desarrollen en él reacciones negativas, re-

sultantes de su situación invalidante, para lo cual, la acción psicológica deberá comenzar en el momento mismo en que el niño adquiere su "conciencia de invalidez". Evitando así el apareamiento de frustraciones, sentimientos de inferioridad, etc.

3º) La orientación se realiza con el fin de lograr la adaptación, integración social y familiar del niño, ayudándole a desarrollar sus capacidades físicas, sociales y vocacionales que le permitirán más tarde vivir adecuadamente con sus limitaciones físicas.

B) Orientación a los Padres.

De acuerdo a las experiencias que se adquirieron en el Centro del Aparato Locomotor de esta capital, logradas a través de observaciones y entrevistas con los niños y los padres de éstos, se considera oportuno tratar de proporcionar algunas orientaciones a los padres del niño poliomiélfico, con el propósito de evitar traumatismos afectivos en su vida.

Se ha señalado, que las actitudes adoptadas por los padres ante su hijo deficiente, serán determinantes en la aceptación de su deficiencia física.

Por consiguiente, la orientación psicológica deberá ser dirigida a los padres a fin de evitar el apareamiento de perturbaciones emocionales que afecten la vida mental del niño poliomiélfico.

En el estudio del medio familiar, se encuentran generalmente las explicaciones de los problemas afectivos. Por lo cual, -

la acción psicológica, tendrá como objetivo primordial, evitar los errores de formación que pueden repercutir sobre la salud física y emocional del menor deficiente.

Es evidente que el niño deficiente tenga al principio de su Rehabilitación, sobre todo en su temprana edad, necesidad de protección, pero a fin de que logre su independencia, se orientará a los padres en el sentido de entrenarlo desde el principio de su situación invalidante, lo cual es conveniente, tanto al niño como a ellos.

Se deberá hacer conciencia en los padres del niño deficiente, de no hacer comentarios favorables o desfavorables acerca de su porvenir o futura ocupación, evitando establecer comparaciones relativas a la salud física y progreso educativo que gozan sus hermanos.

En los hogares con desaveniencias conyugales, orientarlos en el sentido de que eviten en lo posible que su hijo vivencie dicha situación, especialmente en aquellos casos en que los cónyuges se inculpan la situación invalidante del niño, lo cual posiblemente le producirá una situación traumatizante.

Es preciso aconsejar a muchas madres a no manifestar ante sus hijos su precaria situación económica, aduciendo no trabajar en determinada ocupación remunerada, debido al cuidado que requiere su hijo deficiente; lo cual posiblemente despierte en el niño algún sentimiento de culpabilidad, dado que muchas madres se lamentan y quejan de carecer de los medios económicos -

indispensables para cubrir sus necesidades primordiales.

Se ha dicho que en la mayoría de los casos estudiados, los niños son producto de hogares desintegrados. En las entrevistas realizadas, con frecuencia se escuchan comentarios desfavorables hacia el cónyuge ausente; en otros casos, como consecuencia de la desintegración del hogar, el niño vive con parientes cercanos, abuela, tía, etc.; se pudo constatar las referencias negativas hacia los padres del niño, aduciendo el abandono de éste como consecuencia de su deficiencia física.

Muchos padres, al referirse a su hijo deficiente, lo hacen, algunas veces en tono despectivo; y otras, denotando compasión. Por consiguiente, la orientación a los padres deberá estar encaminada a que no hagan referencias como las anteriormente mencionadas ante el niño deficiente ni otras personas, dado que dichas manifestaciones pueden ocasionar o acentuar en el menor, frustraciones, sentimientos de inferioridad y muchos trastornos más en su vida afectiva.

A continuación se hará referencia a las situaciones que ocasionan en el niño, el apareamiento del sentimiento de inferioridad. Es preciso que los padres estén siempre atentos a observar el comportamiento de sus hijos, por lo tanto, al advertir en ellos: susceptibilidad, impaciencia, timidez, agudización de las emociones, avidez (en la cual considera el niño que todo le debe pertenecer), aislamiento, es posible sean manifestaciones de sentimientos de inferioridad. Sin embargo los sentimientos.

de inferioridad, pueden aparecer, tanto en el niño con deficiencia física o en aquellos que sin sufrir de una Minusvalía Orgánica, sufren de alguna inadecuación social: "por ejemplo: un niño perteneciente a una familia pobre que entre en relación con niños de familias ricas, puede presentar un Sentimiento de Inferioridad, con sus efectos sobre el desarrollo de la personalidad". (1)

También, a consecuencia de hogares desintegrados, en algunos niños se manifiesta una actitud de inseguridad.

Por consiguiente, para prevenir la aparición de dicho sentimiento, se mencionarán a continuación los métodos que recomienda L.P. Thorpe:

- 1) No confiar al niño tareas que estén más allá de su capacidad, darle amplias oportunidades para disfrutar de éxitos obtenidos por los esfuerzos comparativamente fáciles (pero no en demasía).
- 2) El niño que manifieste signos de inferioridad, debe ser puesto entre sus iguales o hasta entre niños que sean levemente inferiores a él, examinando cuidadosamente las igualdades -- físicas y mentales.
- 3) Las actividades del niño han de ser orientadas dentro del cauce de sus mejores intereses y actitudes.(2)

(1) L.P. THORPE y otros. LA PERSONALIDAD Y SUS TIPOS. BIBLIOTECA DEL HOMBRE CONTEMPORANEO. Pag. 134.

(2) L.P. THORPE Y OTROS. "La personalidad y sus Tipos". Editorial Paidós, Buenos Aires. Pag. 135.

Las orientaciones anteriores pueden proporcionarse en la medida de lo posible a los padres o encargados de los niños - Poliomielíticos, a través de charlas, conferencias, etc.; y en cada caso en particular, cuando se efectúen orientaciones específicas, dado que: "Cada niño es un problema que hay que resolver, un caso especial en el que es preciso evitar toda doctrina, todo sistema a priori y toda rígida norma que parezca - un dogma médico o social".(1)

(1) PROF. GEORGES HEUYER. INTRODUCCION A LA PSIQUIATRIA INFANTIL. Editorial Luis Miracle, S.A. Barcelona. Sexta Edición: Octubre de 1968. Pag. Nº 293.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A) Conclusiones

- 1.- Las secuelas de la Poliomiелitis dejan una insuficiencia física permanente.
- 2.- Dichas secuelas afectan en forma diferente al niño, dependiendo de la forma de implantación y desarrollo clínico de la enfermedad.
- 3.- El hombre es el único reservario conocido del virus de la Poliomiелitis.
- 4.- Ataca principalmente en la infancia, aunque puede presentarse en adultos y jóvenes.
- 5.- Existen medios adecuados de inmunización: Vacuna, según el método de Salk; y vacuna de Sabin.
- 6.- Las deficiencias físicas pueden ser congénitas o adquiridas, y son resultantes de diversos estados patológicos. Las deficiencias que produce la Poliomiелitis son adquiridas.
- 7.- La deficiencia física del niño con secuelas de Poliomiелitis, no conlleva a la deficiencia mental, dado que éste conserva su potencial intelectual.
- 8.- En algunos cuadros, el niño con secuelas de Poliomiелitis, puede sufrir de retardos sintomáticos originados por prolongada hospitalización o por carencia de estímulos afectivos o ambientales.

- 9.- La poliomiélitis no deja ninguna secuela orgánica cerebral que afecte la vida mental.
- 10.- El niño que adolece una deficiencia física, presenta reacciones psicológicas vinculadas a dicha anomalía.
- 11.- Cada deficiente físico reacciona en distinta forma de los demás; dependiendo de sexo, edad, intensidad de la deficiencia, de la clase de relaciones establecidas con sus padres y de como el medio acepta su invalidez.
- 12.- La Minusvalía Orgánica tiene repercusiones en el siquismo del niño, siendo las principales manifestaciones los Sentimientos de Inferioridad y Frustraciones.
- 13.- La acción psicológica en el niño debe estar orientada a que logre el manejo de sus sentimientos frustratorios e Inferioridad y que haga el mejor uso de sus potencialidades.
- 14.- Los padres pueden representar un obstáculo en la Rehabilitación del niño, si sus actitudes son negativas, pero también pueden representar un recurso positivo al ser debidamente orientadas.
- 15.- Existen medios adecuados para prevenir la Poliomiélitis, los cuales si no se usan es por ignorancia o por prejuicio de tipo socio-cultural.
- 16.- El objetivo fundamental de la Rehabilitación del niño con secuelas de Poliomiélitis, está enfocado a desarrollar sus capacidades residuales, tratando de superar al máximo su deficiencia física.

- 17.- En el país, gracias a la labor del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, existe un interés por desarrollar un sistema integral de asistencia al niño Polio-mielítico que incluye métodos y técnicas actualizadas.
- 18.- A pesar de los esfuerzos anteriores, la asistencia no está cubierta en su totalidad, por estar centralizada en la capital.
- 19.- La Rehabilitación del niño con secuelas de Poliomi-elitis, es labor de trabajo en equipo multidisciplinario integrando los aspectos médico-social-sicológico-pedagógico, etc.

B) Recomendaciones.

- 1.- Paralela a las campañas de vacunación, deberá ir una labor reeducativa, tendiente a evitar que la ignorancia o campañas de desprestigio, impidan la obtención del fin perseguido.
- 2.- Es necesaria la creación de Centros de Rehabilitación en diversas zonas del país, con el fin de proporcionar asistencia a un mayor número de personas que adolecen de alguna deficiencia física.
- 3.- Crear oportunidades de trabajo para todas las personas que han logrado obtener su Rehabilitación con el fin de lograr su integración a la sociedad.
- 4.- Es indispensable orientar a los padres o encargados referente a las actitudes que deben adoptar ante el niño Polio-mielítico, con el propósito de evitar traumatismos afecti-

A N E X O N º 1

CUESTIONARIO

APLICADO A LOS NIÑOS

CUESTIONARIO

EL PRESENTE CUESTIONARIO HA SIDO ELABORADO PARA ADMINISTRARLO A LOS NIÑOS DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR CON SECUELAS DE POLIO-MIELITIS, CON EL FIN DE CONOCER ALGUNOS ASPECTOS DE SU PERSONALIDAD

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

- 1.- ¿Cómo te llamas?
- 2.- ¿Cuántos años tienes?
- 3.- ¿Tienes amigos?
Cuéntame algo acerca de tus amigos.
- 4.- ¿A cuál de ellos prefieres?
¿Por qué?
- 5.- ¿Cuál de ellos no te agrada?
¿Por qué?
- 6.- ¿Qué deseas más en este momento? ¿Cuál es tu mayor deseo en el presente?
- 7.- ¿Qué te molesta de las personas que te rodean?
- 8.- ¿Te gusta asistir a fiestas (piñatas)?
¿Por qué sí?
¿Por qué no?
- 9.- ¿Asistes a la escuela?
¿Por qué sí?
¿Por qué no?
- 10.- ¿Te agrada ir? (En caso de que no asista) ¿Te agradecería ir a la escuela?
- 11.- ¿A cuál de tus compañeros prefieres?
¿Por qué?
- 12.- ¿Cuál compañero te disgusta más?
¿Por qué?

13.- ¿Mantienes amistad con niñas? (Si es niña la entrevistada, la pregunta se hará viceversa).

14.- ¿Te gusta la compañía de ellas?

¿Por qué sí? ¿Por qué no?

15.- ¿Sales a pasear?

16.- ¿Adónde te gusta ir más? ¿Al campo? ¿Al centro de la ciudad?

17.- ¿Cuál es tu juego preferido?

18.- ¿Cuál es tu juguete preferido?

19.- ¿A cuál de tus papás prefieres?

¿Por qué sí? ¿Por qué no?

20.- (Si vive con otros familiares)

¿Estás contento (a) con la persona con quien vives?

¿Por qué sí? ¿Por qué no?

21.- ¿Te gusta venir al Centro de Rehabilitación?

22.- ¿Con quién vienes al Centro?

23.- ¿Con quién preferirías venir?

¿Por qué sí? ¿Por qué no?

24.- (En caso no le guste usar los aparatos ortopédicos que le han recetado).

¿Por qué no te gusta usar los aparatos?

25.- ¿Te gusta hacer los ejercicios?

¿Por qué sí? ¿Por qué no?

26.- ¿Tienes un animalito en tu casa? ¿Lo quieres? ¿Juegas con él?

¿Desearías tener uno? ¿Por qué?

27.- ¿Te dicen palabras que no te agradan?

¿Quiénes? ¿Cuándo?

28.- ¿Te agrada o no que te miren? ¿Te es indiferente?

29.- ¿Rezas por la noche? ¿Qué pides?

30.- ¿Sientes miedo algunas veces? ¿A qué?

31.- ¿Qué es lo que más desearías tener cuando estés grande?

¿Por qué?

32.- ¿Te sientes triste muy frecuentemente? ¿Frecuentemente?

¿Raras veces?

¿Por qué?

33.- ¿Recuerdas algún sueño?

Cuéntalo.

ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS PADRES DEL NIÑO
POLIOMIELITICO.

A- Identidad.

Nombre _____

Lugar y fecha de nacimiento _____

Escolaridad _____

Padre _____ Edad _____ Ocupación _____

Dirección _____

Madre _____ Edad _____ Ocupación _____

Dirección _____

Persona que dió los datos _____ Parentesco _____

Dirección _____

Referencia médica _____ Registro N° _____

Fecha de ingreso al C.A.L. _____

Fecha en que inició su tratamiento _____

Diagnóstico _____

Pronóstico: Bueno _____ Regular _____ Malo _____

Incapacidad _____

B- CONDICIONES SOCIO-ECONOMICAS.

Buena _____ Regular _____ Mala _____

Ambiente: Rural _____ Urbano _____

C- RELACIONES FAMILIAR Y SOCIAL.

N° de miembros en la casa: Adultos _____ Menores _____

Lugar que ocupa entre el número de hermanos _____

Otros datos familiares _____

Cómo se lleva con el padre? _____

Cómo se lleva con la madre? _____

Cómo es el trato con los hermanos (uno por uno)? _____

Actitud de las personas que lo cuidan _____

Hogar: Estable _____, Separación de los padres (desde cuando)

Desaveniencias conyugales _____

Interés de la familia por el tratamiento _____

Relaciones con amigos _____

Tiene diversiones dentro del hogar? _____ Cuáles? _____

Tiene diversiones fuera del hogar? _____ Cuáles? _____

D- OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE:

Actuales _____

Ha sido operado antes de la polio? _____ De qué? _____

E- RESPECTO A LA POLIO.

a) Fué vacunado? _____ Cuántas veces? _____

b) Fué hospitalizado de inmediato a los primeros síntomas? _____

F-TRATAMIENTO.

Fase actual _____

Sigue el tratamiento regularmente? sí _____ no _____

Por qué (sí o no)? _____

Le han recetado aparatos? _____. Los usa? _____

Por qué (sí o no)? _____

Se ha notado mejoría física? _____. Cuál? _____

Desde cuándo esa mejoría? _____

Cómo era el paciente antes de la enfermedad? su manera de ser? _____

Cómo ha reaccionado ante su dificultad? _____

En qué aspecto, de su manera de ser, le ha afectado? _____

G- RELACIONES EN LOS CENTROS DE REHABILITACION.

Ante los médicos? _____

Ante las enfermeras? _____

Ante las terapistas? _____

H- ADAPTACION ESCOLAR

I- CONCLUSIONES PARCIALES.

ANEXO N° 3

CUADROS ESTADISTICOS

Cuadro N° 1. Número de niños estudiados en el Centro del Aparato Locomotor.

Cuadros N° 2 - 3 - 4 y 5. Tabulación de las respuestas más significativas, obtenidas de los 6 niños que contestaron el -- Cuestionario elaborado específicamente para ellos.

Cuadros N° 6 - 7 - 8 y 9. Tabulación del Cuestionario socioeconómico y familiar aplicado a los padres o encargados de los 15 niños que fueron estudiados.

CUADRO N° 1
SEXO Y EDAD DE LOS NIÑOS ENCUESTADOS

EDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	%
VARONES		2	1	3	1	2	1	1			11	73
NIÑAS			1			1	2				4	27
TOTAL		2	2	3	1	3	3	1			15	100

CUADRO Nº 1

SEXO Y EDAD DE LOS NIÑOS ENCUESTADOS.

En este cuadro aparecen tabulados los 15 niños encuestados, de los cuales el 73% pertenecen al sexo masculino y el 27% al sexo femenino.

En Noviembre de 1974, el número de niños que asistían al Centro del Aparato Locomotor era de 50, de los cuales 20 pertenecían al sexo masculino y 30 al sexo femenino.

De estos 15 niños, 4 están comprendidos en la 1ª infancia.

Los niños restantes (11) están comprendidos en las edades preescolar y escolar.

CUADRO Nº 2

NUMERO DE NIÑOS ENCUESTADOS: 6

RESPUUESTAS A LA PREGUNTA Nº 21

ANEXO Nº 1

TE GUSTA VENIR AL CENTRO DE REHABILITACION?	SI	NO	NO CONTESTA	TOTAL
M	3		1	4
F	2			2
TOTAL	5		1	6

CUADRO N° 2

RESPUESTAS A LA PREGUNTA N° 21

ANEXO 1

Te gusta venir al Centro de Rehabilitación?

De los 6 niños encuestados se obtuvieron los siguientes resultados:

5 niños equivalente al 83% manifestaron que les agradaba. Un niño, 17%, no respondió a la pregunta.

En general se observa que los niños cuando están en compañía de otros, de condiciones iguales o semejantes, se sienten mejor adaptados. Esto es un beneficio adicional del Centro.

CUADRO Nº 3

NUMERO DE NIÑOS ENCUESTADOS: 6
RESPUESTAS A LA PREGUNTA Nº 24

ANEXO 1

TE GUSTÁ USAR LOS APARATOS ORTOPEDICOS?	SI	NO	NO LOS NECESITA	TOTAL
M	3	1		4
F	1		1	2
TOTAL	4	1	1	6

CUADRO. N° 3

RESPUESTA A LA PREGUNTA N° 24

ANEXO 1

Te gusta usar los aparatos ortopédicos?

A la pregunta antes mencionada, las respuestas fueron las siguientes:

4	=	66%	SI
1	=	17%	No
<u>1</u>	=	<u>17%</u>	Manifestó que no los necesita.
Total:	6	100%	

De éstos un niño no usa aparatos, por no ser necesario. El único niño que contestó: NO al preguntársele: por qué no?, contestó "porque me duele aquí", señalándose el pie, lo que puede significar algún rechazo o dificultad de acomodación del aparato.

Por consiguiente el 66% indica el deseo de los niños en -- cuanto a lograr su mejoría física.

CUADRO N° 4

NUMERO DE NIÑOS ENCUESTADOS: 6
 RESPUESTAS A LA PREGUNTA N° 28

ANEXO I

TE AGRADA O NO QUE TE MIREN?	SI	NO	TE ES INDI- FERENTE?	TOTAL
M		4		4
F		2		2
TOTAL		6		6

CUADRO N° 4

RESPUESTA A LA PREGUNTA N° 28

ANEXO 1

Te agrada o no que te miren?

Te es indiferente?

Las respuestas a esta cuestión es elocuente; los 6 niños interrogados contestaron en un 100% ¡NO!

Indudablemente, estos 6 niños pueden comparar su invalidez con la "norma".

CUADRO Nº 5

SITUACION HOGAREÑA

ANEXO 2

	Hogar Estable	Hogar con graves desavenencias conyugales	Hogar Desintegrado.	TOTAL
M	3	4	4	11
F	2		2	4
TOTAL	5	4	6	15

CUADRO Nº 5

SITUACIÓN HOGAREÑA

ANEXO 2

Con respecto a la problemática de integración de los hogares, la clasificación del cuadro Nº 3, equivale a los siguientes resultados:

Hogar estable.....	5	=	33%
Hogar con graves desaveniencias Conyugales.....	4	=	27%
Hogar desintegrado.....	6	=	40%
TOTAL..	15		100%

Dichos resultados representan la predominancia del hogar desintegrado, problemática que aflige no sólo al niño Poliomiéltico, sino también a gran parte de la población infantil del país.

Sólo un tercio de los 15 niños cuentan con hogar estable y más o menos un cuarto, se puede decir, amenaza al desarrollo normal afectivo del niño que vive en medio de graves desaveniencias conyugales; que si se suman con los desintegrados, un 67% de los niños estudiados no cuentan con la seguridad afectiva del hogar.

CUADRO Nº 6

CONVIVENCIA DE LOS NIÑOS DE

HOGARES DESINTEGRADOS

ANEXO 2

	Viven con el padre	Viven con la madre	Otros familiares	TOTAL
M		3	1	4
F		1	1	2
TOTAL		4	2	6

CUADRO Nº 6

CONVIVENCIA DE LOS NIÑOS DE
HOGARES DESINTEGRADOS

De los 6 niños provenientes de hogares desintegrados, se pudo observar que:

4 viven con la madre =	67%
2 con otros parientes =	33%
y ninguno con el padre	
Total.	<u>100%</u>

Es obvio que el 100% de estos niños no cuentan con el apoyo afectivo del padre; afortunadamente el 67% disfruta de los cuidados de la madre.

CUADRO Nº 7

SITUACION ECONOMICA DE LA FAMILIA

ANEXO 2

	Buena	Regular	Deficiente	TOTAL
M	1	9	1	11
F	1	3		4
TOTAL	2	12	1	15

CUADRO N° 7

SITUACION ECONOMICA DE LA FAMILIA

ANEXO 2

La situación económica de las familias de los niños estudiados, están distribuidas de la siguiente manera:

Situación buena	2	=	13%
regular	12	=	80%
deficiente	1	=	<u>7%</u>
TOTAL:	15	=	100%

Como se puede observar, la mayoría de los niños atendidos en el Centro del Aparato Locomotor, son de condición económica regular, siguiéndole en importancia numérica los de buena condición, la cual según apreciaciones empíricas del Centro, recurren a la asistencia privada y los de condición deficiente, por su misma condición, no buscan la atención especializada.

CUADRO Nº 8

LUGAR DE PROCEDENCIA DE

LOS NIÑOS ESTUDIADOS

	CAPITAL	Ciudades vecinas a la capital	Ciudades del interior de la República	Rural	TOTAL
M	1	2	5	3	11
F		2	1	1	4
TOTAL	1	4	6	4	15

CUADRO N° 8

ANEXO 2

Sobre el lugar de procedencia de los niños encuestados, se obtuvieron los siguientes porcentajes:

De la Capital.....	7%
De ciudades vecinas a la Capital.....	26%
De ciudades del interior de la República.....	40%
Rural.....	27%
Total.....	<u>100%</u>

Como se puede apreciar, de la Capital procede el 7%.

El 93% restante corresponde a niños de procedencia fuera de la capital.

De los porcentajes anteriores, se advierte uno de los -- principales factores por los cuales la asistencia de los niños al Centro del Aparato Locomotor se efectúa en forma irregular.

CUADRO Nº 9

ESCOLARIDAD DE LOS NIÑOS ENCUESTADOS

SEGUN SEXO Y EDAD

ANEXO 2

EDAD	1		2		3		4		5		6		7		8		TOTAL	%	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
SEXO																			
ASISTEN A LA ESCUELA											1	1		2	1	3	4	27	
NO ASISTEN A LA ESCUELA										1		2		1		10	11	73	
TOTAL										1	1	2	1	1	2	11	15	100	

CUADRO N° 9

ESCOLARIDAD DE LOS NIÑOS ENCUESTADOS

SEGUN SEXO Y EDAD

ANEXO 2

De los 15 niños encuestados, el 27% asiste a la escuela, quedando el 73%, sin asistencia escolar; pero debe tomarse en cuenta que en estos 15 niños, están comprendidos desde 2 años de edad, - los cuales indiscutiblemente no pueden asistir a la escuela; sin embargo, 7 niños (47%) que ya pueden asistir al Kinder o a la Escuela, no son enviados, según lo manifestado por los familiares, - debido a dificultades de transporte a la dificultad del manejo - de los aparatos ortopédicos.

Reca Telma y Colaboradores. " Problemas Psicopatológicos en Pedia-
tría". Editorial Universitaria de Bue-
nos Aires. 2ª Edición. Agosto de 1964.

Van Roy, Fabbienne . "El Niño Impedido". Editorial Kapeluse,
S.A. Buenos Aires, Marzo 1960.