



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología

FACTORES PERSONALES Y-O FAMILIARES QUE
PARTICIPAN EN EL CONTROL DE LA
DIABETES MELLITUS JUVENIL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
IVETTE DUCLAUD COLUNGA
SALVADOR AGUILAR SANCHEZ

México, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



FACTORES PERSONALES Y SOCIALES QUE
INTERVIENEN EN EL CONTROL DE LA
ACTIVIDAD MILITAR

Z5053.08
UNAM. 180
1984
ej. 2

M. - 20305
Ipsa - 1259a

Nuestro más profundo y sincero agradecimiento a nuestro asesor: Dr. Julian MacGregor y Sánchez--Navarro por su activa participación y su comprobada paciencia en este largo trabajo que significó - muchas horas extrahorario. Quisiéramos también expresar aquí la valiosa ayuda que en el terreno de la Metodología obtuvimos de la Psicóloga Alma Mireya López-Arce C.

A NUESTROS HIJOS.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION.	
CAPITULO	
I.- ANTECEDENTES.	
A. Factores Orgánicos.....	1
B.-Revisión de Investigaciones Previas	13
C. Marco Teórico Familiar.....	26
D. Síntesis, Planteamiento del Proble- ma e Hipótesis.....	37
II.-METODO	
A. Sujetos.....	41
B. Instrumentos.....	49
C. Procedimientos.....	52
III.RESULTADOS.	
A. Resultados Desglosados por sujeto..	56
B. Resumen Integrativo por Sujeto.....	136
C. Tablas Generales de Concentración..	154
D. Conclusiones.....	158
APENDICES.....	170
NOTAS.....	174
BIBLIOGRAFIA.....	180

INTRODUCCION

La labor del psicólogo clínico, tanto a nivel institucional como privado, se incerta necesariamente dentro del ámbito general de la salud, en donde se espera que su participación permita una comprensión psicológica de los distintos problemas que se presentan en esta área. Lo anterior es verdad no solo para aquellos trastornos fundamentalmente psicológicos sino también para aquellos que se explican por alteraciones biológicas. La razón de tal afirmación se encuentra en la conceptualización unitaria del ser humano como una entidad biopsicosocial donde, por tanto, la alteración de alguno de éstos componentes repercuten en los otros, los cuales a su vez influencian la alteración del primero en la búsqueda de un equilibrio.

La investigación que aquí se presenta pretende aportar la explicación de los factores psicológicos participantes en el control de la Diabetes Mellitus Juvenil Insulinodependiente, afección orgánica de carácter crónico que impone restricciones conductuales a sujetos que se encuentran en edades de intenso desarrollo psicológico como son los niños y adolescentes. Con la utilización de pruebas psicológicas y el análisis Familiar basado en el enfoque estructural, se revisan principalmente tres factores: a) La familia; b) Las funciones

intelectuales y c) los rasgos de personalidad; a -
fin de derivar del análisis de su participación, -
conclusiones que permitan una intervención psicoló-
gica en la práctica clínica. Y de ésta forma; aun-
que de manera inicial, participar dentro del equi-
po interdisciplinario que se encuentra a cargo del
tratamiento y control del paciente diabético juve-
nil.

CAPITULO I

ANTECEDENTES.

FACTORES ORGANICOS.

A fin de identificar las restricciones que en la conducta del niño o joven diabético impone su enfermedad, es necesario partir de una descripción global del padecimiento orgánico, de sus principales características y limitaciones terapéuticas. Siguiendo este objetivo, a continuación se revisa el conocimiento médico al respecto.

Es difícil encontrar dos definiciones que coincidan, pero para propósitos del presente trabajo se escoge la propuesta por Chavarría Bonequi(1) quien englobando las principales características del trastorno nos dice:

"Entendemos por diabetes mellitus una enfermedad hereditaria, crónica, caracterizada por alteraciones de la insulina efectiva y del metabolismo energético, acompañada de daño vascular".

Hace especial énfasis en la imprecisión de su etiología, lo que podría, en cierta forma, modificar parcialmente tal definición al aparecer posteriores descubrimientos. A este respecto Harvey y Knowles en 1971 (2) y Laron en 1975 (3) coinciden al reportar otros factores que se asocian al origen de la enfermedad como son: Trastornos virales

fibrosis quística, procesos inflamatorios, así como desórdenes cromosómicos y neurológicos.

Con el propósito de poder discriminar adecuadamente el tipo de trastorno diabético objeto del presente estudio, es importante distinguir entre la llamada diabetes de tipo juvenil o insulino-dependiente y la diabetes de tipo adulto, integrados ambas bajo el rubro de diabetes hereditaria ideopática o primaria. La diferencia entre ambas es notable ya que mientras en las primeras existe una falta total de la hormona insulina, por destrucción de las células Beta del páncreas; en la diabetes mellitus de tipo adulto solamente algunas células beta han perdido su función, por tanto el páncreas produce alguna cantidad de insulina.

Existen problemas inherentes al nombre que se da a estos tipos de diabetes, puesto que si bien la llamada diabetes tipo adulto comúnmente se presenta en personas mayores de 40 años, existen excepciones y así, aunque en un mínimo porcentaje, hay diabéticos jóvenes con este padecimiento. Algo similar ocurre en la llamada Diabetes Juvenil, cuya mayor frecuencia de ocurrencia se da en individuos menores de 20 años, sin embargo puede haber adultos con diabetes de este tipo, por este motivo facilita más el distinguir a ambos padecimientos con el análisis de la terapeutica requerida es de-

cir: la diabetes juvenil requiere necesariamente - insulina (inyectada) para su control, mientras que el de tipo adulto puede controlarse con pastillas_ que estimulan a las pocas células beta del páncreas que funcionan, las diferencias más notables se exponen en la tabla 1 (ver apéndice).

A continuación se detallará en forma breve - las principales características metabólicas y clínicas de la llamada diabetes mellitus juvenil, para posteriormente hacer hincapie en el cuadro clínico, por ser el factor perceptual y, por tanto, - el de mayor reelevancia en las repercusiones psico_lógicas.

Este padecimiento, como antes se mencionó tie ne su base en una carencia absoluta o relativa de_ la hormona insulina, normalmente secretada por las células beta pancreáticas cuyas funciones primor-- diales son:

1.- Transportar glucosa a través de la membra_ na celular.

2.- Acelerar la lipogénesis y bloqueo de la_ lipólisis.

3.- Activación del ciclo de Krebs y de la sín_ tesis de aminoácidos.

4.- Aceleración de la glicolisis y la fosfori_ lación de la glucosa.

Las repercusiones que a nivel metabólico trae consigo la alteración o anulación de las funciones antes descritas son varias; adoptamos la descripción de Chavarría (4), quien dice:

"La hiperglucemia, por este factor desencadenada va en aumento por la gluconeogénesis exagerada y, en un porcentaje menor, por la ingestión de carbohidratos y glucogénesis hepática, para la cual se utilizan primordialmente como precursores a los aminoácidos, que provienen sobre todo de las proteínas del músculo estriado. Esto constituye un proceso catabólico que puede ser acentuado, y que adquiere mayor trascendencia cuando, como en nuestros casos, ocurre en edades pediátricas, por las consecuencias en su crecimiento y desarrollo".

La mayor producción y excreción urinaria tiene su explicación en lo descrito. Por otro lado, comenta el autor (5):

"Esta misma deficiencia insulínica conduce a inhibición de la lipogénesis y a aumento de la lipólisis, con liberación del ácidos grasos y gliserol en cantidades elevadas, siendo utilizados los primeros por los tejidos periféricos en mucho mayor proporción que la glucosa. Los ácidos grasos y gliserol son metabolizados en el hígado, aquéllos convertidos fácilmente en acetoacetil COA, debido a la inactivación del ciclo Krebs. Por la misma deficiencia insulínica hay menor aporte de oxaloacetato (glicolisis disminuida) y se produce una desviación de los metabolitos grasos hacia el acetoacetato y otros cuerpos cetónicos, aunque estos pueden ser utilizados por el músculo estriado, la velocidad de producción puede sobrepasar fácilmente la velocidad de utilización, por lo que sobreviene la cetosis y como el umbral renal es bajo para ese compuesto aparece la cetonuria. Cuando la cetosis progresa, dado que la acetona es el único cuerpo -

cetónico con una presión de vapor elevada, es exhalada con el aire de la respiración y produce el olor característico.

La presencia de glucosuria, la cual ocurre una vez que se ha sobrepasado el umbral renal de reabsorción, conduce a una diuresis osmótica, que se acentúa si existe además cetonuria importante, y a su vez, puede producir deshidratación si las pérdidas de agua no se compensan. Además el organismo va a tratar de neutralizar a los metabolitos ácidos formados en exceso (cuerpos cetónicos), por lo cual pone en juego diversos mecanismos y preserva así el equilibrio ácido-base.

Si el descontrol de la diabetes mellitus progresa, el equilibrio ácido-base se deteriora a pesar de los mecanismos puestos en juego; de la ceto- y acidosis compensada puede pasarse a la franca acidosis metabólica, con disminución del PH sérico. En estas etapas la hiperventilación pulmonar es acentuada (respiración Kussmaul) y al trastorno electrolítico se agregan la deshidratación y la hiperosmolaridad plasmática, factores que probablemente sean los principales responsables del deterioro de las funciones cerebrales, que se manifiestan desde el estupor hasta el estado de coma profundo, si la deshidratación por su parte, es bastante acentuada, produce una disminución considerable del volumen plasmático y de la hiperfunción renal, lo cual puede conducir a una alteración en el funcionamiento renal, y empeoramiento de la acidosis. Conviene mencionar que la oliguria en estos enfermos es casi siempre muestra de suficiencia renal ya que el riñón produce una orina muy concentrada en un esfuerzo por conservar agua al organismo, de tal modo que la diuresis se vuelve a establecer en cuanto se mejora la hidratación del paciente".

En la tabla 2 (ver apéndice) se esquematizan los principales eventos en la fisiopatología de la

cetoacidosis diabética y su correlación con algunos índices de laboratorio así como con los datos clínicos más prominentes. La anterior explicación señala las principales repercusiones que a nivel orgánico metabólico, lleva consigo la carencia de la hormona insulínica, más para nosotros los psicólogos, reviste de una mayor importancia tanto la sintomatología como las restricciones conductuales que la enfermedad crónica impone. Ya que son dichos factores a los que el sujeto se enfrenta de una manera real y consciente y ante quienes, en última instancia, se va a enfrentar la personalidad en desarrollo del diabético.

Es útil para una mejor comprensión de la repercusión psíquica del trastorno, el hacer una reseña tanto del cuadro clínico como de sus restricciones, es decir las manifestaciones generales de los trastornos metabólicos que acarrea la carencia insulínica y las condiciones del control así como de sus características más sobresalientes. Iniciaremos con éstas últimas a fin de ubicar el problema dentro de un contexto.

La literatura médica reporta un cambio en la frecuencia de ocurrencia del padecimiento, se calculaba con anterioridad (década de los 60's) que existía un niño diabético por cada dos mil quinientos sanos White P. 1970 (6) U.A.G., Actualmente se

estima una prevalencia de 1 por 650 a 1000 jóvenes por abajo de los 15 años de edad es importante hacer notar que ambos cálculos fueron hechos en los E.E.U.U. aunque se piensa que la incidencia en México es muy similar (7). En general se calcula que aproximadamente el 5% de la población diabética es insulino-dependiente o juvenil, variando la proporción de la primera del 2 al 4% de la población total en nuestro país.

La importancia del estudio de esta enfermedad es notoria, de los datos que se lograron recabar se señaló a "La diabetes Mellitus como la décima causa de muerte en la población general y la sexta para los sujetos de más de 45 años".(8).

La diabetes juvenil afecta cualquier sexo y cualquier edad, aunque la incidencia mayor se encuentra entre los 5 y 15 años, y todavía más entre los 10 y 14 años (9) aunque no existen estudios rigurosos a nivel estadístico, que hablen en términos de media y desviación standar. Y como ya se mencionó, se dan casos de adultos insulino dependientes y jóvenes diabéticos "no juveniles" o no dependientes de insulina.

La mortalidad a partir del descubrimiento de la hormona insulina ha disminuido hasta el punto de no poder precisar períodos, convirtiéndose así en la enfermedad de por vida pero con serias com--

plicaciones que sí terminan disminuyendo la edad promedio de vida. Antiguamente, de 1921 hacia atrás, la muerte por cetoacidosis diabética era de 52.65% mientras que los fallecimientos por complicaciones vasculares-cario-renales fueron de 21.05% (10) en estudios realizados de 1956 a 1964 el porcentaje se invierte de tal forma que el fallecimiento por coma diabético baja hasta .9% mientras que las complicaciones vasculares-cardio-renales alcanzaron el 75.4%. No hay estudios reportados del período desde la aparición del problema diabético hasta la defunción ni antes ni después del tratamiento insulínico, pero es obvia la ganancia en tiempo si se considera que:

- 1.- La presentación brusca de la enfermedad generalmente es y ha sido por medio de un coma cetoacético, y,
- 2.- Para que aparezcan las complicaciones vasculares-cardiorenales es necesario un período relativamente largo que depende del buen control global del paciente. Por lo tanto al hablar de que se fallece en la actualidad, por las complicaciones, se entiende que el período, ya no determinado, está íntimamente relacionado con el control y cuidado que el diabético tenga de su conducta.

Por lo que respecta al cuadro clínico se establece éste por una serie de características persis

tentes relacionadas con el trastorno metabólico antes descrito. Las características se presentan a continuación y son sintetizadas en su relación con el metabobismo en la tabla 2 (ver apéndice).

La sintomatología es:

- Poliuria (exceso de orina).
- Polidipsia (exceso de sed).
- Polifagia (exceso de hambre)
- Pérdida inexplicable y rápida de peso.
- Agotamiento físico.
- Enuresis y visión borrosa.
- Dolores vagos y cansancio inespecífico de piernas.
- Comezones en diferentes partes del cuerpo.
- Infecciones crónicas.
- Sensaciones de hormigueos, calambres, ardores piquetes y entumecimiento de las piernas.
- El coma diabético puede ser el primer síntoma.

Una secuencia anecdótica nos podría aclarar estos elementos sintomáticos y las restricciones que el tratamiento impone. El inicio de la diabetes es por demás impactante, ya que su aparición es súbita y la inmensa mayoría de las veces requiere de una hospitalización urgente por un coma cetoadicósico. Debido principalmente a que los síntomas precursores, a saber; la poliuria, polidipsia, polifagia y reaparición de enuresis, son general-

mente mal interpretados por la familia, por lo que la falta metabólica, no regularizada, se agrava - provocando otros síntomas como decaimiento, fatiga y adelgazamiento. Como la eliminación urinaria (poliuria) de glucosa significa la pérdida de calorías en proporciones importantes, el aumento de apetito (polifagia), que esto conlleva, se pierde y - pasa a instalarse en su lugar anorexia como consecuencia de un deterioro más acentuado del metabolismo energético proveniente de los carbohidratos, que no pueden ser utilizados por las células debido a la falta de la hormona insulínica, recurriendo así a la utilización de las grasas en forma excesiva formando ácidos llamados cuerpos cetónicos, desarrollándose por este proceso una acidosis diabética que lleva al coma diabético. (para mayor explicación ver tabla 3 en apéndice).

El trastorno cetoacidosico, o acidosis diabética, como ha sido descrito, puede provenir, en etapas posteriores de la enfermedad, de la omisión en la aplicación de insulina, por razones culturales, emocionales o económicas. Sin embargo, de ellas, es muy importante hacer notar que las alteraciones emocionales tienen gran relevancia en la génesis de la cetoacidosis, como lo establece la tesis de Araujo U.N.A.M. 1966 (11) ya que se ha demostrado que la ingestión exagerada de carbohidratos, logra aumentar las tasas de glucosa sanguínea

sin que sobrevengan manifestaciones de cetoacido--
sis en cambio en estos mismos sujetos, al comer -
dulces, lo que implica una flagrante violación a -
la disciplina, la cetoacidosis si se desarrolla. -
Es más, como cita esta misma tesis a Hinkle, L. E.
y Wolff S.

"Se ha establecido, experimentalmente, que la mani-
pulación psicológica intencionada, de un diabético
por psiquiatras, lleva a la elevación de la concen-
tración sanguínea de glucosa, pero particularmente
de cetonas, y que con el empleo de técnicas psi- -
quiátricas estos niveles, descienden a los basa- -
les". Los resultados anteriores se desprenden como
resultado obvio de la repercusión que tiene el - -
Stress en el metabolismo de la glucosa, ya que al_
inducir una situación stresante hay la necesidad -
de un mayor requerimiento orgánico de insulina.

El estado emocional del sujeto, como podemos_
observar, es vital para un buen o mal control de -
la enfermedad y puede en un momento dado signifi--
car la diferencia en la aparición y/o gravedad de
aparición de síntomas y complicaciones. Dado que -
así como intervienen en la cetoacidosis, puede en_
otras circunstancias, una mala disciplina provocar
complicaciones hipoglucémicas. En la cual el suje-
to siente sensoperceptualmente características ta-
les como: palidez, dolores de estómago, cambios de
carácter, falta de atención y concentración, somno_
lencia y, si no es corregida la falta de azúcar, -

sobreviene, al igual que en el ataque cetoacidótico, un estado de coma. Resumiendo, las causas comunes que originan estas complicaciones, nos habla de las limitaciones que por toda su vida, debe someterse el niño o joven diabético, a saber:

- 1.- Una dieta estricta en horario, cantidad y tipo de alimentación. Puesto que el no comer o tomar los alimentos más tarde de lo acostumbrado tiene como consecuencia los síntomas hipoglucémicos, y si por lo contrario hay exceso de comida o carbohidratos, favorece la aparición de síntomas cetoacidóticos.
- 2.- La inyección diaria y regulada de insulina. - La carencia de inyección lleva a la cetoacidosis y el exceso de insulina al ataque hipoglucémico.
- 3.- Necesidad de análisis diarios de orina. Para determinar glucosuria (azúcar en la orina), y saber así el requerimiento insulínico así como detectar presencia de cuerpos cetónicos (cetonuria).
- 4.- Análisis periódico de sangre para determinar nivel de azúcar en sangre (glicemia).
- 5.- Control de la cantidad de ejercicio necesario para el metabolismo de azúcar, e inherente en nuestros sujetos niños y adolescentes, su au-

sencia favorece la hiperglicemia, y un exceso a la hipoglicemia.

- 6.- La necesidad de un riguroso y periódico control médico que refuerza la nominación de "Enfermo".

El seguimiento de esta disciplina implica un desarrollo emotivo e intelectual difícil de lograr, por lo que puede apreciarse en las investigaciones que a continuación mencionaremos, y donde podemos ver la necesidad de una voluntad como la descrita por Piaget (12), es decir, el poder elegir lo más positivo o conveniente a largo plazo, por sobre lo más gratificante en forma inmediata, pero más negativo o perjudicial en nuestro caso.

REVISION DE INVESTIGACIONES PREVIAS

Resulta complicado el agrupar lógicamente las diferentes investigaciones que sobre el niño y adolescente insulino dependiente se han realizado. Esto es sobre todo cierto debido a que algunos de los investigadores no centran su interés en sólo un aspecto del problema sino que tratan de revisar los diferentes factores que intervienen en él.

Sin embargo, es posible establecer ciertas áreas de interés general en todas estas publicaciones. Para utilidad del presente trabajo, conviene

dividir las investigaciones según su énfasis en:

1.- La diferencia entre los pacientes diabéticos juveniles y grupos controles con respecto al grado de psicopatología, en especial en lo referente a trastornos de la personalidad.

2.- La participación de los factores cognoscitivos e intelectuales en la asimilación de la enfermedad por parte del paciente diabético.

3.- Los elementos psicosociales que, estadísticamente, se asocian al control o descontrol orgánico del diabético.

4.- El análisis de la influencia que los miembros familiares y extrafamiliares tienen en el cumplimiento del régimen de control.

En el primer caso encontramos que en la actualidad existen una coincidencia en reportar trastornos emotivos y de personalidad en los diabéticos juveniles en comparación con grupos control. Se hace hincapié en que los resultados son recientes debido a que aún en la década de los 50's y principios de los 60's existía un debate (13) al respecto de las diferencias entre ambos grupos.

Las diferencias han desaparecido al mejorar el reporte científico de los resultados y las condiciones de investigación.

Swift, Seidman y Stein en 1967 (14) reporta--

ron una diferencia estadísticamente significativa entre pacientes diabéticos juveniles y controles - apareados en sexo, edad, C.I., Nivel Socio-económico. Al ser analizados los resultados mostraron en el grupo diabéticos rasgos psicopatológicos tales como: Dependencia, ansiedad, agresión reprimida y manifiesta y autoagresión, problemas en la identificación sexual y en la percepción de hostilidad; necesidad oral, imagen corporal más patológica. Así mismo, encontraron que dentro de este grupo los niveles de enfermedad se relacionaban con la edad que tenía el paciente cuando inició la diabetes, con su capacidad intelectual y con el orden de nacimiento. Los métodos utilizados fueron pruebas psicométricas, proyectivas y la entrevista psiquiátrica.

Peterson 1971 (15) confirma la importancia del orden de nacimiento en la aparición de ciertos rasgos de personalidad. Coincidiendo con la presencia de factores psicopatológicos Fallstrom, Vergelius y Goteborg 1978 (16) encuentran en pacientes diabéticos juveniles, una alteración en su imagen corporal con la prueba de Rorschach, en un experimento tendiente a la validación de ese instrumento. Otros de los factores comúnmente encontrados es la depresión, a ese respecto, Solórzano (17) afirma que tal factor:

"Es creciente en relación a la edad y, asimismo, los factores autoagresivos se hacen más patentes o bien están correlacionados ambos aspectos".

Acorde con estos datos, Saucedo y Sobrino 1976 (18) observan en un campo de entrenamiento para niños y jóvenes diabéticos que éstos presentan en forma consciente reacciones depresivas, tristeza, sentimientos de minusvalía, conductas autodestructivas e irritabilidad, de manera especial se reporta la situación común del adolescente que trasgrede el régimen de control como forma de autofirmarse.

Sin embargo autores como Steinhauer, Mushin y Rea Graht, (19) piensan que la depresión, lejos de ser privativa de la diabetes es compartida por todas las enfermedades crónicas, de la misma manera en que lo son el rechazo, la negación, la ansiedad y la culpa.

Por desgracia son pocas las investigaciones que han tratado de determinar diferencias entre los distintos tipos de trastornos crónicos, los que pudieron encontrar (20) observan gran parte de las características antes descritas, en ciertos trastornos incluido el diabético. Formando estos padecimientos un grupo diferenciado del control.

Otro enfoque que hace hincapié en rasgos de personalidad y psicopatológicos particulares de

los pacientes diabéticos, lo constituye el psicoanalítico. Al respecto Agustín Palacios citado tanto en la tesis de Araujo 1966, como en el artículo de Solórzano, sostiene que el paciente diabético - no solo comparte características de personalidad - que le son propias, sino que el padecimiento tiene su origen en las etapas más primitivas del desarrollo humano, etapas donde se fija debido a su necesidad de afecto y seguridad. Este autor define el trastorno como una melancolía que se expresa a nivel somático. Y que el tiempo en que ésta se presenta va a estar determinado por factores psicológicos tales como el número de frustraciones, y un yo pobremente integrado así como el grado de la psicopatología de los padres.

De hecho la misma tesis multicitada parece seguir este esquema, donde basa su exploración en factores psicopatológicos como determinantes del proceso diabético y aunque reporta que no existe una personalidad característica del diabético, concluye afirmando la existencia de factores emotivos coincidentes con el trastorno.

Experimentalmente se encontraron referencias donde Turganova y Habinakova 1974 (21) señalan la contribución de factores psicogenéticos como participante. Este dato parece ser ampliado por Stein y Charles 1975 (22) quienes encontraron cierta sus--

ceptibilidad psicológica que acompaña a disfunciones orgánicas previas a la aparición de la diabetes como lo son trastornos de hambre y la ansiedad, y la regulación de peso. El método utilizado fue la entrevista y la historia clínica. Lo cierto es que el diabético juvenil presenta características de personalidad alterada, lo que no sucede con la diabetes adulta como reportan Koch, Molnar y George 1974 (23).

En el caso del segundo tipo de interés, es decir el que se tiene por los factores cognitivo-intelectuales, se encuentra centrado en dos aspectos, a saber:

1.- Un análisis psicométrico de la inteligencia donde hay diversas opiniones y resultados contradictorios. Ya que mientras Solórzano señala que a mayor C.I. mejor control de la diabetes y Swift, Frances y Stein 1967 (24) lo corrobora estadísticamente encontrando un C.I. significativamente más alto en el grupo mejor controlado en comparación con el descontrolado, el trabajo de Koski 1969 (25) no encuentra tal diferencia de C.I. en ambos grupos bien y mal controlados, siendo evidente que la metodología empleada por este autor para asignar los sujetos a grupos, se encuentra mejor fundamentada al utilizar criterios cuantificables.

Sin embargo, ambos estudios se han concentra-

do a un análisis numérico del C.I. por otro lado - han reportado en general promedios del C.I. totalmente acordes a la Medida Poblacional (26) por lo que se determina cierta independencia del factor intelectual con respecto a la enfermedad en sí. Lo que parece necesitar mayor atención y estudio es la participación de las diferentes capacidades, que forman la inteligencia, en el control del trastorno.

Existen además dos referencias que arrojan incógnitas en relación a la repercusión intelectual cuando la enfermedad aparece antes de los 5 años. Solórzano (27) sospecha de una lesión que limite sus capacidades. Por la misma tendencia Shcherbina, (28) encuentra que diabéticos con historia persistentes de descontrol, y que incluso han presentado estados de coma, muestran alteraciones residuales en sus registros electroencefalográficos de una manera persistente.

El segundo aspecto lo integran las observaciones a nivel de Desarrollo Cognitivo, en ellos no existe discrepancias, y aportan una valiosa información al respecto del control del paciente.

Partriadge, 1972 (29) reporta que la actitud de autonomía con respecto al manejo propio de la enfermedad se encuentra asociada a la edad del diabético. Se encontró, con significación estadística,

que a los doce años se inicia y a los 15 años el autocontrol es casi completo. Esto significa que para asumir el control de su conducta, con respecto a su enfermedad, el enfermo necesita ciertas estructuras cognitivas que sólo se logran a partir de ciertos niveles de desarrollo.

Como corroboración a estos resultados, señalaremos la investigación que realiza Friedland 1976 (30) con un niño de 11 años que, con diabetes recién diagnosticada, logra adquirir conciencia de su enfermedad y control de la misma, a través de un aprendizaje basado en el desarrollo de las estructuras cognitivas, que van desde el mero hecho perceptual, hasta la más fina abstracción. Igualmente Fox 1976 (31) señala la importancia de una atención apropiada para el nivel del niño y donde intervengan todos los profesionales involucrados en el tratamiento.

El tercer tipo de interés se refiere a las variables que intervienen en el control o descontrol del diabético. Obviamente ésta representa la parte más práctica debido a su aplicación psicológica de orientación y psicoterapia.

No obstante ser una parte importante, de la investigación es escasa. Koski 1976 (32) presenta el intento más objetivo de analizar dichos factores. Utilizando las pruebas estadísticas para el análisis

sis de sus resultados, trata de relacionar factores sociales, educativos personales, familiares, intelectuales y emotivos obtenidos a partir de entrevistas estructuradas y pruebas tanto psicométricas como proyectivas. Sus conclusiones principales son: Los niños bien controlados presentan un mejor proceso de adaptación tanto interno como externo, reacciones sintomáticas menos patológicas, se confirman las variables de edad de diagnóstico y el tiempo de evolución, lo mismo que el orden en el nacimiento y el nivel socioeconómico. Así mismo los bien controlados mostraban una mejor capacidad ideacional. Los mal controlados mostraron menos integración, menos sensibilidad e imaginación y fuerte agresividad. Esta investigación presenta grandes ventajas debidas a la objetividad de sus mediciones y como se indicó con anterioridad, a la definición precisa de variables orgánicas que permiten distribuir a los sujetos en grupos de buen y mal control. Las características a considerar en el grupo de buen control son:

- a) Crecimiento normal o mayor que el percentil 10 para su edad.
- b) Orina libre de acetona en más del 50% de las muestras.
- c) Menos de 300 grs. de Glucosa en orina.
- d) Azúcar en sangre (en ayunas) hasta 200 mg/100 ml, y

e) No más de una hospitalización por año.

Debiendo el sujeto ubicado en el grupo de - - buen control cumplir al menos cuatro de los cinco - requisitos, esta información es de importancia ca - pital para el presente trabajo.

En otras observaciones, Guthrie y Guthrie - - 1975 (33) estudiando adolescentes diabéticos, con - una larga historia de la enfermedad, reportan que - los sujetos bien controlados se caracterizan por - un buen desempeño escolar en, oposición a los des - controlados. Así mismo señala que un mal control - de la infancia da lugar a complicaciones, y por - tanto a un peor control en la adolescencia.

Los demás aspectos que favorecen el buen con - trol son primordialmente la influencia del medio - ambiente familiar o extrafamiliar del enfermo. Pe - ro este punto será tratado en el cuarto punto. El - cual se detalla, a continuación.

La gran mayoría de las investigaciones, de al - guna manera señalan la participación de la familia en el control de la enfermedad. Algunos basándose - en observaciones generales (34) señalan la manera - como un problema familiar, que puede no tener que - ver con él directamente, puede acarrear descompen - saciones en el diabético juvenil. Igualmente cier - tas conductas típicas de las familias para con el - paciente, las cuales pueden ubicarse dentro de un -

continuo cuyos extremos en sí patológicos son la -
sobreprotección y el rechazo. Obviamente ambas re-
percuten en el control de la enfermedad. Dentro de
esta misma línea de reflexiones se encuentran las_
observaciones de Solórzano (35) quien señala que a
mayor patología familiar existirá mayor labilidad_
en el proceso diabético, ésta misma autora cita a_
Palacios, quien al respecto afirma que las condi-
ciones de la Madre son depresión y angustia, sien-
do posible una relación de tipo simbiótico Madre-
Hijo. En relación al Padre, encuentra que puede -
ser agresivo o ausente emocional o físicamente. La
autora que lo cita no está totalmente de acuerdo,_
ya que ella reporta haber encontrado otros tipos -
de estructura en los padres de familia, a quienes_
divide de la siguiente forma:

- 1.- Madre angustiada, rígida, rechazante.
- 2.- Madre ausente física o emocionalmente, obsesii
va, sobreprotectora o poco afectiva.
- 3.- Madre autoritaria, agresiva perfeccionista, -
ambivalente y culpígena.

En el control del padre se observa en general
la misma tendencia de interesarse poco en los pro-
blemas de los hijos, sin embargo esto debe ser con
siderado culturalmente y no como una estructura fa-
miliar privativa del sujeto diabético. Aunque el -
padre en algunos casos se ha mostrado con otras -
características como:

- 1.- Adecuado, afectuoso e interesado.
- 2.- Agresivo, culpígeno.
- 3.- Sobreprotector con sentimientos de culpa.

Hay ciertas coincidencias, en cuanto a lo reportado actualmente sobre las familias del diabético, a excepción de Palacios los demás informes eliminan la posibilidad de una estructura familiar típica, aunque coinciden en mencionar la importancia de la salud mental participación y apoyo de la familia en el control del padecimiento. Hodd 1970 (36) señala que de la actitud reforzadora de padres, maestros y médicos va a depender el buen manejo de la enfermedad.

La dinámica de la familia, en cuanto a sus posibilidades de acción, parece ser otro punto de acuerdo de tal forma que se reportan diferentes parámetros donde ubicar el estado de una familia X.- En este sentido Hodosi 1968 (37) explica como la familia del diabético se ajusta a la enfermedad promoviendo nuevas formas de comportamiento. De esta forma dice el autor, no sólo el sujeto va a mostrar diferentes cambios, de personalidad, sino que también la estructura familiar es modificada sustancialmente. Otros autores (38) han elegido parámetros familiares específicos como el dominio-sumisión y el de protección-descuido donde han encontrado diferencias significativas al comparar las familias control con las que tienen hijos diabéti-

cos. En esta investigación se detectaba que, un adecuado ajuste en estos extremos aparecía paralelamente al buen control del diabético.

En otro tipo de estudios, (39) se pretenden hacer observaciones más controladas o más dirigidas al estudio de las características de la familia del diabético; se encontró que en la relación a buen o mal control existen características distintas y significativas entre ambos sub-grupos de diabéticos, mostrando en las familias con diabéticos mal controlados formas más patológicas en la manera de enfrentar la ansiedad y la depresión, utilizando principalmente la negación, los sentimientos de omnipotencia, depresión crónica y reacciones fóbicas. Salvador Minuchin 1979 (40) representante de la Escuela Estructural de la Terapia Familiar, reporta casos de Terapia familiar donde algunos miembros son diabéticos. El observa que el control del paciente va a depender primordialmente de la funcionalidad del sistema familiar y con ello de la forma en que el sujeto participe o interaccione. El enfoque utilizado por este último autor presenta sus conceptos de la familia en forma tan objetiva que permite y/o facilita el análisis de la funcionalidad familiar a través de una serie de indicadores. El trabajo a desarrollar aquí requerirá basarse en este enfoque para el análisis de la familia por lo que a continuación se sinteti

za el marco teórico Estructural de la familia.

MARCO TEORICO FAMILIAR

Como es mencionado por Haley 1974 (41) a partir de la década de los años 50's hasta el presente, el interés psicoterapéutico ha sufrido cambios radicales no sólo en cuanto a la inclusión de nuevas técnicas o modelos de psicoterapias sino también en cuanto a la forma de entender la psicopatología. Este caso lo constituye la terapia familiar la cual sostiene no ser una alternativa más a un método adicional de tratamiento para completar la psicoterapia individual y de grupo, sino un cuerpo sistemático de postulados que han ido evolucionando a partir de modelos técnicos tales como la teoría de los roles, de la información, del sistema, etc. El apoyo de estas teorías en la época de los 60's permitió que en la siguiente década se desarrollara la investigación dentro de la terapia familiar, y con ello se solidificara su técnica que, aunque versátil; no se encuentran totalmente unificados los conceptos acerca del tratamiento de la familia, pero constituye una aproximación diferente al trastorno psicológico, el cual no es concebido de acuerdo a la clasificación diagnóstica individual sino situacional. Considerando entonces a toda una situación enferma y no al individuo que -

presenta el síntoma, el cual lo hace como una solución adaptativa a la situación patológica, convendría en este punto citar a Haley (42) que al respecto nos dice:

"Mas que suponer que una persona persigue cierta clase de relaciones en virtud de su dinámica interna, se insinúa que su dinámica es el resultado de las relaciones en que se ve mezclado".

Más adelante menciona. (43).

"Como el terapeuta Familiar ve la conducta anormal como adaptativa a una situación anormal, dada por supuesto que la persona no puede cambiar a menos que lo haga la situación. También da por sentado que la conducta anormal puede reaparecer si la situación lo exige".

Dentro de la concepción de la terapia familiar existen diferentes corrientes que se distinguen entre sí por la explicación teórica de los procesos familiares, y aunque comparten los postulados generales antes descritos difieren enormemente en la estructuración de sus constructos teóricos, muchos de los cuales carecen de una definición con anclajes empíricos. Por este motivo como marco referencial del presente trabajo se utiliza el llamado Enfoque Estructural ya que permite un análisis más objetivo de la funcionalidad familiar debido a que los conceptos que forman su construcción teórica han sido definidos en base a características observables de la actividad familiar.

La objetividad de este enfoque constituye una excelente herramienta de investigación. Ya que permite basar los datos recabados en un marco referencial, del cual parecieran adolecer las conclusiones, que sobre la familia del paciente diabético - han obtenido la mayoría de los investigadores quese interesaron en este aspecto.

A continuación se sintetiza el marco teóricodel enfoque estructural de la familia, se escoge - por amplio sistemático y representativo, el presentado por Salvador Minuchin. 1974 (44).

Para la corriente Estructural las funciones - de la familia responden a dos objetivos primordiales, interno uno y externo el otro. El primero serefiere a la protección psico-social de sus miembros y el segundo a la acomodación y transmisión - de la cultura.

Los miembros de una familia son protegidos al obtener de ésta los elementos esenciales de su desarrollo psicosocial; le provee de un sentimientode identidad, pertenencia y separación, respondiendo la familia, al mismo tiempo, a las necesidadessociales como un proceso de adaptación. Ubicando a la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos presenta tres características básicas:

En primer lugar, la estructura de una familia

es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación. En segundo lugar, la familia muestra un desarrollo, desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración. En tercer lugar, la familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicossocial de cada miembro.

De los anteriores postulados, se desprende que la estructura familiar representa un conjunto de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

"Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuando y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema".(45).

De esta manera es posible diagnosticar el funcionamiento familiar de acuerdo a la observación de las diferentes transacciones, ya que en ellas se evidencian la ubicación de los diferentes integrantes del sistema familiar, y sus interrelaciones. Es por ello que Minuchin asevera que las pautas transaccionales, que regulan la conducta de los miembros de la familia, son mantenidas por dos sistemas que él llama de coacción y que son: 1) El Genérico y 2) El Idiosincrático.

No obstante, una situación externa o interna

de una familia que presente características de inmutabilidad, moverá los sistemas de adaptación de la familia en su totalidad y sus miembros establecerán nuevas pautas transaccionales acordes a la situación. Esta capacidad para ser flexible en cuanto a sus transacciones, representa un claro índice de funcionalidad familiar, ya que aún en el transcurso de su existencia a la familia, se le presentan no sólo condiciones sociales drásticas (por ejemplo cambios domiciliarios, devaluaciones económicas, pérdidas de empleo, etc.) Sino que también las inherentes al desarrollo familiar (como por ejemplo el paso del hijo niño al de adolescente, el abandono de un miembro de la familia, etc.) que van a provocar un reacomodo en las interrelaciones. En caso de que la actitud familiar sea rígida en sus pautas transaccionales, provocará la aparición de síntomas en algún miembro familiar como intento de conservar la precaria homeostasis de la familia.

Como todo sistema, la familia presenta diferentes subsistemas que van a desempeñar funciones muy específicas que permiten una diferenciación de los elementos familiares. De esta forma, cada individuo desempeña en la familia una función dependiendo de con quién interacciona y sus características de autoridad en ese momento. Por ejemplo el subsistema parental en la familia lo es para con los hijos, pero también en esos momentos entre

ellos forman el subsistema conyugal. La participación de los individuos en los diferentes subsistemas está marcado por los límites que diferencian unos de otros. Estos límites están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen.

"La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logran en ese subsistema, es afirmado por la libertad de los subsistemas de la interferencia por parte de otros subsistemas". (46).

Es notorio que este concepto de límites representa uno de los índices más claros del funcionamiento familiar dado que distingue una familia con límites claros, que se caracterizan por permitir tanto una diferenciación de los subsistemas como una interrelación entre ellos, de familias con límites difusos (llamadas aglutinadas) o con límites inadecuadamente rígidos (llamados desligadas).

En las familias "aglutinadas" los límites son excesivamente permeables, tendientes a la desaparición, por la enorme facilidad que tienen sus miembros de usurpar las funciones, de otros subsistemas, que no le corresponden. La comunicación entre sus miembros se torna familiar, haciendo presa a la familia de constantes situaciones de Stress.

Este sentimiento de pertenencia tan exagerado lleva a una importante pérdida de la autonomía y - obviamente a la creación de síntomas, al impedirle a un miembro familiar el hacerse cargo de sus problemas, lo debilita al considerar esa situación - problemática individual, como una problema fami- - liar. La consecuencia de todo esto, es que la fami- - lia se vuelque sobre sí, aislándose formando un mi- - crocosmo voluble por no poder impedir intromicio- - nes del "afuera". Por el contrario, en las fami- - lias desligadas los límites entre los subsistemas - son rígidos, la comunicación es deficiente y por - tanto, una de las funciones primordiales de la fa- - milia, que es la protección y apoyo a sus integran- - tes, se ve menoscabada. Si bien los miembros de es- - te tipo de familia pueden funcionar en forma autó- - noma, poseen un desproporcionado sentido de la in- - dependencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia y de la capacidad de interdependencia - y de requerir ayuda cuando la necesita. Por estos - motivos cuando uno de sus miembros se encuentra en una situación stressante, la angustia en él genera - da no traspasa los rígidos límites, lo cual impide un movimiento familiar de apoyo. Unicamente la an- - gustia excesivamente elevada logra poner en juego - ciertos mecanismos adaptativos las más de las ve- - ces tardía e ineficazmente.

Otra manera eficaz de estimar el funcionamiento

to familiar lo es el análisis de las características de los diferentes subsistemas, ya que de cada uno de ellos se esperan actitudes y conductas acordes con el papel que desempeñan. Por ejemplo: del subsistema conyugal se espera la relación de esposos. Que posean la cualidad de acomodarse y complementarse mutuamente, lo cual implica que tanto el hombre como la mujer deben ceder hasta un punto donde no se vea suprimida su individualidad, ya que pueden existir pautas negativas de complementaridad (por ejemplo dependiente-protector) no funcionales. Por otro lado, el que uno de los cónyuges insista en conservar una total independencia con respecto al otro, constituye el extremo de no complementaridad y un índice de la disfuncionalidad de este subsistema.

Otra característica, esperada para un adecuado funcionamiento de los cónyuges, lo es la demarcación clara de límites con respecto a los demás miembros del sistema familiar o extrafamiliar. (47):

"Si el límite alrededor de los esposos es excesivamente rígido, el sistema puede verse stressado por su aislamiento. Pero si los esposos mantienen límites flexibles, otros subgrupos, incluyendo a los hijos, y a los parientes políticos, pueden interferir en el funcionamiento de su subsistema".

Los integrantes del subsistema conyugal van a adquirir, con el nacimiento de los hijos, nuevas funciones que deberán diferenciarse claramente for

mando otro subsistema de enorme importancia en el funcionamiento familiar, este es el subsistema parental, del cual se espera proporcione a los hijos el cuidado, la alimentación, la guía y el control que estos requieran de acuerdo con su nivel de desarrollo; al mismo tiempo que la pareja establece un límite para con los hijos en cuanto a sus funciones conyugales, permite un acceso a los hijos en cuanto a las mencionadas funciones parentales. Estas funciones son móviles ya que dependen de las necesidades de los hijos, las cuales van a variar de acuerdo a su edad; la orientación y/o el control van a depender de si el hijo tiene cinco años, o bien es adolescente.

Una característica fundamental para el correcto desempeño del sub-sistema parental, lo constituye el uso de la autoridad. Es necesario, para que los padres relacionen sus funciones ejecutivas, el uso del poder e igualmente, que los hijos acepten este hecho como característico, del subsistema parental.

El subsistema fraterno también requiere de límites que protejan, y por tanto desarrollen, la autonomía de sus miembros. Deben protegerlos de la interferencia de los adultos pero al mismo tiempo permitir la comunicación con ellos. Es para los hijos necesario tener la libertad suficiente para co

meter y afrontar sus errores, así mismo para conservar su derecho a la privacidad. Un aglutinamiento de este subsistema, con el parental, acarrearía los ya de sobra conocidos problemas de la sobreprotección. La relación entre los hermanos es el ambiente que prepara el niño en sus futuras relaciones con el exterior. De esas relaciones fraternas tomará modelos de conducta que implicará en su interacción con miembros extrafamiliares.

Dentro del subsistema fraterno, también existen jerarquías de tal manera que la característica de poder así como de las tareas, depende del sexo y la edad de sus miembros.

Intentando aislar los elementos teóricos que nos permitan distinguir una familia funcional de una disfuncional, expondremos los indicadores que, aunados al análisis de las características y funciones de los subsistemas, nos llevarán al cumplimiento de dicho objetivo. Estos conceptos son:

LIMITES: Concepto primordial dado que de la claridad de éstos se puede distinguir el punto en que se encuentra la familia dentro del continuo desligada-aglutinada, en el conocimiento de que el acercamiento a cualquiera de los extremos resulta patológico.

JERARQUIA: El uso del poder o la autoridad es otro elemento que permite distinguir un buen funciona-

miento familiar. Las características que debe reunir en este aspecto una familia son: En primer lugar que la autoridad debe quedar bien definida en cada contexto de la vida familiar cada miembro posee diferentes niveles de autoridad dependiendo con quién se relacione. Los padres debieran compartir la autoridad en forma flexible e impedir por tanto, que sea monopolizada por alguno de los dos, ya que ésto muy probablemente llevaría a la aparición de síntomas. Como se dijo, cada subsistema tiene su nivel de autoridad y en algunos de ellos en forma interna hay una distribución del poder, esto es comprensible ya que en el subsistema fraterno debido a diferenciación de edad el hermano mayor hace uso de su autoridad sobre el hermano menor al realizar algunas de sus funciones. Sin embargo, esto es distinto a que el mayor haga las veces de autoridad paterna funcionalmente esto es sólo permitido cuando tal delegación de mando sea explícita temporal y si los padres no abdican definitivamente de sus funciones parentales.

ALIANZAS Y COALICIONES: Las alianzas más funcionales son las que incluyen miembros de la misma generación, del mismo subsistema, o del mismo sexo sin embargo para poder considerarlas adecuadas es necesario que no sean permanentes ni rígidas. La coalición es en sí indicador de disfuncionalidad, y se refiere a esas alianzas entre los miembros de -

diferente generación, subsistema o sexo con el propósito de atacar a un tercero.

TERRITORIO O CENTRALIDAD.

Este concepto se refiere al espacio que cada quién ocupa en determinado contexto".(48).

Para delimitar la centralidad es necesario de terminar el compromiso que los miembros tienen en el desempeño de sus funciones y en su interacción con los demás componentes de la familia. Este concepto se encuentra relacionado con el de autoridad, ya que, generalmente a mayor autoridad mayor centralidad, y sin embargo esto puede no ser de esa manera, por ejemplo, el padre autoritario, con escasas relaciones en la familia.

SINTESIS, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA E HIPOTESIS

Partiendo del análisis de la bibliografía antes descritas encontramos puntos valiosos a destacar antes de plantear el problema del presente trabajo, los puntos a considerar son:

- 1.- Los factores emocionales de estabilidad y aceptación son claves para un control de la enfermedad, y por tanto para las repercusiones posteriores, como lo son las complicaciones agudas (cetoacidosis e hipoglucemia por ejemplo) y -

crónicas (vasculares, nefropatía, retinopatía, neuropatía).

- 2.- El trastorno diabético que nos interesa somete al niño y al joven que lo padece, a situaciones de control y tensión difíciles de tolerar por su yo, inmaduro en el caso del niño, o en proceso reestructurativo en el del adolescente.
- 3.- Lo anterior explica la coincidencia que existe en cuanto a encontrar una diferencia significativa entre estos niños y jóvenes diabéticos y controles. Las investigaciones son variadas y van desde descriptivas hasta con fundamentación estadística.
- 4.- Al identificar factores que aparecen como características de sujetos bien controlados, encontramos que estos hacen referencia a variables como, nivel socioeconómico, escolaridad, C.I., edad del sujeto, duración de la enfermedad, rasgos de personalidad, situación de los Padres y rasgos de personalidad de éstos, situación y estructura familiar.
- 5.- En algunos de estos factores aún no hay total coincidencia, como sería el caso de la participación de la capacidad intelectual. Aunque de hecho solo se ha analizado a partir del C.I. y no del análisis comparativo de las diferentes

capacidades, en los dos subgrupos, (BC y MC) - lo cual posiblemente arrojaría luces en la com pre nsi ón de estas discrepancias.

- 6.- Los resultados reportados por investigadores - que analizan la participación de la familia - en el control de la enfermedad, son variados y se centran en indicadores de diferente índole_ para comparar los subgrupos de buen o mal control. Algunos han elegido, con respecto a la familia, parámetros psicopatológicos; otros se basan en una clasificación por rasgos de personalidad, más sujetos aún a variaciones debido_ a las diferencias que en el enfoque teórico - presentan los investigadores.
- 7.- Con respecto al análisis de la familia se plan tea que su estudio es reciente y los conocimien tos que de ella se tenían eran derivados de - las Terapias individuales y no del estudio de_ la familia como un todo. A raíz del interés - por la familia en conjunto han sugerido una se rie de escuelas que postulan principios bási cos y distintivos de la familia.

De estos enfoques el que hace énfasis en la - funcionalidad del sistema familiar es el Es--- tructural. Permitiendo, por otro lado, una de tección más clara y objetiva de esa funcionali dad debido a que los conceptos e indicadores -

planteados se encuentran operacionalizados. Facilitando su observación dentro del complejo sistema familiar.

- 8.- La detección de la funcionalidad familiar, puede ser llevada a cabo mediante el análisis de los límites, las jerarquías, las alianzas. Las coaliciones y la centralidad en el sistema familiar.

De acuerdo a los puntos sintetizados nos preguntamos si es posible determinar características intelectuales, de personalidad y/o familiares que distinguan al grupo de sujetos catalogados como "Buen Control" de los que forman el grupo de "Mal Control" bajo los criterios de asignación de sujetos a grupos que propone Maija Lisa.(49).

A manera de hipótesis y tomando en cuenta lo anterior, esperamos identificar elementos en el área Intelectual, en la de rasgos de personalidad y/o en la familiar; que permitan señalar diferencias entre el grupo de "Buen Control" y el de "Mal Control".

CAPITULO II

METODO

SUJETOS

Los sujetos de la presente investigación constituyen la totalidad de pacientes en edades entre los 8 y los 18 años; que con diagnóstico de Diabetes Juvenil se encuentran registrados en los servicios de consulta externa de la Clínica T 1 y T 21 del IMSS en León, Gto., o bien al mismo servicio en el Hospital Central Regional hasta enero del 82.

Los sujetos, todos ellos forman parte de un grupo que participó en una investigación (50) tendiente a determinar los problemas psicológicos y sociales que presentan los diabéticos juveniles. En el área de Psicología se valoraron trastornos intelectuales y emotivos utilizando pruebas psicométricas y proyectivas. En base a ellas se fundamentó un juicio clínico que en lo emotivo valoraba tres rasgos. Y en lo intelectual alguna baja existente en sus capacidades. Los rasgos fueron: Manejo de la agresión, Dependencia y Tolerancia a la Frustración. Se solicitó la colaboración de los sujetos, la de sus familiares y sus médicos.

De los sujetos que formaron aquel grupo, con nueve de ellos y sus familias se continuó la pre-

sente investigación, abocada a la detección de factores que participan en el control del padecimiento. El sujeto que se descarta es un joven de 18 años que se casó y aunque se finalizó su valoración, no era posible ya el explorar una de las variables a considerar que es la funcionalidad familiar.

Los criterios para la asignación de nuestros sujetos a los dos subgrupos (BC y MC), fueron basados en los que utilizó Koski (51) adaptando dos de ellos a nuestra cultura y posibilidades de diagnóstico. Los cinco criterios son los siguientes:

- 1.- Estatura. Debido a la relación que existe entre la hormona de crecimiento y el metabolismo de la insulina, una de las principales evidencias de un mal control constante, lo es la baja estatura, por lo que se considera que una talla normal o por arriba del percentil 10 para su edad es un indicador de buen control, y que por debajo de este límite se convierte en indicador de mal control. En el presente trabajo este indicador se evaluó mediante las tablas de comparación elaboradas por Malacara (52) en la Cd. de León, Gto., éste es uno de los criterios que requirieron adaptación.
- 2.- Cetonuria. Como ya se mencionó en los aspectos médicos la velocidad de producción de cuerpos

cetónicos en la diabetes sin control, sobrepasa con facilidad su utilización por parte del músculo estriado, provocando la cetosis, y con ello, dado que el umbral renal es bajo para ese compuesto, aparece la cetonuria. Por este motivo, la ausencia en orina, de cuerpos cetónicos en más del 50% de las muestras, que el paciente lleva a cabo periódicamente en su casa con acetest. Constituye otro criterio de buen control, y en el caso que dichas muestras revelen la presencia de cetonuria en más del 50% de ocasiones se considera evidencia de mal control.

- 3.- Glucosuria. En los criterios utilizados por Koski, se usó la prueba de laboratorio para encontrar niveles de glucosa significativos. Sin embargo en la presente investigación se utilizó la glucocinta, que si bien es un método semicuantitativo, es por razones de economía el utilizado por nuestras Instituciones de salud, reservando el método de laboratorio para casos de diagnóstico inicial. La glucocinta consiste en una tira de papel amarillo de la cual se corta un pedazo que se sumerge directamente a la orina. Al minuto se compara el color de la porción húmeda contra un patrón de colores que va desde el amarillo cuando es negativo, hasta el azul oscuro que equivale a (cuatro cruces)

++++, teniendo un rango de concentración de glucosa del 0.1 al 2%. Se considera como significativa una concentración de +++ (tres cruces) o más. Por lo cual nuestro criterio de buen control es el que presente ++ (dos cruces) en más del 50% de las muestras. Este análisis es realizado diariamente en la casa del niño por medio de la glucocinta y es anotado en un cuaderno.

4.- Glucemia. El nivel de glucosa en sangre es otro de los criterios básicos para determinar el control de la diabetes. Este indicador se obtiene por medio de análisis de laboratorio. Para ser ubicada en el grupo BC se requiere que el resultado no sea mayor de 200 mg. por 100 ml. por el método conocido como Somogyi-Nelson, (53) en más del 50% del total de muestras. Si por el contrario el resultado reveló un nivel por arriba del mencionado, se ubicó en el grupo de mal control. El análisis es llevado en forma periódica en el IMSS y en el H. C.R. y anotado en sus historias clínicas.

5.- Número de Hospitalizaciones por año. Considerando que la necesidad del servicio hospitalario es indicador de una complicación hiper o hipoglucémica y éstas una señal de descontrol, este último criterio nos permite ubicar a los

sujetos con más de una hospitalización por - - año, dentro del grupo de mal control, y a los sujetos que como máximo hayan tenido una hospitalización dentro del grupo de buen control.

El criterio original de M. Lisa (54) señala, que para pertenecer al grupo de buen control, sólo se permite la no satisfacción de uno de los anteriores criterios.

Es decir, que los sujetos que pertenecen al grupo de B.C. presentan en forma positiva 4 ó 5 de los criterios, y los de M.C. presentan en forma positiva de 0 a 3 indicadores.

En la presente investigación nos vamos a adherir a la propuesta original del autor mencionado, y de acuerdo a ello nuestros sujetos quedan ubicados de la siguiente manera:

GRUPO BUEN CONTROL

<u>Sujetos</u>	<u>Crecimiento</u>	<u>Cetonuria</u>	<u>Glucosuria</u>	<u>Glucemia</u>	<u>No.de Hospi- talizaciones por año.</u>
A	+	+	+	+	+
B	+	+	+	-	+
C	+	+	-	+	+
D	+	+	+	-	+
E	+	+	-	+	+

GRUPO MAL CONTROL

<u>Sujetos</u>	<u>Crecimiento</u>	<u>Cetonuria</u>	<u>Glucosuria</u>	<u>Glucemia</u>	<u>No.de Hospi- talizaciones por año.</u>
W	+	+	-	-	-
X	+	-	-	-	-
Y	+	+	-	-	-
Z	-	+	-	-	+

Las dificultades en la asignación de sujetos a grupo consistieron en que la mayoría tenía un registro muy irregular de la Glucosuria y la Cetonuria. En ocasiones faltaban datos porque no se realizaba el registro o la medición de ambas. Hay que considerar que estos dos controles se llevaban en casa. Las razones que aludieron fueron carencia de glucocinta y acetest, y olvido del paciente.

Tomando en consideración los subgrupos ya formados, las demás características de nuestros sujetos son:

<u>ETAPA EVOLUTIVA</u>	<u>GRUPO B.C.</u>	<u>GRUPO M.C.</u>
7-11 11/12	A,B,C,D.	W
12-14 11/12	E	X
15-18 11/12		Y, Z

<u>ESCOLARIDAD</u>	<u>GRUPO B.C.</u>	<u>GRUPO M.C.</u>
Continua sin reprobado	A,B,E	
Continua habiendo reprobado.	C,D	W
Desertó		X,Y,Z.

<u>EDAD DE INICIO DE LA DIABETES.</u>	<u>GRUPO B.C.</u>	<u>GRUPO M.C.</u>
---------------------------------------	-------------------	-------------------

4-4	11/12	A
5-5	11/12	C,E
6-6	11/12	W
7-7	11/12	Z
8-8	11/12	D,B
9-9	11/12	X
10-14	11/12	
15-15	11/12	Y

<u>TIEMPO DE EVOLUCION</u>	<u>GRUPO B.C.</u>	<u>GRUPO M.C.</u>
----------------------------	-------------------	-------------------

1-1	11/12	D
2-2	11/12	B
3-3	11/12	Y
4-4	11/12	W
5-5	11/12	A
6-6	11/12	X
7-7	11/12	C
8-10	11/12	E
11-11	11/12	Z

<u>SEXO</u>	<u>GRUPO B.C.</u>	<u>GRUPO M.C.</u>
-------------	-------------------	-------------------

Masculino	D,E	Y
Femenino	A,B,C.	W,X,Z.

INSTRUMENTOS

Las distintas variables a considerar en el presente trabajo, como son la conducta de control con respecto a la enfermedad, y los factores personales y familiares que participan en éste, nos llevan a considerar tres tipos de instrumentos de medición, a saber:

El primero, para registrar el control diabético, incluye cinco elementos objetivos a considerar, cada uno de los cuales, cuenta con forma de registro standar. Los elementos que han sido especificados en el apartado de sujetos son:

- El crecimiento, talla expresada en centímetros y contrastada con una tabla de comparación realizada por el Centro de Investigaciones de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. (55).
- El nivel de Glucosa en orina, registrada mediante cintas reactivas (glucocinta), que son comparadas en un patrón de color que califica con una cruz (+), dos, (++) o tres cruces (+++) la concentración- de glucosa.
- El nivel de Glucosa en sangre, que se obtiene mediante análisis de laboratorio y que se mide en gr/ml.

- La presencia de cuerpos cetónicos en la orina - registrados mediante una cinta reactiva, el - Acetest.
- Y por último, el No. de hospitalizaciones por - año.

El segundo grupo de instrumentos lo constituyen pruebas psicométricas y proyectivas, cuyo objetivo consiste en determinar los factores personales, intelectuales y emotivos, que caracterizan a los miembros de ambos grupos. (B.C y M.C.)

Se seleccionaron las siguientes pruebas.

- Escalas de Inteligencia de Wechsler WAIS y WISC.
- Test de la Figura Humana de Karen Machover.

La aplicación, calificación y/o interpretación de estos instrumentos, se llevó a cabo de acuerdo a la estandarización indicada en los manuales respectivos. En las escalas Wechsler se utilizó además del manual, la interpretación propuesta por Rappaport (56).

Las características de alta confiabilidad y validez, así como el tipo de información que proporcionan estas pruebas constituyeron la base de su selección.

Por último, el criterio de evaluación de la -

familia del diabético, presenta una fundamentación esencialmente teórica. Se revisa mediante el enfoque Estructural propuesto por Minuchin, (57) tanto la historia familiar como su actual estructura, - las relaciones entre los miembros y la posición de cada uno de ellos revisando más específicamente la ubicación del diabético y la movilización de la familia ante la aparición de complicaciones, ante - las restricciones y ante la enfermedad misma. Todos estos datos se obtienen mediante una entrevista a la familia mediante dos evaluaciones y se analizan a través de cinco conceptos básicos que permiten hacer una ubicación general en el continuo - de Funcionalidad-disfuncionalidad familiar.

Los conceptos fundamentales, ya descritos en la parte teórica son los siguientes:

Límites, Jerarquía, Alianzas, Coaliciones y Centralidad.

La evaluación es realizada por los entrevistadores con la supervisión posterior del asesor, ante quien se exponen las coincidencias y discrepancias de la observación conjunta. Categorizando en ese momento las respuestas, de acuerdo a los conceptos mencionados.

PROCEDIMIENTO:

Una vez reunidos los sujetos, se procedió a su ubicación en grupos. Como se mencionó, ellos participaron en un estudio básicamente médico, donde la participación de Psicología fué limitada a emitir un juicio clínico de los rasgos de personalidad y capacidad intelectual descritas en el apartado de sujetos. De ahí que se contara de antemano con los datos de la historia clínica que, ya actualizados nos permitieron asignar a los sujetos en los grupos de Buen Control (BC) y mal control (MC). Solo que el criterio que utilizamos para la asignación a grupos fué modificada con respecto a este estudio (Batta 1982) Preferimos adoptar el original de M. Lisa (1976) que fundamentó en su investigación sobre diabetes en niños.

Consideramos que una alteración en la cantidad de criterios no es justificable.

Los niños fueron evaluados psicométricamente en un consultorio psicológico particular, de manera individual; en dicha valoración se incluyeron entrevistas en la totalidad de los casos con la madre. Las cuales informaron de los datos generales y de desarrollo del niño o joven diabético.

Las pruebas se calificaron e interpretaron de acuerdo a sus respectivos manuales, procediendo a

registrar los rasgos de personalidad detectados en cada caso, así como el nivel de las diferentes capacidades que forman su inteligencia, (tomando la interpretación de Rappaport), comparando estas últimas tanto con la norma de la población como con su dotación natural.

Posteriormente se visitaba la casa de los sujetos, con cuya familia se había estipulado una fecha tal que la mayoría de los miembros pudieran estar presentes.

A las visitas acudíamos ambos entrevistadores, con el fin de valorar conjuntamente la funcionalidad familiar. Las entrevistas fueron del tipo abierto, dando como temas generales:

La reacción de la familia ante la enfermedad y su cronicidad, la historia de la familia. La formación de la pareja, las relaciones entre los diferentes miembros, entre éstos y los diferentes subsistemas. Así mismo se exploró la reacción de cada uno de los miembros de la familia ante una situación de emergencia en el paciente (hipoglucemia o hiperglucemia).

Durante la entrevista se estimuló la participación de todos los integrantes, promoviéndoles a contar relatos o su participación en actividades o sucesos familiares.

La coordinación de la entrevista estuvo a carg

go de ambos, no se juzgó conveniente usar un coordinador y un observador, ya que el propósito consistía en obtener la mayor información posible acerca de la estructura y la funcionalidad familiar, y, al ser la entrevista abierta existía la probabilidad de perder datos, la cual disminuía al ser dos personas las encargadas de la exploración, lo anterior se corroboró en el transcurso de la entrevistas.

El papel de los entrevistadores fué de guía y escucha, sólo ocasionalmente se anotaron datos durante la entrevista, al finalizar ésta, se realizó una síntesis de la información familiar estructurándola en base a datos de los subsistemas. En esta síntesis se analizaba con el asesor determinando en esos momentos la funcionalidad de los subsistemas familiares. Además de realizar con la participación directa del asesor un resumen de la dinámica familiar.

Las entrevistas fueron realizadas en las casas de los sujetos con un promedio de dos horas cada entrevista, al área oscila según las condiciones socioeconómicas de cada familia, y se realizó desde, amplias salas hasta habitaciones con varios usos (recámara-comedor-sala).

El ambiente aunque con expectación era amistoso, ya que conocíamos en la mayoría de los casos -

a la familia completa y en otros al menos a la madre. Debido a la entrevista de evaluación todas las familias sabían de nuestra actividad, y, que se había solicitado una entrevista a la familia completa, con el objeto de conocerla y así poder orientar en la relación con el sujeto.

La valoración con la familia constituyó la parte más tardada de la investigación, ya que se intentó en todos los casos que la totalidad de los miembros se encontrará presente en las visitas, que en general fueron de dos a tres visitas por familia. En algunas familias fué necesario realizar la entrevista faltando algún miembro, que, o bien se rehusaba a participar, o se iba a encontrar ausente todavía por un tiempo. En la síntesis, se describe en qué familias faltó algún miembro.

CAPITULO III RESULTADOS

SINTESIS DE LA ENTREVISTA FAMILIAR

SUJETO "A"	SUBGRUPO "BUEN CONTROL"		
PADRE	34 Años	1o. Profesional	Fabricante
MADRE	32 Años	Contador Privado	Hogar.
HIJA (PI"A")	8 Años	3o. Primaria	Estudiante
HIJO	3 Años	Sin escolaridad	-----

La pareja manifiesta cambios en su relación, a partir de la aparición del problema diabético en la niña. Anteriormente la relación tanto en cantidad como en calidad era superior a la actual, las diversiones y viajes de ellos solos, solían ser frecuentes. Y aunque no se descuidaba a los hijos, la pareja expresa que quizá había una despreocupación producto de su inmadurez, dado que no vivían la responsabilidad para con los hijos con la misma conciencia que ahora, esto último es más claro sobre todo para la esposa.

En términos generales describe un inicio de vida conyugal feliz de acuerdo a las expectativas de ambos, llena de experiencias e intereses compartidos. La pertenencia al mismo nivel socioeconómico les proveía de ideales comunes.

Las relaciones de la pareja se vieron disminuidas, el marido dedicó más tiempo a sus negocios

y la esposa al cuidado de los hijos. Las salidas de ellos solos se redujeron debido, sobre todo, a la actitud renuente de la esposa a dejar solos a los niños, a su preocupación constante por la seguridad y salud de los hijos, siendo éste el rasgo más notorio que se suscita a partir del trastorno diabético en la niña. Actitud que obviamente está influyendo en su capacidad para gozar la relación conyugal como antes lo hacía. Lo anterior parece ser generado por la culpa con que la madre vive la enfermedad de su hija.

No obstante tal disminución inicial de la relación ésta se sigue conservando en ciertos límites funcionales sobre todo de comunicación. En la familia éste fue el sistema que más resintió el ajuste a la nueva situación de la enfermedad, dado que las funciones parentales adquirieron una mayor importancia y casi suplieron a las conyugales. A este respecto las peleas entre la pareja son infrecuentes los reclamos que llegan aparecer son, por parte de la esposa su sensación de que el esposo se ha alejado del problema de la hija dejándole la mayor parte del control de la enfermedad a ella, aunque de hecho sí participa en la curación si se le solicita, sobre todo como acompañante. Por su parte el marido reclama el poco tiempo que su mujer le dedica, aunque ella en ocasiones accede a que salgan solos, sobre todo últimamente en que ma

nifiestan que su relación se ha ido incrementando. Como un dato paralelo se encuentra el que la señora se ha refugiado en la religión, y una buena parte de su tiempo libre la dedica a labores de caridad en grupos religiosos.

En relación a la niña diabética o mejor dicho, a partir de ahí, el rol parental desplaza al conyugal en la relación de la pareja. En cuanto aparece el problema, ambos padres enfrentan la situación con acciones, salen juntos para el tratamiento de la niña, la llevan a México, D.F., a E.E.U.U. y consultan varios endocrinólogos y estudian la enfermedad de la niña, quien en poco tiempo logra un control aceptable. A esta reacción inicial le sigue, en el caso de la madre, un incremento excesivo en su relación simbiótica con la niña. Tal situación continúa por espacio de casi dos años, a partir de esta fecha y por recomendaciones del médico y psicólogos, le va permitiendo a la niña una mayor libertad y la responsabilidad de sus actividades, aunque con una vigilancia estrecha en sus controles y una preocupación y temor constante que mantienen tensionada a la madre (ella manifiesta que solo ella lo sabe, ya que intenta que no sea notorio).

El padre se mantiene enterado constantemente del estado de la niña, su relación es poco frecuen

te debido a su trabajo, al cual le ha dedicado una mayor cantidad de tiempo, sin embargo, el tiempo libre lo dedica a su familia parece más adaptado a la cronicidad de la enfermedad de su hija y mantiene para con ella un nivel de exigencia mayor que el que mantiene la madre.

En general la relación con los hijos se da una manera constante y variada, existe una preocupación de ambos por el porvenir de los hijos, aunque como ya mencionamos, la madre presenta una preocupación extrema por la paciente identificada y temores de que a su otro hijo le suceda "algo" (enfermedades, accidente).

Los límites que rodean a los padres son claros permitiendo el acceso a los hijos pero manteniendo su autoridad, la cual es compartida y ejercida por ambos, marcándole a los hijos límites a sus exigencias, esto fue particularmente importante para lograr una actitud responsable en la niña diabética. Otro punto importante lo fue el acuerdo y apoyo que existe para lo que se exige. Ambos padres tratan de mantener para con los hijos la actitud que han acordado.

Entre los hijos no existe jerarquía, y cuando ésta es asumida ilegalmente es de inmediato corregida por los padres. La relación entre ellos es mínima de acuerdo a sus distintos intereses, la niña

se relaciona más intensamente con la madre, con ella juega o platica, en cambio el niño se dedica más a sus juegos.

En un tiempo la preocupación se extendió a ellos en forma manifiesta, ahora, a partir del intento de no expresión de tensión por parte de la madre, el cuidado parece natural.

El subsistema fraterno es más respetado ahora, la excesiva dirección que se tornó en ciertos momentos sobreprotectora para sus miembros ha cedido, en esto ha ayudado el creciente interés religioso de la madre, que era quien ejecutaba la sobreprotección, y que ahora se ocupa de ciertas actividades aparte de las familiares.

El contacto de la P.I. con la madre sigue siendo frecuente, para la niña la mamá es su confidente y cuantas veces puede se encuentra en su compañía, esto no impide tener amigas de su edad, visitarlas y jugar con ellas.

La paciente en cuanto a su enfermedad, sigue los controles que tiene estipulado aunque en la escuela trasgrede ocasionalmente el régimen alimenticio, come dulces al igual que sus amigas. Sus compañeras desconocen su problema, su mamá ha enterado a los maestros, pero se muestra temerosa en cuanto a que los otros niños o personas conocidas se enteren y la dañen burlándose, o bien, compadeciéndola.

Esto hace que la niña guarde para sí el secreto de su enfermedad y vivencie a ésta como algo bochornoso o denigrante. Ocasionalmente al principio, llegó a utilizar quejas somáticas como forma de manipular o chantajear a la madre para su beneficio o para eludir un castigo. Esta conducta se retira ante la actitud más abierta de la madre y más exigente del padre.

RESUMEN ESTRUCTURAL Y DINAMICO

SUJETO "A"

SUBGRUPO "BC"

	<u>S.Conyugal</u>	<u>S. Paterno</u>	<u>S.Fraterno</u>
Límites	Funcional	Tiende a lo funcional	Funcional
Jerarquías	Funcional	Funcional	Funcional
Alianzas	Funcional	Funcional	Funcional
Coaliciones	Funcional	Funcional	Funcional
Centralidad	Funcional	Funcional	Funcional

Resumen Estructural.

El subsistema conyugal que, al inicio del problema diabético en la P.I., reaccionó cediendo terreno a las funciones paternas y creando límites difusos a su alrededor, poco a poco ha ido estabilizándose de tal forma que en estos momentos los límites son claros, para con sus funciones pater-

nas. Existen alianzas funcionales (un tanto forzados por el lado de su esposa) para proteger sus actividades conyugales, en las cuales la autoridad es compartida. En la esposa encontramos una mayor tendencia al aglutinamiento con la hija y por tanto límites menos claros, sin embargo esto, que al principio fue exagerado, en la actualidad son esporádicas las actitudes sobreprotectoras que le llevaron a minimizar sus funciones de esposa, y sacrificar su vida social-conyugal por el cuidado de la P.I.

El subsistema parental presenta por tanto límites más claros en el caso del padre que en el de la madre, sin embargo, ambos comparten y ejercen la autoridad, poniendo límites a la conducta de los hijos. Conviven con ellos de acuerdo al tiempo que sus obligaciones le permiten, siendo la madre, por el contrato no explícito de la pareja, quien más permanece con ellos sin que esto implique descentralidad del padre ya que si participa en sus juegos y necesidades.

Los límites del subsistema fraterno son claros, existe protección para con ellos pero también un ambiente de independencia, no hay relación jerárquica entre ellos y sus relaciones tienden a ser funcionales aunque poco frecuentes por la disparidad de intereses.

RESUMEN DINAMICO.

La familia se caracteriza por una estructura funcional, con límites claros y jerarquía estable que son modificados con la enfermedad de la niña.- A partir de entonces se formó una relación más simbiótica entre madre e hija, donde el padre se ubica en su función de proveedor y protector del hogar, pero un tanto excluido de la relación binomial.

El papel del padre ha sido fundamental ya que ha impedido, haciendo uso de su autoridad, que la relación de sobreprotección se perpetúe, exigiendo a la esposa que cumpla como tal, y que abandone su actitud simbiótica con la hija.

Pensamos que la ayuda profesional que han obtenido, así como el mantenimiento de los límites funcionales de la pareja, que han ido recuperando su fuerza, son las condiciones que han permitido el control de la enfermedad.

En general podemos decir que posterior a la crisis que moviliza a los subsistemas ha habido un reajuste que permitió la reubicación jerárquica de sus miembros y por tanto sus funcionalidad.

RESULTADOS DEL SUJETO A

SUBGRUPO B C

Con respecto a sus capacidades intelectuales, encontramos que se ubican dentro de la norma de la población; atención, observación Análisis y Síntesis así como anticipación y planeación. Por arriba de la norma se encuentra su dotación natural, nivel de pensamiento, interés por adquirir conocimientos y su capacidad de anticipación e interpretación de las situaciones sociales (Juicio Práctico) y Juicio Teórico. Sus capacidades que son superiores al promedio son: Concentración, Memoria Visual y velocidad psicomotriz.

Tomando en cuenta su nivel de Dotación Natural, sus capacidades intelectuales se distribuyeron de la siguiente manera:

Dentro de lo esperado de acuerdo a su potencial se encuentran el: Interés por adquirir conocimientos, la capacidad de juicio, su nivel de pensamiento, capacidad de observación, capacidades de Anticipación e interpretación de las situaciones sociales (Juicio Práctico). Por arriba de su dotación están Concentración y Memoria Visual y Rapidez Psicomotriz. Por abajo de su dotación: Atención, Análisis y Síntesis y Planeación.

Sus características de personalidad más sobresalientes son: Ansiedad, Impulsividad, Dependencia

Dificultad para relacionarse y dificultad para aceptar su esquema corporal, temor al rechazo, depresión y necesidad de apoyo.

Los mecanismos de defensa que utiliza son básicamente Evasión y Represión.

SUJETO "B"

SUBGRUPO "BUEN CONTROL"

PADRE	Finado Médico	Fallece dos meses <u>an</u> tes del nac. de la - P. I.
MADRE	48 Años	Primaria - Empleada.
HIJO	23 Años	Profesional - Arquitecto Casado.
HIJO	21 Años	Estudiante de Profesional - Empleado casado.
HIJA	20 Años	Secundaria Comercial - Labo <u>o</u> res del Hogar. Casada.
HIJO	19 Años	Estudiante de Profesional - Empleado.
HIJA	17 Años	Secundaria Comercial - Se-- cretaria.
HIJA (PI"B")	10 Años	Primaria.

La situación conyugal es inexistente por fallecimiento del esposo hace 10 años. Desde entonces la señora se ha dedicado a trabajar en una - - tienda del Gobierno (IMSS) donde le consiguieron - empleo sus parientes, quienes, al quedar ella viuda, le insisten para que radique en esta ciudad - (León, Gto.) donde se encuentra su madre que es con quien vive hasta la fecha.

Ella ha expresado su sensación de impotencia_ y desamparo total al morir su esposo. Su actitud - es de duelo al morir éste. A la fecha su actitud - es de duelo no elaborado, su verbalización y movi-

miento son lentos y desganados. El contenido de su discurso se relaciona con quejas somáticas y reclamos por su situación, por carecer del apoyo de un hombre, ya que expresa que como mujer poco puede hacer. Su actitud ha sido pasiva, no se esfuerza por lograr metas, de hecho no se las propone, considera un logro importante el permanecer en su trabajo, ya que ella, según sus palabras, "no sabía hacer nada"

"el dinero que me dejó mi esposo se me acabó demasiado rápido, ya que estuvimos viviendo de él por varios meses, la única inversión fué la casa".

De esta forma pasa de una situación económica sólida, su esposo fué un médico prestigiado, al vivir ella y sus seis hijos, con su sueldo de empleada. Esto ocurre por algunos años hasta que los mayores crecen y contribuyen al sostenimiento global de la familia. Los tres hermanos mayores pasan a ocupar roles paternos en casa, dirigen y supervisan las labores de los hermanos más chicos; la abuela materna auxilia en las actividades domésticas, pero con poca participación en la educación de los hijos. La madre se dedica al trabajo y es consciente de la delegación de autoridad, no encontrando alternativa ya que ella se considera insuficiente por ser mujer. La madre expresa su dificultad para imponer autoridad cuando los hijos crecen en un principio se apoyaba en cuñados o hermanos -

para ejercer autoridad, sólo que más adelante, al ser adolescentes, los hijos no permitieron intrusiones. De esta manera, aunque los tres hijos mayores ya se casaron, la madre pide y establece alianzas con ellos, quienes además continúan ayudando al gasto familiar.

En el presente momento la familia se encuentra integrada por la madre, la abuela y los tres hermanos menores, el muchacho de 19 años, la muchacha de 16 y la P.I. de 10, el primero inicia su carrera profesional y trabaja en un despacho de arquitectos, la hermana terminó la secundaria comercial y trabaja como secretaria, existe cooperación entre ellos, participan en la problemática de los otros, pero también aparece un deseo de independizarse lo más pronto posible de casa. Los tres hermanos mayores se han casado jóvenes y los dos siguientes, que se encuentran en casa, piensan hacerlo pronto. Han podido estudiar y progresar por su propio esfuerzo. Expresan que la actitud dura del padre, cuando vivía hizo ser responsables a los mayores. Y éstos con los menores se han comportado también de esa manera. Al aparecer el problema diabético en la P.I., hace dos años todos los miembros de la familia se preocupan ya que es la más pequeña de la casa, en aquel tiempo sólo se había casado el mayor. La madre se preocupa y ocupa de su control, ella la inyecta y es quien la lleva al

médico. En aquel tiempo la hermana mayor, que se casaría al año siguiente, se ocupa de preparar su dieta especial independientemente de la comida preparada para todos. Esta función de vigilancia de la dieta, es tomada por la hermana siguiente, quien es también la que controla el cumplimiento de la P.I. en las labores escolares y de la casa. A este respecto se observó que esta hermana ejerce mayor autoridad que la madre, la obediencia es más inmediata ya que le preocupa hacerla enojar porque es "muy regañona" en cambio con la madre el acatamiento a sus órdenes es tardío y puede incluso no aparecer, pues sabe que a su mamá "se le pasa" o "a veces no dice nada".

La actitud en general de la P.I. es de alegría, le gusta mucho cantar, ríe con frecuencia y es bromista, su desempeño en la escuela es regular, la familia y ella manifiestan momentos de desesperación por las restricciones de la enfermedad, la llegan a ver pensativa o francamente enojada y desesperada por las inyecciones. Ella dice sentirse triste por momentos pero que éstos no duran. En términos generales siempre ha tenido un buen control, los períodos de crisis iniciales fue ron llevados con participación responsable, todos los miembros reaccionan con protección. Actualmente no aparecen crisis y se le pide que participen en su control. Ocasionalmente trasgrede las dietas

en la escuela tomando refresco o dulces, pero al sentirse mal retorna a su control habitual. Aunque no ejerce un control absoluto, ya que depende, para la dieta de la hermana. Si participa en responsabilizarse de su asistencia a citas.

SUJETO B

SUBGRUPO "BC"

	<u>S. Conyugal</u>	<u>S. Paterno</u>	<u>S. Fraterno.</u>
Límites	-----	Disfuncional	Funcional
Jerarquías	-----	Funcional	Funcional
Alianzas	-----	Funcional	Funcional
Coaliciones	-----	Funcional	Funcional
Centralidad	-----	Funcional	Funcional

RESUMEN ESTRUCTURAL.

El sistema conyugal desaparece al morir el esposo, la señora no vuelve a tener pareja y a partir de entonces centra sus funciones en el rol parental de proveedora de bienes. Los hijos mayores, por turnos, apoyan la función paterna ya que la madre ejerce una débil autoridad. Estas alianzas han resultado funcionales ya que no han sido permanentes, les han permitido realizar una vida independiente a la vez que participan. No existen coaliciones y no hay miembros descentrados. Los límites son difusos con respecto a la madre quien ocasionalmente es ignorada en decisiones importantes.

El subsistema fraterno mantiene límites claros con el subsistema paterno, las relaciones jerárquicas entre ellos es por edad y han resuelto -funcionales, ya que además de temporal es rotatorio. El subsistema establece claras alianzas para

protección de sus miembros supliendo así la protección del padre ausente. Aquí tampoco hay evidencias de coaliciones ni de elementos descentrados, su tendencia no sólo ha sido funcional sino que constituye el fundamento de la familia.

RESUMEN DINAMICO.

Dado el descontrol que sufre la madre ante la pérdida de la pareja, se mueven sistemas de protección tanto de su familia de procedencia como de la que ha creado. Su madre y hermanos la apoyan y protegen y sus hijos mayores se hacen cargo de ciertas funciones del padre ausente. Esta situación beneficia a la P.I. quien se encuentra no sólo aceptada sino protegida y controlada por una autoridad definida siempre presente en la familia.

La actitud de los hermanos al responsabilizarse del funcionamiento familiar y de su propia persona, ha llevado a que se le exija igual responsabilidad a la P.I. con respecto a su conducta y en particular en todo lo referente al control de su enfermedad, resultando con todo esto un buen desarrollo del control de su padecimiento.

RESULTADOS DEL SUJETO B

SUBGRUPO B.C.

Con respecto a sus capacidades intelectuales, encontramos que se ubican dentro de la norma de la población: Interés por adquirir conocimientos, Juicio Teórico, Nivel de pensamiento, Atención, Observación, Capacidad de Anticipación e Interpretación de situaciones sociales (Juicio Pífactico), Análisis y Síntesis, Anticipación y Planeación Memoria Visual y Rapidez Psicomotriz. Por arriba de la norma se encuentran Concentración y su dotación natural.

Con relación a su dotación natural, las capacidades intelectuales se distribuyeron de la siguiente manera: Dentro de lo esperado de acuerdo a su potencial están: Interés por adquirir conocimientos, Concentración, Nivel de Pensamiento, Atención, Análisis y Síntesis, Anticipación y Planeación, Memoria Visual y Rapidez Psicomotriz. Por abajo de su dotación: Juicio Teórico, Observación y Juicio Práctico.

Sus características de personalidad más sobresalientes son: Ansiedad, Impulsividad, Dependencia, Dificultad para relacionarse, Dificultad para aceptar su esquema corporal, temor al rechazo, Inseguridad, Agresión manifiesta y necesidades orales.

No sobresale ningún mecanismo de defensa.

SUJETO "C"		SUBGRUPO "BUEN CONTROL"
SUJETO "X"		SUBGRUPO "MAL CONTROL"
PADRE	43 Años	2o. Primaria. Velador.
MADRE	39 Años	Sabe leer y escribir sin_ escolarización.
HIJA	16 Años	2o. Comercio. Recién se - detecta Diabetes. Trabajo Eventual. Intendente.
HIJA	15 Años	6o. Primaria.
HIJA (PI"X")	14 Años	6o. Primaria Diabética - hace 5 años. Sirvienta - Eventual.
HIJA (PI"C"	11 Años	4o. Primaria Diabética - hace 6 años.
HIJA	10 Años	3o. Primaria.

La familia proviene de un poblado de Jalisco, sale de su localidad buscando posibilidades de superación económica. El esposo elige León porque - ahí se ubicaron otros parientes suyos (hermanos y_ primo) que se encontraban en las mismas condicio-- nes. La familia ya se encontraba formada por los - miembros que actualmente la componen.

La pareja se conoce en su lugar de origen y - contraen matrimonio, las condiciones del noviazgo_ son usuales en su comunidad, poco trato en térmi-- nos generales. La relación de la pareja ha sido, - desde su unión llevada con grandes períodos de ausencia por parte del marido, quien por temporadas_

que oscilan entre los 6 meses y 2 años se ha trasladado a E.U. de "mojado", regresando por períodos relativamente cortos (de 2 a 8 meses). Hasta esta última ocasión en que ha permanecido aquí por más de un año. Él comenta que su propósito había sido por esta vez, no regresar a E.U. pero que ahora - que lo despidieron de donde trabaja, según comenta él que por líos con el representante del sindicato, quiere regresar. La esposa le pide que intente conseguir otro trabajo, sus argumentos los basa en que sus hijas lo necesitan más en este momento en que se "hacen mujeres" y que "necesitan el respeto de un hombre".

La sensación de la señora es que se le deja con la enorme responsabilidad de cuidar a sus hijas, no habla de sus necesidades o deseos como esposa, éstos parecen ser superditados a su función de madre. Ella comenta al cuestionarle sobre este punto, que sí se siente sola en ocasiones "pero eso no importa" quienes más lo necesitan son a su modo de ver, las hijas, "yo no importo, importan ellas".

El despido del esposo y su deseo de salir nuevamente a E.U. coinciden con la aparición de la diabetes juvenil de su hija mayor declarada hace poco menos de 4 meses.

La conducta del esposo puede interpretarse de

huida ya que en sus intentos de conseguir otro trabajo, al toparse con los trámites rutinarios, tales como llenar una solicitud de empleo, le hacen desistir. El comenta que "las cosas son más fáciles del otro lado" ahí "no piden papeles pá trabajar".

Ante la actitud de la esposa él comenta que su principal función en casa es llevar dinero y que aquí no puede hacerlo, y cuando lo consigue paga es poca. El se siente apoyado por su familia, hermanos, hermanas, primos que viven en la misma calle (todos ellos construyeron sus casas pegadas una a la otra, aunque con comunicación únicamente por la calle) está seguro que ellos protegerán a su familia si algo les llega a pasar. Una observación pertinente a este respecto es que en una ocasión que llegamos, los entrevistadores, por la mañana y que no se encontraba el marido, en menos de 5 min. estábamos siendo interrogados por una hermana y un primo del esposo, solicitaban información del por qué y para qué estábamos ahí.

La de por sí, escasa relación de la pareja se ve entorpecida porque los familiares intervienen en forma directa en su vida matrimonial, con el consentimiento del esposo y aún de la esposa quien apoya sus demandas por medio de las cuñadas, a fin de cuentas en estos casos el marido decide y la -

esposa acata sin que la pareja tenga opción a oponerse.

El período que ha estado en casa el esposo, lo dedica a participar en actividades con toda la familia en sus tiempos libres, su trabajo de velador le dá oportunidad de tener un día libre por uno de trabajo. Las actividades que realiza son con la familia en su totalidad, implicando con ello que la relación con su esposa no se incrementa significativamente. No obstante, la percepción de ella es de mucha satisfacción al ver al marido en casa.

Los límites que rodean a los padres son en extremo flexibles. Los familiares cercanos tienen autoridad, y algunos, un nivel de influencia tan grande o más que los padres. Las funciones de autoridad también se llegan a delegar en las tres hijas mayores, quienes toman dicho rol sin especificación del tiempo ni de circunstancias.

En términos generales ha sido la madre quien ha asumido el peso de las funciones del subsistema. Debido a las ausencias del padre, ha sido quien ha decidido acerca de las cosas convenientes para sus hijos, sus apoyos en este sentido lo constituyen los familiares y la hija mayor. La actitud de las tres hijas mayores es de cierta cooperación pero también de rivalidad y negativismo sobre todo

en la hija diabética adolescente quien le contesta y no permite regaños a diferencia de la menor que por lo general "es obediente". El tiempo que el padre ha permanecido en casa no ha alterado grandemente estas relaciones. Sin embargo le permite a la madre encontrar un apoyo más directo donde a través de acusaciones que ella descarga sobre el padre, éste reacciona reprendiendo a las hijas en apoyo a su esposa.

Las hermanas se relacionan con niveles de autoridad definidos por la edad, aunque las edades cercanas no admiten con facilidad su papel de subordinados, lo que acarrea problemas y en ocasiones golpes.

La paciente "X" juega uno de los papeles más agresivos dentro de los hermanos, siendo al mismo tiempo la que menos se relaciona tanto dentro, como fuera de la casa. La relación con la madre es conflictiva, estallando a la menor provocación.

Paciente "C" se encuentra más disposición de las indicaciones de mamá. Su relación con las hermanas es de subordinación aunque manifiestan que últimamente se niega a cumplir encargos que le piden las hermanas, su relación con la gente de dentro y de fuera de casa es activa, participa y se comunica. Su actividad es aún muy infantil, concentra toda su atención en los juegos y ocasionalmen-

te en su escolarización. Su desempeño escolar es -
regular, obteniendo calificaciones promedio.



SUJETO "C"

SUBGRUPO "BC"

SUJETO "X"

SUBGRUPO "MC"

	<u>S. Conyugal</u>	<u>S. Paterno</u>	<u>S. Fraterno</u>
Límites	Disfuncional	Disfuncional	Disfuncional
Jerarquías	Disfuncional	Disfuncional	Disfuncional
Alianzas	Disfuncional	Disfuncional	Disfuncional
Coalicio- nes	Funcional	Disfuncional	Disfuncional
Centrali- dad	Disfuncional	Disfuncional	Funcional

El subsistema conyugal en términos generales es inexistente ya que a la falta de complementariedad y acomodación mutua, se agrega la separación real que ha constituido la norma de la relación, por tanto los límites son más bien rígidos entre los miembros de este subsistema donde el marido no le reconoce a la esposa necesidades de pareja. Obviamente la autoridad es ejercida plenamente por el esposo, debiendo ella acatar en forma absoluta sus órdenes.

La repercusión de esta relación, en el subsistema parental se deja sentir, ya que estas funciones no ejercidas debidos a la ausencia del marido son tomados por parientes paternos madre e hijas mayores dando por resultado una autoridad poco de-

finida e inconstante, con límites difusos, donde la jerarquía de la madre sólo es respetada por las hijas menores. Existen alianzas disfuncionales de los hijos con los parientes cercanos, lo cual disminuye más aún la autoridad de la madre. También hay coaliciones de las hijas mayores contra la madre apoyándose mutuamente en la falta de aceptación de su jerarquía.

En el subsistema fraterno existen límites difusos ya que todos los parientes pueden intervenir en la vida de cualquiera de los miembros. Entre ellos la jerarquía es concebida por edad pero variablemente apoyada por la madre, lo cual la convierte en disfuncional.

RESUMEN DINAMICO

El origen campesino de la pareja les proporciona las pautas culturales de relación, las cuales han sido establecidas por tradición y definen claramente las funciones del hombre como proveedor y autoridad y a la mujer como trabajadora del hogar y sumisa ante la autoridad del esposo. Esta estructura es rota frecuentemente debido a las ausencias del padre, que él justifica como laborales pero que también coinciden con fuertes problemas familiares como son la enfermedad de sus hijas.

Dada la cultura que acepta la ausencia, del hombre como algo natural y la sustitución de la figura paterna por los parientes de este en forma que podríamos plantear como tribal... Esto posiblemente tenga importancia para atenuar o modificar la aparente fractura conyugal debido a las ausencias. Sin embargo cuando el padre está presente el sistema se integra y en su ausencia continúa parcialmente vigente a través de la familia de él y de la espera pasiva de la madre.

Los factores de aceptación o negación de la enfermedad, en el caso de esta familia, parecen estar en relación con la edad de aparición del padecimiento.

La P.I. menor (P.I."C") presenta una mayor aceptación de la enfermedad, su actitud es de acatamiento para las disposiciones que dicta la madre en relación a su control, aunque tampoco presenta una actitud de autocontrol, que sería de esperar iniciará en la edad actual, al contrario de esto la deja en manos de la madre.

Dada la escasa capacidad de la madre, su cultura campesina y su pasividad, solamente es capaz de manejar a sus hijos en los primeros años de su vida. En el caso de "C" el padecimiento se inicia a los 5 años de edad, la autoridad materna pudo funcionar bien, mientras que, en el caso "X" que

se inicia a los nueve, la autoridad materna ya no funciona bien.

Aparte de la falta de autoridad de la madre - con sus hijos mayores pensamos que el factor edad (adolesc) y los requerimientos sociales de esta etapa pueden, por lo menos en este caso, ser un reforzador de la rebeldía que lleva a negar su padecimiento y por tanto a romper el tratamiento.

RESULTADOS DEL SUJETO C

SUBGRUPO BC

Con respecto a sus capacidades intelectuales, encontramos que se ubican dentro de la norma de la población: Interés por adquirir conocimientos, Capacidades de Juicio Teórico, Concentración, Nivel de Pensamiento, Dotación Natural, Atención, Observación, anticipación e Interpretación de situaciones sociales (Juicio Práctico), Análisis y Síntesis Memoria Visual y Velocidad Psicomotriz. Se encuentra por abajo del promedio Anticipación y Planeación.

Con relación a su Dotación Natural, las capacidades intelectuales se distribuyen de la siguiente manera: Dentro de lo esperado de acuerdo a su potencial están: Interés por adquirir conocimientos, Juicio Teórico, Nivel de Pensamiento, Atención, Observación, Capac. de Anticipación e Interpretación de las situaciones sociales, Análisis y Síntesis, Memoria Visual y Rapidez Psicomotriz. Arriba de su dotación solamente está concentración y por abajo anticipación y planeación.

Sus características de personalidad más sobresalientes son Ansiedad, Impulsividad, Dependencia, Dificultad para relacionarse, Inestabilidad, Depresión, malas relaciones familiares y timidez.

El mecanismo de defensa que utiliza básicamente es la Evasión.

RESULTADOS DEL SUJETO X

SUBGRUPO M.C.

Con respecto a sus capacidades intelectuales, encontramos que se ubican dentro de la norma de la población: Interés por adquirir conocimientos, Concentración, Nivel de Pensamiento, Dotación Natural, Atención, Observación y Memoria Visual y Rapidez Psicomotriz. Por abajo del promedio están anticipación e Interpretación de situaciones sociales (Juicio Práctico), Anticipación y Planeación y Análisis y Síntesis siendo deficiente con respecto al promedio su memoria visual y rapidez psicomotriz.

Tomando en cuenta su dotación natural, sus capacidades intelectuales se distribuyeron de la siguiente manera; dentro de lo esperado de acuerdo a su potencial se encuentran Interés por adquirir conocimientos Juicio Teórico, Concentración, Nivel de Pensamiento, Atención, Observación, Análisis y Síntesis, Memoria Visual y Rapidez Psicomotriz. Se encuentran por abajo, de su dotación natural Juicio Práctico y Anticipación y Planeación.

Sus características de personalidad más sobresalientes son: Ansiedad, Impulsividad y Dependencia, Dificultad para relacionarse, Dificultad para aceptar su esquema corporal, Temor al rechazo, Inseguridad, agresión manifiesta, Agresión reprimida y Malas relaciones familiares.

Los mecanismos de defensa que utiliza son: -
Evasión, Represión, Negación y Regresión.

SUJETO "D"		SUBGRUPO "BUEN CONTROL"	
PADRE	43 Años	2o. Primaria	Albañil.
MADRE	42 Años	Sin escolaridad Analfab <u>e</u> ta.	Ama de casa.
HIJO	18 Años	4o. Primaria	Albañil.
HIJO	15 Años	Primaria	Obrero.
HIJO	13 Años	Primaria	Obrero.
HIJO (PI"D")	11 Años	3o. Primaria	-----
HIJA	9 Años	2o. Primaria	-----
HIJA	6 Años	Sin escolaridad.	-----
HIJA	3 Años	Sin escolaridad	-----

La familia presenta como característica el ser numerosa y de recursos económicos bajos, los hijos aportan parte de su sueldo para el mantenimiento económico del hogar.

El subsistema conyugal se encuentra integrado de una forma tradicional, donde la autoridad se encuentra centrada en el esposo, quien toma decisiones acerca no sólo de lo que concierne a ambos, como sería la educación y control de los hijos, sino también de la conducta de su esposa, decidiendo por ella la utilización de su tiempo y las actividades que debe desempeñar. Las consecuencias a un no acatamiento de sus órdenes va desde un rega-

ño hasta los golpes (en una de las ocasiones de entrevista nos tocó ver a la señora con un ojo hinchado y morado producto de un golpe de su esposo). Por otro lado la relación entre ellos es limitada a las actividades rutinarias de la casa, no salen solos jamás. Los paseos y diversiones son practicados sólo por los tres hijos mayores, aunque lo más común es que la familia no salga para nada, por motivos económicos. La señora da muestra de aceptación pasiva a su rol, son frecuentes sus verbalizaciones de resignación... "uno como mujer no puede decidir", "uno no sabe como mujer es más tonta". - El esposo manifiesta su aceptación a estos roles como una forma natural... "como deben ser las cosas" "para eso nacimos los hombres, para trabajar y mandar en las casas", por otro lado, su actitud es muy hogareña, no sale de su casa si no es a su trabajo. Sin embargo esta actitud no repercute en sus relaciones para con los miembros de la familia, quienes lo ven como muy reservado, casi nunca comenta y es frecuente que se la pase dormido o acostado. Su mayor relación es para con el P.I. a juicio de los demás miembros de la familia.

Como padres la pareja presenta características emanadas de sus relaciones conyugales, esto es la esposa se encuentra descentrada como madre, carece de autoridad para con los cuatro hijos mayores y es blanco de cohaliciones que el padre esta-

blece con los hijos. Estos últimos no sólo desacatan sus disposiciones sino que la enfrentan y ordenan, llegando a situaciones tan severas como el que uno de los hijos mayores (el 2o.) la haya insultado, con la total indiferencia del padre a tales hechos.

La autoridad está por tanto situada en el padre y seguido de éste en los hijos mayores quienes tienen la prerrogativa de ordenar y maltratar a los hijos menores, sobre todo a las mujeres. En este sentido al PI se le protege ya que los mayores tienen la consigna por parte del padre, de no molestarlo por su enfermedad, ya que ellos notaban recaídas al existir conflicto entre éste y los mayores, y aunque no es llevada a cabo en forma total la indicación del padre, si es para todos notoria, la existencia de una distinción en el trato que recibe el PI. A este respecto es importante señalar que al aparecer el trastorno diabético la reacción de los padres fue de una afectación evidente. Agudizada por su personalidad, la madre perdió el sueño por meses y en ese tiempo se la pasaba llorando; el padre también se entristece pero incrementa la relación con el PI. y en las ocasiones en las que fue internado (esto solo al inicio del padecimiento, en el 1er. año) ambos padres asistían a verlo y en los momentos de crisis, que son igualmente raras ya que están bien controladas,

su actitud es positiva, esto es, de ayuda efectiva.

La madre lo intentó sobreproteger, cuando aparece el problema, sin embargo la poca autoridad - que ejerce en este caso le facilitó al niño el continuar con una vida sin cambios drásticos.

Los hijos se encuentran jerárquicamente organizados por edades aunque en aquellos que se encuentran cronológicamente cerca no es eficaz el dominio del mayor, las dificultades entre ellos frecuentemente terminan en golpes y ésta es igualmente la forma en que se impone la autoridad en los menores. Las relaciones entre los miembros, más - que fraternos son de autoridad, las alianzas entre ellos son más bien raras y son frecuentes las coaliciones contra un tercero, incluyendo en esto a - la madre quien puede llegar a ser blanco de tales asociaciones. El único control en estas relaciones lo constituye el padre, aunque no siempre se involucra, siendo inconstante en las situaciones en - las que interviene, pareciendo que lo determinante en esto es su estado de ánimo.

El paciente identificado en este subsistema - goza de ciertas prerrogativas no tan evidentes - - pues aunque no se le agrade tan constantemente, si aparecen actitudes de hacerlo irritar por parte de los mayores.

En cuanto al P.I. en particular es, de los 4 mayores (hombres todos), el que mejor mantiene relaciones con todos los hermanos y con los padres, su actitud agresiva, aunque aparece, no es explosiva como en los mayores. En cuanto a su enfermedad se cuida en forma más o menos constante y en ocasiones llega a desesperarse y llora por su suerte, sin embargo, esto no es frecuente y como ya se mencionó, lleva una vida con actividades de un niño de su edad. No se le dificulta la dieta aunque ocasionalmente la trasgrede lo más difícil a su parecer es la inyección diaria.

SUJETO "D"

SUBGRUPO "BC"

	Subsistema Conyugal	Subsistema Paterno	Subsistema Fraterno
Límites	Disfuncional	Disfuncional	Disfuncional
Jerarquías	Disfuncional	Funcional con respecto a 'D'	Disfuncional
Alianzas	Disfuncional	Disfuncional	Disfuncional
Coalicio <u>o</u> nes	Disfuncional	Disfuncional	Disfuncional
Centrali <u>i</u> dad	Disfuncional	Disfuncional	Disfuncional

Resumen Estructural.

La pareja conyugal no se encuentra establecida como tal, ya que no existe complementaridad ni acomodación mutua, la autoridad está centrada en forma absoluta en el esposo, siendo la pareja descentrada como madre y como esposa, relegada a funciones de limpieza y atención de todos los miembros de la familia, su autoridad es limitada a los niños menores y siempre menor que la de los hijos mayores incluido el paciente identificado.

En relación al subsistema parental, encontramos que si bien, en el caso de la madre los límites son difusos, en el caso del padre los límites son claros, su jerarquía bien definida y las funciones paternas son cumplidas. En la familia existen cla-

ras alianzas por sexo que en lo general funcionan, pero que en relación con la madre tienden a ser permanentes coaliciones cuya característica es en sí misma difuncional.

Al subsistema fraterno se le permite una considerable independencia, aunque diferencial ya que son los hombres los que tienen tales prerrogativas, las niñas se encuentran más ligadas a la autoridad de la madre y de los hermanos varones que son los mayores.

Entre ellos las jerarquías es por edad, salvo el caso del P.I. el cual por alianza con su padre, es protegido contra los abusos de los mayores.

Resumen Dinámico.

Es fundamental la claridad con que están establecidos los roles de hombres y mujeres. La autoridad de los varones es aceptada por la madre, quien los mira como proveedores a los cuales se les soporta hasta maltratos físicos, es dependiente de ellos y les teme.

El abuso físico de los mayores a los menores está claramente establecido y el papel de la mujer es de servidora de las labores del hogar. Las áreas de responsabilidad tanto de los cónyuges, como de los hijos mayores están objetivamente definidos y

son generalmente cumplidos, lo cual ubica a esta familia dentro de una función jerárquica clara. La protección y el acercamiento efectivo del que ha sido objeto el paciente identificado por parte del padre, ha dado como resultado una ganancia secundaria patente, que tiene que ver con la aceptación de la enfermedad por parte del P.I. y por tanto con el control que ejerce sobre la misma.

La actitud de participación del padre, que no niega ni huye de la problemática del hijo, ha constituido una base firme para el control de la enfermedad, la cual, además de despertar un acercamiento protector por parte del padre, ha permitido a la pareja vivir estos momentos de crisis con solidaridad y cooperación. Siendo igualmente esta función protectora la que ha librado al P.I. de la brutalidad del trato de los hermanos mayores quienes se miden en sus reacciones con el paciente, básicamente por el temor al padre. Estas actitudes lo han ubicado como uno de los miembros centrales ya que mantiene relaciones no conflictivas con todos los miembros.

RESULTADOS DEL SUJETO "D"

SUBGRUPO B.C.

Con respecto a sus capacidades intelectuales, encontramos, que se ubican dentro de la norma de la población: Juicio Teórico, Concentración, Nivel de Pensamiento, Dotación Natural, Observación, Anticipación e Interpretación de situaciones sociales (Juicio Práctico) Análisis y Síntesis y Anticipación y Planeación. Y por abajo del promedio Interés por adquirir conocimientos, Atención y Memoria Visual y Rapidez Psicomotriz.

Tomando en cuenta su Dotación Natural, sus capacidades intelectuales se distribuyen de la siguiente manera: Dentro de lo esperado de acuerdo a su potencial se encuentran la capacidad de juicio teórico, Concentración Nivel de Pensamiento, Observación, Capacidad de Anticipación e Interpretación de situaciones sociales (Juicio Práctico). Análisis y Síntesis y Anticipación y Planeación. Por abajo de su dotación; Interés por adquirir conocimientos, Atención, Memoria Visual y Rapidez Psicomotriz.

Sus características de Personalidad más sobresalientes son: Ansiedad, Impulsividad, Dependencia, Dificultad para relacionarse, Dificultad para aceptar su esquema corporal, temor al rechazo, Inseguridad y Mala Identificación con su rol psico

sexual.

Los mecanismos de defensa que utiliza básicamente son: Evasión y Represión.

SUJETO "E"

SUBGRUPO "BUEN CONTROL"

PADRE	37 Años	Músico.	Concertista.
MADRE	35 Años	Inicio el Estudio de la Música.	Maestra de Canto.
HIJO (PI "E")	14 Años	2o. Secundaria	-----
HIJO	11 Años	5o. Primaria	-----
HIJA	3 Años	-----	-----

En términos generales la familia está integrada por la madre y los tres hijos, el padre se encuentra ausente aunque esto no ha sido definido en forma legal. Las entrevistas por tanto fueron llevadas a cabo sin la presencia del padre.

El subsistema conyugal se encuentra actualmente desintegrado, desde hace aproximadamente un año cuando el esposo decidió romper relaciones con la pareja. El motivo aludido fue el sentirse presionado por la casa y su trabajo. Donde a pesar de ser un concertista distinguido los contratos son escasos y la paga poca. Si bien la situación se define hace un año, las relaciones, comenta la esposa, se encontraban deterioradas con anterioridad precisamente desde el tiempo en que aparece el trastorno diabético en el paciente identificado. La conducta del esposo en ese tiempo fue de caer en la apatía, no se involucraba en el tratamiento del niño, sólo

se entristecía y pasaba la mayor parte del tiempo en silencio cumpliendo contratos que él buscaba en otras ciudades. La esposa manifiesta que previo al conflicto su relación era buena, sus discusiones mínimas y su comunicación constante debido sobre todo al compartir intereses similares por la música. El esposo jamás asistió a las consultas con los médicos. En los períodos de crisis hiper e hipoglucémicas que sucedieron al inicio de la enfermedad, y que culminaban con el internamiento del niño en el hospital, el padre no se presentaba, aunque, manifiesta la esposa, se encontraba profundamente deprimido no hablaba y lloraba la mayor parte del tiempo. Ella define el carácter del señor como reservado y poco comunicativo con los hijos, sus intentos de relación fueron en referencia a una educación musical de éstos, los cuales han reaccionado, pero sobre todo el P.I., con un rechazo a la música clásica.

La relación de comunicación en la pareja es muy esporádica, el esposo espacía las visitas por meses siendo estas visitas de muy poca duración, esto es, por horas y cuando mucho se queda a dormir, y se va al día siguiente. Su vida se encuentra dedicada a su profesión y sus relaciones sociales se limitan a una intensa relación de amistad con un compañero músico, a decir de su esposa.

La reacción de la señora a la separación ha sido de tolerancia hacia la conducta del esposo con la ilusión de que recapacite y regrese, sin embargo por otro lado ha aumentado de peso significativamente, deformando su figura. En las diversas ocasiones que se realizó la entrevista éste tema le provocó dolor y llanto.

Las funciones parentales se encuentran centradas en la madre, ella es quien ejerce la autoridad por completo. Manifiesta sentir los dos papeles como una pesada carga, aunque su sensación no es de ahora, que prácticamente se encuentra sola, sino aún desde que su esposo se encontraba en casa, ya que él no participaba de la educación de los hijos.

El paciente identificado ocupa, en varios aspectos el papel paterno faltante con el apoyo de la madre a ese respecto.

Por otro lado la actitud para con los hijos pero sobre todo para con el P.I. es de responsabilizarlos de sus acciones y de permitirles una toma de decisiones libre con apoyo de su parte. Al P.I. le exigió el autocontrol de su enfermedad (asistencia médicos, regulación de alimentos y ejercicios), desde los 10 años por consejo de su endocrinólogo.

Su conducta para con ellos, es amigable y alegre pero dado su carácter impetuoso puede imponer

su autoridad.

Existen alianzas para con los hijos pero éstas tienden ser productivas, no hay coaliciones manifiestas. Sólo es posible en este punto notar la aprobación que la madre expresa, no verbalmente - pero sí con su actitud (se ríe ante ello y lo comenta constantemente), ante el rechazo del P.I. para con su padre por su abandono. El reclama sus ausencias y cuando no está, a su madre le dice que no se aflija, que a ellos de todas maneras no les hace falta y que a final de cuentas nunca se encontraba en casa. Como ya se comentó las crisis debidas a la enfermedad son enfrentadas por la madre, - ante éstas, su reacción pasó de ser angustiada, - desesperada y con culpa, a tristeza y coraje.

El paciente identificado, dadas las condiciones de carencia de figura paterna, ocupa un papel primordial dentro de este subsistema, ya que como la madre trabaja, él pasa a funcionar como responsable de la casa en su ausencia. La relación con el hermano siguiente, es actualmente cordial ya que, aunque ejerce autoridad, el hermano menor le admira e imita sus gustos y aficiones. Las dificultades que llegan a presentar entre sí no son duraderas y hacen referencia a un ejercicio rígido de autoridad y la consiguiente reacción agresiva del hermanito. Con anterioridad, en el período de ini-

cio de enfermedad, era muy agresivo con el hermano.

Con respecto a la hermana más pequeña a la que le lleva 11 años su relación sin ser muy constante, es de cuidados, con ella el papel paterno de protección y educación es el más evidente.

El P.I. ante su enfermedad ha pasado por períodos de gran descontrol, sobre todo en los primeros años, donde no existía conciencia de la enfermedad y sólo aparecía una reacción de coraje y trasgresiones constantes al control que su enfermedad exigía. Esta rebeldía se expresaba en un estado de irritación constante, alrededor de los 7 años su agresión era descargada en el hermano siguiente y en comer con exceso cuando siempre fue de mal apetito.

A partir de los 10 años su control ha mejorado notablemente las hospitalizaciones han cesado y en estado de ánimo solo presenta coraje ocasionalmente cuando se inyecta. Su control no es total y en alguna situación, sobre todo social, ingiere refrescos. Sin embargo, en cuanto su organismo reacciona a sus excesos, retorna a su actitud de control.

GRUPO B C

SUJETO "E"

	<u>S. Conyugal</u>	<u>S. Paterno</u>	<u>S. Fraterno</u>
Límites	Disfuncional	Funcional	Funcional
Jerarquías	Disfuncional	Funcional	Funcional
Alianzas	Disfuncional	Funcional	Funcional
Coalicio- nes	Funcional	Funcional	Funcional
Centrali- dad	Disfuncional	Disfuncional	Funcional

RESUMEN ESTRUCTURAL

El sistema conyugal es en el presente, objetivamente inexistente, dado que el esposo abandona el hogar. Cuando ha existido la relación, los límites que rodean a la pareja han sido difusos en extremo no protegen de la intromisión de otros miembros de la familia y aún extrafamiliares, el esposo se descentra y delega absolutamente la autoridad y responsabilidades en la esposa, no hay alianzas, el no apoya ni coopera con los problemas de la familia.

El sistema parental por tanto funciona con un sólo miembro la madre, la cual mantiene su nivel jerárquico y límites claros para con los hijos. La situación, acarreada por el abandono del esposo, le lleva a apoyarse en el hijo mayor (P.I.) en quien -

delega autoridad, pero funcionalmente, ya que ésta la ejerce de una manera temporal y explícitamente limitada, haciendo de ello una alianza productiva.

Para con el subsistema fraterno existe por parte de la madre una actitud de respeto a su independencia pero también de exigencia con respecto a sus responsabilidades, lo cual es fundamental para el funcionamiento familiar. Las relaciones entre los hermanos es en general de alianzas funcionales sin que por ello dejen de existir fricciones ocasionales entre ellos debido sobre todo a la delegación de autoridad sobre el mayor.

RESUMEN DINAMICO.

Dado la pasividad y ausencias constantes del padre, la madre ha tomado ambos roles de manera tal que ha podido delegar la responsabilidad funcional, la correcta ejecución de su autoridad le ha permitido contener la ansiedad de los hijos ante la salida del padre. No obstante la fuerza expresada en su actitud como madre, se ve doblegada en su vivencia como mujer ya que sobrelleva, la separación con depresión y desplazando hacia excesos alimenticios su pérdida.

Aunque la madre hace coincidir el inicio del enfriamiento en la relación con su esposo con el inicio del problema diabético en el niño. Su acti--

tud hacia el P.I. ha sido de protección y responsabilidad, no ha caído en ningún extremo del continuo sobreprotección-rechazo.

El paciente identificado ayudado por esta actitud materna, ha podido tener un control externo cuando fue necesario y el apoyo actual para su responsabilización en el control de la enfermedad la cual vive como una carga, le da coraje, pero no la niega ni minimiza su importancia.

RESULTADOS DEL SUJETO "E"

SUBGRUPO B.C.

Con respecto a sus capacidades intelectuales, encontramos que se ubican dentro de la norma de la población: Concentración, Atención y Anticipación y Planeación. Por arriba del promedio se encuentran Interés por Adquirir conocimientos, Juicio Teórico, Nivel de Pensamiento, Dotación Natural, Observación, Capacidad de Anticipación e Interpretación de situaciones sociales (Juicio Práctico), Análisis y Síntesis, Memoria Visual y Rapidez Psicomotriz.

Tomando en cuenta su nivel de Dotación Natural, sus capacidades intelectuales se distribuyeron de la siguiente manera: Dentro de lo esperado de acuerdo a su potencial se encuentran su nivel de pensamiento, la capacidad de observación, Análisis y Síntesis, y por abajo de su dotación; Interés por adquirir conocimientos, Juicio Teórico, Concentración, Atención, Juicio Práctico, Anticipación y Planeación, Memoria Visual y Rapidez Psicomotriz.

Sus características de personalidad más sobresalientes son: Ansiedad, Impulsividad, Dependencia, Inestabilidad, Inseguridad, Agresión, Reprimida, Preocupación por su esquema corporal, Competi-

tividad.

Utiliza básicamente los mecanismos de defensa de Evasión y Compensación.

SUJETO "W"

SUBGRUPO "MAL CONTROL"

PADRE	57 Años	Empleado CFE	Jubilado
MADRE	54 Años	Enfermera	(no ejerce)
HIJA	31 Años	Secundaria.	Casada.
HIJO	29 Años	Secundaria.	Casado
HIJA	27 Años	Secundaria.	Casada.
HIJA	25 Años	Secundaria.	Casada.
HIJA	22 Años	Primaria.	
HIJA	20 Años	Estudió Comer_	Trab.Secreta_
		cio.	ria
HIJA (PI "W")	10 Años	4o. Primaria	

Las funciones de madre las ejerce la abuela materna, con quien vive desde su nacimiento. Ella, la paciente, fue producto de la seducción de un tío político materno cuando la madre real contaba con 12 años de edad. La familia en general aceptó la idea de la madre, que en aquel tiempo ya tenía 5 años de vivir sola con sus hijas de hacer pasar a la niña como hija suya contando entonces con 44 años. Se prohibió a la familia el decirle a la niña la verdad de su nacimiento, imperando esta restricción hasta la fecha, siendo la suposición de todos que la niña continúa ignorante.

En sus expresiones la paciente se maneja ubicada dentro de la familia, habla de sus "hermanas" y de su "mamá" con naturalidad.

Actualmente en la casa viven el papá, la mamá, la menor de las hijas reales y la paciente; aunque de hecho todos los hijos en algún momento del día pasan a visitarla, a desayunar o a llevarles mandado. De esta forma, por ejemplo, el hijo; diario asiste a desayunar y les lleva la leche, otras hijas le proveen de legumbres y frutas, la hija 5a. (madre de la P.I.) vive cerca con su esposo e hijos y se encarga de auxiliar en la limpieza ya que la madre sale a un pequeño negocio (vende tortas y tiene mesas de futbolito) que tiene cerca de su casa. Estas actividades y actitudes de los hijos son rutinarias y denotan el papel central que la madre sigue jugando en sus vidas, en cuyas decisiones participa constantemente a petición de ellos mismos.

La madre describe a sus hijos como buenos pero "nerviosos", el hombre padece de epilepsia, otra de las hijas neurodermatitis, la que queda en casa 6a. hija sufre de asma y terrores nocturnos y en términos generales todos son muy ansiosos e irritables, sobre todo la mamá real de la paciente, quien todo el tiempo fué la "rebelde" de la casa, hasta que se casó y tuvo otros hijos. Al parecer el esposo actual también ignora que la P.I. fue su primera hija.

La madre misma se describe como nerviosa, no

irritable sino más bien excesivamente controlada, tiene la creencia que ella debe aguantar todo, que muchas cosas no tienen solución. En general en las situaciones de entrevista personal y familiar se mostró triste, abatida, con sonrisas un tanto forzadas, describiendo los padecimientos de la familia con actitud de resignación.

A raíz de la seducción de su hija rompe con su familia, dado que el apoyo, se le dió al cuñado de ella, señalando que él era incapaz de lo que se le acusaba y que sólo buscaba "cargarle" a alguien la nieta. Ella se siente desprotegida y como hacía ya 5 años que se había separado de su esposo, se refugia en sus hijos y se dedica a sostener económicamente la casa.

Desde hace aproximadamente 5 años lleva vida marital con un empleado de la CFE jubilado, sus relaciones han sido constantes y el señor vive en casa aunque viaja regularmente.

La señora adopta una posición sumisa y el señor dominante conservando una gran independencia en sus acciones sale cuando quiere y en ocasiones no llega a dormir. El cónyuge si restringe las actividades de la señora, quien para cualquier acción debe consultar. Los límites y jerarquías no son funcionales. Aunque la señora admite ser feliz en esta relación y que los problemas que en ella

se han presentado han sido más bien por las atenciones que ella le brinda a la niña (P.I.) y ante las cuales él reacciona con celos pidiéndole que se la lleve a su "verdadera madre", sin embargo en este punto la señora no cede y aunque no responde tampoco le hace caso, aguantando todos los regaños y pensando "he de cargar con la niña". La intromisión de la niña en el subsistema conyugal es claro ya que en todas las ocasiones que el señor no está y sí en otras en las que está, la niña se duerme con la mamá argumentando temor no obstante de dormir en la misma habitación.

El cónyuge no realiza funciones paternas, más que esporádicamente de autoridad para con las dos hijas que quedan con ellos y con las casadas más bien no se relaciona. Las funciones parentales están centradas en la madre.

Los límites no se encuentran claramente definidos y, sobre todo con la paciente, todos los "hermanos" adoptan un rol paterno y se les concede variablemente una autoridad sobre ella. Es regañada y sobreprotegida por ellos algunas veces con aceptación y otras con rechazo por la madre.

Actualmente la relación es más que nada entre la 6a. hija y la P.I., donde la primera expresa coraje por la preferencia que la madre tiene para con la niña. Pelea y la regaña con frecuencia aun-

que también adopta ocasionalmente un papel de su protectora.

La P.I. es sumamente ansiosa, se muerde las uñas, presenta problemas escolares serios, le han pasado con las más bajas calificaciones y ha reprobado. El control de su enfermedad, de por sí deficiente se ha visto gravemente deteriorado en los últimos tres meses de los cuales ha pasado 4 períodos de 15 días cada uno internada por hipo e hiperglucemia.

La relación más intensa y significativa la tiene para con su madre (abuela) aunque al parecer es en ambos sentidos constituyendo una relación simbiótica. La niña manifiesta no sentirse mal por ser diabética "como su mamá". Su actitud con respecto a su enfermedad es de descuido dejando todo el control a la vigilancia de la madre. La niña no oculta su problema, al contrario constituye su primera comunicación e inclusive hace bromas acerca de sus internamientos en la clínica. En varias de sus actividades es independiente, traslados a la escuela, a citas, en juegos. La sobreprotección familiar está centrada en el control de su dieta y la administración de la insulina.

Este último período de agravamiento parece coincidir con los problemas conyugales que han ge-

nerado entre los padres, pero también por el mal -
cálculo en la cantidad de insulina que le inyecta_
su "mamá" (enfermera titulada)!"

SUJETO "W"

	<u>S. Conyugal</u>	<u>S. Paterno</u>	<u>S. Fraterno</u>
Límites	Disfuncional	Disfuncional	Disfuncional
Jerarquías	Disfuncional	Disfuncional	Disfuncional
Alianzas	Disfuncional	Disfuncional	Disfuncional
Coalicio- nes	Disfuncional	Disfuncional	Disfuncional
Centrali- dad	Disfuncional	Disfuncional	Disfuncional

RESUMEN ESTRUCTURAL

En el subsistema conyugal los límites son difusos y la autoridad no compartida. Aparentemente se centra en el esposo, pero la mujer no ejecuta sus disposiciones, no hay alianzas ni coaliciones de ambos, aunque si de la madre con los hijos en contra del esposo. El esposo básicamente descentra do por la esposa, quien lo aísla en la toma de decisiones.

Parentalmente la única figura reconocida es la materna la cual no ejerce su autoridad de manera abierta, la delega inestablemente, de tal forma que los límites que debían protegerla se tornan difusos y extremadamente permeables con su pleno sentimiento.

Establece rígidas alianzas con los diferentes miembros familiares, los cuales llegan a transformarse constantemente en coaliciones. El padre no aparece como tal sino como el esposo de la madre, es totalmente descentrado y víctima de las coaliciones de la familia.

El subsistema fraterno es permanente invadido por la madre, quien no permite que sus hijos se despeguen, por lo tanto los límites son también básicamente difusos, las jerarquías por edad no son respetadas siempre, pero tampoco son siempre apoyados y nunca explícitamente delegados. No existen alianzas entre hermanos.

RESUMEN DINAMICO.

Familia no integrada, con ausencia de padre, matriarcal en la cual al padrastro no se le permite ni él se interesa de jugar el papel paterno. La madre se relaciona con sus hijos estableciendo intensas relaciones rígidas y constantes de donde continúa obteniendo beneficios prácticos. Los hijos e hijas casados siguen formando, aparentemente debido a su dependencia, un sistema cerrado con la madre, en general la familia se maneja como una familia aglutinada, donde no se permite la independencia de sus miembros y donde además, el conflicto en uno de ellos repercute en todos los sistemas.

Aparentemente la madre maneja a sus hijos como una propiedad, de la misma manera maneja su relación con su actual marido. Centraliza en ella las distintas unidades de la familia.

La administración de insulina equivocada, es de tipo ambivalente y simbiótico, en la cual, la culpa, activa la sobreprotección y el rechazo queda claramente marcado en la necesidad de la madre de informar "en secreto" la situación de su verdadero origen. Lo que seguramente ha generado en la niña una gran dependencia reactiva, mecanismos de negación y el uso de su enfermedad para ganar atención y reafirmarse. Lo cual ha generado una actitud neurótica de necesidad de cercanía física que se muestra de ambos lados al dormir y sin necesidad, en la misma habitación y frecuentemente en la misma cama.

La amenaza de la pérdida de seguridad en la relación con la madre, debido a las exigencias del padrastro de que la niña se fuera con su verdadera madre, provoca un agravamiento de la sintomatología, aunque la madre afirma que la niña jamás se dió cuenta de esta situación.

La función del matriarcado se evidencia por la ausencia permanente de la figura paterna.

En la niña la enfermedad le ayuda a identificarse con la supuesta madre, haciéndole sentir la

comprobación de su pertenencia a ella. También es usada en momentos de crisis para incrementar la relación simbiótica con la madre.

De esta forma, dado que la enfermedad se convierte en su aliada para atraer el afecto y atención de su madre y hermanos, así como la ganancia secundaria que obtiene al convertirse en centro de atracción durante sus hospitalizaciones. Parecen ser factores explicativos de su despreocupación frente al tratamiento.

Es notorio que también en la madre existen ventajas ya que la enfermedad le refuerza la simbiosis misma, que es utilizada para agredir y aislarse del marido. Ocultando de esta forma su incapacidad de relacionarse íntimamente en plan de pareja heterosexual.

RESULTADOS DEL SUJETO "W"

SUBGRUPO MC

Con respecto a sus capacidades intelectuales, encontramos que se ubican dentro de la norma de la población: Interés por adquirir conocimientos Capacidad de Juicio Teórico, Concentración, Nivel de Pensamiento, Dotación Natural, Atención, Observación. Por abajo del promedio se encuentran su Capacidad de Anticipación e Interpretación de situaciones sociales, Análisis y Síntesis Anticipación y Planeación y Deficiente en relación con el promedio su memoria visual y rapidez psicomotriz.

Tomando en cuenta su Dotación Natural, sus capacidades intelectuales se distribuyeron de la siguiente manera: dentro de lo esperado de acuerdo a su potencial se encuentran su Interés por adquirir conocimientos, Juicio Teórico, Concentración, Nivel de pensamiento, Atención, Observación, por debajo de su dotación está su capacidad de Anticipación e Interpretación de situaciones sociales, - - (Juicio Práctico), Análisis y Síntesis, Anticipación y Planeación. Siendo deficiente con respecto a su dotación, su Memoria Visual y Rapidez Psicomotriz.

Sus características de personalidad más sobresalientes son: Ansiedad, Impulsividad, Dependencia, Dificultad para relacionarse, Inestabilidad, Difi-

cultad para aceptar su esquema corporal, Agresión_ manifiesta, Mala Identificación, Necesidades Ora-- les, Depresión.

Los mecanismos de defensa que utiliza son: -
Evasión, Represión y Negación.

SUJETO "Y"

SUBGRUPO "MAL CONTROL"

PADRE	45 Años	Primaria	Pespuntador Independiente.
MADRE	43 Años	Primaria	Hogar.
HIJO	21 Años	Arquitect <u>u</u> tura	Ayuda eventualmen <u>te</u> te en el taller.
HIJA	20 Años	Primaria	Casada vive en ca <u>sa</u> sa de sus padres.
HIJO	19 Años	Primaria	Casado (no vive - en casa).
HIJO (PI"Y")	17 Años	2o. Se-- cundaria	-----

La estructura jerárquica de la familia es tra
dicional, el padre es quien primordialmente ejerce
la autoridad, su relación con los demás miembros -
de la familia es estrecha ya que su lugar de trabau
jo es la propia casa y todos participan o han partiu
cipado en la labor que les proporciona el sostén
económico a la familia. El señor tiene máquinas -
puespuntadoras para zapatos, en su domicilio, realiu
za trabajos por pedido, el negocio es propio y leu
pagan por cantidades de trabajo. Actualmente viven
en casa la mayoría de los integrantes de la famiu
lia, excepción hecha del 3er. hijo que ya se casó,
se incluyen además el esposo y los hijos de la heru
mana casada. En el negocio antes mencionado partiu
cipan rutinariamente el padre, la madre y el pau

ciente identificado, eventualmente el hermano mayor ayuda los fines de semana en que regresa a casa, ya que él estudia arquitectura en la ciudad de Guanajuato, a una hora y cuarto de León.

La hermana casada se dedica a las labores del hogar y atender a sus dos hijos, la relación de ella es básicamente con su madre pues las dos son encargadas del mantenimiento de la casa, el esposo trabaja en un taller de calzado.

Los padres presentan características de protección muy especiales para con los hijos, pero sobre todo para el P.I. ya que si bien están atentos al cumplimiento de las restricciones le apoyan decisiones que no se justifican y que van en contra de su desarrollo, como lo fue el abandonar la escuela aludiendo "dolores" que los médicos no encontraron razón de su magnitud. Al respecto de esta actitud de sobreprotección es conveniente hacer notar que en cuanto aparece el trastorno diabético, hace dos y medio años, la actitud de todos los miembros de la familia fue esa, le compraban ropa, lo sacaban a pasear, le llevaban juguetes y artículos deportivos. Mencionan que en todos la tristeza fue evidente; el padre reaccionó con una actitud de consuelo para el P.I., pero buscando alternativas, su involucración emocional era evidente de tal forma que por ratos lloraba de tristeza; la ma

dre lo vivencia como castigo divino, su actitud es de tristeza pero también de rebeldía. Es ella - - quien más al pendiente se encuentra del cumplimiento del regimen alimenticio y de la inyección de inulina. En los hermanos podemos decir que en general fué de tristeza y de querer compensar la enfermedad con obsequios.

El cambio más radical se dió en el paciente mismo, ya que todo, incluyéndose él notaron la - - transformación de su carácter, que de ser alegre - risueño, juguetón, se tornó irritable y rebelde en extremo, sobre todo con las restricciones del tratamiento, sus constantes trasgresiones le llevaron en el primer año, a seis hospitalizaciones. Si esta conducta le era señalada, respondía en forma - agresiva de tal manera que nadie le podía recordar ni mencionar su problema sin que él reaccionara - violentamente.

Esta actitud ha cedido mucho en el último semestre, aunque continúa trasgrediendo sus restricciones ahora lo hace de manera ocasional y con - - cierta presión social por no ser diferente a sus - amigos.

Sin embargo continúa siendo presionado por la madre para asistir a las citas médicas. Y en ocasiones, sobre todo en las inyecciones, se desespera y amenaza con su deseo de morir. Aquí parece -

que la culpa o el dolor les impide a los padres -
servir de contención a su angustia.

SUJETO "Y"

SUBGRUPO "MC"

	S. Conyugal	S. Paterno	S. Fraterno
Límites	Funcional	Disfuncional	Disfuncional
Jerarquías	Funcional	Disfuncional	Funcional
Alianzas	Funcional	Funcional	Funcional
Coaliciones	Funcional	Funcional	Funcional
Centralidad	Funcional	Funcional	Funcional

RESUMEN ESTRUCTURAL.

El subsistema conyugal es el que en cierta forma ha resentido más el trastorno del P.I. dado que, si bien siempre habían cedido terreno a las funciones paternas, haciendo que sus límites se tornaron difusos, con el paciente esta situación se torna más frecuente aunque igualmente fluctuante. La autoridad es distribuida tradicionalmente, concede al esposo mayores poderes, sin embargo esto no es absoluto y se le permiten a la esposa su participación en las decisiones de ambos estableciendo con ello alianzas funcionales que les permiten mantener límites claros a su alrededor. La inexistencia de coaliciones o de miembros descentrados fortalece el subsistema.

Como padres, la pareja tiende a la sobre protección de sus hijos, al aglutinamiento que los mantiene preocupados por los problemas de cada uno

de ellos. Al ser todos mayores su autoridad disminuye disfuncionalmente, pues por un lado los sostienen y por otro les restan responsabilidades. Las alianzas que los padres llegan a establecer permiten mantener al subsistema funcionando, ya que cuando por acuerdo hacen uso de su jerarquía para implantar una norma, esta tiende a ser funcional.

Al subsistema fraterno se les permite libertad para la toma de decisiones, las relaciones entre ellos no son jerárquicas. Existen alianzas tendientes a la protección sobre todo del P.I. que siendo el menor ha recibido sobreprotección y sobregratificación.

Sin embargo los límites de este subsistema no son claros, como su libertad cabría suponer, ya que ellos solicitan la intromisión del subsistema paterno en forma franca o encubierta, siendo por tanto sus límites difusos.

En este subsistema tampoco existen coalición ni miembros descentrados. En esta familia hay una mayor tendencia a la funcionalidad, los aspectos que la limitan son su tendencia al aglutinamiento y a la dificultad de los padres en el ejercicio de la autoridad.

RESUMEN DINAMICO.

La pareja presenta una capacidad para la intimidad que le permite sanear el ambiente de la familia, sin embargo existe incapacidad de su parte para manejar la autoridad en la imposición de normas y responsabilidades en los hijos. En particular la relación con el P.I. se ve afectada, en ese sentido, por el sentimiento de culpa y el dolor no elaborado de los padres, del cual el sujeto obtiene beneficios secundarios que refuerzan su descontrol. El hecho del que ni el paciente ni la familia hayan aceptado la enfermedad en plan realista y objetivo y el que al P.I. no le hayan puesto claros límites de autoridad permiten crear las condiciones para el descontrol de la diabetes.

Otro factor de importancia que llama nuestra atención es el hecho de que, dada la edad de presentación del problema en el P.I. la reacción a la enfermedad es intensa, lo cual contrasta con lo observado en adolescentes cuya aparición de la enfermedad fue en la niñez y parecen hacer una mejor adaptación al control de la enfermedad. Lo cierto es que este adolescente no acepta su problemática y trasgrede constantemente sus restricciones haciendo caso omiso de las recomendaciones de los padres. El factor social en este caso contribuye a

ejercer presión sobre el control ya que las tras--
gresiones más frecuentes se dan en grupos de ami--
gos ante quienes no hace evidente su enfermedad, -
para preservar su inclusión en un grupo de igua--
les.

RESULTADOS DEL SUJETO "Y"

SUBGRUPO MC.

Con respecto a sus capacidades intelectuales, encontramos que se ubican dentro de la norma de la población: Interés por adquirir conocimiento, Juicio Teórico, Concentración, Nivel de Pensamiento, Dotación Natural, Atención, Anticipación y Planeación y Memoria Visual y Rapidez Psicomotriz. Estando arriba del promedio su capacidad de Observación, Anticipación e Interpretación de situaciones sociales (Juicio Práctico), Análisis y Síntesis.

Tomando en cuenta su Dotación Natural, sus capacidades intelectuales se distribuyen de la siguiente manera: Dentro de lo esperado de acuerdo a su potencial se encuentran su capacidad de Juicio Teórico, Concentración, Nivel de Pensamiento, Atención, Anticipación e Interpretación de situaciones sociales, Análisis y Síntesis, Anticipación y Planeación, Memoria Visual y Rapidez Psicomotriz. Estando por arriba de su dotación, natural su capacidad de Observación, y por abajo de la misma su Interés por adquirir conocimientos.

Sus características de personalidad más sobresalientes son: Ansiedad, Impulsividad, Dependencia, Inestabilidad, Temor al rechazo, Agresión, sentimiento de minusvalía y rigidez.

Los mecanismos de defensa que utiliza son: Negación, Regresión y Compensación.

SUJETO "Z"

SUBGRUPO "MC"

PADRE	45 Años	Primaria Incompleta	Fabricante en pequeño.
MADRE	43 Años	Primaria Incompleta	Hogar
HIJA	24 Años	Secundaria	Casada.
HIJO	23 Años	Secundaria	Casado.
HIJA	21 Años	Secundaria	Casado.
HIJO	19 Años	2o. Bachí- llero	Ayuda al padre en su taller.
HIJA (PI"Z")	18 Años	Primaria	Hogar
HIJA	14 Años	2o. Secunda ria.	
HIJO	12 Años	6o. Prima- ria.	
HIJA	11 Años	5o. Prima- ria.	

La relación objetiva entre los esposos es - - constante, sobre todo debido a que el marido realiza su trabajo en casa, tiene un taller en la parte interna de la casa.

Sin embargo las relaciones emotivas entre - ellos son distantes según refiere la esposa (El esposo se negó a participar en la entrevista aludiendo trabajo. Aunque su actitud fue de amabilidad).- Ella indica que el principal motivo de tensiones - entre ambos es la adicción de su esposo al alcohol problema que, manifiesta, se incrementa al aparecer

el trastorno diabético en la P.I.

En general sus relaciones de pareja se ven reelegadas por las funciones parentales. La relación entre ellos se limita a las mínimas necesarias para realizar las actividades que cada uno desempeña. El esposo o bien está absorto en su trabajo o está tomando, la esposa realiza las labores de la casa con la ayuda de los hijos que aún permanecen en ella.

Los límites en la pareja no son claros, son tan permeables que los hijos asumen roles de compañía propios de una pareja. Lo usual, en este sentido es que la esposa salga de paseo o al cine con alguno de sus hijos. Los esposos no salen solos desde hace ya algunos años.

En el sistema parental encontramos una actitud paterna de evasión ante los problemas de los hijos y una excesiva intromisión de la madre en los asuntos de éstos.

La gran mayoría de los hijos se han casado ya. Viven actualmente en casa los padres y los 5 últimos hijos. La autoridad es ejercida básicamente por la madre la participación del padre se limita a proveer de bienes a la familia, y aunque también ejerce autoridad para con los hijos, ésta se limita a las actividades diarias y no situaciones de conflicto que, inclusive, los hijos no quieren

comunicarle por temor a que su reacción sea el emborracharse.

Si bien la autoridad está centrada en los padres, se delegan funciones paternas en los hijos mayores, en especial se delega la responsabilidad de las labores domésticas en la paciente identificada siendo ella la encargada de coordinar las actividades de los hermanos menores en la realización de dichas tareas. Los límites que rodean al subsistema parental son difusos, permitiendo la relación de alianzas disfuncionales de las madres con los hijos (hijas principalmente) mayores y del padre con el hijo varón que trabaja con él. En general la característica de padre descentrado debilita los límites y la jerarquía del sistema familiar.

En este subsistema la P.I. ocupa un lugar central debido a las funciones de autoridad que ejerce en forma constante causando una disfunción familiar. Actualmente en casa se encuentra un hermano mayor que ella y los tres menores, dos niñas y un niño. La actitud de los hermanos en un principio fue de gran cooperación, llegando a soportar todos ellos en forma voluntaria la dieta que médicamente se le exigía a ella. Actualmente la paciente pide la cooperación de ellos sobre todo para salir a la calle a donde nunca sale sola. Los hermanos peque-

ños aunque sometidos en casa se prestan al juego - de la sobreprotección para con la P.I.

Con respecto a su actitud ante la enfermedad_ la paciente ha tenido cambios drásticos en el largo lapso de tiempo (11 años) en que la ha padecido, en un principio la autoagresión por medio de la enfermedad era evidente al trasgredir las dietas, la aplicación de la inyección, etc., la familia manifiesta un cambio drástico de estado de ánimo al - aparecer la enfermedad; de ser una niña risueña y alegre, pasa a ser sensible e irritable. En la actualidad expresa estar arrepentida de su falta de control en la enfermedad, ya que esto le acarreó - serios problemas en cuanto a su crecimiento, y si bien actualmente no parece presentar grandes problemas para el control si han aparecido molestias_ renales y visuales. La familia parece constituir - un refugio para la paciente, la relación que establece con los diferentes miembros es de una gran - dependencia.

Con sus padres la relación de dependencia es clara, pero sobre todo para con la madre, a su padre lo siente débil, prefiere no relatarle problemas y ocultar cuando se siente mal para "no deprimirlo y que no tome". El que la familia constituya su fortaleza parece expresarse en una exagerada - preocupación por los problemas de sus hermanos, por mínimos que éstos sean.

SUJETO "Z"

SUBGRUPO "MC"

	S. Conyugal	S. Paterno	S. Fraterno
Límites	Disfuncional	Disfuncional	Disfuncional
Jerarquía	Disfuncional	Disfuncional	Disfuncional
Alianzas	Disfuncional	Disfuncional	Funcional
Coaliciones.	Disfuncional	Disfuncional	Disfuncional
Centralidad	Disfuncional	Disfuncional	Funcional

RESUMEN ESTRUCTURAL.

El subsistema conyugal es definitivamente disfuncional, las relaciones son mínimas y solo limitada a las responsabilidades diarias de ambos, hay límites rígidos entre ellos dos y difusos para con los hijos, no comparten autoridad, contraponen sus órdenes y nunca establecen alianzas. Se valen de los hijos para establecer coaliciones contra el cónyuge.

Esta relación obviamente repercute en el subsistema parental en el cual los límites difusos, las alianzas rígidas y las coaliciones en la que los hijos se ven obligados a tomar partido, impiden una estructura jerárquica funcional que contengan los problemas familiares.

El subsistema fraterno es, por todo lo anterior, vulnerable en extremo a las intromisiones de los padres, sus límites en exceso permeables no lo protegen. La autoridad es delegada por los padres a diferentes hijos de acuerdo a sus alianzas y coaliciones lo cual crea conflictos entre ellos, esta autoridad, por otro lado, no es explícitamente delegada ni consecuentemente apoyada.

Entre ellos mantienen ocasionalmente alianzas funcionales, sobre todo para protección de los miembros que lo requieren, su funcionalidad radica en su carácter provisional y que se lleva a cabo entre miembros de esta subsistema. Una característica más es que ningún miembro es descentrado, lo que no ocurre con el parental por lo que podemos conceptualizar a este subsistema como menos desorganizado.

RESUMEN DINAMICO.

Es esta familia no se ha establecido un sistema matrimonial debido, de acuerdo a lo que se pudo observar, a la actitud de rivalidad de ambos padres y en particular a la del padre que evita los problemas evadiéndolos con su alcoholismo. Lo anterior es reflejado en el incremento de su alcoholismo a partir de la aparición del trastorno diabético en la P.I.

Al inicio de la enfermedad la niña reacciona con extrema rebeldía ante las restricciones físicas; la inestabilidad del matrimonio no puede contenerla y continuamente cae en comas cetoacéticos e hipoglucemias debidas a claras trasgresiones. Ante esto, la reacción del padre era y continúa siendo el tomar, lo que se le hacía saber a la niña o ella lo observaba provocándole tensión y angustia y por tanto un agravamiento de la enfermedad, esta dinámica se conserva, y es utilizada para mantener al padre bajo control.

Es notoria la disfuncionalidad de la familia en su totalidad, la cual es evidente en el caso de nuestra sujeto ya que el claro amalgamiento de los miembros de la familia le proveen a la P.I. de ganancias secundarias, ya que la ubican como centro de atracción y protección familiar, aunque con un costo elevado para su condición humana que se ha visto restringida a la vida familiar por temor a hacer cosas fuera de casa y recaer, y con ella su padre. La madre juega constantemente el rol de la víctima, y se ve precisada a tomar la autoridad, la cual le resulta opacada ante los hijos debido al primer rol que juega y en el que sustituye la inconsistencia paterna por la unión de los hijos.

RESULTADO DEL SUJETO "Z"

SUBGRUPO MC.

Con respecto a sus capacidades intelectuales_ encontramos que se ubican dentro de la norma de la población: Juicio Teórico, Concentración, Nivel de Pensamiento, Dotación Natural, Anticipación e Interpretación de Situaciones Sociales (Juicio Práctico), Análisis y Síntesis, Anticipación y Planeación y Memoria Visual y Rapidez Psicomotriz. Y por abajo del promedio están Interés por adquirir conocimientos, Atención y Observación.

Tomando en cuenta su Dotación Natural sus capacidades intelectuales se distribuyen de la siguiente manera: Dentro de lo esperado de acuerdo a su potencial están Juicio Teórico, Concentración - Nivel de pensamiento, Observación, Juicio Práctico, Análisis y Síntesis, anticipación y Planeación y Memoria Visual y Rapidez Psicomotriz. Entontrándose por abajo de su dotación, Interés por adquirir conocimientos y Atención.

Sus características de personalidad más sobresalientes son: Ansiedad, Impulsividad, Dependencia, Dificultad para relacionarse, Inestabilidad, Dificultad para aceptar su esquema corporal, mala identificación necesidades orales y sentimientos de minusvalía.

Los mecanismos de defensa que utiliza son: - Evasión y Represión.

RESUMEN INTEGRATIVO.

SUJETO "A"

SUBGRUPO "BC"

- I.- Familia funcional, con límites claros y jerarquías adecuadamente establecidas, que mantiene alianzas por subsistemas y donde no existen coaliciones ni miembros descentrados. La enfermedad de la P.I. ha sido paulatinamente asimilada por la familia, la cual en un inicio pareció desajustarse al ser minimizadas las funciones conyugales y exageradas las parentales con el objeto de sobreproteger a la enferma. Esta actitud de la pareja tiende a recobrar su equilibrio debido a la intervención jerárquica de la figura paterna. La P.I. jerárquicamente bien ubicada lleva a cabo sus controles médicos responsabilizándose de algunas rutinas y otras, depositadas en la madre, son acatadas cuando se le indica.
- II.- Sus capacidades intelectuales se encuentran en su mayoría, arriba del promedio. Su dotación natural está arriba de la norma, y son superiores al promedio concentración y velocidad psicomotriz. Con respecto a su Dotación Natural, se encuentran por abajo de lo esperado los subtest que miden Atención, Análisis y Síntesis, Anticipación y Planeación.

III.-Los rasgos más marcados encontrados en sus - pruebas de personalidad son Ansiedad, Impulsividad, Dependencia, Reacciones Depresivas, Dificultad para relacionarse, Dificultad para - aceptar su esquema corporal, Temor al Rechazo y Necesidad de Apoyo. Utilizando marcadamente los mecanismos de defensa de: Evasión y Re-- presión.

SUJETO "B"

SUBGRUPO BC

- I.- Familia que carece de figura paterna, con una madre que presenta dificultades para imponer su autoridad, pero que jerárquicamente la ha delegado de manera funcional en los hijos. Los límites hacia la madre tienden a ser difusos, pero el hijo que por turno es el encargado de las funciones parentales fortalece y aclara los límites a ejercer, al parecer eficazmente y sin gran menoscabo de su persona, la autoridad. Estas alianzas son funcionales no hay coaliciones ni miembros descentrados. La P.I. es responsabilizada, por el hijo parental, de su autocontrol. Siendo también función de este hijo la protección de la paciente.
- II.- La mayor parte de sus capacidades intelectuales se encuentran dentro del promedio. Su dotación natural está arriba del promedio al igual que la capacidad de concentración. Con respecto a su dotación natural, se encuentran bajas sus capacidades de: Juicio teórico y práctico, y observación.
- III.- En los resultados de sus pruebas de personalidad los rasgos más sobresalientes son: Ansiedad, dependencia, Nec. orales, dificultad pa-

ra aceptar su esquema corporal; temor al rechazo, agresión manifiesta.

No encontrándose que utilice algún mecanismo_ de defensa en forma predominante.

SUJETO "C"

SUBGRUPO "BC"

I.- Familia básicamente disfuncional, con tendencia al aglutinamiento por sus límites difusos con estructura jerárquica confusa debido a la delegación poco clara de autoridad sobre hijos y parientes. Donde existen alianzas disfuncionales al no respetar subsistemas, y que tienden a convertirse en coaliciones contra un tercero. El padre se maneja como proveedor económico pero fundamentalmente descentrado por sus ausencias.

A la P.I. la madre le impone las normas de control de su enfermedad aunque sin responsabilizarla. La madre hace uso de su autoridad que en este caso resulta eficaz, por su mejor capacidad para manejarla con las hijas en edad temprana.

II.- Sus capacidades intelectuales todas; con excepción de anticipación y planeación, se encuentran dentro del promedio esperado. Anticipación y planeación está por debajo. Sucede lo mismo de acuerdo a su dotación natural, anticipación está por abajo, aunque aquí se encuentra por arriba de su dotación la capacidad de concentración.

III.- Los rasgos de personalidad más sobresalientes

encontrados en los resultados de sus pruebas_ son: Ansiedad, impulsividad, dependencia Nec. orales; dificultad para relacionarse, inestabilidad emocional, tendencias depresivas, malas relaciones familiares y timidez. Utilizando marcadamente el mecanismo de Evasión.

SUJETO "D"

SUBGRUPO "B.C."

- I.- Familia con su subsistema conyugal disfuncional, donde la figura femenina es claramente devaluada a todos niveles. Con una estructura básicamente patriarcal, donde la jerarquía del subsistema paterno está centrada en el hombre, el cual provee de bienes, protege y decide las actividades familiares. La madre es descentrada y objeto de coaliciones de los hijos y de éstos con el padre, adoptando para con ellos una actitud de sumisión y pasividad. El P.I. se ha responsabilizado de sus controles ante la vigilancia del padre con quien ha establecido alianzas funcionales en el sentido de que es protegido contra las agresiones de los hermanos mayores, lo cual le permite, de acuerdo a las ganancias secundarias que esto implica, lograr la aceptación de su enfermedad.
- II.- Sus capacidades intelectuales se encuentran dentro del promedio así como su dotación natural, estando por debajo de la norma el interés por adquirir conocimiento, su atención y su memoria visual, así como su rapidez psicomotriz.
- III.- Los rasgos más marcados que se encontraron

son: Ansiedad, impulsividad, dependencia, - -
Nec. orales, dificultad para relacionarse, --
dificultad para aceptar su esquema corporal, -
temor al rechazo, inseguridad, mala identifi-
cación con su rol psicosexual.

Los mecanismos de defensa más sobresalientes:
Evasión y Represión.

SUJETO "E"

SUBGRUPO "BC"

I.- Familia con un subsistema conyugal disfuncional, que se ha desintegrado con el alejamiento de la figura masculina. Pero que sin embargo las funciones paternas son llevadas a cabo eficientemente por la madre, la cual establece límites claros, al hacer uso de su autoridad jerárquicamente bien establecida, delega autoridad sobre el P.I. de manera funcional, ya que ésta es temporal y explícitamente limitada, haciendo de ello una alianza productiva. No existen coaliciones en la familia y el padre es el único miembro descentrado.

El P.I. se hace cargo de su control, desde los 10 años, edad en que se le inició en sus responsabilidades ante la enfermedad, antes de esto la madre imponía los controles.

II.- Su dotación natural se encuentra por arriba del promedio, así como la mayoría de sus capacidades intelectuales, encontrándose dentro de la norma de la población su capacidad de concentración atención, anticipación y planeación. Con respecto a su dotación natural, se encuentran por abajo el interés por adquirir conocimientos, sus capacidades de juicio teórico y práctico, atención y concentración, anticipación y planeación, así como Memoria Vi-

sual y velocidad psicomotriz.

Lo que indica claramente que aunque su rendimiento en general sea bueno, está rindiendo por abajo de sus posibilidades.

III.-Entre los rasgos más sobresalientes de personalidad encontramos: Ansiedad, impulsividad, dependencia, Nec. orales, inestabilidad emocional, inseguridad, agresión reprimida, preocupación por su esquema corporal, competitividad.

Los mecanismos que utiliza más frecuentemente son: Evasión y Compensación.

SUJETO "W"

SUBGRUPO "M C"

I.- Familia disfuncional con ausencia del padre y estructura matriarcal, en la cual el padrastro es descentrado de la vida familiar. La madre mantiene intensas relaciones con los hijos, estableciendo alianzas rígidas y constantes, que continuamente llegan a transformarse en coaliciones contra distintos miembros familiares. La autoridad no se ejerce de manera jerárquica, es inconstante y mal definida, los límites excesivamente permeables que ordenan a la madre hacen ineficaz su autoridad, no obstante logra el amalgamamiento con los hijos en base a una actitud pasivo-agresiva que los mantiene ligados por culpa. Con la P.I. la relación simbiótica es más intensa y la enfermedad les sirve a ambas para reforzar su unión.

En la niña (P.I.) la despreocupación frente al tratamiento se explica con el deseo de ser diabética como su mamá, identificación que le confirma su pertenencia a la madre, además de proporcionarle ganancias secundarias de atención y elementos de competencia para con los demás hermanos enfermos.

A la madre le permite, esta simbiosis, agregar y aislarse de su pareja, ocultando así su

incapacidad de intimar.

II.- Sus capacidades intelectuales del Area Verbal se encuentran dentro del promedio, y las del área ejecutiva por abajo del mismo. Su dotación natural está dentro de la norma y las capacidades de juicio práctico, análisis y síntesis, anticipación y planeación se encuentran por abajo, siendo deficiente su memoria visual y rapidez psicomotriz, lo que puede implicar la presencia de Daño Cerebral.

Con respecto a su dotación encontramos exactamente la descripción anterior.

III.-Sus rasgos más características de personalidad son: Ansiedad, impulsividad, Dependencia, Necesidades Orales, Dificultad para relacionarse, inestabilidad emocional, dificultad para aceptar su esquema corporal, agresión manifiesta, mala identificación con su rol psicosexual, rasgos depresivos.

Siendo más sobresalientes la Evasión, la Re-presión y la Negación en sus mecanismos de defensa.

SUJETO "X"

SUBGRUPO "M.C."

I.- Familia básicamente disfuncional, con tendencias al aglutinamiento por sus límites difusos. Con una estructura jerárquica confusa - debida a la delegación poco clara de la autoridad sobre hijos y parientes. Donde existen alianzas disfuncionales al no respetar subsistemas y al tender a una transformación en coaliciones contra terceros. El padre se maneja como proveedor económico pero fundamentalmente descentrado por sus ausencias reales.

En este caso, en oposición a lo ocurrido con la sujeto C, la autoridad de la madre resulta ineficaz, la sujeto no se responsabiliza de sus controles ni obedece indicaciones. La madre es incapaz de imponer su jerarquía.

II.- Su dotación natural se encuentra dentro del promedio esperado. Sus capacidades intelectuales también dentro de la norma aunque en el área ejecutiva sus capacidades de juicio práctico, anticipación y planeación y análisis y síntesis se encuentran por abajo del promedio, mientras que en el área verbal sólo se encuentran por abajo la capacidad de juicio teórico. Con respecto a su promedio sólo quedan por abajo juicio práctico y anticipación y planeación.

III.-En cuanto a sus rasgos más sobresalientes de personalidad están: Ansiedad, impulsividad, dependencia, dificultad para relacionarse; -- dificultad para aceptar su esquema corporal, temor al rechazo, inseguridad, agresión manifiesta y agresión reprimida, malas relaciones familiares.

Sus mecanismos defensivos son Evasión, represión, negación y regresión.

SUJETO "Y"

SUBGRUPO "MC"

I.- Familia con tendencia a la funcionalidad, con un subsistema conyugal estable, pero que en sus funciones paternas, tanto los límites difusos como la autoridad no asumida con los hijos ya mayores, la torna con tendencia a la disfuncionalidad. Lo positivo en este sistema es que sus alianzas son funcionales y no existen miembros descentrados. Lo limitante es la tendencia protectora en el rol de padres, que sostienen económicamente pero no responsabilizan a los hijos.

El P.I. y los padres no han aceptado realista y objetivamente la enfermedad, lo cual, refuerza el descontrol ya que a los padres, el dolor no elaborado les impide poner límites de autoridad que le contengan. En el paciente la rebeldía, que la presencia de la enfermedad conlleva, se agrava por la edad y las presiones sociales de su grupo adolescente.

II.- Su dotación se encuentra dentro del promedio esperado, al igual que sus capacidades intelectuales, encontrándose por arriba del promedio en el área Ejecutiva, observación, juicio práctico y análisis y síntesis.

Con respecto a su dotación natural se encuen-

tra por arriba de su promedio la capacidad de observación y por abajo del mismo su interés_ por adquirir conocimientos.

III.-Los rasgos más sobresalientes de personalidad son: ansiedad, impulsividad, dependencia, - - inestabilidad emocional, temor al rechazo, - agresión manifiesta, sentimientos de minusvalía y rigidez.

Los mecanismos de defensa que utiliza más frecuentemente son Negación, Represión y Compensación.

SUJETO "Z"

SUBGRUPO "M.C."

I.- Familia disfuncional con tendencia al aglutinamiento, donde el subsistema conyugal no se ha integrado repercutiendo esto en el subsistema paterno. Los límites en general son difusos para con los hijos y rígidos entre los cónyuges. La autoridad mal repartida que se presta a alianzas disfuncionales y coaliciones contra terceros impide hacer frente a los problemas familiares. La P.I. mantiene un círculo vicioso con el padre, donde con la amenaza de su enfermedad le limita al padre su alcoholismo y éste con la amenaza de tomar ante la aparición de trastornos diabéticos le limita su descontrol.

Además de esto presenta ganancias secundarias con la protección de todos los miembros familiares, siendo ella una figura central en la familia, con el elevado costo de su cada vez más restringida vida social, aludiendo que las salidas le provocan descontrol y por tanto preocupación a su padre.

II.- Sus capacidades intelectuales se encuentran dentro del promedio. Su dotación natural dentro de la norma también y encontrándose únicamente por abajo de ésta el Interés por adquirir conocimientos y su capacidad de atención.

Con respecto a su dotación natural tenemos - exactamente lo mismo que lo señalado en el párrafo anterior.

III.-De acuerdo con los resultados de sus pruebas_ de personalidad sus rasgos más característi--cos son: Ansiedad, Impulsividad, Dependencia, Necesidades orales, Dificultad para relacio--narse, Inestabilidad, Dificultad para aceptar su esquema corporal, mala identificación con_ su rol psicosexual y sentimientos de minusva--lía.

Encontrándose más marcadamente la Evasión y - la Represión dentro de sus mecanismos de de--fensa.

TABLAS GENERALES DE CONCENTRACION

SUBGRUPO
BUEN CONTROL

ANALISIS ESTRUCTURAL FAMILIAR

	<u>LIMITES</u>	<u>JERARQUIAS</u>	<u>ALIANZAS</u>	<u>COALICIONES</u>	<u>CENTRALIDAD</u>
SUJETO A	FUNCIONAL	FUNCIONAL	FUNCIONAL	FUNCIONAL	FUNCIONAL
B	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	FUNCIONAL	FUNCIONAL	FUNCIONAL
C	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL*	DISFUNCIONAL	DISFUNCIONAL	DISFUNCIONAL
D	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL*	DISFUNCIONAL	DISFUNCIONAL	DISFUNCIONAL
E	FUNCIONAL	FUNCIONAL	FUNCIONAL	FUNCIONAL	DISFUNCIONAL

SUBGRUPO
MAL CONTROL

	<u>LIMITES</u>	<u>JERARQUIAS</u>	<u>ALIANZAS</u>	<u>COALICIONES</u>	<u>CENTRALIDAD</u>
SUJETO W	DISFUNCIONAL	DISFUNCIONAL	DISFUNCIONAL	DISFUNCIONAL	DISFUNCIONAL
X	DISFUNCIONAL	DISFUNCIONAL	DISFUNCIONAL	DISFUNCIONAL	DISFUNCIONAL
Y	DISFUNCIONAL	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL	FUNCIONAL	FUNCIONAL
Z	DISFUNCIONAL	DISFUNCIONAL	DISFUNCIONAL	DISFUNCIONAL	FUNCIONAL

* Con respecto al Paciente Identificado.

RESULTADOS DE
CAPACIDADES INTELEC
TUALES.

SUBGRUPO "B.C."

SUJETO	CI	Interés por adquirir conocimientos.	Juicio Teórico	Concentración.	Nivel de Pensamiento	Dotación Natural	Atención	Observación	Juicio Práctico	Análisis y Síntesis	Anticipación y Planeación	Memoria Visual Rapidez Psicomotriz
A	122	2	2	1	2	2	3	3	2	3	3	1
B	109	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3
C	88	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3
D	91	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4
E	124	2	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2
X-107												

SUBGRUPO "M.C."

W	87	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	5
X	84	3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	3
Y	109	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3
Z	101	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3
X-95												

INTERPRETACION:

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------------|-----------------------|------------|
| 1.-Superior al Promedio | (17-20 Puntuación Normalizada) | 4.-Abajo del Promedio | (4-7 P.N) |
| 2.-Arriba del Promedio | (13-16 " ") | 5.-Deficiente | (0-3 P.N.) |
| 3.-Dentro del Promerio | (8-12 " ") | | |

CAPACIDADES INTELECTUALES
CON RESPECTO A LA "DOTACION
NATURAL"

	B.C.	Interés por adquirir Conocimientos.	Juicio Teórico.	Concentración.	Nivel de Pensamiento.	Dotación Natural	Atención	Observación	Juicio Práctico.	Análisis y Síntesis.	Anticipación y Planeación	Memoria Visual Rapidez Psicomotriz.
INTERPRETACION	SUJETO											
	A	3	3	2	3		4	3	3	4	4	2
1.-Superior a su Dotación Natural	B	3	4	3	3		3	4	4	3	3	3
2.-Arriba de su Do- tación Natural.	C	3	3	2	3		3	3	3	3	4	3
3.-Dentro de su Do- tación Natural	D	4	3	3	3		4	3	3	3	3	4
4.-Abajo de su Do- tación Natural.	E	4	4	4	3		4	3	4	3	4	4
5.-Inferior a su Do- tación Natural.												
	SUJETO M. C.											
	W	3	3	3	3		3	3	4	4	4	5
	X	3	3	3	3		3	3	4	3	4	3
	Y	4	3	3	3		3	2	3	3	3	3
	Z	4	3	3	3		4	3	3	3	3	3

RESULTADOS DE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD

Rasgos	SUJETOS B.C.					SUJETOS M.C.			
	A	B	C	D	E	W	X	Y	Z
Ansiedad	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Impulsividad	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dependencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Dificultad para Relacionarse	X		X	X		X	X		X
Dificultad para aceptar esquema c.	X	X		X		X	X		X
Inseguridad		X		X	X		X		
Agresión Manifiesta		X		X	X		X		
Sentimientos de Minusvalía								X	X
Mecanismos de Defensa.									
Evasión	X		X	X	X	X	X		X
Represión	X			X		X	X		X
Negación						X	X	X	
Regresión							X	X	

CONCLUSIONES

En nuestras observaciones generales encontramos los siguientes puntos a destacar:

1.- Las primeras observaciones a hacer notar son las coincidencias en relación a ciertas variables que los distintos investigadores detectaron como características de sujetos bien controlados, en oposición a los mal controlados. Estas características se refieren a: a) Escolaridad.- En la cual existía una clara distinción al encontrar que los cinco sujetos del grupo de Buen Control continúan estudiando. Dos de ellos reprobaron algún año, pero su aprovechamiento es regular. En cambio de los sujetos de Mal Control, tres ya abandonaron la escuela, y la única que continúa estudiando ha reprobado en dos ocasiones el primer grado. b) Edad. Donde el grupo de diabéticos bien controlados se distribuyen principalmente en la infancia y pre-adolescencia, mientras que el de Mal Control lo hace a lo largo del intervalo considerado aquí, aunque con una aparente tendencia a presentarse en la pre-adolescencia y adolescencia. El reducido número de integrantes en ambos grupos, no permite una conclusión definitiva; es probable que una mayor cantidad de sujetos aclare, mediante la distribución obtenida, el peso de este factor.

2.- Los datos no corroborados en nuestra investigación, y que fueron reportados por otros investigadores fueron: a) La relación entre la edad de inicio y el buen o mal control de la enfermedad, en nuestro caso los sujetos se distribuyeron sin diferencias notables entre ambos grupos. b) En cuanto a la relación entre el tiempo de evolución y el buen o mal control de la enfermedad, nuestros resultados fueron similares al punto anterior.

En relación a los resultados obtenidos a partir del análisis Estructural de la Familia, concluimos los siguientes puntos:

1.- En términos generales encontramos una mayor tendencia a la funcionalidad en las familias del Grupo de B.C. (60% de indicadores de Funcionalidad, contra 40% de Disfuncionalidad) en comparación al Grupo de M.C. (20% indicadores de funcionalidad contra 80% de Disfuncionalidad).

2.- En el grupo de B.C. encontramos el único caso de familia funcional, que no presentó disfuncionalidad en ningún indicador estructural, mientras que sólo en el grupo de M.C. encontramos familias (dos) que no presentan funcionalidad en ninguno de los indicadores estructurales.

3.- En el caso del indicador denominado "Límites" se encuentra que si bien en el Grupo de B.C. aparece como disfuncional en tres de las cinco familias,

y funcional en dos de ellas; en el Grupo de M.C. - el total de las familias lo presenta disfuncional. Y se observa que en éstas familias existe una clara tendencia al aglutinamiento.

4.- Con respecto a la Jerarquía encontramos la diferencia más notable entre los dos grupos, sobre todo si tomamos la ubicación del sujeto (PI) dentro de este orden jerárquico. Aquí fue notorio que en los de buen control quedaba claramente establecida su relación de autoridad para con los demás miembros de la familia, es decir, quedaban funcionalmente ubicados no obstante que en algunos casos (sujetos "C" y "D") la relación de autoridad entre los demás integrantes de la familia, pero particularmente en los padres, es disfuncional debido a lo centralizado del poder, o a lo poco claro de la delegación de la autoridad. De esta manera aunque la familia descentrara una figura que debiera tener autoridad (madre del sujeto "B" y madre del sujeto "D") o bien que una figura de autoridad se viera ineficaz en el ejercicio de la misma con algunos de sus miembros y de otros no (madre de los sujetos "C" y "X"), características que catalogarían a la familia como disfuncional en su jerarquía, tales situaciones no desubican de su posición jerárquica al niño o joven diabético, quien queda sujeto a la autoridad de alguno de los miembros familiares (padre o hermanos mayores), quien la asu-

me ya sea por un poder centralizado o bien por una delegación clara, precisa y limitada de la autoridad, pero de cualquier manera tal relación de autoridad resulta funcional para el sujeto.

Esta situación no ocurre en absoluto en el grupo de M.C. de tal forma que mientras que para el grupo de B.C. la totalidad de las familias presenta una jerarquía funcional, en el grupo M.C. encontramos que la totalidad de las familias presenta una jerarquía disfuncional. Aquí se observa que se unen la falta de límites, con el ejercicio y la delegación poco clara y fluctuante de la autoridad por parte de la familia. Los niños y jóvenes diabéticos en este grupo, no parecen tener controles claros de autoridad (Sujetos "W", "X" e "Y"), o bien, la delegación de autoridad sobre ellos (Sujeto "Z") se torna disfuncional por no ser explícita, ni claramente limitada. Pero si ejercida en forma permanente al desempeñar roles que no le corresponden con la anuencia circunstancial de algún miembro que le conviene la alianza con la P.I.

5.- Las alianzas y las Coaliciones presentaron idénticos resultados al aparecer en las mismas familias. De manera funcional se presentan en el Grupo de B.C. en tres de las cinco familias y en el de M.C. en una de las cuatro. El hecho a notar es que las dos familias restantes de los B.C. se caracterizaron por ser familias tendientes a la dis-

funcionalidad y que solo presentaron un indicador funcional, esto fué una jerarquía bien establecida con respecto al sujeto. Dato que permite dar una idea clara de la importancia de una Jerarquía bien establecida para el sujeto. Otro dato que ayuda a evidenciar el valor del establecimiento de la autoridad, nos lo da el caso del grupo de M.C. (Sujeto Y) que presenta funcionalidad tanto en estos indicadores como en el de centralidad, pero con límites difusos, y sobre todo una poca clara ubicación jerárquica nos impide colocar a la familia dentro de lo funcional.

Estas observaciones, no hacen sino marcar el hecho de que lo único que claramente distingue a los dos grupos, es la definición precisa del nivel de autoridad que el niño o joven diabético tiene en la familia.

6.- La Centralidad o descentralidad de los miembros familiares parece distribuirse por igual en ambos grupos, siendo notable en nuestros casos, que al menos en la mitad de ellos, aparecen miembros descentrados y que en éstos el miembro aislado siempre fué alguno de los padres.

7.- En cuanto al factor familiar, por lo antes analizado, se detecta como elemento participante en el control o descontrol de trastorno diabético, la necesidad que el niño o joven presenta (quizá por

las características de su nivel de desarrollo) de que la familia le sirva como continente a las ansiedades que le generan las condiciones a que son sometidos por la enfermedad.

Requieren una clara ubicación jerárquica en la familia, donde dada su condición de hijos quedan bajo la autoridad de los padres y de esta manera se encuentran apoyados en su lucha contra las reacciones de rebeldía, autodestrucción, aislamiento, tristeza y/o negación que se generan debido a las restricciones de la enfermedad.

El análisis de las Capacidades Intelectuales, consideradas en la presente investigación, permite señalar los siguientes puntos:

1.- El C.I. obtenido en ambos grupos (107 del grupo B.C. y 95 del grupo M.C.) no marca diferencias en cuanto al nivel intelectual que en ambos casos en Normal promedio, lo cual está en total acuerdo con los resultados en las investigaciones que consideraron este factor.

2.- En cuanto a la Dotación Natural encontramos que seis de los nueve sujetos la presentan dentro del promedio, y que los restantes la obtienen por arriba de éste, y que ellos pertenecen al grupo de B.C.

3.- En relación a las distintas capacidades, no se

encontró una alta o baja constante en alguna capacidad, ni en el análisis del grupo en general ni en los subgrupos de mal control a presentar capacidades disminuídas con respecto a la norma, tres de los cuatro sujetos que lo forman, presentaron tres o cuatro capacidades bajas cada uno, a comparación del grupo de B.C. de cuyos sujetos, dos de los cinco presentaron una y tres capacidades bajas respectivamente, con respecto a la norma.

4.- Una observación de interés se hace notar al analizar las distintas capacidades en relación a la Dotación Natural del Sujeto. En donde el subgrupo de M.C. conservó bajas las mismas capacidades que al respecto de la norma de población, en cambio el subgrupo B.C. presentó una considerable disminución de distintas capacidades con respecto a la dotación natural de cada sujeto, es decir; que aunque su ejercicio intelectual no baja de lo normal, no funcionan muchas de sus capacidades al nivel que era de esperarse dado su buen potencial. Este tipo de disminución se presentó en todos los sujetos de B.C., oscilando la cantidad entre una y siete capacidades, que fueron los extremos, y los tres sujetos restantes obtuvieron tres capacidades disminuídas sin que hubiera predominio de alguna de las mencionadas.

5.- Se observó que en general el análisis de las

capacidades intelectuales no presentan datos constantes en cuanto a capacidades específicas disminuidas que permitan diferenciar ambos grupos, sin embargo se hacen notar con los puntos antes mencionados que existen ciertas características de disminución de capacidades con respecto a la norma y a la dotación que ameritan un estudio con mayor cantidad de sujetos que permitan establecer diferencias significativas.

En relación a los factores personales se observó lo siguiente:

- 1.- Una corroboración de los rasgos de personalidad que otros estudios han reportado característicos de los pacientes diabéticos juveniles. Nuestros sujetos en su totalidad (Grupos B.C. y M.C.) presentaron características de ansiedad, impulsividad y dependencia.
- 2.- Por lo que respecta a otros rasgos de personalidad, no se encontró alguno que distinguiera tan solo alguno de los grupos (BC, MC) en forma absoluta.
- 3.- Los que parecieron más parciales a algunos de los grupos fueron, en primer lugar los sentimientos de minusvalía, que se encontraron en el 50% del grupo de MC y en ningún caso en el grupo de BC. En segundo lugar la agresión manifiesta que apare-

ce en tres de los cuatro sujetos del grupo de MC - y en un sujeto del grupo de BC y la inseguridad - que aparece en el sentido inverso con respecto a - los grupos, es decir en tres de los cinco sujetos - del grupo de BC y en un sujeto del grupo de MC.

4.- En cuanto al tipo de mecanismos defensivos - que utilizan los sujetos se encontró que había dos de ellos que distinguían únicamente al grupo de - MC, estos son: La negación, en tres de los cuatro - casos y la regresión que aparece en la mitad del - grupo.

5.- En base a lo anterior podemos destacar que no - hay una predominancia clara de algún rasgo de personalidad en alguno de los grupos, pero que al parecer existe una tendencia a negar más su problemática por parte de los sujetos de MC, a manifestar - su agresión y a presentar sentimientos de minusvalía. Por parte del grupo de BC presentaron una mayor tendencia a la inseguridad.

A manera de conclusión final encontramos que - el factor más relevante en la distinción de sujetos diabéticos bien controlados y de los mal controlados, lo constituye la familia y en particular la ubicación jerárquica claramente definida del paciente identificado. Esto implica que el niño o joven diabético requiere, para un buen control de su padecimiento, el reconocer y aceptar la autoridad -

del miembro familiar que la posea, y que los padres sean capaces de ejercer la autoridad a fin de que este último pueda servir de apoyo o continente de la ansiedad y desesperación generadas a partir de las restricciones que la enfermedad impone en general, pero sobre todo en sujetos niños y adolescentes, que se caracterizan por la continua formación y/o reestructuración de su personalidad.

Los demás factores considerados, es decir, los rasgos de personalidad y las capacidades intelectuales, no permiten una distinción total en ninguno de los subgrupos y si bien se aprecian ciertas tendencias, el número reducido de sujetos no permite aventurar conclusiones al respecto de su nivel de significancia. No obstante lo anterior, se pueden sintetizar las tendencias como favorables al subgrupo de B.C. ya que por un lado en él se localizan los mejores niveles intelectuales y una mayor adaptación a su medio (sobre todo escolar); y por el otro, aunque presentan ciertos rasgos de personalidad que llamaríamos típicos de las enfermedades crónicas, éstos no parecen agravarse con la presencia de otros que solo se manifestaron en el subgrupo de mal control y que hacen referencia a mecanismos defensivos más primitivos, como son la negación y la regresión.

Sin embargo, y con la finalidad de destacar

...

más el peso detectado del factor familiar, encontramos casos en el subgrupo de Buen Control de sujetos con una baja Capacidad Intelectual, y en los de Mal Control se localizan pacientes que no presentan mecanismos defensivos primitivos. Siendo en ambos casos lo determinante para su pertenencia a algún grupo su ubicación jerárquica dentro de la familia.

Un apoyo más a la importancia de las relaciones de autoridad en el diabético juvenil, lo constituye el hecho de que en el período de la adolescencia existe una tendencia a trasgredir normas y por tanto a caer en situaciones de descontrol en los sujetos de B.C. esta rebeldía es contenida por la familia, lo cual no ocurre en los casos de M.C. donde las trasgresiones no son contenidas por la familia.

Por otro lado queremos dejar claro que dado el carácter exploratorio de la presente investigación, ésta respondió a la finalidad de hacer evidentes los factores que participan en el control de la diabetes juvenil. Esta aclaración nos permite señalar su carácter general, la amplitud de los factores explorados, los cuales requieren una mayor profundización ya no con un grupo pequeño como en este caso, sino con uno extenso y eligiendo tan solo un factor o mejor todavía, solo algún elemen-

to de éste a fin de poder lograr mejores controles en su observación, y conclusiones de mayor alcance. Para esas futuras investigaciones, de carácter más experimental sugerimos se revisen con más detalle los criterios de asignación de sujetos a los subgrupos, dado que nuestra experiencia al respecto nos llevó a cuestionarnos acerca del peso igualitario que se le concede a cada uno de los indicadores, siendo que algunos de ellos son fácilmente variables (glucosuria, glucemia) mientras que otros son estacionarios (estatura) y otros más alterables por situaciones ajenas al Buen Control (No. de Hospitalizaciones). Por ello recomendamos que se anexen otros criterios que tengan que ver con la identificación de trasgresiones, del tiempo y el lugar en que ocurren éstas, así como asignar un peso distinto a los indicadores.

Por último señalamos que dada la influencia del factor familiar, la intervención del psicólogo clínico debe ser encaminada a la orientación y/o tratamiento de la familia de tal forma que promueva movilizaciones tendientes a proteger, apoyar o crear las estructuras jerárquicas y la delegación clara de la autoridad, con el fin de ubicar al niño o joven diabético en un sistema que le sirva de sostén en los múltiples requerimientos constantes y críticos de su situación y de su enfermedad.

A P E N D I C E

TABLA 1
 CARACTERISTICAS DE LA DIABETES JUVENIL Y DEL ADULTO
 (DIFERENCIAS PRINCIPALES)*

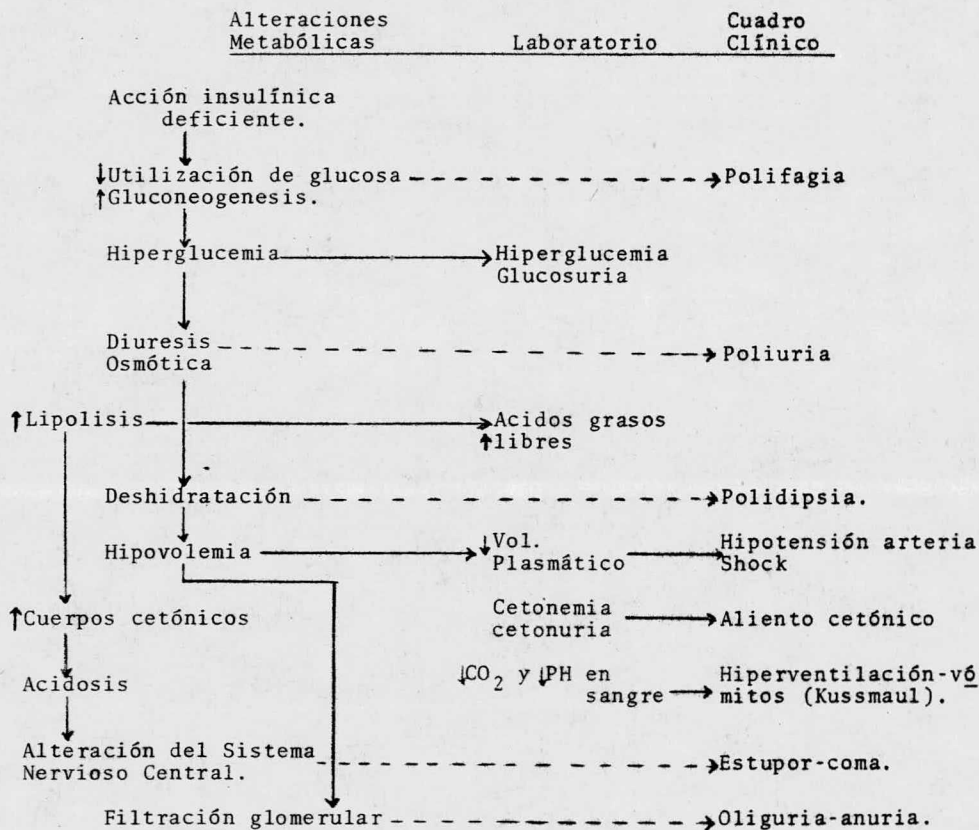
CARACTERISTICAS	DIABETES DE TIPO JUVENIL DEPENDIENTE DE INSULINA	DIABETES DE TIPO ADULTO NO DEPENDIEN TE DE INSULINA.
EDAD	CUALQUIER EDAD, AUNQUE GENERALMENTE ENTRE LOS 5-14 AÑOS	CUALQUIER EDAD, AUNQUE GENERALMENTE ENTRE LOS 40 Y 59 AÑOS.
FORMA DE PRESENTACION	BRUSCA	LENTES Y NO RARAS VECES LOS SINTOMAS SE ATRIBUYEN A OTRAS ENFERMEDADES.
SINTOMAS	ORINA FRECUENTEMENTE, TOMAR MUCHA AGUA APETITO VARIABLE Y PERDIDA RAPIDA DE PESO.	LO MISMO DE LA JUVENIL PERO NO RARAS VECES NINGUNA MOLESTIA.
HISTORIA FAMILIAR	COMUNMENTE POSITIVA	COMUNMENTE POSITIVA.
CRECIMIENTO DEL HIGADO	COMUN	POCO COMUN.
ESTABILIDAD Y CONTROL	GENERALMENTE DIFICIL	GENERALMENTE FACIL
COMAS DIABETICOS (HIPOGLUCEMIAS)	MAS FRECUENTES	POCO FRECUENTES
NIVELES DE INSULINA EN SANGRE	AUSENTES	PRESENTES.
COMPLICACIONES CIRCULATORIAS Y CAMBIOS DEGENERATIVOS.	PUDIERAN PRESENTARSE DESPUES DE 15 O MAS AÑOS DE TENER DIABETES PERO NO TODOS LOS CASOS	FRECUENTES MAS TEMPRANAMENTE PORQUE ES DIFICIL ESTABLECER EL INICIO DE LA ENFERMEDAD.
DIETA	OBLIGATORIA PARA TODOS LOS PACIENTES.	OBLIGATORIA, PUEDE SER LA DIFERENCIA EN NECESITAR INSULINA O PASTILLAS.
NECESIDAD DE INSULINA	PRACTICAMENTE EN 100% DEPENDEN DE INSULINA PARA VIVIR.	UN 10% ES IGUAL QUE LOS JUVENILES Y ALREDEDOR DE UNA CUARTA PARTE NECESITAN INSULINA PARA UN MEJOR CONTROL.

*Fuente: Dr. Alberto Solano Sánchez.

Diabetes (1a. Edición. Guadalajara: Ed. U.A.G. 1979) p. 45.

TABLA 2

PRINCIPALES ALTERACIONES FISIOPATOLOGICAS DE LA DIABETES MELLITUS Y SU CORRELACION CLINICA Y DE LABORATORIO.



*Fuente: Dr. César Chavarría Bonequi. Diabetes Mellitus en el niño y el Adolescente. (Edit. Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México, Impresiones modernas, sin fecha), pág. 41.

TABLA 3

SECUENCIA EN ACIDOSIS DIABETICA (COMA DIABETICO)*

A) ABANDONO DE TRATAMIENTO

Diabético insulino-dependiente que decide no inyectarse insulina ni seguir dieta. O bien en estado de angustia.

B) HIPERGLICEMIA (Exceso de azúcar en sangre)

Las células no pueden utilizar el azúcar de la sangre a pesar de que se encuentra elevada y además, el hígado produce grandes cantidades de azúcar que pasan a la sangre.

C) HIPERLIPIDEMIA (Exceso de grasas).

Las grasas del organismo se queman a gran velocidad para proporcionar energías a las células y pasan a la sangre grandes cantidades de grasa que luego se dirigen al hígado para formar ácidos.

D) CETOGENESIS (Formación de Cuerpos Cetónicos).

Los ácidos grasos elevados no los puede utilizar el organismo y por lo tanto el hígado forma los ácidos llamados genéricamente cuerpos cetónicos que intoxican la sangre ocasionando una acidosis de origen diabético.

E) SINTOMAS EN ETAPAS INICIALES.

- a) Se agudizan los síntomas de diabetes.
- b) Aparecen 4+ (cuatro cruces en la cinta reactiva) de azúcar en orina.
- c) Aparecen cuerpos cetónicos fuertemente positivos en orina.
- d) Náuseas, vómitos y dolor abdominal.
- e) Respiración agitada como sed de aire.
- f) Somnolencia.

F) SINTOMAS EN ETAPAS TARDIAS.

- a) Deshidratación severa.
- b) Trastornos variables de la conciencia hasta el coma profundo.
- c) Estado general grave.

* FUENTE: Dr. Alberto Solano Sánchez.

Diabetes. (1a. Edición. Guadalajara: Ed. U.A.G. 1979). p. 257.

NOTAS DE PIE DE PAGINA

- 1.- Dr. César Chavarría Bonequi Diabetes Mellitus en el Niño y el Adolescente (Ed. Asociación de Médicos del Hosp. Infantil de México, Impresiones Modernas, sin fecha), pág. 19.
- 2.- C. Harvey Knowles Jr. "Diabetes Sacarina en la Infancia y Adolescencia", Clínica Médica Norteamericana. (14): P. 975-985. 1971.
- 3.- Z. Laron "Diabetes in Juveniles; Medical and Rehabilitation Aspects". Abstract 54 (07947): p. 418 1975
- 4.- Chavarría Bonequi, Op. Cit. p. 38.
- 5.- Loc. Cit.
- 6.- P. White, y Col. "The Child With Diabetes". In Joslin's Diabetes Mellitus. (Marble: 197), p. 339.
- 7.- O. Lozano Castañeda "Primera Parte de un Simposio sobre diabetes escrito por médicos americanos y comentado por médicos mexicanos" Medicina de Posgrado 4 (10): Introducción. 1976.
- 8.- Loc. Cit.
- 9.- Dr. Alberto Solano Sánchez Diabetes (1a. Edición; Guadalajara: Ed. U.A.G., 1979) p. 38.

- 10.- Chavarría Bonequi. Op. Cit. p. 24-25.
- 11.- Carmen Paullada de Araujo, Problemas Emocionales de Pacientes Diabéticos (Tesis Profesional, U.N.A.M. México, 1966).
- 12.- Jean Piaget, Seis Estudios de Psicología (7a. Edición, México; Ed. Seix Barrall, 1974) p. - 100.
13. M.L. Koski coping process in Childhood Diabetes". Acta Paediat Scand p. 188-199, 1, 49-56 1976.
- 14.- C.R. Swifd y Col. "Adjustment Problems in Juvenile Diabetes" Psychosomatic Medicine 29 (6): p. 551-571 1967.
- 15.- M. Petterson "Birth Orden effects in Juvenile Pateents With Diabetes Mellitus". Disertation Abstracts International 31 (8-B). 5004 1971.
- 16.- Fallsthom, Ja. Vegeluis y Sweden Goteborg. "A Discriminatory Analysis Based on Dichotomized Rorschach Scores of Diabetec Children" International Journal of Rehabilitation Reséarch 1 (3): p 321-327 1978.
- 17.- Chavarría Bonequi, Op. Cit. p. 108-109.

- 18.- G. J. M. Saucedo; M.J. Sobrino "Los Problemas Emocionales del Niño Diabético, Experiencias en un Campo de Verano. Revista Mexicana de Pediatría 45 (2): p. 163-168 1976.
- 19.- P.D. Steinhauer; D.N. Mushin; Q. Rea-Grant - "Aspectos Psicológicos de la enfermedad Crónica". Clínicas Pediátricas de Norteamérica. - Ed. Interamericana. p. 833-834 Nov. 1974.
- 20.- Susan M. Gramville, "A Comparison of Emotional and Behavioral adjustment among Children With Sickle Cell Anemia, Diabetes Mellitus, and normal Physical Development". Abstract 62 (01358). 1979.
- 21.- M. Turganova E. Habinakova. "Medical and Psychological aspects of Diabetes Mellitus" - Psychologia and Patopsychologia 9 (6) p. 483-494 1974.
- 22.- S. P. Stein; E.S. Charles, "Emotional Factors in Juvenile Diabetes; A Study of the early life experiences of eight diabetic children". Psychosomatic Medicine 37 (3): p. 237-244 1975.
- 23.- M. T. Koch Molnar. "Psychiatric Aspects of Patients With Unstable Diabetes Mellitus". Psychosomatic Medicine, 36 (1): p. 57-68 1974.

- 24.- C.R. Swift and Col. Op. Cit. p. 551-571.
- 25.- M.L. Koski Op. Cit. p. 188-199. 1, 49-56.
- 26.- C. Harvey Knowles Op. Cit. p. 777.
- 27.- Luz de Lourdez Solórzano Rivera "Problemas Emocionales en el Niño Diabético" Diabetes Mellitus en el Niño y el Adolescente (Ed. Asociación de Médicos del Hosp. Infantil de México, Impresiones Modernas, sin fecha), p. 105-119.
- 28.- R. V. Shcerbina. "Features in the EEG of Children With Diabetes Mellitus in connection with Comas Experienced" Research Inst. of Obstetri Pediatrics. 46 (7):, p. 59-63 1967.
- 29.- John Padtridge and Col. "Attitudes on Adolescents Toward their Diabetes" American Journal of Disease of Children. (24): p. 226-229 1972
- 30.- G. M. Friedland "Learning, Behaviors of a Preadolescent with diabetes". American Journal Nurs. 76 (1): p. 59-61 1976.
- 31.- A.M. Fox "Review the Special Education Needs of physicaly handicapped Children". Child Core, Health End Development. 2 (1) p.45-71 1976.
- 32.- M.L. Koski Op. Cit. p. 188-199, 1, 49-56.

- 33.- D. W. Guthrie and R.A. Guthrie "Diabetes in -
Adolescence" American Journal of Nurse. 10 -
(1740) 1975.
- 34.- Luz de Lourdes Solórzano Rivera. Op. Cit. -
p. 105-119.
- 35.- Loc. Cit.
- 36.- B. J. La Hodd "Parental Attitudes and their -
influence on medical management of Diabetic -
Adolescents" Clinical Pediatrics (9) p.468-472
1970.
- 37.- Rezso, Hodosi. "Problems of Personality Deve-
lopment in Children Sufferin Fromm Diabetes -
and Experiences Gained Duping their stay in a
vacation camp". Psichologia Taulmanyok. (11)
p. 521-528. 1968.
- 38.- C. R. Swift and col. Op. Cit. p. 551-571.
- 39.- M.L. Koski Op. Cit. p. 188-199, 1, 49-56.
- 40.- Salvador Minuchin, Familias y Terapia Familiar,
(2a. Edición, Barcelona: Ed. Gedisa, 1979) -
p. 27-30.
- 41.- Jai Haley, Tratamiento de la Familia (Ed. To-
ray S.A. Barcelona, España, 1974).
- 42.- Ibidem p. 27.

- 43.- Ibidem p. 28.
- 44.- S. Minuchin Op. Cit. p. 1-349.
- 45.- Ibidem p. 86.
- 46.- Ibid. p. 89.
- 47.- Ibidem. p. 93.
- 48.- Juan Manuel Saucedo Op. Cit. p. 100
- 49.- M.L. Koski Op. Cit. p. 188-199, 1, 49-56.
- 50.- Martha Alicia Batta González, Problemas Psico sociales del Niño con Diabetes Mellitus. (Tesis Profesional, Universidad de Guanajuato, - 1982).
- 51.- H. L. Koski Op. Cit. p. 188-199.
- 52.- Juan Manuel Malacara, "Talla, peso y superficie corporal en relación a Costumbres Alimenticias en la Cd. de León, Gto. "Revista de Investigación Clínica. 33, p. 1-7 1981.
- 53.- Chavarría Bonequi. Op. Cit. p. 60.
- 54.- M.L. Koski Op. Cit. p. 188-199, 1, 49-56.
- 55.- Malacara Op. Cit. p. 1-7.
- 56.- David Rappaport, Test de Diagnóstico Psicológico (Edic. Rialp. Madrid. 1963).
- 57.- S. Minuchin Op. Cit. p. 77-107.

BIBLIOGRAFIA

Batta Gonzalez, M.A. Problemas Psicosociales del niño con Diabetes Mellitus. Tesis Profesional U. de Guanajuato. 1982.

Chavarría Bonequi, C. Diabetes Mellitus en el niño y el Adolescente. Ed. Asociación de Médicos del Hospital Infantil de México, Impresiones Modernas, México 13, D.F. s/f.

Fallstrom, K; Vegelius, J; Goteborg, S. "A discriminatory analisis base on dichotomized Rorschach scores of diabetic children". International Journal of Rehabilitacion Research. 1 (3) p. 321-327 - 1978.

Fox, A.M. Review: "The special education needs of physically handicapped children". Child Core, Health and development 2 (1): p. 45-71 1976.

Friedlond, G. M. "learning, Behaviors of a Preadolescent With Diabetes" American Journal Nurse. 76 (1): p. 59-61 1976.

Glanwille, S.M. "A comparison of emotional and Behavioral adjustment among children with sickle cell anemia diabetes mellitus and normal physical development" Dissertation Abstracts International. 39 (3-B) 1479 1978.

Guthrie, D.W. Guthrie, R.A. "Diabetes in Adolescence". American Journal of Nurse. 75; 10; 1975.

Hailey, Jay Tratamiento de la Familia Ed. Toray - S.A. Barcelona, España, 1974.

Harvey, C; Knowles, Jr. "Diabetes Sacarina en la Infancia y Adolescencia. Clínica Médica Norteamericana. (14) p. 925-928.

Hodosi, Rezso. "Problems of Personality Development in Children sufferin from diabetes and experiences gained duppung their stay in vocations camp" Psychologia Taulmonyok 11, p. 521-528. 1968.

Kock, M.F.; Malnar, G.A. "PsichyatricAspects of patients with unstable Diabetes Mellitus". Psychosomatic Medicine 36 (1) p. 57-58 1974.

Koski, M.L. "The Coping process in childhood Diabetes" Acta Paediat Scand p. 188-199 1, 49-56 1976.

La Hodd, B.J. "Parental Altitudes and their influence on medical management of Diabetic Adolescents". Clinical Pediatric 9: p. 468-472. 1970.

Laron, Z. "Diabetes in Juveniles: Medical and Rehabilitation Aspects" Beilinson Hosp, Inst of Pediatric and Adolescent. XIV, p. 418. 1975.

Lozano, Castañeda. "Medicina de Posgrado" IV (10) _
Introducción 1976.

Machover, K. Test de la Figura Humana. Proyección de la Personalidad.

Malacara, J.M. "Talla, Peso y Superficie Corporal en Relación a Costumbres Alimenticias". Revista de Investigación Clínica. 33 p. 1-7 1981.

Minuchin, S. Familias y Terapia Familiar. 2da. edición. Gedisa, España. 1979.

Padtridge, John and Ed. "Attitudes on adolescents toward their diabetes". American Journal of Disease of Children. 24; p. 226-229. 1972.

Paullada de Araujo, C. Problemas Emocionales de Pacientes Diabéticos Juveniles. Tesis Profesional - U.N.A.M. 1966.

Peterson, M. "Birth Order Effects in juvenile patients with Diabetes Mellitus". Disertation abstract International. 31 (8-B), 5504 1971.

Piaget, J. Seis Estudios de Psicología Tercera Edición, México. Ed. Seix Barral p. 7-228 1977.

Rappaport, D. Test de Diagnóstico Psicológico. Edit. Paidós. Buenos Aires. 1965.

- Stein, S.P. Charles, S. "Emotional Factors in juvenile diabetes; a study of the early life experiences of eight diabetic children". Psychosomatic Medicine 37 (3) p. 237-244 1975.
- Swift, C.R. Seidman, F, Stein, H. "Adjustment problems in juvenile Diabetes". Psychosomatic Medicine 29 (6): p. 551-571 1967.
- Sauceda, G.J.M.; Sobrino, M.J. "Los problemas emocionales del Adolescente diabético. Experiencias en un campo de verano". Revista Mexicana de Pediatría. 2 (45). p. 163-168 1976.
- Scherbina, R.V. "Features in the E.E.G's of children with Diabetes Mellitus in connection with comas experienced". Pediatrics 46 (7) p. 59-63 1967.
- Solano, S. A., Diabetes, Editorial U.A.G. Guadalajara, 1979.
- Solórzano, R.L. de L. "Problemas Emocionales en el niño diabético". Diabetes Mellitus, Asociación de Médicos del Hosp. Inf. de México, s/f.
- Steinhauer, P.D. Mushin, D.N. Rea-Grant, Q. "Aspectos psicológicos de la enfermedad crónica". Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Ed. Interamericana p. 825-840. Nov. 1974.

Turganova, N; Habinakova, E. "Medical and psychological aspects of Diabetes Mellitus" Psychologia a Patopsychologia dietata. 9 (6) p. 483-494. 1974.